

Abstracts Discussiegroepen Voorjaarscongres 2012

D-6

De juiste professional op de juiste plaats, de psychiater en zijn 'partners in crime'

M.J.E.M. Bik¹, M.CH. Doorakkers², J.A.J. Boermans², A.W. Janssen², R.M.F. Sorel², E.J. Stevelmans²

¹Arkin/NVvP, AMSTERDAM/UTRECHT, Nederland

²NVvP Beroeps Belangen Commissie, UTRECHT, Nederland

Marianne.Bik@gmail.com

ACHTERGROND

Met de door het kabinet getroffen bezuinigingsmaatregelen op de geestelijke gezondheidszorg komt de huidige organisatie van zorg binnen de ggz verder onder druk te staan. Een kritische evaluatie en eventuele herziening van de rolverdeling binnen de zorg zal waarschijnlijk onderdeel zijn van de pogingen door de ggz-organisaties deze zorg zo kosteneffectief mogelijk vorm te geven.

Daarnaast heeft de Tweede Kamer op 29 maart 2011 een voorstel tot wijziging in de wet BIG aangenomen. Deze wijziging leidt tot een tijdelijke uitbreiding van bevoegdheden voor verpleegkundig specialisten en physician assistants en maakt daarmee een experiment met taakherschikking mogelijk. Het voorstel is nu in schriftelijke voorbereiding bij de Eerste Kamer.

Eenzijds heeft de KNMG het belang onderschreven van een dergelijk experiment. Anderzijds heeft zij de Tweede Kamer laten weten zich zorgen te maken over mogelijke risico's voor de kwaliteit, de veiligheid en de continuïteit van de gezondheidszorg. Zij heeft daarbij wijzigingen voorgesteld die in de op handen zijnde nadere uitwerking van deze wet kunnen worden verwerkt.

De positie die onze beroepsgroep kiest in deze ontwikkelingen zal van grote betekenis zijn wanneer gezien in het bredere beleid van het ministerie van VWS voor 2013 en daarna. De NVvP zit mede aan de overlegtafel van het ministerie van VWS en veldpartijen.

Binnen de beroepsgroep wordt de roep om een krachtiger positionering van de psychiater groter. Een actieve deelname en inspraak door de psychiater in de vorm en uitvoering van de toekomstige psychiatrische zorg, is volgens de Beroeps Belangen Commissie van het grootste belang voor het garanderen van optimale kwaliteit van zorg voor de psychiatrische patiënt.

VORM

Over bovenstaande ontwikkelingen zal een panel met daarin afgevaardigden van de belangrijkste disciplines waar de psychiater mee samenwerkt met elkaar van gedachten wisselen over wat elke beroepsgroep als haar competenties en mogelijke rol ziet. Voor dit panel wil de Beroeps Belangen Commissie een of twee psychiaters, een psycholoog, verpleegkundig specialist, physician assistant, een afgevaardigde van de KNMG en een ggz-bestuurder uitnodigen.

LEERDOELEN

Aan het einde van de sessie heeft de deelnemer zich een beeld gevormd van de competenties van de verschillende beroepsgroepen en hun huidige en mogelijk toekomstige rol binnen de ggz. Deze informatie kan hij of zij meenemen in het vormen van een mening over hoe de psychiater zich moet positioneren. De BBC verwacht niet dat hierover aan het einde van deze discussie consensus zal zijn.

LITERATUUR

Gezondheidsraad. *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/25.

Inspectie voor de gezondheidszorg. *Staat van de gezondheidszorg 2007*.

Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag. <http://www.igz.nl>

Koudwatervrees als jonge psychiater? Nergens voor nodig!: een discussiegroep voor en door jonge psychiaters

K. Tanaka¹, H.P. Rode², P.R. Bakker³, K.F.J. Vonhögen³

¹GGzCentraal, ALMERE, Nederland

²HP Gezonde Geest, UTRECHT, Nederland

³GGz Centraal, ALMERE, Nederland

asktanaka@yahoo.com

ACHTERGROND

Sinds een aantal jaren is er een toenemende belangstelling voor de jonge psychiater en bestaat er een internationale gemeenschap binnen de World Psychiatric Association (WPA): de "Early Career Psychiatrists Council". Het doel is onder andere om een internationaal netwerk te vormen onder jonge psychiaters, het identificeren en het aankaarten van problemen in hun werk, en een bijdrage te leveren aan activiteiten voor de professionele ontwikkeling van jonge psychiaters. De definitie van de jonge psychiater volgens WPA is: "An early career psychiatrist is defined as a psychiatrist in training or with less than five years elapsed since completion of residency training".

In Nederland kan de jonge psychiater zich ook verheugen in een toenemende belangstelling. Vandaar dat wij als jonge psychiaters een discussiegroep willen organiseren voor onze jonge collega-psychiaters waarin wij met elkaar van gedachten willen wisselen over het fenomeen jonge psychiater en wat dit betekent voor je praktijk. Wij zullen met elkaar discussiëren vanuit een breed spectrum, te weten de periode vóór het afstuderen, de eerste 5 jaren en de periode daarna, met speerpunten als preventie van burn-out en de rol van supervisie/coaching, het vrije ondernemerschap als alternatief voor of aanvulling op een functie in loondienst, en tot slot komen 10 do's en don'ts (de 10 geboden voor de jonge psychiater) aan bod.

STELLINGEN

"Ouderejaars aios moeten jongerejaars superviseren"

"Het vrije ondernemerschap is alleen weggelegd voor vrijbuiters en waaghalzen"

"De 10 geboden voorkomen dat jij het wiel opnieuw moet uitvinden"

LEERDOELEN

- De voordelen en belangen voor een jonge psychiater ervaren om een goed netwerk te hebben en ervaringen uit te wisselen met anderen.
- Het belang van goede supervisie/coaching weten en welke rol dit moet hebben in de werk.
- Een duidelijk overzicht krijgen van de vele mogelijkheden die je als psychiater en (part-time) zelfstandig ondernemer/freelance te wachten staan.
- Na de discussie ken jij een aantal do's en don'ts (10 geboden) voor de jonge psychiater.

D-24

Twitteren in de psychiatrie: vooruitgang of terechte #twitterangst?

C.J.M. Blijd¹, W. van den Broek², A. Ralston³, A.G.S. de Ranitz⁴, R.R.J.M. Vermeiren⁵, P. Dijkshoorn⁶, E. van Duijn⁷

¹Inter-Psy Groningen, GRONINGEN, Netherlands

²Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

³GGZ Dijk en Duin / Parnassia Bavo Groep, CASTRICUM, Netherlands

⁴FPC 2Landen, UTRECHT, Nederland

⁵Curium-LUMC/ VUMC, LEIDEN/ AMSTERDAM, Nederland

⁶Accare Drenthe/Overijssel, ASSEN, Nederland

⁷GGZ Delfland, DELFT, Nederland

carl@px.nl

ACHTERGROND

Twitter is een nieuwe manier van communiceren, een combinatie van e-mailen, sms'en, bloggen en chatten. De berichten die je met twitter kan versturen, mogen maar 140 karakters hebben. Het is dus zaak je bericht zo kort en krachtig mogelijk te maken. De berichten op twitter zijn door iedereen te lezen. Anderen kunnen al je berichten ontvangen als ze je volgen (followers) en jij bent in staat de berichten van anderen te lezen door anderen te volgen.

Wat heb je aan twitter? Via twitter kan je nieuws en commentaren delen. Als je een interessant artikel vindt, kan je de link naar het artikel met een korte boodschap via twitter versturen. Je volgers kunnen je commentaar of advies lezen en de link volgen naar het hele artikel als ze dat interessant vinden. Behalve werkgerelateerde onderwerpen kan je natuurlijk ook mensen volgen die dezelfde hobby hebben.

In deze bijeenkomst wordt ingegaan op het gebruik van twitter in het algemeen en wat het nut kan zijn voor psychiaters in het bijzonder.

Een discussiepanel met daarin een hoogleraar, bestuurslid NVvP, manager, filosoof en een aantal twitterende psychiaters, zal aan de hand van stellingen met elkaar en het publiek in discussie gaan.

LEERDOELEN

- de deelnemer doet kennis op over het gebruik van twitter en de mogelijke voordelen van twitter voor een psychiater
- #twitterangst bij psychiaters middels exposure verminderen

STELLINGEN

"Als psychiaters twitteren dienen ze dat te doen onder een pseudoniem"

"Psychiaters mogen niet met hun (of andermans) patiënten twitteren"

"De vrijwel onbegrensde netwerk mogelijkheden van Twitter nopen tot grote terughoudendheid ten aanzien van persoonlijke ontboezemingen"

"Er dient een beroepscommissie in het leven geroepen te worden die een professionele code ontwikkelt met betrekking tot het gebruik van sociale media"

"Twitter maakt het beter mogelijk de maatschappelijke rol van de psychiatrie te vervullen"

LITERATUUR

Philips, J. (ed.) 2008. Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press.

Hospes, C. 2011. Geld verdienen met sociale media. Uitgeverij Haystack, www.haystack.nl / needle@haystack.nl
ISBN: 9789077881965

Herziening MDR Persoonlijkheidsstoornissen: het (vernieuwings)potentieel van de omgeving

A.J.A. Kaasenbrood¹, T. Ingenhoven², E. van Meekeren³, A. van Reekum⁴, F. Kraaijeveld⁵

¹Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen Utrecht, NEDERLAND, Netherlands

²Pro Persona, EDE, Netherlands

³GGNet, Scelta algemeen, DEN HAAG, Nederland

⁴GGZ Breburg, BREDA, Nederland

⁵Innovatie Psychologische Psychiatrische Zorg, UTRECHT, Netherlands

akaasenbrood@hotmail.com

ACHTERGROND

De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Persoonlijkheidsstoornissen lijkt na vijf jaar aan herziening toe. In het symposium "Opmaat naar herziening van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen" kwam die herziening al uitgebreid aan de orde, zij het grotendeels vanuit een individueel behandelperspectief. Dit perspectief is de laatste decennia uiterst succesrijk gebleken, maar het is de vraag in hoeverre uit deze hoek nog grote vernieuwingen te verwachten zijn. Verbreding van de behandelomgeving biedt wat dit betreft meer kansen, met betere mogelijkheden tot implementatie.

In deze discussiegroep presenteren we drie omgevingsperspectieven: één die in de MDR 2008 wel een plaats kreeg maar in de praktijk onderbelicht blijkt; één die in die richtlijn een beperkte plaats had, maar in de dagelijkse praktijk van groot belang blijkt; en één die in de vigerende richtlijn en de praktijk nauwelijks is 'doorgedrongen'. Met de zaal discussiëren we over de waarde van deze contextuele benaderingen voor de dagelijkse praktijk, de plaats ervan in de te herziene richtlijn, en over de legitimering van de argumenten die bij dit laatste een rol spelen.

STELLINGEN

"In de toekomstige herziene MDR Persoonlijkheidsstoornissen dient meer plaats te zijn voor de context van de patiënt"

"In het streven naar evidence-based psychiatrie is er koudwatervrees voor niet bewezen effectieve therapeutische middelen, die in praktisch opzicht erg voor de hand liggen respectievelijk noodzakelijk blijken te zijn"

"Naast evidence-based kennis dient practice-based kennis ruimer in de richtlijn vertegenwoordigd te worden"

LEERDOELEN

- Na deze sessie heeft de deelnemer zicht op de wenselijkheid en de potentie van een contextuele benadering van de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

- Na deze sessie heeft de deelnemer zicht op de inhoudelijke onderbouwing van de MDR

Persoonlijkheidsstoornissen uit 2008 en op de wenselijkheid om bij de herziening meer ruimte te geven aan practice-based inzichten.

LITERATUUR

CBO (2008). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen . Trimbos-instituut, Utrecht

Angst voor beroepsgeheim? Conflict van plichten en informatie-uitwisseling

N. Duits¹, R.H. Zijderhoudt², P. de Beurs³, R. van Veldhuizen⁴

¹NIFP, AMSTERDAM/UTRECHT, Netherlands

²Zijderhoudt Consultancy, DEN HAAG, Netherlands

³Inspectie voor de Gezondheidszorg, UTRECHT, Netherlands

⁴Van Veldhuizen adviseur, GRONINGEN, Netherlands

nduits@planet.nl

ACHTERGROND

Is de psychiater angstig en onzeker over zijn beroepsgeheim? Is het beroepsgeheim absoluut en/of is het een excuus om niet te handelen als de patiënt gevaar oplevert voor anderen?

Er is een openbare discussie ontstaan over beroepsgeheim en openbare veiligheid door het onderzoek naar Van der V., de dader van de schietpartij in Alphen aan den Rijn in april 2011. Er is ook onderzoek gedaan naar de wapenvergunning van de dader. De ggz-instelling gaf geen informatie aan de ouders nadat hun zoon overleden was. De officier van justitie kreeg deze informatie ook niet; een verzoek via de rechter werd niet ingediend vanwege de te verwachten procedurevertraging. De huisarts gaf op verzoek van de ouders in tegenstelling tot de ggz-instelling wel inzage in zijn gegevens aan de psychiater van het autopsie-onderzoek. De Inspectie voor de Gezondheidszorg deed onderzoek naar de hulpverlening aan Van der V. (2011). De KNMG maakte in augustus 2011 een nieuwe factsheet 'Beroepsgeheim bij strafrecht' in aanvulling op de 'Richtlijn handreiking beroepsgeheim politie/justitie' uit 2004 (www.knmg.artsennet.nl). GGZ Nederland ontwikkelt een meldcode (www.ggz nederland.nl), en de minister van VWS wil dat deze voorjaar 2012 gereed is.

In het licht van het bovenstaande zijn de volgende vragen voor de psychiater van belang. Hoe om te gaan met het beroepsgeheim en een conflict van plichten indien de patiënt gevaar oplevert voor anderen? Met wie en hoe kunnen vragen en dilemma's besproken worden? Welke overwegingen zijn daarbij van belang? Moet dat op schrift gesteld? Hoe moet je al of niet handelen? Wanneer en met wie wordt welke informatie gedeeld en welke informatie wordt dan gegeven? Is een advies- en meldpunt in dezen aangewezen?

Deze vragen en onderwerpen worden in de discussie belicht vanuit verschillend maar praktisch perspectief: het beroepsgeheim in relatie tot het (tucht)recht, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de bemoeizorg en samenwerking met derden.

LEERDOELEN

- Inzicht in juridische en praktische context beroepsgeheim en conflict van plichten
- Inzicht in handelingsmogelijkheden en -verplichtingen bij beroepsgeheim in relatie tot gevaar voor anderen en openbare veiligheid
- Inzicht in de valkuilen van de psychiatrische zorg van potentieel gevaarlijke patiënten
- Inzicht in mogelijke informatie-uitwisseling met derden in de bemoeizorg van psychiatrische patiënten

LITERATUUR

W.L.J.M. Duijst (2009). *Praktijkboek beroepsgeheim en informatieverstrekking in de zorg*. Apeldoorn: Uitgeverij Maklu.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011). *Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011*. www.igz.nl

KNMG (2011). *Factsheet beroepsgeheim bij strafrecht*. <http://www.knmg.nl/dossier/beroepsgeheim>>w
www.knmg.nl/dossier/beroepsgeheim

Fight or Flight? - Kijken in onze ziel

W.L.J. Gerrits¹, C.E. van Tongeren¹, J.J.B. van der Vlugt²

¹Vincent van Gogh - voor geestelijke gezondheidszorg, VENRAY, Nederland

²Erasmus Medisch Centrum, ROTTERDAM, Nederland

wljgerrits@vvgi.nl

ACHTERGROND

Het vak van de psychiater is een uitdagend en mooi en belangrijk vak. Toch lijkt het of vakgenoten soms geen intrinsieke zekerheid hebben van hun eigen positie in het ziekenhuis of erbuiten. Beginnende aios hebben soms de neiging uit te gaan leggen waarom ze juist voor dit vak hebben gekozen. Waar komt deze onzekerheid vandaan? Is het iets vakinhoudelijks? Iets van buiten? Uiteraard wordt dit niet door iedere collega zo ervaren en is het interessant om te kijken waar deze verschillen vandaan komen. Juist in een tijd die erg veel van ons vraagt en gaat vragen is het goed om onszelf eens onder de loep te nemen.

Dit platform zal een bont gezelschap uit de psychiatrie laten discussiëren over levendige stellingen. De verschillende thema's en stellingen zullen door recent verschenen stukken in de media en wetenschappelijke publicaties worden onderbouwd.

De jaarlijkse traditie van de SAP zal worden voortgezet doordat drie SAP-leden een levendige discussie leiden over onszelf.

STELLINGEN

Enkele voorbeelden van stellingen zijn:

“Wij, (toekomstige) psychiaters, moeten accepteren dat we allemaal anders zijn. De eeuwige strijd om één profiel te creëren is verspilde moeite.”

“Het cynisme over nieuwe behandelingen en diagnostiek van sommige psychiaters komt vooral voort uit angst om te veranderen.”

“Wij zijn te aardig om concurrerend te kunnen zijn.”

“De psychiater is te bang voor suïcide van patiënten. Patiënten zouden minder snel klinisch behandeld moeten worden.”

LEERDOELEN

Na de sessie zal het publiek beter begrijpen hoe verschillende psychiaters zichzelf zien en wat hun afwegingen daarbij zijn. Indirect kan dit bijdragen aan het beter begrijpen van stigmatisering van psychiatrische patiënten en een vollediger beeld geven van deze complexe materie.

D-41

Antisociaal gedrag, als angst nalaat te regeren.

A. Popma¹, R.J. Verkes², M.M. Loomans³, A. Raine⁴

¹De Bascule/VUmc, AMSTERDAM, Nederland

²UMC St Radboud, Nijmegen, NIJMEGEN, Nederland

³Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

⁴University of Pennsylvania, PENNSYLVANIA, USA

a.popma@debascule.com

ACHTERGROND

In aansluiting op de keynote lezing van Adrian Raine en het gelijknamige symposium eerder vanmiddag zal in deze discussiegroep aan de hand van een aantal prikkelende stellingen worden gediscussieerd over de implicaties voor de praktijk van het vandaag gepresenteerde neurobiologisch onderzoek naar de ontwikkeling van antisociaal gedrag¹. Kunnen de verworven inzichten al gebruikt worden in de praktijk?² En als dat het geval is, wat zijn dan de ethische dilemma's?³ De voertaal zal Engels zijn daar Adrian Raine actief zal deelnemen aan deze discussiegroep.

STELLINGEN

"Als antisociaal gedrag voortkomt uit een hersenstoornis heeft dit consequenties voor de juridische toerekeningsvatbaarheid van verdachten." *A. Raine*

"Neurobiologisch onderzoek zal markers opleveren waarmee op jonge leeftijd later antisociaal gedrag zal kunnen worden voorspeld." *A. Popma*

"Als een gebrek aan angst ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van antisociaal gedrag zal, al dan niet farmacologisch geïnduceerde, toename van angst een mogelijk therapeutisch doel kunnen zijn om toekomstig antisociaal gedrag bij patiënten te voorkomen." *M. Loomans*

"Psychotherapeutische behandeling van psychopathie heeft alleen kans van slagen als rekening gehouden wordt met afwijkingen in sociaal leren bij deze stoornis." *R.J. Verkes*

LEERDOELEN

Kennismaken van de mogelijke implicaties voor de praktijk van recent onderzoek naar ontwikkeling en etiologie van antisociaal gedrag met bijzondere aandacht voor neurobiologisch onderzoek naar stoornissen in de angstregulatie en gedragsaanpassing.

LITERATUURVERWIJZING

1 Loomans, M.M., Tulen, J.H., van Marle, H.J. (2010) De neurobiologie van antisociaal gedrag. Tijdschrift voor Psychiatrie. 52(6):387-96.

2 Popma, A., Raine, A. (2006) 'Will future forensic assessment be neurobiologic?' Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 15(2):429-44.

3 Horstkötter, D., Berghmans, R.L., Slatman, J., de Wert G. (2011) Biologie en psychiatrie: ethische aspecten van de preventie van antisociaal gedrag bij kinderen. Tijdschrift voor Psychiatrie 53(10):739-49.

Verwondering: van angst naar vrijheid

A. Vellinga, K.J. Nusselder
Arkin, AMSTERDAM, Nederland
astrid.vellinga@mentrum.nl

ACHTERGROND

Binnen filosofie wordt verwondering vaak als startpunt gezien van de wijsbegeerte en van ethische reflectie. Verwondering kan volgens filosoof C. Verhoeven opgevat worden als een toestand van bevindelijkheid. Dat wil zeggen dat het een toestand is van waaruit we de werkelijkheid ervaren nog voordat zich een gevoel heeft ontwikkeld over die werkelijkheid. Als zodanig is het een zwevende toestand tussen begrip en onbegrip, van waaruit er een keus mogelijk is. Dit betekent dat het een toestand is die openheid biedt tot reflectie over het gekende en niet gekende. Als zodanig kan het een cultuur van vanzelfsprekendheid doorbreken, die volgens Verhoeven het gevaar van verstarring, tirannie van de middelmaat en gevangenschap in een geheel van meningen en allerlei vormen van geweld met zich meebrengt.

Binnen de psychiatrie is verwondering niet een gebruikelijk uitgangspunt. Onze stelling is dat ook binnen de psychiatrie het concept verwondering bepaalde culturen van vanzelfsprekendheid kan doorbreken. Daar waar angst alleen ruimte laat voor een verstarring in bejegening en beperkte oplossingsstrategieën, kan verwondering dit doorbreken. Binnen de psychiatrie zijn ethische dilemma's verweven in de dagelijkse praktijk van zorg. Een houding van verwondering geeft openheid en vrijheid om deze dilemma's te benaderen en een manier te vinden om hiermee op een creatieve wijze mee om te gaan. Verwondering biedt daarmee niet alleen vrijheid, maar geeft ook enthousiasme om om te gaan met dagelijkse dilemma's in de psychiatrische zorg en niet te verstarren in vanzelfsprekendheden.

STELLING

“Verwondering geeft vrijheid in denken en handelen in de psychiatrie”

LEERDOELEN

- Kennis nemen van het filosofisch concept verwondering
- Inzicht verwerven in het toepassen van verwondering als uitgangspunt voor ethische reflectie in de dagelijkse zorg
- door kennis omtrent het begrip verwondering en inzicht in de toepassing ervan, wordt de vrijheid vergroot om om te gaan met de dagelijkse ethische dilemma's van de psychiatrische zorg

LITERATUUR

C. Verhoeven: Inleiding tot de verwondering. Uitgeverij Damon, 1999

D-43

Een Amsterdamse zedenzaak, hoe zorg je daarvoor

W. Tuinebreijer¹, M. Buster¹, M. Rexwinkel², R. Teeuw³

¹GGD Amsterdam, AMSTERDAM, Nederland

²IMH, AMSTERDAM, Nederland

³AMC, AMSTERDAM, Nederland

wilcot@kpnmail.nl

ACHTERGROND

In het stedelijk rampenplan van de stad Amsterdam is de psycho-sociale hulpverlening voor betrokkenen meegenomen. De verantwoording voor invulling en uitvoering is vastgelegd in een convenant tussen de GGD en de ggz-partners van de stad. Hoe bied je betrokkenen van een rampzalige gebeurtenis de goede steun en een goede behandeling als dit nodig is? In 2010 schrijft Nederland op als bekend wordt dat er een zedenzaak van ongekende omvang heeft plaatsgevonden in Amsterdam. Hoe de nazorg werd vormgegeven tussen de gemeente, de GGD en de ggz zijn de thema's deze discussie.

D-53

De angsten van de psychiater

R.C.A. de Veen, F.E. van Koningsveld, M. Leeuwen-Henrich, A.W.M.M. Stevens, E.H. Cijntje, J.L.P. Neetens, M.J.C. van Wijk
Dimence, ALMELO, Nederland
rcadeveen3@hotmail.com

ACHTERGROND

In deze Discussiegroep presenteert de psychiatergroep van Dimence, Midden en Oost Twente zichzelf met hun eigen angsten binnen hun beroep.

Dit jaar gaat het over veel soorten angst, maar weinig over de angsten van psychiaters binnen hun vak. Wij willen het hebben over onze angsten voor moeilijke thema's of dilemma's daarin.

In interviews met collega's spreken wij in kleine vertrouwde kring over spannende zaken die binnen onze individuele behandelcontacten spelen. Tijdens studiedagen en congressen klagen wij samen bij industrie-cappuccino over hoe ons vak bedreigd wordt door allerlei interne en externe factoren en hoe bang we daarvoor zijn.

Over sommige angsten praten we echter liever niet. Wat als al onze behandelingen niet meer werken? En onze patiënt vraagt hem te helpen bij een zachte dood?

Of over de angst om de ontwikkelingen in het vak soms niet meer te kunnen bijbenen.

Anja Stevens en René de Veen bespreken een praktijkgeval waarin een patiënt vroeg om hulp bij zelfdoding en zij gaan in op de gevoelens die dat oproept.

Marilene van Leeuwen- Henrich en Fenna van Koningsveld erkennen dat ze bang waren om wetenschappelijk aan de weg te timmeren en daarmee naar buiten te treden. Zij zetten een klein onderzoek op naar de angsten van de gehele psychiatergroep van Dimence en zullen hun bevindingen presenteren.

Jan Neetens, Erwin Cijntje, en Maarten van Wijk stappen over hun schroom heen om te spreken over de vraag 'Doe ik het wel goed (genoeg)? En is het nog leuk?' In dit persoonlijke verhaal komen existentiële vragen en angsten over ons vak indringend voor het voetlicht.

Wij hopen met de aanwezigen over onze en hun eigen angsten te kunnen spreken en de angst niet te laten regeren.

STELLING

"Wij hebben ondanks alle bedreigingen nog steeds het mooiste vak dat er is."

Industrialisatie van de psychiatrie; de schrik van iedere psychiater of een onterechte angst?

W.M. van der Meijden¹, H. van den Berg², V. van Antwerpen²

¹KPMG Plexus, BREUKELEN, Nederland

²Mediant, ENSCHEDE, Nederland

vandermeijden.wencke@kpmgplexus.nl

ACHTERGROND

Met de introductie van classificatie volgens DSM en de computer begin jaren tachtig, heeft er in Nederland een duidelijke omslag plaatsgevonden in het denken van de psychiatrie.

Was er tot de jaren tachtig vooral sprake van unieke patiënten en unieke behandelaren die samen een uniek proces ingingen en lette men vooral op de verschillen tussen mensen; na de jaren tachtig is het focus verschoven naar de overeenkomsten tussen mensen en de stoornissen waaraan zij lijden.

Dit heeft de psychiatrie in staat gesteld te groeperen en te standaardiseren. Vergelijkingen met de profitsector dringen zich op (Ikea, McDonalds). Bij professionals, nog vooral ambachtelijk opgeleid, roept deze ontwikkeling weerstand op! Het zou allemaal ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

De link naar de kwaliteit van zorg is een interessante. In tegenstelling tot de jaren tachtig wordt tegenwoordig steeds vaker de vraag gesteld om inzicht te geven in het effect en de kwaliteit van de behandeling. In hoeverre is de psychiatrie in staat om aan deze vraag te voldoen?

In de discussiebijeenkomst willen we de weerstand nader exploreren en argumenten leveren, die juist de stelling ondersteunen dat er kwaliteitswinst te boeken valt met standaardisering, middels de invoering van zorgpaden (zorgprogramma' s in de tijd gepland) en ondersteuning daarvan middels ICT.

STELLINGEN

“De ontwikkelingen die we dezer dagen binnen de psychiatrie meemaken zijn vergelijkbaar met de industrialisatie in de 19e en 20e eeuw”

“Door te denken in groepen en daar naar te standaardiseren, wordt de kwaliteit van de zorg voor het individu verhoogd”

“Standaardisatie zonder uitkomstmeting en ondersteuning door het (ICT) systeem leidt tot bureaucratie in plaats van kwaliteitswinst”

LEERDOEL

Inzicht in weerstanden, 'exposure' aan deze weerstanden en het ontstaan van ruimte voor nieuwe ideeën

Hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten met een aanhoudende doodswens

J. Huisman¹, P.M. de Jong², L. Thienpont³

¹Psychiater en voorzitter Steungroep Psychiaters, VELDHOVEN, Nederland

²NVVE, AMSTERDAM, Nederland

³Psychiater en LEIF-arts, OOSTERZELE, België

johanhuisman@xs4all.nl

ACHTERGROND

Tijdens het symposium zullen de resultaten en ervaringen worden gepresenteerd van de Steungroep Psychiaters die in juli 2011 van start ging. De steungroep geeft ondersteuning aan collega's die verzoeken om hulp bij zelfdoding krijgen van chronisch psychiatrische patiënten. Ook zal er verslag worden gedaan van de opzet van de Levenseindekliniek in Nederland en het Levenseinde Consultatieteam in Vlaanderen en de procedures en protocollen die er worden gehanteerd. Daarnaast zal er een reflectie worden gegeven naar aanleiding van de meer dan honderd verzoeken om euthanasie op basis van psychisch lijden die de Vlaamse psychiater Lieve Thienpont sinds 2007 kreeg.

LEERDOELEN

De deelnemers zijn op de hoogte van de wettelijke mogelijkheden in Nederland en België, de werkwijze van de Steungroep Psychiaters en de Levenseindekliniek en hoe wordt omgegaan met hulpvragen van chronisch psychiatrische patiënten in Vlaanderen.

ACHTERGROND

Jaarlijks krijgen psychiaters in Nederland meer dan 500 verzoeken om hulp bij zelfdoding. Deze verzoeken worden slechts zelden gehonoreerd. De psychiater staat voor een groot dilemma: hoe ga je om met een dergelijke vraag, wat is wettelijk toegestaan en waar kun je terecht voor informatie en steun?

DOEL

Kwaliteitsverbetering van de zorg en hulp voor psychiatrische patiënten met een aanhoudende doodswens.

METHODEN

Deelnemers bekend maken met de wettelijke mogelijkheden en de werkwijze van de Steungroep Psychiaters, de Levenseindekliniek en het Levenseinde Consultatieteam.

RESULTATEN

Verdieping van inzicht in de problematiek en het eigen handelen.

CONCLUSIE

De deelnemers worden geacht meer kennis te hebben over de wet en de richtlijn Hulp bij zelfdoding en beter toegerust te zijn om om te kunnen gaan met verzoeken om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis.

LITERATUUR

A.J. Tholen e.a., Richtlijn omgaan met verzoeken om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, De Tijdstroom, Utrecht 2009

Bestuurlijk akkoord 2013: Welke gevolgen heeft de Brede Beleidsagenda van de minister van VWS en de veldpartijen voor de komende jaren voor de psychiatrie?

P. Niesink

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, UTRECHT, Nederland

P.niesink@nvvp.net

ACHTERGROND

De bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) per 2012 zijn zonder inhoudelijk kader gedaan. Patiënten, zorgaanbieders en parlementariërs verwijten de minister dan ook visieloze bezuinigingen. In de motie Vander Staaij (SGP) en Bruins Slot (CDA) wordt de minister onder meer opgedragen het gesprek over toekomstig beleid met het veld aan te gaan. Inmiddels is daarvoor een bestuurlijk overleg geformeerd.

Zorgverzekeraars Nederland, het Landelijke Platform GGZ, MeerGGZ, GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie maken deel uit van dit overleg. In de eerste gesprekken heeft de vereniging aangegeven dat er voor de psychiatrie/ggz een inhoudelijk kader ontbreekt. Het visiedocument 'Zorg van Velen' is inmiddels al weer zes jaar oud en biedt geen houvast om de door de politiek opgelegde bezuinigingen, maar ook ambities als prestatiebekostiging, enig inhoudelijk kader te geven. Een nieuw visiedocument helpt om tot een verantwoorde organisatie en financiering van de ggz in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder te komen.

In deze discussiegroep zullen de beleidsvoorstellen voor aanpassingen aan het overheidsbeleid en bekostiging van de ggz per 2013 en de ontwikkeling van een inhoudelijk kader door het verenigingsbestuur en de directeur worden toegelicht.

Er zal worden gevraagd om reactie van de deelnemers. De inbreng van de deelnemers zal worden gebruikt voor het formuleren van verdere standpunten en adviezen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op de voorgenomen plannen in de Brede Beleidsagenda GGZ voor 2013 en verder. In aanloop naar het Voorjaarscongres en deze discussiegroep zullen de leden van de vereniging geïnformeerd worden over de beleidsvoornemens middels artikelen in De Psychiater en op het ledennet van de vereniging.

STELLINGEN

Tijdens de discussie zullen de beleidsvoornemens van VWS en de veldpartijen in de vorm van stellingen worden getoetst aan wenselijkheid en haalbaarheid. In de stellingen zullen ook de missie en visie van de vereniging ter sprake worden gebracht, om met de deelnemers te discussiëren of de eerder vastgestelde visie van de vereniging houvast biedt in het debat rond de beleidsvoornemens of dat de visie van de vereniging ten aanzien van beleid en bekostiging van de psychiatrie bijgesteld moet worden.

LEERDOEL

Aan het einde van de discussiegroep heeft de deelnemer kennis genomen van de actuele ontwikkelingen aangaande de Brede Beleidsagenda voor de psychiatrie/ggz per 2013 van de minister van VWS en de Veldpartijen. De deelnemer wordt gestimuleerd om in de discussie de beleidsvoornemens van VWS en de veldpartijen te toetsen aan de visie van de vereniging/psychiaters en te adviseren of de Brede Beleidsagenda voor 2013 bijgesteld moet worden, danwel welke reactie psychiaters individueel en gezamenlijk moeten voorbereiden op de Beleidsagenda.

Handreiking Gebruik Meldcode Kindermishandeling in de psychiatrie: hoe verder?

M.H.C.M. Laan¹, A.A.M. Smits², M.J. van Hoof³

¹GGNet, APELDOORN, Nederland

²De Waag, UTRECHT, Nederland

³Rivierduinen- GGZ Zuid-Holland, LEIDEN, Nederland

m.laan@ggnet.nl

ACHTERGROND

De Handreiking is gemaakt naar aanleiding van het in september 2008 uitbrengen van de Meldcode Kindermishandeling ontwikkeld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De kerngedachte van de Meldcode is 'spreken, tenzij' in plaats van 'zwijgen, tenzij', waardoor het aantal meldingen door artsen naar verwachting zal toenemen en ook de noodzakelijke informatie-uitwisseling bevorderd wordt. Het is gebleken dat een Meldcode helpt om professionals alerter te maken op signalen van kindermishandeling.

De Handreiking is bedoeld om de bewustwording en handelingsbekwaamheid van de psychiater in de diagnostiek en behandeling van kindermishandeling te vergroten. Het stappenplan in de handreiking borduurt voort op de KNMG-Meldcode. De nadruk ligt vooral op wat van de psychiater verwacht wordt in het signaleren van kindermishandeling. Hoe deze hier invulling aan geeft valt niet binnen de reikwijdte van de handreiking. Het bevorderen van het gebruik van de handreiking is een onderwerp van belang in de opleiding en binnen de bij- en nascholing van de beroepsgroep.

STELLINGEN

"De Handreiking is een bruikbare aanvulling op de Meldcode (2008 KNMG)"

"Naast de Handreiking is bijscholing om de handelingsbekwaamheid van de psychiater in het diagnosticeren en behandelen van kindermishandeling te vergroten van belang."

"Concretisering van wat de psychiater van het AMK (Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) en de Raad van de Kinderbescherming kan en mag verwachten zorgt ervoor dat de psychiater meer van de Handreiking gebruik zal maken en vaker om advies of consultatie zal vragen of overgaan tot het doen van een melding."

"Voor psychiaters is er in de wetgeving en jurisprudentie voldoende ruimte om te handelen in het diagnosticeren en behandelen van kindermishandeling."

LEERDOELEN

- Vergroten van de bewustwording van de verantwoordelijkheid in het signaleren van kindermishandeling
- Vergroten van de handelingsbekwaamheid in het oppakken van deze verantwoordelijkheid

LITERATUUR

NVvP werkgroep (2011). Handreiking Gebruik Meldcode Kindermishandeling in de psychiatrie.

KNMG (2008). Artsen en kindermishandeling: meldcode en stappenplan.

Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Overzicht 2009. <http://www.amk-nederland.nl/adressen.php>

Online Nascholing Meldcode Kindermishandeling. <http://medischcontact.artsennet.nl/kindermishandeling-13.htm>

http://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/themas/trauma_en_kindermishandeling

Veiligheid, voorschrijven en volgen: psychofarmaca in de kinder- en jeugdpsychiatrie

A.J. Stierum¹, M.B. Hofstra², B.S. van Beusekom³, L.F. van der Steen³

¹Riagg Rijnmond / Erasmus MC Sophia, ROTTERDAM, Nederland

²Erasmus MC Sophia Kinderkliniek, ROTTERDAM, Nederland

³Erasmus MC Sophia Polikliniek, ROTTERDAM, Nederland

stierum@euronet.nl

ACHTERGROND

Er is weinig bekend over de veiligheid van psychofarmaca voorgeschreven aan kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek. Veel psychofarmaca zijn niet geregistreerd voor kinderen, maar worden toch voorgeschreven. Vaak is de druk op de kinder- en jeugdpsychiater om psychofarmaca voor te schrijven, vanuit onder andere scholen en ouders, groot. Wat zijn de juridische consequenties hiervan? Wat zijn de risico's voor het kind en hoe kunnen we deze zo klein mogelijk houden? Hoe gaan we daar als kinder- en jeugdpsychiaters mee om?

Kortom: Wat moeten we doen, wat doen we en wat zouden we willen doen?

STELLINGEN

“Een goed op psychofarmaca ingesteld kind kan verwezen worden naar de huisarts.”

“Een goed op psychofarmaca ingesteld kind kan eenmaal per jaar opgevolgd worden.”

“Ik overweeg een trial met methylfenidaat als school daar op aandringt.”

“Ik vertel ouders niet dat een middel niet geregistreerd is.”

“Ik laat ouders nooit tekenen voor niet-geregistreerde psychofarmaca.”

“Bloedcontrole bij gebruik van antipsychotica vind ik maar lastig en tijdrovend en daarom laat ik het meestal achterwege.”

“Bloedcontrole bij gebruik van antipsychotica levert mij informatie op die ik niet voldoende goed kan interpreteren.”

“Mij is duidelijk welke parameters tijdens vervolcontacten moeten worden bepaald (per groep geneesmiddelen).

Hieraan verbind ik de nodige consequenties.”

“Het valt mij lastig het gebruik van een geneesmiddel over lange tijd te beperken.”

LEERDOELEN

- Kritisch reflecteren op eigen voorschrijfgedrag
- Kennis vergroten over juridische aspecten van voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen en jeugdigen
- Kennis vergroten over risico's en veiligheidsaspecten van psychofarmaca bij kinderen en jeugdigen

LITERATUUR

Van Gorcum 2011, Psychofarmaca in de KJP

Formularium voor de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk

G.C. Dieleman, B. Dierckx, M.B. Hofstra

Kostenbesparing in de ggz: keuzevrijheid en de angstige patiënt

Benecke Consultants
, Amsterdam, Nederland
Marije.Wiegerinck@benecke.nl

ACHTERGROND

Het zijn roerige tijden voor de ggz. Het kabinet heeft aangegeven flink te willen bezuinigen op de zorg en een deel van die besparing moet rechtstreeks van de patiënt komen middels een forse eigen bijdrage. Naast de discriminatie van de psychiatrische ten opzichte van de somatische patiënt, geeft het ook angst voor wat er gaat gebeuren met de kwetsbare patiënt met een psychotische stoornis die vaak een laag inkomen heeft en niet zelf om zorg vraagt. Belanden deze patiënten dadelijk (terug) op straat? Onlangs sloeg de politie al alarm in de kranten omdat zij vrezden voor veel meer psychotische zwervers. Maar hoe moet de psychiatrie als beroepsgroep hiermee omgaan?

Naast de eigen bijdrage speelt bij de politiek en de zorgverzekeraars nog een ander belangrijk punt. Door toenemende generisering van farmaca en de veelal lagere prijzen zijn zij steeds meer gericht op substitutie van de relatief duurderes spécialité geneesmiddelen naar de relatief goedkopere generieke geneesmiddelen. Het lijkt of door de toenemende generisering van de psychofarmaca het preferentiebeleid ook binnen de psychiatrie zijn intrede doet. Een van de consequenties is dat de voorschrijvende psychiater geen zicht meer heeft op wat er in de apotheek wordt afgeleverd. In algemene zin is de psychiatrische patiënt vanuit zijn psychische gesteldheid mogelijk extra gevoelig voor een verandering van zijn of haar medicatie. Juist bij (ambulante) schizofreniepatiënten zou generieke substitutie echter angst in de hand kunnen werken die tot non-adherence leidt. Door bijwerkingen en een gebrek aan ziekte-inzicht is de adherence bij deze groep patiënten al laag en dat is jammer, omdat regelmatig gebruik van medicatie vaak ontvankelijkheid voor andere therapievormen bevordert, terwijl onregelmatig gebruik uiteraard kan leiden tot terugval en heropname

Aan de andere kant zijn er ook voordelen van substitutie van medicatie door generieke middelen. Na invoer van de stimulansregeling (1988) is er sprake geweest van een significante kostenbesparing in de gezondheidszorg en er zijn geen aanwijzingen dat generieke middelen minder veilig of effectief zijn.

Deze ontwikkelingen roepen een aantal vragen op:

- Is deze ontwikkeling maatschappelijk gezien gewenst? Is dit een positieve ontwikkeling die bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg?
- Vraagt een dergelijke ontwikkeling extra of andere patiëntenvoorlichting en wiens verantwoordelijkheid is dat: van de zorgverzekeraar, de apotheker of de voorschrijver?
- Het substitueren is voor veel geneesmiddelen algemeen geaccepteerd. Geldt dat ook voor de psychofarmaca, of kan dat alleen met strikte voorwaarden, of kan dat in het geheel niet? Waarom?

LEERDOELEN

- De psychiaters uitdagen tot (creatieve) oplossingen hoe om te gaan met de aangekondigde bezuinigingen en de bescherming van de meest kwetsbare patiëntengroepen.
- De psychiaters stimuleren om zich een mening te vormen met betrekking tot de veranderingen in zorg met betrekking tot hun eigen keuzevrijheid, de generisering van medicatie, patiëntenvoorlichting, substitutie door de apotheek en kostenaspecten tegen de achtergrond van een kwetsbare en wellicht angstige/paranoïde patiëntenpopulatie.

LITERATUUR

Beatriz Roman. Patients' attitudes towards generic substitution of oral atypical antipsychotics. CNS Drugs 2009;23(8):693-701.

Handleiding geneesmiddelensubstitutie. Uitgave KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, versie april 2011.

Araszkiewicz. Generic olanzapine: health authority opportunity or nightmare? Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Volume 8, Number 6, December 2008, pp. 549-555(7).

Howland RH. Are generic medications safe and effective? J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2010 Mar;48(3):13-6.

Vrij Nederland, "Psychiatrische patienten worden gemarginaliseerd". 22 oktober 2011.

Kwalitatieve methoden in de psychiatrie: onderzoeken rondom angst

A.M. Ruissen

VUmc / GGZ inGeest, AMSTERDAM, Nederland

a.ruissen@vumc.nl

ACHTERGROND

Kwalitatieve methoden worden steeds vaker gebruikt in onderzoek, ook in de psychiatrie. Het kan voor meer dan alleen belevingsonderzoek ingezet worden, denk aan identificatie van zorgbehoeften, in kaart brengen van ziekte-ervaring en beschouwen van de praktijk van professionele zorgverleners. Verschillende voorbeelden van lopend kwalitatieve onderzoek in de psychiatrie, steeds met als thema 'angst', passeren de revue, waarbij verschillende dataverzamelmethode, zoals individuele interviews, focusgroepen, en participerende observaties en verschillende analysemethoden worden toegelicht. Doel van deze discussiegroep is om praktijk, potentie en valkuilen van kwalitatief onderzoek in psychiatrie te belichten.

STELLINGEN

“Juist voor het onderzoeken van vraagstellingen in en uit de psychiatrie is kwalitatief onderzoek zeer geschikt.”

“Kwalitatief onderzoek krijgt te weinig ruimte in psychiatrisch wetenschappelijk onderzoek.”

“Kwalitatief onderzoek is meer dan kwantitatief onderzoek erg belastend voor de patiënt.”

LEERDOELEN

- De deelnemer heeft na afloop kennis van verschillende soorten kwalitatief onderzoek, inclusief verschillende dataverzamelmethode en analysemethoden.
- De deelnemer kan voorbeelden noemen van kwalitatief onderzoek in de psychiatrie.
- De deelnemer kan ideeën opdoen en vragen stellen over eigen op te zetten onderzoek.

LITERATUUR

Lingard L, Albert M, Levinson W. Grounded theory, mixed methods, and action research. BMJ 2008; 337: 459

D-103

De Nederlandse beweging tegen dwang en drang in de psychiatrie

G. de Wilde¹, R. Trinks², J. Santegoeds³, E.O. Noorthoorn⁴

¹Zelfstandig adviseur GGZ, AMSTERDAM, Nederland

²Ypsilon, UTRECHT, Nederland

³Actiegroep tekeer tegen de isoleer, EINDHOVEN, Nederland

⁴Ggnet, WARNSVELD, Netherlands

gdewilde@euronet.nl

ACHTERGROND

De eerste na-oorlogse acties tegen separeren in de psychiatrie hebben de publieke bewustwording over mensenrechten in de psychiatrie beïnvloed. De politiek vond dat - waar mogelijk - de rechten van patiënten moesten prevaleren.

Toen de invoering van de Wet BOPZ niet leidde tot een teruggang in het aantal IBS-en, RM-en en separaties, ontstond er een tweede beweging, die in het recente decennium heeft geleid tot tientallen projecten die dwang en drang trachtten terug te dringen. Dat heeft tot een kaleidoscoop aan goede praktijkvoorbeelden geleid. Zorgverleners, cliënten en patiënten, en hun familie en naastbetrokkenen leerden bij het terugdringen van dwang en drang samen te werken. Die zogenoemde triade heeft helaas nog niet overal vaste grond gekregen.

Gee de Wilde (onafhankelijk adviseur), Ria Trinks (Ypsilon), en Jolijn Santegoeds (Stichting Mind Rights) geven een terugblik en vooruitblik op de Nederlandse beweging tegen dwang en drang tegen de achtergrond van cijfers vanuit het argus-register, die laten zien dat er instellingen zijn met, maar ook instellingen zonder een duidelijke reductie in de toepassing van dwang en drang.

D-104

Dilemma's in de zorg aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag

I.E. Lindhout¹, F.W. Hulscher-Weenink²

¹Triversum, ALKMAAR, Nederland

²Triversum, ALKMAAR, Nederland

i.e.lindhout@xs4all.nl

ACHTERGROND

De WGBO stelt dat de gezagdragende ouders hun toestemming geven voor een opname van hun kind, naast de jongere zelf. Toestemming van ouders voor een klinische opname of een gedwongen behandeling is ook een vereiste als een jongere 16 of 17 jaar is.

Wanneer ouders gescheiden leven en gezagdragend zijn, zullen beiden toestemming moeten geven. Wat te doen wanneer één van de ouders onvindbaar is, weinig betrokken is bij de dagelijkse zorg, geen weet heeft van een aanmelding, als bedreigend is ervaren door de gezinsleden?

Er is jurisprudentie ten aanzien van de inspanningen waartoe je als hulpverlener verplicht bent om de toestemming van beide ouders te vergaren. Hoe ver moet je daarin gaan? In hoeverre vertraagt de angst voor repercussies van de niet bij de besluitvorming betrokken ouder het bieden van de benodigde zorg aan de jongere? In hoeverre bemoeilijken de angst of boosheid bij de primair verzorgende ouder het voldoen aan deze inspanningsverplichting? Aan de hand van stellingen en casuïstiek wordt gediscussieerd over het juridisch kader omtrent ouderlijk gezag en informed consent met betrekking tot jongeren die worden opgenomen en/of behandeld in een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis.

STELLINGEN

“De verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor het verkrijgen van toestemming van beide gezagdragende ouders is begrensd.”

“Als ouders geen toestemming kunnen geven, is de toestemmende ouder verantwoordelijk voor het aanvragen van vervangende toestemming.”

“Bij het uitblijven van toestemming van één van beide gezagdragende ouders leidt het bieden van adequate zorg onder de angst voor repercussies.”

LEERDOELEN

Na afloop van de discussiegroep hebben de deelnemers meer kennis en bewustzijn over het juridisch kader bij gescheiden ouders en meer zicht op de interventies die nodig en mogelijk zijn, om toch tot een behandelovereenkomst te komen en zo de zorg te kunnen bieden aan jeugdpsychiatrische patiënten.

D-120

Psychiatrische consultatie in verpleeghuis: wie, wat, hoe?

A.M. van Schaik¹, R. Verfaillie², I. de Jong³, A. Bootsma-vd Wiel¹, M.G. Kat⁴

¹GGZ inGeest, AMSTERDAM, Netherlands

²Amsta, AMSTERDAM, Netherlands

³Osira Amsteling/GGZ inGeest, AMSTERDAM, Netherlands

⁴Medisch Centrum Alkmaar, ALKMAAR, Netherlands

au.vanschaik@ggzingeest.nl

ACHTERGROND

Psychiatrische consultatie in de V&V-sector richt zich meestal op het geven van advies bij cliënten met psychiatrische of gedragsproblemen die voortkomen uit psychiatrische problematiek en/of somatische en/of cognitieve problemen. Consultatie richt zich veelal primair op het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de zorgverlener en beperkt zich tot diagnostiek, advies en (kortdurende) behandeling. Echter, de variatie in consultatiemodellen is groot, zoals organisatie vanuit de psychiatrie (instelling of vrijgevestigd), V&V zorg zelf, (psycho)geriater, evenals de verschillende financieringsmogelijkheden. Maar wat is nu precies de vraag vanuit de V&V-sector zelf? Sluit het aanbod vanuit de psychiatrie wel goed aan? Of zouden de verpleeghuizen een dergelijke expertise zelf moeten ontwikkelen? Reden genoeg voor een discussie met enkele specialisten ouderengeneeskunde (consultvragers) en enkele consultgevers vanuit de psychiatrie of specialist ouderengeneeskunde/geriater-hoek.

Tevens is de V&V-sector toenemend een belangrijke partner in de ketenzorg voor psycho, maar ook gerontopsychiatrie. Psychiatrische verblijfsafdelingen verdwijnen. De instellingen bouwen hun AWBZ-capaciteit af. Maar is de V&V voldoende toegerust om deze populatie in het verpleeghuis op te nemen? Wat is daarvoor nodig?

STELLINGEN

Diverse stellingen rondom het juiste consultatiemodel voor psychiatrie in de V&V, evenals welke discipline(s) deze consultatie zou kunnen uitvoeren en wijze van financiering. Maar nog belangrijker: welk model zouden we in de toekomst willen en biedt de beste zorg voor de patiënt?

LEERDOELEN

Een discussie met de V&V en ggz over de consultatie kan leiden tot een verbetering in de afstemming in vraag en aanbod en toekomstbestendigheid.

LITERATUURVERWIJZING

Kat MG, Zuidema SU, van der Ploeg T, Kalisvaart KJ, van Gool WA, Eikelenboom P, de Jonghe JF. Reasons for psychiatric consultation referrals in Dutch nursing home patients with dementia: a comparison with normative data on prevalence of neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Oct;23(10):1014-9.

Callegari CM, Menchetti M, Croci G, Beraldo S, Costantini C, Baranzini F. Two years of psychogeriatric consultations in a nursing home: reasons for referral compared to psychiatrists' assessment. *BMC Health Serv Res*. 2006 Jun 13;6:73 *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jul;22(7):632-8.

Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jul;22(7):632-8.

D-121

Stoornis en risico in de forensische diagnostiek

T. Rinne¹, E. Bulten², W.C.J. Kramer³, J. van Mulbregt¹

¹NIFP, UTRECHT, Nederland

²Pompestichting, NIJMEGEN, Nederland

³Altrecht, UTRECHT, Nederland

t.rinne@quicknet.nl

ACHTERGROND

Het project 'Stoornis en Risico' is door het NIFP in nauwe samenwerking met het EFP en juridisch veld medio 2010 opgezet en komt voort uit de wens te komen tot een scherpe, eenduidige en forensisch relevante (her)definitie van de gebezigde concepten van een psychische stoornis en haar relatie met het risico binnen de Pro Justitia-rapportage en behandeling. De projectgroep Stoornis en Risico heeft naar aanleiding van een invitational conference en daarop volgende workshops een poging ondernomen om de forensisch relevante stoornis als een stoornis van psychische functies binnen het biopsychosociale model te beschrijven. De functionele stoornis staat in een directe relatie tot het delict- of recidiverisico. Hierdoor krijgt het 'Risico' met al zijn verschillende, elkaar beïnvloedende factoren een centrale rol in de forensische diagnostiek en advisering pro justitia.

STELLINGEN

De huidige stoornisconcepten voldoen niet. Het classificatiesysteem DSM voldoet niet voor de forensische psychiatrie, omdat de forensische problematiek vaak complexer is en onvoldoende in classificerende DSM-termen beschreven kan worden. Ook heeft een categorale DSM-diagnose geen enkele voorspellende waarde en kan er geen causaal verband met het delict-recidiverisico worden gelegd. In de strafrechtspleging heeft een paradigmaverschuiving plaatsgevonden waarmee de nadruk op de recidivepreventie is komen te liggen (Wetsvoorstel op de forensische zorg, en Wat Works methode TBS). Daarmee verschuift de focus van de toerekeningsvatbaarheid naar risicotaxatie en behandelbaarheid.

LEERDOELEN

Kritische reflectie over de huidige stoornisconcepten in de PJ-rapportage, in relatie tot de risicoanalyse en de juridische ruimte voor herdefinitie van het stoornisconcept in de PJ-rapportage.

D-122

Nazorg aan nabestaanden na een suïcide

M.H. de Groot¹, R.F.P. de Winter²

¹Vrije Universiteit, AMSTERDAM, Nederland

²Parnassia Bavo Groep, 'S-GRAVENHAGE, Nederland

mariekedegroot@ziggo.nl

ACHTERGROND

Plusminus 40% van de suïcides in Nederland betreft personen die op het moment van de suïcide in zorg waren bij de ggz. De psychiater is vaak de eindverantwoordelijke. Het risico dat een patiënt zich suïcideert hangt zeer af van het werkveld en de setting waarin de hulpverlener werkt. Zo zal bijvoorbeeld een psychiater die op een acute gesloten opname-afdeling werkt vaker met suïcide worden geconfronteerd dan een psychiater die op een angstpoli werkt. Ook zal de setting een verschillend subjectief verantwoordelijkheidsgevoel geven naar nabestaanden. Zowel voor nabestaanden als ggz-hulpverleners heeft suïcide een grote impact met stress. Nabestaanden geven vaak aan dat ze de evaluatie tekort vinden schieten en dat binnen de ggz geen hulp of handreikingen worden gegeven voor nazorg na suïcide. Daarnaast zijn hulpverleners vaak bang dat ze afgerekend worden op de schuld die ze aan de suïcide kunnen hebben.

In deze discussiegroep zal een overzicht worden gegeven van de ervaringen van nabestaanden met professionals in de ggz, gebaseerd op een onderzoek naar de ervaringen van nabestaanden van suïcideslachtoffers. Tevens zal de handreiking voor de omgang met nabestaanden na suïcide zoals aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag worden gepresenteerd, alsmede een aantal programma's en initiatieven in Nederland op het gebied van nazorg voor nabestaanden na suïcide.

STELLINGEN

"Nazorg aan nabestaanden is een van de taken van de psychiater nadat een patiënt is overleden door suïcide."

"Het verstrekken van informatie aan nabestaanden over de toestand van de patiënt voorafgaand aan de suïcide is in strijd met de plicht tot geheimhouding van de psychiater."

"Systematische nazorg aan nabestaanden na suïcide van een patiënt kan dienen als instrument om te leren van suïcide."

LEERDOELEN

Ontwikkelen van een systematische handelwijze na suïcide van een cliënt ter optimalisatie van de nazorg en evaluatie van suïcide

Kinder- en jeugdpsychiatrie, zorg voor de gemeente?

C.G. Reichart¹, B.E. Lahuis², A.C.L. Allertz³, A.P. Cohen⁴, F.E. Scheepers⁵, M.M.M. Janssen², E.M. Harteveld³

¹Curium-LUMC, OEGSTGEEST, Netherlands

²Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, EDE, Nederland

³GGz Centraal, AMERSFOORT, Nederland

⁴De Jutters, DEN HAAG, Nederland

⁵UMC Utrecht, UTRECHT, Nederland

c.g.reichart@curium.nl

ACHTERGROND

Zoals waarschijnlijk bij een ieder bekend staat in het regeerakkoord van 30 september 2010 genoemd dat alle taken op het gebied van de jeugdzorg (inclusief jeugd-ggz) zullen worden overgeheveld naar de gemeenten. Vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is een taskforce opgericht om deze overheveling kritisch te volgen en waar nodig van commentaar te voorzien of te nuanceren. Alle zorg voor het kind en gezin op één niveau organiseren en financieren kan een samenhangend aanbod van toegankelijke hulp en ondersteuning opleveren en dus zeker verbetering brengen. Echter, gespecialiseerdere vormen van zorg, zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie dat is, eveneens overhevelen houdt onvoldoende rekening met een aantal specifieke kenmerken van die zorg die nu via de zorgverzekeringswet goed verankerd zijn. De taskforce wil graag een discussie voeren over de gesignaleerde knelpunten die een overheveling met zich mee zou brengen. Te denken valt aan: het schot tussen somatiek en psychiatrie wat gaat ontstaan, het schot tussen kinder- en jeugd- en volwassenenpsychiatrie wat zal ontstaan, en knelpunten op het gebied van wet- en regelgeving zoals ten aanzien van de bepalingen uit de WGBO en de BOPZ die rechtsbescherming geven aan patient en samenleving. Ook de opdracht meer te centraliseren en te specialiseren, zoals dit in de somatiek gebeurt, komt onder druk te staan door de overheveling, waarbij tevens het risico ontstaat dat psychiatrische stoornissen (weer) gaan vallen onder opvoed- en opgroei problemen en de klok teruggedraaid wordt in de tijd.

STELLINGEN

“Door de voorgenomen overheveling van de financiering van de gehele zorg voor jeugd naar de gemeente, is de specialisatie kinder- en jeugdpsychiater geen interessante uitdaging meer”

“Kinder- en jeugdpsychiatrie houdt zich momenteel ook bezig met problematiek die daar niet thuis hoort”

“Het moet afgelopen zijn met de ivoren toren van de kinder- en jeugdpsychiatrie”

LEERDOELEN

Aan de hand van een lijst met knelpunten (op het gebied van wet- en regelgeving, financiën, zorginhoud, beleid of meer algemene knelpunten) zal de voorzitter van de taskforce een plenaire discussie leiden waarvan de resultaten als input gebruikt kunnen worden in de gesprekken die gevoerd worden met VWS.

Competentiegerichte selectieprocedure voor de opleiding tot psychiater vermindert sollicitatieangst bij kandidaten?

V. Beerthuis, L. van der Schaaf, R.V. Schwarz
GGZinGeest, AMSTELVEEN, Nederland
v.beerthuis@ggzingeest.nl

ACHTERGROND

De toelatingsprocedures voor de medische vervolgoopleidingen verschillen per specialisme. Sommige disciplines maken gebruik van een landelijke selectieprocedure, andere organiseren deze regionaal of lokaal. Selectie is nodig om kwaliteit van op te leiden aios te waarborgen. Opleiders halen daarbij het liefst de beste artsen voor hun vak binnen en kandidaten zetten hun beste beentje voor. Echter, wat vinden de opleiders hun beste beentje? In de nieuwe opleidingseisen zijn de einddoelen inmiddels in competentietermen beschreven, maar de criteria om voor de opleiding aangenomen te worden blijven grotendeels impliciet. Dit verhoogt bij de kandidaten uiteraard de angst voor dergelijke sollicitatiegesprekken. De psychiatrie-opleidingen kennen veelal een lokale, klassieke sollicitatieprocedure die bestaat uit een brief met CV en gesprek(ken) met de commissie(s). Het is de vraag of een dergelijke procedure voldoende aanknopingspunten biedt voor de selectie van aios voor de nieuwe competentiegestuurde opleiding. Twee inleiders (opleider en aios) zullen een nieuwe, competentiegerichte, selectiemethode bespreken waar enige jaren ervaring mee is opgedaan. De selectiecriteria zijn in competentietermen geformuleerd en worden voor- en achteraf met kandidaten doorgenomen.

Onder andere zal besproken worden wat het effect van deze methode kan zijn op het beloop van de (veel voorkomende) sollicitatieangst. Videobeelden van de praktijk van zo'n sollicitatieronde zullen ter illustratie beschikbaar zijn. De inleidingen dienen als inspiratie voor een gedachtenuitwisseling over selectiemethoden tijdens sollicitatieronden.

STELLINGEN

"Het is noodzakelijk objectieve maten te leggen naast subjectieve meningen over een kandidaat."

"Aios hebben behoefte aan objectieve maten; competentiegestuurd selecteren kan die maten leveren."

"Ingewikkelde sollicitatieprocedures zijn overbodig, want in een kennismakingsgesprek ziet men in korte tijd of de kandidaat geschikt is."

LEERDOELEN

Gedachten uitwisselen over de noodzaak van nieuwe selectieprocedures en een mening vormen over een nieuwe competentiegerichte selectievorm en eventuele varianten op die methode.

LITERATUUR

Loo RPJM, van de: Competentiegerichte selectie van toekomstige urologen: ervaringen uit de praktijk. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs (maart 2004) 23:5

Hengeveld MW, Vleugel L, van der Gaag RJ, Stek M, Glas G. e.a. (redactie): HOOP. De Tijdstroom, Utrecht. 2009.

De toekomst van de zelfstandige vestiging

R.J.Ch. de Weme¹, P. Niesink²

¹ZGP, HOOFDORP, Nederland

²Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, UTRECHT, Nederland

p.niesink@nvvp.net

ACHTERGROND

Het zorgaanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters (ZGP) is een welkome aanvulling op het aanbod vanuit ggz-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten. Naar schatting bieden 550 psychiaters in fulltime of parttime praktijk behandeling aan patiënten aan. De wijze waarop dit aanbod is georganiseerd, verschilt van klassieke solopraktijken tot (multidisciplinaire) samenwerkingsverbanden. Vorig jaar is tijdens het Voorjaarscongres gesproken over de wens om de zelfstandig gevestigde psychiatrie te versterken en toekomstbestendiger te maken. Er is motivatie bij de huidige zelfstandig gevestigde psychiaters om jonge collega's te helpen een eigen praktijk te starten, maar dit jaar lijken er extra hobbels op de weg te komen door de aangekondigde bezuinigingen en de wijze waarop zorgverzekeraars om willen gaan met de contractering van ZGP's. Zorgverzekeraars willen in het vrije segment alleen nog maar instellingen en eenpitters contracteren. Grotere praktijken met hulppersoneel lijken niet meer in dit plaatje te passen. Het percentage 'hulp door derden' wordt vastgesteld op circa 10-15% van de praktijkomzet. Hoe moet het huidige ZGP-aanbod hier mee omgaan?

STELLINGEN

"Het signatuur van de ZGP is dat van een eenpitter!"

"Hulppersoneel heeft in het ZGP-aanbod geen meerwaarde!"

"De door zorgverzekeraars en overheid ingezette koers is een verschraling van zorg voor patiënten."

"De ZGP is, als knooppunt in een netwerk, slagvaardig en flexibel!"

"Zoals ouderen baat hebben bij behandeling door een geriater (zoals prof. dr. Joris Slaats heeft geschreven), kunnen psychiatrische patiënten baat hebben bij behandeling door één specialist.

LEERDOEL

- De deelnemer heeft geparticipeerd in een discussie over het versterken van de zelfstandig gevestigde psychiatrie, en de bedreigingen die er zijn, als gevolg van de bezuinigingen en de contractering door zorgverzekeraars.
- De deelnemer wordt geïnspireerd om in de eigen omgeving te werken aan het versterken en toekomstbestendiger maken van de zelfstandig gevestigde psychiatrie.

Uitstijgen boven angst voor incidenten

H.W. de Bruin¹, V. Vladoar Rivero², G.A.M. Widdershoven³

¹Parnassia Bavo Groep, ROTTERDAM, Nederland

²Parnassia Bavo groep, DEN HAAG, Nederland

³VUmc, AMSTERDAM, Netherlands

hindina@xs4all.nl

ACHTERGROND

De Raad voor de Beroepscode heeft het afgelopen jaar een nieuwe opdracht aanvaard van het bestuur van de NVvP. Deze opdracht omvat de ontwikkeling van een 'handreiking beroepsgeheim en conflict van plichten'.

Nadat de raad voorafgaand aan deze opdracht de nieuwe beroepscode voor het bestuur heeft voorbereid, heeft zij zich tot doel gesteld om ook de ethische dilemma's voortvloeiend uit de beroepscode, tot haar aandachtsgebied te rekenen.

Het beroepsgeheim is een belangrijk element in de beroepscode en dit beroepsgeheim is niet absoluut. De wettelijke kaders zijn helder en op dit moment aan verruiming onderhevig met de toename van de meldcodes. Echter, de ruimte voor discussie heeft met name te maken met het doorbreken van het beroepsgeheim met een beroep op conflict van plichten.

De afweging dient in iedere situatie door betrokken psychiater te worden gemaakt met inachtneming van de specifieke aspecten en kan daarmee niet worden gestandaardiseerd. De vraag is hoe genavigeerd moet worden bij een conflict van plichten en of het mogelijk is om ethische en morele kaders uit te zetten, die de psychiater in de dagelijkse praktijk kunnen helpen.

STELLINGEN

"Wettelijke kaders rondom het beroepsgeheim zijn onderhevig aan verruiming door toename van de meldcodes."

"Het beroep op conflict van plichten, waarmee het beroepsgeheim wordt doorbroken, is steeds een individuele afweging van de betrokken psychiater."

"Het moreel beraad geeft een mogelijkheid om bij een casus de ethische en morele aspecten, die van belang zijn bij de afweging, beter in beeld te brengen."

LEERDOELEN

Na afloop van de discussiegroep;

- Weet u achtergrond en werkwijze van de Raad voor de Beroepscode inzake de handreiking beroepsgeheim en conflict van plichten.
- Hebt u kennis genomen van de methode van het moreel beraad
- Kent u de werkwijze van het moreel beraad aan de hand van het werken met een casus
- Hebt u overzicht over de relevante richtlijnen, bepalingen en wetgeving betreffende dit onderwerp
- Weet u wanneer en in welke rollen u geconfronteerd kan worden met het conflict van plichten, bijvoorbeeld: behandelaar, onafhankelijk beoordelaar BOPZ, rapporteur rechtbank, geneesheer-directeur, et cetera.
- Heeft de Raad voor de Beroepscode uit het veld adviezen gekregen ten aanzien van de ontwikkeling van de handreiking beroepsgeheim en conflict van plichten.

LITERATUUR

Molewijk, B, Muijen, H, Abma, T, Widdershoven, G. (2008) Moreel beraad in de kliniek. Van waaruit waarom en hoe? Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek, 18, (2). p. 35-40.

Molewijk, Bert, Verkerk, Maarten, Milius, Henk & Widdershoven, Guy (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy* 11: 43-56.

Abma, T.A, Visse, M, Molewijk, B, Widdershoven, G.A.M. (2010). *Reflectie en participatie in zorg*. Den Haag: Boom/Lemma. ISBN: 9059315979.

Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2008). Moreel Beraad. Methodisch leren omgaan met dagelijkse morele vragen. In: Beaufort, I. de, Hilhorst, M., Vandamme, S. & Vathorst, S. van de (Red.). *De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma, p. 81-91. ISBN 978 90 5931 068 1.

Veening, E.P., (2006). Dilemma's in de GGZ. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48 pg 867-872.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. (2005). *Signalering Ethiek en gezondheid*. RVZ Zoetermeer ISBN 90-7276-704-7.

Meldcode Kindermishandeling; KNMG (www.knmg.nl)

Handreiking Meldcode Kindermishandeling. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.net)

Beroepscode Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.net)