

Abstracts

Discussiegroepen

Voorjaarcongres 2013



Inhoud

D1	Kwaliteitsvisitatie: voor en door psychiaters.....	4
D2	Kwaliteitskeurmerk: een last of een zegen?	5
D3	Forensische psychiatrie: ontwikkelingen binnen de rapportagepraktijk en de klinische zorg Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken ('Pro Justitia'): invoering en gebruik in de praktijk.....	6
D4	Begeleiden van praktijksimulaties	7
D5	Intensive Home Treatment als alternatief voor de psychiatrische kliniek.....	8
D6	Het beroepsgeheim van de psychiater en de omgeving.....	9
D7	De onafhankelijke Crisiskaart.....	11
D8	Hoe zet ik een medische staf op in een ggz-instelling?.....	12
D9	Verzoeken om hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten aan de Levensindekliniek..	13
D10	Kwetsbare kinderen in een kwetsbare omgeving: dilemma's in de zorg aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag.....	14
D11	Het generaal dagelijks rapport: ervaringen met een nieuwe aanpak.....	15
D12	Het fenotype 'Zelfstandig gevestigd Psychiater' als adaptatief belangrijke kracht binnen het speelveld van de curatieve ggz. Van visie naar praktijk.	16
D13	Diegenen omgeven: bieden ontwikkelingen in de wetenschap nieuwe mogelijkheden voor samenwerking tussen wetenschappers, psychiaters, cliënten en familie?	17
D14	HOOP 2.0- evaluatie en herziening ter discussie gesteld.....	18
D15	Kinderen en jeugdigen met een psychose: dilemma's en discussie.....	19
D16	Hoe kunnen psychiaters beter omgaan met de media?.....	21
D17	Roken... moet je ze dat ook nog afnemen?	22
D18	Kan de K&J-psychiatrie ook migrantenkinderen behandelen?	23
D19	Patiëntenperspectief: zinvolle kennisbron? Over patiënten, psychiaters en wederzijdse participatie.....	25
D20	Kinder- en jeugdpsychiatrie en de transitie?.....	26
D21	Samenwerking politie-ggz: goede initiatieven bij slechte ervaringen.....	27
D22	Depressiepreventie – noodzaak of onzin?.....	28
D23	Multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie.....	29

D24	Psychofarmaca en etniciteit: genotypering ja of nee?.....	30
D25	Vijf jaar reductie van dwang en drang: veldpartijen in discussie.....	31
D26	Het bed moet uit de genen.....	32
D27	Dans la maison- Liefde en agressie bij jong en oud.....	33
D28	Omgeven door wetenschap: de combinatie van de (opleiding tot) psychiater en promotieonderzoek.....	34
D29	Hoge verwachtingen: over het spanningsveld tussen politiek en praktijk rondom de behandelbaarheid van jonge gewelddadige veelplegers.....	35

DI Kwaliteitsvisitatie: voor en door psychiaters

P.J. Verhagen¹, J.A.M. Belgers²

¹GGz Centraal, afd. Ambulatorium, Harderwijk

²Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

verhagen.p@wxs.nl

In 2008 is de voor de herregistratie verplichte kwaliteitsvisitatie van psychiaters van start gegaan. De kwaliteitsvisitatie is als onderlinge zelfevaluatie van psychiaters een belangrijk kwaliteitsinstrument. Psychiaters vormen daartoe zoveel mogelijk groepen waarvan de leden een functionele samenwerkingsrelatie hebben. Sinds de start van de visitaties zijn 90 visiteurs getraind. Vanaf 2010 worden jaarlijks ongeveer 120 visitaties uitgevoerd waarbij circa 500 psychiaters worden geïnspecteerd. Veel psychiaters zijn al een keer geïnspecteerd, anderen krijgen er binnenkort voor het eerst mee te maken, weer anderen krijgen te maken met de tweede visitatie. Het kwaliteitsvisitatiesysteem zelf wordt voortdurend aangepast aan feedback vanuit de geïnspecteerden en het vergelijken van ervaringen met andere wetenschappelijke verenigingen.

Ondertussen is wel duidelijk dat de kwaliteitsvisitatie tal van vragen oproept, zoals: al gaat het in essentie om een zelfevaluatie, er is toch kennelijk ook sprake van een toetsend element. Hoe zit dat? De verslaglegging is kennelijk niet alleen het exclusieve eigendom van de geïnspecteerde psychiaters. Wie nog meer kunnen inzage hebben en waarom? Wat is het belang van de 'groep'? Waarom is het verbeterplan essentieel voor de kwaliteitsvisitatie?

In deze sessie zal de basismethodiek van de kwaliteitsvisitatie worden toegelicht. Vervolgens komen de wijzigingen in het nieuwe visitatiereglement aan bod en worden frequent gestelde vragen besproken. Ook zal er aandacht zijn voor het vergelijken van ons huidige visitatiesysteem met dat in andere Europese landen en voor recente en toekomstige ontwikkelingen.

Leerdoel: aan het eind van de workshop is de deelnemer volledig geïnformeerd over de meest actuele stand van zaken rond de kwaliteitsvisitatie.

Vorm: korte inleidingen afgewisseld met discussie.

D2 Kwaliteitskeurmerk: een last of een zegen?

P. Niesink¹, V. Vladàr Rivero²

¹BOVAG, Bunnik

²Parnassia Bavo Groep, Den Haag

v.vladar@parnassiabavogroep.nl

ACHTERGROND

In diverse sectoren zijn in de afgelopen jaren kwaliteitskeurmerken geïntroduceerd. In de ggz kennen we inmiddels het Keurmerk TOPGGZ. Ook grote brancheorganisaties buiten de zorg hebben keurmerken ontwikkeld. Zo heeft BOVAG recent het keurmerk 'erkend duurzaam' voor haar leden geïntroduceerd.

Maar de vraag is of keurmerken nu een last of een zegen zijn. Moet een aanbieder beschikken over een keurmerk om zich te onderscheiden van zijn 'concurrenten' en hoe zit dat specifiek voor de zorg?

Heeft een keurmerk in de zorg meerwaarde? Weet een patiënt of een ziekenhuis aangesloten is bij Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen? Kiest een patiënt bewust voor een psychiater die werkt onder het keurmerk 'TOPGGZ'?

Zorgverzekeraars en overheid hechten steeds meer waarde aan een keurmerk. Zij verlangen dat zorgaanbieders zich onderscheiden en aan standaarden voldoen. Maar wat brengt het u? Heeft het meerwaarde voor uw werk als psychiater? En stimuleert het u? Hierover willen wij met u in discussie, zodat u en wij ons kunnen verdiepen in dit fenomeen en een antwoord kunnen formuleren op de vraag of het nu een last of een zegen is. En welke aanpassingen aan zo'n keurmerk kunnen u helpen?

Vorm: de discussiegroep start met een inleiding op keurmerken. Daarbij introduceren de beide sprekers enkele keurmerken binnen en buiten de zorg. De achtergronden van keurmerken, de bijbehorende criteria en weging worden kort toegelicht. Hierdoor wordt het kennisniveau van de discussiegroep op een zo gelijk mogelijk niveau gebracht, waardoor de discussie over de stellingen de diepte in kan gaan.

STELLINGEN

- 1) Patiënten zullen eerder kiezen voor een zorgaanbieder die een keurmerk heeft.
- 2) Patiënten zullen zich verdiepen in de achtergronden van een keurmerk.
- 3) Het onderhoud van het keurmerk weegt niet op tegen de benefits.
- 4) Criteria van keurmerken moeten zo specifiek zijn en de lat dermate hoog leggen, dat het keurmerk onderscheid biedt.
- 5) Als zorgaanbieder moet ik beschikken over een keurmerk om me te onderscheiden.
- 6) Het behalen van het keurmerk ten aanzien van de inhoud van het werk stimuleert en inspireert de professionals.

LEERDOELEN

De deelnemer heeft kennis genomen van verschillende (vormen van) keurmerken en van de criteria en doelstellingen van keurmerken. Daardoor heeft de deelnemer inzicht in de achtergronden van keurmerken, waardoor hij / zij geïnvolveerd kan deelnemen aan de discussie of kwaliteitskenmerken iets toevoegen aan het geleverde product / de geleverde zorg.

Gezamenlijk wordt de vraag beantwoord of keurmerken nu een last of een zegen zijn.

Subleerdoel is om met een kritische massa het verschijnsel keurmerken tegen het licht te houden en draagvlak te creëren voor het introduceren van vormen van transparantie en onderscheidend vermogen om daarmee de patiënt / klant te bedienen.

D3 Forensische psychiatrie: ontwikkelingen binnen de rapportagepraktijk en de klinische zorg Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken ('Pro Justitia'): invoering en gebruik in de praktijk

Abstract ontbreekt

D4 Begeleiden van praktijksimulaties

L.N.M. Perquin, M. Stoffels
NVvP, afd. Landelijk Onderwijsbureau, Utrecht
M.Stoffels@nvvp.net

ACHTERGROND

De praktijksimulatie is een nuttige werkvorm om op een veilige manier te experimenteren met gesprekstechnieken die op de werkvloer kunnen worden toegepast. Vooral onderwijs waarin diagnostische, therapeutische, of specifieke gespreksvaardigheden aan bod komen leent zich hier goed voor. Praktijksimulaties kunnen goed geoefend worden in combinatie met het bespreken van video's waarop de aijs zelf of een andere psychiater te zien is. Het naspelen van een praktijksituatie heeft echter niet zonder meer een hoog leerrendement. Praten over praktijksituaties is veilig, maar 'weten' en 'snappen' zijn niet altijd voldoende om ook de stap naar 'kunnen' te maken.

VORM

Brainstorm, discussie en oefenen.

LEERDOELEN

Tijdens deze bijeenkomst discussiëren de aanwezigen over hoe de praktijksimulatie ingezet kan worden in het psychiatrieonderwijs. Naast het uitwisselen van ervaringen wordt actief geoefend met de verschillende aandachtspunten en vormen van de praktijksimulatie.

LITERATUUR

Galan, K. de, (2011). *Werken met de successpiraal. Rollenspellen met effect*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
Ouwehand, W. H. (2005). *Omgaan met rollenspellen*. Amsterdam: Reed Business.

D5 Intensive Home Treatment als alternatief voor de psychiatrische kliniek

J.B. Zoeteman¹, H. de Vries², J.E. Cornelis³

¹Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

²GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar

³GGZ Arkin, Amsterdam

zoet@kpnplanet.nl

INHOUD

Met 189 bedden per 100.000 inwoners in psychiatrische ziekenhuizen en beschermde woonvoorzieningen is Nederland koploper in Europa qua intramurale zorg. In het bestuursakkoord van 18 juni 2012 werd door de minister van Volksgezondheid samen met de NVvP en belangenverenigingen van instellingen, verzekeraars en patiëntenverenigingen, de ambitie geuit om mensen met psychische problemen vaker en langer thuis te helpen. In 2020 moet het aantal bedden in psychiatrie worden gereduceerd van 30.000 naar 20.000.

Deze beddenreductie moet worden opgevangen door inzet van nieuwe intensieve ambulante zorgvormen. Naast ACT en FACT voor de groep patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen worden momenteel IHT-teams opgericht (Intensive Home Treatment). Deze teams hebben als doel om acute opnames te voorkomen dan wel de opnameduur te verkorten door de klinische patiënt ambulant over te nemen. Dit vereist veranderingen zowel voor de organisatie van de ggz als in de samenwerking met patiënt en zijn familie en andere hulpverleners.

In deze workshop zullen onder andere de volgende praktische vragen aan de orde komen: hoe richt je een team op en met welke disciplines? Welke doelgroep? Hoe organiseer je de poortwachterfunctie? Hoe werk je samen met de verwijzers, de naasten, de kliniek? Welke effecten kun je verwachten? Hoe stem je IHT af op ACT- en FACT-teams?

VORM

Aan de hand van 3 inleidingen – wetenschappelijke evidentie voor IHT; ervaringen met het opzetten van een IHT-team; organisatorische aspecten – wordt met de deelnemers gediscussieerd.

LEERDOELEN

Aan het eind van de discussiegroep hebben deelnemers een duidelijk beeld van wat een IHT-team is, wat van IHT kan worden verwacht en met welke zaken men rekening moet houden als men een IHT-team wil opzetten.

D6 Het beroepsgeheim van de psychiater en de omgeving

N. Duits, R.H. Zuiderhoudt, P. de Beurs
NIFP, Amsterdam/Utrecht
p.d.beurs@igz.nl

INHOUD

De psychiater heeft te maken met de omgeving van de patiënt. Dat stelt zijn beroepsgeheim op de proef. Sommigen worden onzeker van de bijbehorende dilemma's, anderen stellen zich formeel op. Het beroepsgeheim is niet absoluut, en het biedt geen excuus om niet te handelen als de patiënt gevaar oplevert voor anderen.

Naar aanleiding van het onderzoek naar Van der V., de dader van de schietpartij in Alphen aan den Rijn in april 2011, is een openbare discussie ontstaan over het beroepsgeheim en de verantwoordelijkheden van psychiaters voor de openbare veiligheid. De discussie richt zich ook op risico-inschatting en op het delen van informatie binnen ggz-instellingen, met andere artsen of hulpverleners en met de politie of het openbaar ministerie.

De KNMG maakte in augustus 2011 in reactie een nieuwe factsheet 'Beroepsgeheim bij strafrecht' in aanvulling op de 'Richtlijn handreiking beroepsgeheim politie/justitie' uit 2004 (www.knmg.artsenet.nl). Ook GGZ Nederland ontwikkelde in 2012 een handreiking 'Beroepsgeheim, zes stappen voor zorgvuldig handelen' (www.ggz nederland.nl).

De NVvP had al in 2011 een handreiking 'Gebruik meldcode kindermishandeling in de psychiatrie' gemaakt (www.nvvp.net). De Inspectie voor de Gezondheidszorg doet onderzoek naar hulpverlening en informatieverschaffing bij incidenten, en naar de implementatie van de meldcode kindermishandeling. Het is de vraag of handreikingen en meldcodes voldoen als de patiënt mogelijk gevaar oplevert voor anderen. Hoe gaat de psychiater dan om met het beroepsgeheim en een conflict van plichten? Hoe kan dat risico voor anderen gestructureerd worden ingeschat? Met wie en hoe kunnen vragen en dilemma's besproken worden? Welke overwegingen zijn daarbij van belang? Moet dat op schrift gesteld worden? Hoe moet je al of niet handelen? Wie heeft welke verantwoordelijkheden? Wanneer en met wie en hoe wordt welke informatie gedeeld? Hoe wordt omgegaan met naasten? Wordt het gebeuren achteraf geanalyseerd, en zo ja, hoe kan dat gebeuren? Is er een expertisepunt in dezen aangewezen?

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

VORM WORKSHOP

Er worden drie korte presentaties gegeven om nadien tot uitwisseling en discussie te komen:

- 1) Mr. drs. R.H. Zuiderhoudt, psychiater en jurist: 'Beroepsgeheim, meldrecht, meldplicht: regels, recht en praktijk'.
- 2) P. de Beurs, psychiater: 'De IGZ en het omgaan met en delen van informatie over patiënten die gevaarlijk zijn voor anderen'.
- 3) Dr. N. Duits, kinder- en jeugdpsychiater: 'Mogelijkheden van risicotaxaties en analyses achteraf'.

LEERDOELEN

- Inzicht in de juridische en praktische context van het beroepsgeheim en conflict van plichten.
- Inzicht in handelingsmogelijkheden en -verplichtingen bij beroepsgeheim in relatie tot gevaar voor anderen en openbare veiligheid.
- Inzicht in de mogelijkheden van risicotaxatie en analyse achteraf.

LITERATUUR

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

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

KNMG (2011). *Factsheet beroepsgeheim bij strafrecht*. www.knmg.nl

NVvP (2011). *Gebruik meldcode kindermishandeling in de psychiatrie*. www.nvvp.net

GGZ Nederland (2012). *Handreiking Beroepsgeheim, zes stappen voor zorgvuldig handelen*. www.ggz nederland.nl

D7 De onafhankelijke Crisiskaart

D. van Lennep, W. van de Graaf
Cliëntenbelang Amsterdam, Amsterdam
dorinevanlennep@clientenbelangamsterdam.nl

ACHTERGROND

De onafhankelijke Crisiskaart is een opvouwbaar kaartje, ter grootte van een bankpas, die de cliënt altijd bij zich kan dragen. Deze kaart is voor mensen die bang zijn (weer) een psychische crisis mee te maken. Op de kaart staat informatie afkomstig van een crisisplan, waarin de cliënt vastlegt wat er wél en juist niet moet gebeuren in een crisis. In dat plan heeft de cliënt bindende afspraken gemaakt met hulpverleners en betrokkenen over hoe te handelen in een crisis. Een onafhankelijke consulent – meestal een ervaringsdeskundige die daartoe is opgeleid – ondersteunt, in dienst van een regionale cliëntenorganisatie, de cliënt bij het opstellen van crisisplan en -kaart. De kaart maakt de persoonlijke wensen én afspraken van de cliënt kenbaar aan hulpverleners of omstanders op het moment dat de cliënt dit zelf niet meer kan.

De Crisiskaart is 15 jaar geleden geboren uit de cliëntenbeweging, met het doel meer invulling te geven aan begrippen als 'herstel', 'zelfmanagement' en 'eigen regie'. De afgelopen drie jaar heeft de Crisiskaart zich tot kwalitatief hoogwaardig, landelijk herkenbaar instrument ontwikkeld met eigen beeldmerk en kwaliteitsborging.

STELLINGEN

- Psychiaters moeten crisisgevoelige cliënten op het bestaan en de voordelen van de Crisiskaart wijzen.
- Het maken van een Crisiskaart heeft een preventieve werking. De cliënt denkt na over hoe de vorige crisis is ontstaan en hoe hij het beste opgevangen kan worden. Daardoor krijgt hij meer grip op en regie over situaties die voor hem moeilijk zijn.
- De Crisiskaart helpt dure crisisinterventies en -opnames te voorkomen en is daardoor een efficiënt en goedkoop instrument.
- De onafhankelijke Crisiskaart moet een vast onderdeel van zorg en standaardrichtlijnen worden.

LEERDOELEN

- Kennismaken met de onafhankelijke Crisiskaart, onder meer door vertoning van een korte film.
- Geïnformeerd zijn over bestaan, werking en maken van deze Crisiskaart.

D8 Hoe zet ik een medische staf op in een ggz-instelling?

C.S. de Kloet¹, A.J. Taselaar², S.R.Y. Knapen³, J.P. de Jong⁴, M.B.J. Blom⁴

¹Rivierduinen, Polikliniek Bipolaire Stoornissen, Leiden

²Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

³Altrecht, Zeist

⁴Parnassia Groep, PsyQ, Den Haag

a.taselaar@orde.nl

In deze workshop wordt een korte inleiding gegeven over de positionering van de psychiater in de besluitvorming binnen de ggz en de noodzaak om ons als medisch specialisten binnen de ggz beter te organiseren. Hierna legt mr. A.J. Taselaar, jurist bij de Orde van Medisch Specialisten, uit welke mogelijkheden er zijn om je als psychiaters te organiseren en welke stappen hiervoor genomen moeten worden. Saskia Knapen, voorzitter van het psychiaterberaad van Altrecht, vertelt vanuit de praktijk hoe de oprichting van de vereniging psychiaterberaad binnen Altrecht is verlopen, wat de reacties waren en hoe de psychiatergroep hierdoor meer vat heeft gekregen op de besluitvorming binnen Altrecht. Als laatste vertelt Marc Blom, directeur zorg van PsyQ, hoe er vanuit het perspectief van de directie wordt gekeken naar de medische staf in oprichting aldaar.

VORM

In korte tijd krijgt u veel praktische informatie over het opzetten van een medische staf vanuit een juridisch kader en vanuit de praktijk. Daarna is er uitgebreid gelegenheid om vragen te stellen. Onderdelen van de workshop zijn: bespreking van organisatievormen; medische staf of vereniging medische staf, juridische aspecten, organogram, overlegvormen, tijdpad en stappenplan bij het oprichten van een medische staf en voorbeelden uit de praktijk.

LEERDOELEN

De deelnemer krijgt inzicht in het belang van een betere organisatie van psychiaters binnen de ggz. De deelnemer leert dat er verschillende manieren zijn waarop psychiaters zich kunnen organiseren, de juridische aspecten hiervan en welke stappen er gezet moeten worden om een medische staf op te richten binnen de ggz.

De deelnemer leert waarom psychiaters meer invloed krijgen op de besluitvorming door zich beter te organiseren.

LITERATUUR

'Medische staf hoort ook in ggz-instelling', M. Vonk, *Medisch Contact* 8 augustus 2012.

'Psychiater weer centraal', P. Naarding en F.H. Kamsteeg, *Medisch Contact* 31 juli 2007

<http://www.orde.nl/pijlers/beroepsbelangen/dienstverband/ggz/onderwerpen/medische-staf-ggz.html>

D9 Verzoeken om hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten aan de Levensindekliniek

P.M. de Jong
NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde, Amsterdam
marleen@nvve.nl

ACHTERGROND

Jaarlijks krijgen psychiaters ongeveer 520 verzoeken om hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten. Hoewel er in 2011 een stijging te zien was van het aantal gehonoreerde verzoeken, blijft hulp bij zelfdoding aan patiënten met een chronisch psychiatrische aandoening een uitzondering.

Op 1 maart 2012 ging op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensinde (NVVE) in Den Haag de Levensindekliniek van start. Patiënten die voldoen aan de zorgvuldigheidseisen die de euthanasiewet stelt, maar geen arts kunnen vinden die bereid is euthanasie of hulp bij zelfdoding te verlenen, kunnen een beroep doen op de Levensindekliniek. Ook chronisch psychiatrische patiënten die geen gehoor vinden voor hun verzoek bij hun behandelend arts en aan de zorgvuldigheidseisen van de euthanasiewet voldoen, kunnen een beroep doen op de Levensindekliniek.

DOEL

Inzicht te krijgen in de werkwijze van de triagisten en ambulante teams (bestaande uit een arts en verpleegkundige) van de Levensindekliniek met betrekking tot vragen om hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten.

METHODEN

Door middel van een presentatie worden de deelnemers bekend met de diverse routes die doorlopen kunnen worden na aanmelding bij de Levensindekliniek door respectievelijk de behandelend psychiater of huisarts, de patiënt zelf of een naaste. Bespreking van de praktijk aan de hand van casussen.

LEERDOELEN

- Kennis van de werkwijze van de triagist en ambulante teams van de Levensindekliniek.
- Kennis van de wettelijke mogelijkheden en de NVvP-richtlijn 'Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis'.

CONCLUSIE

De balans na 1 jaar Levensindekliniek zal op 1 maart 2013 worden opgemaakt. De bevindingen m.b.t. verzoeken om hulp bij zelfdoding door chronisch psychiatrische patiënten aan de Levensindekliniek – zullen tijdens het symposium bekend worden gemaakt.

D10 Kwetsbare kinderen in een kwetsbare omgeving: dilemma's in de zorg aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag

I.E. Lindhout¹, F.W. Hulscher-Weenink¹, A. Broersma²

¹Triversum, Diagnostiek en Advies, Alkmaar

²Accare, Assen

ilindhout@triversum.nl

ACHTERGROND

De WGBO stelt dat (beide) gezagdragende ouders toestemming dienen te geven voor diagnostiek, behandeling en opname van hun kind. Bij kinderen vanaf 12 jaar is, naast de toestemming van het kind zelf, dus ook de instemming van de ouders nodig. Voor een klinische opname is dit zelfs vereist voor jongeren tot en met 17 jaar.

Krijgen kinderen/jongeren die psychiatrische stoornissen ontwikkelen adequate hulp, ook in geval van kwetsbare ouders die niet kunnen of willen participeren in een behandeling voor hun kind? Hoe kom je aan toestemming van gezagdragende ouders, die of onvindbaar zijn, hun toestemming weigeren of onkundig gehouden worden van de problematiek van hun kinderen? Sommige ouders willen wel ambulante maar geen klinische behandeling op grond van hun eigen problematiek. Moeten jongeren dan wachten op een klinische behandeling tot ze 18 jaar zijn?

Er is jurisprudentie ten aanzien van de inspanningen waartoe je als hulpverlener verplicht bent om de toestemming te vergaren. Dilemma's waarmee je als hulpverlener wordt geconfronteerd zijn: hoever moet je hierin gaan? In hoeverre bemoeilijkt de kwetsbaarheid bij de primair verzorgende ouder het voldoen aan deze inspanningsverplichting? In hoeverre wordt het bieden van de benodigde zorg aan de jongere vertraagd door de angst voor repercussies van de ouder die niet bij de besluitvorming betrokken is?

STELLINGEN

- 1) De verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor het verkrijgen van toestemming van beide gezagdragende ouders reikt ver.
- 2) Als een van beide gezagdragende ouders geen toestemming kan geven voor een opname, kan je niet volstaan met door een rechter afgegeven vervangende toestemming.
- 3) Bij het uitblijven van toestemming van een van beide gezagdragende ouders lijdt het bieden van adequate zorg onder de angst voor repercussies.

LEERDOELEN

Na afloop van de discussiegroep hebben de deelnemers:

- meer kennis over en bewustzijn van het juridisch kader bij het verlenen van hulp aan kwetsbare kinderen en hun (kwetsbare) ouders;
- zicht op interventies die nodig en mogelijk zijn om tot een behandelovereenkomst te komen, zodat toch adequate zorg geboden kan worden aan deze doelgroep.

D11 Het generaal dagelijks rapport: ervaringen met een nieuwe aanpak

R.J. Beerthuis
GGZ inGeest, Amstelveen
v.beerthuis@ggzingeest.nl

ACHTERGROND

Het houden van een dagelijks generaal rapport is een verplichting voor opleidingsinstellingen. Het rapport kan een goed leermoment zijn voor de aios. Daarnaast kan het rapport behulpzaam zijn bij het bewaken van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. In grote gefuseerde instellingen houden dienstdoenden op verschillende locaties een dergelijk gezamenlijk rapport per telefoon of door videoconferencing. Het is een uitdaging om met een dergelijk groot rapport de gestelde doelen nog te behalen.

Het CGS en de MSRC hebben besloten om de mogelijkheden bij de vormgeving van het rapport in grote instellingen te verruimen. Indien aios en stafleden echter dezelfde patiënten zien en op meerdere locaties dienstdoen, blijft een dagelijks generaal rapport met de verschillende locaties wenselijk.

In deze discussiegroep wordt een nieuwe opzet besproken waarmee binnen GGZ inGeest ervaring is opgedaan. Er is gekozen voor een middagrapport van maximaal 30 minuten. De casussen uit de dienst passeren slechts kort de revue. De aios bepaalt welke patiënt nader besproken wordt, volgens een vast format. Er is expliciete aandacht voor genetische aspecten, familiale belasting en relevante biografische en omgevingsfactoren. De leerpunten worden genotuleerd en in een Wiki verzameld. Stafleden, aios en opleider van GGZ inGeest zullen de verschillende aspecten belichten.

STELLINGEN

Een generaal dagelijks rapport van 30 minuten kan in een grote ggz-instelling voldoen aan de eisen van de psychiatrie-opleiding en daarnaast behulpzaam zijn bij het bewaken van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Een middagrapport voldoet beter aan de genoemde eisen dan een ochtendrapport.

LEERDOELEN

Na het bijwonen van deze discussiegroep:

- kent de deelnemer factoren die bepalend zijn voor het welslagen van een generaal dagelijks rapport;
- kent de deelnemer een aantal mogelijkheden om het rapport vorm te geven;
- kent de deelnemer technieken om alle deelnemers actief bij het rapport te betrekken;
- kent de deelnemer het belang van het bewaren van leerpunten;
- heeft de deelnemer kennis van een techniek om leerpunten te verzamelen en toegankelijk te houden.

D12 Het fenotype 'Zelfstandig gevestigd Psychiater' als adaptatief belangrijke kracht binnen het speelveld van de curatieve ggz. Van visie naar praktijk.

P.A.J. Middelweerd

NVvP, ZGP, Utrecht

p.middelweerd@gmail.com

INHOUD

De beweegruiimte binnen de curatieve ggz is vanaf 1 januari 2012 sterk ingeperkt vanwege de te grote groei in kosten en volume. Om de jaarlijkse groei beter te kunnen beheersen en de curatieve ggz (betaalbaar) te kunnen houden conform de Zorgverzekeringswet, zijn meerjarenafspraken gemaakt tussen de minister, zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten (rapport CVZ over de noodzakelijk te verzekeren curatieve ggz; 'Bestuurlijk Akkoord' waarin afspraken tussen minister en alle veldpartijen; contractering met verzekeraars, met afspraken over prijs en volume).

Het aanbod van de zelfstandig gevestigde psychiater (ZGP) vormt een belangrijke aanvulling op dat van andere zorgaanbieders binnen de curatieve ggz. De ZGP is als medisch specialist een belangrijke contractpartner voor zorgverzekeraars en een belangrijke contactpartner voor alle andere aanbieders in de curatieve ggz en daarbuiten (huisartsen, somatisch specialisten, sociaal-geneeskundig specialisten enzovoort).

De ZGP is waarschijnlijk de belangrijkste spin in het web van de curatieve ggz binnen de contouren van 'Onbetwistbare curatieve GGZ', Beleidsagenda 'Bestuurlijk Akkoord', contractering Zorgverzekeraars, Kwaliteitseisen. De ZGP heeft vooral een belangrijke rol inzake de indicatiestelling van 'onbetwistbare' curatieve ggz, verantwoorde behandeling (w.b. kwaliteit en prijs), communicatie (ketenzorg) en terugverwijzing naar de huisarts, en draagt bovendien de verantwoordelijkheid over het traject.

Van visie naar praktijk: hoe de ZGP zichzelf positioneert binnen het bovengenoemde krachtenveld van de curatieve ggz moet vastgelegd worden in een visiedocument ZGP. Vanuit die visie kan worden gekeken naar de invulling in de dagelijkse praktijk van de ZGP, de inzet van methodieken en hulppersoneel en de samenwerking met andere partners zoals verzekeraars.

VORM

Interactief: presentatie achtergronden en visiedocument ZGP. Discussie met deelnemers aan de hand van stellingen.

LEERDOELEN

- De deelnemer verkrijgt meer zicht op de positie van de zelfstandig gevestigde psychiater als medisch specialist in het krachtenveld van de cGGZ.
- De deelnemer krijgt meer zicht op de meerwaarde van de ZGP als zorgaanbieder binnen de cGGZ.

D13 Diegenen omgeven: bieden ontwikkelingen in de wetenschap nieuwe mogelijkheden voor samenwerking tussen wetenschappers, psychiaters, cliënten en familie?

J. Verhaegh¹, S. Makkink², J. Santegoeds³, J. van Os⁴

¹ENUSP

²LPGGZ

³WNUSP

⁴EU-GEI project

jhaverhaegh@gmail.com

DOEL

Betrokken partijen (wetenschappers, psychiaters, cliënten en familie) praten met elkaar over antwoorden op de vraag in de titel van deze discussiegroep, in de hoop tot nieuwe vormen van samenwerking te komen.

ACHTERGROND

De titel 'diegenen omgeven' verwijst naar bevindingen in de wetenschap die uitwijzen dat de sociale omgeving een belangrijke invloed heeft op genen, hersenen en de relatie tussen genen en hersenen. Onderzoekers van bijvoorbeeld het Nederlandse GROUP-project en het NESDA-onderzoek hebben daarover belangwekkende bijdragen geschreven in onder andere *Nature* (2010). Hieruit is grootschalig Europees onderzoek geboren dat de genetische invloed op sociale effecten in de psychiatrie tracht te identificeren. Over dit onderwerp vond in juni 2012 een groot congres plaats in Maastricht (EU-GEI-congres), dat deze conclusie onderstreept.

Cliëntenorganisaties hebben altijd al gezegd dat de problemen van de cliënten een sociale oorsprong hebben, dat zij daarom sociaal behandeld dienen te worden en dat de behandeling vooral ook op sociale doelen gericht dient te zijn.

Sociale doelen zijn een relatie, vrienden, werk of activiteiten, een inkomen. Die sociale doelen worden vaak niet behaald, en er is onvoldoende aandacht voor preventie van psychiatrische problemen en de behandeling van de gevolgen van sociale oorzaken, die de problemen veroorzaakt hebben; zeker ook het psychodynamische karakter daarvan zou meer aandacht behoeven.

In de hoogtijdagen van de biologische psychiatrie, toen het sociale karakter van psychiatrie nog niet ontdekt was, was het voor cliëntenorganisaties moeilijk inhoudelijk daarover te praten met psychiaters, omdat psychiaters in die dagen het belang van sociale en psychodynamische factoren vaak ontkenden.

Als betrokken partijen willen we praten over de vraag of de nieuwe ontwikkelingen waarover het voorjaarscongres gaat, ook kunnen leiden tot nieuwe vormen van samenwerking. Moet het dominante paradigma van de psychiatrie weer 'sociaal' zijn?

DI4 HOOP 2.0- evaluatie en herziening ter discussie gesteld

I. Tendolkar¹, M. Braakman²

¹UMC St Radboud, Psychiatrie, Nijmegen

²Pro Persona, Wolfheze

i.tendolkar@psy.umcn.nl

ACHTERGROND

In 2009 is het landelijk opleidingsplan psychiatrie (HOOP) in werking getreden. Complexiteit en ontbrekende aspecten in de uitvoering hebben het concilium psychiatricum en het bestuur van de NVvP bewogen om een commissie in te stellen die in kaart brengt welke problemen men tegenkomt bij implementatie en praktische uitvoering, en hoe deze op te lossen. De commissie, die bestaat uit een evenwichtig aantal kinder- en jeugd-, volwassenen- en ouderenpsychiaters en aios, heeft hiertoe een projectplan opgesteld om de problemen uitvoering te inventariseren en de verbetermogelijkheden te analyseren. Dit zal leiden tot een advies voor wijzigingen van de huidige versie van HOOP en tot een document 'HOOP 2.0'. De eerste fase tot het voorjaar 2013 omvat een evaluatie door aios en opleiders (evaluatierapport implementatie) en een evaluatie van deskundigen (evaluatierapport experts).

DOEL

Doel van deze discussiegroep is de uitkomsten van de evaluatiefase met psychiaters en psychiaters in opleiding te bespreken, als ook te discussiëren over de consequenties die deze evaluatie heeft of zou moeten hebben voor het nieuwe opleidingsplan. Wij willen hiermee een zo breed mogelijk draagvlak creëren voor eventuele adviezen tot wijzigingen.

METHODEN

Presentatie van de onderzoeksresultaten van de evaluatiefase, gevolgd door een discussie met de deelnemers, en enkele experts als panelleden.

D15 Kinderen en jeugdigen met een psychose: dilemma's en discussie

A.M. de Ruijter¹, N. Goddard², E.J. Breetvelt³, M.C. Klaassen⁴, H.E. Becker⁵

¹Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam

²De Bascule, Amsterdam

³UMCU, Utrecht

⁴GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Leiden

⁵Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

r.klaassen@ggzkinderenenjeugd.nl

ACHTERGROND

De duur van de onbehandelde psychose wordt in verband gebracht met een langere duur tot remissie, minder volledige remissie, meer psychotische terugvallen en negatieve symptomen. De bestaande multidisciplinaire richtlijn is vooral gericht op volwassenen.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar praktisch toepasbare protocollen voor de praktijk. Het heeft de wetenschappelijke kennis met betrekking tot psychotische stoornissen bij kinderen en jeugdigen naar leeftijdscategorieën bijeengebracht: psychose op de kinderleeftijd (voor het 12de levensjaar oftewel Very Early Onset Schizophrenia), psychose bij adolescenten (12- tot 16-jarigen, oftewel Early Onset Schizophrenia) en psychose bij jongeren ouder dan 16 jaar. De richtlijn bestaat nu ruim een jaar en is vaak geraadpleegd. Tijdens deze discussiegroep zal aan de hand van stellingen op interactieve manier stilgestaan worden bij de diagnostiek en behandeling van psychose bij kinderen en jeugdigen. Naast de mogelijkheden voor de deelnemers om hun kennis over diagnostiek en behandeling te verdiepen, geeft de discussie ook nieuwe input voor de herziening en aanpassing van het protocol.

STELLINGEN

Stelling 1

21% van de jeugdigen zegt 'ja' op de vraag 'heb je ooit stemmen of geluiden gehoord die niemand anders kan horen'. Moeten wij die 21% behandelen voor een psychose?

De betekenis van stemmen horen en andere psychose-achtige symptomen bij kinderen en jeugdigen is niet altijd duidelijk. Aan de ene kant komen deze ervaringen vaak voor en zijn ze niet per se pathologisch; maar aan de andere kant is er een associatie met psychische stoornissen. Zijn de oorzaken van psychotische symptomen anders bij 'gezonde' mensen dan bij mensen die een schizofrenie ontwikkelen? Uit psychologische en fysiologische onderzoeken blijkt dat de oorzaken hetzelfde zijn. De risicofactoren zijn ook ongeveer hetzelfde. De kans op het ontwikkelen van een schizofrenie is groter bij kinderen met een of twee ouders met schizofrenie, maar het aantal psychotische ervaringen is ook groter bij kinderen met een psychotische stoornis ondanks het feit dat die kinderen geen schizofrenie ontwikkelen. Er is ook een verschil in de betekenis van psychotische symptomen gebaseerd op de leeftijd van het kind of de jeugdige. Psychotische symptomen zijn vaker gevonden bij jonge jongeren in vergelijking met oudere jongeren, maar schizofrenie begint vaker bij jonge volwassenen. Missen wij het begin van schizofrenie of zijn psychotische symptomen soms een deel van normale ontwikkeling?

Wat moeten wij doen als wij een jongere zien die een stem hoort? De diagnose 'psychose' stellen en direct beginnen met antipsychotica, of kunnen wij het negeren?

Stelling 2

Alle kinderen onder de 16 jaar met een vermoeden van een psychose moeten worden verwezen naar een landelijk expertisecentrum voor diagnostiek en initiële behandeling.

Achtergrond: de incidentie van kinderschizofrenie is zo laag en de diagnostiek vaak complex waardoor naar analogie van het landelijke kinderoncologisch centrum de zorg rondom deze patiëntengroep gecentraliseerd zou moeten worden. De diagnostiek en initiële behandeling kan hierdoor op een hoger plan getild worden. Verdere behandeling zou in de eigen regio kunnen plaatsvinden. In de VS heeft een landelijk centrum voor kinderschizofrenie een grote bijdrage geleverd aan het onderzoek naar en

behandeling van deze zeldzame maar ernstige ziekte. Dit is in ieder geval de visie die in de richtlijn van het kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie is geformuleerd. Tot op heden is er nog nauwelijks vorm gegeven aan deze visie. Daarbij komt ook dat het in onze huidige manier van werken nog niet gebruikelijk is om zorg voor specifieke patiëntengroepen te centraliseren. Tijdens de discussie zal stilgestaan worden bij de voor- en nadelen van zo'n soort aanpak. Ook de ingewikkelde differentiaaldiagnose zal aan bod komen. De uitkomsten van de discussie kunnen gebruikt worden voor de herziening van de richtlijn en de verdere ontwikkeling van expertisecentra.

Stelling 3

Bij het voorschrijven van antipsychotica hoort screening op metaboolsyndroom. De vraag is in hoeverre we bij jongeren onder de 18 jaar dezelfde screening moeten hanteren als in de volwassenenzorg, of volstaat bijvoorbeeld alleen screening op gewichtstoename? En zo ja, moet dat dan ook voor de kinderen en jongeren die antipsychotica gebruiken voor een andere stoornis? Voorstel is om dat wel te doen, zeker voor de groep van 12- tot 18-jarigen.

Stelling 4

Ter preventie van relaps worden antipsychotica veelvuldig voorgeschreven bij jongeren met een eerste psychose. Is onderhoudsbehandeling altijd geïndiceerd? Hoelang moet hiermee doorgegaan worden? Is 'targeted treatment' een juiste strategie? Wat is de plaats van langwerkende (depot-)antipsychotica bij jeugdigen? Tijdens de discussie zal aan de hand van casuïstiek en recente literatuur stilgestaan worden bij dilemma's uit de praktijk.

LEERDOELEN

Aan het eind van de sessie hebt u inhoudelijke kennis van de diagnostiek en behandeling van de vroege psychose.

LITERATUURVERWIJZING

- Freeman, D. (2006). Delusions in the non-clinical population. *Current Psychiatry Reports*, 8, 191-204
- Kelleher, I. et al (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic Young people: evidence from four population studies. *British Journal of Psychiatry*, 201, 26-32
- Kaymaz, N. et al (2012), Do sub-threshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help seeking population-based samples? *A systematic review and meta-analysis, enriched with new results*, *Psychological Medicine*, 20, 1-15
- Klaassen M.C., Nieman D.H., Becker H.E., Linszen D.H. (2006). Wanneer heeft detectie van hoogrisicofactoren voor een eerste psychose zin? *Tijdschrift voor psychiatrie*; 48(6): 467-476
- Generation antipsychotics: artificial neural network and logistic regression models*. 2010 Maart; 71(3): 225-34. Epub 2009 Oct 6.
- Leucht, S. et al (2012). *Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia*. May 16; 5.
- Linn, C.C. et al (2010). *Easy and low-cost identification of metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotics: artificial neural network and logistic regression models*.
- Velthorst E., Nieman D.H., Becker H.E., van de Fliert R., Dingemans P.M., Klaassen R., de Haan L., van Amelsvoort T., Linszen D.H. (2009). Baseline differences in clinical symptomatology between ultra high risk subjects with and without a transition to psychosis. *Schizophrenia Research*; 109(1-3): 60-5

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

DI6 Hoe kunnen psychiaters beter omgaan met de media?

G.P.G. Lo Galbo¹, R.A. Achilles¹, H.L. Van¹, C. Slooff²

¹Arkin, Amsterdam

²GGZ Drenthe, Assen

glogalbo@gmail.com

ACHTERGROND

Beeldvorming in de media speelt toenemend een rol bij de waardering van vakgebieden in de gezondheidszorg. Het heeft invloed op verschillende niveaus zoals de politieke en financiële besluitvorming, de tevredenheid van professionals in de desbetreffende sectoren en de verwachtingen van individuele patiënten over de aard en resultaten van behandelingen. Het huidige beeld van de ggz in de media is relatief ongunstig, wat mede wordt gevoed door negatieve gebeurtenissen die de media geregeld bereiken en waarop niet altijd adequaat wordt gereageerd.

Ter voorbereiding op deze discussiegroep werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij 5 psychiaters met uitgebreide media-ervaring, 5 psychiaters zonder media-ervaring en 5 journalisten zijn geïnterviewd. Hieruit komt onder andere naar voren welke deelgebieden van de ggz de meeste last hebben van negatieve beeldvorming en wat de belangrijkste aspecten hiervan zijn. Voorbeelden hiervan zijn de organisatie van de ggz (ondoorzichtig en duur) en de gevoerde behandelingen (ineffectief en onwetenschappelijk). Ook geven de geïnterviewden aan dat de beeldvorming door de psychiaters zelf te veranderen is en worden suggesties gedaan welke acties hiertoe mogelijk zijn.

In deze discussiegroep worden de resultaten van dit onderzoek besproken, wordt bediscussieerd hoe de beeldvorming veranderd en verbeterd kan worden en vooral welke rol psychiaters zelf daarbij kunnen en moeten spelen. Een aantal van de geïnterviewde psychiaters mét en zonder media-ervaring alsmede journalisten (o.a. Volkskrant, NRC, geenstijl.nl) zullen als panelleden aan de discussiegroep deelnemen. Ook zal een vertegenwoordiger van de communicatieafdeling van de NVvP aanwezig zijn.

STELLINGEN

- Journalisten zijn verantwoordelijk voor de huidige beeldvorming en dit is door psychiaters niet te veranderen.
- Alle psychiaters hebben een professionele verantwoordelijkheid om de beeldvorming te verbeteren.
- De huidige groep 'mediapsychiaters' moet worden aangevuld met een poule gespecialiseerde woordvoerders, die direct in de media kunnen worden ingezet wanneer dit nodig is.
- Psychiaters moeten actiever reageren op kritische beeldvorming in de media.

LEERDOELEN

- Bewustzijn van de huidige beeldvorming van de ggz in de media.
- Bewustzijn en kennis van standpunten van collega's hierover.
- Kennis van mogelijkheden om als psychiater de mediabeeldvorming te verbeteren.

D17 Roken... moet je ze dat ook nog afnemen?

R.P. van Gool¹, T. Kreuger¹, J.J. Moctezuma²

¹GGZ inGeest, FACT Haarlem, Haarlem

²GGZ Delfland, Delft

ronaldvangool@tiscali.nl

Dagelijks wordt er hard gewerkt door patiënten, familie, hulpverleners en onderzoekers om de zorg voor patiënten met schizofrenie te verbeteren. Desondanks is het vandaag de dag nog steeds een feit dat deze kwetsbare patiëntengroep twintig tot vijftig jaar eerder komt te overlijden dan de algemene populatie. De belangrijkste enkelvoudige risicofactor voor deze vroegsterfte is roken. En juist aan dit punt wordt relatief weinig aandacht gegeven en onvoldoende ondersteuning geboden aan patiënten die zouden willen stoppen met roken.

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen roken extreem veel. Hulpverleners spelen een belangrijke rol in de ondersteuning aan patiënten die willen stoppen met roken. Helaas roken ook veel hulpverleners. Stoppen met roken is niet alleen moeilijk voor patiënten maar ook voor medewerkers. Wij zijn van mening dat het samen stoppen met roken een belangrijke meerwaarde heeft.

De prevalentie van roken bij mensen met schizofrenie bedraagt minimaal drie maal de prevalentie bij de algemene bevolking. Van de mensen met schizofrenie rookt 60 tot 90%. Verder zijn mensen met schizofrenie ook zwaardere rokers in vergelijking met de gewone bevolking.

Zoals ook in de algemene bevolking is roken de meest ernstige enkelvoudige risicofactor op verkorting van de levensverwachting en bij mensen met schizofrenie loopt deze verkorting van de levensverwachting schrikbarend op. Desondanks wordt er in de geestelijke gezondheidszorg concreet weinig ondernomen om het roken onder mensen met schizofrenie gunstig te beïnvloeden en daadwerkelijk te verminderen.

In het gunstigste geval wordt er gewezen op de risico's en wordt geadviseerd om te stoppen met roken. Programma's ter ondersteuning van stoppen met roken ontbreken vaak en gebruik maken van reguliere programma's in de samenleving komt niet of nauwelijks van de grond.

Naast de wetgeving spelen ook andere factoren een rol bij deze passieve houding van de professionele hulpverlener zoals: demoralisatie, therapeutisch nihilisme, angst voor verslechtering van de psychische toestand, medeleven ('ze hebben al zo weinig, moeten we ze dat ook nog afnemen'), en veel hulpverleners roken zelf ook.

Het mag duidelijk zijn dat stoppen met roken een zeer moeilijke opgave is die zonder begeleiding en ondersteuning vaak gedoemd is te mislukken; deze ervaring hebben hulpverleners zelf ook vaak opgedaan. Verder is het van belang om oog te hebben voor de inzet en monitoring van de farmacotherapie tijdens het stoppen met roken.

Dit project is uniek en innovatief omdat er nauwelijks programma's bekend zijn en uitgevoerd worden die stoppen met roken ondersteunen bij deze kwetsbare en kansarme patiëntendoelgroep en medewerkers. Er is ook nog geen enkele ervaring opgedaan met programma's voor stoppen met roken bij deze doelgroep. Dit ondanks het algemene besef dat er veel winst te boeken is als het gaat om gezondheid, levensverwachting en kwaliteit van leven.

Deze interventie richt zich op klinische of ambulante EPA-patiënten en medewerkers die zouden willen stoppen met roken. Tijdens de sessie zullen de onverwacht goede resultaten van het project worden getoond. De resultaten zijn vergelijkbaar met succesvolle stoppogingen onder de algemene bevolking.

Tijdens de sessie zullen de sprekers verschillende thema's belichten: achtergronden roken en ggz; ontwikkeling en implementatie van de interventie; farmacologische aspecten; de rol van ervaringsdeskundigheid binnen de interventie.

D18 Kan de K&J-psychiatrie ook migrantenkinderen behandelen?

A.M. de Ruijter¹, A. Boon², A. de Haan², T. Dorelijers³, S. Sidali⁴, L. van Domburgh⁵, H. Dam³

¹Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam

²De Jutters, 's Gravenhage

³De Bascule, Amsterdam

⁴InGeest, Amsterdam

⁵LSG-Rentray, Eefde

a.deruyter@kenniscentrum-kjp.nl

ACHTERGROND

Slechts de helft van de kinderen en adolescenten die hulp nodig hebben vanwege psychiatrische problematiek, wordt daadwerkelijk behandeld (Boon e.a., 2010). Het percentage migrantenkinderen dat in de K&J-psychiatrie behandeld wordt, ligt bovendien veel lager dan het percentage autochtone kinderen dat behandeld wordt (Boon e.a., 2012). Tijdens de adolescentie is de kans om in forensische ggz terecht te komen voor sommige groepen migrantenjongeren echter tot wel vier keer zo groot als voor autochtone jongeren (Boon e.a., 2010, zie ook Knorth en Eldering, 1998); ook komen zij vaker in justitiële jeugdinstituten (Vollebergh, 2003; Bovenkerk & Yeşilgöz, 2003). Onder deze jeugddelinquenten is sprake van een hoog percentage gedragsstoornissen en andere psychiatrische stoornissen (Hamerlynck et al., 2009).

Het is urgent om meer kennis te krijgen van de onderconsumptie van migrantenkinderen omdat onbehandelde jeugdpsychiatrische problematiek op latere leeftijd voor ernstige psychische en maatschappelijke schade kan zorgen (zie o.a. Gosden et al., 2003; Domburgh, 2009; Sytema e.a., 2006). Tot nu toe is weinig bekend over de redenen waarom migrantenjongeren minder in zorg komen, over de precieze prevalentie van de verschillende stoornissen en over de effectiviteit van verschillende behandelvormen en medicatietherapieën bij migrantenjongeren. In de grote steden heeft meer dan de helft van de kinderen een migrantenachtergrond, toch is 'diversiteit' een onderwerp dat weinig leeft bij hulpverleners (bijvoorbeeld psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) in de jeugd-ggz. De wachtkamers zitten immers altijd vol en er is vaak sprake van lange wachtlijsten. Toch is het, als we willen dat alle kinderen gelijke kans krijgen op behandeling en als we willen dat het aantal jongeren in de forensische psychiatrie afneemt, van groot belang dat er meer aandacht komt voor deze zaken.

STELLINGEN

- 1) Migrantenjongeren moeten behandeld worden in specifieke interculturele jeugd-ggz-instellingen.
- 2) De lage ggz-consumptie in de kinderleeftijd leidt tot een hoge forensische ggz-consumptie in de adolescentenleeftijd.
- 3) Er moeten meer instrumenten komen voor cultureel-sensitieve diagnostiek en die instrumenten moeten ook gebruikt worden.
- 4) Er moet meer onderzoek gedaan worden naar de prevalentie, etiologie en aard en ernst van psychische en gedragsstoornissen bij jongeren in Nederland, en bij migrantenjongeren in het bijzonder.
- 5) Er moet meer onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van verschillende behandelingen (zowel psychologische behandeling als medicatietherapie) bij migrantenjongeren.

LEERDOELEN

- 1) De culturele sensitiviteit van hulpverleners verhogen.
- 2) Onderzoekers stimuleren om meer onderzoek te doen naar de culturele aspecten van diagnostiek, prevalentie en behandeling.
- 3) Bewust maken van de specifieke eisen die diversiteit aan hulpverleningsinstellingen stelt.

LITERATUUR

Boon, A.E., de Haan, A.M. & de Boer, S.B.B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere Jeugd-GGZ cliënten. *Kind en Adolescent*, 31 (1): 16-28.

Boon, A.E., De Haan, A.M., De Boer, S.B.B. & Isitman, N. (2012). Het bereik van de Jeugd-GGZ voor

jongeren van niet-Nederlands herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor 'interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin. *Epidemiologisch Bulletin*, 47 (3): 20-26.

Bovenkerk, F., & Yeşilgöz, Y. (2003). Nieuwe strafrechtsproblemen in Nederland. In F. Bovenkerk, M. Komen & Y. Yeşilgöz (red.), *Multiculturaliteit in de strafrechtpleging*, 120-128. Den Haag: Boom.

Domburgh, L. (2009). *Very young offenders. Characteristics of children and their environment in relation to (re-)offending*. (Dissertatie.) Amsterdam: Vrije Universiteit.

Gosden, N.P., Kramp, P., Gabrielsen, G., & Sestoft, D. (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.

Hamerlynck, S.M.J.J., Doreleijers, Th.A.H., Vermeiren, R.R.J.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2009). Civiel- en strafrechtelijk geplaatste meisjes in justitiële jeugdinrichtingen. Psychiatrische stoornissen, traumatisering en psychosociale problemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 87-96.

Knorth, E.J., & Eldering, L. (1998). Immigrant adolescents in residential group care and treatment settings: Research and experience in the Netherlands. *Child and Youth Care Forum*, 27, 237-258.

Sytema, S., Gunther, N., Reelick, F., Drukker, M., Pijl, B., & Land, H. van 't (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vollebergh, W.A.M. (2003). Gemiste kansen, Culturele diversiteit in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 24, 209-221.

D19 Patiëntenperspectief: zinvolle kennisbron? Over patiënten, psychiaters en wederzijdse participatie.

J.J. Stolker¹, M. ter Avest², W. Boevink³

¹Koerseigen, De Bilt

²Landelijk Platform GGZ

³Trimbos-instituut, Utrecht

joostjan.stolker@gmail.com

INHOUD

Patiëntenparticipatie staat op de agenda van de NVvP. Dat is van belang omdat verschil tussen patiënt- en psychiaterperspectief in het kader van kwaliteit van zorg onwenselijk is. Van patiëntenparticipatie wordt aangenomen dat het dat verschil zal verkleinen. Maar is dat ook zo? Patiëntenparticipatie betreft een eenzijdige benadering als het gaat om het creëren van een bondgenootschap tussen arts en patiënt. Evenzeer is psychiaterparticipatie in de ervaringswereld en het herstelproces van de patiënt noodzakelijk. Dat vraagt om een actieve verkenning van het patiëntenperspectief. Wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis zijn drie gelijkwaardige kenniskolommen die elkaar aanvullen en voeden. De vraag naar wat werkt in de psychiatrie wordt niet alleen vanuit de wetenschap beantwoord. Even legitiem zijn de antwoorden die vanuit ervaringsdeskundig perspectief worden gegeven. In de workshop nemen de deelnemers kennis van de documentaire *Gekkenwerk*, waarin het patiëntenperspectief centraal staat. De volgende vragen worden gesteld. Welke experience based-interventies komen in de documentaire naar voren? Per interventie: is deze te faciliteren en te versterken door psychiaters? Zo ja: hoe kunnen zij dat in hun concrete werkomgeving doen? Zo nee, waarom niet? Hoe kan voor deze interventie een wetenschappelijke basis worden gecreëerd?

VORM

Film en discussie

LEERDOELEN

- Kennis nemen van het patiëntperspectief, op psychisch lijden en herstel.
- Formuleren hoe in de eigen werkomgeving concreet het verschil tussen patiënt- en psychiaterperspectief kan worden verkleind.
- Inventariseren hoe voor ervaringen van patiënten een solide (wetenschappelijke) basis kan worden gevonden.

LITERATUURVERWIJZING

Boevink, W. (2012). Life beyond psychiatry. In: A. Rudnick (ed.) *Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 15-30.

Boevink, W., Plooy, A., Rooijen, S. van (red.) (2006). *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.

D20 Kinder- en jeugdpsychiatrie en de transitie?

C.G. Reichart¹, B.E. Lahuis², A.C.L. Allertz³, F.E. Scheepers⁴, ⁵A.P.C. Cohen

¹ Curium-LUMC, Oegstgeest

² Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Ede

³ GGz Centraal, Amersfoort

⁴ UMC Utrecht, Utrecht

⁵ De Jutters, Den Haag

ACHTERGROND

De kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) is volop in beweging: bezuinigingen in het veld, dreigende decentralisatie en gedachten over basis-ggz.

Wat betekent dit alles voor de KJP en hoe bereiden we ons voor? Positief in deze tijd is dat mede door deze externe druk de organisaties zelf stevig in beweging zijn gekomen en scherp nadenken over hun profiel, de wensen die patiënt en ouder nu daadwerkelijk hebben, en hoe op een verstandige efficiënte, doelmatige en patiëntvriendelijke wijze deze zorg vorm te geven: als instelling en vooral in samenspraak met andere zorgaanbieders om je heen.

Hoe bereidt eenieder zich op al deze bewegingen voor? Wat betekenen enerzijds concentratie en specialisatie (beperken praktijkvariatie) en anderzijds lokale verbindingen aangaan? Hoe doe je dat? Hoe bereiden we ons voor op de basis-ggz? Die is er natuurlijk niet van de ene op de andere dag.

Hoe zorgen we ervoor dat de KJP-kennis meer naar de eerste lijn toe gaat in de vorm van dienstverlening, triage en consultatie, zodat de eerste lijn straks ook daadwerkelijk in staat is om op een juiste manier kortdurend specialistische zorg in te zetten?

Ten doel wordt gesteld met elkaar een plan voor meerdere jaren te maken. We doen een aanzet om ideeën en expertise uit te wisselen met behulp van verhalen van verschillende sprekers: theorie en praktijk afgewisseld.

LEERDOELEN

Aan de hand van een lijst met knelpunten (op het gebied van wet- en regelgeving, financiën, zorginhoud, beleid of meer algemene knelpunten) zal een lid van de Taskforce Kinder- en Jeugdpsychiatrie* een plenaire discussie leiden waarvan de resultaten als input gebruikt kunnen worden om de toekomstige wijzigingen het hoofd te bieden.

* De Taskforce Kinder- en jeugdpsychiatrie is in april 2011 opgericht om zich onder meer richten op het beïnvloeden van de minister van VWS en de Tweede Kamer om van de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie af te zien en spant zich in voor alternatieve mogelijkheden.

D21 Samenwerking politie-ggz: goede initiatieven bij slechte ervaringen.

E. van Leeuwen¹, W. Tuinebreijer², C. Mooij³, J.B. Zoeteman¹

¹Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Amsterdam

²GGD, afdeling MGGZ, Amsterdam

³Politie Amsterdam-Amstelland, Amsterdam

ed.van.leeuwen@ggzspa.nl

Politie komt veel in aanraking met mensen met psychische en verslavingsproblemen.

Wel 20 tot 30 procent van het politiewerk zou ggz-gerelateerd zijn. Daarbij gaat het om patiënten die zich enerzijds zorgwekkend gedragen (bizar gedrag, depressie of agitatie), maar soms ook gevaarlijk zijn (suïcidaliteit, agressie en/of overlast). Wat volgt is een complex samenspel tussen politie en hulpverlening met ieder hun eigen mandaat, expertise en belangen. Daarbij moet rekening worden gehouden met de zorgbehoefte van de patiënt, de veiligheid voor patiënt en omgeving, de snelheid van handelen en de wettelijke kaders waarin men zich ongevraagd met de patiënt mag bemoeien. Patiënten moeten worden vastgehouden voor beoordeling, worden vervoerd, gegevens moeten worden uitgewisseld en soms moet er aangifte worden gedaan en strafrechtelijk vervolgd. Politie en hulpverlening werken samen zonder dat er duidelijke richtlijnen zijn.

Eind 2011 is een hernieuwd convenant afgesloten tussen GGZ Nederland en de politie om de samenwerking rond verwarde personen te verbeteren, met name in crisissituaties. Het convenant biedt enige landelijke kaders maar vooral wordt geadviseerd om regionaal invulling te geven aan de lokale problematiek. In Amsterdam is reeds 10 jaar ervaring met een zeer intensieve samenwerking tussen politie, gemeente en ggz in de crisisketen. De samenwerking uit zich onder andere in een snelle triage op het politiebureau, een onderzoeksruimte voor spoedeisende psychiatrie, 24 uurspiketdiensten en een wekelijks crisisketenoverleg.

VORM

Aan de hand van verschillende praktijkvoorbeelden zal met de deelnemers worden uitgewisseld waar knelpunten zitten, welke (lokale) initiatieven kunnen worden genomen en wat van elkaar kan worden geleerd.

LEERDOELEN

De deelnemer krijgt inzicht in de mogelijkheden tot samenwerking tussen politie en ggz, maar leert ook wanneer het belangrijk is dat ieder in zijn rol blijft. Deelnemers krijgen concrete ideeën hoe ze de samenwerking in hun eigen regio beter vorm kunnen geven.

D22 Depressiepreventie – noodzaak of onzin?

J. Ormel¹, M. Nijsen²

¹UMCG, afdeling Psychiatrie, Groningen

²ZonMW, Den Haag

j.ormel@umcg.nl

ACHTERGROND

Voorjaar 2012 heeft het ministerie van VWS een bijeenkomst georganiseerd om met een aantal experts uit de ggz en de academische psychiatrie te overleggen over depressiepreventie. Dit was zo interessant en leerzaam, vooral omdat de meningen sterk uiteenliepen, dat het nuttig leek om dit als discussiegroep deels te herhalen op het Voorjaarscongres 2013. Bij deze discussiegroep worden de meest uitgesproken en (deels) tegengestelde meningen opnieuw bij elkaar gebracht om te discussiëren over enkele stellingen.

STELLINGEN

- 1) Wil preventie kosteneffectief zijn, dan moet het zich richten op mensen met milde depressieve klachten.
- 2) Preventie van exclusief depressie is onzin; het is veel effectiever om preventie te richten op generieke risicofactoren.
- 3) Preventie van depressie is onzin; het is kosteneffectiever om de behandeling te verbeteren.
- 4) De middelen voor preventie moeten worden ingezet op het verlagen van het risico op recidieven bij patiënten die (grotendeels) hersteld zijn van een ernstige depressie.

LEERDOELEN

Inzicht krijgen in (a) de complexiteit van (depressie)preventie; (b) de factoren die een rol kunnen of moeten spelen in de verdeling van de schaarse middelen voor preventie; en (c) de (on)mogelijkheden van preventie van depressie. Hierdoor zou men beter uitgerust moeten zijn om zelf een mening te vormen over vragen als: wat moet de ambitie van depressiepreventie zijn? Welke doelgroepen dienen de grootste prioriteit te krijgen? Welke doelgroepen kunnen met minder aandacht af?

D23 Multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie

M.P. Lambregtse-van den Berg¹, J.J. Duvekot¹, A.J. Schneider¹, I.L. van Kamp², I.M. van Vliet², C.N. van der Veere³, J.U.M. Termote⁴, T.A. van Barneveld⁵, M.M.J. Wiegerinck⁶, C.A.L. van Rijn⁶

¹Erasmus MC, Rotterdam

²LUMC, Leiden

³Wilhelmina Ziekenhuis, Assen

⁴UMC, Utrecht

⁵Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

⁶Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht

mijke.vandenberg@erasmusmc.nl

ACHTERGROND

Een groeiend aantal vrouwen gebruikt selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) tijdens de zwangerschap, momenteel is dit 2 tot 3%. Er is veel onzekerheid over de risico's van het gebruik van SSRI's tijdens zwangerschap en lactatie, zowel bij patiënten als bij behandelaren. Dit resulteert in een grote diversiteit aan adviezen en behandelbeleid.

Recent is de multidisciplinaire richtlijn *SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie* verschenen.

De richtlijn bevat een overzicht en weging van de beschikbare literatuur aan de hand van een aantal klinisch relevante uitgangsvragen. Ook worden er aanbevelingen gegeven rond het gebruik van SSRI's in de preconceptionele periode, tijdens de zwangerschap, rondom de bevalling en in het kraambed met betrekking tot observatie van het kind en het geven van borstvoeding.

Van de deelnemers wordt verwacht dat zij voorafgaande aan de discussiegroep kennis hebben genomen van de (samenvatting van de) richtlijn *SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie*. Deze richtlijn is in te zien via de website van de NVvP.

Tijdens deze discussiegroep zal met de zaal gediscussieerd worden over de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen van de richtlijn. In het panel zitten een psychiater, een gynaecoloog, een kinderarts en een vertegenwoordiger van de patiëntenorganisatie, die betrokken waren bij de totstandkoming van de richtlijn.

STELLINGEN

- 1) Er is nog zo weinig wetenschappelijke onderbouwing over de effecten van SSRI's tijdens de zwangerschap dat de huidige richtlijn een schijnoplossing is.
- 3) Bij alle zwangere vrouwen die een SSRI gebruiken, is een eenmalig consult bij een psychiater noodzakelijk.
- 3) Gezien de zeer lage prevalentie van ernstige neonatale complicaties na intra-uterine blootstelling aan SSRI's, zou een thuisbevalling verantwoord moeten zijn.

LEERDOELEN

Aan het eind van deze discussiegroep is de deelnemer zich bewust van:

- 1) de dilemma's bij het maken en toepassen van deze richtlijn.
- 2) de factoren die een rol spelen bij het opstellen van een behandelplan bij (toekomstig) zwangere vrouwen die SSRI's gebruiken.

LITERATUUR

Richtlijn: *SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie* (2012), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

D24 Psychofarmaca en etniciteit: genotypering ja of nee?

M.H. Braakman², F. Sevinç², C.J. Laban³

¹Pro Persona, Wolfheze

²AlleKleur, Amsterdam

³GGZ Drenthe, De Evenaar, Beilen

m.braakman@propersona.nl

ACHTERGROND

Er zijn grote verschillen in onder meer het metaboliseren van psychofarmaca onder etnische groepen. Mario Braakman, psychiater en cultureel antropoloog, zal een inleiding verzorgen waarbij hij in zal gaan op de vakinhoudelijke en ethische aspecten van genotypering, en welke informatie dit oplevert. Ook zal hij de praktijk van genotypering bij migranten toelichten. Het perspectief van kritische tegenstanders zal aan bod komen, naast kosteneffectiviteit en mogelijke alternatieven: bloedspiegelbepalingen en fenotyperingen.

STELLINGEN

- 1) Hoogwaardige psychofarmacologische zorg voor migranten betekent het scheppen van een goede werkrelatie, het verrichten van cultuursensitieve diagnostiek en het uitvoeren van cultuursensitieve behandeling en waar nodig genotypering.
- 2) In maatwerk-farmacotherapie is ook plaats voor genotypering.
- 3) Naast evidence-based kennis dient in multidisciplinaire richtlijnen person-based kennis vertegenwoordigd te worden, zoals psychofarmaca en etniciteit.
- 4) Laboratoria moeten het mogelijk maken dat op een simpele en snelle manier genotypering aangevraagd kan worden.

LEERDOELEN

- De deelnemer wordt zich bewust van het bestaan van inter-etnische verschillen in werking en bijwerkingen van (psycho)farmaca.
- De deelnemer kan zich een mening vormen over zin en onzin van genotypering en de mogelijkheden in praktische en financiële zin.
- De deelnemer kan zich een mening vormen en gericht en efficiënter gebruik maken van de mogelijkheden voor genotypering bij psychofarmacologie bij migranten.

LITERATUUR

Bjornsson, T.D., e.a., A review and assessment of potential sources of ethnic differences in drug responsiveness. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2003; 43(9): 943-967.

Braakman, M.H., Benigne etnische neutropenie en clozapine. *PsyFar*, 2009a; 4: 54-57.

Braakman, M.H. en Hoencamp, E., Farmacologische interventies. In: *Intercultureel addendum stemmingsstoornissen*. 2012 in press.

Kortmann, F.A.M. en Oude Voshaar, R.C., Aspecten van farmacotherapie bij etnische minderheden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1998; (3): 143-155.

McMahon, F.J. e.a., Variation in the Gene Encoding the Serotonin 2A Receptor Is Associated with Outcome of Antidepressant Treatment. *American Journal of Human Genetics*. 2006; 78(5): 804-814.

D25 Vijf jaar reductie van dwang en drang: veldpartijen in discussie

E.O. Noorthoorn¹, Y. Voskes², H. Harmsen³, M. Leenders⁴, M.C.G. van der Zanden⁵, G.A.M. Widdershoven²

¹GGnet, Bestuursbureau, Warnsveld

²VUmc, Amsterdam

³GGZ Nederland, Amersfoort

⁴Altrecht, Utrecht

⁵Inspectie Volksgezondheid, Utrecht

e.noorthoorn@ggnet.nl

Het ministerie van VWS en de Nederlandse zorgautoriteit stimuleren instellingen in de ggz sinds 2006 om de kwaliteit van zorg te verbeteren als het gaat om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, en met name separatie. Ondanks een veelheid aan initiatieven en een grote hoeveelheid stimuleringsgelden lijken de effecten van de inspanningen beperkt, zo blijkt uit een aantal trendrapporten van eind 2011 (Noorthoorn e.a., 2011; Inspectie, 2011). Naar aanleiding van het rapport van de inspectie heeft GGZ Nederland zich ten doel gesteld eenzame opsluiting te voorkomen, terwijl de inspectie deze middels handhaving wil gaan verbieden. In hoeverre deze doelstellingen in de praktijk haalbaar zijn, is echter de vraag. In deze discussiegroep zal eerst kort worden ingegaan op:

1) de uitkomsten van vijf jaar onderzoek naar trends in vrijheidsbeperkende maatregelen;
2) de uitkomsten van onderzoek naar best practices in het kader van de reductie van dwang en drang. Deze bevindingen worden afgezet tegen de bevindingen van de inspectie en het standpunt van de verschillende veldpartijen, zoals de inspectie, GGZ Nederland en de instellingen. In de discussiegroep is vooral aandacht voor de praktische betekenis van de uitkomsten van het onderzoek en het standpunt van de inspectie en andere veldpartijen over de mate waarin best practices ook daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast. De verschillende veldpartijen kijken naar de wijze waarop de ingezette veranderingen in de toekomst beter over Nederland verspreid kunnen worden en verder worden geborgd. Thema's in de discussie zijn mogelijkheden, risico's en bedreigende factoren .

LEERDOELEN

Opinievorming over beleidskeuzes, effectieve interventies rond reductie van separaties, keuzes rond handhaving door de inspectie in de komende jaren.

REFERENTIES

E.O. Noorthoorn, W.A. Janssen, A. Hoogendoorn, A. Bousardt, Y. Voskes, A. Smit, H.L.I. Nijman, C.L. Mulder en G.A.M. Widdershoven. *Vier jaar Argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010*, Warnsveld, december 2011.

Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Inspectie van de Gezondheidszorg. Utrecht, december 2011.

D26 Het bed moet uit de genen

J.R. van Veldhuizen

CCAF, Groningen

remmersv@hotmail.com

ACHTERGROND

Recent sloten het ministerie van VWS, GGZ Nederland, zorgverzekeraars en andere partijen een breed akkoord over meer ambulante zorg in de wijk en minder ggz-bedden. Dat beleid wordt ondersteund door ervaringen in regio's met sterke outreachende zorg en door internationale trends. Maar bij crisis of ontregeling wordt nog altijd snel gedacht aan een klinische opname. Opname is een reflex, oftewel: 'het zit in de genen'. Maar inmiddels zijn er veel opnamevervangende vormen van (outreachende, intensieve) zorg en behandeling. Er ontstaat steeds meer consensus over dit beleid, dat mede leidt tot reductie van het aantal psychiatriebedden.

Er worden resultaten gepresenteerd over: (1) opbouw ambulante zorg, certificering, nieuwe uitdagingen; (2) Nationale Monitor Bedreductie; (3) implementatie outreachende ggz en effectonderzoek; (4) nieuwe vormen van klinische zorg (HC, IC, TOP).

De beleidsverandering rond bedreductie in de ggz biedt ruimte voor een positieve ontwikkeling. Maar dat vraagt diepgaande wijzigingen in de psychiatrische praktijk van alledag.

DOEL

Deelnemers krijgen een beeld van het huidige en toekomstige beleid. Zij kunnen na dit congres reflecteren op de impact van dit beleid op zowel het dagelijkse werk als de structuur van de ggz.

METHODE

In deze discussiegroep gaan 5 sprekers in op aspecten van ambulantisering en bedreductie: (1) de visie en internationale ervaringen; (2) de realiteit van bedreductie in Nederland; (3) de ontwikkeling van nieuwe intensieve, outreachende vormen van zorg en behandeling; (4) de betekenis voor de kliniek: minder bedden, meer High- en Intensive Care (HC en IC), andere bedden.

D27 Dans la maison- Liefde en agressie bij jong en oud

L.M. Dil, F.E.R.E.R de Jonghe
Arkin, Jeugd C/OW, Amsterdam
l.m.dil@zonnet.nl

DANS LA MAISON, een film van François Ozon (2012), met Fabrice Luchini, Kristin Scott Thomas en anderen. Claude, een innemende en begaafde adolescent, succesvol ondanks een problematische achtergrond, ontwikkelt een bijzondere relatie met Germain, zijn leraar Franse taal en diens echtgenote, en met een schoolkameraad en diens ouders. Al deze mensen accepteren en waarderen hem, en raken, mede door de bijzondere plaats die hij in hun leven verwerft, in een diepe crisis. De film laat zien wat de adolescent observeert, beschrijft, fantaseert en uitleeft, en suggereert wat hij, op grond van zijn talenten en zijn voorgeschiedenis, zoekt 'dans la maison' van zijn schoolkameraad. Het verhaal is voldoende ambigu om tot een diepgaande discussie te leiden over de interactie tussen 'aanleg' en 'omgeving'.

NB Het verdient de aanbeveling om de film voorafgaand aan de discussie te bekijken.

D28 Omgeven door wetenschap: de combinatie van de (opleiding tot) psychiater en promotieonderzoek

F.E. de Vries¹, J. van Mill²

¹VUmc, Amsterdam

²GGZ inGeest, Amsterdam

j.mill@ggzingeest.nl

ACHTERGROND

Een grote groep psychiaters (in opleiding) doet naast klinisch werk ook wetenschappelijk onderzoek of denkt erover na om dit te gaan doen. Deze discussiegroep is bedoeld voor aios psychiatrie en psychiaters die overwegen om te gaan promoveren, maar nog niet precies weten hoe ze dit willen organiseren.

Promoveren kan voorafgaand aan of na afronding van de opleiding tot psychiater, of juist gecombineerd worden met de opleiding (AGIKO-traject). Elk traject zal worden toegelicht door een psychiater die dit zelf doorlopen heeft. Zowel de voordelen als de nadelen van verschillende opties komen aan bod en er worden een aantal suggesties gedaan om een promotietraject goed te laten verlopen. Vervolgens is er ruimte voor discussie en vragen aan het panel.

STELLINGEN

- 1) Het is onverstandig om tegelijk met opleiding en onderzoek bezig te zijn (AGIKO-traject) omdat dit leidt tot minder kwaliteit van beide activiteiten.
- 2) Promoties van psychiaters zouden direct moeten leiden tot praktische toepassingen in de patiëntenzorg.
- 3) Artsen/ psychiaters ontwikkelen onvoldoende academische vaardigheden tijdens hun studie en vervolgopleiding. Het is daarom van groot belang voor clinici om te promoveren en deze academische competentie te ontwikkelen.

LEERDOELEN

Na afloop van de discussiegroep hebben de deelnemers een beeld van de verschillende soorten promotietrajecten. De deelnemers kennen de voor- en nadelen van de verschillende trajecten en krijgen de kans om hierover specifieke vragen te stellen aan de leden van het panel. Met deze discussiegroep hopen we bij te dragen aan de besluitvorming van de deelnemers om onderzoek al dan niet met klinisch werk te combineren, en inzicht te geven in de manieren waarop dit georganiseerd kan worden.

D29 Hoge verwachtingen: over het spanningsveld tussen politiek en praktijk rondom de behandelbaarheid van jonge gewelddadige veelplegers

C.J.M. Grimbergen, W.C. Tuinebreijer, T.J.L. Fassaert, M.W. Segeren
GGD Amsterdam, Vangnet en Advies, Amsterdam
wtuinebreijer@ggd.amsterdam.nl

INHOUD

De burgemeester van Amsterdam geeft hoge prioriteit aan het verminderen van criminaliteit door jongvolwassenen. Daartoe is in 2011 het Top 600-project opgezet, waarbij er straf-zorgcombinaties moeten worden gemaakt voor de 600 meest veelplegende jongeren. De GGD heeft in samenwerking met de ggz-partijen de taak om deze jongeren te screenen en indien mogelijk te behandelen. De ervaring in dit project leert dat de verwachtingen over behandelbaarheden en -resultaten hooggespannen zijn. Soms onrealistisch hoog. Dit sluit aan bij bredere maatschappelijke ontwikkelingen in afgelopen jaren waarbij de ggz de verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld voor het beheersen van gedrag van mensen met psychische klachten. Het sluit aan bij hooggespannen verwachtingen dat al het afwijkend gedrag beheersbaar is en dat elk incident kan worden voorkomen.

VORM

De workshop bestaat uit twee delen. In het eerste deel presenteren wij de eerste resultaten van onderzoek naar de jongeren in de Top 600. Aan de hand van analyses van hun voorgeschiedenis, de zorgconsumptie in de jaren voorafgaand aan het project en de uitkomsten van de psychiatrische screening trekken wij een conclusie over de behandelbaarheid van deze groep. Het tweede deel van de workshop bestaat uit een discussie over de hoge maatschappelijke verwachtingen over de beheersbaarheid en behandelbaarheid van afwijkend gedrag.

LEERDOELEN

Meningsvorming rondom het thema behandelbaarheid en beheersbaarheid van afwijkend gedrag. Hoe moet de ggz omgaan met deze hoge verwachtingen? Hoe moeten we ons teweerstellen tegen de eisen van de politiek om mensen te 'behandelen' in die gevallen dat er geen behandeling mogelijk is? Is onhandelbaar ook altijd onbehandelbaar?

LITERATUURVERWIJZINGEN

Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending -guidelines from research and practice*. Chichester, England: Wiley.

Gezondheidsraad. *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Advies 2006/07, 8-5-2006, Den Haag.

Lowenkamp, C.T. & Latessa, E.J. (2005). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology and Public Policy*, 4, 501-528.

Put, C.E. van der, Dekovic, M., Stams, G.J.J.M., Hoeve, M., Laan, P.H. van der (2012). Het belang van vroegtijdig ingrijpen bij jeugdcriminaliteit. Onderzoek naar de samenhang tussen risicofactoren en recidive op verschillende leeftijden. *Kind en Adolescent*, 33, 2-20.