

Abstracts

Discussiegroepen

Voorjaarcongres 2014



Inhoud

D1 Motiverende interventies voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)	4
D2 PTSS in de DSM-5: hoe nu verder?.....	6
D3 “Help, ik probeer alleen de patiënt maar te motiveren”	7
D4 Motivatie tot herstel.....	8
D5 Hoe blijven we gemotiveerd: van lijdend voorwerp naar leidend voortrekker.....	9
D6 De High & Intensive Care (HIC); een nieuw, motiverend model voor een acute psychiatrische opnameafdeling	10
D7 Selecteren op motivatie: beladen maar noodzakelijk. Hoe houden we het lean and mean in de complexe psychiatrie?	12
D8 Palliatieve terminale zorg in de ggz.....	13
D9 Psychiater, politie en publieke veiligheid: wie doet wat?	14
D10 Sociale motieven in de 21 ^e eeuw: het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen en de implicaties voor de ggz.....	16
D11 Patiëntenvoorlichting. Nieuwe tijden, nieuwe vormen.....	18
D12 Nog altijd worden er te weinig allochtonen in de jeugd-ggz behandeld. Is dat een gebrek aan motivatie van ons of van hen?	19
D13 ROM: mijnenveld of bloemenwei?	20
D14 Kennisagenda ggz: is Nederland klaar voor één gemeenschappelijke database?	22
D15 Een medische staf in de ggz: hoe zetten we hem op en wat doen we ermee?	23
D16 De psychiater in de Generalistische Basis GGZ.....	24
D17 Hoe zit het met de motivatie van de psychiater zélf? Prominente ervaringsdeskundigen bevragen prominente psychiaters	25
D18 ANGST	26
D19 Weg van de DSM?! Implementatie van de DSM-5 in Nederland.....	28
D20 0 = nul suïcides in de ggz. Durven we te willen wat we kunnen?	29
D21 Academische werkplaatsen voor forensische jeugd: een kwestie van motivatie!	30
D22 Euthanasie bij dementie	31

D23 EPA Persoonlijkheidsstoornissen: motiveren tot 'Meedoen'	32
D24 Samen kiezen voor een gemotiveerde behandeling.....	33
D25 Motivatie voor méér: de combinatie van de opleiding tot psychiater met promotie-onderzoek	35
D26 De kindbeschermingsmaatregel als motivatie voor ouderschapsbehandeling.....	36
D27 Impact van suïcide en euthanasie	37
D28 HOOP 2.0.: en hoe nu verder?.....	39
D30 Beleid, publiek en media motiveren – aandacht voor de psychiatrie krijgen van beleidsmakers en het algemene publiek vergt strategie.....	40
D31 Aangescherpte ZGP-veldnormen vormen in 2015 de basis voor het inkoopbeleid van verzekeraars: wens of realiteit?	41

DI Motiverende interventies voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)

C.M. van der Feltz-Cornelis¹, J. Tielens², T. Staring³, E.L. Noodraven⁴, E.C. Jochems⁵

¹GGz Breburg / Tilburg University, Tilburg

²MoleMann Tielens, Amsterdam

³Altrecht, Utrecht

⁴Centrum Dubbele Problematiek (CDP) Palier, Parnassia, Den Haag

⁵Erasmus MC Universitair Medisch Centrum, Psychiatrie, Rotterdam

C.vanderFeltz-Cornelis@ggzbreburg.nl

INHOUD

(F)ACT-teams boeken superieure resultaten ten opzichte van andere behandelvormen als het gaat om het in stand houden van behandelcontact met patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Toch blijven therapieontrouw en drop-out een probleem. Voor mensen met EPA die zorg accepteren maar ambivalent gedrag vertonen (dat door hulpverleners gezien kan worden als zowel ziek als 'moeilijk'), lijken er momenteel geen effectieve behandelstrategieën voorhanden. In deze discussie wordt eerst ingegaan op de evidence base voor adherence-therapieën, en vervolgens worden drie interventies gepresenteerd die gezien kunnen worden als alternatieven voor de bestaande methoden: Motivatie Feedback (expliciet monitoren en bespreken van de motivatie voor behandeling), Money for Medication (betaling aan patiënten voor het accepteren van medicatie) en de Verbindende Gesprekstechniek (een techniek gericht op het contact krijgen en houden met mensen met een psychotische stoornis).

VORM

Vier presentaties. Van elke presentatie is het eerste deel informatief; in het tweede deel worden stellingen gepresenteerd waarover gediscussieerd zal worden met deelnemers.

STELLINGEN

1. De groep patiënten die therapieontrouw is, zal nooit zo goed functioneren als de groep die meer uit zichzelf therapietrouw is, ook al nemen ze hun pillen beter.
2. Patiënten zijn ontrouw geworden als gevolg van een bij hen gebrekkige effectiviteit van de antipsychotische medicatie.
3. Het expliciet bespreken van de motivatie voor behandeling samen met de patiënt zou standaard regelmatig aan bod moeten komen in de behandeling.
4. Interventies ter verbetering van de therapietrouw zullen nooit effect bewerkstelligen op symptoomniveau en welbevinden.
5. Het is een goed idee om goed gedrag van patiënten te belonen met geld, waaronder het geven van geld aan patiënten om hun medicatie te nemen.
6. Patiënten geld geven om hun medicatie te accepteren zal de intrinsieke motivatie tenietdoen.
7. Het huidige concept van psychose, waarbij ontbrekend ziektebesef wordt gezien als een barrière voor effectieve behandeling, zou aangepast moeten worden.
8. De therapietrouw bij psychose is zo goed als de kwaliteit van de hulpverlener.

LEERDOELEN

Het redeneren dat ernstige symptomen en terugval in psychose het gevolg zijn van gebrekkige therapietrouw, is wellicht vaak niet terecht.

- De deelnemer wordt aan het denken gezet over alternatieve hypothesen.
- De deelnemer maakt kennis met drie interventies: Motivatie Feedback, Money for Medication en de Verbindende Gesprekstechniek.

LITERATUURVERWIJZING

1. Amador, X. *I am not sick, I don't need help! How to help someone with mental illness accept treatment*. New York: Vida Press; 2007. ISBN 978-0-9677189-2-9.
2. Tielens, J. *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. ISBN 978-90-5898.
3. Staring, A.B.P., van der Gaag, M., & Mulder, C.M. Schizophrenia and antipsychotic medication – Better adherence, better outcomes? *Schizophrenia Research*. 2013. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.035.

D2 PTSS in de DSM-5: hoe nu verder?

M.H. Braakman¹, M.A. Boeschoten², C.S. de Kloet³, A.R. Rademaker⁴, K. Thomaes⁵

¹Pro Persona, De Bogen/ A-opleiding, Wolfheze

²Stichting Centrum '45 en Stichting Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen

³GGZ Leiden Rivierduinen, Leiden

⁴Onderzoekscentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht

⁵VUmc GGZ inGeest, Amsterdam

m.braakman@propersona.nl

INHOUD

Met de introductie van de DSM-5 zijn er voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS) verschillende wijzigingen doorgevoerd. Zo is er een categorie 'Trauma- en Stressor-gerelateerde stoornissen' gekomen, waaronder PTSS voortaan zal vallen. Ook zijn er meerdere wijzigingen in de diagnostische criteria voor PTSS doorgevoerd. De huidige gouden standaard voor het vaststellen van een PTSS, de Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Weathers e.a. 2001) is hierop aangepast en wordt momenteel via een Crowd Translation-methode vertaald.

VRAGEN

Niettemin roept de DSM-5 (en bijgevolg CAPS-5) de nodige vragen op:

- Algemene vragen ten aanzien van de diagnostiek en de interpretatie en validiteit van onderzoeksbevindingen uit het verleden.
- Vragen over de blijvende grote diversiteit in ernst en symptomatologie binnen een diagnose.
- Waarom is er wel gekozen voor een dissociatief subtype maar niet voor een psychotisch subtype?
- Waar is het concept van de complexe PTSS gebleven?
- Moet traumabehandeling niet breder ingezet worden dan alleen in de behandeling van PTSS?
- Moeten we niet af van het denken in termen van comorbiditeit, en moeten we in plaats daarvan niet denken in 'subtypes' of kiezen voor de ICD-10.

Na een introductie over de nieuwe DSM- en ICD-criteria voor (complexe) PTSS en een toelichting ten aanzien van de komende Nederlandse CAPS-5, zullen het concept PTSS en de meetbaarheid ervan worden bediscussieerd. Deze en vele andere vragen zullen de revue passeren op dit discussieforum, waarin vier klinici en wetenschappelijk onderzoekers per vraag een stelling zullen formuleren.

STELLINGEN

Tijdens de discussie zullen onder andere de volgende stellingen naar voren worden gebracht:

1. We moeten af van het denken in termen van comorbiditeit en toegaan naar indeling in 'subtypes'.
2. Complex trauma is terecht gesneuveld in DSM-5.
3. De ICD is een beter alternatief.
4. Het werken met het concept PTSS heeft het risico dat alleen patiënten met de diagnose PTSS traumabehandeling krijgen.

LEERDOELEN

- De deelnemers zijn volledig op de hoogte van de diagnostische criteria van de DSM-5, subsectie 'trauma en stressor-gerelateerde stoornissen' en de ICD-classificatie voor (complexe) PTSS.
- De deelnemers zijn op de hoogte van de diversiteit aan symptomatologie en mogelijke indicaties voor traumabehandeling.

D3 “Help, ik probeer alleen de patiënt maar te motiveren”

Hoever mag een hulpverlener gaan in het motiveren tot zorg?

J.E. Cornelis¹, A. Vellinga¹, S. Welie², S. Mulder¹

¹Arkin, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, A-opleiding, Amsterdam

²Stichting PVP, Utrecht

jurgen.cornelis@arkin.nl

INHOUD

Patiënten motiveren voor zorg behoort tot de taken van elke hulpverlener in de psychiatrie. Contact maken, kijken wat de behoefte is van de patiënt en tevens van zijn omgeving, informatie geven over ziekte en behandeling kunnen daar onderdeel van zijn. Maar soms worden er andere middelen ingezet. De behandelaar wil alleen maar op de wens van de patiënt ingaan als die naar de dagbehandeling komt. Er wordt geld of een televisie geboden in ruil voor medicatie-inname. Naasten worden betrokken, zonder medeweten van de patiënt, om hem te bewegen tot... Of er wordt gedreigd met een gedwongen opname.

Hoever mogen hulpverleners gaan? Of hoever moeten hulpverleners gaan?

STELLINGEN

Aan de hand van casuïstiek wordt met een psychiater, een ethicus, een jurist en de zaal gediscussieerd hoever motiveren mag en soms moet gaan. Stellingen hierbij kunnen zijn:

1. Artsen / psychiaters zijn nu te veel jurist en te weinig arts.
2. De autonomie van de patiënt wordt vergroot in afhankelijkheid van zijn familie.
3. Een gedwongen opname is een onvermogen van de hulpverlening om met de patiënt en zijn systeem in contact te komen.

LEERDOELEN

Elke deelnemer zal meer zicht krijgen op de overwegingen die hijzelf en anderen maken over wat wel en niet is toegestaan om patiënten te motiveren tot het krijgen van zorg.

D4 Motivatie tot herstel

S.H. Makkink, J. van Os, M. de Pater & J. Verhaegh
LPGGz, Utrecht
s.makkink@platformggz.nl

INHOUD

Veel cliënten wachten langere tijd op genezing, op het heil van boven. Uit onderzoek en ervaringen blijkt dat juist in de ggz een actieve rol van de cliënt een vereiste is om resultaten te kunnen boeken met betrekking tot genezing (medisch herstel) en persoonlijk herstel.

In deze discussiegroep wordt een verkenning uitgevoerd naar voor de cliënt belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot het (her)nemen van de regie over het eigen leven en de daarvoor benodigde zorg, ondersteuning en te vervullen randvoorwaarden.

De relevantie van het naar voren halen van het omslagpunt van de passieve patiëntenrol naar de actieve cliëntenrol is evident (hernemen van het eigen initiatief, zelf (weer) plannen maken).

Hierdoor kan voor de cliënt de bijkomende schade van langere tijd aan de zijlijn staan worden beperkt, zorggelden kunnen doelmatiger worden besteed, en de motivatie van behandelaren staat minder onder druk als blijkt dat het beter gaat met de cliënt.

VORM

Desalniettemin is vooralsnog onvoldoende scherp in beeld wat ervoor nodig is om de eigen (herstel)kracht van de cliënt in een vroegtijdig stadium aan te spreken. Een tiental ervaringsdeskundigen zullen hierop bevraagd worden door Margreet de Pater:

- Kun je, terugkijkend, een moment benoemen waarop je dacht: 'En nu is het welletjes; wat wil ik eigenlijk zelf?'
- Welke omstandigheden en/of redenen hebben je daartoe geïnspireerd?
- Hoe is je herstelproces vervolgens verlopen?
- Hoe gaat het nu met je?
- Welke adviezen/tips heb je vanuit je eigen ervaringen voor cliënten, behandelaren en andere mogelijk relevante personen en partijen?

Op basis van de uitkomsten van deze gesprekken zal met de deelnemers aan het symposium een verdiepende analyse worden uitgevoerd omtrent de vraag welke consequenties deze uitkomsten hebben voor de dagelijkse behandelpraktijk.

D5 Hoe blijven we gemotiveerd: van lijdend voorwerp naar leidend voortrekker

M.H. Braakman¹, C.S. de Kloet², R. Vernimmen³, M.B.J. Blom⁴, T.J.M. Ingenhoven¹

¹Pro Persona, De Bogen/ A-opleiding, Wolfheze

²GGZ Leiden Rivierduinen, Leiden

³Altrecht, Utrecht

⁴PsyQ, Zoetermeer

m.braakman@propersona.nl

INHOUD

Opmerkingen als: 'Is mijn tijd nu al op?' of 'Voor gesprekken moet ik toch bij mijn SPV zijn?' laten zien hoe ons vak is veranderd. Van leidinggevend psychiater en psychotherapeut naar onder productiedruk voortploeterende pillenschrijver en medisch administrateur?

Buiten de onvrede in de wandelgangen horen we weinig rumoer. De veranderingen voor de kinderpsychiatrie lijken de volwassenenpsychiater weinig te doen. Maar ook de overgang naar een Basis GGZ en een Gespecialiseerde GGZ roept weinig activiteit op. 'Kop in het zand' lijkt het devies. Het besef van urgentie om een leidende positie in te nemen en voortrekker te zijn lijkt te ontbreken.

STELLINGEN/VRAGEN

In deze discussiegroep worden de urgentie en de verschillende manieren om weer op koers te komen bediscussieerd:

- Hoe zien we onze rol als psychiater eigenlijk en is deze rol nog haalbaar en betaalbaar?
- Waarom hebben we de rol niet die bij onze eindverantwoordelijkheid past? Krijgen we hem niet, of nemen we hem niet?
- Welke vaardigheden zijn nodig om een leidende positie in te nemen? Hoe moet dat weerspiegeld worden in de opleiding?
- Moeten we de psychotherapeut, de verpleegkundig specialist maar ook e-health omarmen vanuit kostenefficiëntie, of tasten we daarmee de kwaliteit van zorg aan?
- Kortom: hoe komen we weer van onze passief lijdende positie in een actief leidende rol?

VORM

Onder voorzitterschap van Roxanne Vernimmen (bestuur NVvP) wordt, met actieve inbreng van het publiek, constructief gediscussieerd over deze dilemma's en mogelijke oplossingen door de psychiater/opleider (Mario Braakman), de psychiater/psychotherapeut (Theo Ingenhoven), de psychiater/ bestuurder (Marc Blom) en de psychiater/oprichter medisch staf (Carien de Kloet).

LEERDOELEN

De deelnemer verkrijgt meer inzicht in de toekomstige rol die hij/zij zou kunnen of moeten spelen in de ggz in verandering.

D6 De High & Intensive Care (HIC); een nieuw, motiverend model voor een acute psychiatrische opnameafdeling

A.F.M.M. van Mierlo¹, J.P.A.M. Bogers², Y. Voskes³, M. van Hees⁴

¹GGz Breburg, Etten-Leur

²GGZ Leiden, Leiden

³VUmc, Amsterdam

⁴CQ Procesmanagement, Amersfoort

T.vanMierlo@ggzbreburg.nl

INHOUD

Met tal van landelijke (ggz-)partners is afgelopen jaar gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuw en richtinggevend kader voor de klinische crisisopname, de High & Intensive Care (HIC). Dit kader is gebaseerd op evidence-based practices, best practices en consensus tussen zorginhoudelijke professionals. Het is voorzien van heldere uitgangspunten en een normenkader, de HIC-monitor. High & Intensive Care is een antwoord op de behoefte in de samenleving om mensen die in ernstige psychiatrische nood verkeren goed en menswaardig op te vangen en te behandelen, in een omgeving waar veiligheid en bescherming gecombineerd worden met respectvolle zorg en behandeling. Juist tijdens de confrontatie met een ontwrichtende crisis draait het om het zoeken naar aansluiting met de patiënt, het maken van contact en het vermijden van een beheersklimaat. Centraal staat daarin het terugdringen van dwang en drang met de aandacht gericht op het herwinnen van de eigen regie van de cliënt die een ernstige crisis doormaakt. Daarbij wordt zo intensief mogelijk samengewerkt met de ambulante behandelaars en het steunsysteem. Het ontwikkelen van dit kader heeft alle partijen enorm gemotiveerd om verschil te maken in de kwaliteit van een gesloten afdeling. In vier korte presentaties wordt de HIC vanuit verschillende perspectieven belicht:

- HIC – het model (Tom van Mierlo, GGz Breburg);
- HIC – hersteldenken als uitgangspunt (Jan Bogers, GGZ Rivierduinen);
- HIC – de financiële consequenties (Michiel van Hees, CQ Procesmanagement);
- HIC – het onderzoek en de implementatie (Yolande Voskes, VUmc).

STELLINGEN

Tom van Mierlo is discussieleider in een discussie met de zaal aan de hand van de volgende stellingen:

- *Beheersmaatregelen zijn onvermijdelijk op een HIC.*
- *Een goede HIC is een lege HIC: dat gaat lukken!*
- *Er is geen sprake van een herstelproces in tijden van een crisis.*
- *De extra beveiligde kamer (EBK) is gewoon een duur woord voor een veredelde separeer cel.*
- *De benodigde 1-op-1- begeleiding is een onhaalbaar/onbetaalbaar concept.*
- *Het onderzoek gaat een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en implementatie van een HIC.*
- *HIC, de nieuw gouden standaard.*

LEERDOELEN

- Inzicht geven in het kader van de High & Intensive Care: wat maakt de HIC essentieel anders dan de huidige situatie?
- Uw eigen opvattingen aanscherpen en de huidige situatie en eventuele beleidsvoornemens van uw organisatie met betrekking tot HIC spiegelen.
- Zicht krijgen op het model en uitgangspunten, het cliënt/familieperspectief, de financiële consequenties en mogelijkheden, de implementatie en het onderzoek dat wordt geïnitieerd.

LITERATUURVERWIJZING

1. Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. (2013). *Werkboek High en Intensive Care*. De Tijdstroom

2. Veldhuizen, R. van, Bhlér, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom
3. Voskes, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G. (2011). *Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland

D7 Selecteren op motivatie: beladen maar noodzakelijk. Hoe houden we het lean and mean in de complexe psychiatrie?

J.A.E. Tielens¹, E. van Meekeren²

¹MoleMann Tielens, De Brouwerij, Amsterdam

²Scelta, Expertisecentrum voor Persoonlijkeheidsproblematiek, Den Haag

j.tielens5@upcmail.nl

INHOUD

Er is minder geld te verdelen en dat betekent keuzes maken: wie krijgt de zorg (en wie niet of minder)? En hoeveel en hoelang? Vanuit alle doelgroepen, programma's en belangen wordt altijd geroepen: wij meer! Het is nodig dat we vanuit de psychiatrie zelf met oplossingen komen. Wij kiezen voor het congresstema als uitgangspunt: motivatie als parameter. En dat bij complexe, vaak langdurige zorg, in casu: mensen met chronisch psychotische aandoeningen en persoonlijkheidsstoornissen.

Juist bij deze mensen lijkt de motivatie soms verborgen of ver weg. Wij schetsen een model voor een kritische ingang, voortgang en uitgang in de zorg. Met speciale aandacht voor het thema regressie, dat de zorg immers snel onnodig verlengt. De regering vindt dat wij wat meer aan de zorgvragers mogen vragen. Dat vinden wij ook: voor wat hoort wat! Maar dat vraagt vooral ook werk bij de hulpaanbieders!

VORM

De beide discussieleiders zullen een inleiding houden over motivatie bij twee groepen uit de complexe psychiatrie: mensen met een borderline-stoornis en mensen met schizofrenie. Vervolgens zal een kritische discussie uitgelokt worden bij de aanwezigen over zaken als zorgplicht, eigen verantwoordelijkheid, privacy en regressie. Wie krijgt er nu zorg in tijden van geldgebrek? En wat betekent dat voor patiënt en zorgverlener?

LEERDOELEN

Hoe kunt u in de complexe psychiatrie de noodzakelijke zorg leveren en tegelijkertijd de patiënt aanspreken op zijn verantwoordelijkheid en participeren in de behandeling en in de samenleving?

LITERATUURVERWIJZING

1. Tielens, J. (2012): *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 978-90-5898.
2. Meekeren, E. van (2009). *Samenhangend behandelen van borderlinepatiënten. Soleren in een bigband*. Amsterdam: Benecke

D8 Palliatieve terminale zorg in de ggz

W. Wesselink, H. de Kam

GGz Centraal, Ouderenpsychiatrie & somatiek, Amersfoort

w.wesselink@ggzcentraal.nl

INHOUD

In Nederland sterven gemiddeld 450 patiënten na een ziekbed op een psychiatrische afdeling van een ggz-instelling (1). In de multidisciplinaire richtlijnen is niet beschreven hoe de behandeling en zorg aan het levenseinde van deze patiënten eruit moeten zien. Horen deze behandeling en zorg wel of niet binnen de psychiatrie? Wij willen de deelnemers aan de discussiegroep motiveren dat Palliatieve Terminale Zorg (PTZ) in de ggz mogelijk en waardevol is.

Vanaf 2000 heeft een multidisciplinaire werkgroep binnen GGz Centraal de PTZ vormgegeven. De kennis over PTZ binnen de ggz is gering, en ook bij de reguliere hospices is vaak te weinig ervaring en kennis voorhanden om stervensbegeleiding te verlenen aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Daarom geven leden van deze werkgroep regelmatig de voorlichting 'PTZ in de ggz' in andere ggz-instellingen en op studiedagen in binnen- en buitenland (Noorwegen, Canada). Dankzij meerdere subsidiegevers was het mogelijk om PTZ in GGz Centraal te realiseren. Er is nu een unit met drie patiëntenkamers en één familiekamer. Als iemand stervend is, wordt een groep vrijwilligers ingezet, naast de professionals. Aan deze vrijwilligers wordt een training gegeven waarbij de film *Mijn tante is thuis gestorven* wordt gebruikt.

Het PTZ-initiatief heeft meerdere prijzen en nominaties gekregen (Anna Reynvaan Praktijkprijs 2010, genomineerd voor de Niek de Jong-prijs 2011, de Ria van der Heijdenprijs 2012, de NKOP Award 2012).

METHODE

Sinds oktober 2011 worden ook data verzameld door het Utrechts Symptoom Dagboek bij te houden. Tijdens het voorjaarscongres zullen we de eerste resultaten presenteren.

STELLINGEN

1. Palliatieve terminale zorg hoort in iedere multidisciplinaire richtlijn.
2. De ggz is niet in staat om palliatieve terminale zorg te bieden.

LEERDOELEN

- Leren op welke wijze in een ggz-instelling PTZ volgens the state of the art opgezet en gegeven kan worden.
- Leren welke argumenten van belang zijn in de discussie.

LITERATUURVERWIJZING

1. Marjolein Verbeek, Marja Depla, Anne Margriet Pot, 2009, *Quickscan Palliatieve Terminale Zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Trimbos-instituut
2. Sarah Horjus, Jacomine de Lange, Maurice Magne, Anne Margriet Pot, 2010, *Palliatieve terminale zorg in instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, een exploratieve studie*, Trimbos-instituut.

D9 Psychiater, politie en publieke veiligheid: wie doet wat?

N. Duits¹, T. Rinne¹, B. Voerman², C.L. Mulder³, J. Tielens⁴

¹NIFP, Utrecht

²Landelijke Eenheid Nationale Politie, Driebergen

³Erasmus/Bavo Europoort, Rotterdam

⁴MoleMann Mental Health/Tielens Bemoezorg, Amsterdam

nduits@planet.nl

INHOUD

De psychiater heeft te maken met de omgeving van de patiënt en met de publieke veiligheid. De psychiater heeft daardoor te maken met politie en justitie. Dat stelt zijn medisch handelen en de omgang met zijn beroepsgeheim op de proef. Sommigen worden onzeker van de bijbehorende dilemma's, anderen stellen zich praktisch op, en weer anderen formeel. Het beroepsgeheim is niet absoluut, en het biedt geen excuus om niet te handelen als de patiënt gevaar oplevert voor anderen. De discussie over de verantwoordelijkheden van psychiaters voor de openbare veiligheid en hoe om te gaan met politie en justitie is opgelaaid en openbaar geworden naar aanleiding van het onderzoek naar Tristan van der V., de dader van de schietpartij in Alphen aan den Rijn in april 2011. De discussie richt zich ook op risico-inschatting en op het delen van informatie.

De KNMG actualiseerde de informatie over het beroepsgeheim en hoe om te gaan met politie en justitie (www.knmg.artsenet.nl). Ook GGZ Nederland ontwikkelde in 2012 een handreiking 'Beroepsgeheim, zes stappen voor zorgvuldig handelen' (www.ggz nederland.nl).

Het is de vraag of handreikingen en meldcodes voldoen als een patiënt mogelijk gevaar oplevert voor anderen. Hoe gaat de psychiater om met bemoezorg en met de politie? Hoe moet je handelen? Wie heeft welke verantwoordelijkheden? Hoe risico's in te schatten? Wanneer en met wie en hoe wordt welke informatie gedeeld? Hoe om te gaan met het beroepsgeheim en een conflict van plichten? Deze vragen en onderwerpen komen in de discussiebijeenkomst aan de orde vanuit verschillend maar vooral praktisch perspectief: de bemoeienis van de politie met zorgwekkende dreigers, en de psychiatrische bemoezorg van overlastgevers vanuit zowel wetenschappelijk als praktisch perspectief in afstemming met politie en justitie.

VORM

Er worden drie korte presentaties gegeven om nadien tot discussie te komen, door:

- mevr. drs. B. Voerman, psycholoog politie: 'Dreigingsmanagement solistische dreigers van gezagsdragers'
- Prof. dr. C.L. Mulder, psychiater: 'De psychiater als politieagent en beschermheer'
- J. Tielens, psychiater: 'De enige schuldige bij een verwarde in de cel is de dokter'

STELLINGEN

1. Een betere zorg begint bij de politie.
2. Effectieve psychiatrische zorg voorkomt politiezorg.
3. Mensen met een psychiatrische stoornis krijgen te vaak straf.

LEERDOELEN

- Inzicht in de praktijk van bemoezorg en samenwerking met de politie.
- Inzicht in handelingsmogelijkheden bij psychiatrische patiënten in relatie tot gevaar voor anderen en openbare veiligheid.
- Inzicht in risicotaxatie en dreigingsmanagement van zorgwekkende solistische dreigers.

LITERATUURVERWIJZING

1. Gellerman, D.M., Suddath, R. (2005). Violent fantasy, dangerousness, and the duty to warn and protect. *J Am Acad Psychiatry Law*;33(4), 484-95.

2. GGZ Nederland (2012). Handreiking Beroepsgeheim, zes stappen voor zorgvuldig handelen (www.ggznederland.nl).
3. James, D. V., Mullen, P. E. , Pathe, M. T. Meloy, J. R. Preston, L. F., Darnley, B., & Farnham, F. R. (2009). Stalkers and harassers of royalty: the role of mental illness and motivation. *Psychological Medicine* 39(9), 479-90. doi: 10.1017/S0033291709005443.
4. KNMG (2012). Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie (www.knmg.artsennet.nl)
5. Staring, A.B.P., Mulder, C.L., Blauw, E. (2012). The effects of Assertive Community Treatment including Integrated Dual Diagnosis Treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosis patients. *Community Mental Health Journal*; 48, 150-152

D10 Sociale motieven in de 21^e eeuw: het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen en de implicaties voor de ggz

J. van Os¹, G. Gombos², A. van Wijnen³, J. Santegoeds⁴, G. Schout⁵, S. Makkink⁶, J. Verhaegh

¹Universiteit Maastricht, Maastricht

²Nalsar University of Law, India, National University of Ireland, Centre for Disability Law and Policy

³Coalitie voor Inclusie

⁴Stichting Mind Rights, Eindhoven

⁵VU mc, Amsterdam

⁶LPGGz, Utrecht

INHOUD

Een uiteenzetting van de strekking en de inhoud van het VN-verdrag (CRPD) door de internationale gastspreker: Gábor Gombos, voormalig lid van het UN CRPD-Committee en tevens ervaringsdeskundige. Hierna volgt een beschouwing van de stand van zaken omtrent dit VN-verdrag in Nederland, door Agnes van Wijnen (Coalitie voor Inclusie). Ervaringsdeskundige Jolijn Santegoeds belicht enkele gevolgen voor de ggz-sector, alsmede de noodzaak van verandering en de ontwikkeling van nieuwe alternatieven. Een concreet alternatief kan worden gevonden in de inzet van Eigen Kracht-conferenties in de ggz; dit zal Gert Schout van VUmc uiteenzetten.

STELLINGEN

1. Het VN-verdrag voor de rechten van personen met beperkingen [1] wordt omarmd door psychiaters, er zal een sociale revolutie in de ggz volgen: ja of nee?
2. 'Gedwongen zorg' is illegaal onder de huidige mensenrechtenverdragen [2]. Zorg kan enkel gebaseerd zijn op vrije keuze. Goede zorg is mogelijk, mits gefaciliteerd.
3. Psychiaters hebben een sturende rol in de uitvoering van deze cultuurverandering in de ggz.
4. Nederland heeft een positief imago als het gaat om mensenrechten. De Nederlandse ggz-sector wil nu uitblinken in de implementatie van dit VN-verdrag.
5. Open vraag: Wat is er volgens de aanwezigen nodig voor de uitvoering van dit VN-verdrag in de ggz?

LEERDOELEN

- Het begrijpen van de inhoud van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen (CRPD).
- Het begrijpen van de implicaties van het VN-verdrag voor de dienstverlening, in het bijzonder de ggz.
- Motiveren tot ontwikkeling van visie en good practices.
- Kennismaken met een concreet voorbeeld van sociale innovatie (Eigen Kracht bij BOPZ).
- Bezinning omtrent de uitoefening van geestelijke gezondheidszorg.

LITERATUURVERWIJZING

1. Het VN-Verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen; Convention on the Rights of Persons with Disabilities: <http://www.un.org/disabilities/>
2. A/HRC/22/53 , Thematic report on Torture and Ill-treatment in Health Care Settings, by the Special Rapporteur on Torture, Juan E. Mendez (maart 2013): http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
3. Artikel uit *Journal GGZ en Recht* over het VN-verdrag in de ggz; Herstel de depressie in het cliëntenrecht, door Jolijn Santegoeds http://tekeertegendeisoleer.files.wordpress.com/2013/11/jggr-6-7-santegoeds_herstel-de-depressie-in-het-clientenrecht.pdf

4. Eigen Kracht-conferenties ter voorkoming van BOPZ-maatregelen: zie: <http://www.eigenkracht.nl/nl/artikel/verplichte-zorg-binnen-ggz-te-voorkomen> en <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/persbericht-ekc-bij-bopz-maart-2013.pdf>

DII Patiëntenvoorlichting. Nieuwe tijden, nieuwe vormen

R. Hoekstra¹, M. van Verschuer², J.J. Stolker³

¹Antes, Delta Zorgboulevard, Rotterdam

²Riagg Rijnmond, Rotterdam

r.hoekstra@deltapsy.nl

INHOUD

Al bijna twintig jaar geeft de NVvP de succesvolle folderreeks 'In gesprek met' uit. Vanuit de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) willen we, met deze folders als uitgangspunt, de patiëntenvoorlichting een nieuwe impuls geven. Nadrukkelijker zouden we het foldermateriaal aan de richtlijnen willen koppelen. Bovendien maakt nieuwe (internet-)technologie het mogelijk een meer interactieve onlinevorm te ontwikkelen waarbij psychiaters hun voorlichtingsmateriaal kunnen halen, brengen én delen.

STELLINGEN

1. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om deugdelijke, betrouwbare patiëntenvoorlichting te ontwikkelen en aan te bieden.
2. Er gaat niets boven een ouderwetse papieren folder.
3. Het wordt hoog tijd dat voorlichtingsmateriaal interactief kan worden gedeeld en bewerkt.

VORM

Na drie korte inleidingen vanuit verschillend perspectief (voorlichting oude stijl, mogelijkheden van nieuwe media, patiëntperspectief) wordt geschetst welke plannen ontwikkeld zijn. In interactie met de aanwezige psychiaters proberen we aandachtspunten, suggesties en ideeën te delen. Dit zal worden meegenomen in de ontwikkeling van 'patiëntenvoorlichting nieuwe stijl'.

D12 Nog altijd worden er te weinig allochtonen in de jeugd-ggz behandeld. Is dat een gebrek aan motivatie van ons of van hen?

T.A.H. Doreleijers

VUmc Academische Werkplaats bij De Nieuwe Kans Rotterdam, Rotterdam

t.doreleijers@debascule.com

INHOUD

Het is al een tijd bekend dat jongeren van niet-Nederlandse herkomst ondervertegenwoordigd zijn in de reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie, maar juist oververtegenwoordigd in de forensische jeugd-ggz. De afgelopen jaren is er onderzoek gedaan naar de oorzaken van deze verschillen, terwijl tegelijk gezocht is naar oplossingen. In deze discussiegroep worden een aantal stukjes van deze gecompliceerde legpuzzel gepresenteerd en bediscussieerd, in de hoop dat het plaatje van de etnische verschillen in zorg wat duidelijker wordt.

VORM

De onderzoekers die in samenwerking met het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie deze discussiegroep organiseren, zullen hun jongste bevindingen kort presenteren en aan de hand van een aantal stellingen met elkaar en het publiek in gesprek gaan.

STELLINGEN

1. De lage reguliere ggz-consumptie van sommige allochtone groepen in de kinderleeftijd leidt tot een hoge forensische ggz-consumptie in de adolescentenleeftijd.
2. Jongeren van niet-Nederlandse herkomst moeten behandeld worden in specifieke interculturele jeugd-ggz-instellingen.
3. Reguliere jeugd-ggz-instellingen moeten flinke aanpassingen doen zodat zij jongeren van niet-Nederlandse herkomst beter bereiken en behouden en zodoende een betere behandeling kunnen bieden.
4. Sociale ongelijkheid is een van de oorzaken voor de hogere prevalentie van psychiatrische problematiek bij Marokkaans-Nederlandse jongeren in vergelijking met autochtoon Nederlandse jongeren.
5. Marokkaans-Nederlandse jongeren hebben meer risicofactoren dan autochtoon Nederlandse jongeren waardoor zij oververtegenwoordigd zijn in forensische settingen.

LEERDOELEN

- Bewust worden van mechanismen waardoor sommige etnische groepen meer in de forensische zorg terecht komen.
- Bewust worden van sociale ongelijkheid als oorzaak voor psychiatrische problemen.
- De culturele sensitiviteit van hulpverleners verhogen.
- Onderzoekers stimuleren om meer onderzoek te doen naar de culturele aspecten van diagnostiek, prevalentie en behandeling.
- Bewust worden van de specifieke eisen die de diversiteit aan hulpverleningsinstellingen stellen.

DI3 ROM: mijnenveld of bloemenwei?

Jim van Os¹, Edwin de Beurs², Marc Verbraak³, Rogier Hoenders⁴, Elske Bos⁵, Robert Vermeiren⁶, Anton Hafkenscheid⁷

j.vanos@maastrichtuniversity.nl

¹ Hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en hoofd afdeling Psychiatrie en Psychologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum

² Inhoudelijk Directeur Stichting Benchmark GGZ

³ Bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen, en Inhoudelijk Directeur van de HSK Groep

⁴ Psychiater Centrum Integrale Psychiatrie, Lentis, Groningen

⁵ Postdoc-onderzoeker ICPE, UMCG, Groningen

⁶ Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, directeur patiëntenzorg bij Curium-LUMC te Leiden, en bestuurslid bij ROM Consortium Kinder- en Adolescenten Psychiatrie (ROMCKAP)

⁷ Klinisch psycholoog/psychotherapeut, Sinai Centrum, Joodse GGZ

INHOUD

Routine Outcome Monitoring (ROM) is het routinematig en op gestandaardiseerde wijze meten van uitkomsten in de gezondheidszorg. Sinds de invoering van ROM in de ggz is er veel discussie over dit instrument. De meningen over ROM lopen sterk uiteen, onder andere omdat er vanuit zeer verschillende belangen naar gekeken wordt. ROM dient namelijk een aantal verschillende doelen, doelen die elkaar soms flink bijten. ROM kan dienen:

- (1) voor het evalueren en bijsturen van behandelingen van individuele patiënten;
- (2) voor het vergelijken van behandelresultaten van afdelingen of instellingen (benchmarking);
- (3) als systeem voor prestatiebekostiging door zorgverzekeraars;
- (4) voor wetenschappelijk onderzoek. Omdat er zoveel doelen en belangen door elkaar heen lopen, is de discussie over ROM niet altijd even helder.

In deze discussiegroep brengen wij mensen bijeen die vanuit verschillende invalshoeken tegen ROM aan kijken, voor het discussiëren over de rol(len) van ROM in de ggz. De discussie zal zo eerlijk mogelijk (dus zo min mogelijk vooringenomen) worden gevoerd, en de voor- en nadelen van de huidige ROM zullen zo helder mogelijk worden neergezet. Er wordt niet volstaan met kritiek op de huidige ROM, maar er wordt ook gezocht naar alternatieven.

STELLINGEN

1. ROM-gegevens kunnen de behandeling en het kwaliteitsbeleid ondersteunen.
2. Het vergelijken van instellingen op basis van ROM-gegevens komt neer op het vergelijken van appels en peren.
3. Bij ROM in de kinderspsychiatrie moeten uitkomsten bij alle relevante partijen (onder anderen kind, ouders, leraar) worden gewogen.
4. De huidige ROM doet afbreuk aan valide kwaliteitsmeting.

VORM

Korte inleidingen (maximaal vijf minuten) van de vier inleiders, afgewisseld met discussie.

LEERDOELEN

Deelnemers bewust maken van de mogelijkheden en onmogelijkheden van ROM.

LITERATUURVERWIJZING

1. Boer F, Markus M Th, Vermeiren RRJM (2012). Zeg niet: 'Sta stil, anders kan ik je niet meten!' ROM in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 167-171.
2. De Beurs E, den Hollander-Gijsman ME, van Rood YA, van der Wee NJA, Giltay EJ, van Noorden MS, van der Lem R, van Fenema E, Zitman FG (2011). Routine Outcome

Monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 18(1), 1-12.

3. Hafkenscheid A & Van Os J (2013). Huidige ROM doet afbreuk aan valide kwaliteitsmeting. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55, 179-181.
4. Hoenders HJR, Bos EH, Bartels-Velthuis AA, Vollbehr NK, Van der Ploeg K, de Jonge P, de Jong JTVM (2013). Pitfalls in the assessment, analysis, and interpretation of routine outcome monitoring (ROM) data; results from an outpatient clinic for integrative mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, DOI 10.1007/s10488-013-0511-7.
5. Van Os J, Kahn R, Denys D, Schroevers RA, Beekman ATF, Hoogendijk WJG, Van Hemert AM, Hodiament PPG, Scheepers F, Delespaul PhAEG, Leentjes AFG (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Commentaar op het themanummer ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 245-252.

DI4 Kennisagenda ggz: is Nederland klaar voor één gemeenschappelijke database?

O.A. van den Heuvel¹, H.G. Ruhe², A. van Elburg³, G.J. Hendriks⁴

¹VU medisch centrum, Psychiatrie, Amsterdam

²UMCG, Groningen

³Altrecht, Utrecht

⁴ProPersona, Nijmegen

oa.vandenheuvel@vumc.nl

INHOUD

Binnen het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat de betrokken ggz-partijen samen gaan werken aan de ontwikkeling van een gezamenlijke visie op een kennisagenda voor de ggz. De Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA) heeft in dit kader een voorstel gedaan tot een landelijk cohort psychiatrie (verbindend raster), waarbinnen de vier hieronder beschreven trans-acties centraal staan. Inbreng van NVvP-leden op dit voorstel is wenselijk, evenals discussie met de andere partijen van het Bestuurlijk Akkoord.

STELLINGEN

1. Transdiagnostisch onderzoek

Voor de voortgang van inzicht in de onderliggende fenomenen van ziekten is het essentieel dat er een transdiagnostisch raster komt voor de studie naar overlappende en differentiërende onderliggende (dis)functies. Dit staat loodrecht op de reeds bestaande onderzoekslijnen naar specifieke ziektedomeinen (de zuilen).

2. Translationeel onderzoek

Translationeel onderzoek moet het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en het klinisch toegepast onderzoek op zo'n manier verbinden dat het preklinisch onderzoek wordt vertaald naar een product voor de eindgebruikers (patiënten en behandelaren) en meetbaar is in de maatschappij (en economie).

3. Transgenerationeel & Transitieonderzoek (levensloonderzoek)

De artificiële leeftijdsgrenzen bij 18 en 65 jaar beperken het inzicht in ontwikkeling en beloop van ziekten in ernstige mate. Daarbij is het relevant om niet slechts de aangedane patiënt te onderzoeken maar ook zicht te krijgen op eerstegraadsfamilieleden in de generaties boven en onder het aangedane individu. Dit geeft inzicht in kwetsbaarheid enerzijds en beschermende factoren anderzijds.

4. Transparantieonderzoek

Transparantie in patiënt- en behandelkenmerken ten aanzien van behandelrespons en daarmee indicatiestelling en langetermijnprognose zal evidence-based zorginnovatie mogelijk kunnen maken zonder dat dit leidt tot onnodige kostenstijging.

LEERDOELEN

- Onderlinge visievorming op de wenselijke richting van het Nederlandse onderzoek in de psychiatrie.
- Verkenning op de mogelijkheden tot rastervorming over de bestaande onderzoekslijnen (ziekte- en syndroomzuilen) heen.

DI5 Een medische staf in de ggz: hoe zetten we hem op en wat doen we ermee?

C.S. de Kloet¹, C.M. Meijer², S.R.Y. Knapen³, M.B.J. Blom⁴, M.E. de Kruiff⁴

¹GGZ Rivierduinen, Leiden

²Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

³Altrecht, Zeist

⁴PsyQ, Zoetermeer

cariendekloet@hotmail.com

INHOUD

In de huidige tijd van veranderingen is het belangrijk om je als psychiaters goed te organiseren en samen te werken. Het opzetten van een medische staf of een vereniging medische staf is een van de mogelijkheden om hier zorg voor te dragen. Onder psychiaters maar ook bij bestuurders is er veel discussie over het nut en de plek die een medische staf zou moeten innemen binnen de organisatie. In deze discussiegroep geeft een jurist van de Orde van Medisch Specialisten een korte inleiding over de mogelijkheden om je als specialisten te organiseren. Hierna worden de ervaringen besproken van twee oprichters van een medische staf, en de visie van de directie hierop. Binnen de discussie zullen punten als de positionering van de medische staf, problemen in de samenwerking met de Raad van Bestuur, maar ook het ontbreken van betrokkenheid van de achterban bediscussieerd worden.

STELLINGEN

1. Een medische staf werkt alleen met toestemming van management/directie.
2. De medische staf verbetert onze positie als psychiater.
3. In geval van dual management voegt een medische staf niets toe.
4. Met een medische staf worden psychiaters meer gekend en betrokken, waardoor ze beter mee kunnen denken bij het behoud en de ontwikkeling van goede zorg.
5. Psychiaters klagen liever dan dat ze zich actief met beleid bezighouden.

LEERDOELEN

- 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 hoe een medische staf kan werken, maar ook tegen welke problemen je aan kan lopen en welke verantwoordelijkheden dit met zich meebrengt.

LITERATUURVERWIJZING

1. Medische staf hoort ook in ggz-instelling', M. Vonk, *Medisch Contact* 8 augustus 2012.
2. Psychiater weer centraal', P. Naarding en F.H. Kamsteeg, *Medisch Contact* 31 juli 2007
3. <http://www.orde.nl/pijlers/beroepsbelangen/dienstverband/ggz/onderwerpen/medische-staf-ggz.html>

DI6 De psychiater in de Generalistische Basis GGZ

W.M.N.J. Buis¹, E.E. Romeijn², W.J.M. van Hezewijk³, E. van Rijswijk⁴, S. Hermsen⁵

¹Buis Psychiatrisch Advies / Ypse, Velp (Noord-Brabant)

²Psygro BV, Zaandam

³GGZ Breburg, Breda

⁴Stuurgroep Basis GGZ, Regio Meijerij En Bommelerwaard

⁵Coöperatie VGZ OA, Eindhoven

buiswil@gmail.com

INHOUD

De ggz gaat op de schop. De tweede lijn wordt Specialistische GGZ en de Generalistische Basis GGZ gaat minder ernstige stoornissen behandelen in nauwe samenwerking met de huisarts en de POH-GGZ. Ook een deel van de populatie die nu in de tweede lijn wordt behandeld, moet naar de Generalistische Basis GGZ.

LEERDOELEN

Uitwisselen over de invulling van de Generalistische Basis GGZ en de taak en positionering van de psychiater daarin, zodat deelnemers antwoorden krijgen op de volgende vragen:

- Hoe kan de samenwerking met cliënten en andere disciplines vorm krijgen?
- Hoe kan de consultatieve taak van de psychiater worden ingevuld?
- Welke behandelingen doet de psychiater en hoe is de afgrenzing van taken met de huisarts en de psychiater in de Specialistische GGZ?
- Wat te doen zodat cliënten en behandelaars niet gedemotiveerd raken door deze veranderingen?
- Kan de kwaliteit van zorg worden gewaarborgd tegelijkertijd met kostenbesparing?

VORM

Een ervaringsdeskundige, een huisarts, 2 psychiaters en een inkoper van zorgverzekeraar VGZ geven hun visie hierop, gevolgd door discussie.

STELLINGEN

1. Een consultatie van een psychiater (met goede eerstelijnservaring) is kosteneffectiever dan een consultatie van een psycholoog voor het overgrote deel van de patiënten met psychische klachten in de huisartspraktijk. (E. van Rijswijk)
2. De psychiater bij de huisarts vermindert het lijden zonder extra kosten. (E. Romeijn)
3. Voor mensen met een chronische psychiatrische aandoening, die uitbehandeld zijn in de ggz, biedt de overgang naar de Generalistische Basis GGZ nieuwe kansen voor eigen regie en herstel. (W. Buis)

LITERATUURVERWIJZING

1. Beleidsregel BR/CU 5091, Generalistische basis GGZ, NZA, 2013

D17 Hoe zit het met de motivatie van de psychiater zélf? Prominente ervaringsdeskundigen bevragen prominente psychiaters

C. Hoff¹, W.A. Boevink², J.J. Stolker³

¹GGZ Noord-Holland-Noord, FACT-wijkteam Alkmaar West, Alkmaar

²Trimbos-instituut, Utrecht

C.Hoff@ggz-nhn.nl

INHOUD

Om als psychiater tot een effectieve samenwerkingsrelatie te komen in een psychiatrische behandeling is het van groot belang je te verdiepen in de intrinsieke motivatie van de ander. Maar hoe zit het eigenlijk met de intrinsieke motivatie van de psychiater zelf? Wat maakt dat u gekozen hebt voor het vak psychiatrie? Welke idealen en doelen had u daarbij? Wat is daarvan terechtgekomen? Wat helpt u om gemotiveerd te blijven voor het vak? Wat doet u met eventuele eigen (familie) ervaringskennis? Hoe verhoudt uw motivatie zich tot de verschillende rollen die u bekleedt als psychiater, wetenschapper, opleider en/of bestuurder?

VORM

Jim van Os, Willem van Tilburg, Wouter Teer en Raphael Schulte, allen psychiater, worden geïnterviewd door Elisabeth ter Kulve en Wilma Boevink, ervaringsdeskundigen over hun eigen verhaal. Deze methode sluit aan bij herstelondersteuning. Daarna is er een dialoog met de zaal waarbij ruimte is om eigen motivatie en ervaringen in te brengen.

STELLINGEN

1. Genezing is niet meer de motivatie van een psychiater van deze tijd.
2. Psychiaters kunnen in hun eentje helemaal niets. Ze zijn afhankelijk van farmaceuten, verpleegkundig specialisten, psychologen etc.
3. Er zijn genoeg nieuwe ontwikkelingen om het vak leuk te houden, ook in deze tijden van marketing, DBC's en kostenbesparingen.

LEERDOELEN

- Tijdens deze discussiegroep krijgt u er door uitwisseling van persoonlijke verhalen een indruk van wat psychiaters beweegt om in de psychiatrie werkzaam te zijn en wat hen helpt om gemotiveerd te blijven voor het vak.
- Tevens ervaart u hoe dit thema op herstelondersteunende wijze besproken kan worden.

LITERATUURVERWIJZING

1. Wilma Boevink, Madeleine Prinsen, Lenneke Elfers, Jos Dröes, Mitchell Tiber en Greet Wilrycx (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 18(1), 42-54.
2. P. Cameron, E. Persad. Recruitment into psychiatry: a study of the timing and process of choosing psychiatry as a career. *Can J Psychiatry* 1984 Dec;29(8):676-80.
3. Jos Dröes en Cees Witsenburg (2012). *Herstelondersteunende zorg; Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Uitgeverij SWP, Amsterdam.

DI8 ANGST

F. Voskens
PodiumT, Overveen
info@podiumt.nu

INHOUD

De Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF-stichting) wil het taboe rondom angst- en dwangstoornissen zichtbaar en bespreekbaar maken (awareness). Op verzoek van de stichting heeft PodiumT, in samenwerking met scenarist Justus van Oel, rondom dit thema een kort fragment van een vertelling-in-wording gerealiseerd. Deze preview is door zorgprofessionals zo goed ontvangen dat we besloten hebben de handen ineen te slaan en te zorgen dat dit project groots van de grond komt. Doel: angst en dwang uit de taboesfeer halen, waardoor de aandoening beter behandelbaar wordt voor zorgverlener en patiënt.

KNELPUNTEN

Een angststoornis is een onzichtbare aandoening waar, door onwetendheid, een taboe op rust en waar mensen beknelling van ondervinden. Dit project is nodig omdat het helpt de knelpunten in de hulpverlening te ondervangen, omdat het mensen helpt hun aandoening bespreekbaar te maken en omdat het hen helpt naar buiten te treden en weer deel te nemen aan de maatschappij.

Een aantal knelpunten in de zorg:

- Angst en depressie wisselen elkaar vaak af of komen gelijktijdig voor waardoor mensen vaak niet de juiste behandeling krijgen. Meer kennis over de kenmerken is dus gewenst.
- De patiënt vindt soms geen gehoor bij de huisarts door gebrek aan tijd en kennis omtrent angststoornissen, met als gevolg dat de patiënt hulp gaat zoeken in het alternatieve circuit.
- Hulpverleners (arbo-arts, psycholoog, huisarts, Praktijkondersteuner GGZ) werken niet efficiënt samen, waardoor angstklachten langer aanblijven dan nodig is.
- Misdiagnose: patiënt geeft aan overspannen, druk op het werk, paniekerig en gejaagd te zijn. Begrijpelijk dat een huisarts dan niet aan een angststoornis denkt.
- Een ironisch en hardnekkig misverstand is dat als een persoon een succesvol leven leidt, een bepaalde schoonheid heeft en daarmee een bepaalde vorm van volmaaktheid vertoont, de diagnose angststoornis haast niet mogelijk is in de ogen van (vaak) jonge professionals. Eerder wordt dan gedacht aan een gebrek aan aandacht of een overdrive.
- Een angstaanval is voor een patiënt lastig bespreekbaar te maken, waardoor het voor de zorgverlener lastig wordt hulp te verlenen. Dit heeft vaak een verkeerde behandeling of verergering van de klachten tot gevolg.

STELLINGEN

1. Angst moet begrensd worden. Wanneer zijn het angststoornissen en wanneer valt de angst onder een andere psychiatrische aandoening? Centraal hierin staat een goede diagnose door een professional .
2. Kinderen met angststoornissen zijn een extra kwetsbare groep aangezien de ouders de stoornis eerst zullen moeten erkennen om vervolgens de stap naar de zorgverlener te kunnen zetten. Ouders vinden het moeilijk te moeten erkennen dat er iets met hun kind is.
3. De ouder van het kind met een angststoornis huivert om met het kind het psychiatrische circuit in te gaan. Hierdoor wordt, onbedoeld, het kind belangrijke hulp onthouden, waardoor de klachten vaak verergeren.
4. De omgeving van het kind, zoals ouders, school, en helaas soms ook huisartsen, hebben weinig tot geen kennis van de signalen van angststoornissen. Vaak worden deze gezien als gedragsstoornissen.

Aanvullende stellingen kunnen zijn:

1. Is Shared Decision Making toepasbaar op de patiënten (angst en dwang) die in deze vertelling te horen/zien zijn?
2. Een patiënt heeft mij nog nooit om de tuin geleid waardoor ik geen goede diagnose heb kunnen stellen.
3. Huisartsen en POH's moeten opgeleid worden om angst van een depressie te kunnen onderscheiden.
4. Huisartsen kunnen goed een patiënt met angst of dwang behandelen en begeleiden, mits ze bijgeschoold zijn.
5. POH's moeten opgeleid worden om angst en dwang te herkennen en te begeleiden.
6. Opleiden/bijscholen van huisarts en POH op het gebied van angst en dwang zou kostenbesparend kunnen zijn.
7. Wat is de taak van de overheid?
8. Wat is de taak van zorgverzekeraars?
9. Een specialist, bijvoorbeeld een maag-darm-leverarts, zal niet snel meer aan angststoornis denken na een doorverwijzing van een huisarts voor chronische buikpijnklachten.

VORM

ANGST is een vertelling over een hardnekkig taboe: angst- en dwanggedachten. In een mix van documentaire en theater worden de verhalen van patiënten en hulpverleners belicht. ANGST gaat over onwetendheid en verwarring tussen arts en patiënt, met als grootste risico een verkeerde diagnose en het verergeren van de klachten met grote gevolgen voor de patiënt, zorgverlening en maatschappij. Na de voorstelling is er een gesprek met het publiek en zorgprofessionals om preventie, zelfredzaamheid en betere zorg te bevorderen.

MOTIVATIE EN URGENTIE

We leven in een tijd waarin de patiënt ook haar verantwoordelijkheid moet gaan nemen en meebeslist over het behandelplan. Het is ook de tijd van kostenbesparend handelen met innovatieve gedachten zoals zelfredzaamheid en Shared Decision Making. Maar hoe ziet dat er dan uit? Want wat te doen als de patiënt uit schaamte niet zegt wat hij werkelijk denkt en als een groots acteur de arts om de tuin leidt? Wat als de arts vanuit kennis en goede intentie doorverwijst vanwege hartkloppingen? En wat als de cardioloog de signalen van angst niet herkent? ANGST geeft een oprecht beeld van de oprechte zoektocht van arts en patiënt om te komen tot een diagnose. Een vertelling die kwalitatief niet alleen zeer aantrekkelijk is om naar te kijken en te luisteren maar ook een vertelling die voorziet in een duidelijke behoefte om angst uit de taboesfeer te halen en beter te diagnosticeren.

D19 Weg van de DSM?! Implementatie van de DSM-5 in Nederland

R.A. Schoevers
UMC Groningen, Groningen
r.a.schoevers@umcg.nl

INHOUD

Deze sessie hoort bij de strategie en activiteiten van de NVvP rondom de verschijning van de vertaling van de DSM-5 en de implementatie daarvan. Voorafgaand aan de discussie zullen drie korte presentaties worden gegeven:

a) Dr. Theo Ingenhoven: Van DSM-IV naar DSM-5: alles wordt anders? Maar zelfs dat niet!

Na de presentatie van de DSM-5 in mei 2013 in San Francisco vraagt meniggeen zich af hoe deze in Nederland ingevoerd zou moeten gaan worden. In deze presentatie wordt samengevat wat de belangrijkste veranderingen zijn in dit vooraanstaande psychiatrische classificatiesysteem. We staan stil bij de vraag hoe en wanneer de DSM-5 zou kunnen worden ingevoerd in Nederland.

b) Prof. dr. Jan Swinkels: Klinischer en gevaarlijker?

De DSM is in principe geen diagnostisch instrument maar een classificatiesysteem. Er is een gevaar van over-classificatie. Dat geldt overigens ook voor systemen als de ICD-10. Hoe denkt men via de DSM-5 dat gevaar te bezweren, en wat zijn daar dan weer de gevaren van? Hoe medisch is de DSM?

c) Prof. dr. Michiel W. Hengeveld: Waarom het dikke DSM-boek vertaald wordt

De DSM-5 zal hoe dan ook gebruikt gaan worden. Omdat de DSM-5 daardoor de komende jaren bepalend zal zijn voor het taalgebruik in de psychiatrie, wordt er een goede Nederlandse vertaling van gemaakt. Maar zonder kennis van de state of the art en de differentiële diagnostiek van de ziektebeelden kan geen goede psychiatrische classificatie plaatsvinden. Daarom moet elke hoofdbehandelaar de 'dikke versie' van de DSM-5 kunnen raadplegen.

d) Vragen uit en discussie met de zaal o.l.v. Robert Schoevers

Per onderdeel zullen stellingen worden voorgelegd.

LEERDOELEN

Na deelname aan de discussiegroep:

- Kent de deelnemer de belangrijkste kenmerken van de DSM-5;
- Heeft de deelnemer inzicht in de dilemma's rond implementatie van de DSM-5;
- Heeft de deelnemer inzicht in de onderwerpen van discussie die de implementatie van de DSM-5 omgeven en de visie van de NVvP hierop.

D20 0 = nul suïcides in de ggz. Durven we te willen wat we kunnen?

J.K. Mokkenstorm
GGZ inGeest & I13Online, Amsterdam
mokkenstorm@gmail.com

INHOUD

Naar schatting de helft van de suïcides in Nederland betreft patiënten van de ggz. Hoewel suicide een van de meest voorkomende vormen van mortaliteit in de ggz betreft, heeft de sector moeite zich te committeren aan streefcijfers om het aantal suïcides te verminderen. Dit contrasteert met recente ontwikkelingen in de VS, waar grote organisaties en regio's met succes een Zero Suicide-doelstelling nastreven. Dit doel – nul suïcides in de ggz – is daar het vertrekpunt dat inspireert tot ingrijpende verbeteringen van de zorg, en tot vergroting van de deskundigheid van zorgverleners. Het gebrek aan doel- en resultaatgerichte actie op het gebied van suïcidepreventie roept de vraag op hoe gemotiveerd de ggz (met hierin psychiaters als leidende professionals) is om te doen wat kan om levens te redden. Wat houdt ons tegen om suicide in de ggz te beschouwen als een 'never event', dat kan worden voorkomen door toegankelijke en excellente zorg, die wij kunnen leveren?

STELLINGEN

1. Met betrekking tot suïcidepreventie geldt: niet gestreefd is nooit gefaald.
2. Wij kunnen in de ggz niet veel meer of niets anders doen dat leidt tot substantiële vermindering van het aantal suïcides in de ggz.
3. Zelfs als het streven naar 0 suïcides in de ggz niet helemaal haalbaar zou zijn, is het beter naar dit getal te streven dan naar geen getal, of ieder ander getal.

LEERDOELEN

- Deelnemers maken kennis met de veranderingen in beleid, organisatie en attitude van ggz-instellingen met een Zero Suicide-beleid en de resultaten hiervan.
- Deelnemers verkennen in de discussie hun eigen houding ten aanzien van suïcidepreventie, en de houding van het systeem waarin zij werken.
- Deelnemers worden zich bewust van eigen (on)mogelijkheden (en die van de ggz als systeem) om nog meer suïcides te voorkomen dan zij nu al doen.

LITERATUURVERWIJZING

1. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action. A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention
http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/full_report-rev.pdf
2. <http://zerosuicide.actionallianceforsuicideprevention.org/>

D2I Academische werkplaatsen voor forensische jeugd: een kwestie van motivatie!

R.R.J.M. Vermeiren^{1,3,6}, F. Bevaart^{1,2}, O.F. Colins³, L. van Domburgh^{1,2}, Th.A.H. Doreleijers^{1,2,5}, L. van Duin^{1,2}, L.M.C. Jansen¹, M. Luijks^{1,2}, R. Marhe^{1,2}, E. Mulder^{3,5}, A. Popma^{1,2,5}, E.L. Ruigh^{1,5}, L. Stapersma^{1,2}, R.W. Wiers⁷, J. Zijlmans^{1,2}

¹ VU medisch centrum

² Academische Werkplaats bij De Nieuwe Kans (AW-DNK)

³Curium-LUMC

⁴LSG-Rentray

⁵Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd (AWFZJ)

⁶Universiteit Leiden

⁷Universiteit van Amsterdam

r.r.j.m.vermeiren@curium.nl

INHOUD

Deze discussie zal zich richten op het concept 'academische werkplaats', door ZonMW gedefinieerd als een (kennis)infrastructuur waarin praktijk, onderzoek, beleid en opleidingen samenwerken. Aan bod komen de eigenschappen, doelen en (mogelijke) resultaten van dergelijke samenwerkingsverbanden binnen de forensische setting.

VORM

Aan de hand van drie thema's zullen verschillende stellingen worden behandeld. Ten eerste zal worden gesproken over de eigenschappen van een academische werkplaats. Daarna zullen enkele stellingen besproken worden omtrent de doelen van een academische werkplaats. Ten slotte zal aandacht zijn voor stellingen over (mogelijke) resultaten van een academische werkplaats.

STELLINGEN

Eigenschappen van een academische werkplaats

1. Om praktijkinstellingen en hun cliënten te motiveren voor onderzoek dienen de praktijk en wetenschap samengebracht te worden.
2. Om onderzoek te doen binnen de dynamische werkomgeving en in de zeer complexe doelgroep van de forensische psychiatrie moeten onderzoekers de werkvloer op.
3. Samenwerken levert meer op dan samen werken.

Doelen van een academische werkplaats

4. Voor het evidence-based werken binnen de forensisch-psychiatrische setting zijn academische werkplaatsen nodig.
5. Het ontwikkelen en professionaliseren van de praktijk moet een van de hoofddoelen zijn van academische werkplaatsen.

(Mogelijke) resultaten van een academische werkplaats

6. Data uit de klinische praktijk zijn nodig voor meer praktische onderbouwing van wetenschappelijke inzichten.
7. De Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd (AWFZJ) werkt.
8. Binnen de forensische praktijk moeten screening- en risicotaxatie-instrumenten zich richten op psychische en sociale factoren, maar ook op (neuro)biologische factoren.

LEERDOELEN

Na het bijwonen van deze discussiegroep heeft de deelnemer kennis van:

- De eigenschappen en doelen van een academische werkplaats;
- De waarde van onderzoek binnen academische werkplaatsen in de forensisch-psychiatrische praktijk;

- Wat voor rol motivatie speelt bij het doen van onderzoek in de forensisch-psychiatrische praktijk en wat voor praktische en ethische dilemma's hierbij een rol kunnen spelen.

D22 Euthanasie bij dementie

A.J.M. de Ridder¹, A.C. Weenink²

¹Altrecht, Altrecht Senior, Zeist

²Huisartsenpraktijk binnenstad, Utrecht

ajmderidder@gmail.com

INHOUD

Dementie is een hersenziekte waarbij de motivatie blijvend wordt aangetast. Juist bij deze ziekte worden zowel huisartsen als medisch specialisten steeds vaker geconfronteerd met de vraag om euthanasie, steeds vaker ook in een vroeg stadium. Het wegen van de wilsverklaring speelt hierbij een cruciale rol. De aard van de ziekte maakt dit tot een lastige zaak, met name in het beginstadium. Het thema krijgt momenteel veel aandacht, zowel in de medische wereld als in de media. Met grote regelmaat verschijnen artikelen in de pers en vakbladen, waarbij de meningen flink uiteenlopen. De documentaire van Zembla in februari 2013 deed veel stof opwaaien.

In deze discussiegroep komen de volgende zaken aan bod: de huidige stand van wetgeving, het standpunt van de KNMG hierin, de rol van de regionale toetsingscommissies, de waarde van een wilsverklaring, de rol van de huisarts en de rol van de (ouderen)psychiater.

VORM

De inleiders zullen een korte inleiding geven, geïllustreerd met videofragmenten, en daarin stellingen formuleren omtrent de belangrijkste thema's bij dit onderwerp. In de discussie zal steeds per thema ingegaan worden op de rol van huisarts, psychiater, standpunt wetgeving en visie regionale toetsingscommissies.

LEERDOELEN

- Er zal niet één pasklaar antwoord gegeven worden, maar deelnemers zullen na de discussiegroep beter in staat zijn hun standpunt te bepalen ten aanzien van het thema en hun eigen rol bij deze vraag.
- De deelnemers krijgen meer kennis over de wettelijke kaders waarbinnen gehandeld mag worden.

LITERATUURVERWIJZING

1. Van der Mast R., Heeren Th. ea (red), deel 6, par 3.1 medisch geassisteerde levensbeindiging in het vroege stadium van de ziekte van Alzheimer, *Handboek Ouderenpsychiatrie*, de Tijdstroom 2010
2. <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/Levenseinde.htm>

D23 EPA Persoonlijkheidsstoornissen: motiveren tot ‘Meedoen’

M. Steendam¹, A.J.A. Kaasenbrood², E. Meekeren³, S.R.Y. Werner-Knapen⁴

¹GGZ Friesland, Leeuwarden

²Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht

³GGNet Scelta, Den Haag

⁴Altrecht, Zeist

martin.steendam@ggzfriesland.nl

INHOUD

De zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) staat sterk in de belangstelling (Delespaul, *TvP*, 2013), wat onder andere blijkt uit de talloze FACT-teams die worden geformeerd. Ook persoonlijkheidsstoornissen gelden als EPA, maar mensen met persoonlijkheidsstoornissen kwamen er lang bekaaid af, zowel binnen het eigen vakgebied als binnen FACT-teams. Exclusie en ‘verstoring’ zijn sleutelwoorden. Het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen besloot daarom tot de oprichting van een podium. In het najaar van 2013 is hiertoe het document *Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS* afgerond.

De EPA-populatie is divers in leeftijd, achtergrond en problematiek. Er zijn algemene uitgangspunten voor de totale EPA-groep die gehanteerd worden (Zorgverzekeraars Nederland, 2012). Maar wat zijn specifieke behoeften voor de EPA-persoonlijkheidsstoornissen (EPA-PS)? De Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) geeft hier onvoldoende antwoord op. In de dagelijkse praktijk van de ggz is er dus geen gerichte of eenduidige aanpak ten aanzien van patiënten met EPA-PS.

VORM

Bij deze doelgroep zijn het gemotiveerd krijgen en houden van professionals, patiënten en naastbetrokkenen volgens ons belangrijke aandachtspunten. Na enkele korte presentaties rondom de belangrijkste aanbevelingen uit het document *Meedoen* zoeken we het gezamenlijke debat over de verschillen en overeenkomsten ten aanzien van behandeling en begeleiding van de EPA-PS-groep ten opzichte van de overige EPA-patiënten.

STELLINGEN

1. Bij EPA-PS moet psychotherapie een centrale plaats innemen in de behandeling.
2. Ten minste één psychotherapeut moet werkzaam zijn in een (FACT-) team voor EPA-PS.
3. De behandeling van EPA-PS kan het beste door een gespecialiseerd (FACT-) team plaatsvinden, en dus niet door een algemeen FACT-team.
4. Bij EPA-PS moet er, meer dan bij andere PS-patiënten, aandacht zijn voor de omgevingsfactoren.

LITERATUURVERWIJZING

Het document *Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS* is te vinden op de website van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen:

<http://www.kenniscentrumpsn.nl/podia.html>. In de zaal worden exemplaren uitgereikt aan alle deelnemers aan de discussiegroep.

D24 Samen kiezen voor een gemotiveerde behandeling

T. Ingenhoven¹, R. Bouwman², P.F.J. Schulte², C.E. Hoff²

¹Pro Persona, Lunteren

²GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar

t.ingenhoven@propersona.nl

INHOUD

Hoe samen met de patiënt tot afgewogen keuzes te komen in de medische behandeling, dat staat de laatste jaren toenemend in de belangstelling. Er vindt binnen de gezondheidszorg een verschuiving plaats van het paternalistische model, waarin de dokter beslist, naar een model waar patiënten meer inspraak krijgen in hun behandeling.

Dit model staat beter bekend als *Shared Decision Making* (SDM). De behandelaar doorloopt samen met de patiënt alle belangrijke stappen in het medische besluitvormingsproces, om samen tot een passende behandeling te komen waarin beide partijen zich kunnen vinden. SDM is hiermee een belangrijke pijler in het komen tot een evidence-based behandeling. In de somatische zorg is hier al veel ervaring mee opgedaan. Binnen de psychiatrie staat het werken volgens SDM nog in de kinderschoenen, maar er zijn wel veelbelovende initiatieven.

Bij chronische psychiatrische stoornissen is het voor patiënten moeilijk om gemotiveerd te blijven voor medicatie-inname of stappen te zetten om meer invulling te geven aan het dagelijks bestaan. De beschikbare onderzoeken naar SDM laten alle zien dat het werken volgens deze methode een verbetering van de arts-patiëntrelatie geeft, waarbij de patiënten zich meer gehoord en begrepen voelen.

Er kleven echter ook nadelen en beperkingen aan het werken volgens SDM. Het hebben van een psychiatrische stoornis kan ook het maken van een afgewogen beslissing bemoeilijken. Dit vraagt vaak om extra ondersteuning. Hoe deze patiënten hierbij geholpen kunnen worden, kan zeer uiteenlopen, afhankelijk van de aard, ernst en duur van de problematiek.

VORM

Aan de hand van drie korte inleidingen wordt uitgelegd hoe SDM in de behandeling van patiënten met schizofrenie (EPA-groep), een bipolaire stoornis en een borderline-persoonlijkheidsstoornis wordt vormgegeven. Vervolgens willen wij aan de hand van drie casussen in discussie gaan om ervaringen met het werken volgens SDM te delen en knelpunten en beperkingen inzichtelijk te maken.

STELLINGEN

1. Shared Decision Making bij farmacotherapie voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis heeft belangrijke psychotherapeutische meerwaarde in de behandeling.
2. Hoe meer voor- en nadelen een bepaalde keuze heeft, en hoe moeilijker het is om de uitkomst te voorspellen, des te meer moeten de waarden en levensdoelen van de patiënt en betrokkenen een rol spelen.
3. Shared Decision Making zorgt wederzijds (zowel bij de patiënt als bij de behandelaar) voor realistischer verwachtingen van de behandeling.
4. Shared Decision Making leidt niet in alle klinische situaties tot de beste besluitvorming.
5. Shared Decision Making verlaagt de status van ons medische beroep.

LEERDOELEN

Aan het einde van de bijeenkomst hebben de deelnemers een duidelijk beeld over de achtergrond en principes van SDM, welke voor- en nadelen er gesignaleerd worden in het werken volgens SDM, en hoe deze manier van werken geïmplementeerd kan worden in de behandeling van patiënten met uiteenlopende psychiatrische problematiek.

LITERATUURVERWIJZING

1. Adams JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. *Community Mental Health Journal* 2006; 42: 87-105.
2. Bauer M.S., McBride L., Williford W.O., e.a. Collaborative Care for Bipolar Disorder: Part II. Impact on Clinical Outcome, Function, and Costs. *Psychiatric Services* 2006, 57: 937–945.
3. Bouwman, R. Schulte, P.F.J., Ingenhoven, T. Shared Decision Making: samen kiezen, samen beslissen, het farmacotherapeutisch spreekuur met borderlinepatiënten. *MGv*, 2013, 68: 208-215.
4. Broersen, S. Shared Decision Making voor beginners. *Medisch Contact* 2011, 26: 639-1641

D25 Motivatie voor méér: de combinatie van de opleiding tot psychiater met promotie-onderzoek

F.E. de Vries, S. Rutten

GGZ inGeest/VUmc, Psychiatrie, Amsterdam

fe.devries@vumc.nl

INHOUD

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 is mogelijk voorafgaand of na afronding van de opleiding tot psychiater, maar kan ook juist gecombineerd worden met de opleiding (AGIKO-traject). Elk traject zal kort worden toegelicht door een (ervaringsdeskundige) aios, waarbij zowel de voordelen als de nadelen van de verschillende opties aan bod komen. Daarna vindt discussie plaats met het panel, dat bestaat uit gepromoveerde psychiaters van verschillende instellingen.

STELLINGEN

1. Het is onverstandig om tegelijkertijd met opleiding en onderzoek bezig te zijn (AGIKO-traject) omdat dit leidt tot minder kwaliteit van beiden.
2. Promoties van psychiaters zouden direct moeten leiden tot praktische toepassingen in de patiëntenzorg.
3. De combinatie van klinisch werk en onderzoek leidt tot toegenomen motivatie voor beiden.

LEERDOELEN

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.

- 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.

D26 De kinderbeschermingsmaatregel als motivatie voor ouderschapsbehandeling

C.C. Prins-Aardema, T. Schiphorst
GGZ Drenthe, Beilen
cecil.prins@ggzdrenthe.nl

INHOUD

Het merendeel van de (jonge) kinderen met een kinderbeschermingsmaatregel heeft (ernstige) psychische klachten. Onderliggende oorzaken zijn ervaringen van mishandeling, verwaarlozing en/of misbruik. Juist deze groep kinderen wordt weinig verwezen voor behandeling. De kans op verwijzing is sterk afhankelijk van externe factoren en wordt maar deels door de ernst van de problematiek bepaald. Ook is er sprake van een delay.

De ouders van deze kinderen zijn veelal ernstig beschadigd gedurende hun eigen jeugd. Deze beschadigingen zijn vaak onbehandeld gebleven. Van deze ouders wordt verwacht dat zij hun eigen kinderen goed genoeg ouderschap gaan geven. Hierbij lijkt vaak te worden vergeten dat er voor een reparatie behandeling nodig is en dat een cursus niet volstaat. Vaak lijkt ook de motivatie en de hulpvraag voor behandeling bij deze ouders te ontbreken.

De twee kinder- en jeugdpsychiaters die deze discussiegroep leiden, werken binnen een gezinspsychiatrische setting. In samenwerking met de gezinsvoogden, RvdK en de kinderrechter wordt de kinderbeschermingsmaatregel gebruikt als motivatie om tot ouderschapsbehandeling te komen.

STELLINGEN

1. Ouderschapsbehandeling is gemakkelijker wanneer er een gezinsvoogd of Raadsonderzoeker bij betrokken is.
2. We hebben jeugdzorg nodig om de hoogrisicogezinnen in behandeling te krijgen.
3. Hoogrisicogezinnen zijn gemotiveerd voor (ouderschaps)behandeling.
4. Ouderschapsbehandeling is de meest effectieve vorm van preventie.

LEERDOELEN

Na afloop van de discussiegroep hebben de deelnemers:

- Meer kennis over de (psychische) problematiek van hoogrisicokinderen en hun ouders;
- Meer zicht op de kinderbeschermingsmaatregel als motivatie voor ouderschapsbehandeling;
- Stof tot nadenken.

LITERATUURVERWIJZING

1. Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents: Attachment, parenting and child safety*. Abingdon: Willan Publishing.
2. Dekker, M. (2010). Preventie in Nederlands zorgsysteem niet 'sexy'. *Tijdschrift kindermishandeling*, 3 (4), 20, 21.
3. Trimbos-instituut. (2010). *Kwetsbare kinderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

D27 Impact van suïcide en euthanasie

P.M. de Jong¹, P. Stärcke², L. Hartevelt², L. van Dalen³

¹NVVE, Amsterdam

²GGZ inGeest

³Geriant

p.dejong@nvve.nl

INHOUD

Sinds 2002 is euthanasie of hulp bij zelfdoding (HbZ) bij wet toegestaan (dat wil zeggen: strafbaar zonder strafvervolgning mits uitgevoerd volgens de bij wet vastgelegde zorgvuldigheidscriteria). Desondanks vindt HbZ nog maar spaarzaam plaats bij psychiatrisch lijden. De achtergronden daarvan worden door deze discussiegroep verkend. Daarbij wordt ook gekeken naar de impactverschillen tussen HbZ en suïcide op de directe omgeving van patiënten.

VORM

De discussiegroep is een vraaggesprek waarin de gespreksleider het algemene thema schetst, waarna de professionals de genoemde invalshoeken op basis van cases uit hun praktijk verder uitdiepen.

Paulan Stärcke

Zij schetst het beloop van een aantal door haar zelf doorlopen euthanasietrajecten uit 2013, waarin hulp bij zelfdoding werd verleend vanwege ondraaglijk en uitzichtloos lijden op basis van een psychiatrische aandoening. Ook schetst zij een beeld van de impact die een dergelijk traject kan hebben op de nabestaanden van de patiënt in kwestie. Daarbij legt zij het accent op:

- contextuele processen (natuurlijk systeem van de patiënt, hulpverlening)
- de verschillende daarbij ondervonden medisch-ethische foci
 - euthanasie vanwege niet-terminale aandoening
 - wilsbekwaamheid bij psychiatrisch patiënt
 - wanneer is het lijden uitzichtloos?
 - weerstanden bij professionals

Leny van Dalen

Zij gaat dieper in op de rol van familie en andere naasten bij euthanasie of HbZ bij mensen met een psychiatrische ziekte. Wettelijk gezien is er voor naasten geen rol weggelegd bij een euthanasiebesluit. De patiënt is autonoom in het verzoek en de dokter is autonoom in het besluit om op het verzoek in te gaan. De KNMG en de NVvP zeggen in de richtlijnen wel iets over de rol van de familieleden, maar deze rol blijft onderbelicht en onduidelijk. Tegelijkertijd blijken mensen beter in staat tot weloverwogen handelen wanneer ze zich gesteund weten door hun familie en/of naasten. Daarom doet het recht aan de autonomie van de patiënt om vroegtijdig te bespreken wie van de naasten eventueel betrokken moeten worden bij de euthanasiegesprekken. Voor de naasten is het rouwen bovendien vaak makkelijker als ze de gelegenheid krijgen om te praten over hun eigen pijn en lijden bij het naderende afscheid. Overvallen worden door een suïcide van je kind, partner of ouder is vaak een levenslang trauma. Het bespreken van de gevoelens van zowel de patiënt als zijn of haar naasten hoort bij dat afscheid. De (nieuwe) richtlijn moet de rol van de naasten daarom prominenter en duidelijker opnemen.

Linda Hartevelt

Zij gaat dieper in op de impact op een behandelteam. Zij doet dit aan de hand van een actueel traject van een verzoek tot HbZ bij GGZinGeest. Hoewel de visie van de instelling en het protocol duidelijk zijn, leert haar ervaring dat het toch veel vragen oproept binnen het behandelteam. Deze vragen zijn zowel van praktische aard (kaders, tijdsinvestering) als van emotionele aard (verschillen in visie, twijfels of achter het traject kan worden gestaan, switchen van suïcide voorkomen naar meegaan in

een HbZ-traject). Aan de hand van deze situatie binnen dit behandelteam wil Linda Hartevelt met de deelnemers nadenken over:

- Welke kaders (in brede zin) noodzakelijk zijn om binnen een behandelteam een HbZ-traject in te gaan.
- Welke vragen er spelen in een behandelteam dat met een verzoek tot HbZ te maken heeft, en op welke manier hier met elkaar over nagedacht kan worden.

STELLINGEN

1. Euthanasie of suïcide: het verlies is even groot.
2. Een hulp-bij-zelfdodingtraject staat binnen een behandelteam op gespannen voet met het reguliere werk.

LEERDOELEN

- Inzicht in de rol en de beleving van HbZ op basis van psychiatrisch lijden voor de directe omgeving van patiënten.
- Inzicht in de impactverschillen tussen HbZ en suïcide op de directe omgeving van patiënten.
- Verdieping in de kaders die een behandelteam helpen om een verzoek tot HbZ op een voor alle betrokkenen goede en respectvolle wijze te kunnen begeleiden.

LITERATUURVERWIJZING

1. *Spraakmakende Zaken*, uitzending 23 juni 2013: Hulp bij zelfdoding psychiatrische patiënten

D28 HOOP 2.0.: en hoe nu verder?

M.H. Braakman

Pro Persona, De Bogen/ A-opleiding, Wolfheze

I.s.m. Leden projectgroep H.O.O.P., Werkgroep NVvP, Utrecht

m.braakman@propersona.nl

INHOUD

Vanaf begin 2012 heeft een werkgroep in opdracht van het concilium zich beziggehouden met de evaluatie en herziening van het opleidingsplan HOOP. Het hoofddoel van de herziening was om HOOP eenvoudiger en gebruiksvriendelijker te maken. Daarnaast heeft de werkgroep geprobeerd om het opleidingsplan te laten aansluiten op huidige en toekomstige ontwikkelingen in de ggz, en op voortschrijdend inzicht over competentiegericht opleiden.

Gedurende het hele proces hebben diverse gremia binnen en buiten de NVvP meegedacht over zowel de inhoud als de haalbaarheid van de herziening. Na officiële vaststelling door de NVvP en de Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS) zal het plan in de loop van 2014 opgeleverd worden. Deze discussiegroep wil bereiken dat opleiders, opleidingsgroepen en aios gemotiveerd aan de slag gaan om HOOP 2.0 te implementeren.

VORM

De leden van de werkgroep HOOP 2.0 zullen de belangrijkste vernieuwingen in het landelijke opleidingsbeleid bespreken. Na elke informatieve inleiding volgt een stelling, die door enkele experts-panellleden kritisch wordt besproken. De deelnemers in de zaal zullen hier actief bij betrokken worden.

STELLINGEN

1. HOOP 2.0 is op onderdelen moeilijk te implementeren in de praktijk.
2. HOOP 2.0 stimuleert niet om te komen tot een hoge kwaliteit van de opleidingen tot psychiater.
3. HOOP 2.0 zal leiden tot een verdere bureaucrativering van de opleiding tot psychiater.
4. HOOP 2.0 zal pas een succes worden als er op onderdelen specifieke nazorg geleverd wordt.

LEERDOELEN

- Na afloop zijn psychiaters en aios goed op de hoogte van de nieuwe landelijke opleidingseisen.
- Na afloop hebben opleiders psychiatrie de noodzakelijke handvatten gekregen om HOOP 2.0 in de praktijk met succes te implementeren.
- Na afloop van deze discussiegroep is helder wat de opleiders, psychiaters en aios als nazorg wenselijk vinden om HOOP 2.0 tot een succes te maken.

D30 Beleid, publiek en media motiveren – aandacht voor de psychiatrie krijgen van beleidsmakers en het algemene publiek vergt strategie

A.M. de Ruijter¹, H. Linse², R.R.J.M. Vermeiren^{3,4}, D. van Doremalen⁵, A. Bergsma⁶, J. Büchli¹

¹Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam

²Communicatiestrategie

³Curium-LUMC, Leiden

⁴VUmc, Leiden

⁵Ouders Online

⁶Balans, Per Saldo en Platform Verontruste Ouders

INHOUD

De psychiatrie, en meer nog de kinder- en jeugdpsychiatrie, ligt al jaren onder vuur. Diagnoses en behandelingen krijgen kritiek te verduren. De sector staat boven aan de lijst met bezuinigingen. De overheid wil de kinderpsychiatrie zelfs uit de zorgverzekering halen en naar het sociale domein trekken, naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

De laatste jaren is er een lawine aan maatregelen over onze sector gestort, vaak onder een ideologisch sausje. Bij de Transitie Jeugdzorg is demedicaliseren, normaliseren en ontzorgen het credo. Specialistische zorg lijkt overbodig. Sterker nog, men lijkt te geloven dat met vroeghulp en wijkgericht werken problemen van opvoeden en opgroeien aangepakt kunnen worden, waardoor zware hulp niet nodig is.

Dat het zo ver gekomen is, ligt deels aan onszelf. Ideologische sausjes zijn er niet van de ene dag op de andere. Voordat ze gemeengoed worden, staan ideeën en overtuigingen in rapporten en notities. Geleidelijk worden ze breder geadopteerd, beleidsmakers raken ervan doordrenkt. Als de ideeën niet bijgestuurd worden, blijven ze en worden ze sterker.

De psychiatrie ontbeert een strategie die zich richt op het aangaan van duurzame relaties met beleidsmakers en andere 'stakeholders'. Als die er wél was geweest, hadden we meerdere dossiers (zoals de eigen bijdrage) eerder in een andere richting kunnen sturen.

VORM

De gespreksleiders delen hun 'lobby'-ervaringen in het kader van de transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie en evalueren de resultaten. De discussie zal gaan over mogelijke strategieën en de daaruit voortvloeiende middelen – en het bijbehorende budget – voor de toekomst, en over de rol van alle psychiaters daarin.

STELLINGEN

1. Alleen door het aangaan van *duurzame* relaties met overheden en beleidsmakers en andere stakeholders zullen we onze reputatie kunnen verbeteren.
2. Onze 'lobby' tegen de nieuwe jeugdwet kenmerkte zich door amateurisme, en gebrek aan strategie en middelen.
3. De samenwerking met ouders en patiëntenverenigingen is essentieel gebleken en heeft belangrijke waarde toegevoegd.
4. Sociale media zijn tegenwoordig onmisbaar. Elke psychiater moet zich niet alleen bekwaamen in psychiatrie, maar ook in twitteren en bloggen.

LEERDOELEN

Aan het eind van de sessie hebben deelnemers inzicht in de essentiële aspecten van het aangaan van duurzame relaties met 'stakeholders' en in de rol van individuele psychiaters daarin.

LITERATUURVERWIJZING

C. van Riel, (2012). *De alignmentfactor – bouwen aan duurzame relaties*, Academic service.

Cees B.M. van Riel (1951) is hoogleraar Corporate Communication aan de Rotterdam School of Management, Erasmus University.

D3I Aangescherpte ZGP-veldnormen vormen in 2015 de basis voor het inkoopbeleid van verzekeraars: wens of realiteit?

P. Post, G. van den Berg

INHOUD

Met de invoering van de POH-GGZ, Generalistische Basis GGZ en Specialistische GGZ komt een proces op gang waarvan nog niemand de uitkomst kan voorzien. Zorgverzekeraars zijn bang dat de uitbreiding van de Basis GGZ niet automatisch zal leiden tot een krimp van de Specialistische GGZ, waardoor het geheel alleen maar duurder zal worden. Zij hebben daarom, als garantie, in hun contracten een budgetkorting aan de Specialistische GGZ willen opleggen.

Verzekeraars duiden kortdurende Diagnose Behandel Combinaties (DBC) veelal als generalistische zorg, maar voor de zelfstandig gevestigde psychiater (ZGP) is dit onacceptabel. Kortdurende zorg staat immers niet gelijk aan Basis GGZ, en specialistisch staat niet gelijk aan multidisciplinair. De afdeling ZGP van de NVvP heeft hier eind 2013 succesvol tegen geprotesteerd. Dit neemt niet weg dat ook de ZGP een aandeel zal moeten leveren in de substitutie van tweedelijnszorg voor Basis GGZ.

VORM

Tijdens de discussiebijeenkomst zal de vraag centraal staan of de ZGP veldnormen kan formuleren voor toegankelijke, doelmatige en effectieve zorg. Dit als alternatief voor de invulling die de zorgverzekeraars momenteel geven door te sturen op patiëntstromen en zorgomvang. Door veldnormen te formuleren kunnen zelfstandig gevestigde psychiaters invloed uitoefenen op het beleid van de verzekeraars.

STELLINGEN

1. De ZGP biedt Specialistische GGZ en ondersteunt Basis GGZ en POH-GGZ op declaratiebasis.
2. Specialistische ZGP-GGZ is doelmatiger dan multidisciplinaire Specialistische GGZ.
3. Specialistische ZGP-GGZ is doelmatiger dan het multidisciplinaire product Basis GGZ.
4. De ZGP komt pas kijken als Basis GGZ niet toereikend en/of niet voldoende helpend is.
5. Het verschil tussen Basis GGZ en Specialistische GGZ wordt bepaald door de vereiste deskundigheid en niet door de tijd die voor de behandeling nodig is.
6. Substitutie van Specialistische GGZ voor Basis GGZ vindt door de ZGP plaats door eerder terug te verwijzen naar de huisarts, ondersteuning te bieden aan de POH-GGZ en de Basis GGZ en door ernstiger, complexere problematiek met een hoger risico aan te nemen.

LEERDOELEN

- Deelnemers weten welke gevolgen de veranderingen in het bestuurlijk akkoord voor de ZGP hebben, wat de bedreigingen zijn en welke kansen de veranderingen bieden.
- De discussie levert materiaal op waarmee de afdeling ZGP van de NVvP veldnormen kan opstellen die als uitgangspunt dienen voor het overleg met zorgverzekeraars voor de contractbesprekingen voor 2015.

LITERATUURVERWIJZING

1. HHM, (2013). Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen.
2. Achmea, (2013). Inkoopvoorwaarden: Samen op weg naar een toekomstbestendige GGZ.
3. KPMG Plexus, (juli 2013). Uitwerking substitutieboven ten behoeve van substitutiemodel generalistische basis GGZ in opdracht van Ministerie van VWS.

