

## Abstracts Workshops Voorjaarscongres 2012

### Politiek café

#### Who's afraid of future psychiatry?

M.A. van Schijndel<sup>1</sup>, L. Bus<sup>2</sup>, J.A. Godschalx-Dekker<sup>2</sup>, J.M. Ligthart-Bueno de Mesquita<sup>2</sup>, J.P. Meesters<sup>2</sup>, A.

Lugtenburg<sup>2</sup>, A.M. Schat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC / NVvP, ROTTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>NVvP - SAP, UTRECHT, Netherlands

mavschijndel@gmail.com

#### INHOUD

Geheel in het thema van dit voorjaarscongres organiseren de psychiaters van de toekomst een politiek café over de toekomst van de psychiatrische zorg in Nederland. Regeert de angst? Moeten wij bang zijn voor de toekomst van onze patiënten?

#### VORM

Een interactieve mengeling van debat en amusement met kopstukken uit de vaderlandse politiek en psychiatrie. Onder het genot van een drankje en live muziek komen grote vraagstukken aan de orde.

#### LEERDOELEN

1. Aan het einde van dit café weet u op welke problemen de toekomst een antwoord vraagt.
2. U wordt getraakteerd op anderhalf uur debat op het scherpst van de snede. Zo u wilt draagt u uw steentje bij.
3. Op uw werk kunt u ten slotte weer volop meepraten over de psychiatrische actualiteit.

## **W-8**

### **Dissociatieve stoornissen bij kinderen**

A.L. Struik

Reinier van Arkel, VUGHT, Netherlands

a.struik@rvagroep.nl

#### **INHOUD**

In deze workshop worden eerst kort de gangbare theorieën over dissociatie uiteengezet. Dan wordt er aandacht besteed aan hoe dissociatie te herkennen en kinderen met een dissociatieve stoornis te diagnosticeren. Er wordt uiteengezet wat de betekenis van dissociatie is voor het zelfbeeld van het kind, het beeld van de wereld om hem heen en de vorming van relaties en hechting. De angst van deze kinderen bepaalt alles wat ze doen, maar door de dissociatieve stoornis blijft de angst vaak verborgen achter gedragsproblemen of agressie of een afstandelijke houding, wat hen heel eenzaam maakt. Het vereist tijd, lef en speurwerk om de interne dynamiek van deze kinderen te gaan begrijpen. Toch loont het de moeite, omdat hun gedrag daardoor een logische betekenis kan krijgen en er een ingang kan worden gevonden voor behandeling.

Vervolgens komt kort aan de orde hoe een behandeling kan worden opgezet om de dissociatie te verminderen en de dissociatieve stoornis te behandelen.

#### **VORM**

Er wordt plenair een lezing gegeven.

#### **LEERDOELEN**

Dissociatieve stoornissen bij kinderen leren herkennen.

De interne dynamiek achter het gedrag van deze kinderen begrijpen.

#### **LITERATUUR**

Struik, A. (2010). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen. Amsterdam: Pearson

Wieland, S (red) (2011). Dissociation in traumatized children and adolescents. New York London: Routledge.

**Cursorisch onderwijs in de opleiding tot psychiater - hoever zijn we?**

L.N.M. Perquin<sup>1</sup>, D. Arts<sup>2</sup>, T. Bleijendaal<sup>2</sup>, T. Cohen<sup>2</sup>, E. van den Elsen<sup>2</sup>, M. Stoffels<sup>2</sup>, A. Vos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGZ-inGeest, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>Onderwijsbureau NVvP, UTRECHT, Nederland

l.perquin@nvvp.net

**INHOUD**

Sinds oktober 2011 participeren 32 van de 35 Nederlandse opleidingen in de psychiatrie in het door de NVvP georganiseerde landelijk cursorisch onderwijs. De klassikale les is vervangen door zelfstandige, probleemgestuurde kennisverwerving in modules die aansluiten bij de stages. Kennis, vaardigheden en attitudes worden op elkaar afgestemd en komen bijeen in de competenties medisch, professioneel en maatschappelijk handelen; communiceren, samenwerken, organiseren en wetenschappelijk denken. Landelijke expertgroepen ontwikkelen in samenwerking met het onderwijsbureau van de NVvP het onderwijsmateriaal. De elektronische leeromgeving met onder andere videomateriaal, discussiefora, docenteninstructies en lokale roosters is het gezamenlijk medium. In een introductieweek in de eigen opleidingsregio verwerven de aios kennis en vaardigheden, met name in de spoedeisende psychiatrie, en bereiden zich voor om in tutorgroep en psychotherapietraining te gaan samenwerken. In de tutorgroep participeert de aios actief in het modulair psychiatrieonderwijs door korte referaten en video-opdrachten in te brengen en complexe casuïstiek te bespreken. De tutor is begeleider van het leerproces en tevens als generalist deskundig om inhoudelijk op de leerstof in te gaan. Het individuele kennisniveau wordt per module getoetst in een entreetoets en een eindtoets.

Aan het eind van elke module zorgt een expertmeeting voor de topreferente kennis. Aan bod komen:

onbeantwoorde vragen, de nieuwste inzichten of een complexe casus aan de hand van een video.

In lijn met het document van de Taakgroep Psychotherapie en de Profielschets psychiater worden trainingen in de psychotherapie ontwikkeld gericht op de patiënt met psychiatrische problematiek. In het eerste jaar staan algemene gespreksvaardigheden centraal en in het tweede en derde jaar drie therapeutische hoofdstromen, in de aandachtsgebieden de specialistische benaderingen.

Ten behoeve van de aandachtsgebieden kinder- & jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie en ouderenpsychiatrie worden door landelijke expertgroepen nieuwe modules ontwikkeld.

Evaluaties door de gebruikers - aios, tutores, supervisors, experts, trainers, docenten en opleiders - worden ingezet om het ontwikkelproces te monitoren.

Kortom, het landelijk psychiatrieonderwijs draait op volle toeren. Maar het is nog niet klaar, zal dit nooit zijn en moet dit ook nooit zijn.

**VORM**

Aan de hand van vier thema's - de plaats van de expert, het doel van toetsing, de elektronische leeromgeving en de vernieuwde psychotherapie cursus - wordt de deelnemer uitgenodigd om over de toekomst mee te denken.

**LEERDOELEN**

De workshop biedt u als aios, tutor, supervisor, mentor, docent, trainer of opleider een forum om kritisch mee te kunnen denken en voorstellen in te brengen voor de verdere ontwikkeling van het landelijke cursorisch onderwijs in de opleiding tot psychiater. U oefent met een aantal onderwijskundige principes en expliciteert uw eigen ervaringen en deelt deze met anderen.

**LITERATUUR**

www.psychiatrieonderwijs.nl; HOOP, 2009

## W-10

### Ouderschap op het scherpst van de snede

C.C. Prins-Aardema<sup>1</sup>, I. E. Troost<sup>1</sup>, J.M.V. Mulder<sup>1</sup>, L. Smits<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGZ Drenthe, BEILEN, Nederland

<sup>2</sup>NIFP, GRONINGEN, Nederland

cecil.prins@gmail.com

Ouders met een psychiatrische stoornis staan onder druk in onze samenleving. De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft besloten dat behandelaars verplicht kunnen worden informatie over de stoornis van deze ouders te geven aan gezinsvoogden. De angst dat er iets misgaat met de kinderen is groot. Hoe gaan de psychiaters om met deze druk? Worden ook wij angstig wanneer het gaat over het ouderschap van onze patiënten? Hoeveel zorgen maken we ons over de ouders van onze patiëntjes? Waar moeten en kunnen we aan voldoen in het kader van de meldcode kindermishandeling en hoe beoordelen we ouderschap en bewaken we onze therapeutische behandelrelatie? Wanneer moet een kind uit huis worden geplaatst of kan het weer terug worden geplaatst bij zijn biologische ouders?

Hoe speelt de hechting hier een rol in?

Deze workshop focust zich op de gespreksvaardigheden om het ouderschap te bespreken. Hiermee kan de behandelrelatie worden verdiept, zonder het beoordelende aspect te verontachtzamen, terwijl transparant wordt gesproken met de ouder(s). De 'Signs of Safety methodiek' en de oplossingsgerichte methodiek worden toegelicht en geoefend.

Als voorbereiding op deze workshop kan het boek: Als er er 'niets aan de hand is', worden gelezen van Andrew Turnell en Susie Essex.

## W-11

### **Evidence-based medicine: het lezen van een wetenschappelijk artikel**

R.C. Oude Voshaar<sup>1</sup>, A.J.L.M. van Balkom<sup>2</sup>, J. Lijmer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UMC Groningen, GRONINGEN, Nederland

<sup>2</sup>GGZ Ingeest / VUMC, AMSTERDAM, Nederland

<sup>3</sup>Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, AMSTERDAM, Nederland

r.c.oude.voshaar@umcg.nl

Evidence-based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. Dit alles gegeven de stand van de (medische) wetenschap van dat moment. Een congres of symposium is natuurlijk één goede manier om snel overzicht te krijgen in het voortwoekerende woud van wetenschappelijke studies. Door het jaar heen worden we geacht zelfstandig 'onze literatuur' bij te houden en regelmatig moeten we de literatuur in om specifieke vragen rondom een patiënt op te lossen. Essentieel hiervoor is het goed kunnen beoordelen van een wetenschappelijk artikel. Hoe weet je of een onderzoek technisch goed is uitgevoerd? Hoe verstrekkend mogen conclusies zijn gegeven de bevindingen?

In deze workshop leert u een wetenschappelijk artikel met betrekking tot interventie-onderzoek systematisch beoordelen. Na een korte inleiding over de belangrijkste criteria hiervoor, zult u zelf (in groepjes van 3 personen) deze criteria toepassen op een wetenschappelijk artikel dat u ter plekke zal worden uitgereikt. Doordat de verschillende groepjes aan verschillende artikelen werken, zullen de meest veelvoorkomende valkuilen aan bod komen. In de plenaire discussie worden de belangrijkste conclusies/discussiepunten die naar voren kwamen in de afzonderlijke subgroepjes, plenair worden gedeeld en toegelicht door de workshopleiders.

De workshop zal 'evidence based' worden afgesloten met een bespreking van de wetenschappelijke onderbouwing van dergelijke beoordelingslijstjes en de 'state of art' methodologische beoordeling toelichten zoals de Cochrane Library deze momenteel hanteert.

### **Begeleide groepsintervisie van aios volgens Balintmethode**

J. van Trier<sup>1</sup>, M. Thunnissen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>St Antoniusziekenhuis, UTRECHT, Nederland

<sup>2</sup>Zelfstandige praktijk, BERGEN OP ZOOM, Nederland

jvantrier@antoniuziekenhuis.nl

#### **INHOUD**

De Balintmethode wordt al meer dan 50 jaar door huisartsen gebruikt als methode voor intervisie. De methode is genoemd naar de Hongaarse psychiater Balint. Veel psychiaters hebben reeds ervaring om groepen huisartsen te begeleiden met deze gefaseerde methode. Met de nieuw geformuleerde opleidingseisen volgens het competentiemodel kunnen aios ook profiteren van deze intervisiemethode. In de workshop komt aan bod hoe de Balintmethode als een begeleide groepsintervisie gebruikt kan worden waarin op een systematische wijze wordt gereflecteerd op persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt. Het richt zich op de communicatie tussen arts en patiënt, vergroten van inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen, verbeteren van de omgang met emotionele reacties die patiënten oproepen, herkennen van overdrachtsfenomenen en bewust worden van tegenoverdrachtsaspecten.

Het voordeel van groepsintervisie is dat men kan leren van elkaar. De structuur en de fases volgens de Balintmethode zorgen voor veiligheid en vertrouwen. De psychiaters of psychotherapeuten die de groep leiden, dienen vertrouwd te zijn met principes van groepsdynamiek en supervisie.

#### **VORM**

Na een korte inleiding over de Balintmethode zullen de deelnemers ervaring op kunnen doen met de methode. Een deelnemer presenteert een casus en deze wordt volgens de Balintmethode in de groep besproken. Na afloop bespreken we de waarde voor aios met betrekking tot de eerder genoemde competenties.

#### **LEERDOELEN**

Psychiaters leren hoe zij aios in groepen kunnen begeleiden volgens de Balintmethode. Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen aios en patiënten. Doel is dat aios beter in staat zijn professioneel te handelen. De Balintmethode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

#### **LITERATUUR**

[www.balint.nl](http://www.balint.nl)

## **W-13**

### **Praktisch mentaliseren**

S.R.Y. Knapen, M. Kwint  
Altrecht, ZEIST, Nederland  
s.knapen@altrecht.nl

#### **INHOUD**

Als de angst regeert kan je niet meer mentaliseren, maar wat is dat nou eigenlijk, mentaliseren, en waarom zou je het doen? Hoe kan mentaliseren je helpen om niet geregeerd te worden door bijvoorbeeld angst of woede en verdriet, en op welke manier? Hoe kan je herkennen of je mentaliseert en wanneer is een interventie mentaliserend en wanneer juist niet?

#### **VORM**

In deze workshop proberen we antwoord te geven op deze vragen. Je kan kennis maken met mentaliseren door het vooral te doen en er van bewust te worden dat je het al doet. Naast dat er wordt stil gestaan bij de theoretische achtergrond van mentaliseren, gaan we het vooral proberen in de praktijk toe te passen door het doen van mentaliserende oefeningen, het beoordelen van videofragmenten en het meedoen met een rollenspel.

#### **LEERDOELEN**

Kennismaking met basaal herkennen van mentaliseren en niet-mentaliserende modi van functioneren, basaal toepassen van mentaliserende interventies.

#### **LITERATUUR**

Mentaliseren in de klinische praktijk / druk 1, Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W., 2008

## W-14

### Behandeling van GHB-verslaving

B.A.G. Dijkstra<sup>1</sup>, R. Kamal<sup>1</sup>, M.S. Van Noorden<sup>2</sup>, H.A. De Haan<sup>3</sup>, C.A.J. De Jong<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Novadic-Kentron, VUGHT, Nederland

<sup>2</sup>Leids Universitair Medisch Centrum, LEIDEN, Nederland

<sup>3</sup>Tactus, DEVENTER, Nederland

<sup>4</sup>Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, NIJMEGEN, Nederland  
boukje.dijkstra@novadic-kentron.nl

### INHOUD

GHB-verslaving is een toenemend probleem in Nederland. Gebruik, intoxicatie, afhankelijkheid en onthouding nemen toe. Steeds meer patiënten komen op de Spoedeisende Hulp en IC-afdelingen. De algemene psychiatrie krijgt in toenemende mate te maken met patiënten die GHB (mis)bruiken.

Een intoxicatie kenmerkt zich door een depressie van het centrale zenuwstelsel, ademhalingsdepressie, misselijkheid, braken, bradycardie en hypotensie. In principe is een intoxicatie self-limiting, het belangrijkste in de acute fase is de patiënt in leven houden.

Acute onthouding kan ernstige symptomen geven zoals een epileptisch insult, hallucinaties, een psychose en/of een delier. Wat de beste behandeling is, is nog niet goed bekend. Vaak hebben GHB-patiënten andere psychiatrische aandoeningen. De detoxificatie vraagt daarom om een gespecialiseerde aanpak. Er is hiervoor een landelijke GHB-monitor gestart die wordt gefinancierd door VWS en uitgevoerd door NISPA. Doel van de monitor is: meer kennis te ontwikkelen en landelijke ontwikkelingen bundelen.

In de workshop worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat zijn de kenmerken van patiënten die aan GHB verslaafd zijn?
- Welke risico's loopt een verslaafde patiënt die acuut stopt met GHB?
- Wat is de invloed van het gebruik van andere psychoactieve stoffen op de onthouding?
- Welke behandelingsmogelijkheden zijn er voor detoxificatie?
- Welke landelijke richtlijnen zijn er in ontwikkeling en hoe zien de concepten eruit?

In de workshop wordt ook ingegaan op vragen die nog maar ten dele worden beantwoord door de GHB-monitor. Thema's daarbij zijn de relatie met andere psychiatrische stoornissen, de relatie met persoonlijkheidspathologie en het voorkomen van terugval na succesvolle detoxificatie.

### VORM

Interactieve workshop met 4 hoofdingrediënten.

### LEERDOELEN

Na het volgen van deze workshop heeft de deelnemer voldoende kennis van de werking van GHB, de intoxicatie door GHB en de behandeling van het GHB-onthoudingssyndroom.

### LITERATUUR

Kamal R, Van Hoek AFM, Haan HA de, De Jong CAJ. Stoppen met Gammahydroxybutyric acid (GHB), hoe doe je dat? In: CAJ DeJong, BJM van de Wetering, HA de Haan (red.) Verslavingsgeneeskunde: Psychofarmacologie, psychiatrie en somatiek. Assen: Van Gorcum; 2009

van Noorden MS, Kamal R, de Jong CAJ, Vergouwen AC, Zitman FG. [Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) dependence and the GHB withdrawal syndrome: diagnosis and treatment]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1286. Review.

De Jong CAJ, Kamal R, Dijkstra BAG, DeHaan HA. GHB Detoxification by Titration and Tapering. European Addiction Research. In press.

## W-15

### Who is afraid of de Verpleegkundig Specialist GGZ?

M.F. de Ruijter, T.J. van Hamersveld  
GGZ Centraal, ALMERE, Nederland  
m.deruijter@ggzcentraal.nl

#### ACHTERGROND

De financiële ontwikkelingen, de psychiatertekorten en de opkomst van de Verpleegkundig Specialist (VS GGZ) binnen de ggz jagen angst aan. Hoe kunnen we de komende jaren kwaliteit blijven garanderen? Is de 'nieuwe' masteropgeleide verpleegkundige beroepsgroep daarop het antwoord of juist een bedreiging voor de psychiater die straks enkel nog hoog-complexe patiënten ziet?

Zowel nationaal als internationaal onderzoek laat zien dat verpleegkundig specialisten een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit en de kosteneffectiviteit van de moderne (geestelijke) gezondheidszorg.

#### INHOUD

Het is veel medisch specialisten nog onduidelijk wat het beroep VS GGZ inhoud en wat de voordelen kunnen zijn van een efficiënte inzet en een goede samenwerking, zowel voor de patiënt als voor henzelf. Wij willen u op een interactieve manier informeren over de legitimatie van dit beroep en wat hun inzet in uw ggz-instelling kan opleveren. Mogelijke risico's bij de uitvoering van medische taken door de VS GGZ komen aan bod samen met de noodzakelijke kaders. Wij brengen u op de hoogte van recent onderzoek rond de functie van de verpleegkundig specialist waarbij wij u informeren over de ervaringen en onderzoeken uit binnen- en buitenland. Vooral in de Angelsaksische landen wordt al jaren gewerkt met op masterniveau opgeleide verpleegkundigen.

#### VORM

Met de placematmethode brengen wij discussie op gang over dit onderwerp. Hierna willen wij de feiten rond het vóór en tegen op een rij zetten op basis van de praktijkervaring en onderzoek. Wij eindigen in debat volgens een Lagerhuisopstelling waarbij opinies door de deelnemers uitgedaagd en verdedigd worden.

#### LEERDOELEN

Aan het eind van de workshop weet u:

- de competenties van de VS GGZ
- de taken van de VS GGZ
- het (wettelijke) kader van de VS GGZ
- het effect van de VS GGZ op kosteneffectiviteit, innovatie, efficiëntie en kwaliteit.

#### LITERATUUR

Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles : A description and evaluation of experiences in 12 developed countries* / marie-laure delamaire, gaetan lafortune.

Vulto, M., & Vianen, G. (2009; 2009). *Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen : Een zoektocht in onontgonnen gebied*. Utrecht: STG/Health Management Forum.

## W-16

### Diagnostiek en behandeling van comorbiditeit bij volwassen met autismespectrumstoornissen

Y. Roke, A.J.P. van Voorst  
GGZ Centraal, AMERSFOORT, Netherlands  
y.roke@ggzcentraal.nl

#### ACHTERGROND

Autismespectrumstoornissen (ASS) worden steeds meer gediagnosticeerd op volwassen leeftijd (prevalentie 1%, (Brugha, 2011)) en de kinderen en jongeren met ASS worden volwassen. Er ontstaat zodoende een sterk groeiende groep volwassen met ASS waarbij nog veel onduidelijkheden kunnen zijn over de diagnostiek van de comorbiditeit en behandeling van die comorbiditeit. Daarnaast zijn er behandelbare targetsymptomen (zintuigelijke overprikkeling, aandacht- en concentratiestoornissen, pre-occupatie, impulsiviteit, psychotische belevingen, angst) bij ASS.

#### DOEL

Het geven van handvatten voor de diagnostiek en behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen en/of targetsymptomen bij volwassen met ASS en een normale begaafdheid. Inzicht geven in het verschil tussen een comorbide stoornis of een targetsymptoom bij ASS.

Er zal aandacht geschonken worden aan angststoornissen als comorbide stoornis bij ASS en aan de angst die kan optreden als targetsymptoom bij ASS.

#### METHODE

Een overzicht geven van wat er bekend is over targetsymptomen en comorbiditeit bij volwassenen met ASS en een normale begaafdheid door middel van een literatuuronderzoek in Pubmed. Daarnaast voorbeelden geven uit de klinische praktijk van targetsymptomen en comorbiditeit. De praktijk van diagnostiek en behandeling bij deze problematiek wordt toegelicht aan de hand van klinische vignetten en casuïstiek.

#### VORM

De presentatie heeft een cursusachtige opzet, waarbij de deelnemers bij de bespreking van de casuïstiek interactief betrokken worden.

#### LITERATUUR

Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. Arch Gen Psychiatry. 2011 May;68(5):459-65.

Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. Sterling L, Dawson G, Estes A, Greenson J. J Autism Dev Disord. 2008 Jul;38(6):1011-8.

Overrepresentation of mood and anxiety disorders in adults with autism and their first-degree relatives: what does it mean? Mazefsky CA, Folstein SE, Lainhart JE. Autism Res. 2008 Jun;1(3):193-7.

Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. J Neural Transm. 2004 Jul;111(7):891-902.

An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. Bejerot S. Autism. 2007 Mar;11(2):101-10

**Aansluiting penitentiaire psychiatrie en reguliere psychiatrie: gedreven door vrees? Nieuwe ontwikkelingen om de verschillen te overbruggen.**

E.P.K. Sikkens, O. den Held, J. Meijerink  
NIFP, AMSTERDAM, Nederland  
sikkunst@xs4all.nl

**INHOUD**

De laatste jaren is de penitentiaire psychiatrie flink in ontwikkeling. Zo is met het programma Vernieuwing Forensische Zorg en met de komst van de Penitentiaire Psychiatrische Centra binnen gevangeniswezen de gespecialiseerde zorg in detentie flink verbeterd. Het is nu mogelijk om sneller gedetineerden naar de forensische psychiatrie over te plaatsen en er zijn nu goede opvangmogelijkheden binnen gevangeniswezen voor ernstig psychiatrisch gedecompenseerde gedetineerden. Ook wordt er steeds meer verbetering gezocht in de kwaliteit van de zorg. Zo vindt de penitentiaire psychiatrie steeds meer aansluiting met de reguliere psychiatrie. Er is echter ook nog steeds angst, zowel vanuit de reguliere psychiatrie voor de psychiatrisch gestoorde gedetineerde, die soms onverwacht met ontslag gaan uit detentie en weer in zorg komen bij ggz-instellingen. Maar ook bij de penitentiaire psychiatrie, waar de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling soms nog onvoldoende ontwikkeld zijn en waar wetenschappelijk onderzoek en verbeteren van kwaliteit niet altijd makkelijk te realiseren zijn. In deze workshop willen wij u een drietal voorbeelden van het overbruggen van de verschillen tussen de penitentiaire en de reguliere psychiatrie laten zien. Allereerst zal de situatie geschetst worden van de aansluiting van de reguliere zorg op de zorg vanuit een PPC. Knelpunten en mogelijkheden zullen besproken worden aan de hand van de huidige wetgeving en aan de hand van casuïstiek. Daarna zullen de voorlopige resultaten van een pilot met routine outcome monitoring (aan de hand van de BSI en de HONOS) besproken worden. Als laatste komt een recent onderzoek naar de mogelijkheden om met vroege diagnostiek sturing te geven aan een snelle beslissing ten aanzien van een behandelaanbod binnen de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) aan de orde.

**VORM**

Drie inleidingen met casuïstiek en twee pilotstudies.

**LEERDOELEN**

Zicht krijgen op de aansluiting van de penitentiaire psychiatrie en de reguliere psychiatrie; wederzijdse vrees voor elkaar wegnemen.

**Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten**

C.H. Lunter<sup>1</sup>, J.A. Spaans<sup>2</sup>, J.H. Scharroo<sup>3</sup>, W.M.N.J. Buis<sup>3</sup>, M. Bühring<sup>2</sup>, W.P.A. van Rooij<sup>4</sup>, G. Delfstra<sup>4</sup>, K. Jonker<sup>5</sup>, H. Knoop<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ZGT Almelo, ALMELO, Netherlands

<sup>2</sup>Altrecht psychosomatiek, ZEIST, Netherlands

<sup>3</sup>Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, NIJMEGEN, Netherlands

<sup>4</sup>TweeSteden Ziekenhuis, TILBURG, Netherlands

<sup>5</sup>PsyQ Rijnmond, ROTTERDAM, Netherlands

<sup>6</sup>Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid, NIJMEGEN, Netherlands

c.lunter@12move.nl

**INHOUD**

Vanuit NOLK, het landelijk Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, wordt een workshop geboden over actuele verklaringsmodellen, behandelvormen, implementatie van richtlijnen, samenwerkingsverbanden en netwerkvorming ten aanzien van OLK.

Mensen met OLK zijn vaak bang voor de betekenis van hun klachten en raken daardoor verstrikt in een zoektocht naar somatische diagnose en behandeling. Verspreid over het land zijn multidisciplinaire teams voor geïntegreerde diagnostiek en behandeling van deze doelgroep ontstaan, veelal gesitueerd binnen de ggz. Ook wordt onderzoek gedaan naar pathofysiologie van OLK en de interactie tussen soma en psyche, bijvoorbeeld vanuit de psychoneuro-immunologische invalshoek.

Instellingen, behandelaars en onderzoekers hebben een netwerk gevormd om diagnostiek en behandeling bij OLK te optimaliseren. Onderzoekresultaten van zowel pathofysiologie als diverse behandelingen, waaronder CGT vanuit het gevolgenmodel en MBT vanuit een psychodynamische invalshoek, worden gepresenteerd.

**VORM**

Zes voordrachten, deels interactief.

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de workshop is de deelnemer op de hoogte van de state of the art ten aanzien van Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, onderzoeksresultaten van enkele behandelvormen en organisatie van zorg voor deze doelgroep.

## W-29

### Psychiatrie, religie en spiritualiteit

P.J. Verhagen, H.J.G.M. van Megen  
GGZ Centraal, HARDERWIJK, Nederland  
verhagen.p@wxs.nl

#### INHOUD

Op basis van epidemiologisch en sociaal psychologisch onderzoek staat inmiddels wel vast dat religie, spiritualiteit en levensbeschouwing op verschillende wijzen van belang zijn voor mensen met een psychiatrische (angst)stoornis. Meta-analyses maken duidelijk dat er een positieve samenhang is tussen (dimensies van) religiositeit en (aspecten van) psychische gezondheid. Dat blijkt, enigszins verrassend wellicht, ook uit Nederlands onderzoek (NEMESIS-2). Toch is deze kennis geen gemeengoed onder professionals in de geestelijke gezondheidszorg en wordt ze dus ook niet toegepast. Daarbij komt dat ook in richtlijnen geen of onvoldoende aandacht wordt gegeven aan trans- of subculturele aspecten (waaronder religie en spiritualiteit) in het algemeen, terwijl daar wel een pleidooi voor wordt gevoerd, ondermeer in de aanloop naar de DSM-5 en ICD-11.

In drie stappen wordt in deze cursus aan deze achterstand aan kennis en tekort aan vaardigheden gewerkt. In de eerste stap wordt met de deelnemers onderzoek naar deze bias gedaan. Welke opvattingen spelen bij professionals als het gaat om hun houding ten aanzien van religie en spiritualiteit in de psychiatrische praktijk? Zijn er wat dat aangaat verschuivingen waar te nemen ten opzichte van wat daarover in oudere literatuur werd beweerd? Of zijn professionals in de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met het recente verleden impliciet of expliciet aanhangers van een religieus/spiritueel naturalisme (geworden)? In de volgende stap wordt met de deelnemers een interview ontwikkeld dat in de eerste plaats een screenende functie heeft (is het relevant om met deze patiënt aan deze thematiek aandacht te besteden) en in de tweede plaats een verdiepende functie heeft (als het gaat om het nadere verkennen en exploreren van religieuze of spirituele thematiek). De bedoeling is om met een dergelijk interview een veldonderzoek(je) te starten naar de bruikbaarheid van een dergelijk interview in de dagelijkse praktijk. Aan deelnemers zal de mogelijkheid worden geboden om aan dat onderzoek te participeren. In de derde stap wordt met behulp van casuïstiek aandacht besteed aan het verwerken van religieuze en spirituele aspecten, indien relevant gebleken, in de diagnostiek (diagnostische formulering) en het behandelingsplan. Speciale aandacht wordt besteed aan angst en angststoornissen.

#### LEERDOELEN

Aan het eind van de cursus is de deelnemer in staat om met het verkregen materiaal (verklaring van bias, interview, handvatten met betrekking tot diagnostiek en behandelingsplan) concreet aan de slag te gaan. De cursus levert daarmee een bijdrage aan het ontwikkelen, verbeteren van vaardigheden en kennis.

#### VORM

Korte inleidingen, oefeningen, casuïstiek, videobeelden, rollenspelen, discussie.

#### LITERATUUR

Verhagen, P.J. & Van Megen, H.J.G.M. (red.) (2012). Handboek voor Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit. Utrecht: De Tijdstroom.

## **W-30**

### **Bedside neuropsychologische tests voor de psychiater**

P. Naarding, H. van Eyk  
GGNet, APELDOORN, Nederland  
p.naarding@ggnet.nl

#### **INHOUD**

In de ouderenpsychiatrie krijgen we vaak te maken met complexe vragen. Het gaat dan doorgaans om patiënten met depressieve klachten, waarbij de complexiteit bepaald wordt door bijkomende somatische en/of cognitieve problemen. Voor het succes van de behandeling zijn deze factoren van groot belang. Het is daarom voor de psychiater belangrijk goed zicht te hebben op deze bijkomende factoren. In deze workshop gaat het vooral om de bijkomende cognitieve factoren. Aanvullende neuropsychiatrische diagnostiek is tijdrovend, niet altijd op korte termijn te organiseren en soms ook niet uitvoerbaar in verband met de toestand van de patiënt in kwestie. Het is dan zinvol om met korte screeningsinstrumenten toch een indruk van het cognitief functioneren te krijgen. In deze workshop zullen de belangrijkste instrumenten in een kort theoretisch overzicht genoemd worden. Daarnaast wordt geoefend met een aantal van deze instrumenten.

#### **VORM**

Er is in de eerste plaats een inleiding waarin verschillende bedside tests benoemd worden. Daarna wordt aan de hand van videomateriaal en ook live getraind met een aantal van deze instrumenten.

#### **LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie is de deelnemer in staat om de bedside neuropsychologische tests in de praktijk te gaan toepassen en is hij bekend met de meest gebruikte bedside neuropsychologische tests en scorelijsten.

## **W-31**

### **Farmacogenetica in de psychiatrische praktijk**

J. van der Weide

GGz Centraal, ERMELO, Netherlands

j.vander.weide@stjansdal.nl

#### **INHOUD**

Behandeling met antidepressiva en antipsychotica wordt gekenmerkt door grote individuele verschillen in respons en de benodigde dosis. Een belangrijke oorzaak hiervan is het individuele verschil in metabole capaciteit. Deze hangt samen met variatie in activiteit van cytochroom-P450- of CYP-enzymen, die deze middelen metaboliseren. Er kan onderscheid worden gemaakt in langzame, intermediaire, normale en snelle metaboliseerders. De activiteit van deze enzymen wordt zowel bepaald door endogene factoren zoals leeftijd, geslacht, morbiditeit en genetische samenstelling, als exogene factoren als comedicaatie, voedsel en rookgewoonten. Het voorkomen van genpolymorfismen bepaalt in belangrijke mate de individuele variatie in CYP-activiteit. Dit houdt in dat er minder en meer actieve CYP-fenotypen in een populatie voorkomen doordat er verschillende allelen van het gen zijn. Polyfarmacie is in de psychiatrie tevens een belangrijke factor die de metabole capaciteit van CYP-enzymen beïnvloedt. In deze workshop worden al deze factoren besproken door middel van uitgebreide casuïstiek die de afgelopen tien jaar is verzameld op GGz Centraal, locatie Veldwijk.

#### **VORM**

Interactief frontaal onderwijs

#### **LEERDOELEN**

Aan het eind van de workshop moet de cursist op basis van de farmacogenetica in staat zijn tot een dosisadvies te komen en wordt deze geacht op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en onmogelijkheden van de praktische toepasbaarheid van farmacogenetica in de psychiatrie

## W-32

### Durf te leren, om daarna te leren durven!

C.A. van Boeijen<sup>1</sup>, A. Muntingh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGNet, APELDOORN/ZUTPHEN, Netherlands

<sup>2</sup>Trimbos Instituut, UTRECHT, Nederland

christine@vanboeijen.com

### INHOUD

Een op de tien mensen kampt ooit in zijn leven met angstklachten die het dagelijks leven verstoren. Voor deze mensen blijkt begeleide zelfhulp, tevens als eerste stap in collaborative care, effectief en toepasbaar. Dit werd aangetoond in randomised controlled trials gedurende een behandeling van 12 weken met follow-up tot een jaar. De begeleide zelfhulp wordt reeds volop in de eerste lijn geïmplementeerd. De volgende stap is implementatie van de collaborative care, een samenwerkingsmodel tussen een care manager en de huisarts, waarbij aansluitend CGT en medicatie mogelijkheden zijn en consultatie van een psychiater. Tevens is er een online versie in ontwikkeling. De zelfhulphandleiding is gebaseerd op CGT-principes en wordt in 12 weken door de patiënt doorgewerkt. Dit wordt gedaan onder begeleiding van een coach en tevens met de hulp van iemand uit de eigen omgeving van de patiënt.

### VORM

In het eerste gedeelte worden op interactieve wijze de angststoornissen, begeleide zelfhulp en collaborative care besproken. In het tweede gedeelte wordt aan de hand van eigen casuïstiek in rollenspellen geoefend met de begeleiding van het eerste consult. Plenair worden de ervaringen van de verschillende groepen met elkaar gedeeld.

### LEERDOELEN

Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht kennis te hebben genomen van de betreffende angststoornissen, de begeleide zelfhulp en collaborative care. Tevens is de deelnemer in staat de begeleide zelfhulp in de eigen praktijk toe te passen.

### LITERATUUR

van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJLM, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, van Dyck R. (2005). Treatment of anxiety disorders in primary care practice: A Randomised controlled Trial. *British Journal of General Practice*, 55, 763-769

van Boeijen CA, van Balkom AJLM, van Oppen P, Blankenstein N, Cherpanath A, van Dyck R (2005). Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care, a systematic review. *Family Practice* 22(2):192-196.

van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJLM, & van Dyck R (2007) Treatment of panic disorder and/or generalized anxiety disorder with a guided self-help manual: an analysis in single cases. *Clinical Case Studie*, 6, 277-291.

Muntingh, A. D. T., van der Feltz-Cornelis CM, Van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Assendelft, W. J. J., de Waal, M. W., Hakkaart-van Roijen, L. Adèr, H.J., van Balkom, A.J.L.M. (2009). Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 9, 159.

<http://www.learn2dare.nl>

### De psychiater en hulp bij zelfdoding

J. Huisman<sup>1</sup>, C.H.M. Bogers<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zelfstandig gevestigd, VELDHOVEN, Netherlands

<sup>2</sup>Lentis, GRONINGEN, Nederland

johanhuisman@xs4all.nl

#### INHOUD

De workshop start met een moment van zelfreflectie over de eigen attitude met betrekking tot hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Hierna volgt een korte introductie in de geschiedenis en juridische aspecten van euthanasie en hulp bij zelfdoding in Nederland, in het bijzonder aan patiënten met een langdurige psychiatrische ziekte. Er wordt een recente casus van hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt gepresenteerd en besproken. Met name wordt ook stilgestaan bij de rol van naasten. Een video zal laten zien hoe naasten hulp bij zelfdoding hebben ervaren. Er zal een casus naast gelegd worden van hulp bij zelfdoding waarbij sprake was van een neurologisch-psychiatrisch ziektebeeld. Besproken wordt of de afwegingen in het bieden van hulp bij zelfdoding bij deze patiënten verschillend waren.

De deelnemers worden uitgenodigd eigen casuïstiek in te brengen aan de hand waarvan ingegaan wordt op de zorgvuldigheidseisen en aandachtspunten op basis van de wet, de richtlijn van de NVvP en het KNMG-standpunt. De rol en werkwijze van de Steungroep Psychiaters wordt besproken en ten slotte vindt afsluiting plaats met een moment van zelfreflectie of de gevolgde workshop de eigen attitude heeft beïnvloed.

#### VORM

Kennisoverdracht ondersteund door powerpoint en video in het eerste gedeelte. Vervolgens eigen inbreng door deelnemers en discussie. Aan de deelnemers wordt gevraagd zich uit te spreken over de eigen attitude.

#### LEERDOELEN.

Vertrouwd raken met het begrippenkader van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Meer toegerust om om te kunnen gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding door een patiënt met een langdurige psychiatrische ziekte. Aanscherping van de eigen attitude.

#### LITERATUUR

- 1.Tholen AJ, e.a. Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. (2009). De Tijdstroom.
2. de Boer AP, Oei TI. Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie;stand van zaken en bespreking recente casus. Tijdschrift voor Psychiatrie (2011) 8,543-550.
- 3.Weyers EHM. Euthanasie: het proces van rechtsverandering (2004). Hoofdstuk 8, 328-350. Amsterdam University Press.
- 4.KNMG-standpunt. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde (2011).
- 5.Jaarverslag regionale toetsingscommissies m.b.t. psychiatrische casuïstiek (2008 en 2010)

## W-44

### **Van angst naar veiligheid: verder na een incident**

A.C.M. Kleinsman<sup>1</sup>, K. de Ridder<sup>2</sup>, C. van der Weide<sup>3</sup>, J.M. Havenaar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Altrecht, ZEIST, Netherlands

<sup>2</sup>UMC Utrecht, UTRECHT, Netherlands

<sup>3</sup>GGZ Drenthe, HOOGEVEEN, Netherlands

a.kleinsman@altrecht.nl

#### INHOUD

Een incident, een situatie waarin onbedoelde schade voor een patiënt en/of zorgprofessional ontstaat, kan een grote impact hebben op alle betrokkenen. De schade kan nog groter zijn als de afwikkeling niet goed verloopt. Voor de patiënt of diens naastbetrokkene die geen duidelijkheid krijgt of moet vechten voor genoegdoening. Maar ook voor de professional, die zich in het beklagenbankje voelt zitten of niet goed opgevangen wordt na een traumatische gebeurtenis.

In de gezondheidszorg is het lange tijd gebruik geweest na een incident te zoeken naar een schuldige. Daarmee wordt de kans gemist om werkelijke oorzaken te achterhalen en zinvolle maatregelen te kunnen nemen om herhaling te voorkomen. Incidenten ontstaan pas als in meerdere onderdelen van het zorgproces dingen mis gaan. De huidige inzichten over patiëntveiligheid stellen dan ook het systeemdenken centraal.

In deze workshop worden een aantal begrippen en uitgangspunten rond patiëntveiligheid toegelicht. Specifiek zal worden ingegaan op het belang van veilig melden en op de in algemene ziekenhuizen veel toegepaste methode van Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE).

Aan de hand van een casus uit de forensisch psychiatrische praktijk wordt geïllustreerd hoe met een systemische invalshoek van angst naar veiligheid is gewerkt. Hierbij wordt aandacht besteed aan de casus, de interventies, het proces daarbinnen en de uiteindelijke gevolgen voor organisatie, het team en de patiënt.

#### VORM

Inleidingen door de sprekers, waarna in de discussie nader op het thema wordt ingegaan. Deelnemers kunnen eigen casuïstiek inbrengen.

#### LEERDOELEN

Deelnemers zijn op de hoogte van de begrippen rond het thema patiëntveiligheid en het systeemdenken.

Deelnemers hebben kennis van een methode om incidenten te analyseren.

Deelnemers hebben kennis van de aandachtspunten bij de afwikkeling van een incident en zijn in staat processen in een team te onderkennen en waar nodig te (laten) begeleiden.

#### LITERATUUR

Leistikow I.P., Den Ridder K. en B. de Vries: Patiëntveiligheid, Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (Elsevier gezondheidszorg, tweede herziene druk 2010)

Den Ridder K., Tuitert Y., Van der Tuijn Y. en A. van Bon, Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen, JIJ maakt het verschil (Elsevier gezondheidszorg, eerste druk 2010).

**Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten; op glad ijs of solide grond?**

C.J. Hessels, P. van der Heijden  
Reinier van Arkel groep, DEN BOSCH, Nederland  
C.Hessels@RvAgroep.nl

**INHOUD**

Jarenlang heeft er discussie bestaan over het diagnosticeren en classificeren van persoonlijkheidsstoornissen onder het achttiende levensjaar. Hoewel DSM-IV duidelijk is over de mogelijkheid om persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten te classificeren, zijn veel klinici nog steeds terughoudend om dat ook daadwerkelijk te doen. Angst voor stigmatisering en huiver om ontwikkelingsfactoren onvoldoende mee te kunnen wegen in het diagnostisch beeld, spelen daarbij een belangrijke rol. Inmiddels lijken argumenten om een diagnose wel te stellen het gewonnen te hebben van de angst en voorzichtigheid van klinici. Zowel bij klinici als bij wetenschappers is er steeds meer overeenstemming over het feit dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij adolescenten gediagnosticeerd en geclassificeerd kunnen worden (Hessels, Van Aken, & Orobio de Castro, 2008; Tromp & Koot, 2010; Westen, Shedler, Dur-rett, Glass & Martens, 2003). De vraag die nu echter vanzelfsprekend volgt is: maar hoe dan? In deze workshop geven we een presentatie van hoe diagnostiek van deze complexe problematiek en second opinions gericht op de (verstoorde) persoonlijkheid vormgegeven kunnen worden. Hierbij wordt expliciet rekening gehouden met kansen en bedreigingen passend bij de ontwikkelingsfase van de adolescentie, zoals bijvoorbeeld wisselende motivatie, complexe systeemfactoren of de nog beperkte diagnostische instrumenten die voorhanden zijn voor deze doelgroep. In het Centrum Adolescentenpsychiatrie, waar specialistische behandeling geboden wordt voor adolescenten met (een vermoeden van) persoonlijkheidsproblematiek, wordt op basis van de actuele inzichten een model ontwikkeld om deze diagnostiek optimaal vorm te geven, rekening houdend met deze kansen en bedreigingen.

**VORM**

Door middel van filmfragmenten, casuspresentaties en discussie-opdrachten over de theoretische concepten van persoonlijkheidsdiagnostiek en praktische uitvoering hiervan, krijgen deelnemers aan deze workshop een beeld van de manier waarop diagnostiek bij adolescenten met een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek zorgvuldig geboden zou kunnen worden.

**LEERDOELEN**

Aan het einde van deze bijeenkomst is een deelnemer in staat om na te denken over diagnostische overwegingen die komen kijken bij diagnostiek van adolescenten met een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek. Daarbij heeft hij of zij een beeld van de minimale elementen die zorgvuldige diagnostiek zou moeten omvatten en hoe een diagnostisch protocol met specifieke aanpassingen voor het werken met adolescenten eruit kan zien.

**LITERATUUR**

- Hessels, C.J., Van Aken, M.A.G., & Orobio de Castro, B. (2008). Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten. Mogen, kunnen en willen we diagnosticeren en classificeren? *Kind en Adolescent*, 29, 194-207.
- Tromp, N. & Koot, H.M. (2010). Dimensions of normal and abnormal personality: Elucidating DSM-IV personality symptoms in adolescents. *Journal of Personality*, 78, 839-864.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alter-native. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.

## W-57

### Single Case Experimental Design (SCED)-onderzoek

A.J.W. ter Mors, H.J. Eilander  
GGZ Oost Brabant/Huize Padua, BOEKEL, Netherlands  
berttermors@planet.nl

#### INHOUD

Resultaten van groepsonderzoek zijn niet te vertalen naar het individu. (4)

Single Case Experimental Design (SCED)-onderzoek kan het middel van keuze zijn (1)(5):

SCED kan toegepast worden binnen klinische settings met weinig faciliteiten voor onderzoek, maar met veel klinische ervaring en klinisch "materiaal". Het kan waardevolle bevindingen bijdragen aan het wetenschappelijke kennisdomein. SCED-onderzoeken zijn bruikbaar om pilotdata te verzamelen of een hypothese voor verder onderzoek te formuleren. Wanneer men vooral het veranderingsproces wil bestuderen helpt SCED. Door meerdere metingen over langere termijn kan de onderzoeker dynamische aspecten van verandering observeren. SCED kan bewijzen dat de ingezette behandeling voor deze unieke patiënt werkt, terwijl groepsdesigns laten zien dat iets werkt voor de gemiddelde patiënt (3).

Guyatt et al. (1990) noemen een aantal situaties waar behandelbeslissingen niet afgeleid kunnen worden uit resultaten van RCT's:

-behandelingen die niet onderzocht zijn met RCT's

-zeldzame beelden

-bij uit RCT's geëxcludeerde patiënten

In de 'The Oxford 2011 Levels of Evidence' tabel #2 wordt een systematic review van n-of-1 trials aangemerkt als level 1 evidence (CEBM: Centre of Evidence Based Medicine: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>).

#### VORM

Allereerst zal SCED worden toegelicht. Vervolgens is er ruimte voor discussie. Daarna volgt oefenen met bedenken van een design voor een single case experiment. Wij nodigen de deelnemers uit eigen casuïstiek mee te nemen bij wie zij SCED-onderzoek zouden willen doen. We gaan uit van klinici, die graag hun medisch handelen willen toetsen door middel van in praktijk inpasbaar onderzoek. Men hoeft er vooraf niets van te weten.

#### LEERDOELEN

De deelnemers zullen na de workshop in staat zijn eigen Single Case Experimental Design-onderzoek op te zetten. De workshop zal een basis leggen, maar de deelnemer kan eigen onderzoek ontwerpen en verder al doende leren. De nodige kennis is vergaard en de belangrijkste knelpunten, c.q. valkuilen zijn bekend.

#### LITERATUUR

Barlow DH, Nock MK, Hersen M. Single Case Experimental Designs. Third edition, 2009. Pearson Education, Inc.

Guyatt GH, Heyting A, Jaeschke R, Keller J, Adachi JD, Roberts RS. N of 1 randomized trials for investigating new drugs. *Control Clin Trials*. 1990 Apr;11(2):88-100.

Franklin, RD, Alison DB, et al., eds. (1997). Design and analysis of single-case research. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Perdices, M. and R. L. Tate (2009). 'Single-subject designs as a tool for evidence-based clinical practice: Are they unrecognised and undervalued?' *Neuropsychological Rehabilitation* 19(6): 904-927.

Tate RL, et al. Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the Single-Case Experimental Design (SCED) Scale. *Neuropsychological rehabilitation* 2008, 18 (4), 385-401.

## **W-58**

### **Bijblijven met internet en sociale media**

W.W. van den Broek

Erasmus MC, ROTTERDAM, Nederland

wvdbroek@wvdbroek.org

#### **INHOUD**

Tijdens deze workshop zal ingegaan worden op het bijblijven met internet. Op het internet is enorm veel informatie te vinden en er zijn vele manieren waarop deze informatie verzameld kan worden.

Voorbeelden hiervan zijn de e-mailalerts van de inhoud van nieuwe nummers van tijdschriften, maar ook van zoekacties op PubMed. In deze workshop zullen de deelnemers een manier van verzamelen van deze informatie met behulp van RSS-feeds leren en zelf kunnen oefenen op laptops met een internetaansluiting.

Behalve deze praktische informatie en kennis zal er kort ingegaan worden op het web 2.0 met zijn toepassingen zoals applicaties voor PubMed, sociale netwerken voor artsen en specialisten en twitter.

#### **VORM**

Na instructie via screen zelf oefenen met de getoonde technieken zoals RSS-feeds, PubMed RSS, Twitter.

1. Een korte inleiding over RSS-feeds, e-mailalerts en PubMed.
2. Oefenen of een demonstratie van het gebruik van RSS-feeds.
3. Inleiding over web 2.0 en toepassingen voor artsen en specialisten.
4. Demonstratie of oefenen met de mogelijkheden van web 2.0.
5. Discussie over bruikbaarheid van de toepassingen.

#### **LEERDOELEN**

Aan het eind van deze workshop hebben de deelnemers een effectieve manier van bijhouden van kennis via het internet geleerd en hebben zij geoefend deze toepassingen te gebruiken.

**Evidence-based medicine: zoeken naar best beschikbare bewijs**

J.G. Lijmer<sup>1</sup>, R.C. Oude Voshaar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>OLVG, AMSTERDAM, Netherlands

<sup>2</sup>Universitair Medisch Centrum Groningen, GRONINGEN, Nederland  
jeroen.lijmer@gmail.com

Evidence-based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. De eerste stap in het proces van evidence-based medicine is het formuleren van een klinische vraag. Het is gemakkelijk om veel vragen te formuleren, maar het vinden van een antwoord is vaak veel moeilijker. In de dagelijkse praktijk zijn er veel onderwerpen die aanleiding kunnen geven tot een zoekvraag. De meest voorkomende vragen hebben betrekking op therapie, diagnose of prognose. Het is belangrijk een goed beantwoorbare vraag te formuleren, aangezien de geformuleerde vraag een leidraad zal vormen voor het zoeken naar literatuur. Als hulpmiddel voor het formuleren van vragen heeft de EBM-groep uit Oxford het PICO-systeem voorgesteld: Patient-Intervention-Comparison-Outcome. Al deze elementen tezamen vormen de basis van een beantwoorbare klinische vraag. De tweede stap bij het zoeken naar evidence is het vertalen van deze klinische vraag in een zoekstrategie. Het is natuurlijk mogelijk om te proberen alles over een onderwerp te vinden, maar vaak is er geen tijd beschikbaar om de grote hoeveelheid aan gevonden informatie door te nemen. Voor de dagelijkse praktijk is het vaak handiger een meer specifieke zoekstrategie te hanteren.

In deze workshop leert u zelf een klinische vraag volgens het PICO-systeem te formuleren en daarna door middel van publieke databases snel en efficiënt een antwoord te vinden.

## W-60

### **Succesvol subsidies schrijven voor jonge onderzoekers**

M. Somers, C. Schubart, A. Schellekens  
UMC Utrecht, UTRECHT, Nederland  
m.somers@umcutrecht.nl

#### INHOUD

Voor beginnende onderzoekers in de psychiatrie, zoals AGIKO's, promovende aios en promovende psychiaters is de onderzoekswereld nieuw terrein. Ze zijn vaak niet op de hoogte van elkaars werk, subsidieagenda's en andere activiteiten binnen de psychiatrische onderzoekswereld. Vanuit deze achtergrond is een platform binnen de NVvP opgericht onder de naam PsyLink. Dit platform organiseert verschillende activiteiten, met als kern het inrichten van een digitaal netwerk voor jonge psychiatrieonderzoekers en daarnaast activiteiten gericht op deze doelgroep, bijvoorbeeld op het Voorjaarscongres.

Een belangrijk onderdeel van het werk van jonge onderzoekers is het verkrijgen van onderzoekssubsidies. Platform PsyLink wil een bijdrage leveren aan het vergroten van de kansen van jonge onderzoekers bij het aanvragen van onderzoekssubsidies, door een workshop te organiseren waarin de subsidiemogelijkheden van de belangrijkste subsidieverstrekker in Nederland centraal staan. De workshop werd vorig jaar voor het eerst georganiseerd en als zeer nuttig ervaren. Omdat veel jonge onderzoekers vanwege de grote belangstelling voor dit onderwerp en het daardoor snel vol raken van de workshop deze toen niet hebben kunnen volgen, willen wij de workshop nogmaals organiseren.

#### VORM

Het eerste deel van de workshop zal bestaan uit een algemene inleiding over het schrijven van een subsidieaanvraag voor onderzoek. Hierin komt onder meer aan bod welke belangrijke subsidies er in Nederland zijn, hoe een subsidieaanvraag beoordeeld wordt en wat succesfactoren en valkuilen kunnen zijn bij het schrijven van een subsidieaanvraag. Er zal vervolgens geoefend worden met het zelf kritisch beoordelen van subsidieaanvragen. Tot slot zal er de mogelijkheid zijn om de sterke en minder sterke punten van subsidieaanvragen van de deelnemers zelf te bespreken.

#### LEERDOELEN

- Inzicht krijgen in de verschillende subsidies in Nederland.
- Inzicht verkrijgen in de systematiek van beoordeling van subsidieaanvragen.
- Verbeteren van vaardigheden in het schrijven van subsidieaanvragen

**Angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking. Wat kun je er mee?**

J. Wieland, J.P.M. van Vliet

Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, LEIDEN, Netherlands

j.wieland@centrumkristal.nl

**INHOUD**

Psychiatrische stoornissen komen veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Uit een van onze recente onderzoeken blijkt dat dit ook geldt voor angststoornissen. In de praktijk worden psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking echter vaak gemist. Diagnostiek is moeilijk. Psychiaters komen over het algemeen maar weinig in contact met mensen uit deze doelgroep. Er is weinig ruimte in de opleiding voor deze 'dubbele diagnose'. Diagnostische overschaduwning, het toeschrijven van psychiatrische symptomen aan de verstandelijke beperking, komt veel voor. DSM-IV-TR-criteria zijn niet altijd even goed bruikbaar. En als het dan wel lukt om een diagnose te stellen, wat kun je er mee? Er is weinig evidence based in de behandeling van angststoornissen bij verstandelijk beperkte mensen

In deze workshop willen wij u meer leren over de diagnostiek en behandeling van angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking.

**VORM**

Aan de hand van presentaties zullen verschillende onderwerpen aan bod komen. Termen als intellectuele vertekening, psychosociale maskering, cognitieve desintegratie, verergering van de baseline en de valkuil van het bevestigend antwoorden zullen worden uitgelegd. Aan de hand van de "Diagnostic Manual for Intellectual Disability (DM-ID)" bespreken we hoe DSM-IV-TR-criteria het beste toegepast kunnen worden bij mensen met een verstandelijke beperking. Met behulp van resultaten uit eigen onderzoek, literatuuronderzoek en ervaringen in de klinische praktijk bespreken we verschillende behandelmogelijkheden van verschillende angststoornissen.

Daarnaast is er veel ruimte voor vragen, casuïstiek en discussie. Vragen die aan bod komen zijn: Welke angststoornissen komen veel voor? Wat zijn aandachtspunten in uw psychiatrische onderzoek? Waar moet u rekening mee houden in de behandeling? En, wat kunt u zelf en welke patiënten kunt u beter doorsturen naar een gespecialiseerd behandelcentrum?

**LEERDOELEN**

Aan het einde van de sessie heeft u kennis opgedaan betreffende diagnostiek en behandeling van angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking. U weet wat aandachtspunten zijn in anamnese en psychiatrisch onderzoek en kan met behulp van de DM-ID een DSM-IV-TR-diagnose stellen. U weet wat aandachtspunten zijn in de behandeling en kan een goede afweging maken tussen verschillende behandelopties.

**Veiligheid tijdens crisisdiensten van de ggz**

E.J.M. Penterman<sup>1</sup>, H.L.I. Nijman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGZ Oost Brabant, VEGHEL, Netherlands

<sup>2</sup>Altrecht, UTRECHT, Netherlands

e.penterman@home.nl

**INHOUD**

Het voorspellen van agressief gedrag van patiënten van de ggz-crisisdienst is geen gemakkelijke opgave. Medewerkers van de crisisdienst worden tijdens outreachende crisiscontacten regelmatig geconfronteerd met agressie van patiënten. Voor de preventie van gevaarlijke situaties zou een methode om de risico's van tevoren in te kunnen schatten op basis van de binnengekomen informatie van belang kunnen zijn. Op basis van literatuuronderzoek en eigen ervaring stelden we een korte checklijst samen om het risico van agressie bij patiënten van de crisisdienst te kunnen inschatten. Een van vragen in ons onderzoek was of je met de eerste beperkte informatie, veelal van de huisarts, de kans op later agressief gedrag van de patiënt kunt inschatten. In de workshop willen we dit instrument, de CRC (Checklist Risico Crisisdienst), bespreken dat in een eerdere studie resulteerde in een correcte voorspelling van 83% van wel of geen agressie. Diverse items bleken samen te hangen met agressie. In deze workshop presenteren we ook meer recente resultaten van het lopende onderzoek. Door middel van de dienstlijst werd informatie verzameld wie van de medewerkers wanneer dienst had tijdens de crisisdienst. Tevens werd aan alle medewerkers gevraagd om de NEO-PI-R (NEO Personality Inventory) in te vullen om meer inzicht te krijgen in hun persoonlijkheid. Correlaties tussen psychologische karakteristieken van de crisisdienstmedewerker en eventuele agressieve incidenten zullen worden besproken.

**VORM**

Korte videopresentatie waarin medewerkers vertellen over hun ervaring met betrekking tot een agressief incident. Presentatie van de resultaten van het onderzoek. In het laatste halfuur is er gelegenheid voor discussie.

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie moeten de deelnemers in staat zijn de gestructureerde lijst te gebruiken. De gestructureerde klinische blik, dat wil zeggen de klinische blik waaraan de gestructureerde lijst is toegevoegd, geeft een betere voorspelling voor eventueel agressief gedrag en kan helpen om de angst die leeft bij de medewerkers te verminderen door beter voorbereid naar de crisissituatie te gaan. Bovendien helpt dit om meer standaardisatie in het werk van de crisisdienst te brengen.

**LITERATUUR**

Penterman E.J.M. (2006) Agressie tijdens crisisdiensten van de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48,477-480.

Penterman E.J.M. & Nijman, H.L.I. (2009). Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 355-364.

Penterman E.J.M., Smeets J.M.L., van der Staak C.P.F., Ozer H., Nijman H.L.I. (2011) Persoonlijkheidskenmerken van crisisdienstmedewerkers 53, 145-151.

**De Crisismonitor, risicotaxatie voor acute gesloten opnameafdelingen met terugdringen van dwang en drang.**

E. Hellendoorn<sup>1</sup>, R.F.P. de Winter<sup>1</sup>, R. van de Sande<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Parnassia Bavo Groep, DEN HAAG, Netherlands

<sup>2</sup>Hogeschool Utrecht, UTRECHT, Netherlands

E.Hellendoorn@parnassiabavogroep.nl

**INHOUD**

Behandelteams op acute gesloten opnameafdelingen (BOPZ-units) worden regelmatig geconfronteerd met patiënten die (dreigend) riskant gedrag vertonen, met separatie als mogelijk gevolg. Uit een recente literatuurstudie rondom separatiereductieprogramma's blijkt dat empirische effectevaluaties schaars zijn. Een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor de korte termijn is een van de remedies om separatie terug te kunnen dringen. Op basis van literatuuronderzoek werd een samengestelde set van wetenschappelijk geëvalueerde risicotaxatie-instrumenten geschikt gemaakt voor gebruik in de dagelijkse praktijk. Deze set wordt de Crisismonitor genoemd. In de internationale literatuur laten twee relevante cluster RCT's gunstige resultaten zien. De binnen Bavo-Europoort uitgevoerde studie zal kort worden toegelicht en in het verlengde hiervan worden de evaluaties van verspreiding van deze werkwijze binnen andere BOPZ-units van de ParnassiaBavo Groep doorgenomen. Deze Crisismonitor biedt verpleegkundigen en artsen steun bij het voorspellen van agressie-incidenten, het gestructureerd observeren en het specifiek onderbouwen van een breed scala van risicotaxaties en geïndividualiseerd de-escalatiebeleid.

In de workshop worden de volgende aspecten belicht:

- Wetenschappelijke evaluatie Crisismonitor (korte introductie)
- Demonstratie van de klinische toepasbaarheid van de Crisismonitor in multidisciplinaire teams
- Discussie over het consequenties van deze werkwijze voor patiënten en de multidisciplinaire samenvatting.
- Reflectie op de organisatorische gevolgen voor het werken met de Crisismonitor (discussieforum)

**VORM**

Lezing

Demonstratie van de Crisismonitor

Discussieforum

**LEERDOELEN**

De deelnemer kan een basaal inzicht verwerven in de onderbouwing en werkwijze van een specifiek model voor korte termijn gestructureerde risicotaxatie op BOPZ-units. Daarnaast wordt de deelnemer bewust van de benodigde randvoorwaarden die van belang zijn met het werken van wetenschappelijk ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten.

## **W-70**

### **Hoe start ik een zelfstandig gevestigde psychiatriepraktijk?**

R.J.Ch. de Weme<sup>1</sup>, P. Niesink<sup>2</sup>, A.B. van Nijen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ZGP, HOOFDORP, Nederland

<sup>2</sup>Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, UTRECHT, Nederland

p.niesink@nvvp.net

#### **INHOUD**

In deze workshop wordt door ervaren Zelfstandig Gevestigde Psychiaters en door een consultant praktische informatie gegeven voor het starten van een eigen psychiatriepraktijk.

#### **VORM**

Aan de hand van drie inleidingen en ruime gelegenheid tot het stellen van vragen krijgt de deelnemer inzicht in de verschillende aspecten van de zelfstandige vestiging.

Onderdelen zijn: inhoudelijke kwaliteitseisen (profiel en veldnormen); tijdspad van de voorbereiding (aansluiting zoeken bij intervisie-/regionale groep, contracten met zorgverzekeraars, contact met verwijzers); praktische zaken (verzekeringen, pensioen, ICT, certificaten)

#### **LEERDOELEN**

De deelnemer krijgt inzichten in de verschillende aspecten van de zelfstandige vestiging, zowel inhoudelijke kwaliteitseisen, voorbereiding als praktische aspecten.

#### **LITERATUUR**

De deelnemer ontvangt een reader waarin allerlei informatie over de zelfstandige vestiging wordt opgenomen.

**Eetstoornissen bij jonge kinderen van nul tot tien jaar: het psychiatrisch perspectief**

A.M. de Ruijter<sup>1</sup>, A. Kindermann<sup>2</sup>, H. Lie-Venema<sup>1</sup>, J.H.M. Rensen<sup>3</sup>, D. Seys<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>Academisch Medisch Centrum, AMSTERDAM, Nederland

<sup>3</sup>Karakter MFC, OOSTERBEEK, Nederland

<sup>4</sup>Seyshuizen, NIJMEGEN, Nederland

a.deruijter@kenniscentrum-kjp.nl

**INHOUD**

Kinderen met eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa komen vanaf een jaar of 10/11 de jeugd-ggz binnen, maar de stoornis is vaak al eerder ontstaan (Favaro e.a., 2009). In ziekenhuizen, consult- en liaisonpsychiatrie, infantpsychiatrie, de infant mental health teams (IMH) en de Seyshuizen worden ook de (zeer) jonge kinderen met eetstoornissen gezien. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk. Het heeft op verzoek van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen en ter aanvulling op de bestaande multidisciplinaire richtlijn (2006) en het protocol voor eetstoornissen in de adolescentie van het Landelijk Kenniscentrum (2010) in 2011 samen met het Trimbos-instituut en met experts vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdgezondheidszorg en kindergeneeskunde de wetenschappelijke kennis met betrekking tot eetstoornissen bij kinderen van 0-10 jaar bijeengebracht.

De oorzaken van eetproblemen zijn verschillend en variëren sterk. Hierdoor is bij de evaluatie van het probleem ook speciaal aandacht voor alarmsymptomen en een eventuele somatische oorzaak van het probleem belangrijk.

**VORM**

In deze workshop bespreken we het wetenschappelijk onderbouwde protocol voor diagnostiek en behandeling van eetstoornissen bij jonge kinderen van 0-10 jaar. Er is aandacht voor het klinisch beeld, somatische oorzaken en alarmsymptomen. Hierbij geldt dat de somatiek bij jonge kinderen met een voedingsprobleem zeer gevarieerd is. Aan de orde komt casuïstiek die in de kinder- en jeugdpsychiatrie gevonden wordt en de 'last-resort' behandeling die in de Seyshuizen geboden wordt. Met speciale aandacht voor het perspectief van ouders!

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie heeft u kennis van de protocollen voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen bij jonge kinderen en hoe deze in de praktijk toegepast worden.

**LITERATUUR**

Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*; 70: 12: 1715-1721

Kindermann, A. & Kneepkens, F. (2010). Voedings- en eetproblemen bij jonge kinderen. In *Praktische Pediatrie*, nr. 3, september 2010.

Levine, A., Bachar, L., Tsangen, Z., Mizrachi, A., Levy, A., Dalal, I., Kornfeld, L., Levy, Y., Zadik, Z., Turner, D. & Boaz, M. (2011). Screening Criteria for Diagnosis of Infantile Feeding Disorders as a Cause of Poor Feeding or Food Refusal. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(5), 563-568.

Seys, D.M., Duker, P.C., & Rensen, J.H.M. (2010). Effect van het SLIK programma op voedselacceptatie bij kinderen met voedselweigering. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 78(5), 184-189.

<http://www.kenniscentrum.kjp.nl/nl/Professionals/Themas/eetstoornissen/eetstoornissen-bij-jonge-kinderen>

**Interne geneeskunde voor de (ouderen)psychiater**

N. Schutter<sup>1</sup>, S.E.J.A. de Rooij<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Arkin Amsterdam, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>AMC, afdeling Interne Geneeskunde, AMSTERDAM, Nederland

natasjaschutter@me.com

**INHOUD**

Er zijn tal van raakvlakken tussen het somatisch en psychisch disfunctioneren. Lichamelijke ziekten verhogen de kans op psychiatrische comorbiditeit en andersom beïnvloeden psychiatrische stoornissen de somatische gezondheid van patiënten. Verder hebben psychiatrische behandelingen soms somatische complicaties, zoals bijvoorbeeld het metabool syndroom bij langdurig gebruik van antipsychotica en de leukopenie bij gebruik van clozapine. In de algemene competenties voor de psychiater staat opgenomen dat deze in staat moet zijn om een goede differentiaaldiagnose op te stellen en waar nodig een indicatie te stellen voor aanvullende diagnostiek (laboratorium, biologisch, psychologisch, psychiatrisch) en de bevindingen te interpreteren. Het gaat dan om het samenbrengen, integreren en interpreteren van bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen in de context van levensfase, levensloop en levensomstandigheden. Naast kennis van het psychosociale en psychiatrische domein is kennis van onder andere de interne geneeskunde nodig.

In hoge mate geldt bovenstaande voor de ouderenpsychiater. Een groot aantal onderwerpen is hierbij relevant, zoals diabetes mellitus, metabool syndroom, schildklierpathologie, nierfunctiestoornissen, hart- en vaatziekten, en de effecten van alcohol op de lever. Omwille van de tijd en ook om dieper op een aantal onderwerpen in te kunnen gaan, is gekozen voor twee hoofdonderwerpen: multimorbiditeit en polyfarmacie.

**VORM**

Multimorbiditeit en polyfarmacie zullen door een internist ouderengeneeskunde uitvoerig belicht worden, waarbij er ruimte is voor inbreng van eigen casuïstiek.

**LEERDOELEN**

Na deze cursus is de kennis van de (ouderen)psychiater over de invloed van somatische comorbiditeit en polyfarmacie opgefrist; tevens is de cursist dan onder meer in staat laboratoriumuitslagen te interpreteren, en gericht door te verwijzen naar een somatisch specialist.

**Emotionally Focused Therapy. Hoe partners elkaar gevangen houden in angst en hoe ze daarbij evidence based te helpen.**

J.A. Kool<sup>1</sup>, M.M. Thunnissen<sup>2</sup>, E.A.F. van Weel

<sup>1</sup>Reinier van Arkel groep, 'S-HERTOGENBOSCH, Nederland

<sup>2</sup>Bergen op Zoom, Nederland

jaapkool@planet.nl

**INHOUD**

Zeer in het kort is Johnsons Emotionally Focused Therapy gebaseerd op het uitgangspunt dat de volwassen partnerrelatie een hechtingsrelatie is en dat de kern van relatieproblematiek altijd een onveilig geworden hechting vormt. In hechting gaat het om de vraag: ben jij er voor me als ik je nodig heb op een kwetsbaar moment? Omdat de 'primaire' emoties zoals angst voor hechtingsverlies en het verlangen naar veilige hechting mensen kwetsbaar maken, weren de partners deze emoties voor zichzelf en de ander af met 'secundaire' emoties zoals boosheid, frustratie of machteloosheid, en nemen zij van daaruit hun toevlucht tot gedrag dat de onveiligheid juist verhoogt, meestal in de rollen van aanvaller en terugtrekker.

In de workshop zullen deze patronen zowel theoretisch als aan de hand van videomateriaal worden geïllustreerd.

Na de pauze gaan de deelnemers zelf aan de slag met eigen casuïstiek: ze proberen de patronen van aanvallen en terugtrekken in kaart te brengen en leren hoe ze een (echt)paar kunnen helpen om deze patronen te doorbreken.

**VORM**

Twee korte inleidingen over EFT en hechting (2x20 min)

Videopresentatie van een casus (20 min)

Discussie (20 min)

Pauze (20 min)

Oefenen aan de hand van (eigen) casuïstiek (2x30 min)

Nabespreken en afsluiting (20 min)

**LEERDOELEN**

Diepergaande kennismaking met het behandelmodel van Emotionally Focused Therapy voor partnerrelatietherapie.

**LITERATUUR**

Tempe de J., (2011). De wenkbrauwen van Sue Johnson. *Systeemtherapie* ( 23, 2) 83-92

Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused therapy. Creating Connection* (2nd edition). New York/Hove, UK: Brunner-Routledge.

Johnson, S. (2008). *Hold me tight. Seven conversations for a lifetime of love*. New York/Boston/London: Little Brown. *Houd me vast* (2009). Utrecht: Kosmos.

Furrow, J.L., Johnson, S.M., & Bradley, B. (eds.) (2011). *The emotionally focused casebook. New directions in treating couples*. New York/Hove, UK: Routledge.

Deij, P. Focus op emoties. EFT als nieuwe vorm van partnerrelatietherapie. *MGV* 66-6, p. 416-428.

## **W-83**

### **Stijlen van leidinggeven bij supervisie en coaching van aios psychiatrie**

M.G. Nijs

Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, LEIDEN/ OEGSTGEEST, Nederland  
mauritsnijs@gmail.com

#### **INHOUD**

De workshop is bedoeld voor psychiaters die belast zijn met de supervisie en coaching van arts-assistenten in opleiding. De nadruk van deze workshop ligt op het verwerven van vaardigheden. Geoefend wordt met het opzetten van een op de persoon van de aios toegesneden leertraject. Vervolgens wordt, afhankelijk van het niveau van bekwaamheid van de arts-assistent, een stijl van leidinggeven gekozen en geoefend die het meest garant staat voor succes, het behalen van de leerdoelen van de arts-assistent.

Aan de hand van eindtermen zoals geformuleerd in HOOP wordt in kaart gebracht wat de sterkere en zwakkere competenties zijn van de aios. Er wordt een in werkdoelen geoperationaliseerd opleidingstraject uitgezet toegesneden op de persoon van de aios met als uiteindelijke doel dat de aios voldoet aan de eindtermen.

Verder zullen de deelnemers inzicht krijgen in hun manier van leidinggeven aan aios. Wat is hun favoriete stijl, en welke andere stijlen van leidinggeven kunnen worden ingezet om de aios zo optimaal mogelijk te ondersteunen.

#### **VORM**

Korte inleiding door docent, nadruk ligt op oefenen van vaardigheden in rollenspelen met casuïstiek ingebracht door de docent.

#### **LEERDOELEN**

- het maken van een sterkte-zwakte-analyse van de competenties van de aios
- het opstellen van een expliciet leertraject voor de arts-assistent
- het kunnen hanteren van verschillende stijlen van leidinggeven

#### **LITERATUUR**

HOOP Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie. De Tijdstroom 2009.

## **W-84**

### **Forensisch jeugdpsychiatrisch onderzoek binnen het straf- en civielrechtelijk kader**

R.F. Zijlstra, J.I.M. Kuin  
NIFP, UTRECHT, Netherlands  
rf\_zijlstra@hotmail.com

#### **INHOUD**

De workshop wordt zowel vanuit jeugdpsychiatrische als juridische invalshoek gegeven. Verduidelijkt wordt hoe en wanneer jeugdpsychiatrische diagnostiek plaats vindt bij jonge verdachten en bij kinderen en jeugdigen waarbij bureau jeugdzorg cq. de jeugdbescherming betrokken raakt. Er wordt inzicht gegeven in de vorm en inhoud van forensische rapportage. De juridische kaders voor gedragsdeskundig onderzoek worden verhelderd. De rol en taken van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie komen aan de orde.

#### **VORM**

Met een plenaire voordracht, praktijkvoorbeelden en geanonimiseerde rapportages wordt gestreefd naar interactieve deelname. De co-auteur zal haar publicatie betreffende de juridische kaders voor het gedragsdeskundig onderzoek binnen het personen- en familierecht toelichten.

#### **LEERDOELEN**

Gedragsdeskundigen en zij die in opleiding zijn binnen vrijwillige behandelkaders krijgen inzicht in de mogelijkheden van forensische diagnostiek bij kinderen en jeugdigen, die strafbare feiten plegen of die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd door het zich onttrekken aan (ouderlijk) toezicht en begeleiding. Hierdoor kunnen onmacht en handelingsverlegenheid afnemen binnen de reguliere diagnostiek- en behandelsetting.

#### **LITERATUUR**

Jeugdpsychiatrie en Recht, N.Duits, J.A.C. Bartels, W.B. Gunning, Van Gorcum.

Juridische kaders voor het gedragsdeskundig onderzoek binnen het personen- en familierecht. C. Brouwer, J. Kuin. NIFP.

**Niet meer door het lint: de behandeling van agressie in de algemene geestelijke gezondheidszorg**

A. van Dam<sup>1</sup>, A. Blaakman<sup>1</sup>, P. Michielsen<sup>1</sup>, P. Steenkist<sup>2</sup>, C.A. van Tilburg

<sup>1</sup>GGZ WNB, ROOSENDAAL, Nederland

<sup>2</sup>Praktijk Memo, BERGEN OP ZOOM, Netherlands

arno.van.dam@ggzwnb.nl

**INHOUD**

Weinig fenomenen roepen zoveel angst op als agressie. Niet alleen (potentiële) slachtoffers ervaren angst, ook de daders blijken vaak vanuit angst te handelen, maar angst kan ook ontstaan bij de hulpverleners die met agressieve patiënten worden geconfronteerd. Mogelijk speelt dat een rol bij de reden waarom behandelprogramma's gericht op agressie relatief ondervetegenwoordigd zijn in de reguliere ggz. Ruim 10 jaar geleden is bij GGZ Westelijk Noord Brabant een behandelprogramma gericht op de aanpak van agressieproblematiek ontwikkeld. Dit programma is een meersporenaanpak met systeembehandeling en groepstherapie als centrale onderdelen en richt zich zowel op daders als slachtoffers. In deze workshop maken deelnemers kennis met het behandelprogramma 'Niet meer door het lint'. Er zal ingegaan worden op het motiveren van agressieve mannen voor behandeling, huiselijk en publiek geweld bekeken vanuit psychiatrisch perspectief, de aanpak van agressie bij allochtonen, agressie en trauma en de behandeling van slachtoffers van geweld

**VORM**

Aan de hand van een aantal presentaties, videobeelden, oefeningen en interactie met de deelnemers worden motiveringstechnieken en behandeltechnieken behandeld die effectief zijn bij de behandeling van agressief gedrag.

**LEERDOELEN**

Na de workshop hebben de deelnemers kennis opgedaan over de persoonlijkheids- en systeemdynamiek van patiënten met agressieregulatieproblemen. Daarnaast hebben zij zicht op de specifieke psychologische en medicamenteuze behandelmogelijkheden voor deze groep patiënten en de organisatorische randvoorwaarden die daar voor nodig zijn. Door middel van oefeningen is er enige ervaring opgedaan met het maken van een behandelplan voor deze specifieke problematiek.

**LITERATUUR**

1. Busto-Puertas, A., Steenkist, P., & van Dam, A. (2010). Samen werken tegen agressie. Een groepsbehandeling voor Turkse en Marokkaanse mannen met agressieregulatieproblemen. Utrecht: Movisie.
2. Dam, A. van & Tilburg, C.A. van (2007). Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer. Uit de serie Psychotherapie in Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
3. Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2008/9). Niet meer door het lint, Werkboek + Handleiding. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
4. Dam, A van & Mulder, C.L. (Red) (2008). Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

**Neurologie voor de (ouderen)psychiater**

P. Naarding<sup>1</sup>, N.J. Prins<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGNet, APELDOORN, Nederland

<sup>2</sup>VUmc, Alzheimer Centrum, AMSTERDAM, Nederland

p.naarding@ggnet.nl

**INHOUD**

De neuroloog en psychiater houden zich beiden bezig met hersenziekten. Historisch worden specifieke ziekten geclassificeerd als neurologisch of psychiatrisch, maar in de dagelijkse klinische praktijk bestaat er een overlap tussen neurologische en psychiatrische ziektebeelden en bevinden bepaalde aandoeningen zich op het grensgebied tussen de twee disciplines. Bij neurologische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Huntington of de ziekte van Creutzfeldt Jakob, zijn psychiatrische symptomen zoals psychose en stemmingsstoornissen prominent aanwezig. Daarnaast kunnen psychiatrische ziekten zoals schizofrenie op oudere leeftijd klinisch sterke gelijkenis vertonen met bijvoorbeeld frontotemporale dementie en ook gepaard gaan met afwijkingen op structureel en functioneel beeldvormend onderzoek. Tot slot komt neurologische comorbiditeit veel voor in de psychiatrische patiëntenpopulatie. Om deze redenen is het belangrijk voor de psychiater kennis te hebben van de belangrijkste neurologische ziektebeelden, vooral die raakvlak vertonen met de psychiatrie, en tevens op de hoogte te zijn van de neurologische diagnostiek.

**VORM**

In deze cursus wordt een inleiding verzorgd waarin de neurologische anamnese, het routine neurologisch onderzoek en het voor de psychiater relevante speciële neurologisch onderzoek aan de orde komt. Daarnaast is er aandacht voor het neurologische diagnostische proces. Hierin worden achtereenvolgens onderscheiden: 1. localisatie; waar precies bevindt zich het pathologische proces (corticaal, basale kernen, ruggemerg, motorische voorhoorncel, et cetera)?; 2. syndroomdiagnose (bijvoorbeeld dementie of hypokinetisch rigide syndroom); 3. etiologie; wat is de oorzaak van het syndroom (bijvoorbeeld ziekte van Alzheimer of ziekte van Parkinson). Er wordt aandacht besteed aan de keuze voor en interpretatie van neurologisch aanvullend onderzoek, zoals de MRI, EEG en lumbaalpunctie. Genoemde inhoud zal aan de hand van casuïstiek worden geïllustreerd en op een interactieve manier worden toegepast. Er is ruimte voor inbreng van eigen casuïstiek.

**LEERDOELEN**

Na deze cursus is de kennis over het neurologische diagnostische proces weer opgefrist en op peil en kan de (ouderen)psychiater dit in de praktijk toepassen.

**Eetstoornissen in de adolescentie: mijn patiënt past niet in het protocol!**

A.M. de Ruijter<sup>1</sup>, A.A. van Elburg<sup>2</sup>, W. Alphen<sup>3</sup>, A.C. van Belleghem<sup>4</sup>, C. Huyser<sup>5</sup>, A. Vandersmisse<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>Altrecht Eetstoornissen Rintveld, ZEIST, Nederland

<sup>3</sup>Curium, OEGSTGEEST, Nederland

<sup>4</sup>Academisch Medisch Centrum, Emma Kinderziekenhuis, AMSTERDAM, Nederland

<sup>5</sup>De Bascule, AMSTERDAM, Nederland

<sup>6</sup>Erasmus MC - Sophia, ROTTERDAM, Nederland

a.deruijter@kenniscentrum-kjp.nl

**INHOUD**

Uit onderzoek is gebleken dat een eetstoornis op steeds jongere leeftijd ontstaat (Favaro e.a, 2009). Ondanks deze verschuiving is er in de bestaande Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen geen nadrukkelijke aandacht voor jongeren. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk. Het heeft op verzoek van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen en ter aanvulling op de bestaande multidisciplinaire richtlijn (2006) in 2010 en 2011 de wetenschappelijke kennis met betrekking tot eetstoornissen bij kinderen van 0-18 jaar bijeengebracht. In deze workshop richten we ons op de diagnostiek en behandeling van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornissen NAO in de adolescentie in specifieke situaties of met specifieke comorbiditeit. We gaan dus verder dan het protocol. Denk aan: eenzijdige tweelingen, jongens met anorexia nervosa, gezinnen met alternatieve voedingsgewoontes of godsdienstige achtergronden, comorbiditeit met pdd-nos en comorbiditeit met somatische aandoeningen.

**VORM**

Aan de hand van casuïstiek die door de sprekers en door u wordt ingebracht zal in combinatie met de onderliggende wetenschappelijke literatuur en in interactie met de deelnemers 'the best-clinical practice' vastgesteld worden. Met 5 workshopleiders met elk hun specifieke expertise en werksetting, waaronder de kindergeneeskunde, is dit bij uitstek de gelegenheid om diepgaand met dit onderwerp bezig te zijn. Er is veel ruimte voor uw inbreng!

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie heeft u inhoudelijke kennis van de protocollen voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen in de adolescentie en de bagage om ook in situaties waarin het protocol niet voorziet aan de slag te gaan met uw patiënten.

**LITERATUUR**

Van Elburg AA, Rijken ME. (2004). Jongeren met eetstoornissen. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen.

Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*; 70: 12: 1715-1721.

Hein IM, Huyser C. (2010). Olanzapine in de behandeling van adolescenten met anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 52: 6: 1-5.

Lock J, Le Grange D. (2011). Ouders als bondgenoot. Uitgeverij Ekklesia, Gorinchem.

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. (2010). Eating disorders. *Lancet*; 375: 583-593.

<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/eetstoornissen>

**Naar een Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling - samenwerking, modellen van communicatie, methodieken**

M.J. van Hoof<sup>1</sup>, A.A.M. Crijnen<sup>2</sup>, L.M. Vogtländer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, SASSENHEIM, Netherlands

<sup>2</sup>Fier Fryslan, LEEUWARDEN, Netherlands

<sup>3</sup>De Waag, UTRECHT, Netherlands

HoofM@rivierduinen.nl

**INHOUD**

Geschetst worden de ontwikkeling en eerste ervaringen van de Nederlandse tegenhanger van de Amerikaanse Child Advocacy Centers - het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling (MDC KM). Thans duurt het vaker wel twee jaar voordat een melding van kindermishandeling omgezet wordt in hulpverlening aan kind en gezin, als het daar al toe komt. Nagestreefd wordt door middel van een multidisciplinaire en intersectorale aanpak in het MDC KM binnen twee weken te komen tot een onderzoek, een plan van aanpak, en een advies waarna hulp wordt ingezet. Duidelijk zal zijn dat dit veel beter aansluit bij de noden van het kind. Duidelijk zal ook zijn dat dit veel vraagt van de organisaties. Opzet van een MDC KM met eerste ervaringen, modellen van communicatie, en voorbeelden van methodieken en interventies worden in deze workshop gepresenteerd.

Onlangs is een proef met een MDC KM Friesland van start gegaan. De proef wordt ondersteund door de Academische Werkplaats Kindermishandeling van de VU en het is de bedoeling dit model van een MDC KM ook toe te passen in andere regio's, zoals het KJTC in Haarlem en De Waag in Utrecht. Structuur en organisatie, werkwijze, positieve ervaringen, maar ook knelpunten worden in deze workshop besproken. Verder wordt een multidisciplinaire, intersectorale overlegstructuur gepresenteerd en tot slot een methodiek voor 'gestructureerde besluitvorming in de keten' waarbij het focus ligt op veiligheid - want daar moet het over gaan. Voorts wordt de toepassing van de CARE-NL als instrument voor risicotaxatie en toeleiding naar de ggz en andere zorg besproken.

Deze workshop is een initiatief van de Werkgroep Trauma en Kindermishandeling van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

**VORM**

Via interactieve voordrachten en aansluitende discussie wordt het thema van de workshop voor het voetlicht gebracht. Er wordt gebruik gemaakt van geluids- en beeldmateriaal, en een powerpointpresentatie.

**LEERDOELEN**

- Kennis nemen van innovatieve initiatieven op het gebied van intersectorale multidisciplinaire samenwerking rond kindermishandeling;
- Middels discussie het bevorderen van integratie en implementatie van de modellen van samenwerking rondom kindermishandeling.

**LITERATUURVERWIJZING**

[http://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/themas/trauma\\_en\\_kindermishandeling](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/themas/trauma_en_kindermishandeling)

## W-96

### De arts als patient: verslaving en ABS-artsen

H.P. Rode<sup>1</sup>, C.A.J. de Jong<sup>2</sup>, H.A. de Haan<sup>3</sup>, P.J. Zwietering<sup>4</sup>

<sup>1</sup>KNMG, UTRECHT, Nederland

<sup>2</sup>NISPA/Radboud Universiteit Nijmegen, NIJMEGEN, Nederland

<sup>3</sup>Tactus verslavingszorg, DEVENTER, Nederland

<sup>4</sup>Inspectie voor de Gezondheidszorg, 'S HERTOGENBOSCH, Nederland

h.rode@xs4all.nl

### INHOUD

Deze workshop gaat over de arts als patiënt met een verslaving en de dokter die een collega met een verslaving in de spreekkamer krijgt.

Veel artsen ervaren angst als zij zelf ziek worden of geconfronteerd worden met zieke artsen. Deze angst staat adequate hulp in de weg. Dat geldt zeker ook als de zieke arts een verslaving heeft; dit komt vaak voor en vormt een gevaar voor de arts en zijn/haar patiënten. Toegang tot goede assessment, diagnostiek en behandeling is daarom noodzakelijk, vooral omdat bij artsen het succespercentage van monitoring na de behandeling gedurende 5 jaar hoog is: 85% blijft abstinēt!

In de workshop worden de volgende vragen beantwoord:

- Welke risico's loopt een arts om een verslaving te krijgen?
- Welke factoren spelen een rol in het erkennen van ziekte door de arts-patiēt?
- Wat is nodig voor het correct diagnosticeren en behandelen van de arts-patiēt door een collega?
- Waarom is monitoren na de behandeling van essentieel belang?
- Welke behandel mogelijkheden bestaan er in Nederland?

### VORM

Interactieve workshop met de volgende hoofdingrediēnten:

1 de arts als verslaafde patiēt: H. de Haan

2 ABS-artsen: waarom een meldpunt? H. Rode

3 de Inspectie voor Gezondheidszorg en zieke dokters: P. Zwietering

4 discussie/vragen: C. de Jong

### LEERDOELEN

Na het volgen van deze workshop heeft de deelnemer voldoende kennis van:

- de dilemma's die spelen bij de arts als patiēt van een verslaving
- aanmelding, belangenverstremgeling, prevalentie, behandeling en monitoring van de arts-patient
- het ABS-programma en de weg naar aanmelding en hanteren van verslavingsproblematiek bij artsen

### LITERATUUR

1.De Jong CAJ, Dam I, De Haan HA. De verslaafde arts. Goede hulp voor arts is niet eenvoudig, maar wel mogelijk. Medisch Contact. 2009;64:284-6.

2.De Metz J, Wijnandts P, Levi M. Het syndroom van Amice. Als de patiēt een collega is en een collega de dokter. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009;153:340-2.

3.McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. BMJ. 2008;337 (Nov 4):a2038.

4. DuPont RL, Skipper GL, Carr G, Gendel M, A.T.M. The structure and function of physician health programs in the United States. J Subst Abuse Treat 2009;36(1):1-7.

5. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. BMJ. 2008 Nov 3;337.

## W-105

### **www.medicawiki.eu: op weg naar veiliger voorschrijven**

M.J. de Roo, W.J. Broekema, F.R. Kruisdijk, Y. Roke  
GGz Centraal, AMERSFOORT, Nederland  
m.deroo@ggzcentraal.nl

#### **Inhoud**

Www.medicawiki.eu is een website in ontwikkeling. Het is een Engelstalig, niet commercieel, evidence-based beslissysteem. Doel is het veiliger voorschrijven van psychofarmaca bij patiënten met somatische comorbiditeit. Het geeft adviezen over welk geneesmiddel bij een patiënt met een specifieke caution area toegepast kan worden. Caution area's zijn ziektebeelden of risicogebieden van een patiënt waarmee men rekening moet houden bij het starten van een psychofarmacon, zoals QTc-verlenging of gewichtstoename. Ook andere functies van de site, zoals een calculator voor het omzetten en afbouwen van benzodiazepinen en een clozapine in- en uitsluipschema worden voorgesteld.

#### **VORM**

Tijdens de inleiding van de interactieve workshop maakt men kennis met de website. Ontstaansgeschiedenis en doel worden toegelicht. Aan de hand van caution area's wordt getoond hoe de medicawiki is opgebouwd. Deelnemers kunnen werken met de site waarvoor ze hun eigen laptop mogen meenemen en er is ruimte voor discussie over toekomstige ontwikkelingen.

#### **METHODE**

Allereerst zal worden ingegaan op de achtergrond en de actuele ontwikkelingen van www.medicawiki.eu (W.J. Broekema). Vervolgens worden twee caution area's, namelijk cardiale en metabole problematiek, besproken en er wordt getoond hoe de psychofarmaca op deze gebieden zijn gescoord (F.R. Kruisdijk). Samen met de deelnemers worden twee nieuwe caution area's, prolactinestijging door psychofarmaca (Y. Roke) en cytochroom P450-polymorfismen (M.J. de Roo) besproken. Aan de hand van deze voorbeelden zien deelnemers hoe de score tot stand komt en welke criteria daarbij van belang zijn. Uiteindelijk laat W.J. Broekema zien hoe met de verschillende functies van de medicawiki kan worden gewerkt. Hierbij kunnen voorstellen voor toekomstige ontwikkelingen worden ingebracht.

#### **LEERDOELEN**

De deelnemers leren werken met www.medicawiki.eu. Ze krijgen inzicht in de functies, ontwikkelingen en valkuilen. Daarbij kunnen ze een actieve bijdrage leveren aan de toekomstige ontwikkeling van deze site. Uiteindelijk kan men concluderen dat medicawiki een handig hulpmiddel is dat de medicatieveiligheid zal verbeteren.

**EMDR: de angst voorbij in het ziekenhuis**

M.Th. Derksen<sup>1</sup>, B.M. Baeten<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Albert Schweitzer Ziekenhuis, DORDRECHT, Netherlands

<sup>2</sup>Elisabeth Ziekenhuis, TILBURG, Netherlands

mareesderksen@hotmail.com

**INHOUD**

EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) is een intensieve vorm van psychotherapie voor mensen die last houden van de gevolgen van (een) schokkende ervaring(en). Een deel van de getroffensten verwerken deze ervaringen op eigen kracht. Anderen ontwikkelen psychische klachten, met name angst en depressie. In het ziekenhuis hebben we te maken met de gevolgen van onder meer fysiek en/of seksueel misbruik, een traumatische bevalling, een moeizaam verlopen medische ingreep, een traumatische diagnose, een traumatische bijna-doodervaring, et cetera.

In het ziekenhuis ontmoeten we dan ook regelmatig mensen die angststoornissen hebben ontwikkeld op grond van nare ervaringen in van hun verleden.

In de afgelopen jaren werd de EMDR-procedure verfijnd en geëvolueerd tot een volwaardige therapeutische behandelingsmethode met protocollen voor verschillende vormen van traumagerelateerde psychopathologie.

Gecontroleerde effectstudies laten zien dat EMDR even effectief of effectiever is dan cognitieve gedragstherapie.

EMDR-behandeling werkt bovendien sneller en is minder belastend voor patiënten.

De workshop zal gaan over het leren herkennen en vaststellen van de ontwrichtende ervaringen die van blijvende invloed zijn op het functioneren van de patiënt. We zullen ons speciaal richten op angststoornissen. De bijzondere kenmerken en effecten van EMDR worden besproken en geïllustreerd met videobeelden van patiënten die wij hebben behandeld in onze praktijk in het ziekenhuis.

**VORM**

Presentatie, geïllustreerd met videobeelden, tijd voor vragen en een interactieve discussie.

**LEERDOEL**

Inzicht krijgen in het brede indicatiegebied van EMDR, kennismaken met deze vorm van psychotherapie en de plaats van EMDR binnen de angstbehandeling in het ziekenhuis.

**LITERATUUR**

De Jongh, A & Ten Broeke E. (2003). Handboek EMDR. Swets & Zeitlinger.

Ten Broeke, E., De Jongh, A., Oppenheim, HJ. (2008). Praktijkboek EMDR. Harcourt Assessment BV.

Hornsveld, H. & Berendsen, S. (2009). Casusboek EMDR. Bohn Stafleu van Loghum.

**Slachtoffers van mensenhandel: complexe angst en trauma. Dilemma's en uitdagingen in de opvang en behandeling van deze slachtoffers**

Z. Acherrat-Stitou, I. van Buuren, D. Spiers, A. Jansma  
Fier Fryslan, LEEUWARDEN, Netherlands  
z.acherrat@planet.nl

**INHOUD**

Mensenhandel is een wereldwijd probleem. Mensenhandel kenmerkt zich door mensen (on)vrijwillig en onder mensonterende omstandigheden te laten werken en daarvan te profiteren. Er zijn vele vormen: manipulatie en misbruik door pooiers en loverboys tot handel in menselijke organen en arbeidsuitbuiting. Een van de bekendste voorbeelden van mensenhandel is gedwongen prostitutie. Pooiers lokken vrouwen onder valse voorwendselen naar bijvoorbeeld Nederland. Zij maken hierbij gebruik van allerlei angstaanjagende middelen waaronder dwang, geweld, chantage en misleiding. Ook voodoo-rituelen worden ingezet.

In 2010 hebben zich bij Comensha, het Coördinatiecentrum Mensenhandel, 993 slachtoffers van mensenhandel gemeld, vrouwen, mannen en minderjarigen. Veelal uit Oost-Europa en West-Afrika. Overigens zegt dit aantal weinig over het totale aantal slachtoffers. Angst weerhoudt dat slachtoffers aangifte doen.

Het Netwerk Mensenhandel Friesland bestaat uit een groot aantal instellingen en instanties die verantwoordelijk zijn voor de opvang, de zorg en de juridische procedures waar buitenlandse slachtoffers van mensenhandel mee te maken krijgen.

Fier Fryslan, een expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties, vangt al jaren slachtoffers op. Naast de ambulante behandel mogelijkheden, zijn er binnen het blijf-van-mijn-lijfhuis een aantal opvangplekken (voor moeder en kind) en daarnaast is er een beschermde woonvorm, Rena. De vrouwen en meiden die hier opgevangen worden krijgen ook ambulante hulpverlening. In de behandeling lopen de hulpverleners tegen een veelheid van complicerende factoren aan; zo is er vaak angst en wantrouwen, taalbarrière, onzekere juridische procedure, verschillende culturele en spirituele achtergronden, tekortschietende diagnostiek, hechtingsproblematiek, vrouwelijke genitale verminking, zwangerschap uit verkrachting, et cetera.

De ernst van de geconstateerde psychische problematiek - bijna altijd is er sprake van veel angst, veelvuldige en ernstige traumatisering met comorbiditeit - heeft geleid tot het opstarten van een klinische behandelsetting binnen Rena.

Ook zijn er vergevorderde plannen om een multidisciplinair kenniscentrum te ontwikkelen.

In deze workshop zal uitgebreid worden ingegaan op de situatie in Nederland en in de opvang binnen Fier Fryslan. Er zal worden stilgestaan bij de geconstateerde psychopathologie, de verschillende verbale en non-verbale behandel mogelijkheden en de knelpunten en dilemma's in de behandeling.

**VORM**

- interactieve voordrachten
- filmmateriaal en casuïstiek

**LEERDOELEN**

Aan het einde van de workshop wordt de deelnemer geacht meer inzicht te hebben in:

- het fenomeen mensenhandel en de verschillende uitingsvormen;
- de verschillende vormen van geweld en de impact daarvan op de slachtoffers;
- de verschillende behandel mogelijkheden;
- de dilemma's en complexiteit van de hulpverlening.

**Overwin uw digitale koudwatervrees: professioneel chatten en mailen met patiënten**

J.M. Bakker<sup>1</sup>, L. Stut<sup>2</sup>, E. van Goor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGZ inGeest, 113Online, HAARLEM, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>Stichting 113Online, AMSTERDAM, Nederland

j.m.bakker@me.com

**INHOUD**

De samenleving en de hulpverlening digitaliseren in snel tempo. E-mail, chat, tweet en ping zijn niet meer weg te denken uit de zakelijke en privécommunicatie. Digitale communicatie tussen psychiaters en patiënten loopt daarbij ver achter. Dat is niet alleen een kwestie van technische obstakels. Vrees speelt ook een rol: voor onbeheersbare communicatiestromen, voor misverstanden, voor verlies van benodigde therapeutische afstand of juist nabijheid. Een bepaalde vrees is niet onterecht: er zijn ook duidelijk beperkingen en enkele reële gevaren die aan het gebruik van digitale media kleven.

113Online heeft inmiddels veel ervaring met het digitaal communiceren met een gecompliceerde doelgroep: mensen met suïcidale ideatie. Zelfs - of juist - met deze groep blijken chat- en e-mailtherapie en crisisinterventie goed mogelijk.

In de workshop helpen ervaren e-therapeuten van 113Online u op weg met de beginselen van verantwoord professioneel chatten en mailen met patiënten en naasten.

**VORM**

Deel 1: Inleiding. Interactieve bespreking van feiten en fabels, voors en tegens van e-mental health.

Deel 2: Tijdens dit deel van de workshop loggen de deelnemers gezamenlijk in als hulpverlener en ervaren zij hoe een online behandelcontact met een onbekende cliënt in crisisvorm krijgt. Hoe sluiten we aan bij de hulpvrager?

Hoe te interveniëren? Een moderator begeleidt de gezamenlijke therapeutische inspanning.

Deel 3: Bespreking van praktische kwesties bij het gebruik van e-mental health in de dagelijkse praktijk. Er zullen vragen worden beantwoord als: "kan ik een dbc ook online doen?", "wat zijn contra-indicaties?", "wat heb ik er technisch voor nodig?", "wie mag er eigenlijk online behandelen?"

**LEERDOELEN**

De deelnemer heeft kennis van de kenmerken, mogelijkheden en bezwaren van online behandelen.

De deelnemer heeft bestaande koudwatervrees overwonnen ten aanzien van online behandelen.

**W-109**

**Model voor (in company) beleidsinterview voor beginnende psychiaters**

A.M. van Schaik, A.R. Miedema  
GGZ inGeest, AMSTERDAM, Netherlands  
au.vanschaik@ggzingeest.nl

**INHOUD**

Beginnende beleidspsychiaters (gedefinieerd als maximaal 5 jaar werkervaring als psychiater) hebben regelmatig behoefte aan ondersteuning in belangrijke taken en mogelijke problemen die zij ondervinden op het gebied van beleid, management en leiderschap. Beleidsinterview is een uitstekend instrument om de hiertoe benodigde competenties verder te ontwikkelen en verbeteren.

In de beleidsinterview wordt aandacht gegeven aan zaken als beleidscasuïstiek (door middel van de Ballint methode), eigen professioneel functioneren, werken met een POP (persoonlijk ontwikkelingsplan), teaminteracties en leiding geven. Ook kunnen specifieke beleidsmatige thema's inhoudelijk worden verdiept. Het gesteund worden in problematiek, herkenning vinden, het vormen van een netwerk, maar vooral ook plezier hebben in beleid/management en de interviewbijeenkomsten zijn nevendoelstellingen.

Maar hoe zet men een dergelijke interview op? Wat is een goed model? En wat zijn voor- of nadelen van een in-company interview?

**VORM**

Theoretisch deel waarin een model wordt gepresenteerd waar de workshopleiders reeds ervaring mee hebben als deelnemer en coach. Vervolgens worden enkele methodieken in de groep geoefend, zoals de beleidscasuïstiek (door middel van de Ballint methode) en werken met een POP.

**LEERDOELEN**

Praktische handvatten hoe een beleidsinterview op te zetten voor beginnende psychiaters als deelnemer of coach.

**LITERATUUR**

Ofman, D., Kwaliteit en bezieling in organisaties, Servire, 200

## **W-110**

### **De angst voor herhaling na suïcide van een ouder: 'dokter, ben ik suïcidaal?'**

S.N.J Logtenberg, S. Marlisa  
NPAG / vrijgevestigd, AMSTERDAM, Nederland  
logtenberg26@zonnet.nl

#### **INHOUD**

De suïcide van een ouder heeft onmiskenbaar een grote emotionele impact op het achtergebleven kind. Als deze traumatische gebeurtenis door het kind niet ervaren kan worden, kan zij innerlijk blijven voortbestaan als een 'unthinkable anxiety'.

Op volwassen leeftijd kunnen patiënten wiens ouder zich heeft gesuïcideerd zich presenteren met een scala aan angstklachten. Vaak speelt de suïcide in de bewuste beleving van de patiënt geen rol in de klachten, maar blijkt in het contact met de patiënt hoezeer dit trauma zijn gedrag en gevoel beïnvloedt. De angst voor herhaling kan zich uiten in het handelen: 'ik ben niet suïcidaal, maar ik loop niet langs het kanaal als ik de hond uitlaat' of in een geïsoleerde vraag: 'dokter, ben ik suïcidaal?'. Soms blijkt de patiënt een deel van het trauma onbewust te herhalen: 'the compulsion to repeat'.

Deze workshop wil inzichtelijk maken hoe door een psychoanalytische manier van werken de onbewuste belevingen ten aanzien van de suïcide van de ouder in het behandelcontact begrepen worden. Overdracht en tegenoverdracht zijn belangrijke instrumenten voor de psychoanalyticus om te kunnen ervaren wat door de patiënt (nog) niet gezegd en beleefd kan worden. Aan de hand van casuïstiek wordt besproken hoe deze instrumenten gehanteerd worden en hoe de analyticus zijn rol in het ervaren, verwoorden en 'containen' van de gevoelens van de patiënt invult. Thema's die aan de orde komen zijn de angst voor de dood, intimiteit en afgunst.

#### **VORM**

Referaat met casuïstiek. Aan deelnemers wordt gevraagd een casus in te brengen waarna gebruikmakend van de psychoanalytische methode wordt geprobeerd de onbewuste betekenis van de angstklachten in de casus te doorgronden.

#### **LEERDOELEN**

Inzicht hoe met behulp van de psychoanalytische methode de betekenis van angstsymptomen tegen de achtergrond van de suïcide van een ouder kan worden begrepen.

#### **LITERATUUR**

J. Zwagerman - Door eigen hand. Zelfmoord en de nabestaanden. De Arbeiderspers, 2005.

**W-111**

**Behandelstrategieën voor Body Dysmorphic Disorder**

N.C.C. Vulink, C.A.B. Molenaar  
AMC, AMSTERDAM, Netherlands  
n.c.vulink@amc.nl

**INHOUD**

Mensen met Body Dysmorphic Disorder (BDD) ofwel stoornis in de lichaamsbeleving zijn gepreoccupeerd met een deel van hun uiterlijk zonder dat er een duidelijk aantoonbare afwijking is. De eigen verschijning leidt tot zowel walging van zichzelf als tot extreme schaamte. BDD is een ernstige en chronische stoornis met een hoog suïciderisico. De lichaamsdelen worden aan een ongelooflijke hoeveelheid aandacht en strenge zelfkritiek onderworpen. Daarnaast veroorzaakt de preoccupatie met het uiterlijk vaak duidelijk lijden en/of problemen in belangrijke levensterreinen. De behandeling die uit onderzoek het meest effectief lijkt, is cognitieve gedragstherapie. Veel behandelaren lijken hiervoor echter terug te schrikken door de soms waanachtige preoccupatie, zeer hoge lijdensdruk en hardnekkige rituelen. Daarnaast zijn er medicamenteuze opties die de respons op behandeling kunnen vergroten.

**VORM**

We zullen ten eerste ingaan op het theoretische CGT-model en de vertaling naar de praktijk. Daarnaast bespreken we (nieuwe) medicamenteuze behandelopties. Ten slotte zullen we aan de hand van enkele casussen en door middel van videopresentaties en (interactieve) rollenspellen met name ingaan op motivatie voor psychotherapie; exposure en responspreventie en gedachten uitdagen.

**LEERDOELEN**

Vergroten van de kennis en praktische vaardigheden nodig voor de cognitieve gedragstherapie en aanvullende farmacotherapeutische behandelopties van patiënten met BDD overbrengen.

**W-112**

**Angst voor de psychiater in het verpleeghuis?**

M.A. Selis

Parnassia Bavo Groep, DEN HAAG, Nederland

m.selis@parnassia.nl

**INHOUD**

Nederland heeft meer verpleeghuizen dan algemene ziekenhuizen. Door de voortschrijdende vergrijzing zal het aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen exponentieel stijgen. Uit onderzoek is bekend dat deze bewoners lijden onder een hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen. Als gevolg hiervan wordt excessief psychofarmaca voorgeschreven. Bij de meeste van die voorschriften is geen psychiater betrokken. Psychiatrische behandeling wordt op zijn best vormgegeven door eenmalige consulten door alleenwerkende psychiaters op verzoek van een specialist ouderengeneeskunde. Wel leiden deze consulten tot een afname van het gebruik van medicatie. Naast advies en onderwijs over psychiatrische stoornissen en medicamenteuze behandeling daarvan, bestaat er ook behoefte aan advies en onderwijs over gedragsinterventies. Er is geen sprake van een cultuur van regulier overleg en gezamenlijke casusbesprekingen.

De Parnassia Bavo Groep heeft in Dorestad, het eerste en enige verpleeghuis voor psychiatrische patiënten, een model met een multidisciplinair team van een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater en een psycholoog, naast verpleegkundig specialisten.

**VORM**

Na een korte presentatie zal er in kleine groepen en plenair gediscussieerd worden over enkele probleemstellingen, met een mogelijkheid tot netwerken.

**LEERDOELEN**

De organisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en psychologen.

De plaats van verpleegkundig specialisten in deze samenwerking.

Het creëren van een samenwerkingsverband van psychiaters met hetzelfde interessegebied.

**LITERATUUR**

Bartels SJ, Moak GS, Dums AR. (2002) Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatric Services* 53, 1390-6.

Reifler BV, Cohen W. (1998) Practice of geriatric psychiatry and mental health services for the elderly: results of an international survey. *International Psychogeriatrics* 10, 351-7.

Streim JE, Oslin D, Katz IR, Parmelee PA. (1997) Lessons from geriatric psychiatry in the long term care setting. *Psychiatric Quarterly* 68, 281-307.

**Richtlijn Gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen**

N.J.M. Beuk<sup>1</sup>, M.J.C. van Lookeren Campagne<sup>2</sup>, L. Kok<sup>3</sup>, R.R.J.M. Vermeiren<sup>4</sup>, W. Matthys<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Curium-LUMC en ForCA (JJI) Teylingereind, OEGSTGEEST, Nederland

<sup>2</sup>GGZ Centraal, ALMERE, Nederland

<sup>3</sup>Karakter Cluster LVG, EDE/OOSTERBEEK, Nederland

<sup>4</sup>Curium-LUMC, OEGSTGEEST, Nederland

<sup>5</sup>UMC-Utrecht, UTRECHT, Nederland

n.j.m.beuk@curium.nl

**INHOUD**

Tot de stoornissen die volgens DSM-IV-tr vanaf de kinderleeftijd kunnen worden gediagnosticeerd, behoren de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en de gedragsstoornis. Deze stoornissen worden samen met de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit ondergebracht onder het kopje Aandachtstekortstoornissen en gedragstoornissen. Hiermee wordt zowel de overeenkomst aangegeven tussen de twee gedragsstoornissen enerzijds en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit anderzijds, als het verschil met andere stoornissen beginnend in de kinderleeftijd, zoals de pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Sinds de zomer van 2009 is een (monodisciplinaire) NVvP-commissie kinder- en jeugdpsychiaters bezig geweest met het opstellen van een allereerste Nederlandse richtlijn omtrent gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen.

De vijf uitgangsvragen daarbij waren: de prevalentie van de stoornissen en met name van de comorbiditeit, het beloop en factoren die het beloop bepalen, diagnostiek, psychosociale interventies en farmacotherapie. De richtlijncommissie stemt inhoudelijk ook af met een commissie die zich vanaf 2011 bezig houdt met ontwikkeling van een richtlijn gedragsstoornissen voor de jeugdzorg. Daarin komen aspecten aan de orde als preventie, inrichting van de organisatie en hoe hulpverleners therapeutische methoden kunnen hanteren en andere vaardigheden toepassen.

**VORM**

Op het Voorjaarscongres willen wij in een interactieve workshop discussie bevorderen over de richtlijn. Hierbij zal ook gebruik gemaakt kunnen worden van reacties via twitter.

**LEERDOELEN**

Na afloop heeft de deelnemer kennis van: geadviseerde onderdelen bij diagnostiek, comorbiditeit en prognostische factoren en de belangrijkste evidence-based psychologische en farmacologische behandelinterventies

## **W-124**

### **Het tuchtrecht en de aios. Als de aios beklagde wordt**

R.V. Schwarz

GGZ inGeest, AMSTELVEEN, Nederland

sch.warz@wanadoo.nl

#### **INHOUD**

Onlangs heeft de Consumentenbond voorgesteld een onafhankelijke commissie 'Medische missers' in te stellen. Daarmee voorbijgaand aan de mogelijkheden die patiënten al hebben om te klagen. Geregeld krijgen aios te maken met de reeds bestaande gremia van het klacht- en tuchtrecht. Te weinig worden zij echter voorbereid op hetgeen elke arts tegen wie een klacht wordt ingediend mee gaat maken. Niet de procedure, die is nog wel uit te leggen, maar juist de emotionele belasting van een aanklacht door een patiënt of de inspectie bezorgt elke arts slapeloze nachten en kan van haar een angstige professional maken. Het wordt hoog tijd dat de beroepsgroep en met name de opleiders dit aspect van ons vak, door velen beschouwd als schaduwzijde, een vast onderdeel van ons kennis- en vaardighedenonderwijs maken.

#### **VORM**

Eén opleider, 1 ggz-jurist en 3 aios geven een korte inleiding van steeds 10 minuten, waarbij persoonlijke ervaringen centraal staan.

#### **LEERDOELEN**

Aan het einde van de workshop hebben de deelnemers:

- inzicht in de wijze waarop een ggz-instelling aangeklaagde medewerkers kan bijstaan.
- inzicht in de wijze waarop zij zelf, indien er een klacht tegen hen wordt ingediend, dienen te handelen.
- door de gepresenteerde persoonlijke ervaringen van aios, inzicht in de gevoelens die kunnen optreden bij de aangeklaagde opleidingen
- de mogelijkheid te reflecteren over de wijze waarop in hun eigen opleidingsinstituut onderwijs over de positie van de aios als aangeklaagde georganiseerd kan worden.

**W-125**

**Elektroconvulsietherapie: state of the art**

B. Verwey

Rijnstate, ARNHEM, Netherlands

basverwey@gmail.com

ECT is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist, want de state of the art verandert nog altijd. De indicatiestelling, met name bij patiënten met gecombineerde stoornissen, en de risicofactoren worden behandeld. De technische aspecten krijgen aandacht, vooral in relatie met effectmeting, waaronder het werkingsmechanisme, de stimulusdoseringsstrategieën en de beoordeling van de kwaliteitsparameters van het EEG. De verschillende vormen van anesthesie en de noodzakelijke voorzorgen, onder andere bij cardiovasculair gecompromitteerde patiënten, worden besproken. Ten slotte worden richtlijnen voor behandeling na ECT gegeven. De praktische aspecten van de toepassing van ECT staan in deze cursus centraal.

## **W-126**

### **Beknopte eclecticische psychotherapie voor de posttraumatische stressstoornis (BEPP)**

B.P.R. Gersons

Arq Psychotrauma Expert Groep, AMSTERDAM, Nederland

b.p.gersons@amc.nl

#### **INHOUD**

De Beknopte eclecticische psychotherapie voor de posttraumatische stressstoornis (BEPP, voorheen KEP) is een van de drie aantoonbaar effectief gebleken behandelingen voor PTSS. BEPP bestaat uit een geprotocolleerd programma van 16 keer ([www.traumabehandeling.net](http://www.traumabehandeling.net)). Uit een recente RCT van BEPP versus EMDR blijkt EMDR sneller te werken, maar is het resultaat na 16 keer gelijkwaardig. Waar EMDR en CGT zich richten op angstvermindering, wordt in BEPP de nadruk gelegd op catharsis van de emoties. Een zeer belangrijk verschil van BEPP met andere benaderingen is het deel betekenisverlening.

#### **VORM**

Ingegaan zal worden op de rationale van BEPP en op de onderdelen van BEPP psycho-educatie, imaginaire exposure, doorgaande brief, betekenisverlening en afscheidsritueel. Tijdens de cursus zullen DVD's getoond worden en wordt er ook geoefend met delen van het protocol middels rollenspel. Indicaties en contra-indicaties komen ook aan bod.

#### **LEERDOELEN**

1. zich de rationale van de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) eigen maken;
2. kunnen toepassen van imaginaire exposure;
3. gebruikmaken van het protocol in de behandeling van patiënten met PTSS.

## **W-127**

### **Omgaan met suïcidaliteit; ervaren leren in risicotaxatie en behandeling**

M.G. Nijs

Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, LEIDEN/ OEGSTGEEST, Nederland  
mauritsnijs@gmail.com

#### **INHOUD**

Het beoordelen van suïcidaliteit is binnen de psychiatrie vrijwel dagelijks werk. Het is dan ook opmerkelijk dat professionals vaak niet op een systematische manier een suïciderisicotaxatie verrichten.

In deze cursus worden deelnemers uitgenodigd - conform de voorhanden zijnde nationale en internationale richtlijnen en literatuur - een suïciderisicotaxatie protocollair in de praktijk te brengen. De nadruk ligt op het toepassen van de aangedragen kennis. Een professioneel acteur zal de rol spelen van een suïcidale patiënt in verschillende hoedanigheden. De deelnemers spelen de rol van therapeut. Het volstaat niet om alleen de risico's op suïcide te onderzoeken, maar ook om door gerichte interventies de risico's te verminderen.

#### **VORM**

Korte inleidingen door docent, nadruk ligt op oefenen van vaardigheden met professionele acteur.

#### **LEERDOELEN**

1. het systematisch verrichten van een risicotaxatie suïcidaliteit;
2. kennis nemen van een model hoe om te gaan met chronische suïcidaliteit, en oefenen met dit model;
3. kennis nemen van een model hoe om te gaan met het dreigen met suïcidaliteit en oefenen met dit model.

#### **LITERATUUR**

Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours. American Psychiatric Association published November 2003.

Simon Robert I., Hales Robert E. (eds). Textbook of Suicide Assessment and Management. The American Psychiatric Publishing. 2006 .

**SCAN: in de volle diagnostische breedte de diepte in**

C.A.Th. Rijnders<sup>1</sup>, F.J. Nienhuis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGz Breburg, TILBURG, Netherlands

<sup>2</sup>UMCG, GRONINGEN, Nederland

rijnders@psilence.nl

**INHOUD**

Het op een juiste wijze hanteren van professionele diagnostische kennis is de basis van gezond medisch handelen. In de diagnostiek staan zowel de opsporing en herkenning van specifieke syndromen, als het onderscheid tussen deze ziekte-eenheden (diversiteit) centraal. DSM-IV en ICD-10 hebben de diagnostiek betrouwbaarder gemaakt en de eenheid van taal tussen behandelaars vergroot. Het is echter de vraag of iedere professional over voldoende diagnostische kennis beschikt om de klachten en verschijnselen (symptomen) ook betrouwbaar uit te vragen en te waarderen, zeker wanneer geen gebruik wordt gemaakt van een algemeen gebruikt referentiesysteem waarin de symptomen en het uitvragen ervan worden beschreven. Om de aan- of afwezigheid van symptomen betrouwbaar en valide te kunnen vaststellen, moeten deze allereerst eenduidig zijn gedefinieerd. Het ontwikkelen van maatregelen ter preventie, alsook het beoordelen van hun effect kan alleen waardevol gebeuren wanneer diagnostiek is gebaseerd op welomschreven en algemeen geaccepteerde gedefinieerde symptomen. De Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) is een in WHO-kader ontwikkeld, internationaal geïmplementeerd, semigestructureerd klinisch psychiatrisch interview voor as I-stoornissen bij volwassenen en bestaat uit een vragenschema waarin de klachten en verschijnselen gestandaardiseerd worden uitgevraagd en een woordenlijst waarin de symptomen in detail worden beschreven. SCAN kan worden gezien als een diagnostisch sleepnet, waarbij in de volle breedte van het volwassen diagnostisch spectrum, de symptomen worden uitgediept op hun klinische relevantie. De beoordeling van symptomen geschiedt door de clinicus, die zich daarbij baseert op de subjectieve ervaringen van de patiënt, getoetst aan de omschrijving in de woordenlijst.

**VORM**

In de cursus komen de opbouw, psychometrie en toepassing van de SCAN aan bod. Daarnaast wordt ruimschoots praktisch kennism gemaakt met met name de MiniSCAN, de verkorte versie voor de dagelijkse praktijk. Ook de iPadversie zal worden gedemonstreerd.

**LEERDOELEN**

Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht zicht te hebben op de waarde die het klinisch diagnostisch referentiesysteem (van de SCAN en de MiniSCAN) heeft voor een eenduidige diagnostiek ten behoeve van behandeling en preventieve maatregelen.

**W-129**

**Inleiding in psychiatrische diagnostiek bij nul- tot zes-jarigen**

J.C. Visser<sup>1</sup>, E van Daalen<sup>2</sup>, I. Gravesteyn<sup>3</sup>, M. Lambregts-van den Berg<sup>3</sup>, M. van Lier<sup>3</sup>, E. Olivier<sup>3</sup>, M.G.J. Schmeets<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Karakter UC Nijmegen, NIJMEGEN, Netherlands

<sup>2</sup>AZU, UTRECHT, Nederland

<sup>3</sup>Erasmus MC, ROTTERDAM, Netherlands

<sup>4</sup>Nederlands Psychoanalytisch Instituut, UTRECHT, Netherlands

j.c.visser@psy.umcn.nl

**INHOUD**

Inleiding in psychiatrische diagnostiek bij nul- tot zes-jarigen.

**VORM**

Een algemeen deel waarin de uitgangspunten, de diagnostiek en classificatie, en het psychologisch testonderzoek worden behandeld, wordt verdiept en geïllustreerd aan de hand van een aantal specifieke probleemgebieden/stoornissen. Dit wordt aangeboden in de vorm van korte presentaties, afgewisseld met een aantal interactieve werkvormen, waaronder oefenen aan de hand van casus en beeldmateriaal.

**LEERDOELEN**

Deelnemers vertrouwd maken met de beginselen van psychiatrische diagnostiek bij nul- tot zes-jarigen.

**LITERATUUR**

Egger, H., & Angold, A. (2006). Common etiological and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337.

Yirmiya, N. & Charman, T. (2010). The prodrome of autism: early behavioral and biological signs, regression, peri- and post-natal development and genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51 (4), 432-458.

Zeanah, C. H. (Ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Revised edition. Guilford Publications.

Zero to Three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: ZERO TO THREE Press. [Nederlandse vertaling (2009): DC: 0-3R. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen op zuigelingen- en kinderleeftijd. Visser, J.C., Van Gorcum, Assen.]

## W-130

### Nieuwe wetten : controledwang, anticipatieangst of gezonde spanning?

A.J.K. Hondius<sup>1</sup>, T.E. Stikker<sup>2</sup>, J. Meesters<sup>3</sup>, E. van Duijn<sup>4</sup>, E. Prinsen<sup>5</sup>, M. Hulscher<sup>6</sup>

<sup>1</sup>GGZCentraal-veluwe/flevo, ERMELO, Netherlands

<sup>2</sup>GGZ Nederland, AMERSFOORT, Netherlands

<sup>3</sup>AMC, AMSTERDAM, Netherlands

<sup>4</sup>GGZdelfland, DELFT, Netherlands

<sup>5</sup>Hoeven Kliniek, UTRECHT, Netherlands

<sup>6</sup>Triversum, ALKMAAR, Netherlands

a.hondius@ggzcentraal.nl

#### INHOUD

In de jaren 90 werden bestaande praktijken en inzichten in nieuwe wetten gecodificeerd. De wet Bopz (1994) en de WGBO (1995) zijn daar voorbeelden van. Rechtsbescherming en behoud van autonomie. Intussen waait er een andere paradigmatische wind. Controle, risico-uitsluiting naast maatwerk en informatieplicht. Verschillende nieuwe wetten liggen in de Tweede Kamer. Deze hebben grote invloed op het werk van de psychiater. Het wetsvoorstel Verplichte GGZ moet dat doen zonder 'de commissie' (te duur). De wet Cliëntenrechten Zorg (WCz) moet een aantal wetten zoals de WGBO vervangen.

#### VORM

In deze workshop wordt u op de hoogte gebracht van de stand van zaken. In 2 delen (deel 1 WCz, deel 2 Wvggz) worden per deel 3 korte inleidingen gehouden waarna discussie.

#### LEERDOELEN

- 1) op de hoogte zijn van a) nieuwe wetgeving en b) kansen en bedreigingen voor de psychiater.
- 2) bewust worden van mogelijkheid om de wetgeving (nog) te beïnvloeden.

**W-137**

**Hulp bij zelfdoding: angst voor Hippocrates?**

E.W. Beijaert, A. Vellinga, M. Peereboom  
Arkin, AMSTERDAM, Nederland  
e.beijaert@inter.nl.net

**INHOUD**

Hulp bij zelfdoding bij mensen met psychiatrische ziekten is een omstreden thema. Ondanks de toegenomen aandacht voor dit thema binnen en buiten de psychiatrie blijft hulp bij zelfdoding binnen de psychiatrie toch een taboe. Patienten en familieleden ervaren geen ruimte om dit thema te bespreken met behandelaren. Behandelaren ervaren ambivalenties ten aanzien van praktische verzoeken.

In deze workshop zullen we stilstaan bij de angsten bij behandelaren die ons inziens ten grondslag liggen aan de terughoudendheid bij behandelaren. Behoudens angst voor de morele verantwoordelijkheid is er angst voor het tuchtrecht en angst voor de eigen onbekwaamheid ten aanzien van het gesprek en de uitvoering. Mogelijk speelt doodsangst van de behandelaar ook een rol. En de eed van Hippocrates, drukt die niet op onze schouders?

**VORM**

Er wordt gestart met een inleiding over huidige richtlijnen en praktijk van hulp bij zelfdoding, vervolgens wordt casuïstiek besproken. Aan de hand van de casuïstiek wordt stilgestaan bij de verschillende angsten die terughoudendheid bij behandelaren veroorzaken. Tot slot is er ruimte voor discussie.

**LEERDOELEN**

- Deelnemers verkrijgen kennis over de richtlijn hulp bij zelfdoding en de huidige stand van zaken.
- Deelnemers verkrijgen inzicht in de eigen terughoudendheid betreffende het bespreken en uitvoeren van hulp bij zelfdoding.
- Bovenstaande punten leiden tot angstreductie bij de deelnemers voor hulp bij zelfdoding.

**LITERATUUR**

Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding, de Tijdstroom, 2009.

De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde, standpunt van de KNMG, 23 juni 2011.

RLP Berghmans, GMWR de Wert, C. van der Meer. De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven. Ambo, Baarn, 1991

J. Croonen en C. de Vries. De strijd voorbij. Euthanasie in de psychiatrie. uitgeverij Libra & Libris, Veghel, 2010.

T. Vink. Zelf over het levenseinde beschikken. De praktijk bekeken. Uitgeverij Damon, Budel, 2008.

I.D. Yalom. Tegen de zon inkijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen. Uitgeverij Balans, Amsterdam, 2008.

**Postmortemonderzoek: angst, nut en noodzaak**

N. Duits, E.P.K. Sikkens, B. van Giessen  
NIFP, AMSTERDAM/UTRECHT, Netherlands  
nduits@planet.nl

**INHOUD**

Karst T. kwam om het leven bij de aanslag op de koninklijke familie op 30 april 2009 en dat gold ook voor Tristan van der V. bij de schietpartij in Alphen aan den Rijn in april 2011.

Bij familie, slachtoffers en nabestaanden en in de maatschappij en media leven grote vragen na zo'n drama. Hoe kan iemand zoiets doen, wat is dat voor een persoon? Allerlei deskundigen geven gevraagd en ongevraagd hun mening en leveren - soms wat graag - 'diagnoses op afstand'. Het Openbaar Ministerie (OM) deed in beide zaken uitgebreid onderzoek, ook om na te gaan hoe deze gebeurtenissen konden gebeuren en in de toekomst voorkomen kunnen worden. In dat kader vroeg het OM het Nederlands Instituut voor Psychiatrie en Psychologie (NIFP) om psychiatrisch en psychologisch postmortemonderzoek te doen naar beide daders. Het NIFP onderzocht hoe de ontwikkeling van beide daders is verlopen, of er sprake was van een psychische stoornis en zo ja, of dat van invloed was op hun handelen. Daarvoor was nauwkeurige afstemming nodig met het opdrachtgevende OM, dat verantwoordelijk is voor het maatschappelijk belang en de zorg voor de slachtoffers.

De werkwijze van het NIFP bij postmortemonderzoek komt in deze workshop aan de orde. De drie belangrijkste redenen om dergelijk onderzoek te doen zijn: verklaren, verwerken en voorkomen. Bij Karst T. bleek een verklaring vanuit een psychische stoornis niet te geven, bij Tristan van der V. wel. Dat is ook na een goede afweging en in overleg met ouders en OM naar buiten gebracht. De reden daarvoor is dat het naar verwachting de verwerking door ouders en familie, en slachtoffers en naastbetrokkenen beter mogelijk maakt; als er duidelijkheid is over de redenen van het gedrag van de dader hoeft er waarschijnlijk niet meer naar gegist te worden. De derde reden is lering trekken uit mogelijke karakteristieken en omstandigheden van het daderschap ten behoeve van betere signalering of preventie. Door de schietpartij in Alphen aan den Rijn is er discussie gekomen over wapenvergunningen, het beroepsgeheim en openbare veiligheid, als ook over de risicotaxatie bij patiënten die mogelijk gevaarlijk zijn voor anderen. Die discussie heeft gevolgen voor het werk van het OM, de politie en de ggz. Vanwege deze drie redenen is het aangewezen vaker een psychiatrische en psychologische autopsie te doen bij overleden daders. De vraag is bij welke daders een dergelijk onderzoek zal voldoen aan de bovengenoemde redenen.

**VORM**

Na een korte inleiding over het bovenstaande worden drie presentaties gegeven:

1. E. Sikkens, psychiater NIFP Amsterdam: 'Evidence over psychiatrische en psychologische autopsie, wat is er bekend vanuit de literatuur?'
2. Mr. I.J.E.H.C. Degeling, officier van Justitie Den Haag: 'Postmortemonderzoek: nut en noodzaak'
3. Drs. B. van Giessen, psycholoog NIFP Utrecht: 'Werkwijze psychiatrische en psychologische autopsie'.

**LEERDOELEN**

1. Inzicht in evidence over psychiatrische en psychologische autopsie.
2. Inzicht in maatschappelijke, juridische en psychiatrische context van het postmortemonderzoek.
3. Inzicht in mogelijkheden en beperkingen van psychiatrische en psychologische autopsie.

**LITERATUUR**

Fox & Levine (2003). Mass murder, an analysis of extreme violence, *J of Applied Psychoanalytical Studies*, 5,1, 47-64

Giggie, M.A. (2002). Psychological autopsy in children and adolescents. In E.P. Benedek, P. Ash & C.L. Scott. (Eds). *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Mental Health* (pp. 431- 443). American Psychiatric Publishing.

Hempel, A.G., Meloy, J.R. & Richards, T.C. (1999), Offender and offense characteristics of a nonrandom sample of mass murderers, *J Am Acad Psychiatry Law*, 27, 2, 213-225.

Liem, M (2010). 'Homicide followed by Suicide: A Review', *Aggression and Violent Behavior*, 15, 153-161.

Speijer, N. (1962). De psychiatrische autopsie van een zelfmoord. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 106, 913-916.

**Angst bij (jonge) kinderen: hebben we er oog voor of deinzen we terug?**

M.R. De Vries-Schot, A.M. Dop  
GGz Centraal, ERMELO, Nederland  
vriesschot@hetnet.nl

**INHOUD**

Angst is bij kinderen een kernsymptoom dat aangeeft dat er iets ernstigs aan de hand is en zich uit in gedrag. Ook is angst een fundamentele reactie op confrontatie met dood, kwaad en de zin van het bestaan (López-Ibor & López-Ibor, 2010). De kindertijd en adolescentie vormen de belangrijkste risicofase voor de ontwikkeling van angst, variërend van voorbijgaande milde symptomen tot een scala aan angststoornissen. Alleen de separatieangststoornis is specifiek voor de kinderleeftijd (Beesdo e.a., 2009).

Daarnaast kan veel psychopathologie gepaard gaan met angst. Onder meer een stoornis in het autismespectrum, met name McDD, waarbij de angst vaak heftig is. Ongeveer de helft van kinderen met PDD-NOS heeft een comorbide angststoornis (De Bruin e.a., 2007). Vooral specifieke fobie, OCD en sociale angststoornis (Van Steensel e.a., 2011). Een kind met ADHD kan zich angstig voelen omdat het druk is in zijn hoofd en het wordt gepest vanwege zijn gedrag. Iemand met een hechtingsstoornis is alert vanwege aanhoudende angst door een onveilige en onvoorspelbare omgeving. Dit geldt nog meer als er sprake is van traumatisering, zoals (affectieve) verwaarlozing, seksueel misbruik en mishandeling, met name als deze chronisch van aard is, ernstig en/of herhaaldelijk (De Vries-Schot, 2010).

Omdat de angst zich doet voelen in de spreekkamer, is het belangrijk om het kind de gelegenheid te geven zich voldoende vertrouwd te voelen voordat het iets van zichzelf laat zien en horen. Daarom is twee keer een spelobservatie met ongeveer een week tussenpoos geen luxe.

**VORM**

Powerpointpresentatie met inzichten uit de wetenschappelijke literatuur en voorbeelden uit de praktijk. Hierna is er gelegenheid tot het stellen van vragen en discussie aan de hand van prikkelende stellingen.

**Leerdoelen:**

- Aanwijzingen herkennen voor angst in psychiatrisch onderzoek en (hetero) anamnese;
- Onderscheid maken tussen angst als primair symptoom en als comorbiditeit;
- Bedacht zijn op valkuilen in de diagnostiek;
- Oog hebben voor consequenties voor behandeling en samenwerking met andere instanties.

**LITERATUUR**

Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D.S. (2009). 'Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V'. *Psychiatr Clin North Am.*, 32 (3): 483-524.

Bruin, E.I., de, Ferdinand, R.F., Meesters, S., De Nijs, P.F. & Verheij, F. (2007). 'High rates of psychiatric comorbidity in PDD-NOS'. *J Autism Dev Disord.* 37 (5): 877-886.

López-Ibor, J. J. & López-Ibor M. I. (2010). 'Anxiety and logos: toward a linguistic analysis of the origins of human thinking'. *J Affect Disord.*, 120 (1-3):1-11.

Steensel, F.J., van, Bögels, S.M. & Perrin, S. (2011). 'Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis'. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 14 (3): 302-317.

Vries-Schot, M. R. de (2010). 'Van verwonding naar verwondering. Psychotrauma, met name het complexe, en PTSS in diagnostiek en behandeling'. *Psyche & Geloof*, 21 (1): 3-19.

**Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep, een geprotocolleerde behandeling voor depressie**

D. Snippe<sup>1</sup>, M.F. van Vreeswijk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Snippe-Supervisie, DEN HAAG, Nederland

<sup>2</sup>G-Kracht, psychomedisch centrum, DELFT, Nederland

dinasnippe@worldmail.nl

**INHOUD**

Bij interpersoonlijke psychotherapie (IPT) in groepen (G) worden de vier focussen van de IPT toegepast in een ambulante kortdurende groepstherapie (Wilfley e.a. 2000 & Snippe, 2009). IPT is een kortdurende individuele psychotherapie, die door Klerman e.a. (1984) is ontwikkeld voor de behandeling van depressie. In Nederland is het een van de evidence-based methoden, die als eerstekeuzebehandeling is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn voor depressie.

Uitgangspunten van IPT zijn de relatie tussen hechting en het ontstaan van stemmingsstoornissen en die tussen het optreden van life events en depressie. Bij de keuze voor IPT is er sprake van een stressvolle gebeurtenis, die de aanleiding is voor het (weer) krijgen van een depressie. Een belangrijk onderdeel van deze vorm van psychotherapie is het werken met een focus. Er zijn vier verschillende focussen: rouw, interpersoonlijk conflict, rolverandering en interpersoonlijk tekort.

Voor de start van de groepstherapie wordt de focus in drie individuele voorbereidende gesprekken vastgesteld. De groepstherapie is semigestructureerd. Door middel van een kennismakingsoefening, psycho-educatie en het gebruiken van een sociogram wordt de cohesie in de beginfase van de groep bevorderd. Daarna wordt er uitsluitend groepsdynamisch gewerkt. Deze kortetermijngroepspsychotherapie heeft een duur van 14 wekelijkse zittingen en twee follow-upsessies. In een pilot werden bij negen groepen (n=60) drie keer vragenlijsten afgenomen. Na zeven maanden follow-up was er sprake van een significante vermindering van de depressieve symptomen, een verbetering van de (geestelijke) gezondheid en een verandering in de copingstijl.

**VORM**

Presentatie over de theorie en de werkwijze van IPT-G met dvd-illustratie.

Oefenen van vaardigheden door middel van een groepssimulatie.

**LEERDOELEN**

Kennismaken met de theoretische uitgangspunten en de werkwijze van IPT-G.

**LITERATUUR**

Blom, M., Peeters, F., en Jonker, K., Leerboek interpersoonlijke psychotherapie (2011). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). Interpersonal psychotherapy for depression. New York: Basic Books.

Snippe, D. (2009). Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weissman, M.M., Markowitz, J.C. & Klerman, G.L. (2007). Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. Oxford: University Press.

Wilfley, D.E., MacKenzie, K.R., Welch, R.R., e.a. (2000). Interpersonal psychotherapy for group. New York: Basic Books.

**In de greep van middelen: problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit bij jongeren**

M.J. Koelman<sup>1</sup>, M.A. Hansman-Wijnands<sup>2</sup>, I.J.J. Aben<sup>3</sup>, C. Mos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMSTERDAM, Netherlands

<sup>2</sup>Dimence Dubbeldiagnose Jeugd, ZWOLLE, Nederland

<sup>3</sup>Mondriaan, HEERLEN, Nederland

<sup>4</sup>Palmhuis stichting De Jutters, DEN HAAG, Nederland

m.koelman@kenniscentrum-kjp.nl

**INHOUD**

De afgelopen jaren worden landelijk in (poli)klinieken gespecialiseerde behandelingen aangeboden aan een groeiende groep jeugdigen die hulp vraagt bij hun problematisch geworden middelengebruik. Daarentegen wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie weinig aandacht geschonken aan problematisch middelengebruik. Het onderwerp wordt in de anamnese overgeslagen of professionals nemen genoegen met een bagatelliserend antwoord (Resultaten Scoren, 2011). Bij jongeren met problematisch middelengebruik is in de overgrote meerderheid sprake van psychiatrische comorbiditeit. Internaliserende of externaliserende gedragsproblemen, ADHD, ASS, een kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling met een gebrekkige impulscontrole, wankel zelfbeeld en toenemende autonomiebehoefte, en andere adolescentiefaseproblemen verhogen de kans op problematisch middelengebruik en vice versa. Daarbij spelen er veelal gezinsproblemen.

Diagnostische criteria in de DSM en de ICD zijn geformuleerd voor volwassenen. Het onderscheid tussen recreatief en problematisch gebruik, misbruik en afhankelijkheid is bij jongeren niet eenvoudig te maken. In de klinische praktijk wordt geworsteld met dit onderscheid.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk. In 2011 is met het Trimbos-instituut en experts uit de jeugd-ggz en de verslavingszorg kennis bijeengebracht met betrekking tot kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen en verslaving. Het resultaat is het wetenschappelijk onderbouwde protocol Problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit.

**VORM**

Leden van de expertgroep geven een interactieve presentatie over het protocol. Zij bespreken (vroeg)signalering, herkenning en diagnostiek, ondersteunende psychofarmaca en de behandeling met evidence-based en best-practice psychotherapeutische en psychosociale interventies gericht op de jongere en zijn directe sociale context, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en multidimensionele familietherapie (MDFT). Deze behandelingen zijn recentelijk in een grote Europese RCT vergeleken. De laatste resultaten worden gepresenteerd.

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie herkent u sneller comorbide verslavingsproblemen naast psychiatrische stoornissen en heeft u handvatten om te interveniëren. Van direct belang voor uw dagelijks werk!

**LITERATUUR**

Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving (2011). Van kwetsbaar naar weerbaar. Verslaving bij kwetsbare jongeren voorkomen en adequaat begeleiden. Utrecht: Resultaten Scoren, kenniscentrum verslaving.

Mos, K. en Kaptijn, E. (2008). Multidimensionele Familietherapie. Een evidence based intensieve gezinsmethodiek voor gezinnen van jongeren met meervoudig complexe problematiek. In: Gezinsinterventies, aan de slag met problematische opvoedingskwesties, 129-141.

Snoek, A., Wits, E., Mheen, D. van de, Wilbers, G. (2010b). Vroegsignalering. Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren. Rotterdam: IVO.

[http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/middelengebruik\\_psychische\\_comorbiditeit](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/middelengebruik_psychische_comorbiditeit)

## W-142

### **LEAN denken en werken in de psychiatrie: de patiënt écht centraal**

A. Blom, E.C.M. van der Meer, A. Noteboom  
GGZ inGeest, AMSTERDAM, Netherlands  
albertblom@online.nl

#### INHOUD

LEAN werken is sterk in opkomst in de geneeskunde. Deze uit de auto-industrie afkomstige filosofie legt expliciet nadruk op waardetoevoeging voor de klant (patiënt en huisarts). Alles wat geen waarde toevoegt is verspilling en kan in principe gestopt worden. Als psychiater is het interessant om naast de behandelinhoud ook het behandelproces te optimaliseren. Met LEAN wordt duidelijk waar je invloed op hebt en wat je kunt verbeteren. Maar ook wat overbodig werk is.

Op de poliklinieken van GGZ inGeest wordt ruim een jaar met LEAN gewerkt. Dagelijks komen medewerkers bij elkaar om verspilling te ontdekken en te verwijderen om zo het behandelproces te optimaliseren. Een cultuur van voortdurend, stapsgewijs verbeteren op de plek waar de patiënt de medewerker ontmoet (de werkvloer) is toenemend zichtbaar. Het gaat gepaard met meer (gezamenlijke) zeggenschap en verantwoordelijkheid over het eigen werk én nadruk op waardetoevoeging voor de patiënt.

#### VORM

Na een korte inleiding (theorie en ervaringen) gaan we praktisch aan de slag met enkele specifieke LEAN-gereedschappen om te merken hoe dit in de praktijk werkt. Waarde en verspilling worden op deze manier duidelijk.

#### LEERDOELEN

- kennismaken van de basisbegrippen van LEAN, waaronder 'waardetoevoeging' en 'verspilling';
- toepassen van een innovatieve bedrijfsfilosofie in de praktijk.

#### LITERATUUR

1. 'Lean werken en doen in de zorg'; Jos Benders, Marc Rouppe vander Voort, Bart Berden. Lemna, Den Haag 2010.
2. 'Lean voor Dummies'; N.J. Sayer, B. Williams. 2009.

**W-143****Psychofarmacologische behandeling bij verstandelijk beperkte jeugdigen met een psychische Stoornis**

P.W. Troost, M. van Loenen, T. Rozendaal, P. Erkelens

AMC/de Bascule, AMSTERDAM, Netherlands

p.troost@debascule.com

**INHOUD**

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (LKKJP) vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk. Evidence-based kennis over verstandelijk beperkte jeugdigen met een psychische stoornis is vooralsnog schaars. De themagroep 'Licht Verstandelijk Beperkten' van het project 'Effectieve Interventies in de jeugd-GGZ' poogt in dit hiaat te voorzien door eind 2011 de beschikbare kennis en ervaring toegankelijk te maken op de website van het LKKJP als basis voor verdere kennisontwikkeling. In deze workshop zullen leden van de themagroep ingaan op de psychofarmacologische behandeling bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, waarvan bekend is dat 40 tot 60% psychofarmaca gebruikt. In deze populatie is er een verhoogde kans op bijwerkingen en is er vaker sprake van somatische comorbiditeit. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de keuze van het psychofarmacon.

**VORM**

In een plenaire presentatie zal eerst een overzicht gegeven worden van de best-practice psychofarmacologische behandeling bij jeugdigen met een verstandelijke beperking. Vervolgens zal aan de hand van casuïstiek (syndroom van Down en aromatic l-amino acid decarboxylasedeficiëntie) op interactieve wijze worden ingegaan op hoe bijkomende somatische aandoeningen meebepalend kunnen zijn bij het kiezen van de optimale farmacologische behandeling.

**LEERDOELEN**

Beter voorschrijven van psychofarmaca aan jeugdigen met een verstandelijke beperking.

**LITERATUURVERWIJZING**

<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas>

## W-153

### De psychiater en de angst voor 'big brother'

T.V. van Lent<sup>1</sup>, W.J. Kos<sup>2</sup>, R.H. Zuijderhoudt<sup>3</sup>, P. de Beurs<sup>4</sup>

<sup>1</sup>GGNet, WARNSVELD, Netherlands

<sup>2</sup>ASVZ, SLIEDRECHT, Nederland

<sup>3</sup>Zuijderhoudt Consultancy, DEN HAAG, Nederland

<sup>4</sup>De Beurs Booij Zuijderhoudt, VOORSCHOTEN, Netherlands  
t.v.vanlent@online.nl

#### INHOUD

In deze workshop geven 4 inleiders ieder vanuit hun eigen werkveld hun visie op dilemma's en valkuilen van psychiaters die in aanraking komen met toetsende instanties en regelgeving. Zij bieden ook oplossingen aan. De thema's zullen aan de hand van casuïstiek geïllustreerd worden.

De volgende aspecten komen aan de orde. Contact met de Inspectie leidt vaak tot stress bij de psychiater. Veelal spelen beeldvorming en rolonzekerheid hierbij een rol. Ook wanneer psychiaters in aanraking komen met het tuchtrecht brengt dit angst teweeg. De inleider zal feiten aangeven en mythen rondom de werking van het tuchtrecht ontzenuwen. Handreikingen worden gegeven met het doel angst te reduceren.

In het ingewikkelde spel van de geestelijke gezondheidszorg voelt de psychiater zich vaak een speelbal van de krachten om hem heen. Veelal ontbeert hij voldoende competenties voor effectief leiderschap, nodig voor adequate sturing van zorginhoudelijke processen. De inleider helpt de psychiater een eindje op weg opdat hij zich bewust wordt van de noodzaak leiding te nemen.

In deze workshop wordt ook stilgestaan bij de angst van de psychiater voor standaardisatie. Psychiaters scharrelen graag en veel. De inleider gaat in op nadelen en voordelen van standaardisatie en bespreekt het ervaren spanningsveld tussen standaardisatie, professionele autonomie en kwaliteit.

De psychiater oefent zijn vak uit in een maatschappelijke context en hij wordt vaak afgeleid door de veelheid van activiteiten die van hem gevraagd worden. De casus Brandon heeft laten zien dat contact, juist in extreme situaties, een helende werking kan hebben. De inleider legt uit waarom.

#### VORM

Presentaties met interactie met en vragen en opdrachten voor de deelnemers.

#### LEERDOELEN

Kennis over werkwijze en bevoegdheden van IGZ en tuchtcollege.

Kennis over leiderschapsstijlen.

Kennis over voor- en nadelen van standaardisatie.

Kennis over de omgang met problematisch gedrag ter voorkoming van calamiteiten.

#### LITERATUUR

Meerjarenbeleidplan IGZ 2012-2015.

Wet BIG, Hoofdstuk 7, art. 47 t/m 78.

Moen, J. e.a. (2000). Leiden of Lijden? Het handelingsrepertoire van de manager. Koninklijke van Gorcum, Assen.

Bruijn, de, H. (2008). Managers en professionals. SdU uitgevers, Den Haag.

Gastelaars, M. (2006). Excuses voor het ongemak. Amsterdam: SWP.

Wanrooy, M. (2001). Leidinggeven tussen professionals, 3e druk(2005). Schiedam: Scriptum.

## W-154

### Laat de angst voor het tuchtcollege je niet regeren, doe mee met dit interactieve spel over Regel & Recht

A.M. de Ruijter<sup>1</sup>, A.J. Broersma<sup>2</sup>, A.H. Storm<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMSTERDAM, Nederland

<sup>2</sup>Accare, ASSEN, Nederland

a.deruijter@kenniscentrum-kjp.nl

#### INHOUD

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Wet op de Jeugdzorg, het Burgerlijk Wetboek, de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen, de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. Zeker in de kinder- en jeugdpsychiatrie kan de combinatie van gezondheidsrecht en familie- en jeugdrecht tot ingewikkelde situaties leiden. Gescheiden ouders, ondertoezichtstellingen, gezinsvoogden, goed hulpverlenerschap, school, belang van het kind, beroepsgeheim zijn allemaal thema's waarbij onze juridische kennis in de dagelijkse praktijk op de proef wordt gesteld.

Wellicht kent u de regels, maar de vertaling naar de praktijk kan soms heel weerbarstig zijn. Recht is lang niet altijd zwart-wit, maar laat ook ruimte voor hulpverleners om zelf invulling te geven aan begrippen als goed hulpverlenerschap en het belang van het kind. In iedere situatie moeten weer nieuwe afwegingen worden gemaakt.

#### VORM

Alice Broersma (jurist) en Arien Storm (kinder- en jeugdpsychiater) hebben samen een interactief spel ontwikkeld waarin beide aspecten van wetgeving in de kinder- en jeugdpsychiatrie naar voren komen. Het test je kennis van de verschillende wetten, maar zal je ook vooral uitdagen om in verschillende situaties genuanceerd met de wet om te gaan.

In het spel kruipen de spelers in de huid van een behandelaar van een kind of jongere. De kinderen hebben verschillende leeftijden, gezinssituaties en juridische maatregelen.

De spelers komen in allerlei situaties terecht en moeten vragen vanuit de context van hun kind/jongere beantwoorden. Soms zullen de vragen voor de verschillende personages gelijk zijn, maar de antwoorden niet. En uiteraard zijn er pestkaarten. Wie de behandeling als eerste tot een goed einde heeft gebracht heeft gewonnen.

#### LEERDOELEN

In het spel kunnen de deelnemers theoretische juridische kennis praktisch toepassen. Ze leren vanuit verschillende perspectieven naar een casus te kijken.

**Samen wikken en wegen met jongeren: motiverende gespreksvoering in de praktijk**

M.J. Koelman<sup>1</sup>, E. Fleterman<sup>2</sup>, M. Müller<sup>2</sup>, J.M. De Jonge-De Haan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AMSTERDAM, Netherlands

<sup>2</sup>Brijder Jeugd, DEN HAAG, Nederland

<sup>3</sup>Dimence Dubbeldiagnose Jeugd, ZWOLLE, Nederland

m.koelman@kenniscentrum-kjp.nl

**INHOUD**

Gebrek aan motivatie voor verandering van middelengebruik is een veelvoorkomende kwestie in de behandeling van verslaafde jongeren (Waldron & Kaminer, 2004). Enerzijds hebben jongeren door de beperkte gebruikersgeschiedenis, vergeleken met volwassen verslaafden, minder nare ervaringen met middelen die hen aanzetten tot verandering. Anderzijds zijn jongeren vaak gestuurd door de omgeving die met name last heeft van de verslavingsproblemen, en vertonen mede daardoor weerstand om te veranderen. Meegaan met weerstand en het bewerken van ambivalentie zijn juist enkele principes van motiverende gespreksvoering (MGV) die bij uitstek in de behandeling van verslaafde jongeren tot uiting kunnen worden gebracht. Daarnaast sluiten het uitdrukken van empathie en het versterken van eigen-effectiviteit goed aan bij hun ontwikkelingsniveau. MGV is dan ook effectief gebleken in de behandeling van verslaafde jongeren (Smit et al, 2007). In Nederland wordt het op dit moment met name ingezet in kortdurende opportunistische en preventieactiviteiten, maar het is ook geïntegreerd in cognitieve gedragstherapeutische behandelingen (De Jonge & Zatout, 2011; Ivens, 2008). De basisvaardigheden kunnen worden aangepast aan het ontwikkelingsniveau. Juist bij jongeren met comorbide psychopathologie is het belangrijk rekening te houden met de emotionele en cognitieve ontwikkeling (Schippers & de Jonge, 2010).

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk, zoals het wetenschappelijk protocol Problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit (2011). Vanuit een uitzonderlijke samenwerking bieden experts uit de jeugd-ggz en de verslavingzorg deze workshop aan.

**VORM**

Op unieke wijze wordt een handreiking gegeven aan deelnemers om basisvaardigheden van MGV aan te passen aan het ontwikkelingsniveau van jongeren, waarbij ruimte is voor interactie. De intensieve oefening wordt uitgevoerd door een trainer van het Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

**LEERDOELEN**

Aan het eind van de sessie heeft u concrete handvatten voor het inschatten en bewerken van motivatie voor verandering.

**LITERATUUR**

De Jonge, J. M. & Zatout, M. (2011) Een cognitief gedragstherapeutisch middelenaafhankelijk protocol voor jongeren. Groningen: VNN/GGZ Nederland: Resultaten Scoren.

Ivens, Y. (2008). Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen (CB-J). Richtlijn en protocol voor de behandelaar. Amsterdam: JellinekMentrum/GGZ Nederland.

Schippers, G. M. & de Jonge, J. M. (2010). Motiverende gespreksvoering bij jongeren. *Kind & Adolescent*, 4, 247-254, DOI: 10.1007/s12453-010-0725-3.

Smit, E., Verdurmen, J., Monschouwer, K. & Bolier, L. (2007) Jongeren en verslaving - De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandel aanbod in Nederland. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos- instituut.

Waldron, H. B. & Kaminer, Y. (2004) On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99, 93-105.

[http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/middelengebruik\\_psychische\\_comorbiditeit](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/middelengebruik_psychische_comorbiditeit)