

# De biopsychosociale benadering van mictie- en defecatieproblemen bij kinderen

252

Dian Rozema, Annemarie Wilkens, Karin Heller,

Anne-Marie Huyghen en Michel van Vliet

**D. Rozema MSc.**, orthopedagoog, Treant zorggroep locatie Refaja, Stadskanaal

**A.E. Wilkens**, psychosociaal medewerker / urotherapeut, Treant zorggroep locatie Refaja, Stadskanaal

**Drs. A.K. Heller**, GZ-psycholoog, EMDR-practitioner en cognitief therapeut i.o., Treant zorggroep locatie Refaja, Stadskanaal

**Dr. A.M.N. Huyghen**, universitair docent Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

**Dr. M.J. van Vliet**, kinderarts-sociale pediatrie, Yorneo en Treant zorggroep, locatie Refaja, Stadskanaal

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- kent u de samenhang tussen mictie- en defecatieproblematiek enerzijds en psychosociale problematiek anderzijds;
- kunt u met het biopsychosociaal model inzicht verkrijgen in predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren en een opening creëren voor de behandeling van deze factoren;
- weet u dat intensieve samenwerking tussen het ziekenhuis en de jeugdhulpverlening zorgt voor continuïteit van zorg, waardoor het medische traject in het ziekenhuis efficiënter kan verlopen en korter kan zijn.

## Trefwoorden

kinderen, mictie- en defecatieproblemen, incontinentie, obstipatie, somatische problematiek, psychosociale problematiek, integrale samenwerking, biopsychosociaal model, gezin

## Samenvatting

Er bestaat een sterke samenhang tussen mictie- en defecatieproblemen enerzijds en psychosociale problematiek anderzijds. Als de behandeling van psychosociale problematiek geen onderdeel uitmaakt van de behandeling van mictie- en defecatieproblemen, lijken de klachten sneller en vaker te recidiveren. Daarom wordt in ons ziekenhuis bij alle kinderen die zijn verwezen vanwege mictie- en defecatieproblemen, gewerkt met het biopsychosociale model. Hierbij worden de predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren op biomedisch en psychosociaal gebied in kaart gebracht. Het biopsychosociaal model wordt hierbij als verklaringsmodel gebruikt en vormt de basis voor de behandeling. Er is een uniek samenwerkingsverband met de regionale jeugdhulpverlening (transdisciplinair behandelteam) waardoor er gezamenlijk wordt opgetrokken bij de behandeling van mictie- en defecatieproblemen.

## Inleiding

Binnen Treant zorggroep, locatie Refaja, werd gezien dat de klachten van kinderen met mictie- en defecatieproblemen vaak recidiveerden. Bij inventarisatie in een pilotonderzoek (2015, data niet getoond) leken de factoren verantwoordelijk voor het recidiveren van de klachten vaak op psychosociaal gebied te liggen. Bij zowel mictie- als defecatieproblemen spelen vaak biomedische en psychosociale factoren een rol in ontstaan en instandhouding van de klachten. Het is niet altijd duidelijk welke van deze groepen factoren als eerste aanwezig is en welke het gevolg is van de andere. In de groep kinderen met urine-incontinentie in de nacht heeft 20-30% tevens psychiatrische problemen (ASS, ADHD). Onder de kinderen met urine-incontinentie overdag is dit percentage nog iets hoger (20-40%). Omgekeerd geldt dat bij kinderen met een psychiatrische stoornis incontinentie in de nacht vaker wordt gezien. Bij kinderen met incontinentie in de nacht komt een aantal psychosociale risicofactoren vaker voor, zoals slaapproblemen, slechte schoolprestaties, seksueel misbruik, een lage sociaal-economische status, het hebben van laagopgeleide ouders en het verliezen van een ouder. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren voor kinderen met mictie- en defecatieproblemen, zijn ons ziekenhuis (Treant zorggroep, locatie Refaja) en de jeugd-

hulpverlening in Drenthe (Yorneo) een samenwerkingsverband aangegaan op basis van het adagium van de Jeugdwet van 2015: één gezin, één plan. Juist in het verzorgingsgebied van ons ziekenhuis is deze samenwerking van cruciaal belang. Het ziekenhuis is gevestigd in het zogenoemde Veenkoloniaal gebied: een regio met een populatie mensen met een benedengemiddelde sociaal-economische status en een veelvuldig voorkomen van daarmee geassocieerde risicofactoren voor de gezondheid (zoals armoede, roken en overgewicht). Sinds 2015 worden bij alle kinderen die worden verwezen naar de kinderarts vanwege mictie- of defecatieproblemen, de predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren op biomedisch en psychosociaal gebied in kaart gebracht in het biopsychosociale model (zie figuur 1 op [www.praktishepediatrie.nl](http://www.praktishepediatrie.nl)). Het biopsychosociale model wordt vervolgens als verklaringsmodel gebruikt voor kinderen en hun ouders en vormt de basis voor verschillende aspecten van de behandeling. Om de expertise in deze benadering te vergroten, heeft de regionale jeugdhulpverlening ervoor gekozen om zeventig medewerkers (gedragswetenschappers, pedagogisch hulpverleners en ambulante hulpverleners) te laten scholen in het werken volgens het biopsychosociale model. Ook zijn deze hulpverleners geschoold in de biomedische kant van veelvoorkomende problemen op het gebied van mictie en defecatie. Er is een uniek samenwerkingsverband ontstaan tussen de jeugdhulpverlening en de tweedelijns ziekenhuiszorg, waarbij er veel aandacht is voor de samenhang tussen lichamelijke klachten en de psychosociale context.

## Diagnostiek

Na verwijzing worden de kinderen en hun ouders gezien door het interdisciplinair team van Treant zorggroep, locatie Refaja. Dit team bestaat uit een kinderarts, een psychosociaal medewerker/urotherapeut, een GZ-psycholoog kind/jeugd, een maatschappelijk werker en een kinderbekkenfysiotherapeut. In het team werken de vakgroepen kindergeneeskunde en medische psychologie nauw met elkaar samen. De medische anamnese en het lichamenlijk onderzoek worden verricht door de kinderarts. Vervolgens worden bij alle kinderen een urotherapeutische en een psychosociale anamnese (en op indicatie een ontwikkelingsanamnese) afgenomen door de speciaal hiervoor opgeleide psychosociaal medewerkers. Zij zijn tevens urotherapeut en hebben werkervaring binnen zowel de jeugdhulpverlening als het ziekenhuis. Zij werken hierbij onder supervisie van de GZ-psycholoog kind/jeugd. Als aanvullende screening wordt standaard de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) afgenomen en bij vermoeden van trauma ook de *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13). De diagnostiek is erop gericht zo veel mogelijk predisponerende en in stand houdende factoren in kaart te brengen die aandacht/behandeling behoeven. Na de tweeledige intake worden de patiënten besproken in het wekelijkse multidisciplinaire overleg (MDO) om gezamenlijk tot een advies te komen voor verdere diagnostiek

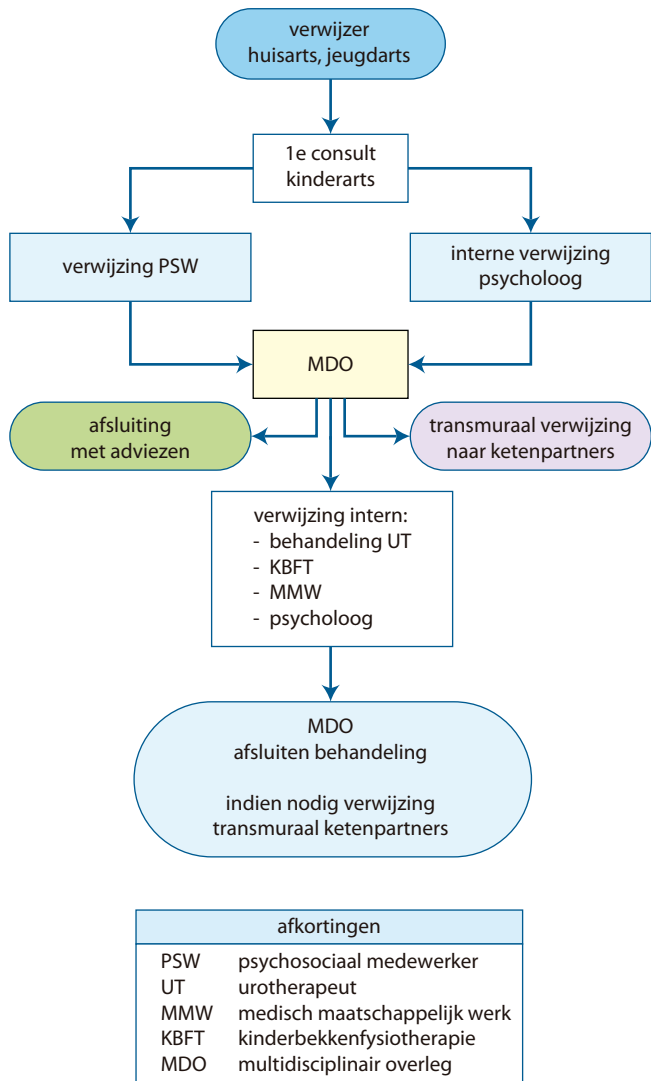
en behandeling op de verschillende vlakken. Na afloop van het MDO bespreekt de psychosociaal medewerker het advies met patiënt en ouders. Als dat bijdragend is, zijn ook de kinderarts en de psycholoog bij dit gesprek aanwezig. Na deze uitgebreide evaluatie van de problematiek, blijkt het met behulp van het biopsychosociale model bijna altijd mogelijk een opening te creëren om ook de noodzakelijke behandeling voor ontwikkelings- en psychosociale problematiek vorm te geven. Kinderen en ouders geven in de evaluatie regelmatig aan dat de uitleg die zij hebben gekregen over het nauwe verband tussen lichamelijke klachten en de psychosociale context, heeft gemaakt dat zij akkoord zijn gegaan met de verwijzing voor behandeling van de psychosociale problematiek.

## Behandeling

Nadat de diagnostiek is afgerond, zijn er drie vervolgroutes mogelijk (figuur 2 en kaders 1 t/m 3). Bij een klein deel van de patiënten kan de zorg direct worden afgesloten met enkele adviezen voor ouders/kind (vervolgroute 1, zie kader). Bij een ander klein deel van de patiënten vindt rechtstreekse verwijzing plaats naar de jeugd-GGZ, (L) VB-zorg, jeugdhulpverlening, sociaal team/eerstelijnszorg of maatschappelijk werk (vervolgroute 2). Bij deze kinderen lijken de medische aspecten van de symptomen verwaarloosbaar te zijn en kan de behandeling primair worden gericht op de psychosociale problematiek. Indien nodig kan aanvullend een intake bij de medisch psycholoog plaatsvinden. Bij de meeste patiënten wordt gekozen voor gecombineerde vervolgzorg in het ziekenhuis en de jeugdhulpverlening (vervolgroute 3). In het ziekenhuis vindt de urotherapie plaats, terwijl de aan de klachten gerelateerde psychosociale behandeling een plaats krijgt binnen de jeugdhulpverlening. Hierbij zien we dat de behandeltrajecten in het ziekenhuis korter zijn geworden en herverwijzingen vanuit de eerste lijn uitzondering.

## Effect van het transmurale zorgpad

In 2017 is de nieuwe werkwijze geëvalueerd. In een jaar tijd werden 119 kinderen met mictie- of defecatieproblemen op de polikliniek gezien (57 jongens en 62 meisjes). Op basis van de psychosociale en ontwikkelingsanamnese bleken bij 74,8% van de kinderen significante comorbide problemen op psychosociaal vlak te bestaan. De meest voorkomende problemen waren regulatieproblematiek, doorgemaakt trauma en (aanwijzingen voor) neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Zo waren er bij 8% van de kinderen aanwijzingen voor een autistiforme stoornis of was deze al gediagnosticeerd, maar was er geen adequate begeleiding gestart. Bij bijna 7% van de kinderen was er sprake van emotieregulatieproblematiek en bij 5% van hechtingsproblematiek. Bij de meeste kinderen bleek naast de mictie- of defecatieproblemen ook problematiek rond slapen of eten te bestaan. Dit is belangrijk, omdat



**Figuur 2**

Stroomdiagram transmuraal zorgpad.

de aanwezigheid van twee of meer van deze zogenoemde regulatieproblemen een risicofactor is voor kindermishandeling. Meer dan de helft van de kinderen met comorbide psychosociale problematiek was niet bekend bij de jeugdhulpverlening.

## Vervolroute 1

Een jongen van 4 jaar wordt verwezen naar de kinderarts vanwege fecale incontinentie. De kinderarts constateert dat er obstipatie speelt met overloopdiarree. De door de huisarts gestarte dosering laxantia wordt verhoogd. De jongen wordt vervolgens gezien door de psychosociaal medewerker/urotherapeut, waarbij de psychosociale analyse geen bijzonderheden toont. Er wordt uitleg gegeven over (de relatie tussen) obstipatie en fecale incontinentie. Bij telefonische follow-up een maand later blijkt er geen sprake meer te zijn van fecale incontinentie.

## Vervolroute 2

Een meisje van 11 jaar wordt verwezen naar de kinderarts vanwege urine-incontinentie. Uit de anamnese blijkt dat ze het gevoel van aandrang negeert (uitstelgedrag). Het meisje wordt gezien door de psychosociaal medewerker/urotherapeut. Het blijkt dat vader kampt met posttraumatische stresssyndroom (PTSS) na een militaire missie in het buitenland. Moeder is gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De ouder-kindinteractie blijkt zwaar verstoord, vooral rondom het plassen. Naast de plasproblematiek is er sprake van slaap- en eetproblematiek. Het meisje wordt door haar ouders gestraft wanneer zij incontinent is of haar bord niet leegteet. De ouders zetten haar dan onder een koude douche. Tijdens het MDO wordt besloten tot verwijzing naar de jeugdhulpverlening. Aan de ouders wordt uitleg gegeven over de mogelijkheden voor behandeling van de verstoorde ouder-kindrelatie en het belang van het doorbreken van de ontstane patronen door in te zetten op het versterken van hun pedagogische vaardigheden. Ook wordt uitleg gegeven over de relatie tussen deze patronen en de incontinentie. Ouders geven aan zich te herkennen in het integrale beeld dat is geschetst en staan meer dan open voor een verwijzing. Met inzet van ambulante hulpverlening, EMDR voor het meisje en VIB voor ouders treedt er een ommekeer op in huis. De urine-incontinentie is verdwenen.

## Vervolroute 3

Een jongen van 11 jaar wordt verwezen naar de kinderarts vanwege enuresis. Hij is in het verleden gezien vanwege obstipatie met fecale incontinentie (2011) en enuresis (2014). Er blijkt sprake te zijn van obstipatie en de gestopte laxantia worden herstart. De psychosociaal medewerker/urotherapeut constateert dat er naast de enuresis ook sprake is van urine-incontinentie overdag en een te groot blaasvolume met residu na plassen. Daarnaast is er sprake van buikpijn, slaapproblemen, herbelevingen na doorgemaakt trauma en een verstoorde ouder-kindrelatie. Zowel de SDQ als de CRIES is fors verhoogd. Tijdens het MDO wordt besloten tot multidisciplinaire behandeling door kinderarts, psychosociaal medewerker/urotherapeut, kinderbekkenfysiotherapeut en jeugdhulpverlening. Plastraining vindt plaats in het ziekenhuis en via de jeugdhulpverlening wordt gestart met traumabehandeling en intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG).

## Uitgangspunten binnen het transmurale zorgpad

- Het bieden van de inhoudelijk meest adequate zorg op basis van evidencebased zorgtrajecten.
- Het beperken van het aantal niet-zieke kinderen dat een beroep doet op medische en psychologische zorg (demedicalisering en depsychologisering).
- Bij complexe zorgvragen transmurale zorg bieden vanuit het continuïteitsprincipe: één kind, één gezin, één plan, één regisseur.
- Optimaliseren van het zorgaanbod voor kinderen met een chronische aandoening die wel een indicatie hebben voor medisch psychologische zorg in het ziekenhuis.
- Het bieden van betaalbare en gefinancierde zorg met optimale aandacht voor alle aspecten die van invloed zijn op de gezondheid en ontwikkeling van kinderen.
- Door het schetsen van een integraal beeld ouders en kinderen motiveren om breder naar de somatisch gepresenteerde klachten te kijken en mee te werken aan de meest geschikte behandeling.
- Het ontwikkelen van een referentiekader/stroomdiagram om keuzes in het zorgtraject te onderbouwen, waarmee de uniformiteit tussen verschillende (medisch) specialisten en andere hulpverleners wordt bevorderd.

Van de kinderen met comorbide problemen op basis van de psychosociale en ontwikkelingsanamnese scoorde 22% niet afwijkend op de afgenomen SDQ (normaalwaarde 0-10 volgens Goodman). Het moge duidelijk zijn dat één vragenlijst nooit voldoende sensitief is om alle problemen op psychosociaal vlak te herkennen. Gezien het feit dat de SDQ een verhoogde score liet zien bij 7 van de 21 kinderen bij wie de psychosociale en ontwikkelingsanamnese geen aanwijzingen lieten zien voor comorbide problematiek, lijkt het afnemen echter wel meerwaarde te hebben. Toen namelijk bij deze zeven gezinnen de afwijkende score op de SDQ werd aangegrepen om opnieuw het gesprek aan te gaan, werden de aanwezige problemen vaak wel (h)erkend. De SDQ, ontwikkelings- en psychosociale anamnese geven dus aanvullende informatie.

Het transmurale zorgpad heeft er tevens in geresulteerd dat de behandelduur fors is gereduceerd. Waar het urotherapeutische traject in 2015 nog gemiddeld twaalf uur bedroeg, is dit in 2018 nog maar zes uur. Beide urotherapeuten geven aan dat zij vóór 2015 vaak kinderen zagen die al eerder door hen waren behandeld; momenteel komt dit bijna niet meer voor.

## Financiën en andere uitdagingen

Aanvankelijk was het een uitdaging om het transmurale zorgpad gefinancierd te krijgen. Treant zorggroep heeft de kosten van de pilotfase op zich genomen, omdat de zorggroep net als het transdisciplinaire team overtuigd was van de meerwaarde van deze wijze van werken voor zowel de patiënten als de behandelaren. Bovengenoemde resultaten hebben er inmiddels voor gezorgd dat financiële borging door de gemeenten heeft plaatsgevonden. Door de constante veranderingen binnen de jeugdhulpverlening en de bekostiging hiervan zal de financiering van het zorgpad ongetwijfeld ook in de toekomst een punt van aandacht blijven. Gedurende de pilotfase en de doorontwikkeling van het

transmurale zorgpad is gebleken dat het voor professionals in zowel het ziekenhuis als de jeugdhulpverlening niet altijd even gemakkelijk was om af te wijken van de bestaande en bekende manier van werken. Doordat de hulpverleners in de eerste en de tweede lijn elkaar persoonlijk leerden kennen, nam het wederzijdse begrip voor elkaars manier van werken en het (h)erkennen van elkaars sterke en zwakke punten toe. In dit proces speelde ook scholing een belangrijke rol. Het grote verloop van professionals in de jeugdhulpverlening maakt dat continue aandacht voor scholing en doorontwikkeling noodzakelijk blijft.

## Conclusie

Door consequent met het biopsychosociale model te werken in de diagnostiek en behandeling van mictie- en defecatieproblemen is in ons ziekenhuis duidelijk gebleken dat psychosociale factoren zeer vaak een rol spelen bij de gepresenteerde somatische problematiek. Ouders bleken open te staan voor psychosociale hulpverlening buiten het ziekenhuis nadat zij uitleg hadden gekregen over het nauwe verband tussen de lichamelijke klachten en de psychosociale context. Het intensief samenwerken met de jeugdhulpverlening zorgt voor continue zorg, waarbij het medische traject in het ziekenhuis korter is geworden, de problemen op psychosociaal vlak adequaat worden behandeld en herverwijzingen vanwege mictie- en defecatieproblemen nauwelijks meer voorkomen.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan allen binnen Treant zorggroep en Yorneo die zich hebben ingezet voor de ontwikkeling en borging van het transmurale zorgpad.

## Referenties

Voor alle referenties bij dit artikel verwijzen wij u naar [www.praktishepediatrie.nl](http://www.praktishepediatrie.nl).