

Abstracts Workshops

Voorjaarcongres 2014



Inhoud

W1 Stop met zoeken, begin met vinden	4
W2 Motiveren van jongeren met gedragsstoornissen en psychiatrische comorbiditeit: lessen uit de gezinstherapie.....	5
W3 Multidisciplinaire richtlijn Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie.....	6
W5 Kindermishandeling; aanpakken en motiveren, twee kanten van dezelfde medaille.....	8
W6 De behandeling van patiënten met GHB-afhankelijkheid en het GHB-onthoudingssyndroom	9
W7 Bevorderen van motivatie bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen	10
W8 Van Loss- naar Goal-Framing bij psycho-educatie, om de motivatie voor medicatiegebruik te vergroten.....	12
W9 Beoordeling en behandeling van suïcidaliteit in de crisisdienst.....	13
W10 Stijlen van leidinggeven bij supervisie en mentoraat van aios psychiatrie	14
W12 Forensisch jeugdpsychiatrisch onderzoek binnen het straf- en civielrechtelijk kader	15
W14 Ambulant instellen op non-selectieve MAO-remmers. Een update.....	16
W15 Competentiegericht onderwijs vergroot de motivatie van psychiaters en verbetert hun levenslange welbevinden.....	17
W16 Model voor beleidsinterview voor beginnende psychiaters (how to keep motivated!)	18
W17 Klinische genetica in de psychiatrie.....	19
W18 Psychose en schizofrenie bij kinderen en jeugdigen – evidence-based practice of practice-based evidence?	20
W19 Adherence: de therapiebooster!.....	21
W20 De psychiater als consultant bij de huisarts en in de Basis GGZ: kansen voor breed georiënteerde pragmatische psychiaters	22
W21 Motiverend rollenspel: van amateurtoneel naar krachtige leerervaring.....	23
W22 Metaboolsyndroom.....	24
W23 Hoe wordt en blijft de psychiater gemotiveerd tot het optimaal behandelen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen?.....	25
W24 Omgaan met suïcidaliteit: ervarend leren in risicotaxatie en behandeling.....	26
W25 De geneeskundige verklaring : hoe gemotiveerd?.....	27
W26 Psylink Hersenkrakers: PTSS. Hoe hersenonderzoek leidt tot een beter begrip van psychiatrische symptomen en een slimmere behandeling.....	28
W27 Van stepped care-behandeling van verslaving naar Verplichte Zorg.....	29
W28 Affectfobie psychotherapie kortdurende psychodynamische behandeling van angst, depressie en cluster C-problematiek.....	30
W29 Pathologische verzamel dwang: achtergronden, epidemiologie, diagnostiek en behandeling.....	31
W30 ADHD en agressie bij jongvolwassenen in de forensische psychiatrie: boeien, binden en begrenzen!.....	32

W31 Motivatie binnen de forensische jeugdpsychiatrie: zo nodig tegen wil en dank	33
W32 Financiering van de ziekenhuispsychiatrie motiveert de geldstroom of de zorgvraag.....	34
W33 FAST: een outreachend team voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis	35
W34 SCAN: gemotiveerd voor goede diagnostiek	36
W36 Verbindende gesprekstechniek: in contact komen en blijven met psychotische mensen. Een workshop voor de praktijk.....	37
W37 Maligne katatonie; diagnostiek en behandeling.....	38
W38 De impact van het tuchtcollege op de motivatie	39
W39 Wie is er gemotiveerd om een wetenschappelijk artikel te reviewen?.....	40
W40 Simpelweg systemisch. Werken met naastbetrokkenen binnen de psychiatrie	41
W41 De invloed van psychofarmaca op de slaap	42
W42 Verslaving en ADHD onder adolescenten	43
W43 Motiveren om te ontwikkelen	44
W44 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaaldiagnostiek bij frontotemporale dementie.....	46
W45 Het nieuwe Nederlandse prototype psycho-educatiecursus bipolaire stoornis	48
W46 Zoeken naar evidence	49
W47 Geïntegreerde zorg voor patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit: de ontwikkeling van de INTERMED-zelfinvulvragenlijst als hulpmiddel voor de zorg op de werkvloer én op beleidsniveau	50
W48 Intensive Home Treatment (IHT): anderhalf jaar ervaring	51
W49 Lithium en de nier: praktijkdilemma's.....	52
W50 Interne geneeskunde voor de (ouderen)psychiater	53
W51 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) voor de behandeling van depressie	54
W52 Motivatie en therapietrouw bij CYP-450-mutaties	55
W53 Schrijf een wetenschappelijk artikel!	56
W54 Aan de slag met de nieuwe Jeugdwet	57
W55 Elektroconvulsietherapie, state of the art	58
W56 Willen is (niet altijd) kunnen – Motiveren tot duurzame verandering van leefstijlgedrag binnen langdurige zorg.....	59
W57 De route van de patiënt door de Wvvgz: blijven proberen te motiveren	60
W58 Crisis?! Hoe beoordeelt u de verstandelijk beperkte patiënt?	61
W59 Intervisie volgens de Balint-methode.....	62
W60 Omgang met moeilijke mensen mogelijk: feit of FACT?	63
W61 Niet uit bed te krijgen... Een ongemotiveerde puber, of... een slaapstoornis?!	64
W62 Het doorbreken van persoonlijke ontwrichting op de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB)	65
W63 De schildklier en bijschildklier: fysiologie, pathofysiologie en behandeling.....	67
W64 Corsendonk: Workshop over alles wat je moet weten over het doen van klinisch onderzoek in de psychiatrie	68

WI Stop met zoeken, begin met vinden

Hoe blijf ik gemotiveerd op de hoogte in de digitale wereld van de psychiatrie?

J.K. Tijdink^{1,2}, P.N. van Harten³, A. Popma³, H.W. Hoek⁴, C.H. Vinkers⁵, M. de Leeuw

¹Tergooi, Blaricum

²VU mc, Amsterdam

³GGz Centraal, Amersfoort

⁴Parnassia Groep, Parnassia Academie, Den Haag

⁵DeJongePsychiater.nl, Utrecht

j.tijdink@vumc.nl

INHOUD

De afgelopen tien jaar is met de komst van nieuwe media de wereld gedigitaliseerd. Ook de psychiatrie heeft deze ontwikkelingen gevolgd. De redacties van DeJongePsychiater.nl en psychiatrienet.nl organiseren een workshop om u gemotiveerd op weg te helpen in het nieuwe digitale psychiatrieland. Wij zorgen ervoor dat uw elektronische arsenaal wordt uitgebreid en dat u gemotiveerd en met nog meer gemak over de digitale velden van de psychiatrie surft. We nemen u mee in de wereld van de apps, podcasts, twitterende psychiaters, belangrijke psychiatriesites, nascholingsactiviteiten en wetenschappelijk zoeken, en we besteden speciale aandacht aan het gericht zoeken via Google.

In deze workshop leert u te zoeken op de wijze waarop Google 'denkt'. De basale techniek is zoektermen formuleren vanuit het verwachte antwoord. Daarnaast zijn er selecties aan te brengen in de resultaten door commando's toe te voegen aan de zoekfuncties.

Een goed startpunt voor een specifieke zoektocht naar betrouwbare informatie over psychiatrische ziektebeelden, en vele tools zoals switch-tabellen en meetinstrumenten is www.psychiatrienet.nl.

VORM

Deze workshop is hands-on, up-to-date en online. Met behulp van alle beschikbare bronnen anno 2014 surft u met ons mee!

- Wij leren u welke psychiatrische sites en applicaties ('apps') er zijn en hoe u die kunt gebruiken in de dagelijkse praktijk.
- Wij geven u een spoedcursus 'Zoeken naar wetenschappelijke informatie op internet'.
- Wij downloaden als voorbeeld een podcast over de highlights van het laatste nummer van het *American Journal of Psychiatry*.
- Wij leren u effectief zoeken in Google en Psychiatrienet, bijvoorbeeld door commando's toe te voegen aan een Google-zoekterm om meer specifieke resultaten te krijgen.
- Wij laten zien hoe u in de psychiatrie gebruik kunt maken van nieuwe media als Twitter en Facebook.

LEERDOELEN

Na deze workshop weet u:

- Hoe u effectief gebruik kunt maken van nieuwe media en het internet via Google en Psychiatrienet;
- Hoe u zich kunt inschrijven voor e-alerts en een podcast kunt downloaden en beluisteren;
- Welke apps op uw smartphone of tablet voor u handig zijn;
- Welke websites betrouwbare informatie opleveren;
- Hoe nieuwe digitale mogelijkheden u gemotiveerd houden om up-to-date te blijven.

Neem uw smartphone, phablet, tablet, laptop of gewoon pen en papier mee.

W2 Motiveren van jongeren met gedragsstoornissen en psychiatrische comorbiditeit: lessen uit de gezinstherapie

R.E. Breuk¹, K. Mos²

¹LSG Rentray, Lelystad

²FC Teylingereind, Sassenheim

r.e.breuk@planet.nl

INHOUD

De wetenschappelijke literatuur pleit voor het betrekken van het gezin bij de behandeling van jongeren met (meervoudig) probleemgedrag, waaronder gedragsproblemen, criminaliteit en overmatig gebruik van alcohol en drugs en psychiatrische comorbiditeit. Er zijn twee evidence based-gezinstherapieën (FFT en MDFT), die intussen in heel Nederland toegepast worden. Vanuit deze gezinstherapieën kunnen enkele motiverende technieken worden gedestilleerd die in de medische praktijk erg bruikbaar zijn om ongemotiveerde jongeren en hun ouder(s) te motiveren voor diagnostiek en behandeling. In deze workshop wordt kort uitgelegd dat er eerst aandacht besteed moet worden aan de motivatie van jongeren, voordat zij bereid zijn om mee te werken aan verandering. Dat houdt in dat diagnostiek bij gedragsgestoorde jongeren met psychiatrische comorbiditeit hand in hand gaat met het motiveren van deze jongeren [1]. Er zal worden stilgestaan bij de vraag hoe psychiaters (in samenwerking met gezinstherapeuten) omgaan met deze ingewikkelde spagaat.

VORM

De workshop heeft een opbouw naar steeds meer zelfwerkzaamheid van de deelnemers: uitleg, zien en bespreken van video- en casusmateriaal, en zelf oefenen met het oplossen van een psychiatrische-crisiscasus door gezinsgerichte methodieken. Deze workshop biedt de gelegenheid om met twee gezinstherapeuten (een psychiater en een klinisch psycholoog) kennis te nemen van deze gezinstherapie, en van de manier om daarbij de psychiatrische verantwoordelijkheid te behouden.

LEERDOELEN

- Begrijpen hoe een combinatie kan worden gemaakt van individueel gerichte psychiatrische diagnostiek en effectief werken met gezinnen met jongeren met gedragsproblemen.
- Psychiatrische comorbiditeit van jongeren met gedragsproblemen herformuleren binnen een gezinsthema.
- Leren gezinsgericht te interveniëren en gebruik te maken van motiverende technieken bij een jongere in (psychiatrische) crisis (casus).

LITERATUURVERWIJZING

1. Breuk, R.E. & L.Smits.(2007). Functionele Gezinstherapie in de forensische jeugdpsychiatrie. *Jaarboek Psychiatrie En Psychotherapie 2007/2008*
2. A. H. Schene, F. Boer, J. P. C. Jaspers. Redactie; Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
3. Mos, K. & H.Rigter, (2012): Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinstellingen: inzichten uit Multidimensionele Familietherapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 11,3, 118 - 124.
4. Doran,N., Luczak, S.E., Bekman,N., Koutsenok,I. & S.A.Brown (2012). Adolescent Substance Use and Aggression : A Review. *Criminal Justice and Behavior* 39: 748-769
5. H. Rigter (2013): Multidimensionele familietherapie in West-Europa voor jongeren met Cannabisproblemen. Evaluatie van een Europees project. *Verslaving* nr. 9, 3-16.

W3 Multidisciplinaire richtlijn Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie

I.M. van Vliet¹, I.L. van Kamp¹, K.P. Grootens², S.D. Sie³, F. Boer⁴, J.J. Duvekot⁵, M.E. van Hoorn³, M.J.K. de Kleine⁶, M.M. van Weissenbruch³, T.A. van Barneveld⁷, M.E.P.F. Ruckert⁸, C.A.L. van Rijn⁸

¹Leids Universitair Medisch Centrum, Psychiatrie BI-P, Leiden

²Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

³VU medisch centrum, Amsterdam

⁴ADF-stichting, Driebergen

⁵Erasmus MC, Rotterdam

⁶Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

⁷Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

⁸Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht

i.m.van_vliet@lumc.nl

INHOUD

Benzodiazepinen behoren tot de oudste en meest voorgeschreven psychofarmaca. Een groot aantal vrouwen gebruikt in de zwangerschap en tijdens lactatie benzodiazepinen. Vanwege hun brede werkingsspectrum (rustgevend, angstverminderend, slaapverwekkend) zijn ook de indicaties voor gebruik van deze middelen breed: bijvoorbeeld als incidentele medicatie bij slaapproblemen, angst of spanningsklachten, of langdurig als (onderhouds)medicatie bij ernstiger psychiatrische aandoeningen. Er is veel onzekerheid en onduidelijkheid over de risico's van gebruik van benzodiazepinen tijdens zwangerschap en lactatie, zowel bij patiënten als bij behandelaren. Dit resulteert in een diversiteit aan adviezen en behandelbeleid.

In het najaar van 2013 is de multidisciplinaire richtlijn *Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens lactatie* [1] verschenen. Deze richtlijn bevat een overzicht en de wegingen van de beschikbare literatuur aan de hand van een aantal klinisch relevante uitgangsvragen, zoals effecten op het beloop van de zwangerschap, op de partus, teratogene effecten en effecten op de neonat. Ook worden er aanbevelingen gegeven over het gebruik van deze middelen tijdens de zwangerschap, rondom de bevalling, in het kraambed en bij het geven van borstvoeding.

STELLINGEN

Van de deelnemers van deze workshop wordt verwacht dat zij voorafgaand aan de discussiegroep kennis hebben genomen van de samenvatting van de richtlijn *Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens lactatie*. Deze richtlijn is in te zien via de website van de NVvP.

Tijdens de workshop zal met de zaal worden gediscussieerd over de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen van de richtlijn. In het panel zitten een psychiater, een gynaecoloog, een kinderarts (die allen betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de richtlijn) en een vertegenwoordiger van de patiëntenorganisatie Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF-stichting).

1. Benzodiazepinen kunnen rustig gegeven worden tijdens de zwangerschap.
2. Als een vrouw rond de partus een benzodiazepine heeft gebruikt, dient de pasgeborene altijd klinisch geobserveerd te worden.
3. Gebruik van een benzodiazepine als slaapmedicatie maakt dat de moeder geen borstvoeding mag geven.

LEERDOELEN

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

- De voor- en nadelen van het gebruik van benzodiazepinen tijdens zwangerschap en lactatie;
- De maatregelen die genomen moeten worden voor een veilig toepassen van deze middelen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Richtlijn: *Multidisciplinaire richtlijn Benzodiazepinegebruik in de zwangerschap en tijdens lactatie (2013)*, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

W5 Kindermishandeling; aanpakken en motiveren, twee kanten van dezelfde medaille

J.W. Sepers¹, M.J. van Hoof², N. van der Boon¹, N. Landsmeer²

¹Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Psychotraumacentrum, Leiden

²Psychotraumacentrum GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Psychotraumacentrum
a.sepers@ggzkinderenenjeugd.nl

INHOUD

De omvang van kindermishandeling wordt in de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen [1] geschat op 119.000 per jaar. Kindermishandeling heeft een forse impact op kind, ouders, gezin en samenleving. Effectief en vroegtijdig ingrijpen is noodzakelijk. Een integraal aanbod waarbij zowel de ouders als de kinderen betrokken worden, blijkt het meest effectief. Bij ouders is er vaak sprake van schaamte, angst voor uithuisplaatsing van de kinderen en ontkenning. Motivatie tot veranderen is er niet altijd [3]. Signalering en motivering zijn dan ook van groot belang.

VORM

Interactieve korte lezingen. Er wordt gewerkt met beeldend videomateriaal en de deelnemers worden actief betrokken. Deze workshop bestaat uit vier delen, gericht op de rol van motiveren bij kindermishandeling:

1. We geven een overzicht van bestaande concepten op het gebied van kindermishandeling en gehechtheid om het publiek te motiveren om kindermishandeling aan te pakken.
2. We besteden aandacht aan het signaleren van kindermishandeling. Op basis van meerdere signalen kan een vermoeden op kindermishandeling ontstaan. Risicotaxatie, lichamelijk onderzoek van het kind (Top-Teen), psychologisch en psychiatrisch onderzoek van kind en ouders en gezinsdiagnostisch onderzoek zijn van groot belang om kindermishandeling met de grootst mogelijke zekerheid te kunnen vaststellen.
3. We zullen ingaan op hoe ouders gemotiveerd worden om mee te werken bij de aanpak van kindermishandeling. We maken hierbij gebruik van de oplossingsgerichte methodes [4, 5].
4. We bespreken hoe ouders gemotiveerd worden om hun gedrag ten opzichte van hun kind te veranderen. De hechting tussen ouder en kind wordt hiermee bevorderd en hersteld. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de Mig en de AMBIANCE. Beide zijn erop gericht om in dialoog met de ouders en kinderen te komen tot een gedragsverandering.

LEERDOELEN

- Deelnemers worden wegwijs gemaakt in theorie en technieken rondom kindermishandeling.
- Deelnemers zijn gemotiveerd om kindermishandeling te signaleren en aan te pakken volgens een motivationeel model gebaseerd op onder andere de oplossingsgerichte methodes.

LITERATUURVERWIJZING

1. Alink I. e.a. (2011) Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De 2^e Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Wetenschappelijk onderzoek- en documentatie centrum (WODC), ministerie van VWS, 2011.
2. Benoit D., Madigan S., Lecce S., Shea B., Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(6):611-626.
3. Donald F., McCambridge J., Waissbein C., Rollnick S., (2008) How do child and family social workers talk to parents about child welfare concerns? *Child Abuse Review*, Vol. 17. Issue 1. pag. 23-35.
4. Parker, S. (2012). *Partnering for safety; assessment and planning framework*. www.aspirationsconsultancy.com.
5. Turnell, A., Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien; de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

W6 De behandeling van patiënten met GHB-afhankelijkheid en het GHB-onthoudingssyndroom

M.S. van Noorden¹, C.A. de Jong², R. Kamal³, S. van Iwaarden⁴

¹LUMC, Psychiatrie, Leiden

²NISPA, Nijmegen

³Novadic-Kentron, Vught

⁴Dimence GGZ, Zwolle

nispa.dejong@gmail.com

INHOUD

In deze workshop geven wij aan de hand van veel praktijkvoorbeelden aanbevelingen voor de behandeling van patiënten met GHB-afhankelijkheid en het GHB-onthoudingssyndroom [3]. De prevalentie van GHB-misbruik en -afhankelijkheid in Nederland is de laatste jaren fors gestegen. GHB-afhankelijke patiënten die zelf proberen te stoppen of abrupt moeten stoppen –bijvoorbeeld in verband met een acute ziekenhuisopname – kunnen een potentieel levensbedreigend GHB-onthoudingssyndroom ontwikkelen. In de Nationale GHB-monitor 1.0 is veel kennis verworven over detoxificatie van GHB door titratie met en langzame afbouw van farmaceutisch GHB. Op basis van deze ervaring zijn practice-based aanbevelingen opgesteld voor de klinische en ambulante afbouw van GHB en voor behandeling van het GHB-onthoudingssyndroom in het algemene ziekenhuis. De terugval is aanzienlijk en er worden methoden onderzocht om deze terug te dringen.

VORM

Interactieve workshop. Na een korte inleidende voordracht aan de hand van casuïstiek worden de behandelmogelijkheden besproken van patiënten met GHB-gerelateerde problematiek, in de verslavingszorg (zowel de ambulante setting als klinisch) en in het algemene ziekenhuis.

LEERDOELEN

Na het volgen van de workshop is de deelnemer op de hoogte van:

- De epidemiologie van GHB-misbruik, GHB-afhankelijkheid en het GHB-onthoudingssyndroom;
- De beperkte aanbevelingen vanuit de literatuur ten aanzien van behandeling van GHB-gerelateerde problematiek;
- De practice-based aanbevelingen ten aanzien van klinische en ambulante detoxificatie;
- De practice-based aanbevelingen ten aanzien van de behandeling van het GHB-onthoudingssyndroom in het algemene ziekenhuis;
- Het belang van multidisciplinaire samenwerking in de behandeling van patiënten met GHB-gerelateerde problematiek.

LITERATUURVERWIJZING

1. De Jong CA, Kamal R, van Noorden M, Broers B. Treatment of GHB withdrawal syndrome: Catch 22 or challenge for addiction medicine? *Addiction*. 2013 Sep;108(9):1686.
2. De Jong CA, Kamal R, Dijkstra BA, de Haan HA. Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering. *Eur Addict Res*. 2012;18(1):40-5.
3. Van Noorden MS, Kamal R, de Jong CA, Vergouwen AC, Zitman FG. Gamma-hydroxyboterzuur (GHB) afhankelijkheid en het GHB onthoudingssyndroom: diagnose en behandeling. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1286.
4. De Jong CA, Dijkstra BA. Rapport GHB Monitor: GHB detoxificatie met farmaceutisch GHB. Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA), Nijmegen, 2013.

W7 Bevorderen van motivatie bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen

I.P.M. Keet¹, E. Barkhof², T. Staring³, S. Veerman¹, N. Waterhout¹

¹GGZ Noord-Holland-Noord, Divisie Maatschappelijke Psychiatrie, Alkmaar

²AMC, Amsterdam

³Altrecht Academisch Angstcentrum, Divisie Cura, Utrecht

n.waterhout@ggz-nhn.nl

INHOUD

Motivatie is de sleutel voor een herstelondersteunende behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Een hardnekkig misverstand is dat motivatie 'door het ziektebeeld' niet bevorderd kan worden. Wel is het zo dat gangbare interventies minder goed werken. Dit kan voortkomen uit het ziektebeeld, zoals cognitieve problemen en negatieve symptomen. De oorzaak kan echter ook liggen in onvoldoende ervaren steun vanuit de omgeving. Een van de belangrijkste oorzaken is het ontbreken van hoop. Hierin hebben wij psychiaters waarschijnlijk niet de beste sleutel in handen; deze ligt veeleer in de handen van de ervaringsdeskundige.

De afdeling EPA presenteert vier innovatieve interventies die deze aspecten meenemen in het bevorderen van motivatie:

- Motiverende gespreksvoering (MGV) voor mensen met EPA, gepresenteerd door E. Barkhof, psychiater. De principes van MGV worden toegepast in een vorm die deze beter toegankelijk maken voor mensen met EPA.
- Cognitieve gedragstherapie voor negatieve symptomen, gepresenteerd door T. Staring, psycholoog. Een gebrek aan drive is ook cognitief gedragstherapeutisch te beïnvloeden.
- Familie Motiverende Interventie (FMI), gepresenteerd door S. Veerman, psychiater. Familieleden worden getraind in MGV.
- Het ervaringsverhaal als motiverende interventie, gepresenteerd door N. Waterhout, ervaringsdeskundige. Deze interventie is bij uitstek geschikt om een patiënt weer hoop te geven.

VORM

De workshop wordt ingeleid met een presentatie over herstelgerichte behandeling en strategieën die de motivatie bij EPA kunnen bevorderen. De vier genoemde interventies worden vervolgens interactief gepresenteerd en gedemonstreerd in bijdragen van 40 minuten per spreker.

LEERDOELEN

Na deze workshop:

- Kent de deelnemer de meest veelbelovende interventies die de motivatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen bevorderen;
- Heeft de deelnemer nieuwe ideeën om een vastgelopen behandeling bij iemand met EPA weer in beweging te brengen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Staring A, Merkx M, Barkhof E (2008). Motiverende gespreksvoering om therapietrouw te verbeteren bij patiënten met schizofrenie. *Directieve Therapie*, 28:2, 97-122
2. Staring ABP, Ter Huurne, MA, Van der Gaag M (2013). Cognitive behavioral therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 300-306.
3. Smeerdijk M, Keet R, Dekker N, van Raaij B, Krikke M, Koeter, M, de Haan L, Barrowclough C, Schippers G, Linszen D (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627-1636.
4. Smeerdijk M, Keet IPM, de Haan L, Barrowclough C, Linszen D, Schippers G (2013) Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset

- schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, in press.
5. Heather Stuart, Julio Arboleda-Florez, Norman Sartorius (2012) *Paradigms lost. Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press, Oxford/New York. isbn 978-0-19-979763-9

W8 Van Loss- naar Goal-Framing bij psycho-educatie, om de motivatie voor medicatiegebruik te vergroten

F.D. van Es¹, A. van der Moolen², S. Castelein³

¹UMCG, Psychosen, Groningen

²Bureau trefra, Groningen

³Lentis Research, Groningen

f.d.van.es@umcg.nl

INHOUD

De slogan 'Je bent een rund als je met vuurwerk stunt!' wordt gevolgd door het beeld van een gruwelijk ongeluk. Met dergelijke voorlichtingsstrategieën wordt getracht mensen te motiveren om hun gedrag te veranderen. Ook bij ieder voorlichtingsgesprek kiest u uw strategie, in de hoop dat uw patiënten uw medicatie- en leefstijladviezen op zullen volgen.

In onze workshop nodigen wij u uit om na te denken over de wijze waarop uw 'frame' of denkraam uw voorlichtingsstrategie en daarmee de kans op succes bepaalt. Daarna onderzoeken we hoe u met de tekst en toonzetting van uw advies aansluiting kunt vinden bij de leefwereld van uw patiënt. Als de patiënt meekijkt door uw denkraam, voelt hij zich beter betrokken bij uw boodschap en neemt de motivatie toe om het gedrag daarop aan te passen. Als u het juiste denkraam kiest, neemt de therapietrouw toe.

VORM

Met een 'pubquiz' frissen we uw kennis op over bekende do's en don'ts bij psycho-educatie. Daarna leggen we uit hoe u denkramen, of 'frames', kunt toepassen in de gezondheidscommunicatie om motivatie voor therapietrouw te bevorderen. Met interactieve werkvormen krijgt u gelegenheid om te oefenen met gerichte framing-technieken.

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop hebben de deelnemers:

- Kennis genomen van de effectiviteit voor therapietrouw van succesvolle goal-framing;
- Inzicht in de succesfactoren en de valkuilen bij psycho-educatie;
- Ervaren hoe zij goal-framing kunnen toepassen in een voorlichtingsgesprek.

LITERATUURVERWIJZING

1. Adams e.a., Amador X.; Lessons learned about poor insight; *Schizophr.* 2011 Bull. 37 (1): 27-9.
2. Brug I., Schaalman I., Kok G.; *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*; Koninklijke Van Gorcum 2003.
3. Moolen v.d. A.E.G.M., Bruggeman R., Knegtering H.; *Overdacht, over voorlichting in de psychiatrie van theorie naar praktijk*; 2008.
4. Moolen v/d.A.E.G.M, Castelein S., Mulder P.J.; Hoofdstuk 4 uit *Depot antipsychotica, een multidisciplinaire benadering*; Koninklijke Van Gorcum 2013.

W9 Beoordeling en behandeling van suïcidaliteit in de crisisdienst

J.E. Cornelis¹, E. Mutter²

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

²Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Arkin, Amsterdam

jurgen.cornelis@arkin.nl

INHOUD

Uit onderzoek blijkt dat bij 27 procent van de mensen die aangemeld worden bij de Spoedeisende Psychiatrie van Amsterdam, suïcidaal gedrag een rol speelt. Onder suïcidaal gedrag worden zowel de handelingen verstaan als de gedachten die een intentie uitdrukken om zichzelf te doden [1]. Bij 70 procent is er een betrokken systeem en 55 procent ondervindt relationele problemen in de familie. Bij 3,6 procent wordt de suïcidaliteit door hulpverleners na de beoordeling als hoog ingeschat.

Veel patiënten schamen zich voor hun gedrag, willen anderen niet belasten en komen onder andere daardoor in een isolement. Bij de beoordeling en behandeling is een systemische visie dus onontbeerlijk, hetgeen ook wordt onderstreept in de richtlijn Suïcidaal Gedrag.

In deze workshop worden de volgende aspecten besproken: attitude en allïering van de hulpverlener met betrokkenen, spanningsveld tussen autonomie van patiënt en het betrekken van naasten, doorbreken van het isolement, hoe te komen tot uitstel ter bezinning en hoe de hulpverlener met gevoelde druk kan omgaan. Als theoretisch model wordt het Consensusgericht Systemisch Interviewen en Intervenieren (CSII) gebruikt [2]. Kern van dit model is het met patiënt en zijn naasten gezamenlijk maken van hypothesen en uitvoeren van veranderingsgerichte interventies.

VORM

Na een korte theoretische uiteenzetting van het model zal worden ingegaan op de manier waarop patiënt en zijn naastbetrokkenen zijn te motiveren voor systeemgesprek. Aan de hand van videofragmenten van een systeemgesprek van een suïcidale patiënt en zijn naasten zal met de deelnemers gediscussieerd worden over de getoonde interventies.

LEERDOELEN

Na het volgen van deze workshop is de deelnemer in staat:

- Patiënt en zijn systeem te motiveren tot een systeemgesprek tijdens de acute fase;
- De aard en ernst van de suïcidaliteit gezamenlijk met de patiënt en diens systeem te exploreren;
- Een systeeminterventie te ontwerpen en uit te voeren.

LITERATUURVERWIJZING

1. Groot, MH & Glind G (red.) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, versie 1.0. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
2. Oenen, FJ van, Cornelis J & Bernardt C. Consensusgericht systemisch interviewen en intervenieren - Een systemisch goed genoeg-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie*, 2012; 24: 63-81.

W10 Stijlen van leidinggeven bij supervisie en mentoraat van aios psychiatrie

M.G. Nijs

NVvP, Domus Medica, Utrecht

M.Nijs@nvvp.net

INHOUD

Deze workshop is bedoeld voor psychiaters die belast zijn met de supervisie en het mentoraat van aios psychiatrie. De nadruk van deze workshop ligt op het verwerven van vaardigheden. Geoefend wordt met een op de persoon van de aios toegesneden leertraject (individueel leerplan) met als uitgangspunt competentiegericht leren conform HOOP. Aan de hand van eindtermen wordt in kaart gebracht wat de sterke en zwakke eigenschappen zijn van de aios. Vervolgens wordt er een opleidingstraject uitgezet dat in werkdoelen wordt geoperationaliseerd (SMART geformuleerd) en is toegesneden op de persoon van de aios. Ten slotte wordt gekeken op welke wijze effectief leiding kan worden gegeven aan de aios teneinde zijn persoonlijke leerdoelen te kunnen realiseren.

VORM

Na een korte inleiding wordt er aan de hand van casuïstiek (ingebracht door de workshophouder of door de deelnemers) geoefend met het opstellen van een individueel leerplan, en met het flexibel inzetten van stijlen van leiding geven die effectief zijn omdat ze aansluiten bij het competentieniveau van de aios.

LEERDOELEN

- Het maken van een sterkte-zwakteanalyse van de competenties van de aios.
- Het opstellen van een individueel leerplan van de aios.
- Het kunnen hanteren van verschillende stijlen van leiding geven in supervisie en mentoraat, afhankelijk van het ingeschatte competentieniveau van de aios.

LITERATUURVERWIJZING

1. De 'Profielchets Psychiater', NVvP
2. HOOP, De Tijdstroom, 2009

W11

Klinische neurologie voor de psychiater

C. Stumpel, T.A.M.J. van Amelsvoort, R. Rouhl, M. Anten, M. Kuijf, J. Staals
AZM, Klinische Genetica, Maastricht

INHOUD

Er zijn veel raakvlakken tussen de neurologie en psychiatrie. Veel neurologische aandoeningen gaan gepaard met psychopathologie en vice versa. Zo kunnen bijvoorbeeld hersentumoren en epilepsie zich presenteren met psychotische symptomen. En cerebrale vasculaire schade kan resulteren in persoonlijkheidsveranderingen. Wanneer moet je als psychiater denken aan een neurologische oorzaak bij psychische problemen en wanneer verwijst je door naar de neuroloog?

VORM

Workshop van 90 minuten waarbij vier neurologen een klinische les geven, waarbij bijvoorbeeld epilepsie, CVA, oncologie en bewegingsstoornissen aan bod komen. Tevens zal de basiskennis neurologie opgefrist worden, inclusief hersenzenuwen en neurologisch onderzoek.

LEERDOELEN

- Het weer vertrouwd raken met de hersenstructuren/zenuwen.
- Het weer vertrouwd raken met het neurologisch onderzoek.
- Het sneller herkennen van neurologische ziektebeelden in de psychiatrische praktijk en vice

versa.

WI2 Forensisch jeugdpsychiatrisch onderzoek binnen het straf- en civielrechtelijk kader

R.F. Zijlstra, J.I.M. Kuin
NIFP Midden-Nederland, Utrecht
rf_zijlstra@hotmail.com

INHOUD

Juist bij jeugdpsychiatrisch onderzoek en behandeling in het kader van straf- of civielrecht ontbreekt het vaak aan motivatie bij de jeugdigen om gedrag te veranderen of aan bereidheid om zich te laten behandelen. Anderzijds zijn gedragsdeskundigen vaak zeer gemotiveerd om binnen vrijwillige behandelkaders te (be)handelen bij kinderen en jeugdigen met psychische problemen; vooral als sprake is van gepleegde strafbare feiten of een ernstige bedreiging van de ontwikkeling doordat de jeugdige zich onttrekt aan (ouderlijk) toezicht en begeleiding.

In deze workshop wordt verduidelijkt hoe en wanneer behandelaren op juridische kaders moeten letten en grenzen in acht dienen te nemen. Dit speelt een rol bij beoordelingen op het politiebureau en bij diagnostiek bij kinderen en jeugdigen die onder toezicht zijn gesteld of een machtiging uithuisplaatsing of een machtiging gesloten plaatsing hebben. Actuele thema's rondom 'vechtscheiding', het 'adolescentenstrafrecht' en de mogelijke veranderingen door de transitie van de jeugdzorg worden aangestipt. Ook komt de mogelijkheid aan de orde om onafhankelijk kinder- en jeugdpsychiatrisch en/of -psychologisch onderzoek aan te vragen via het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

VORM

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

LEERDOELEN

Deelnemers worden gemotiveerd om meer oog te hebben voor juridische kaders, zodat handelingsverlegenheid afneemt en mogelijke schade wordt voorkomen. Deelnemers worden gemotiveerd voor de opleiding tot pro justitia rapporteur binnen het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD).

LITERATUURVERWIJZING

Jeugdpsychiatrie en Recht, N.Duits, J.A.C. Bartels, W.B. Gunning, Van Gorcum.
Juridische kaders voor het gedragsdeskundig onderzoek binnen het personen- en familierecht. C. Brouwer, J. Kuin. NIFP.

WI4 Ambulant instellen op non-selectieve MAO-remmers. Een update

M.B.J. Blom¹, M. Horjus², M.L. Seelen²

¹PsyQ, Afd. Directie, Zoetermeer

²PsyQ Den Haag, Den Haag

m.blom@psyq.nl

INHOUD

Non-selectieve MAO-remmers zoals tranylcypromine (Parnate) en fenelzine (Nardil) zijn effectief in de behandeling van therapieresistente depressie. Ze worden helaas nog steeds te weinig voorgeschreven. In belangrijke mate komt dat door koudwatervrees bij psychiaters.

Recent is het protocol 'Ambulant instellen MAO remmer' vernieuwd. Onder andere interacties met medicatie en voedingsadviezen zijn versimpeld en ingekort. Daarnaast wordt de belangrijkste indicatie voor de MAO-remmer, atypische depressie, weinig herkend en dus onderbehandeld. Omdat in de meeste gevallen atypische depressie een chronisch beloop kent, betekent dat voor patiënten tientallen jaren onderbehandeling.

VORM

In deze workshop worden achtereenvolgens de diagnose atypische depressie behandeld en wordt het protocol stapsgewijs uitgelegd. Veel aandacht is daarbij voor praktische uitwerking van het protocol. Inbreng van eigen ervaring met gebruik van deze middelen en vragen worden nadrukkelijk aangemoedigd. Veel aandacht gaat uit naar de werkwijze, onder andere in samenwerking met een verpleegkundig specialist.

LEERDOELEN

- Na afloop van de workshop is diagnostiek van atypische depressie opgefrist.
- De deelnemer heeft voldoende geleerd en is gemotiveerd om zelf patiënten op een non-selectieve MAO-remmer in te stellen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Van Haelst IM, van Klei WA, Doodeman HJ, Kalkman CJ, Egberts TC, Group MS. Antidepressive treatment with monoamine oxidase inhibitors and the occurrence of intraoperative hemodynamic events: a retrospective observational cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:1103-1109.
2. Nolen WA. [Classical monoamine oxidase inhibitor: not registered for, but still a place in the treatment of depression]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003;147:1940-1943.
3. Blom MBJ, Nolen WA: Protocol Gebruik van Klassieke MAO-remmers. Parnassia groep; 2013.
4. Blom MBJ. Non-selectieve MAO-remmers. *Psyfar*. 2011:12-17.

WI5 Competentiegericht onderwijs vergroot de motivatie van psychiaters en verbetert hun levenslange welbevinden

L. Perquin
Onderwijsbureau NVvP, Utrecht
L.Perquin@nvvp.net

INHOUD

Er is een grote behoefte aan proactieve psychiaters die kunnen inspelen op de huidige turbulente veranderingen in de ggz. Gemotiveerde psychiaters die van willen weten in een werkveld van toenemende productiedruk, emotionele belasting en discussie over de positie van de psychiater. Een belangrijke bijdrage aan een proactieve en gemotiveerde leerhouding wordt geleverd door het competentiegericht opleiden en bijscholen (éducation permanente). Probleemgestuurd onderwijs en zelfmanagement zijn daarin belangrijke pijlers. Door veel collega's wordt de werkdruk als zwaar ervaren (klachten van burn-out). Professionals die in staat zijn hun werkomgeving zó vorm te geven dat wordt voldaan aan de behoefte aan autonomie, verbondenheid en 'mastering' (competentie), leveren een betere output, zijn gelukkiger en blijven langer gezond.

Deze workshop nodigt de deelnemer uit zich in de principes van het competentiegericht opleiden te verdiepen aan de hand van een praktijktheorie van menselijke motivatie. De deelnemers onderzoeken hoe zij zelf in het dagelijks werk staan en welke mogelijkheden zij ter beschikking hebben om hun intrinsieke motivatie te vergroten.

VORM

In een korte inleiding wordt een beeld geschetst van de principes van competentiegericht opleiden, en hoe deze passen in een praktijktheorie van menselijke motivatie in arbeidsomstandigheden. De deelnemers worden in verschillende simulatietechnieken uitgedaagd om de eigen motivatie voor het werk als professional te onderzoeken. De cursusleiders begeleiden de deelnemers bij het opstellen van een persoonlijk leerplan.

LEERDOELEN

De deelnemers aan deze workshop:

- Maken kennis met de principes van competentiegericht onderwijs en opleiding;
- Maken kennis met verschillende vormen van werkgerelateerde motivatie;
- Zijn in staat de eigen motivatie voor het werk als psychiater te onderzoeken;
- Zijn in staat een plan van aanpak op te stellen om hun persoonlijke professionele groei te stimuleren.

LITERATUURVERWIJZING

1. R.A. Kusurmar, TH.J. Ten Kate, M. Van Asperen, G. Croiset. Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: a review of the literature. *Medical Teacher* 2011; 33:e242-e262.
2. R.A. Kusurmar, TH.J. Ten Kate, C.M.P. Vos, P. Westers, G. Croiset. How motivation affects academic performance: a structural equation modeling analysis. *Advances in Health Science Education* 2013; 18: 57-69.

WI6 Model voor beleidsintervisie voor beginnende psychiaters (how to keep motivated!)

A.M. van Schaik¹, A.R. Miedema²

¹GGZ inGeest, Ouderenpsychiatrie, Amsterdam/Haarlem

²GGD Amsterdam MGGZ, Amsterdam

au.vanschaik@ggzingeest.nl

INHOUD

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

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

Maar hoe zet men een dergelijke intervisie op? Wat is een goed model? En wat zijn voor- of nadelen van een in-company intervisie? Een intervisie om gemotiveerd te blijven voor het vak!

VORM

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

LEERDOELEN

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

LITERATUURVERWIJZING

1. Ofman, D., *Kwaliteit en bezieling in organisaties*, Servire, 2006

WI7 Klinische genetica in de psychiatrie

C. Stumpel, A.P.A. Stegmann

AZM, Klinische Genetica, Maastricht

INHOUD

Dat genetica belangrijk is voor iedereen, is niet meer te missen. Maar wat is voor de psychiater relevant om te weten ten behoeve van zijn of haar werk? Welk signaal uit de anamnese of uit de stamboom kan wijzen op een genetische factor in het ontstaan van een bepaalde aandoening of ontwikkelingsstoornis? Tonen de groeiparameters iets bijzonders? Ziet u iets bijzonders aan het uiterlijk van uw patiënt of cliënt? Is dat een ingang naar een klinisch genetische diagnose?

VORM

In deze interactieve workshop gaan we in op de volgende vragen en stellingen:

1. Is het zinnig om genoom-onderzoek (chromosomen en DNA) en metabool-onderzoek te laten verrichten in de psychiatrie? Komt daar weleens iets uit? En zo ja, hoe belangrijk is dat dan? Heeft het zin om de klinisch geneticus in uw multidisciplinaire setting te betrekken?
2. Psychiaters zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de klinische genetica voor diagnostiek maar ook voor toekomstige begeleiding.

LEERDOELEN

- Een update krijgen van de nieuwste technieken op het gebied van (klinische) genetica.
- Kennis opdoen die helpt bij de beslissing om door te verwijzen naar een klinisch geneticus.
- Bewust worden van de rol van klinische genetica in uw dagelijkse praktijk.

WI8 Psychose en schizofrenie bij kinderen en jeugdigen – evidence-based practice of practice-based evidence?

N.P. Goddard¹, M.C. Klaassen²

¹De Bascule, Amsterdam

²Rivierduinen, Leiden

INHOUD

Psychose en schizofrenie in kinderen en jeugdigen zijn ernstige psychiatrische stoornissen met een effect op het dagelijks functioneren, het toekomstig functioneren en het gebruik van de ggz. De prognose is slechter voor mensen als hun psychose onder een leeftijd van achttien jaar begint. Het is van belang dat jongeren met deze stoornissen, of de beginnende symptomen hiervan, erkend worden en een optimale behandeling krijgen.

Met een prevalentie van ongeveer 0,4 procent (in de leeftijd 5-18 jaar) zal de gemiddelde kinder- en jeugdpsychiater niet veel patiënten met een psychotische stoornis in behandeling hebben.

Antipsychotische medicatie is meestal de meest effectieve keus van behandeling, alhoewel er gering bewijs is voor de effectiviteit bij de minderjarige. Er bestaan zorgen over het effect van deze medicijnen op metabole parameters. Naast medicijnen worden wisselende psychologische interventies gebruikt, maar de evidentie bij deze doelgroep is beperkt.

Vroegdetectie en -behandeling wordt aanbevolen, maar hoe en door wie? Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft de wetenschappelijke kennis met betrekking tot psychotische stoornissen bij kinderen en jeugdigen naar leeftijdscategorieën bijeengebracht: psychose op de kinderleeftijd, psychose bij adolescenten en psychose bij jongeren ouder dan 16 jaar.

Deze workshop biedt deelnemers de mogelijkheid hun kennis te verdiepen over diagnostiek en behandeling van psychose bij kinderen en jeugdigen, en geeft tevens nieuwe input voor de herziening en aanpassing van het protocol.

VORM

Aan de hand van vier stellingen worden dilemma's bediscussieerd van het behandelen van psychose binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De interactieve presentatie geeft de mogelijkheid om actief te participeren. Met twee presentatoren met elk hun specifieke expertise en werksetting is dit de gelegenheid om diepgaand met dit onderwerp bezig te zijn.

LEERDOELEN

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

LITERATUURVERWIJZING

1. Klaassen MC, Nieman DH, Becker HE, Linszen DH. (2006). Wanneer heeft detectie van hoogrisicofactoren voor een eerste psychose zin? *Tijdschrift voor psychiatrie*; 48(6): 467-476.
2. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz (2010). *Concepttekst herziene versie van Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut (Via: http://www.cbo.nl/Downloads/1064/concept_rl_schizo_10.pdf). <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/psychose>
3. Lin CC, Bai YM, Chen JY, Hwang TJ, Chen TT, Chiu HW, Li YC. (2010). Easy and low-cost identification of metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotics: artificial neural network and logistic regression models. *J Clin Psychiatry*, 71(3):225-34. Epub 2009 Oct 6.
4. NICE (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people*. NICE guideline (guidance.nice.org/cg155).

WI9 Adherence: de therapiebooster!

I.H. de Wit, W.J. Broekema

SymforaMeander/GGz Centraal, Poli volwassenen/apotheek, Amersfoort

i.dewit@symforameander.nl

INHOUD

Hoe motiveren we onze patiënten zo dat de farmacotherapie ook slaagt? En hoe ondersteunen wij hen daarbij? Medicatie is zeer effectief bij onder meer bipolaire stoornis en schizofrenie. Onderzoek laat zien dat non-adherence een van de belangrijkste voorspellers is van een terugval en dat non-adherence veel vaker voorkomt dan psychiaters en patiënten denken. Non-adherence leidt ook tot meer opnames, lagere kwaliteit van leven, afname van sociale relaties, en afname van dagelijkse activiteiten. Dit heeft grote gevolgen voor het beloop van de ziekte.

Tijdens de workshop zullen de deelnemers specifieke kennis opdoen over bovenstaande aspecten.

Op grond van de literatuur worden evidence-based interventies genoemd die de adherence bij patiënten verbeteren. Deze bestaan onder meer uit een set van aanbevolen interventies voor onder andere een speciële anamnese gericht op adherence en een korte gevalideerde vragenlijst. In de workshop wordt veel ruimte geboden voor discussie en oefenen.

VORM

Inleiding over de omvang van non-adherence en het belang voor de dagelijkse praktijk. Interventies voor onder meer een speciële anamnese ter verbetering van de adherence. Introductie van vragenlijst BARS (Brief Adherence Rating Scale).

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop heeft de deelnemer

- De vaardigheid om een toegespitste speciële anamnese af te nemen;
- Voldoende kennis van effectieve interventies om de medicatietrouw in te schatten en te verbeteren.

W20 De psychiater als consulent bij de huisarts en in de Basis GGZ: kansen voor breed georiënteerde pragmatische psychiaters

C. Zuketto, W. de Meij

MoleMann Mental Health, Amersfoort

INHOUD

De uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 creëert nieuwe mogelijkheden voor consultatie en samenwerking tussen psychiater, huisarts en Basis GGZ. Intercollegiale consultatie tussen huisarts en psychiater is zeker niet nieuw, maar vond tot nu toe meestal plaats binnen lokale samenwerkingsverbanden en onderzoeksprojecten [2,3]. Bottleneck was vaak structurele financiering, die vanuit het Bestuurlijk Akkoord nu wel geregeld lijkt te worden. Dit biedt mogelijkheden voor psychiaters die korte lijnen met de eerste lijn hoog in het vaandel hebben. Voorbeelden van nieuwe ontwikkelingen worden besproken en collega's worden van harte uitgenodigd eigen ervaringen te delen.

VORM

Korte inleidingen:

- Basis GGZ: feiten en fabels, door C. Zuketto, psychiater.
- Wat een psychiater kan, door W. de Meij, psychiater.
- Wat een huisarts wil, N. Makkes, huisarts.
- De psychiater en BuurtzorgT: casuïstiek door C. Kleijwegt, HBO-V.

Discussie rondom stellingen en casuïstiek.

LEERDOELEN

- Inzicht in mogelijkheden die de Basis GGZ biedt voor psychiaters.
- Inzicht in de beperkingen en mogelijke valkuilen.
- Het delen van ideeën en kennis met collegae werkzaam op het raakvlak van eerste en tweede lijn.

LITERATUURVERWIJZING

1. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014
2. De Coster ea. Collegiale consultatie tussen huisarts en psychiater: sleutelement in de aanpak van depressie. *Neuron*, 2004, 238-244.
3. NVvP, 2008. Richtlijn consultatieve psychiatrie, hoofdstuk 3.
4. Het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ: nieuwe afspraken voor de komende jaren en een terugblik.
5. *De Psychiater* 8, 2013, 18-19.

W21 Motiverend rollenspel: van amateurtoneel naar krachtige leerervaring

L. Perquin, M. Stoffels, A. Vos
NVvP, Onderwijsbureau, Utrecht
L.Perquin@nvvp.net

INHOUD

In de opleiding tot duikbootcommandant, piloot en chirurg zijn praktijksimulaties als voorbereiding op het dagelijks werk niet meer weg te denken. De psychiater in opleiding wordt veelal 'in het diepe gegooid, leert in duikvlucht, of zet het mes erin'. Natuurlijk, er is cursorisch onderwijs, teamoverleg, supervisie en intervisie. Maar kennisvergaring, bespreking, reflectie en discussie leiden niet automatisch tot competent professioneel handelen. Diagnostische, therapeutische, gespreks- en onderhandelingsvaardigheden moeten actief worden verworven. Daarom komt in het huidige competentiegericht opleiden en bijscholen steeds meer de noodzaak naar voren om vaardigheden, onmisbaar voor de dagelijkse psychiatrische praktijk, systematisch in rollenspel te trainen. Maar hoe maakt u van het rollenspel een krachtige leerervaring? Hoe motiveert u terughoudende deelnemers, stimuleert u een tegenspeler tot authentiek rolgedrag, betreft u de observanten, organiseert u de feedback en geeft u de nabespreking diepgang zonder dat deze verzandt in een abstract debat? De workshopleiders, met uitgebreide ervaring in het motiveren en begeleiden van effectieve praktijksimulaties, nemen u in deze workshop mee naar de rijke mogelijkheden die het rollenspel te bieden heeft.

VORM

U oefent met het opzetten van motiverend rollenspel aan de hand van een uitgebreide hand-out van het Onderwijsbureau van de NVvP. Onder meer komen aan bod: organisatie en voorbereiding, individuele of algemene leerdoelen, rolinstructie of improvisatie, observeren en feedback geven, experimenteren met een alternatief en afronden van de oefening.

LEERDOELEN

1. U doet kennis en ervaring op met rollenspelvarianten als krachtige leerervaringen.
2. Na afloop van de workshop kunt u in supervisie- en intervisiesituaties een rollenspel opzetten aan de hand van ingebrachte casuïstiek.
3. Onder uw leiding kunt u toekomstige participanten – artsen in opleiding, teamleden en collegae – laten experimenteren met diagnostische, therapeutische, gespreks- en onderhandelingsvaardigheden die onmisbaar zijn voor de dagelijkse psychiatrische praktijk.

LITERATUURVERWIJZING

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

W22 Metaboolsyndroom

F.H.M. Vanmolkot

Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht

INHOUD

De afgelopen jaren is er gelukkig steeds meer aandacht gekomen voor de somatiek bij patiënten met een psychiatrische aandoening. Op de meeste plekken wordt er nu standaard gescreend op metaboolsyndroom bij chronische psychiatrische aandoeningen of bij gebruik van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren. De labuitslagen stromen binnen. Maar weet u eigenlijk wel op welke afwijkingen u screent? Voelt u zich eigenlijk wel bekwaam in de interpretatie van de labuitslagen? Weet u wat u moet doen bij afwijkende waarden, en met al die patiënten met overgewicht?

In deze workshop wordt uw basiskennis interne geneeskunde opgefrist en leert u meer over wat het 'metaboolsyndroom' nu eigenlijk is. Welke rol zouden wij als psychiaters in moeten nemen in de screening en de behandeling ervan? Wanneer moet een verandering in farmacotherapie worden overwogen, en wanneer moet de behandeling worden overgedragen aan huisarts of internist?

VORM

Cursus, met actieve inbreng van deelnemers.

LEERDOELEN

- Uw basiskennis interne geneeskunde op het gebied van hart- en vaatziekten en diabetes is weer op peil.
- U weet waarom en waarop u screent en wat u moet doen met afwijkende uitkomsten.

W23 Hoe wordt en blijft de psychiater gemotiveerd tot het optimaal behandelen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen?

H.D. Philipszoon, M. Peereboom, A. Boanta, H.L. Van
NPI, Arkin, Amsterdam
dorienph@xs4all.nl

INHOUD

Voor psychiaters en aios is het behandelen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen regelmatig lastig vanwege de complexe therapeutische relatie die zich bij deze patiënten voordoet. Daarbij speelt het gebruik van onrijpe afweermechanismen als devaluatie en projectieve identificatie door de patiënt vaak een rol. De tegenoverdracht die dat bij de psychiater oproept, kan leiden tot het tijdelijk stoppen van het mentaliseren bij de psychiater. Dit houdt in dat hij of zij dan tijdelijk niet kan reflecteren, waardoor de vaardigheid om problemen in de therapeutische relatie te herstellen vermindert. Deze fenomenen doen zich niet alleen in psychotherapie voor, maar in alle behandelcontacten van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Met het verder opschuiven van de psychiater naar de Gespecialiseerde GGZ is te verwachten dat de psychiater hier nog meer mee te maken zal krijgen. Het is daarom van belang dat de competenties om deze fenomenen te herkennen en adequaat te hanteren in de opleiding worden aangeleerd.

VORM

Korte inleiding met uitleg van de begrippen, handvatten hoe deze fenomenen in de praktijk te herkennen, en bespreken van te leren vaardigheden. Aan de hand van videofragmenten en casuïstiek zullen twee aios het leerproces illustreren dat nodig is om te kunnen gaan met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: hoe leer je de interacties hanteren die optreden bij deze patiënten, en hoe draagt dat bij aan het zelf gemotiveerd blijven voor deze doelgroep? Discussie met uitwisselen van ervaringen door de deelnemers.

LEERDOELEN

- Vergroten van inzicht in de problemen in de interactie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.
- Toename in motivatie voor de psychiater in het behandelen van deze patiëntenpopulatie.

LITERATUURVERWIJZING

1. Gabbard G.O., Longterm psychodynamic psychotherapy, a basic text. 2010, *American Psychiatric Publishing*, Washington DC.
2. Allen J.G., Fonagy P. & Bateman A.W., Mentalizing in clinical practice. 2008, *American Psychiatric Publishing*, Washington DC.

W24 Omgaan met suïcidaliteit: ervaren leren in risicotaxatie en behandeling

M.G. Nijs
NVvP , Utrecht
M.Nijs@nvvp.net

INHOUD

Het beoordelen van suïcidaliteit is binnen de psychiatrie vrijwel dagelijks werk. Het is opmerkelijk dat professionals vaak niet op een systematische manier een suïcide-ricicotaxatie verrichten.

In deze workshop worden deelnemers uitgenodigd – conform de voorhanden zijnde nationale en internationale richtlijnen en literatuur – een suïcide-ricicotaxatie in de praktijk te brengen. De nadruk ligt op het kunnen toepassen van de aangedragen kennis. Een professioneel acteur zal rollen spelen van suïcidale patiënten. De deelnemers spelen de rol van therapeut. Het volstaat niet om alleen de risico's op suïcide te onderzoeken: het is de bedoeling dat ook door gerichte interventies de risico's worden verminderd.

VORM

De workshop bestaat uit drie onderdelen. De nadruk ligt op het verwerven van klinische vaardigheden. In rollenspelen met als tegenspeler een professioneel acteur kan worden geoefend met de verkregen kennis.

In deel 1 worden – na een korte inleiding waarin een kader wordt geboden – de deelnemers uitgenodigd in rollenspelen te oefenen met het taxeren van suïciderisico's. Ze zijn in staat een behandelplan op te stellen.

In deel 2 wordt een model gepresenteerd dat chronisch suïcidale patiënten (vaak bij persoonlijkheidsstoornissen) vaardigheden leert. De deelnemers kunnen oefenen met het in de praktijk brengen van dit model.

In deel 3 is het onderwerp: hoe om te gaan met 'manipulatieve suïcidaliteit'.

LEERDOELEN

- Het systematisch verrichten van een risicotaxatie suïcidaliteit.
- Kennis nemen van een model hoe om te gaan met chronische suïcidaliteit.
- Kennis nemen van een model hoe om te gaan met het dreigen met suïcidaliteit.

LITERATUURVERWIJZING

1. A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, C. van Boven, J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M. Steendam, B. Stringer en A.A. Verlinde (werkgroep) en G. van de Glind (projectleiding).
2. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom 2012.

W25 De geneeskundige verklaring : hoe gemotiveerd?

A.J.K. Hondius¹, R.H. Zuiderhoudt², E.P.K. Sikkens³, J.W. Hummelen⁴

¹GGZ Centraal Veluwe/Flevoland, Ermelo

²Zuiderhoudt Consultancy, Den Haag

³NIFP, Amsterdam

⁴Rijksuniversiteit Groningen/GGNet, Groningen/Warneveld

INHOUD

De geneeskundige verklaring is een kerndocument dat nodig is voor een beslissing van de rechter om iemand wegens een geestesstoornis van zijn vrijheid te beroven, krachtens mensenrechtenverdragen gemotiveerd en opgesteld door een medisch expert, in Nederland de psychiater.

Hoe gaat de Nederlandse psychiatrie om met geneeskundige verklaringen? Waar moet een geneeskundige verklaring aan voldoen? Is iedere psychiater bekwaam? Zijn er andere specialisten medisch expert in civielrechtelijke of strafrechtelijke procedures?

Nieuwe wetten – de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet verplichte GGZ (WvGGZ) bieden een ruimere mogelijkheid voor een strafrechter om een (civiele) zorgmachtiging op te leggen bij justitiabelen. Welke informatie heeft de strafrechter van wie nodig? De rapportage van de ProJustitia-rapporteur? Of is die PJ-informatie niet van toepassing, omdat het een retrospectieve beoordeling van een geestesstoornis is in relatie met het delict, terwijl de WvGGZ een prospectieve beoordeling vraagt (verplichte zorg om schade te voorkomen). Zijn geneeskundige verklaringen in civielrechtelijke en strafrechtelijke procedures van eenzelfde validiteit? Of is het inzetten van taxatie-instrumenten de uitkomst om alle partijen weer valide tot elkaar te brengen? In deze workshop zoeken psychiaters antwoorden en worden ze gemotiveerd om hun bekwaamheid verder uit te bouwen.

VORM

Drie inleidingen en interactieve discussie. Zuiderhoudt spreekt over de geneeskundige verklaring en medisch expert. Sikkens gaat in op het schakelartikel Wfz (2.3) en de geneeskundige verklaring die aan de strafrechter wordt voorgelegd. Hummelen bespreekt de (on)mogelijkheden van inzet van taxatie-instrumenten.

LEERDOELEN

- Zicht geven op aard en opzet van een geneeskundige verklaring en op vereiste bekwaamheden in de forensische en civiele praktijk.
- Bewustwording van knelpunten en mogelijkheden rond de geneeskundige verklaring in het kader van twee geschakelde wetten.

LITERATUURVERWIJZING

Wet Bopz, Wet verplichte GGZ, Wet forensische zorg

W26 Psylink Hersenkrakers: PTSS. Hoe hersenonderzoek leidt tot een beter begrip van psychiatrische symptomen en een slimmere behandeling

H.J.F. van Marle¹, C.D. Schubart², M. Somers³, A.F. Schellekens⁴

¹AMC, Amsterdam

²Tergooi-ziekenhuis, Hilversum

³UMC Utrecht, Utrecht

⁴Radboud umc, Nijmegen

h.j.vanmarle@amc.uva.nl

INHOUD

Tienduizenden hersenonderzoekers (een getal dat vele malen hoger ligt dan het aantal psychiaters) houden zich vanuit de cognitive neuroscience bezig met fundamenteel onderzoek naar zaken als angst, empathie, emotieregulatie en motivatie. De klinische verstoring van deze hersenfuncties vindt zijn plaats in de psychiatrie. Maar kunnen we vanuit dit onderzoek ook echt iets leren over psychiatrische ziekte? In deze jaarlijks terugkerende workshop, georganiseerd door NVvP-platform Psylink en gericht op de nieuwsgierige, wetenschappelijk georiënteerde aios en psychiater, wordt gepoogd om tot een beter begrip van een psychiatrische stoornis te komen vanuit het beter begrijpen van de gerelateerde en aangedane hersenfunctie(s). Wat moet je weten over 'fear conditioning' en extinctie voordat je een angststoornis echt kan begrijpen? En snap je de 'craving' van een verslaafde patiënt beter als je bekend bent met recent onderzoek naar het beloningssysteem?

VORM

Per workshop wordt een ziektebeeld of ziektedimensie behandeld volgens een vast format. Een clinicus, ervaren met het ziektebeeld, introduceert een vignet. Vervolgens geven een of twee gerenommeerde hersenonderzoekers een aantal korte, maar inzichtelijke lezingen over de belangrijkste neurobiologische constructen die in verband kunnen worden gebracht met de stoornis. De clinicus en de onderzoeker proberen vervolgens samen de symptomatologie uit het vignet te begrijpen, vanuit de nieuw verworven kennis over het construct. Tot slot worden alle aanwezigen uitgenodigd om na te denken over de vraag hoe deze nieuwe inzichten kunnen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor behandeling.

De eerste workshop in deze nieuwe serie is gewijd aan PTSS. Na de introductie van het vignet wordt u bijgepraat over recent onderzoek naar onder andere de relatie tussen stress en geheugen, angstconditionering, reconsolidatie en extinctie van geheugen. Hoe begrijpen wij vanuit dit onderzoek de invaliderende symptomen uit het vignet, zoals herbelevingen, verhoogde vigilantie en dissociatie? Tot slot wordt gebrainstormd over recent ontwikkelde therapieën voor PTSS, zoals drug-enhanced psychotherapieën, en wellicht toekomstige, meer experimentele behandelvormen, zoals slaaptherapie.

W27 Van stepped care-behandeling van verslaving naar Verplichte Zorg

P.E. Höppener¹, H.A. de Hein², J.A. Godschalx-Dekker³, B.J.M. van de Wetering⁴

¹Reinier van Arkel, Ziekenhuis en ouderenpsychiatrie, Den Bosch

²Tactus verslavingszorg, Deventer

³UMC Utrecht, Utrecht

⁴Antes, Rotterdam

paulhoppener@hotmail.com

INHOUD

Een gedwongen opname volgens de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) is mogelijk als ultimum remedium bij gevaar vanwege een geestesstoornis [1]. Stoornissen in het gebruik van middelen worden tegenwoordig, na uitspraken hierover door de Hoge Raad, beschouwd als een geestesstoornis in de zin van de Wet Bopz. Met het oog op de nieuwe regelgeving, de Wet verplichte GGZ, kan gedwongen behandeling ook buiten de instelling gaan plaatsvinden. Dit leidt misschien tot nieuwe mogelijkheden om het gevaar voortkomend uit schadelijk middelengebruik eerder te doorbreken. De vraag is echter hoe dit vormgegeven zou kunnen worden. Tevens is de vraag of dwang niet haaks staat op de intrinsieke motivatie van de patiënt om zijn verslaving aan te pakken.

De centrale vraag die aan bod komt: wanneer zal de psychiater binnen de stepped care-behandeling van verslaving over kunnen gaan op gedwongen behandeling en hoe kan dit worden gezien in het kader van motivatie.

VORM

Tijdens de workshop worden aan de hand van casuïstiek en presentaties de recente ontwikkelingen behandeld op het gebied van de Wet Bopz en de Wet verplichte GGZ. Tevens worden in het kader van drang (vanuit het strafrecht) en dwang diverse dilemma's aan de orde gebracht binnen de behandeling van verslaving. Uitwisselen van ervaring, kennis en discussie.

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop

- Heeft de deelnemer meer inzicht in het besluitvormingsproces wanneer gedwongen behandeling aan de orde is bij stoornissen in of door het gebruik van middelen;
- Heeft de deelnemer zijn kennis vergroot over de wettelijke mogelijkheden en de behandeling van stoornissen in of door het gebruik van middelen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Hoppener PE, Godschalx-Dekker JA, Van de Wetering BJM. Gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2013; 55: 269-277.

W28 Affectfobie psychotherapie kortdurende psychodynamische behandeling van angst, depressie en cluster C-problematiek

Q.D. van Dam

Psychotherapiepraktijk, Leiden

quinvandam@zonnet.nl

INHOUD

Gevoelens zijn vitale signalen die sturing geven in het leven, zij vormen de motiverende kracht achter ons denken en handelen. Als een kind in de loop van zijn ontwikkeling aanvoelt dat bepaalde gevoelens niet geaccepteerd worden, zal hij deze verdringen. De gevoelens raken verbonden met negatieve betekenissen en brengen angst of schuldgevoelens teweeg. Als volwassene is hij niet meer in staat zijn gevoelens op een adaptieve wijze te uiten. Er ontstaat een conflict tussen de gevoelens en de daarmee geassocieerde angst.

McCullough noemt deze angst voor gevoelens een affectfobie: een angst voor verlangens en gevoelens in de persoon. Volgens de cognitieve gedragstherapie kunnen externe fobieën met behulp van systematische desensitisatie (response preventie, exposure en angstregulatie) succesvol behandeld worden. Affect Fobie Therapie (AFT) heeft als doel patiënten te helpen de afgeweerde gevoelens weer toe te laten en te leren hanteren. Dit werkt activerend en motiverend. AFT is effectief bij patiënten met depressie, angstproblematiek en cluster C-persoonlijkeheidsproblematiek (3 RCT's).

VORM

Centraal staan de volgende vragen:

- Hoe is AFT opgebouwd?
- Welke interventies gebruikt de therapeut?
- Voor wie is AFT geschikt?

De nadruk ligt op het praktisch oefenen met het AFT-model.

LEERDOELEN

- Toepassing AFT-model.
- De afweer leren herkennen en angstgevoelens met behulp van desensitisatie-technieken reguleren.

LITERATUURVERWIJZING

1. Dam, Q.D. van, Hamburger, M. & Dagers, M. Touch and go. Het belang van het verleden in de affect fobie psychotherapie. In: Schulkes, J.A.R., Dil, L.M., Hendriksen, M. & Roelofsen, W. (2011). *De rol van het verleden in psychoanalytische psychotherapieën*.
2. Assen: Van Gorcum, McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating Affect phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: The Guilford press.

W29 Pathologische verzameldwang: achtergronden, epidemiologie, diagnostiek en behandeling

D. C. Cath^{1,2}, J. Schoondermark¹, M. van Beem¹ en N. Vulink³

¹Altrecht Academisch angstcentrum, Utrecht

²Universiteit Utrecht, vakgroep klinische psychologie

³Academisch Medisch Centrum Amsterdam, vakgroep psychiatrie

d.cath@uu.nl

INHOUD

'Wie wat bewaart, die heeft wat.' Spullen verzamelen die men niet direct nodig heeft, komt bij 80 procent van de mensen voor en is van grote betekenis in tijden van schaarste. Deze trek kan echter voor grote problemen zorgen, voor patiënt en voor samenleving; patiënten met verzameldwang (ook 'hoarding' genoemd) halen buitensporig grote hoeveelheden spullen van weinig waarde binnen, zijn niet of nauwelijks in staat om deze spullen te ordenen en om weg te gooien, met als gevolg dat de leefruimtes in huis propvol raken en niet meer te gebruiken zijn. Hoarders hebben over het algemeen een opvallend gebrek aan ziektebesef, wat hand in hand lijkt te gaan met een al even groot gebrek aan behandelmotivatie. Het is dan ook een opgave om deze groep in behandeling te krijgen (en te houden). Daar bovenop slaan reguliere gedragstherapeutische en medicamenteuze behandelingen (SSRI's) onvoldoende aan. Wat zijn de achtergronden van deze sterk onderbestudeerde maar intrigerende aandoening waaraan maar liefst 4 tot 6 procent van de bevolking lijdt? Wat zijn de etiologische mechanismen? En hoe diagnosticeer en behandel je deze aandoening?

LEERDOELEN

- Kennis opdoen over de epidemiologie en genetische achtergrond van hoarding.
- Kennis opdoen over de overlap tussen verzameldwang en andere aandoeningen in het spectrum van OCD en autisme, aandoeningen waar impulsiviteit en rigiditeit een rol spelen.
- Kennis opdoen van de diagnostiek en nieuwe behandelopties van hoarding.

VORM

Korte, interactieve lezingen worden gegeven over de achtergrond van de aandoening. Vervolgens worden video's getoond, waarbij gediscussieerd wordt over diagnostiek van verzameldwang, en de comorbiditeit. Ten slotte wordt een 'verzameldwang oefening' gedaan met de deelnemers om de behandeling te illustreren.

LITERATUURVERWIJZING

Pertusa A, Frost RA, Fullana et al. (2010): refining the diagnostic boundaries of hoarding: a critical review. *Clinical psychology reviews*, vol.30, pp 371-386

Frost RA & Hartl T (1996): a cognitive-behavioral model for compulsive hoarding. *Behaviour research and Therapy* 34, 341-350

W30 ADHD en agressie bij jongvolwassenen in de forensische psychiatrie: boeien, binden en begrenzen!

R. van der Lem¹, M. du Prie¹, I. van den Bogerd¹, S. Bogaerts²

¹Het Dok/de Kijvelanden, Dok Rotterdam, Rotterdam

²Universiteit van Tilburg, afdeling Forensische en Ontwikkelingspsychologie, Tilburg
rosalind.van.der.lem@hetdok.nl

INHOUD

In 2011 is Het Dok/de Kijvelanden gestart met een specialistisch programma voor adolescenten en volwassen patiënten met ADHD, die (mede) door hun ADHD gedragsproblemen hebben. De gedragsproblemen bestaan vaak uit verbale en fysieke agressie en soms uit ander delinquent of grensoverschrijdend gedrag. Er is vaak sprake van multiproblematiek: comorbide As I- en As II-stoornissen, middelenmisbruik, problemen in sociale interactie et cetera. De motivatie voor behandeling bij deze patiënten is vaak gebrekkig of ambivalent, mede doordat zij van jongs af aan te horen hebben gekregen dat ze 'toch nergens voor willen deugen'. Het risico op drop-out bij een reguliere behandeling van agressie is bij deze groep, mede door hun stoornis, erg hoog. Bij jongvolwassenen en adolescenten kan het risico nog hoger zijn door de specifieke levensfase en neurobiologische ontwikkeling in combinatie met de ADHD. Het hoge risico op drop-out was de belangrijkste drijfveer voor het Dok/de Kijvelanden om een specialistisch programma voor deze doelgroep te ontwikkelen.

VORM

De workshop wordt gegeven als interactieve quiz, geënt op het bekende tv-programma *De Slimste Mens van Nederland*. In deze workshop komt een behandelaar aan het woord, en een expert op het gebied van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het forensisch werkveld: prof. S. Bogaerts. Door de opzet van de workshop kan het publiek de dynamiek van ons zorgprogramma zelf ervaren. Uiteraard worden deelnemers uitgedaagd om te participeren en is er voor de winnaar een mooie prijs!

LEERDOELEN

- Kennis verwerven over prevalentie, complexiteit en specifieke problematiek van patiënten met ADHD in de forensische psychiatrie.
- Kennis nemen van een specifieke aanpak bij de doelgroep en de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen en met elkaar te discussiëren.
- Op een ontspannen en vrolijke manier de dynamiek van werken met patiënten met ADHD in de forensische psychiatrie ervaren.

W31 Motivatie binnen de forensische jeugdpsychiatrie: zo nodig tegen wil en dank

R.E. Breuk¹, C.H. van Nieuwenhuizen²

¹LSG-Rentray, Utrecht

²GGzE, Eindhoven

m.koelman@kenniscentrum-kjp.nl

INHOUD

Motivatie tot behandeling is een belangrijke factor in de forensische psychiatrie [1]. Uit een recente studie [2] blijkt dat er drie profielen zijn te onderscheiden bij een populatie van jeugdige forensisch-psychiatrische patiënten: een groep met een hoge behandelinzet, een groep met een gemiddelde inzet en een groep die weinig behandelinzet toont. Jongeren in het lage en middenprofiel dienen meer gemotiveerd te worden. Jeugdige delinquenten zijn echter moeilijk te motiveren voor behandeling. Een van de belangrijkste verschillen met de algemene kinder- en jeugdpsychiatrie is dat de forensische jeugdpsychiatrie gewend is om te gaan met drang en dwang. Voordeel van het spelen met 'drang en dwang' worden besproken.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar toepasbare protocollen voor de praktijk. In 2013 vond een revisie plaats van de tekst over forensische jeugdpsychiatrie.

VORM

In deze workshop wordt de studie naar de drie profielen van behandelinzet bij jongeren toegelicht. Vervolgens wordt de klinische praktijk van omgaan met dwang en drang beschreven. Ten slotte volgt een gesprek met de deelnemers aan de hand van stellingen over het belang van het strategisch omgaan met dwang en drang om weinig gemotiveerde jongeren over de drempel te helpen, zo nodig 'tegen wil en dank'. Als daar belangstelling voor is, wordt ingegaan op casuïstiek vanuit de deelnemers.

LEERDOELEN

- De deelnemers zijn op de hoogte van het belang om de behandelinzet van jeugdige patiënten te peilen om een uitspraak te kunnen doen over de motivatie, en de bejegening van deze jongeren daarop aan te passen.
- De deelnemers kunnen genuanceerd nadenken over de voor- en nadelen van het gebruik van dwang en drang k binnen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

LITERATUURVERWIJZING

1. Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M., & Van der Staak, C.P.F. (2004) Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clin Psychol Rev*, 23: 1115-1137.
2. Roedelof, A.J., Bongers, I.L., & Van Nieuwenhuizen, Ch (2013). Treatment engagement in adolescents with severe psychiatric problems: a latent class analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22: 491-500.

W32 Financiering van de ziekenhuispsychiatrie motiveert de geldstroom of de zorgvraag

H.D. Sierink¹, B.A.S. Verwey², M.A.R.K. Scherders³

¹Tergooi-ziekenhuis, Blaricum

²Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

³Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

duuk@sierink.demon.nl

INHOUD

De afdeling ziekenhuispsychiatrie krijgt regelmatig vragen over de financiering van de zorg van ziekenhuispsychiaters die betrokken zijn bij het beleid en bij de zorginkoop. Er verandert veel in de zorg en zeker in de financiering. Naast versterking van de eerste lijn en ambulantisering is in het Bestuurlijk Akkoord afgesproken dat de ziekenhuispsychiatrie versterkt moet worden, maar tijdens de zorginkoop voor 2014 is gebleken dat betrokkenen van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen niet goed weten hoe dat moet of kan.

De wijze waarop de financiering van de ziekenhuispsychiatrie is geregeld, heeft een grote invloed op de inrichting van de zorg en het gedrag van hulpverleners. Kennis van de financiering is voor professionals behulpzaam om de mogelijkheden voor de noodzakelijke zorg te kunnen scheppen, draagt bij aan begrip voor de zorginkopers van zorgverzekeraars en daarmee tot een betere benutting van de beschikbare financiën en dus tot de best mogelijke zorg voor de patiënt.

In deze workshop wordt uitvoerig ingegaan op de totstandkoming van budgetten in de gezondheidszorg en de consequenties voor de ziekenhuispsychiatrie in het bijzonder, de verdeling van de gelden, onderscheidende aspecten van DBC-GGZ en DOT, budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars en de rol van professionals en management.

VORM

Interactieve vorm naar aanleiding van presentaties:

- Presentatie basiskennis financiering ziekenhuizen (onder andere rol NZa, DBC-onderhoud, DBC-GGZ en DOT).
- Presentatie financiering ggz (Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ).
- Presentatie financiering ziekenhuispsychiatrie (consulten, MPU, crisis-DBC's, eerstelijnsconsultatie Basis GGZ).
- Presentatie onderhandeling met zorgverzekeraars (hoe komen tarieven tot stand, wat valt er te onderhandelen, door wie).

LEERDOELEN

Het doel van de workshop is psychiaters kennis te bieden over de financiering, om hen zo te helpen in overleg met zorgverzekeraars de ziekenhuispsychiatrie te versterken.

W33 FAST: een outreachend team voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis

D.G.H. Krol, M. Verhaeren, L. Geuzinge
GGz Breburg, Zorggroep Volwassenen, Breda/Tilburg e.o.
d.krol@ggzbreburg.nl

INHOUD

Mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis kunnen vaak onvoldoende profiteren van inhoudelijk effectieve behandeling omdat de ernst van hun klachten en symptomen maakt dat zij zich hieraan nog niet voldoende kunnen committeren. Deze cliënten werden in de dagelijkse praktijk vaak zo goed mogelijk poliklinisch begeleid door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

Voor deze cliënten en hun behandelaren heeft GGz Breburg in 2012 een multidisciplinair FAST-team opgericht: een Flexibel Assertief Stabilisatie-team, dat vanuit een eenduidige visie en met een geprotocolleerde werkwijze werkt aan stabilisatie van klachten en symptomen. Doel is de cliënt leiden naar de voor hem of haar best passende inhoudelijke psychotherapeutische behandeling, en degene die hieraan toe is begeleiden in zijn of haar verdere rehabilitatie en herstel. In deze workshop presenteren we de concrete resultaten van 15 maanden FAST binnen GGz Breburg.

FAST combineert een uit de Mentalization Based Treatment voortkomende attitude, met de flexibele, assertieve en outreachende aanpak van de zogenaamde FACT-teams. De inhoud van het aanbod komt voort uit de richtlijnen van Gunderson over General Psychiatric Management (GPM). Dit multidisciplinaire team met een 'shared caseload' – dat vooral was opgezet als een stabiliserend (en motiverend) 'voorportaal' voor een hierop volgende evidence-based psychotherapeutische behandeling – blijkt voor sommige cliënten al voldoende te zijn.

VORM

Drie interactieve workshops:

- FAST: achtergrond en organisatie.
- Attitude en inhoudelijke werkwijze; MBT en GPM.
- 18 maanden FAST: concrete resultaten.

LEERDOELEN

Aan het einde van deze workshop bent u op de hoogte van de vorm, de inhoud en de resultaten van een nieuw behandel aanbod dat GGz Breburg heeft ontwikkeld voor cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

W34 SCAN: gemotiveerd voor goede diagnostiek

C.A.T.H. Rijnders¹, F.J. Nienhuis²

¹GGz Breburg, Opleidingen, Tilburg

²UMCG, Groningen

f.j.nienhuis@med.umcg.nl

INHOUD

Het op een juiste wijze hanteren van professionele diagnostische kennis is de basis van gezond medisch handelen. In de diagnostiek staan zowel de opsporing en herkenning van specifieke syndromen, als het onderscheid tussen deze ziekte-eenheden (diversiteit) centraal. De DSM- en de ICD-tradities hebben de diagnostiek betrouwbaarder gemaakt en de eenheid van taal tussen behandelaars vergroot. Het is echter de vraag of iedere professional over voldoende diagnostische kennis beschikt om de klachten en verschijnselen (symptomen) ook betrouwbaar uit te vragen en te waarderen, zeker als geen gebruik wordt gemaakt van een algemeen gebruikt referentiesysteem waarin de symptomen en het uitvragen ervan worden beschreven.

Om de aan- of afwezigheid van symptomen betrouwbaar en valide te kunnen vaststellen moeten deze allereerst eenduidig gedefinieerd. Deze basis motiveert om niet alleen in de Gespecialiseerde GGZ, maar ook in de eerste lijn te komen tot waardevolle diagnostiek die is gebaseerd op welomschreven en algemeen geaccepteerde gedefinieerde symptomen. De Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) is een in WHO-kader ontwikkeld, internationaal geïmplementeerd, semi-gestructureerd klinisch psychiatrisch interview voor psychiatrische stoornissen bij volwassenen en bestaat uit een vragenschema waarin de klachten en verschijnselen gestandaardiseerd worden uitgevraagd en een woordenlijst waarin de symptomen in detail worden beschreven. SCAN kan worden gezien als een diagnostisch sleepnet, waarbij in de volle breedte van het volwassen diagnostisch spectrum, de symptomen worden uitgediept op hun klinische relevantie. De beoordeling van symptomen geschiedt door de clinicus, die zich daarbij baseert op de subjectieve ervaringen van de patiënt, getoetst aan de omschrijving in de woordenlijst.

VORM

In de workshop komen de opbouw, psychometrie en toepassing van de SCAN aan bod. Daarnaast wordt ruimschoots praktisch kennism gemaakt met vooral de MiniSCAN, de verkorte versie voor de dagelijkse praktijk. Ook de iPad-versie zal worden gedemonstreerd, en tot slot wordt aandacht besteed aan de DSI (het van de SCAN afgeleide Diagnostische ScreeningsInstrument) voor de eerste lijn.

LEERDOELEN

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

W36 Verbindende gesprekstechniek: in contact komen en blijven met psychotische mensen. Een workshop voor de praktijk

J.A.E. Tielens, H. Pijp

MoleMann Tielens, De Brouwerij, Amsterdam

j.tielens5@upcmail.nl

INHOUD

Het praten met mensen met een andere betekenisgeving en een andere realiteit dan de gemiddelde mens kan behoorlijk lastig zijn. Zij zien de wereld vaak heel anders en menen meestal dat met hen niets aan de hand is. En toch moet er vaak wat mee. Een patiënt met een psychose vertoont vaak een forse terugval in functioneren en kan zelfs maatschappelijk geheel teloorgaan. Hij veroorzaakt soms gevaar en drijft de naaste omgeving tot wanhoop.

We weten dat er bij psychosen twee bepalende factoren zijn voor uitval uit behandeling: ontbrekend ziekte-inzicht en isolement. Verbindende gesprekstechniek (VG) grijpt op deze beide punten aan.

De workshop zit boordevol tips en valkuilen uit de dagelijkse praktijk van de behandeling van mensen met een psychose. U kunt morgen direct aan de slag.

Behandeld zal worden:

- Het probleem van ontbrekend ziektebesef (anosognosie) bij een flink deel van de mensen met een psychose.
- De drie basisattitudes (adviseren, verleiden en ingrijpen).
- Wat is een psychose voor de patiënt, hoe bespreek ik wat een psychose is met een patiënt, basisattitude bepalen, rationale bepalen van gesprek, reflectief luisteren, empathie tonen, perspectief van patiënt bepalen en overeenstemming krijgen over de juiste behandeldoelen.

VORM

- Het eerste deel van de workshop is een interactief hoorcollege van 90 minuten. Het tweede deel van 90 minuten is een klassikaal gesprek met een patiënt, waarin de techniek van VG wordt gedemonstreerd en de aanwezigen kunnen participeren.

LITERATUURVERWIJZING

1. X. Amador (2007): *I am not sick, I don't need help! How to help someone with mental illness accept treatment*. New York: Vida Press. ISBN 978-0-9677189-2-9.
2. J.Tielens en M. Verster (2010): *Bemoeizorg*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 978-90-5898-169-1
3. J.Tielens (november 2012): *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 978-90-5898-5898.

W37 Maligne katatonie; diagnostiek en behandeling

B. Verwey
basverwey@me.com

INHOUD

Katatone beelden zijn op grond van de verschijnselen te onderscheiden in benigne en maligne. Naast motorische veranderingen, bewustzijnsstoornissen en andere katatone verschijnselen is er bij de laatste variant sprake van autonome dysregulatie. Deze en secundaire complicaties maken de maligne katatonie tot een levensbedreigende ziekte. Zorgvuldige psychiatrische en somatische diagnostiek zijn nodig, evenals snelle en adequate behandeling. De evidentie van het te verwachten effect van verschillende farmacologische behandelingen en elektroconvulsietherapie wordt gepresenteerd.

VORM

Cursus waarbij actieve inbreng van publiek gewenst is.

LEERDOELEN

- Kennis verwerven van de verschijnselen van maligne katatonie.
- Kennis en vaardigheden verwerven ten behoeve van de diagnostiek en behandeling.

LITERATUURVERWIJZING

1. Waarde JA van, Miller METM, Verwey B. Maligne neurolepticasyndroom: een levensbedreigende complicatie, die goed te behandelen is. *NTVG*, 2006; 2517-2520.
2. Tuerlings JHAM, Waarde JA van, Verwey B. A retrospective study of 34 catatonic patients : analysis of clinical care and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 2010; 32: 631-635.

W38 De impact van het tuchtcollege op de motivatie

A.M. van Nispen tot Pannerden¹, S. ten Doesschate¹, M.R.M. van der Hart²

¹Vincent van Gogh Venray, Ouderenpsychiatrie, Venray

²Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, Eindhoven

stendoesschate@vvgi.nl

INHOUD

In een goed gewaardeerde workshop in 2013 werkten we, in aanwezigheid van de voorzitter van het Regionale Tuchtcollege Eindhoven, een tuchtzaak uit in een rollenspel om goed duidelijk te krijgen hoe het tuchtcollege werkt. Vervolgens bespraken we de werkwijze van het college, en hoe men tot een uitspraak komt.

In deze workshop deel II in 2014 willen we u uitnodigen voor het vervolg: de consequenties van uitspraken en de implicaties voor de arts zelf en voor de beroepsgroep als geheel.

VORM

Na enkele korte voordrachten over uitspraken van het medisch tuchtrecht staan we stil bij de impact van een uitspraak op de individuele arts als ook bij de betekenis van zo'n uitspraak voor de professie als geheel. Wat voor invloed hebben het college en haar uitspraken op de motivatie van de professional? Het verhaal van een ervaringsdeskundige zal daarbij gebruikt worden. Er zal mogelijkheid worden geboden eigen ervaringen te delen. We sluiten af met enige praktische adviezen.

LEERDOELEN

Na het volgen van de workshop heeft de deelnemer:

- Kennis van het tuchtrecht en haar werkwijze;
- Zicht op de impact op het individu;
- Zicht op de betekenis voor de professie als geheel.

Door duidelijkheid te creëren willen we onnodige angsten, vooroordelen, ongelukkige fouten ten tijde van de juridische procedure en onbedoeld leed voorkomen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Hodiament P.P.G. (2004): De psychiater en het tuchtrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*. 46 : 295-304.
2. Crul B. & Meersbergen van D. & Rijksen P.: *Dokters voor de rechter* (2011) Medisch Contact Utrecht.
3. Heineman M.E.F. & Hubben J.H. (1998): *De psychiater en de medische tuchtrechtspraak. 1989-1997*. Lelystad: Koninklijke Vermande.

W39 Wie is er gemotiveerd om een wetenschappelijk artikel te reviewen?

J. Spijker¹, S. Roza²

¹Pro Persona, Expertise Centrum Depressie, Nijmegen

²Erasmus MC, Rotterdam

j.spijker@propersona.nl

INHOUD

Auteurs van (wetenschappelijke) artikelen krijgen vroeg of laat de vraag om zelf een artikel van een collega te beoordelen. Bijna alle Nederlandse en internationale wetenschappelijke tijdschriften maken namelijk gebruik van het peer-reviewsysteem. Daarvoor worden collega's benaderd met expertise in het vakgebied. Deze nieuwe taak (het beoordelen van een artikel) wordt meestal aangegaan met beperkte instructie en zonder voorbeelden, met als gevolg dat de kwaliteit van de reviews sterk uiteenloopt.

Een ervaren reviewer kan bijdragen aan de kwaliteit van het manuscript en daarmee de publicatie van het manuscript bevorderen. Een onervaren reviewer kan daarentegen aanleiding geven tot een onterechte afwijzing. De reviewer gaat dan bijvoorbeeld sterk uit van eigen sympathie of antipathie met het onderwerp van het artikel, of vergeet een systematiek aan te brengen in de review. Een hoge kwaliteit van de reviews dient daarmee een groot belang. Daarnaast is het reviewen van een manuscript weliswaar tijdsintensief maar ook leerzaam en informatief.

Deze workshop wil de beginnende reviewer helpen bij het reviewproces en heeft als boodschap: reviewen is een vak apart [1]. De workshopgevers zijn als hoofdredacteur en redacteur van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* bedreven in het reviewen van manuscripten voor zowel nationale als internationale tijdschriften. Zij zullen ruim putten uit eigen ervaringen en ook reflecteren op de beperkte literatuur over het reviewproces.

VORM

De workshop bestaat uit een inleiding van 30 minuten over het reviewproces, een interactieve bespreking (30 minuten) waarin aandachtspunten en valkuilen worden uitgewisseld en ten slotte een oefening waarbij de abstract van een manuscript wordt beoordeeld. De oefening wordt plenair nabesproken. De oefening en nabespreking duren ook 30 minuten.

LEERDOELEN

De workshop zal de deelnemers leren wat een goede aanpak is om een artikel te reviewen.

LITERATUURVERWIJZING

1. Van Harten PN. Peer review process. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2008;50:3-7

W40 Simpelweg systemisch. Werken met naastbetrokkenen binnen de psychiatrie

J.E. Cornelis¹, F.J. van Oenen²

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

²Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Arkin, Amsterdam

jurgen.cornelis@arkin.nl

INHOUD

Het inzicht dat het belangrijk is om naasten te betrekken bij een psychiatrische behandeling, wordt inmiddels breed gedragen en ondersteund door wetenschappelijke evidentie. Naasten horen en samen met hen en de patiënt een behandelplan maken zorgt ervoor dat iedereen beter gemotiveerd is om de behandeling te laten slagen. Dit is echter geen eenvoudige opgave als naasten niet (meer) gemotiveerd zijn om betrokken te worden of de patiënt zijn naasten niet wil betrekken.

Sinds de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) in 2003 werd opgericht, zijn hier zo'n 2000 kortdurende systemische behandelingen verricht. Deze ervaring leidde tot de ontwikkeling van een eenvoudig en handzaam gespreksmodel: Consensusgericht Systemisch Interviewen en Intervenieren, CSII. Tevens werd in de periode 2009-2012 bij een groep van 370 patiënten onderzoek verricht naar de behandeluitkomst. Hieruit bleek dat het in circa 50 procent van de behandelingen bij deze patiëntenpopulatie zonder veel moeite lukt om naasten te mobiliseren. De behandelde patiëntengroep bleek aanzienlijk ernstiger klachten (GSI-score) te hebben dan een gemiddelde klinische populatie, waarbij er sprake was van een brede variatie aan psychopathologie, variërend van psychose tot psychosociale problematiek. Na drie maanden bleek de meerderheid (55 procent) toch reliable change te bereiken, in samenwerking met de naastbetrokkenen van de patiënt.

In deze workshop worden de resultaten van het onderzoek en de principes van CSII gepresenteerd. Daarnaast worden handvatten gegeven om de patiënt te kunnen motiveren het systeem te betrekken, en om systeemleden te kunnen motiveren om betrokken te worden bij de behandeling van hun naasten.

VORM

De basisprincipes en het model worden gepresenteerd met een video en op interactieve manier, aan de hand van voorbeelden uit de praktijk.

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop hebben deelnemers:

- Kennis van basale principes van systemisch werken;
- Handvatten om naasten te verleiden tot samenwerking;
- Een model om samenwerking met patiënt en zijn naasten productief te laten zijn.

LITERATUURVERWIJZING

- I. Oenen, FJ van, Cornelis J & Bernardt C. Consensusgericht systemisch interviewen en intervenieren, een systemisch goed genoeg-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie*, 2012; 24: 63-81

W41 De invloed van psychofarmaca op de slaap

J. Kamphuis¹, M. Lancel², R.J. Hanhart²

¹GGZ Drenthe, Assen

²GGZ Drenthe, Slaapcentrum voor Psychiatrie, Assen

Jeanine.Kamphuis@ggzdrenthe.nl

INHOUD

Veel psychiatrische stoornissen gaan gepaard met slaapproblemen. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat 30 tot 90 procent van de mensen die lijden aan een stemmingsstoornis of aan een psychotische stoornis, ook slaapklachten heeft. Er is lange tijd weinig aandacht besteed aan deze 'secundaire' problematiek. Er komt echter steeds meer evidentie voor het belang van de slaapproblemen bij psychiatrische patiënten: insomnie verlaagt de kwaliteit van leven, het is een van de meest voorkomende residu-symptomen, het vergroot de kans op de ontwikkeling van een psychiatrische stoornis en op een terugval in deze stoornis, en het kan de respons op psychofarmaca reduceren of vertragen.

De meeste psychofarmaca hebben invloed op de slaap. Dit betreft zowel indirecte effecten, door het verminderen van psychiatrische symptomen, maar ook directe effecten. Sommige psychofarmaca, zoals SSRI's en SNRI's, hebben een directe activerende slaapverstorende werking, terwijl andere, zoals verschillende antipsychotica en mirtazapine, het inslapen en/of doorslapen kunnen verbeteren. Kennis van de directe effecten van psychofarmaca op de slaap en het functioneren overdag maakt het mogelijk de keuze van farmacotherapie aan te passen aan de meest dominante slaapklacht van een patiënt.

VORM

In deze workshop zal een overzicht worden gegeven van de directe effecten van psychofarmaca op de slaap. Aan de hand van verschillende casussen zal inzicht worden gegeven in de rol van psychofarmaca in het veroorzaken en normaliseren van slaap-waakstoornissen bij psychiatrische patiënten.

LEERDOELEN

Praktische kennis verkrijgen over de directe effecten van psychofarmaca op de slaap, zodat farmacotherapie beter afgestemd kan worden op de comorbide slaap-waakproblematiek.

W42 Verslaving en ADHD onder adolescenten

L. te Meerman, E. van Geffen, L.M. Dil
Arkin, Kinder en Jeugd, Amsterdam
linda.dil@punctp.nl

INHOUD

De laatste jaren is er vanuit de verslavingszorg toenemend aandacht voor psychiatrische comorbiditeit bij adolescenten. Een overzicht bij de Jellinek Jeugdafdeling in Amsterdam laat zien dat de prevalentie van ADHD en andere comorbiditeit hoog is bij adolescenten die zich aanmelden voor behandeling van verslaving. De behandeling van dubbeldiagnose bij adolescenten stelt de professional voor vele uitdagingen. Hoe wordt de huidige behandeling gemotiveerd, terwijl de evidence nog schaars is? Hoe komt de ontwikkeling van een verslaafde adolescent weer goed op gang?

VORM

Het eerste deel van de workshop betreft een overzicht van psychiatrische comorbiditeit aan de hand van de literatuur en data van de Jellinek Jeugd. Ook wordt er kort een overzicht gegeven van de huidige dubbeldiagnosebehandeling voor verslaving en ADHD. Er zullen filmfragmenten van een interview met een adolescent met ADHD en verslaving worden vertoond.

Daarna is er ruimte voor kennisuitwisseling over de behandeling van adolescenten met verslaving en ADHD. Er wordt gediscussieerd over de vraag: wat is er nodig in de behandeling om deze jongeren in ontwikkeling te brengen?

LEERDOELEN

- Overzicht krijgen van de dubbeldiagnosebehandelingen bij verslaving en ADHD zoals deze nu worden uitgevoerd.
- Ideeën uitwisselen waarmee het huidige behandelingsaanbod in de toekomst mogelijk kan worden aangevuld om deze adolescenten in hun ontwikkeling te stimuleren.

W43 Motiveren om te ontwikkelen

M. van der Reijden, B.E.B.M. Huskens, R. Verschuur
Dr Leo Kannerhuis, Oosterbeek
m.vdreijden@hetnet.nl

INHOUD

Een autismespectrumstoornis (ASS) gaat vaak gepaard met gebrek aan ziektebesef en -inzicht. Er is beperkt zicht op het feit dat het functioneren op sommige levensgebieden problematisch is, en dat de ontwikkeling op een aantal terreinen moeizaam verloopt. Bij oudere kinderen (en volwassenen) kan dit zichtbaar worden in gebrek aan motivatie voor een voorgestelde behandeling. Hierbij speelt ook vaak een gebrek aan verbeeldend vermogen, waardoor het doel van de behandeling en het toekomstperspectief abstract blijven.

Bij zeer jonge kinderen lijkt een voorloper van de gebrekkige motivatie herkenbaar in het gebrek aan 'drive' en de beperkte initiatiefname om te ontwikkelen op andere dan bekende gebieden of gebieden waarvoor een fascinatie bestaat. In het LKH wordt de Pivotal Response Treatment® (PRT) gebruikt en onderzocht om toch een zo breed mogelijke ontwikkeling van kinderen te bewerkstelligen.

In deze workshop wordt ingegaan op de verschillende methoden die in het Dr. Leo Kannerhuis (LKH) ingezet worden om motivatie bij mensen met autisme te verbeteren, en op PRT in het bijzonder.

VORM

De workshop bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt ingegaan op motivatie en motivatieproblemen in algemene zin. Na een korte inleiding en voorbeelden van de benadering van motivatie(problemen) binnen het LKH worden de deelnemers uitgedaagd om voorbeelden uit de eigen instelling in te brengen. In het tweede deel van de workshop wordt nader ingegaan op PRT, met een presentatie over 'evidence' voor de effectiviteit van PRT, voorbeelden van de manier waarop PRT binnen het LKH wordt ingezet en enkele casussen.

LEERDOELEN

- Inzicht in de diverse factoren die gebrek aan initiatiefname en motivatie bij mensen met ASS kunnen veroorzaken.
- Kennis over methoden om de motivatie van mensen met autisme te verbeteren.
- Up-to-date inzicht in evidence voor de effectiviteit van PRT voor kinderen met autisme en hun ouders.
- Kennis over twee nieuwe behandelvormen voor kinderen met ASS, waarbij PRT de kern van de behandeling vormt.

LITERATUURVERWIJZING

1. Cowan, R. J., & Allen, K. D. (2007). Using naturalistic procedures to enhance learning in individuals with autism: A focus on generalized teaching within the school setting. *Psychology in the Schools*, 44, 701-715.
2. Huskens, B., Reyers, H., & Didden, R. (2012). Staff training effective in increasing learning opportunities for school-aged children with autism spectrum disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(6), 435-447.
3. Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal Response Treatment for autism: Communication, social and academic development*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
4. Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2011). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 92-101.
5. Verschuur, R., Didden, R., Lang, R., Sigafos, J., & Huskens, B. (2013). Pivotal Response Treatment for children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s40489-013-0008-z

W44 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaaldiagnostiek bij frontotemporale dementie

F.T. Gossink¹, W. Krudop¹, A. Dols¹, M. Stek¹, Y.A.L. Pijnenburg²

¹VUmc

²GGZ inGeest, Amsterdam

INHOUD

De gedragsvariant van frontotemporale dementie (bvFTD) [1] is een klinisch heterogeen syndroom, gekenmerkt door persoonlijkheids- en gedragsveranderingen [2,5]. BvFTD kent symptomatische overeenkomsten, zowel met andere neurodegeneratieve ziekten als met psychiatrische aandoeningen. De nieuwe internationale consensuscriteria zijn behulpzaam in het diagnostisch proces, maar het klinisch relevante onderscheid met psychiatrische aandoeningen blijft een uitdaging met prognostische consequenties.

De Laat Ontstaan Frontaal Syndroom (LOF)-studie is een naturalistische en prospectieve cohortstudie, waarin patiënten (45-75 jaar) met frontale gedragsstoornissen (apathie, ontremming, compulsief of stereotiep gedrag) werden onderzocht. Er werd gekeken naar de oorzaken van het laat ontstane frontaalsyndroom, de aanvullende waarde van MRI-, PET- en liquor-onderzoek en de klinische waarschijnlijkheidsdiagnose van neuroloog en psychiater op de baseline. De definitieve diagnose volgt na twee jaar follow-up. Ongeveer twee derde kreeg op de baseline een neurologische diagnose, waarvan de meerderheid bvFTD. Een derde kreeg een psychiatrische diagnose, waarvan de meerderheid een stemmingsstoornis. Met name bij grote diagnostische onzekerheid speelt de beeldvorming een belangrijke rol.

Een klinisch vignet met video illustreert een patiënt die voor een tweede mening werd verwezen naar VUmc in verband met verdenking bvFTD. Aan de hand van een zelfontworpen stroomdiagram worden de differentiële diagnostiek van bvFTD en adviezen aangaande het diagnostisch proces besproken [1,3].

VORM

Interactieve workshop waarbij de laatste stand van zaken uit de wetenschappelijke literatuur over FTD wordt samengevat, de cross-sectionele data van de LOF-studie worden gepresenteerd, een klinisch vignet van een mogelijke FTD-patiënt wordt gedemonstreerd waarbij de differentiaaldiagnostiek wordt besproken.

LEERDOELEN

Na het volgen van de workshop:

- Zijn deelnemers op de hoogte van de diagnose bvFTD (inclusief het onderscheid 'mogelijke' en 'waarschijnlijke' bvFTD volgens de nieuwe consensuscriteria);
- Zijn deelnemers in staat een differentiaaldiagnose te maken bij een verdenking op bvFTD;
- Kunnen deelnemers gefundeerde afwegingen maken in het diagnostisch proces bij persoonlijkheids- en gedragsveranderingen op latere leeftijd.

LITERATUURVERWIJZING

1. Kipps CM, Hodges JR, Hornberger M. Nonprogressive behavioural frontotemporal dementia: recent developments and clinical implications of the bvFTD phenocopy syndrome. *Current Opinion in Neurology* 2010, 23:628-632
2. Mackenzie IRA, Neumann M, Bigio EH, et al. Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol* 2010 Jan; 119(1):1-4.
3. Pijnenburg YAL, Kerssens CJ, Sanders J. De psychiatrische differentiaaldiagnose van FTD. *Tijdschrift voor neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2009 4: 153-157
4. Rascovsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep, 134(pt9): 2456-77. Epub 2011 Aug 2.
5. Renton AE, Majounie E, Waite A, et al. A Hexanucleotide Repeat Expansion in C9ORF72 Is the Cause of Chromosome 9p21-Linked ALS-FTD. *Neuron* 2011 Oct 20;72(2):257-268.

W45 Het nieuwe Nederlandse prototype psycho-educatiecursus bipolaire stoornis

P.F.J. Schulte¹, N. Jabben², E. Knoppert², T. Peetoom², D. Postma², M. Stoffels³, C. Aelberts-van de Ven⁴

¹GGZ Noord-Holland-Noord, Behandelcentrum bipolaire stoornissen, Alkmaar

²Psychotherapiecommissie Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, Utrecht

³Onderwijsbureau Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht

⁴Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen, Utrecht

r.schulte@ggz-nhn.nl

INHOUD

De Nederlandse psychiatrie bevindt zich in een grote transitie. Minister Schippers heeft, ondersteund door patiëntenorganisaties, zelfmanagement prominent op de agenda geplaatst. Veel patiënten met een bipolaire stoornis en hun betrokkenen zijn uitermate gemotiveerd om zelfmanagement te leren. Het Nederlands Kenniscentrum voor Bipolaire Stoornissen heeft daarom op basis van de huidige evidentie en inzichten een nieuw prototype voor de psycho-educatiecursus bipolaire stoornis ontwikkeld.

Psycho-educatie is een evidence-based interventie bij de bipolaire stoornis met talrijke gerandomiseerde studies in de laatste tien jaar.

Vernieuwend is hierbij dat het onderwijsbureau van de NVvP heeft meegewerkt om de gekozen werkvormen aan te laten sluiten op actuele inzichten rond volwasseneneducatie, waardoor cursisten de informatie beter zullen onthouden en makkelijker kunnen inzetten om zichzelf en hun ziekte te leren managen.

VORM

Interactieve korte lezingen over de evidentie en de inhoud van de nieuwe cursus.

LEERDOELEN

- Kennis van de theoretische achtergrond en inhoud van de nieuwe psycho-educatiecursus.
- Vaardigheden in het geven van de cursus verbeteren door nieuwe interventies te leren.

W46 Zoeken naar evidence

J.G. Lijmer
OLVG, Psychiatrie en Medische Psychologie, Haarlem
jeroen.lijmer@gmail.com

INHOUD

Bij evidence-based medicine gaat het erom de keuze voor de behandeling van een patiënt te maken door expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruik te maken van het beste beschikbare bewijs. De eerste stap in het proces van evidence-based medicine is het formuleren van een klinische vraag. Het is gemakkelijk om veel vragen te formuleren, maar een antwoord vinden is vaak veel moeilijker. In de dagelijkse praktijk zijn er veel onderwerpen die aanleiding kunnen geven tot een zoekvraag. De meest voorkomende vragen hebben betrekking op therapie, diagnose of prognose. Het is belangrijk een goed beantwoordbare vraag te formuleren, omdat de geformuleerde vraag een leidraad zal vormen voor het zoeken naar literatuur. Als hulpmiddel voor het formuleren van vragen heeft de EBM-groep uit Oxford het PICO-systeem voorgesteld: Patient-Intervention-Comparison-Outcome. Al deze elementen tezamen vormen de basis van een beantwoordbare klinische vraag.

De tweede stap bij het zoeken naar evidence is het vertalen van deze klinische vraag in een zoekstrategie. Het is natuurlijk mogelijk om te proberen alles over een onderwerp te vinden, maar vaak is er geen tijd beschikbaar om de grote hoeveelheid aan gevonden informatie door te nemen. Voor de dagelijkse praktijk is het vaak handiger een meer specifieke zoekstrategie te hanteren.

VORM

In deze workshop leert u na een korte inleiding eerst zelf een klinische vraag te formuleren volgens het PICO-systeem. In het tweede gedeelte zullen verschillende strategieën worden besproken om snel en specifiek naar het best beschikbare bewijs te zoeken. Hierbij zal eerst een korte inleiding worden gegeven van beschikbare databases, waarna actief kan worden geoefend.

LEERDOELEN

- Leren formuleren van beantwoordbare vragen.
- Verbeteren van de eigen online-zoekstrategieën.

W47 Geïntegreerde zorg voor patiënten met complexe somatisch-psichniatrische comorbiditeit: de ontwikkeling van de INTERMED-zelfinvulvragenlijst als hulpmiddel voor de zorg op de werkvloer én op beleidsniveau

A.D. Boenink
VUmc / GGZinGeest, Amsterdam
ad.boenink@vumc.nl

INHOUD

Zoals elke ervaren arts weet, gaan medische, psychische en sociale problemen vaak hand in hand. Soms volstaat parallelle behandeling van diverse aandoeningen. Maar als er sprake is van 'complexe comorbiditeit' – waarbij ziektebeelden en/of behandelingen elkaar negatief beïnvloeden – is de patiënt gebaat bij geïntegreerde, multidisciplinaire zorg. Door biopsychosociale zorgbehoeftes in kaart te brengen kan tijdig een doeltreffend multidisciplinair zorgtraject uitgestippeld worden voor complexere patiënten.

Het INTERMED-interview [2] – ontwikkeld en onderzocht door een internationale groep ziekenhuispsychiaters – bleek een effectieve en valide methode om patiënten met complexe comorbiditeit tijdig te signaleren en biopsychosociale zorgbehoeftes in kaart te brengen. Onlangs is er naast dit INTERMED-interview ook een schriftelijke INTERMED-zelfinvulvragenlijst ontwikkeld. Het VU medisch centrum participeert in een internationale validatiestudie naar de INTERMED-vragenlijst: de INTERMED Self Assessment (IMSA) studie. De validatiestudie wordt in VUmc uitgevoerd op de afdelingen Interne Geneeskunde, Maag-, Darm- en Leverziekten en Nefrologie, op de Medisch Psychiatrische Unit en op de Acute Opname Afdeling. Als de INTERMED-vragenlijst valide blijkt, kan deze in de toekomst een rol vervullen bij het verbeteren van de zorg. Ook kan de INTERMED-methode worden gebruikt bij het bepalen van de zorgvraagzwaarte van complexe patiënten.

VORM

In de workshop wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van het INTERMED-anamnesemodel, evenals een beschrijving van de biopsychosociale zorgbehoeftes binnen de Vumc-patiëntenpopulatie. Daarna is er ruimte om van gedachten te wisselen over de waarde en toepasbaarheid van de INTERMED-methode in de praktijk.

LEERDOELEN

Aan het eind van de workshop:

- Heeft de deelnemer kennisgemaakt met INTERMED als methode om binnen een medische setting biopsychosociale zorgbehoeftes in kaart te brengen;
- Weet de deelnemer hoe zorgbehoeftes verdeeld zijn binnen een academisch ziekenhuis;
- Heeft de deelnemer ideeën over de bruikbaarheid van INTERMED voor individuele (complexe) patiënten en op beleidsniveau.

LITERATUURVERWIJZING

1. Leentjes AFG, Gans ROB, Schols JMGA, van Weel C. 2010. *Handboek multidisciplinaire zorg*. Hoofdstuk 10 Complexiteit: screening en analyse, 143-156. Uitgeverij de Tijdstroom, Enschede.
2. Stiefel FC, Huyse FJ, Sollner W, Slaets JP, Lyons JS, Latour CH, van der Wal N, de Jonge P. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin North Am* 2006 (4):713-58.
3. Piemonte C, Disavoia A, Ferrari S, Simoni E, Huyse FJ, Rigatelli M: Intermed selfassessment: developing an instrument to evaluate biopsychosocial complexity. Proceedings of the 19th Congress of the European Psychiatry Association (EPA), Vienna, 2011. *European Psychiatry*, 26 (supp 1), 2011.

W48 Intensive Home Treatment (IHT): anderhalf jaar ervaring

J.E. Cornelis¹, E. Mutter², R. Zuidmeer²

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

²Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Arkin, Amsterdam

jurgen.cornelis@arkin.nl

INHOUD

In het Bestuurlijk Akkoord van juni 2012 uitten diverse partijen – waaronder de minister van Volksgezondheid, NVvP, instellingen, verzekeraars en patiëntenverenigingen – de ambitie om mensen met psychische problemen vaker en langer thuis te behandelen. Naast (F)ACT werden IHT-teams opgericht voor de groep patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze IHT-teams hebben als doel acute opnames te voorkomen, en bij klinisch opgenomen patiënten de opnameduur te verkorten door de zorg over te nemen.

In Amsterdam werd medio 2012 gestart met een Intensief Behandelteam Thuis (IBT, een vertaling van IHT). De behandelperiode is maximaal zes weken, waarna reguliere ambulante teams die minder intensief zorg verlenen de behandeling overnemen. Inhoudelijk kan de patiënt meerdere keren per dag thuis bezocht worden ter structurering en activering of om medicatie-inname te bewerkstelligen. Daarnaast wordt het systeem van de patiënt actief betrokken bij de behandeling en mede ondersteund indien nodig.

Uit de eerste onderzoeksresultaten (n=125) kwam naar voren dat slechts 14,4 procent van de patiënten die een opname-indicatie hadden en die in behandeling kwamen bij het IBT, daadwerkelijk ook voor een korte periode opgenomen moesten worden. Verder was er een duidelijke afname tijdens de IBT-behandeling van de ernst van de symptomatologie, en de meeste patiënten werden binnen zeven weken naar regulier ambulante zorgteams overgedragen. Diagnoses die werden gesteld, waren: bipolaire-I stoornis (27%), depressieve stoornis (22%) en psychotische stoornis (18%).

VORM

In deze workshop wordt in twee inleidingen ingegaan op de ervaringen tot nu toe, ondersteund door onderzoek. Daarna is er ruimte om te discussiëren en ervaringen uit te wisselen over inhoud en organisatie van een IHT-team.

LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop hebben deelnemers een duidelijk beeld van

- Wat een IHT-team is;
- Wat ervan verwacht kan worden;
- De zaken waarmee men rekening moet houden als men een IHT-team wil opzetten.

W49 Lithium en de nier: praktijkdilemma's

K.P. Grootens¹, E.G.T.M. Hartong¹, J. Doornebal²

¹Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Psychiatrie, Nijmegen

²Radboud UMC, Nijmegen

k.grootens@cwz.nl

INHOUD

Bij de behandeling van bipolaire stoornis blijft lithium het medicijn met de meeste evidentie [1]. In Nederland gebruiken naar schatting 34.000 patiënten lithium. Chronisch gebruik van lithium is geassocieerd met blijvende bijwerkingen en vereist een adequate follow-up. Bij langdurig gebruik (>15 jaar) ontwikkelt 20 procent van de patiënten een chronische nierinsufficiëntie en 1,2 procent eindstadium nierfalen waarvoor nierfunctievervangende therapie (dialyse of niertransplantatie) noodzakelijk is.

Een belangrijk dilemma voor de praktijk is hoe de onderhoudsbehandeling vorm te geven terwijl maximaal rekening moet worden gehouden met (het risico op) nierschade.

VORM

In deze workshop wordt eerst uw nefrologische kennis opgefrist en uitgelegd hoe lithium geïnduceerde nierschade ontstaat en of dit kan worden voorkomen. Daarbij wordt de nieuwe richtlijn Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik van de Nederlandse federatie voor Nefrologie toegelicht [2]. Aansluitend worden lastige praktijksituaties aan de hand van uw eigen casuïstiek besproken op basis van evidentie en praktijkervaringen. Zo wordt er ingegaan op vragen als:

- Wat doe ik bij polyurie tijdens een onderhoudsbehandeling?
- Lithium verlagen of stoppen bij een dalend GFR?
- Wat te doen bij een patiënt met een verhoogd risico op auto-intoxicaties?
- Kan een stabiele lithiumpatiënt straks wel in de Generalistische Basis GGZ?

LEERDOELEN

Toename kennis en kunde ten aanzien van praktijkdilemma's over lithium en de nieren.

LITERATUURVERWIJZING

1. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Mller HJ, Kasper S; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2013 Apr;14(3):154-219
2. E. de Beus E., M.B. Rookmaaker (Kwaliteitscommissie NfN). Richtlijn Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik. Concept juni 2013

W50 Interne geneeskunde voor de (ouderen)psychiater

N. Schutter¹, J.L. Parlevliet²

¹Arkin Amsterdam, Mentrum ouderen, Amsterdam

²AMC, afdeling Interne Geneeskunde, Amsterdam

j.l.parlevliet@amc.uva.nl

INHOUD

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

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

VORM

Multimorbiditeit en polyfarmacie worden – onder meer aan de hand van casussen – uitvoerig belicht door een internist ouderengeneeskunde, waarbij er ruimte is voor inbreng van eigen casuïstiek.

LEERDOELEN

Na deze workshop:

- Is de kennis van de deelnemende (ouderen)psychiater over de invloed van somatische comorbiditeit en polyfarmacie opgefrist;
- Is de deelnemer onder meer in staat een medicatielijst te interpreteren;
- Is de deelnemer in staat de betekenis van QT-tijdverlenging op waarde te schatten;
- Kan de deelnemer gericht doorverwijzen naar een somatisch specialist.

W51 Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) voor de behandeling van depressie

D. Snippe¹, T.H.M. van den Boogaard², K. Jonker²

¹G-kracht, psychomedisch centrum, Delft

²PsyQ, Rotterdam

dinasnippe@worldmail.nl

INHOUD

Uitgangspunten van interpersoonlijke psychotherapie (IPT) zijn de relatie tussen hechting en het ontstaan van stemmingsstoornissen en de relatie tussen het optreden van life events en depressie. IPT werkt met vier focussen: rouw, interpersoonlijk conflict, rolverandering en interpersoonlijk tekort. IPT is van oorsprong een kortdurende individuele psychotherapie, die is ontwikkeld voor de behandeling van depressie. Inmiddels is er ook het een en ander bekend over de interactie tussen non-specifieke en specifieke factoren bij IPT [2].

IPT wordt ook in een groepsformat toegepast [3]. De groepstherapie is semi-gestructureerd. De focus wordt individueel vastgesteld. Door een kennismakingsoefening, psycho-educatie en gebruik van een sociogram wordt de cohesie in de beginfase van de groep bevorderd. Daarna wordt er uitsluitend groepsdynamisch gewerkt. Deze kortetermijn-groepspsychotherapie heeft een duur van veertien wekelijkse zittingen en twee follow-up-sessies. In een pilot werden bij negen groepen (n=60) drie keer vragenlijsten afgenomen. Na zeven maanden follow-up was er sprake van een significante vermindering van de depressieve symptomen, een verbetering van de (geestelijke) gezondheid en een verandering in de copingstijl.

VORM

- Presentatie over de theorie en de werkwijze van IPT en IPT-G met dvd-illustratie.
- Presentatie van protocollen die toepasbaar zijn binnen de Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ.
- Oefenen van vaardigheden door middel van rollenspel.

LEERDOELEN

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

LITERATUURVERWIJZING

1. Blom, M., Peeters, F., en Jonker, K., *Leerboek interpersoonlijke psychotherapie* (2011). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
2. Boogaard, T. M. v. d. (2013). De invloed van compatibiliteit tussen patiënt en behandeling op de effectiviteit van de therapeut. *Tijdschrift voor psychotherapie*. Geaccepteerd juli 2013, bestemd voor de aflevering in oktober 2013.
3. Snippe, D. (2009). *Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

W52 Motivatie en therapietrouw bij CYP-450-mutaties

C.H. Lunter, P. Brummelhuis-Visser, R.R. Ploeger
ZGT, PAAZ, Almelo
c.lunter@12move.nl

INHOUD

Veel psychofarmaca worden in de lever gemetaboliseerd via enzymen van het cytochroom P450-systeem. Tegelijkertijd zijn psychofarmaca vaak van invloed op dit systeem, waardoor het metabolisme van andere geneesmiddelen wordt versneld of juist wordt afgeremd. Ook roken en bepaalde voedingsmiddelen hebben invloed op dit systeem. Tot slot zijn er verschillen in de genetische aanleg voor de aanwezigheid en activiteit van diverse CYP-450-enzymen. Deze genetische diversiteit kan onwerkzaamheid van of intoxicaties met geneesmiddelen veroorzaken.

Wanneer patiënten een CYP-450-mutatie hebben of onbewuste remming of inductie van geneesmiddelen, kan dit bijwerkingen of onwerkzaamheid van medicatie veroorzaken. Dit leidt tot gebrekkige motivatie en compliance ten aanzien van verdere farmacotherapie.

VORM

Interactieve workshop vanuit casuïstiek. Aan de hand van voorbeelden uit de dagelijkse praktijk van zowel deelnemers als sprekers wordt de relevantie van het CYP-450-systeem voor de psychiatrie aangetoond. Ook wordt duidelijk wanneer en waarom therapeutische drug monitoring of genotypering toegevoegde waarde heeft, hoe de uitslagen hiervan kunnen worden geïnterpreteerd en welke consequenties deze moeten hebben voor verdere farmacotherapie.

LEERDOELEN

Doelstelling van de workshop is het bevorderen van rationele farmacotherapie, rekening houdend met interactie en genetische variatie, zodat voor patiënten een gerichte keus tussen psychofarmaca kan worden gemaakt, met optimalisering van beoogd effect en minimalisering van risico's en bijwerkingen.

Na het volgen van deze workshop:

- Is de deelnemer zich bewust van implicaties van het CYP-450-systeem bij het voorschrijven van psychofarmaca;
- Kent hij/zij veelvoorkomende voorbeelden van remming of inductie in de dagelijkse praktijk;
- Kan hij/zij spiegelbepaling en genotypering gericht toepassen.

Met behulp van deze kennis kunnen motivatie en compliance ten aanzien van farmacotherapie bij de patiënt worden verbeterd.

W53 Schrijf een wetenschappelijk artikel!

P.N. van Harten^{1,2}

¹GGz Centraal, Innova, Amersfoort

²Maastricht university, Vakgroep Psychiatrie, Maastricht

pvanharten@gmail.com

INHOUD

De boodschap van deze workshop is: schrijven is een vaardigheid die je kunt leren, een verkorte variant van de tweedaagse cursus die ik geef. Vaak heeft een clinicus zoveel kennis over een patiëntengroep of onderwerp dat hij er moeiteloos over kan vertellen. Als de gedachten dan op papier gezet moeten worden, stukt soms het proces. Dit komt onder meer door onvoldoende kennis van de onderliggende structuur van een artikel.

In deze workshop komen vooral de opbouw van de introductie en de discussie aan bod. Daarnaast komt aan de orde de keuze van een tijdschrift, formuleren van de boodschap van het artikel, stijl van schrijven en omgaan met de kritiek van de reviewers. Er worden veel voorbeelden getoond en tips gegeven om de kans op acceptatie te vergroten.

VORM

College gecombineerd met oefeningen, waarvan we er een aantal bespreken.

LEERDOELEN

- Inzicht krijgen in de onderliggende structuur van een artikel, van de introductie en de discussie.
- Leren het juiste tijdschrift te kiezen.
- Leren hoe de kans op acceptatie te vergroten.
- Leren omgaan met kritische reviews.

LITERATUURVERWIJZING

1. Van Harten PN. Schrijf een artikel! *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2007; 49 3-5
2. Van Harten PN. Peer review process. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2008;50:3-7

W54 Aan de slag met de nieuwe Jeugdwet

A.J. Broersma

Accare, Bestuursbureau, Assen

a.broersma@accare.nl

INHOUD

Op het moment van indienen van deze abstract ligt de nieuwe Jeugdwet bij de Tweede Kamer. Als de wet wordt aangenomen, en daar lijkt het op, zal de jeugd-ggz met ingang van 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komen te vallen. Op die datum treedt ook de Wet herziening Kinderbeschermingsmaatregelen in werking. Wat gaat er veranderen voor kinder- en jeugdpsychiaters? Welke juridische consequenties heeft dit voor het werk? In de workshop zal hierover uitleg worden gegeven.

VORM

Uitleg van de nieuwe Jeugdwet, mede aan de hand van praktische casuïstiek. Ook is er ruimte voor vragen.

LEERDOELEN

- Kennis van de nieuwe Jeugdwet.
- Inzicht in de praktische consequenties.

W55 Elektroconvulsietherapie, state of the art

B. Verwey¹, W.W. van den Broek², T.H.N. Groenland², T.K. Birkenhäger²

¹Rijnstate, Psychiatrie, Arnhem

²Erasmus MC, Rotterdam

basverwey@gmail.com

INHOUD

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. In deze workshop worden de indicatiestelling, technische aspecten, de anesthesie en de behandeling na ECT behandeld aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010 [1]. Ook de indicatie van complexe patiënten en de risicofactoren komen aan de orde. Technische aspecten als elektrodeplaatsing, bepaling van de insultdrempel, en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken met specifieke aandacht voor cardiaal gecompromitteerde patiënten. Zowel de behandeling van patiënten na succesvolle als na niet-succesvolle ECT wordt gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT [2].

VORM

Interactieve presentatie.

LEERDOELEN

- Leren indiceren van ECT.
- Inzicht verwerven in technische aspecten, anesthesie en uitvoering van ECT.
- Kennis vergaren over behandeling na ECT.

LITERATUURVERWIJZING

1. W.W. van den Broek, T.K. Birkenhager, e.a. *Richtlijn Elektroconvulsietherapie*, tweede herziene versie. De Tijdstroom, Utrecht, 2010.
2. W.W. van den Broek, A.F.G. Leentjens, I.M. van Vliet, B. Verwey. *Handboek Elektroconvulsietherapie*. Van Gorcum, Assen, 2005.

W56 Willen is (niet altijd) kunnen – Motiveren tot duurzame verandering van leefstijlgedrag binnen langdurige zorg

N. Plambeck, M. Shakir, E. Postma, J. Zweistra
GGz Centraal, Amersfoort
n.plambeck@ggzcentraal.nl

INHOUD

Een van de neveneffecten van een psychiatrische ziekte en/of de behandeling ervan kan zijn dat mensen passief zijn, in gewicht aankomen, een ongezonde leefstijl erop na houden of te maken hebben met een combinatie hiervan. Wat doen wij als ggz-behandelaars met dit gegeven?

In een workshop met praktijkvoorbeelden uit verschillende afdelingen van langdurige psychiatrie binnen GGz Centraal wordt een beeld geschetst van manieren waarop ook binnen complexe behandelmilieus leefstijlgedrag kan worden veranderd.

VORM

Vertoning van de film *Willen is (niet altijd) kunnen*, waarin hulpverleners en cliënten worden gevolgd die binnen GGz Centraal initiatieven ondernemen op het gebied van leefstijl en bewegen, gecombineerd met drie presentaties. In de presentaties komen verschillende voorbeelden aan bod van manieren om binnen langdurige psychiatrie verandering te bewerkstelligen op het gebied van leefstijlgedrag. Binnen Zon en Schild, GGz Centraal bestaan drie initiatieven waarbij gezonde leefstijl centraal staat:

1. Een kliniek specifiek voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en morbide obesitas.
2. Het instellen van een aangepaste beweegnorm voor patiënten binnen ouderenpsychiatrie en somatiek.
3. Implementatie van een gezondere leefstijl binnen de afdeling voor psychiatrische high care.

De workshop is een mix van interactieve kennisoverdracht en enthousiasmerende praktijkvoorbeelden.

LEERDOELEN

De workshop laat zien dat er ook binnen langdurige en intensieve psychiatrie, met bestaande middelen, verandering van leefstijl mogelijk is. Kennisoverdracht en -uitwisseling hebben als doel te enthousiasmeren en navolging op te roepen.

W57 De route van de patiënt door de Wvggz: blijven proberen te motiveren

A.J.K. Hondius¹, E. Prinsen², M. van de Ven³, F. Bruggeman⁴, E. Masthoff⁵, I. Kruit⁶

¹GGz Centraal, Ermelo

²Dimence, Deventer

³GGZ Dijk en Duin, Castricum

⁴MCGroep Zuiderzee ZH/GGz Centraal, Lelystad

⁵PPC Vught, Vught

⁶De Rooyse Wissel, Venray

a.hondius@ggzcentraal.nl

INHOUD

De Wet verplichte ggz (Wvggz) wordt in 2015 ingevoerd. Deze behandelwet, als opvolger van de Wet Bopz, zal leiden tot een cultuuromslag in de ggz. Bij de Wet Bopz was de weg naar een Bopz-maatregel duidelijk: acuut via de burgemeester, niet-acuut via de officier van justitie en de rechter. In de Wvggz doet de geneesheer-directeur het (niet-acuut) verzoek aan de rechter. Het zorgplan is leidend en geeft bij een zorgmachtiging de reikwijdte aan van de mogelijkheden van verplichte zorg. Hoeveel interventies moet je in een zorgplan opnemen om deze in geval van verplichte zorg ook te kunnen toepassen? Wat zijn de kansen en bedreigingen van de verschillende routes naar verplichte zorg? In 2013 werd de Wet forensische zorg [1] aangenomen. Het schakelartikel 2.3 is bedoeld om forensische patiënten via een zorgmachtiging naar reguliere ggz te laten overstappen; een verruimde invulling van artikel 37 (wetboek van Strafrecht). Hierbij wordt dezelfde systematiek aangehouden als in de Wvggz: een zorgplan en een medische verklaring worden voorgelegd aan de strafrechter. De officier van justitie heeft als verzoeker nu wél een formele rol. Welke informatie komt er in een geneeskundige verklaring te staan? Alleen informatie uit de Pro Justitia-rapportage? Overziet een strafrechter wat er mogelijk is in de reguliere ggz? Wordt het benodigde niveau van veiligheid adequaat meegewogen? Is er voldoende rechtsgelijkheid tussen deze forensische route naar de Wvggz en de civiele route?

VORM

Deze workshop bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden de route en zorgmachtiging Wvggz interactief besproken. In het tweede deel worden de vragen die bij de forensische route spelen interactief besproken door een forensisch psychiater en een jurist.

LEERDOELEN

- Kennis van schakelartikel Wfz en Wvggz.
- Bewustwording van rechtsgelijkheid.

LITERATUURVERWIJZING

1. Stoomis en Delict, RVZ 2012; wetstekst Wfz

W58 Crisis?! Hoe beoordeelt u de verstandelijk beperkte patiënt?

J. Wieland, S. Kapitein-de Haan

Rivierduinen, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Leiden

j.wieland@centrumkristal.nl

INHOUD

Hoe moet u de verstandelijk beperkte patiënt beoordelen? U bent niet de enige die zich dit weleens afvraagt. Psychiaters in de crisisdienst zien vaak op tegen beoordeling van een patiënt met een verstandelijke beperking. Gesprekken verlopen soms moeizaam of leveren weinig op. Al snel bekruipt u het gevoel dat u niet veel kunt veranderen. Hoe blijft u dan gemotiveerd?

Het beoordelen van patiënten met een verstandelijke beperking vergt een specifieke aanpak en communicatie. U moet rekening houden met beperkingen op cognitief, sociaal en emotioneel vlak. Het is essentieel om het systeem te betrekken om een goed beeld en voldoende informatie te krijgen. Een uitspraak van iemand met een verstandelijke beperking moet daarbij altijd in de juiste context geplaatst worden, en gerelateerd worden aan het ontwikkelingsniveau. Hoe bepaalt u anders of er sprake is van een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een psychose, of een kinderlijke fantasie? En wat is een passende interventie?

Vaak kunnen praktische adviezen en heldere afspraken stabiliteit brengen. Als er sprake is van een psychiatrische decompensatie, is het van belang om de interventie af te stemmen op de verstandelijke beperking. En hoe motiveert u de verstandelijk beperkte patiënt en zijn systeem?

VORM

In deze workshop leert u met behulp van theoretische achtergronden en casuïstiek over het beoordelen van de verstandelijk beperkte psychiatrische patiënt in de crisisdienst. U leert hoe u bepaalde klachten of symptomen moet interpreteren. Wanneer is er sprake van een psychiatrische stoornis? Wanneer is er sprake van gedragsproblematiek? Wat is een passende interventie? En wat is passende zorg? Hoe gaat u om met psychofarmaca? Vraag wat u altijd al wilde weten.

LEERDOELEN

Na deze workshop:

- Heeft de deelnemer nieuwe motivatie om de uitdaging aan te gaan om de verstandelijk beperkte psychiatrische patiënt in de crisisdienst te beoordelen.
- Ligt een succesvolle beoordeling van deze patiënt binnen het bereik van de deelnemer.

W59 Intervisie volgens de Balint-methode

J. van Trier¹, M.M. Thunnissen²

¹St. Antonius Ziekenhuis, Afdeling Psychiatrie, Utrecht

²Zelfstandig gevestigd, Bergen op Zoom

jvantrier@antoniuziekenhuis.nl

INHOUD

De Balint-methode wordt al meer dan vijftig jaar door huisartsen gebruikt als methode voor intervisie. De methode is genoemd naar de Hongaarse psychiater Balint. Veel psychiaters hebben er reeds ervaring mee omdat zij groepen huisartsen begeleiden met deze gefaseerde methode. De methode leent zich echter ook voor intervisie bij psychiaters. Met de nieuw geformuleerde opleidingseisen volgens het competentiemodel kunnen aios ook profiteren van deze intervisiemethode.

In de workshop komt aan bod hoe de Balint-methode kan worden gebruikt als een begeleide groepsintervisie, waarin op een systematische wijze wordt gereflecteerd op persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt. De methode richt zich op de communicatie tussen arts en patiënt; inzicht vergroten in eigen mogelijkheden en beperkingen; beter omgaan met emotionele reacties die patiënten oproepen; overdrachtsfenomenen herkennen en bewust worden van tegenoverdrachtsaspecten.

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

VORM

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

LEERDOELEN

- Psychiaters leren hoe zij intervisiegroepen kunnen begeleiden volgens de Balint-methode.
- Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen arts en patiënten.

Doel van de Balint-methode is dat artsen beter in staat zijn professioneel te handelen. De methode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

LITERATUURVERWIJZING

1. J. van Trier. Balint-groepen. Groepen maart 2010, 23-29.

W60 Omgang met moeilijke mensen mogelijk: feit of FACT?

L.M.C. van den Bosch^{1,2}, J. Wieland³, A. van den Brink³, A. Kaasenbrood^{2,4},
C. ten Kate⁵, Y.Noij⁵, R. Sinnaeve¹

¹Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Rivierduinen, Oegstgeest

²Pro Persona, de Braamberg, Arnhem

³Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Rivierduinen, Leiden

⁴Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht

⁵GGZ Duin- en Bollenstreek, Rivierduinen, Leiden

wiesvdbosch@concepts.nl

INHOUD

EPA is 'in'. De noodzaak van een gerichte therapeutische aanpak voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) wordt steeds duidelijker. Dat geldt niet alleen voor schizofrenie en ernstige stemmingsstoornissen, maar ook voor persoonlijkheidsproblematiek. Ook vanuit de politiek ontstaat er steeds meer druk op professionals in de ggz om zich intensiever te committeren aan patiënten met EPA.

Centrale en kenmerkende thema's verbonden aan deze groep patiënten zijn therapieresistentie, problemen rondom het aangaan van werkrelaties en het komen tot heldere behandelovereenkomsten, oftewel motivatieproblemen. Deze thema's gaan in het bijzonder op voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis die tot de EPA-groep behoren. En zeker als die patiënten ook nog zwakbegaafd zijn. Belangrijke vragen daarbij zijn: Hoe motiveer je patiënten om hun problematiek aan te pakken? Hoe kunnen ze 'verleid' worden om behandeling aan te gaan? En hoe blijf je zelf gemotiveerd?

VORM

Vier inleidingen vanuit verschillende theoretische kaders en vanuit verschillende sectoren van de ggz, waarbij wordt ingegaan op wat ervoor nodig is om deze groepen patiënten in de dagelijkse praktijk te bereiken en een passende behandeling te geven. MBT aan de voordeur komt aan bod, maar ook Linehan-therapie aan huis. We bespreken hoe onbehandelbaar zwakbegaafden nu eigenlijk zijn. Hoe motiveer je patiënten om hun problematiek aan te pakken? Hoe kunnen ze 'verleid' worden om behandeling aan te gaan? Hoe blijf je zelf gemotiveerd? En hoe zit het met klinische behandeling als ambulante niet mogelijk is?

LEERDOELEN

- Deelnemers aan deze discussiegroep vergaren kennis over de EPA-patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
- Deelnemers maken kennis met specifieke (nieuwe) behandelvormen voor deze specifieke doelgroep.

LITERATUUR

1. Knapen, S. (2013) FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen — Ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment. *MGv medium voor ggz en verslavingszorg*. 68,1. ONLINE
2. Bosch, L.M.C. van den & Kaasenbrood, A. (2013) Mozes & de berg: De bijzondere samenwerking tussen FACT en Dialectische Gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 39, 4:242-254.

W6 | Niet uit bed te krijgen... Een ongemotiveerde puber, of... een slaapstoornis?!

A.P. van Spanje¹, J.W. Hop², R.J. Stoffelsen³, E.J. de Bruin⁴

¹Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam

²Altrecht, Zeist

³De Bascule, Amsterdam

⁴Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

a.vanspanje@kenniscentrum-kjp.nl

ACHTERGROND

Deze workshop is voortgekomen uit de Expertgroep slaapstoornissen van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, en zal geleid worden door Jeannette Hop, (kinder- en jeugdpsychiater Altrecht Zeist), in samenwerking met Reino Stoffelsen (kinder- en jeugdpsychiater de Bascule/VUmc) en Ed de Bruin (klinisch neuropsycholoog en onderzoeker UvA).

INHOUD

Veel pubers hebben problemen met slapen. Ze slapen laat in en zijn 's morgens niet uit bed te krijgen. Voor de meeste pubers levert dit, behalve een ochtendhumeur, niet al te veel problemen op. Maar er zijn ook pubers die iedere nacht pas in de vroege uurtjes in slaap vallen. Die 's morgens alweer heel vroeg wakker zijn, of juist echt niet wakker kunnen worden. Met alle gevolgen van dien: concentratieproblemen, stemmingsproblemen, lichamelijke klachten, schoolproblemen en ruzies thuis. In deze workshop gaan we in op de meest voorkomende slaapproblemen bij pubers, en de relatie met diverse psychiatrische problematiek. Wanneer gaat het om comorbiditeit, en wanneer blijken psychiatrische symptomen eigenlijk grotendeels verklaard te worden door een slaapstoornis? Er zal zowel veel aandacht zijn voor diagnostiek, als voor behandeling, zoals die in de gemiddelde kinderpsychiatrische praktijk kan worden uitgevoerd. Ook wordt stilgestaan bij de indicaties en mogelijkheden van doorverwijzing voor aanvullende diagnostiek en behandeling.

VORM

Aan de hand van aangeboden casuïstiek zal op interactieve manier praktijkgerichte kennis worden overgebracht. Tevens is er voor deelnemers ruimte voor inbreng van eigen casuïstiek.

LEERDOELEN

Na het volgen van de workshop is de deelnemer:

- Alerter op het bestaan van een (comorbide) slaapstoornis bij pubers;
- In staat om een inschatting te maken van het type slaapprobleem, door de juiste vragen te vragen;
- In staat om enkele belangrijke gedragsinterventies toe te passen;
- Op de hoogte van de indicaties voor doorverwijzing.

W62 Het doorbreken van persoonlijke ontwrichting op de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB)

S. van Rooijen¹, M. Morshuis², T. Bloemendaal³, J. Cuijpers⁴, M. Helmerhorst⁵, J. Schotsman⁶

¹Trimbos-instituut, Re-integratie, Utrecht

²Arkin, Inforsa, Amsterdam

³Palier, Parnassia Groep, Den Haag

⁴KIB Eindhoven, Eindhoven

⁵De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht

⁶Trajectum, Boschoord

michiel.morshuis@inforsa.nl

INHOUD

Er zijn in Nederland vijf Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB)[1]: KIB Eindhoven, KIB Inforsa, CIB Palier (Centrum Intensieve Behandeling), KIB Trajectum (voor licht verstandelijk gehandicapten) en KIB Van der Hoeven Kliniek (forensische problematiek). Het betreft relatief kleine centra met een specialistische behandel functie voor patiënten met zeer ernstige gedragsproblemen en veelal ernstige persoonlijkheidsstoornissen. KIB's zijn derdelijnsvoorzieningen. Ze bieden intensieve zorg aan cliënten die vaak al geruime tijd klinisch in behandeling zijn in de reguliere ggz, maar bij wie de behandeling gestagneerd is. Het gedrag kenmerkt zich door regelmatig terugkerende crises, agressie, acting-out, suïcidaliteit, automutilatie en ernstig manipulatief gedrag, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. Patiënten komen in aanmerking voor opname en behandeling in een KIB als er sprake is van zeer ernstige gedragsproblematiek. Mede als gevolg van de heftigheid en aanhoudendheid van het probleemgedrag is de behandelrelatie ernstig ontregeld. Pogingen om de interactie om te buigen in een positieve, constructieve richting hebben niet tot resultaat geleid. Bij de behandelteams kan dit leiden tot ontmoediging, burn-out en in incidentele gevallen bij ernstige incidenten zelfs tot traumatisering. Vaak is ook de relatie met het bredere sociale systeem ernstig verstoord.

KIB's zijn erin gespecialiseerd om cliënten weer in balans te krijgen en te motiveren voor behandeling. Tevens hebben de KIB's veel expertise om goed om te gaan met ontwrichtend en zelfbeschadigend gedrag. Vanwege deze expertise bieden KIB's advies en consult aan verwijzende instellingen. Zij staan ten dienste van de verwijzende behandelteams en nemen indien noodzakelijk de behandeling tijdelijk over (voor een aantal weken tot een halfjaar of langer).

Behandeling in de KIB is erop gericht om de negatieve spiraal van acting-out-gedrag en beheersing te doorbreken. Dat doet men door de aandacht en interventies niet zozeer te richten op het probleemgedrag zelf, maar op de factoren die het probleemgedrag veroorzaken en/of in stand houden. Bij de KIB's staat het toewerken naar eigen regie en verantwoordelijkheid centraal. Voorop staat dat cliënten in staat moeten worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te geven, in plaats van uitsluitend geleid te worden door negatieve emoties. Het versterken van de competenties van cliënten en het bieden van structuur en veiligheid zijn belangrijke elementen in de behandelmethodiek. Hierbij is het essentieel om cliënten te motiveren om zich weer tot andere mensen te verhouden en relaties aan te gaan.

De workshop gaat in op de mogelijkheden om ontwrichtend en bedreigend gedrag af te wenden en om te buigen in een positieve richting die ruimte schept voor autonomie en het oppakken van eigen verantwoordelijkheid voor patiënten. In het bijzonder gaat de workshop in op:

1. Het herstellen van de behandelrelatie en het versterken van eigen regie van de patiënten;
2. Het omgaan met ernstige ontwrichting, zelfbeschadiging en agressie;
3. Het terugdringen en vermijden van dwang en drang.

VORM

De workshop is afwisselend van opzet en biedt veel ruimte voor consultatie en discussie. In korte presentaties – vanuit verschillende KIB's – worden belangrijke elementen van de behandeling uitgelicht. Vervolgens is er gelegenheid voor discussie en het inbrengen en bespreken van casuïstiek.

LEERDOELEN

- Deelnemers krijgen handvatten aangereikt om cliënten te motiveren voor behandeling om aldus de autonomie van cliënten te versterken. Het gaat om het herstellen van de behandelrelatie en het versterken van eigen regie van de patiënten;
- Deelnemers leren omgaan met ernstige ontwrichting, zelfbeschadiging en agressie;
- Deelnemers leren hoe zij dwang en drang kunnen terugdringen en vermijden.

LITERATUURVERWIJZING

- I. Rooijen, S. van (2013 in druk). In profiel. Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Utrecht: Trimbos-instituut.

W63 De schildklier en bijschildklier: fysiologie, pathofysiologie en behandeling

F.H.M. Vanmolkot

Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht

INHOUD

In de psychiatrische praktijk worden we geregeld geconfronteerd met stoornissen in de schildklierfunctie. Enerzijds is de incidentie verhoogd bij sommige psychiatrische aandoeningen zoals de bipolaire stoornis, anderzijds zien we stoornissen in de schildklierfunctie ten gevolge van psychofarmacagebruik.

In deze workshop wordt stilgestaan bij stoornissen in de schildklier- en bijschildklierfunctie in relatie tot psychiatrische aandoeningen en psychofarmacologie. Hoe monitor je de (bij)schildklierfunctie? Wanneer en hoe behandel je zelf? Wanneer is een verwijzing geïndiceerd?

VORM

Cursus met actieve inbreng van de deelnemers.

LEERDOELEN

- Uw kennis van de fysiologie en pathofysiologie van de (bij)schildklier is na het volgen van de cursus weer up-to-date.
- U weet welke symptomen komen kijken bij de verschillende stoornissen en wanneer en hoe u de (bij)schildklierfunctie kunt monitoren.
- U weet wanneer u moet verwijzen en hoe u desgewenst zelf kunt behandelen.

LITERATUURVERWIJZING

1. NHG standaard schildkliaandoeningen
2. Richtlijn schildklierfunctiestoornissen revisie 2012 , Nederlandse Internisten Vereniging

W64 Corsendonk: Workshop over alles wat je moet weten over het doen van klinisch onderzoek in de psychiatrie

A.J.L.M. van Balkom, R.C. Oude Voshaar, J. Zinkstok, A. Popma, T.K. Birkenhäger, T.A.M.J. van Amelsvoort

INLEIDING

De Corsendonkcursus, al 30 jaar een begrip in Nederland, is een masterclass voor psychiaters of psychiaters in opleiding die net met wetenschappelijk onderzoek gestart zijn of zich hierop aan het voorbereiden zijn. Deze beginfase in iemands wetenschappelijke carrière is heel bepalend voor de motivatie om uiteindelijk een wetenschappelijk traject verder vorm te geven. Het is essentieel om in deze fase goed geïnformeerd te zijn en ondersteund te worden.

DOEL

Het doel van de deze workshop is om aan beginnend onderzoekers in de psychiatrie te demonstreren wat er allemaal komt kijken bij het starten van wetenschappelijk onderzoek. Het tweede doel is om deelnemers te stimuleren en motiveren van het doen van wetenschappelijk onderzoek. Er zal een inleiding worden gegeven door de cursusleider van de masterclass, vervolgens zal een oud-cursist vertellen hoe de masterclass geholpen heeft een weg te vinden bij het schrijven van een studieprotocol. Tenslotte zal gezamenlijk worden geoefend met het formuleren van een vraagstelling.

RESULTATEN

Aan het eind van de workshop hebben de deelnemers geleerd wat er bij het doen van wetenschappelijk onderzoek komt kijken en zijn ze in staat een heldere conceptuele en operationele vraagstelling te formuleren.

CONCLUSIE

De Corsendonkcursus is een belangrijk onderdeel van wetenschappelijke educatie voor psychiaters en psychiaters in opleiding.