

## DI

### Vertoont de hedendaagse psychiatrie een somatoforme stoornis?

Swinkels, J.<sup>1</sup>, Jonghe, F. de<sup>6</sup>, Os, J. van<sup>2</sup>, Glas, G.<sup>3,5</sup>, Selten, J.<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Maastricht University Medical Centre, Maastricht, Nederland

<sup>3</sup>VUMC, Amsterdam, Nederland

<sup>4</sup>Rivierduinen, Leiden, Nederland

<sup>5</sup>Dimenche, Zwolle, Nederland

<sup>6</sup>ZGP, Amsterdam, Nederland

j.a.swinkels@amc.uva.nl

#### INHOUD

De psychiatrie, geleid door welnemende, bevoegen maar gebiologeerde, niet door merelogische overwegingen verontruste psychiaters, is in zo sterke mate gesomatiseerd en in zo geringe mate gementaliseerd, dat men zich mag afvragen of ze niet aan een somatoforme stoornis lijdt. Deze stoornis houdt een verschraving van de psychiatrie in, vooral gekenmerkt door dehumaniserend reductionisme en compartimalisering van het vak. Zou Rumke (1957) weer eens of nog steeds gelijk hebben?: "In het heden kunne we gerust zeggen, dat de psychiatrie neurotisch is en neurotische verschijnselen vertoont. Op innerlijke gronden soms nauw samenhangend met het oordeel van de tijd werden psychiatrische strevingen verdrongen. Door sommigen wordt de geesteswetenschappelijke grondslag verdrongen, door anderen de neurofysiologische, door weer anderen de psychoanalytische etc. Het gevolg is, dat de verdrongen streving in onaangepaste en onrijpe vormen toch tot uiting komt, maar niet mee ontwikkeld wordt".

#### VORM

Discussiegroep op instigatie van het bestuur van de NVvP

#### LEERDOELEN

Discussie over de grondslagen van de psychiatrie en verheldering van de concepten psychiatrie en geneeskunde en de gevolgen hiervan voor de dagelijkse praktijk. Aan het eind van de discussiegroep is de deelnemer beter in staat:

- te begrijpen waarom de huidige psychiatrie zo'n behoefte heeft zich zo te poneren als een medisch specialisme
- de verschillende domijnen (maatschappelijk, insitutioneel, professioneel, wetenschappelijk) te identificeren waarin de discussie over wat psychiatrie is, zich afspeelt
- de achterliggende concepten en filosofische posities te duiden op basis waarvan de psychiatrie als vak door de verschillende stakeholders wordt gepositioneerd.
- het begrip 'heritability' te interpreteren

#### LITERATUURVERWIJZING

Schartz S., Susser E.S.. the myth of the heritability index. In Maccade J., O'Daly O., Murray R.M., MCGuffin P., Wright P., eds. Beyond the nature and nature in psychiatry, Informa Healthcare, Abingdon, 2006, pp. 19-26.

## D2

### **Euthanasie bij psychiatrische patiënten, morele/ethische dilemma's in de praktijk van de SLK (Stichting Levenseindekliniek).**

Pleiter, S.<sup>1</sup>, Engberts, D.<sup>2,3</sup>, Casteelen, G.<sup>1</sup>, Stärcke, P.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>SLK, Den Haag, Nederland

<sup>2</sup>Universiteit Leiden, Leiden, Nederland

<sup>3</sup>LUMC, Leiden, Nederland

<sup>4</sup>GGZ inGeest, Amsterdam, Nederland

paulan@xs4all.nl

#### INHOUD

Bij de verzoeken aan de SLK voor hulp bij zelfdoding/euthanasie heeft 35-40% van de patiënten psychiatrische (co-)morbiditeit. Deze aanmeldingen geven ook voor de SLK aanleiding tot - meer dan bij somatische vragen - gecompliceerde afwegingen om een weg te vinden in soms zeer ingrijpende dilemma's op m.n. moreel en ethisch gebied. Deze workshop beoogt inzicht te bieden in de casuïstiek van de SLK op dit gebied, door een presentatie van onderzoeksgegevens betreffende de praktijk van de afgelopen 3 jaar, en vervolgens in te zoomen op een aantal praktijkgevallen, deels van de participanten afkomstig, deels vanuit inbreng van deelnemers, waarbij interactieve uitwisseling beoogd wordt m.b.t. de dilemma's en morele vraagstukken die deze casussen oproepen.

#### VORM

Bij de verzoeken aan de SLK voor hulp bij zelfdoding/euthanasie heeft 35-40% van de patiënten psychiatrische (co-)morbiditeit. Deze aanmeldingen geven ook voor de SLK aanleiding tot - meer dan bij somatische vragen - gecompliceerde afwegingen om een weg te vinden in soms zeer ingrijpende dilemma's op m.n. moreel en ethisch gebied. Deze workshop beoogt inzicht te bieden in de casuïstiek van de SLK op dit gebied, door een presentatie van onderzoeksgegevens betreffende de praktijk van de afgelopen 3 jaar, en vervolgens in te zoomen op een aantal praktijkgevallen, deels van de participanten afkomstig, deels vanuit inbreng van deelnemers, waarbij interactieve uitwisseling beoogd wordt m.b.t. de dilemma's en morele vraagstukken die deze casussen oproepen.

#### LEERDOELEN

Aan het einde van de workshop:

- heeft de deelnemer kennis van de stand van zaken van de praktijk van de SLK voor wat betreft aanmeldingen met psychiatrische (co-)morbiditeit
- heeft de deelnemer dieper inzicht in de morele en ethische dilemma's die aan de orde kunnen komen bij een verzoek om euthanasie (mede) vanwege psychiatrisch lijden.

#### LITERATUURVERWIJZING

- Jaarverslag SLK 2013
- Eigen registratie van 1 maart 2012 t/m 28 februari 2015 (SLK)
- Richtlijn omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (2009)
- Factsheet KNMG (euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening, 2014)
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2001)

## D3

### Forensische zorg voor jeugd op maat

Vermeiren, R.<sup>2,1</sup>, Popma, A.<sup>1,4</sup>, Mulder, E.<sup>2</sup>, Jongman, E.<sup>4,6</sup>, Breuk, R.<sup>3</sup>, Miedema, A.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Vumc kinder- en jeugdpsychiatrie, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Curium/LUMC, Leiden, Nederland

<sup>3</sup>Intermetzo, Lelystad, Nederland

<sup>4</sup>De Bascule, Amsterdam, Nederland

<sup>5</sup>GGD, Amsterdam, Nederland

<sup>6</sup>Spirit, Amsterdam, Nederland

#### INHOUD

Het psychiatrische zorgaanbod voor forensische jeugd ondergaat grote veranderingen. Onder invloed van de transitie naar de gemeente worden nieuwe samenwerkingspartners aan elkaar gekoppeld, verantwoordelijkheden overgedragen en regiefuncties opnieuw ingevuld. Een bijzondere situatie is dat de forensische zorg slechts deels overgaat naar de gemeenten. Zo blijven Justitiële Jeugdinstellingen onder de regie van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit maakt de hele transitie operatie extra complex.

Al enkele jaren vindt er een verschuiving plaats van residentiële behandeling in justitiële jeugdinstellingen (waarvan enkele werden/worden gesloten) naar ambulante zorgtrajecten. Op veel plaatsen in Nederland vinden momenteel dan ook discussies plaats over hoe de zorg in deze nieuwe omstandigheden te organiseren. Vooral omdat stevig geïnvesteerd is in transmurale zorgvormen. Zo wordt bijvoorbeeld systeemtherapie steeds vaker tijdens verblijf al opgestart.

De vragen die voorliggen in deze discussie groep zijn:

- Hoe zorgen we er voor dat psychiatrische zorg op maat wordt geboden en continuïteit gegarandeerd wordt?
- Wat is de rol van psychiatrische problematiek hierin, en hoe wordt hier in de toekomst mee omgegaan bij jongeren in JJs?
- Wie zorgt dat een jongere tijdig in een geschikt behandeltraject terecht komt, met oog op continuïteit residentieel-ambulant?
- Hebben we voldoende aan de bestaande behandeltrajecten of moeten er nieuwe trajecten worden vormgegeven?
- Wat wordt de rol van de gemeentes en de wijkteams in dit geheel?

#### VORM

Aan de hand van een discussie met experts worden de huidige ontwikkelingen en bovenstaande vragen besproken. Men wordt vooraf gevraagd om elk een prikkelende stelling te plaatsen.

#### LEERDOELEN

De deelnemers aan de discussiegroep krijgt een overzicht van de huidige stand van zaken in het forensisch jeugdpsychiatrisch veld, welke initiatieven er momenteel bestaan die gericht zijn op het vormgeven van (coördinatie van) zorg in Nederland en welke ideeën er momenteel worden ontwikkeld om zorg op maat te bieden voor verschillende doelgroepen binnen het de heterogene groep van forensische jeugd.

#### LITERATUURVERWIJZING

[www.kenniscentrum-kjp.nl/ouders/Strafbaar-gedrag-en-gedwongen-hulpverlening/Inleiding-13](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/ouders/Strafbaar-gedrag-en-gedwongen-hulpverlening/Inleiding-13)

## D4

### Geneeskundige verklaring, psychiatrisch maatwerk

Hondius, A.<sup>1</sup>, Zuiderhoudt, R.<sup>2</sup>, Hummelen, K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>GGz Centraal, Ermelo/Almere, Nederland

<sup>2</sup>Zuiderhoudt Consultancy, Den Haag, Nederland

<sup>3</sup>GGNet, Warnsveld, Nederland

a.hondius@ggzcentraal.nl

#### INHOUD

Met de komst van de Wet Verplichte GGZ zullen aan het opstellen van de onafhankelijke medische verklaring door de psychiater zwaardere eisen worden gesteld. De geneeskundige verklaring in de psychiatrie is van oudsher het terrein van de psychiater. Deze is bevoegd en bekwaam daartoe. In de nieuwe wetten worden ook nieuwe deskundigen genoemd die op specifieke terreinen bekwaamer zijn dan de psychiater. Een goede zaak waar het gaat om grondrechten. De vraag is of deze taakherschikking nog verder moet gaan hetzij tussen psychiaters (alleen bekwaam indien getraind) hetzij ook naar andere bekwame disciplines in de ggz? En als er een speciale training/scholing zou komen voor psychiaters, wat moet er dan (extra?) geschoold worden om een geneeskundige verklaring te kunnen maken? Bijvoorbeeld in taxatie-instrumenten (bv taxatie van gevaar)? Dat hangt natuurlijk ook af van wat beoogd wordt met een geneeskundige verklaring. Is het vooral een formele procedurele handeling (door een geormerkte specialist) of ligt er accent op de inhoud (meer een second opinion)? De discussiegroep zal gaan over noodzakelijkheid van het invoeren van een bekwaamheids-aantekening, de (on)mogelijkheden van risico-taxatie en de eisen die aan de geneeskundige verklaring gesteld mogen worden. Uitgangspunt hierbij is de opvatting dat een geneeskundige verklaring de ultieme vorm van maatwerk is in de psychiatrie.

#### VORM

3 Korte inleidingen; daarna discussie aan de hand van stellingen

#### LEERDOELEN

- 1) bekend zijn met aard, achtergrond en reikwijdte van de geneeskundige verklaring
- 2) bewust zijn van het belang van specifieke scholing voor psychiaters om zo'n verklaring te kunnen maken.

#### LITERATUURVERWIJZING

Hummelen, J.W. (2011). Annotatie inzake risicotaxatie van het BOPZ-gevaarscriterium. *JVggz*, 171-174.

Zuiderhoudt, R.H. (2004). Stoornis en de Bopz. *Praktijkreeks Bopz no 8*, Sdu, Den Haag.

## D5

### Herstel-ondersteunende zorg en shared decision making in de opleiding

Buis, W. <sup>1</sup>, Grootens, K. <sup>2</sup>, Roelofsen, D. <sup>3</sup>, Os, J. van <sup>4</sup>, Braakman, M. <sup>5</sup>

<sup>1</sup>, Nederland<sup>1</sup>Buis Psychiatrisch Advies Ypse, Velp

<sup>2</sup>Reinier van Arkelgroep, Den Bosch, Nederland

<sup>3</sup>Trimbos Instituut, Utrecht, Nederland

<sup>4</sup>Maastricht UMC, Maastricht, Nederland

<sup>5</sup>Pro Persona, Wolfheze, Nederland

buiswil@gmail.com

#### INHOUD

Vanuit patiënten en cliënten klinkt de roep om herstelondersteunende zorg waarbij de focus ligt op het opbouwen van een zinvol leven ondanks beperkingen. In de opleiding tot psychiater staat het behandelen van psychiatrische aandoeningen centraal en bestaat het risico dat gezonde en sterke kanten niet meer gezien worden en dat de regie teveel bij de behandelaar ligt en dat onvoldoende met de patiënt wordt samengewerkt aan hetgeen zij/hij wil bereiken.

De samenwerking met patiënten is een van de speerpunten van de NVvP. In de beleidsnota staat: 'De vereniging nodigt ervaringsdeskundigen uit deel te nemen aan besprekingen van bestuur, ledenraad en commissies. De vereniging stimuleert de toepassing van concepten zoals herstelgerichte zorg en shared decision making.'

Met deze discussiegroep willen wij bijdragen aan een succesvolle integratie van dit gedachtegoed in de opleiding.

#### VORM

-Ervaringsdeskundige Dikkie Roelofsen vertelt waarom herstelondersteunende zorg wenselijk is.

-Opleider Jim van Os ondersteunt dit verhaal.

-Opleider Mario Braakman licht toe in hoeverre HOOP 2.0. hier op aansluit.

-Opleider Koen Grootens bespreekt hoe dit gedachtegoed uit te werken in de dagelijkse praktijk en waar knelpunten kunnen liggen.

-SAP-leden geven hun visie.

-Dialoog met de aanwezigen onder leiding van Wil Buis, lid Werkgroep Samenwerken met Patiënten van de NVvP.

#### LEERDOELEN

\*Deelnemers de mogelijkheid geven het belang te ervaren en te begrijpen van herstelondersteunende zorg en shared decision making als geïntegreerd onderdeel van de opleiding.

\*Psychiaters en AIOS de mogelijkheid geven dit te zien als een verrijking van hun werk en opleiding en niet als extra last.

\*SAP, Consilium en onderwijsbureau de mogelijkheid geven het te zien als een uitdaging om dit snel op te pakken.

\*Deelnemers de mogelijkheid geven om te zien dat voor verankering van herstelondersteunende zorg in de opleiding nodig is dat de herstelvisie door de gehele organisatie wordt gedragen.

## LITERATUURVERWIJZING

Wilma Boevink, Madeleine Prinsen, Lenneke Elfers, Jos Dröes, Mitchell Tiber en Greet Wilrycx (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. Tijdschrift voor rehabilitatie, 18(1), 42-54.

Evelien Brouwers, Hanneke van Gestel-Timmermans en Chijs van Nieuwenhuizen (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? Psychopraktijk 5 (4), 14-17

Landelijk Platform GGz (2014). Samenvatting bouwstenen zelfmanagement en passende zorg.

Annemieke Hendriksen-Favier, Karla Nijens en Sonja van Rooijen (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. Trimbos-Instituut.

Jim van Os (2014). De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. Diagnosis uitgevers.

## D6

### TOPGGz in de praktijk: Kosteneffectiviteit in de topklinische ggz

Schoemaker-Beugeling, A.<sup>1</sup>, Elburg, A. van<sup>2</sup>, Willemsen, E.<sup>3</sup>, Furth, E. van<sup>4</sup>, Busschbach, J. van<sup>5</sup>, Danner, U.<sup>2</sup>, Dingemans, A.<sup>4</sup>, Goorden, M.<sup>6</sup>, Hakkaart – van Roijen, L.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>TOPGGz, Amersfoort, Nederland

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

<sup>3</sup>Parnassia Bavo Groep, Den Haag, Nederland

<sup>4</sup>Centrum Eetstoornissen Ursula, Leiden, Nederland

<sup>5</sup>de Viersprong, Halsteren, Nederland

<sup>6</sup>iMTA, Rotterdam, Nederland

#### INHOUD

Het maken van goede inhoudelijke en kosteneffectieve keuzes bij behandelbeleid wordt in tijden van krapte steeds crucialer: welke behandeling bieden we wel aan, welke niet of in een gewijzigde variant? En op basis van welke onderzoeksdata en argumenten?

#### VORM

Er wordt een presentatie gegeven over kosteneffectiviteitsonderzoek in de specialistische en topklinische ggz, geïllustreerd aan de hand van voorbeelden over Eetstoornissen en Persoonlijkheidsstoornissen. In het tweede deel van de bijeenkomst worden stellingen gepresenteerd waarover gediscussieerd zal worden met de deelnemers. De discussie wordt aangezwengeld door de volgende personen vanuit de verschillende perspectieven, namelijk de patiënt (Prof. dr. Annemarie van Elburg), de behandelaar (Drs. Ellen Willemsen en Prof. dr. Eric van Furth), de bestuurder (Prof. dr. Roel Verheul), de zorgverzekeraar (J. van der Rijst, ZN) en de wetenschapper (prof. Jan van Busschbach).

#### LEERDOELEN

##### Stellingen

1. Kosteneffectiviteitsonderzoek helpt bij het maken van keuzes voor behandelbeleid
2. Kosteneffectiviteitsonderzoek in de topklinische ggz helpt bij het borgen van inkoop door de zorgverzekeraars
3. Kosteneffectiviteitsonderzoek helpt bij het transparant houden van behandel aanbod en onderbouwing van keuzes in de zorg
4. Kosteneffectiviteitsonderzoek is positief voor patiënten omdat het de kwaliteit van zorg en efficiëntie zal verbeteren
5. Zorgverzekeraars maken nog te weinig gebruik van kosteneffectiviteitsonderzoek
6. Weerstand tegen kosteneffectiviteitsonderzoek van behandelaars en patiënten ontstaat door gebrek aan kennis hierover
7. Om goed kosteneffectiviteitsonderzoek doen is de input van experts noodzakelijk
8. Kosteneffectiviteitsonderzoek is juist in de topklinische ggz van belang omdat deze patiënten hoge kosten genereren

## LITERATUURVERWIJZING

Dingemans, A., Bouwmans, C., van de Feltz-Cornelis, C.M., van Furth, E., van Busschbach, J., Hakkaart-van Roijen, L.: Development of an Empirically based Checklist for Selecting Patients with Severe Mental Disorders. - abstract congress ICMPE September 2014

Goorden, M., Willemsen, E.M.C., Busschbach, J., Noom, M.J., Bouwmans, C., Hakkaart, L.(NL): Selecting Patients with Severe Personality Disorders Using Concept Mapping - abstract congress ISPOR November 2014.

Goorden M., Muntingh A., van Marwijk H., Spinhoven P., Adèr H., van Balkom A., van der Feltz-Cornelis C., Hakkaart-van Roijen L. Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2014 Jul;77(1):57-63.. Epub 2014 Apr 26.



## D7

### “Generalistische Basis GGZ op maat?”

Groen, H.<sup>1</sup>, Reekum, A. van<sup>2</sup>, Kooiman, K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>tCentrum, Twello, Nederland

<sup>2</sup>Breburg, Breda, Nederland

<sup>3</sup>Riagg Rijnmond, Rotterdam, Nederland

h.groen@hetnet.nl

#### INHOUD

Op 31 december 2013 werkten we nog in de GGZ (geestelijke gezondheidszorg), met de SGZ, (somatische gezondheidszorg) gaven we inhoud aan de Nederlandse gezondheidszorg. Nadat we elkaar een gezond en vrolijk 2014 hadden toegewenst werkten sommigen van ons in de GB GGZ (Generalistische Basis) GGZ en anderen in de S GGZ (Specialistische) GGZ en nog anderen in beide. Wat was het motief voor deze stelselwijziging en wat betekent het voor de psychiater, die vindt dat psychotherapie een onlosmakelijk onderdeel van het vak is?

Na een inleiding over het rapport van HHM: “generalistische basisGGZ, verwijsmodel en productbeschrijvingen”, volgt een korte schets over getallen, voor 31-12 '13 en na die datum.

Wat is er bekend over de inhoudelijke kaders van de GB GGZ. Hoe is de relatie SGGZ en GB GGZ: wat kan er, wat mag er. Is er overwogen een SB GGZ (Specialistische Basis GGZ) in te richten of staat de GB GGZ Chronisch daar voor.

De huisarts staat centraal, moet een diagnose stellen maar: moeten we klakkeloos volgen of is er een eigen verantwoordelijkheid van de ontvangende psychiater/hoofdbehandelaar.

We gaan met elkaar in gesprek, discussie, over de ervaringen tot nu toe. We zoeken we naar oplossingen, mogelijkheden om de psychotherapie ook binnen de GB GGZ een plaats te geven. Kan dat echt of is het onmogelijk? Wat is daarin de plaats van de huisarts en van de POH-er, hoe gaat het met de ELP (Eerstelijns psycholoog)?

En natuurlijk vragen we ons af of “zoete Gerritje” het allemaal nog kan betalen.

#### VORM

Dit gesprek/de discussie wordt gevoerd aan de hand van een aantal stellingen en casuïstiek die op basis van het HHM zorgvraagzwaartemodel zijn geformuleerd.

#### LEERDOELEN

Kennis verwerven over de gevolgen van de GBGGZ, de relatie met de SGGZ en de relatie met de huisarts. Zicht krijgen op knelpunten en op oplossingen.

#### LITERATUURVERWIJZING

“Generalistische basisGGZ, verwijsmodel en productbeschrijvingen” (HHM, 2013)

**Universitaire psychiatrie: TopGGZ of gewone TopGGZ; Gespecialiseerde GGZ of hooggespecialiseerde GGZ; 3<sup>e</sup> lijns- of 4<sup>e</sup> lijnsGGZ? Wat is de weerwaarde voor "psychiatrie op maat" en wat koopt de zorgverzekeraar van onze patiënten daar voor?**

Hoogendijk, W.<sup>1</sup>, Beekman, A.<sup>2,3</sup>, Sommer, I.<sup>4</sup>, Os, J. van<sup>5</sup>, Scheepers, F.<sup>4</sup>, Mogendorff, E.<sup>6</sup>, Rijst, J. van der<sup>7</sup>, Geel, J.<sup>8</sup>, Gill, P.<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, Rotterdam, Nederland

<sup>2</sup>GGZ inGeest, Amsterdam, Nederland

<sup>3</sup>VUmc, Amsterdam, Nederland

<sup>4</sup>UMC Utrecht, Utrecht, Nederland

<sup>5</sup>UMC Maastricht, Maastricht, Nederland

<sup>6</sup>Stichting TOPklinische GGZ, Amersfoort, Nederland

<sup>7</sup>Zorgverzekeraars Nederland, Utrecht, Nederland

<sup>8</sup>GGZ Nederland, Amersfoort, Nederland

<sup>9</sup>Ministerie van VWS, Den Haag, Nederland

w.hoogendijk@erasmusmc.nl

**INHOUD**

Universitaire psychiatrie bestaat sinds de aanstelling van prof. C. Winkler als hoogleraar Psychiatrie en Neurologie in 1893. Hij zette zich met succes in voor de (neurowetenschappelijke) ontrafeling van psychiatrische aandoeningen, de patiëntenzorg en de kennisoverdracht hierover aan medisch studenten (1). Sindsdien hebben de afdelingen Psychiatrie van de acht UMC's een belangrijke rol gespeeld binnen de vijf publieke taken: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderwijs, opleiding van professionals in de zorg, wetenschappelijk onderzoek en valorisatie. De wetenschappelijke prestaties van de afdelingen psychiatrie binnen de Nederlandse UMC's behoren tot de wereldtop, een derde deel van alle wetenschappelijke publicaties in Nederland komt uit de UMC's en gezamenlijk werven de UMC's per jaar een half miljard aan (Internationale) onderzoeksubsidies ten behoeve van de patiënt van morgen. De geleverde zorg is hoogspecialistisch, hoogcomplex en vaak gecombineerd met technologie en kunde van andere medische specialismen. De kosten per patiënt zijn daardoor in UMC's relatief hoog, maar het totale patiëntenzorgbudget voor deze groep patiënten maakt slechts 1% uit van de totale GGZ kosten. De laatste jaren zijn ook buiten de UMC's initiatieven ontstaan om de hooggespecialiseerde GGZ zorg verder te organiseren, zoals de stichting Topklinische GGZ. Daarnaast wordt het bijbehorende wetenschappelijk onderzoek georganiseerd in eigen Academies, zoals de Parnassia academie. Deze ontwikkeling is te begrijpen vanuit de omvang van de GGZ zorg buiten de UMC's en de goede samenwerkingsmogelijkheden met de UMC's. De vraag ontstaat nu welke samenwerkingsvorm de beste "psychiatrie op maat" levert voor de patiënt van nu en voor de patiënt van morgen? Recent heeft de Gezondheidsraad een rapport over dit onderwerp uitgebracht, dat verdere discussie wettigt. Met deze bijeenkomst hopen wij daar een bijdrage aan te leveren.

**VORM**

Presentaties van vertegenwoordigers uit de UMC's, Topklinische GGZ, de gespecialiseerde GGZ, het ministerie van VWS, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Na een korte inleiding zal de spreker enkele stellingen poneren, waarover gediscussieerd zal worden met de deelnemers.

Voorbeelden van stellingen zijn:

- De discussie zal achterhaald worden door een gang van de volwassenen GGZ naar de gemeente.
- Activiteiten van academies van Topklinische GGZ instellingen zijn complementair aan de wetenschappelijke taken van de universitaire psychiatrie.
- Zorgverzekeraars zouden een hoger tarief kunnen toekennen aan een klein volume hooggespecialiseerde, hoog complexe of somatiek-gerelateerde GGZzorg, die wat kostbaarder is dan de reguliere gespecialiseerde GGZzorg.

- De regeldruk in de GGZ moet omlaag, vooral in de universitaire afdelingen Psychiatrie, waar de beschikbare staf vele malen kleiner is dan in andere GGZ instellingen.
- Na visitaties door NIAZ, Arbo, intern, opleiding, beroepsvereniging, inspectie en brandweer, ziet de universitaire psychiatrie uit naar een visitatie door de stichting Topklinische GGZ.

#### LEERDOELEN

- De deelnemer wordt aan het denken gezet over de meerwaarde van de universitaire zorg voor "psychiatrie op maat".
- De deelnemer maakt kennis met verschillende modellen van samenwerking tussen de verschillende vormen van (hoog)specialistische GGZ.

#### LITERATUURVERWIJZING

- Hans de Waardt, *Mending minds: a cultural history of Dutch academic psychiatry*, Rotterdam, Erasmus Publishing, 2005, pp. 312
- Chiong Meza, C., J. van Steen & J. de Jonge. (2014). *De Nederlandse universitair medische centra. Feiten en Cijfers 12*. Den Haag: Rathenau Instituut, 32 p.
- Gezondheidsraad. *Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/14.

## D9

### **Psychotherapie en psychiaters: hoe worden en psychiaters ze bekwaam?**

Kamphuis, F.<sup>1</sup>, Rohlof, H.<sup>2</sup>, Ottenheim, N. Rius<sup>2</sup>, Malgaz, M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>De Viersprong, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Centrum '45, Oegstgeest, Nederland

<sup>3</sup>UMC Utrecht, Utrecht, Nederland

femke.kamphuis@devierspong.nl

#### INHOUD

In pogingen zorgkosten te drukken staat het uitoefenen van psychotherapie door psychiaters onder druk. Dit is niet alleen in het kader van een langer lopende ontwikkeling dat de psychiater meer behandeltaken uitbesteedt, maar heeft ook met andere zaken te maken. Zo hebben psychiaters tijdens hun opleiding soms te weinig vaardigheden ontwikkeld in de psychotherapie. Of zij hebben er na enige tijd te weinig feeling meer mee. Zowel van binnen als buiten de beroepsgroep zijn twijfels over of het geeigend is dat een psychiater nog psychotherapie uitoefent. Toch zijn er ook velen die dit zien als integraal onderdeel van het vak. Maar als dit dan zo is, hoe zorgen we dan dat psychiaters voldoende ervaren blijven met het uitoefenen van psychotherapie en deze ervaring ook over kunnen brengen op psychiaters in opleiding?

#### VORM

Aan de hand van stellingen wordt gediscussieerd over het bovenstaand onderwerp.

#### LEERDOELEN

Na afloop zijn aios en psychiaters op de hoogte van ontwikkelingen rondom het leren uitoefenen van psychotherapie door psychiaters

Na afloop zijn psychiaters op de hoogte van ideeën over hoe psychiaters zich zouden moeten blijven bekwaamen in psychotherapeutische vaardigheden

Na afloop zijn deelnemers op de hoogte van ontwikkelingen die nodig zijn om aan externe partijen zoals zorgverzekeraars en beleidsmakers aan te tonen dat psychotherapie een integraal onderdeel is van het vakmanschap van de psychiater.

#### LITERATUURVERWIJZING

Visiedocument Psychotherapie van de afdeling psychotherapie, 2010.

## D10

### **De psychiater als generalist in een tijd van (super-)specialisatie.**

Horwitz, E.<sup>1</sup>, Gol, J.<sup>1</sup>, Lammeren, A. van<sup>1</sup>, Paasen, P. van<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Groningen, Nederland

e.horwitz@umcg.nl

#### INHOUD

De laatste jaren is er een versnelling te zien in de al langer bestaande tendens tot specialisatie in de psychiatrische praktijkvoering. De ontwikkeling van aan diagnostische categorieën gekoppelde zorgprogramma's en TOP GGZ afdelingen leidt tot een toename van het aantal psychiaters dat zich vrijwel uitsluitend bezighoudt met de zorg voor een stoornisspecifieke doelgroep. De invoering van triage instrumentarium dat pretendeert patiënten snel toe te kunnen leiden naar het juiste programma sluit hierbij aan. Dit heeft een risico in zich van een fragmentatie van de zorg, met veel doorverwijzingen en vragen om consultatie (ten Doesschate 2002). De vraag is of een versterking van de positie van de generalistisch werkende "algemeen psychiater" dit kan voorkomen.

In deze discussiegroep wordt de context beschreven van de toenemende specialisatie in de GGZ. De beschikbare evidentie voor kwaliteitsverbetering door specialisatie ("volumenormen") wordt besproken. Vervolgens wordt ingezoomd op de groep patiënten die wordt aangemeld met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Deze groep is zeer heterogeen qua onderliggende psychopathologie en is bij uitstek een groep die zou kunnen profiteren van een generalistische invalshoek. De discussie wordt vervolgens gevoerd aan de hand van de volgende stellingen:

#### VORM

Na de inleiding discussie aan de hand van stellingen.

#### LEERDOELEN

Aan het einde van de sessie heeft de deelnemer meer inzicht in de argumenten voor- en tegen de versterking van de generalistische functie van de psychiater in de GGZ.

#### LITERATUURVERWIJZING

ten Doesschate, R.J.A. ( 2002) Psychiater: een veelzijdig beroep of een tussenstop naar subspecialisatie? Tijdschrift voor psychiatrie 44, 193-198

## DII

### De Nieuwe Psychiatrie

Tijdink, J.<sup>1,2</sup>, Vinkers, C.<sup>3</sup>, Denys, D.<sup>4</sup>, Os, J. van<sup>5</sup>, Hoogendijk, W.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Tergooi, Hilversum, Nederland

<sup>2</sup>VUmc, Amsterdam, Nederland

<sup>3</sup>UMC, Utrecht, Nederland

<sup>4</sup>AMC, Amsterdam, Nederland

<sup>5</sup>MUMC+, Maastricht, Nederland

<sup>6</sup>ErasmusMC, Rotterdam, Nederland

joeritijdink@gmail.com

### INHOUD

De psychiatrie en de positie van de psychiater staan onder druk. Denk aan de transitie van de kinderen jeugdpsychiatrie, bezuinigingen en een toegenomen macht van de verzekeraar, de opsplitsing tussen van basis- en specialistische GGZ, marktwerking, de wet verplichte GGZ en het verschijnen van de DSM5. In deze tijdsgeest is het nodig om ons te bezinnen op de psychiatrie en hoe wij ons vak en onze positie als psychiater zien en welke wetenschappelijke ontwikkelingen ons verder gaan helpen in de behandelkamer. Daarom organiseert DeJongePsychiater een discussie waarbij we ons bezinnen op de toekomst van de psychiatrie met drie bepalende sprekers (Prof. Damiaan Denys, prof. Jim van Os en Prof. Witte Hoogendijk) en een Mystery Guest. De volgende thema's komen daarbij aan bod:

De psychiater van de toekomst

Aan welke eisen moet de psychiater van de toekomst voldoen? Hoe moet hij met alle veranderingen in de psychiatrie omgaan? En wat betekent wetenschappelijke kennis voor zijn toekomstige behandelkamer? En hoe houdt hij de regeldruk en bureaucratie op afstand?

De psychiatrie van de toekomst

Waar gaat de psychiatrie de komende jaren naartoe? En hoe willen we zelf dat de psychiatrie eruit komt te zien? Nemen we als beroepsgroep het heft in eigen handen? En hoe moeten we dat dan doen?

De psychiatrische wetenschap van de toekomst

Er komt meer en meer wetenschappelijke kennis. Maar waarom vindt deze kennis zo moeizaam zijn weg naar de behandelkamer van de psychiater? Moet een psychiater zelf wetenschappelijk actief zijn? Moet een wetenschappelijk actieve psychiater de DSM serieus nemen? En welke ontwikkelingen zullen het vakgebied en patiëntenzorg verder helpen?

### VORM

Drie gezichtsbepalende sprekers met een visie nemen de tijd en dagen u uit om mee te denken hoe we verder moeten.

Uw participatie is hierin belangrijk. De sprekers geven een schets van hoe zij denken dat de nieuwe psychiatrie vormgegeven zal moeten worden. Daarna is er voldoende ruimte voor debat. Samen nadenken over de toekomst van de psychiatrie. Doet u met ons mee?

### LEERDOELEN

- Deelnemers krijgen een toekomstvisie over hoe de psychiater zich zal moeten ontwikkelen
- Deelnemers krijgen een verfrissend zicht over hoe de psychiatrie zich zou kunnen ontwikkelen
- Deelnemers krijgen inzicht in de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen
- Deelnemers worden uitgenodigd actief bij te dragen aan de discussie

### LITERATUURVERWIJZING

<http://www.discura.nl/auteurs/prof-dr-jj-van-os/het-moet-anders>

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

## **TOPGGz in de praktijk: Checklistontwikkeling voor de identificatie van topklinische patiënten voor topklinische ggz**

Schoemaker-Beugeling, A.<sup>2</sup>, Elburg, A. van<sup>3</sup>, Willemsen, E.<sup>6</sup>, Busschbach, J. van<sup>5</sup>, Goorden, M.<sup>1</sup>, Hakkaart – van Roijen, L.<sup>1</sup>, Furth, E. van<sup>4</sup>, Danner, U.<sup>3</sup>, Dingemans, A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>iMTA, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, Nederland

<sup>2</sup>TOPGGz, Amersfoort, Nederland

<sup>3</sup>Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist, Nederland

<sup>4</sup>Centrum Eetstoornissen Ursula, Leiden, Nederland

<sup>5</sup>de Viersprong, Halsteren, Nederland

<sup>6</sup>Parnassia Bavo Groep, Den Haag, Nederland

### INHOUD

Vaak komen patiënten met een topklinische c.q. hoogspecialistische zorgvraag niet tijdig in het juiste topklinische behandeltraject. Er wordt een plan van aanpak gepresenteerd van en gediscussieerd over de ontwikkeling van checklists voor aanbieden van passende, doelmatige behandeling. Inzichten van onderzoek en ontwikkeling en tests in de praktijk worden gedeeld en er wordt een handreiking gepresenteerd voor gebruik van de checklists

### VORM

Er wordt een presentatie gegeven over de ontwikkeling van een checklist, geïllustreerd aan de hand van voorbeelden over Eetstoornissen en Persoonlijkheidsstoornissen. In het tweede deel van de bijeenkomst worden stellingen gepresenteerd en bediscussieerd met de deelnemers. De discussie wordt aangezwengeld door de volgende personen vanuit de verschillende perspectieven, namelijk de patiënt (Prof. dr. Annemarie van Elburg), de behandelaar (Drs. Ellen Willemsen en Prof. dr. Eric van Furth), de bestuurder (Prof. dr. Roel Verheul), de zorgverzekeraar (J. van der Rijst, ZN) en de wetenschapper (prof. Jan van Busschbach).

### LEERDOELEN

De stellingen:

1. De checklist zal bijdragen aan meer effectieve zorg.
2. De checklist zal bijdragen aan meer doelmatige zorg.
3. De patiënten zullen eerder effectieve zorg ontvangen
4. Behandelaars winnen tijd door het inzetten van de checklist
5. De checklist zou bij de eerste intake moeten worden afgenomen
6. Er is geen verschil tussen diagnosegroepen qua behoefte aan een checklist
7. Zorgverzekeraars zullen de checklist als een instrument zien om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren
8. In de wetenschap wordt te weinig aandacht besteed aan de grote groep patiënten die langdurig ineffektieve zorg ontvangt

### LITERATUURVERWIJZING

Dingemans, A., Bouwmans, C., van de Feltz-Cornelis, C.M., Van Furth, E., van Busschbach, J., Hakkaart-van Roijen, L.: Development of an Empirically based Checklist for Selecting Patients with Severe Mental Disorders. - abstract congress ICMPE September 2014

Goorden, M., Willemsen, E.M.C., Busschbach, J., Noom, M.J., Bouwmans, C., Hakkaart, L.(NL): Selecting Patients with Severe Personality Disorders Using Concept Mapping - abstract congress ISPOR November 2014.

## **Een op maat opgeleide kinder- en jeugdpsychiater is transitieproof!**

Snoek, H.<sup>1</sup>, Lindhout, I.<sup>2</sup>, Hofstra, M.<sup>3</sup>, Snoek, M.<sup>4</sup>, Schaaf, L. van der<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karakter, Nijmegen, Nederland

<sup>2</sup>Triversum, Alkmaar, Nederland

<sup>3</sup>Sophia/Erasmus MC, Rotterdam, Nederland

<sup>4</sup>Gemeente Haarlem, Haarlem, Nederland

h.snoek@karakter.com

### **INHOUD**

De overheveling van de jeugdzorg (inclusief de jeugdGGZ) uit de zorgverzekeringswet naar de gemeente heeft onder meer tot doel om een gecoördineerde maatwerkaanpak te kunnen bieden aan kinderen en hun gezinnen (Besluit Jeugdwet, 2014). Niet alleen is van belang dat er kostenbewuster en goedkopere zorg wordt geleverd, maar ook dat de zorg meer op maat wordt geboden dan tot nu toe wordt ervaren. Dit vraagt om aanpassingen in het zorgaanbod waar onze werkwijze in moet voorzien, zoals meer consultatief en outreachend werken. Om de toekomstige specialisten beslagen ten ijs te laten komen, zal de opleiding in het aandachtsgebied hier voldoende op toegesneden moeten zijn. Hier tijdig op inspelen zal de psychiater en de geboden zorg aan kinderen en jongeren toekomstbestendig maken.

Uit de landelijke enquête onder aios van 2014 komt naar voren dat er vragen over de inhoudelijke werkzaamheden van de kinder- jeugdpsychiater na de overheveling van de jeugdGGZ naar de gemeente.

### **VORM**

Opleiders, aios en een wethouder jeugd gaan met elkaar in discussie over de verwachtingen van de (toekomstig) kinder- en jeugdpsychiaters gezien de ontwikkelingen die de overheveling naar de gemeente, alsmede en wat dit vraagt van hoe onze aios hiertoe worden opgeleid. Hiertoe zullen stellingen worden geponeerd.

### **LEERDOELEN**

Aan de hand van stellingen willen we verhelderen over welke (deel)vaardigheden de toekomstige kinder- en jeugdpsychiater moet beschikken als ook waar en hoe de opleiding op maat kan worden gemaakt om toekomstbestendige psychiaters na de overheveling naar de gemeenten af te leveren.

### **LITERATUURVERWIJZING**

Besluit Jeugdwet. VWS (2014)

Naar een toekomstbestendige psychiatrie. Beleidsplan NVvP 2014-2017



## D14

### Hoe het speelveld van zorgstelsel en zorgverzekeraar te beïnvloeden (voor dummies)

Schaik, A. van<sup>2,1</sup>, Gog, J. van<sup>1</sup>, Lahuis, B.<sup>3,1</sup>

<sup>1</sup>NVvP, Utrecht, Nederland

<sup>2</sup>GGZ inGeest, Haarlem, Nederland

<sup>3</sup>Karakter, Ede, Nederland

Au.vanSchaik@ggzingeest.nl

#### INHOUD

Om invloed te kunnen uitoefenen op de snel veranderende eisen en vragen die op de psychiater afkomen (zoals ROM, verwijsspelregels, hoofdbehandelaarschap, diagnoses die niet vergoed worden) is het essentieel te weten wie de belangrijke spelers in het veld zijn én hoe die te beïnvloeden.

Het zorgstelsel kent veel actoren die ieder een eigen rol hebben. De kern is de driehoek financier (zorgverzekeraar) - leverancier (de zorgaanbieder) - gebruiker (de patiënt). Maar wie bepaalt welke zorg wel en niet in het basispakket zit en hoe komt dat besluit tot stand? Welke ruimte heeft de zorgverzekeraar om inhoudelijke eisen te stellen aan de manier waarop de zorg wordt geleverd? Wie stelt de tarieven vast? Tot waar reikt de verantwoordelijkheid van de minister van VWS? Wie of wat zijn NZa, DBC-onderhoud en het Zorginstituut Nederland? Beleid en regelgeving dat op stelselniveau wordt vastgesteld heeft grote invloed op de manier waarop psychiaters in de praktijk hun werk doen. In deze discussiegroep wordt het speelveld in beeld gebracht aan de hand van knelpunten uit de praktijk die door deelnemers worden ingebracht.

#### VORM

- Informatief deel met toelichting (beeldend) op het zorgstelsel en de actoren
- Interactief deel met analyse van knelpunten uit de praktijk ingebracht door deelnemers

#### LEERDOELEN

- Deelnemers weten wie de belangrijkste spelers zijn in het zorgstelsel en wat hun rol is
- Deelnemers hebben inzicht in hoe beïnvloeding mogelijk binnen het stelsel.

#### LITERATUURVERWIJZING

Arjen van Rijn (2011) Het Nederlandse zorgstelsel in een notendop

## D15

### Maatwerk in de psychiatrie: waar is de ziel gebleven?

Westrhenen, R. van<sup>1</sup>, Perquin, L.<sup>2</sup>, Hoogendijk, W.<sup>1</sup>, Braam, A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, Rotterdam, Nederland

<sup>2</sup>GGZ Buitenamstel, Amsterdam, Nederland

<sup>3</sup>Altrecht, Utrecht, Nederland

r.vanwestrhenen@erasmusmc.nl

#### INHOUD

Sinds de jaren '70 is de financiering van de gezondheidszorg veranderd van een 'openeindfinanciering' in een strak gebudgetteerd systeem met duidelijke grenzen. Efficiency, evidence-based medicine, richtlijnen, protocollen, budgetten en productieafspraken zijn sleutelbegrippen geworden. Hebben deze bezuinigingen en technische ontwikkelingen geleid tot een technische vorm van geneeskunde met (te) weinig tijd voor de mentale toestand van de patiënten? Is dit niet het tegenovergestelde van maatwerk in de zorg? Door al deze ontwikkelingen komt de ziel van patiënt, arts, verpleging en organisatie amper aan bod (Leguit Medisch Contact okt 2001). Tegelijkertijd is er een groeiende aandacht voor de ziel getuige het succes van een TV programma als Kijken in de Ziel en het jaarcongres 2014 van de VvAA getiteld Ziel en Zorg. Maar waar is die ziel gebleven? Waar komt de ziel nog aan bod? Bestaat de ziel en als de ziel bestaat wat doen we er mee? Is de ziel een op zich staande entiteit, of wordt het begrip ziel in verschillende betekenissen gebruikt. We kennen allemaal de term simpele ziel, waar het om IQ gaat. Ook kennen we de term bezieling, waar het gaat om passie. Van oudsher worden organen als brein en hart genoemd als mogelijke zetels van de ziel (met hart en ziel).

#### VORM

Discussiegroep

#### LEERDOELEN

In deze discussiegroep spreken verschillende artsen vanuit hun eigen achtergrond en discipline over of de ziel bestaat, wat het begrip inhoudt en wat we ermee doen. Professor dr. Witte Hoogendijk en Professor dr. Arjan Braam zullen deelnemen aan de discussiegroep, die zal worden begonnen met wat spraakmakende fragmenten uit 'Kijken in de ziel'. Om het publiek actief te betrekken zal gebruik worden gemaakt van het 'Lagerhuis' principe.

#### LITERATUURVERWIJZING

Leguit Medisch Contact okt 2001

## **D16**

### **SAP discussie: psychiaters van de toekomst!**

Bus, B.<sup>1,4</sup>, Veth, N.<sup>4</sup>, Rietveld, L.<sup>1</sup>, Beekman, A.<sup>2,5</sup>, Snoek, H.<sup>3</sup>, Vleugel, L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Radboud UMC, Nijmegen, Nederland

<sup>2</sup>GGZ Ingeest, Amsterdam, Nederland

<sup>3</sup>Karakter, Zwolle, Nederland

<sup>4</sup>Pro Persona, Nijmegen, Nederland

<sup>5</sup>VU, Amsterdam, Nederland

boudewijn.bus@radboudumc.nl

#### **INHOUD**

Ons vak heeft altijd in de maatschappelijke belangstelling gestaan. Recente ontwikkelingen hebben laten zien dat het lang niet altijd bij belangstelling blijft, maar dat ook de uitoefening van ons vak wordt beïnvloed door externe factoren. Dit bepaalt in hoge mate de manier waarop ons vak wordt vormgegeven.

Als aios of jonge psychiater heb je heel je carrière nog voor je. Huidige ontwikkelingen hebben voor hen een grote impact. Niet voor niets krijgt het SAP regelmatig vragen over de ontwikkelingen en onze visie daarop. Sommige aios maken zich zorgen.

Zo speelt er bijvoorbeeld binnen de ouderenpsychiatrie een interessante discussie. Sommige psychiaters zijn terughoudend in het opnemen van specifieke somatische competenties in de profielschets van de ouderenpsychiater. De gerieters stellen echter al enige tijd dat zij prima in staat zijn om een depressie te behandelen. Wordt de psychiater zo niet de kaas van het brood gegeten? Hebben de ouderenpsychiaters van de toekomst nog wel een leidende rol in de behandeling van de geestesstoornissen op de oude dag?

Binnen de kinder,- en jeugdpsychiatrie maakt men zich momenteel veel zorgen om de terugloop van het aantal aanmeldingen van aios voor het aandachtsgebied. Komt dat door de transitie van de jeugdzorg? Wat betekent dat voor de KJP'ers in de toekomst?

Ook de toenemend prominente rol die zorgverzekeraars spelen baart de aios zorgen. Natuurlijk willen we geen stempelpsychiaters, maar houden we nog voldoende zeggenschap over ons vak?

Voor aios is het van groot belang in deze lastige thema's positie te kunnen bepalen om zodoende het vak adequaat vorm te kunnen geven. En, misschien wel de belangrijkste vraag, wat kunnen de psychiaters van de toekomst doen om hun vak het mooiste vak te laten blijven?

#### **VORM**

Drie psychiaters die betrokken zijn bij elk van de bovengenoemde thema's zullen achtergrond informatie geven en de dilemma's die daarbij spelen voorleggen aan het publiek. Er is ruimte voor een open discussie met het aanwezige publiek en tussen de sprekers onderling.

#### **LEERDOELEN**

- aanwezigen worden op de hoogte gebracht van enkele belangrijke actuele thema's die een rol spelen bij de (toekomst van) de uitoefening van het vak psychiatrie
- aanwezigen zullen worden geprikkeld om zelf ook positie te bepalen in de dilemma's die deze thematiek omgeven
- SAPleden zullen uit de discussie speerpunten extraheren die bepalend zijn voor het beleid van het SAP in de toekomst

## **D17**

### **Classificeren, stageren en profileren van suïcidaal gedrag.**

Beerthuis, V., Oppenheim, D.  
GGZ inGeest, Amstelveen, Nederland  
v.beerthuis@ggzingeest.nl

#### **INHOUD**

Het aantal suïcides in Nederland is de afgelopen jaren met 3-6% per jaar gestegen en de preventie moet dus beter. In de DSM-5 is suïcidaal gedrag genoemd als een van de stoornissen die nader onderzoek behoeft. Kan een dergelijke classificatie behulpzaam zijn bij de preventie van suïcides? Is het mogelijk om deze stoornis te stageren en te profileren? Kent suïcidaal gedrag een voorspelbaar beloop?

#### **VORM**

De auteurs geven een inleiding op het thema, presenteren data van de patiënten populatie van het crisisteam waarin zij beiden werkzaam zijn, vertonen ter illustratie video fragmenten van een interview met een suïcidale patiënt en presenteren een model voor de stagering en profilering van de suïcidale stoornis. Er is veel ruimte voor discussie over voor- en nadelen van classificeren en stageren van suïcidaal gedrag.

#### **LEERDOELEN**

Na afloop heeft de deelnemer meer kennis van de classificatie van suïcidaal gedrag als stoornis. De deelnemers vormen zich een mening over het nut van classificeren en stageren van suïcidaal gedrag.

#### **LITERATUURVERWIJZING**

Oquendo, M.A., Baca-Garcia, E. (2014) Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*; 13(2), 128-131.  
Heeringen, C. van (2006) Suïcidaliteit is geen stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48(7), 545-546.

## D18

### Huisarts en generalistische basis GGZ: ook geschikt voor de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis?

Visser, H. <sup>1</sup>, Geerling, B. <sup>2</sup>, Hoekstra, R. <sup>3</sup>, Meulen, W. ter <sup>1</sup>, Kupka, R. <sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>GGZ inGeest, Hoofddorp/Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Dimence, Deventer, Nederland

<sup>3</sup>Antes / Delta Psychiatrisch Centrum, Rotterdam, Nederland

<sup>4</sup>VUMC, Amsterdam, Nederland

hmvisser@kpnplanet.nl

#### INHOUD

Sinds 2014 heeft de GGZ in Nederland een nieuwe structuur. Patiënten met een bipolaire stoornis in de minder intensieve onderhoudsfase van de behandeling, zouden in aanmerking kunnen komen voor overdracht vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ of huisarts. Is het mogelijk dat ook in deze echelons het nodige maatwerk wordt geleverd?

#### VORM

Vier experts geven een presentatie vanuit verschillende invalshoeken. Na elke presentatie wordt met de deelnemers over een tot twee stellingen gediscussieerd onder leiding van de voorzitter.

#### Stellingen

1. Het nadeel van discontinuïteit van behandelaar door verwijzingen van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ en de huisarts weegt niet op tegen voordelen als wachtlijstbestrijding en kostenbesparing.
2. De poortwachtersfunctie van de huisarts bij alle verwijzingen tussen de verschillende echelons blijkt in de praktijk een groot knelpunt.
3. Lithium laten controleren door de huisarts is onverantwoord.
4. Kennisnetwerken zijn onontbeerlijk om de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis in de basis GGZ te kunnen vormgeven.
5. De verpleegkundig specialist GGZ kan de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis in de productgroep chronisch van de basis GGZ uitvoeren.
6. Het generalistisch werken in de basis GGZ laat zich niet verenigen met het specialistisch werken wat vereist is in de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis.

#### LEERDOELEN

De deelnemers zijn op de hoogte van:

- kansen en risico's van behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis in de Basis GGZ en door de huisarts.
- voorwaarden waaraan de zorg in deze echelons zou moeten voldoen om kwaliteit te waarborgen.

#### LITERATUURVERWIJZING

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. In te zien via [www.nvvp.net/publicaties/diversen](http://www.nvvp.net/publicaties/diversen).

## **Preventie van dwangopnames bij EPA-patiënten: een onmogelijke opgave?**

Jong, M. de<sup>1</sup>, Gool, A. Van<sup>1</sup>, Mulder, N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yulius Academie, Rotterdam, Nederland

<sup>2</sup>Erasmus MC, Rotterdam, Nederland

ma.dejong@yulius.nl

### **INHOUD**

Een dwangopname is een ingrijpende gebeurtenis voor de psychiatrische patiënt en zijn naasten. Het aantal dwangopnames in Nederland neemt jaarlijks toe (1). De oorzaken van de toename van het aantal dwangopnames zijn grotendeels onduidelijk. Tegelijk neemt het aantal beschikbare bedden (conform het bestuurlijk akkoord) drastisch af: uiteindelijk zal dit tot problemen leiden.

Er zijn slechts weinig interventiestudies beschikbaar, die tot doel hebben dwangopnames te voorkomen. De resultaten van een review naar de aard en de effectiviteit van de beschikbare interventies om dwangopnames te voorkomen worden gepresenteerd. Verder worden de resultaten gepresenteerd van een kwalitatief dossieronderzoek onder FACT-patiënten die een dwangopname hebben meegemaakt.

Stellingen / vragen:

1. Het aantal dwangopnames in de case load van een goed lopend FACT-team kan onmogelijk verder teruggebracht worden
2. Wat zijn uw ervaringen in uw eigen klinische praktijk en eventueel in het buitenland? Is geschetste beeld herkenbaar?
3. Het gebrek aan evidence based interventies om dwangopnames te voorkomen vraagt om creativiteit, pragmatisme en onorthodoxe methodes, op maat gesneden voor de individuele patiënt.

### **VORM**

Na een algemene inleiding door Niels Mulder volgen presentaties over de review en het dossieronderzoek door Mark de Jong en Arthur Van Gool. De presentaties worden afgewisseld met discussie over de stellingen.

### **LEERDOELEN**

De deelnemer leert welke evidence based interventies er zijn om dwangopnames bij EPA-patiënten te voorkomen en wordt zich bewust van de weerbarstige praktijk rond het voorkomen van dwangopnames.

### **LITERATUURVERWIJZING**

1. K. Schoevaerts, R. Bruffaerts, C.L. Mulder, J. Vandenberghe. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. Ned Tijdschr Psychiatrie 2013;55:45-55.

## **Preventie op maat: staging and profiling in de zorg aan kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis (KOPP)**

Lindhout, I.<sup>1</sup>, Drost, S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Triversum, Haarlem, Nederland

<sup>2</sup>Bosman GGZ, Medemblik, Nederland

ilindhout@triversum.nl

### **INHOUD**

Kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis (KOPP) hebben een 2 tot 3 maal hogere kans op psychopathologie dan kinderen in controlegroepen. Een dusdanig hoge kans dat men zou kunnen redeneren dat KOPP kinderen volgens het principe van “staging and profiling” in stadium I, een voorstadium voor psychopathologie zouden kunnen worden geplaatst.

De groep KOPP kinderen is groot; 577.000 kinderen -17% van de kinderen in Nederland. Slechts een klein deel van deze kinderen ontvangt (preventieve) zorg. Dit terwijl de beschikbare interventies effectief zijn. De vraag is hoe we ouders, hulpverleners en gemeentes kunnen motiveren om de beschikbaarheid van de hulp aan deze kwetsbare kinderen te verbeteren om te voorkomen dat ze de patiënten van de toekomst worden.

In deze tijd van bezuinigingen en een maatschappelijke roep om demedicalisering, is het echter niet te verwachten dat een pleidooi voor het (preventief) behandelen van een dergelijk grote groep kinderen positief ontvangen zal worden. Is er binnen de groep KOPP kinderen een hoogrisicogroep te onderscheiden waarbij het risico op psychopathologie zo hoog is dat intervensies noodzakelijk is en maatschappelijk gerechtvaardigd kan worden?

### **VORM**

Na een beknopt overzicht van de beschikbare kennis over KOPP problematiek wordt een voorstel gepresenteerd waarin onderscheid in risicoprofielen wordt gemaakt. Hierover zal aan de hand van stellingen gediscussieerd worden, als ook over de mogelijkheden van preventie op maat, de rol van ons als hulpverlener en wat ons aanbod hierin kan zijn, zowel binnen de volwassenzorg als in de kinder- en jeugd.

### **LEERDOELEN**

Aan het einde van de discussiegroep hebben de deelnemers:

- meer kennis over de risicofactoren die een rol kunnen spelen in het risico op psychopathologie bij KOPP kinderen
- inzicht in bestaande preventieve interventies
- bewustzijn van een manier om “staging and profiling” toe te passen op de KOPP doelgroep waardoor interventies op maat geboden kunnen worden.

## LITERATUURVERWIJZING

Appleyard, K., Byron, E., Van Dulmen, M.H.M., Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology & psychiatry*, 46, 235-245

Kimberlie Dean, MRCPsych, MSc; Hanne Stevens, MSc; Preben B. Mortensen, DrMedSc; Robin M. Murray, FRCPsych, DSc; Elizabeth Walsh, FRCPsych, MD; Carsten B. Pedersen, DrMedSc (2010). Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(8):822-829

R. de Graaf, M. ten Have, M. Tuithof, S. van Dorsselaer. NEMESIS-2. Incidentie van psychische aandoeningen. Trimbos-instituut 2013.

Romijn et al (2011). Kwetsbare kinderen: Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Trimbos-instituut.

Sherryl H. Goodman • Matthew H. Rouse, Arin M. Connell, Michelle Robbins Broth, Christine M. Hall, Devin Heyward. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* (2011) 14:1–27



## **Een nieuw visiedocument voor de kinder- en jeugdpsychiatrie: Een inspiratiebron in het veld van de jeugdhulp?**

Breuk, R.<sup>1</sup>, Huysen, C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Intermetzo, Lelystad, Nederland

<sup>2</sup>De Bascule, Amsterdam, Nederland  
r.e.breuk@planet.nl

### **INHOUD**

In 2009 werd een visiedocument Kinder- en Jeugdpsychiatrie(KJP) opgesteld door de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij de inleidende regel was: 'De kinder- en jeugd (KJ)psychiater maakt een positieve ontwikkeling door, door zich als medisch specialist te profileren'. Afgelopen jaren kregen de KJ- psychiaters te maken met een nieuwe jeugdwet, die per 1 januari 2015 ingegaan is. De vraag rijst of kinderen en jeugdigen wel voldoende recht op zorg blijven behouden, nu de KJP geen onderdeel meer is van de gezondheidszorg en de psychiatrische zorg ingekocht moet worden door de gemeentes.

De afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie heeft besloten dat het juist in deze situatie noodzakelijk was om een nieuw visiedocument te schrijven. Daarbij zou dit document meer dan het huidige zich moeten richten op de buitenwereld, waarmee het veld van de jeugdhulp, gemeentes en (ouders van) patiënten werd bedoeld. Voorafgaand aan het opstellen van het nieuwe visiedocument werd de meningen van de leden van de afdeling KJP gepeild en werden de belangrijkste stakeholders geïnterviewd over hun visie op de functie en positie van de KJP binnen de jeugdhulp.

### **VORM**

Op het voorjaarscongres zal het nieuwe visiedocument worden gepresenteerd en zullen een tweetal geïnterviewde partners (uit het jeugdzorgveld en uit de patiëntenverenigingen) gevraagd worden tijdens een discussiegroep hun mening te geven. Daarnaast is er in deze discussiegroep natuurlijk veel ruimte om met de makers van het visiedocument en met elkaar in discussie te gaan.

### **LEERDOELEN**

- (1) De deelnemers van de discussiegroep hebben kennisgenomen van het nieuwe visiedocument KJP
- (2) De deelnemers hebben kennisgenomen van de opinie van cliënten én van een belangrijke stakeholder over de positionering van de KJP binnen het veld van de jeugdhulp
- (3) De deelnemers hebben met elkaar van gedachten gewisseld over de positionering van de KJP binnen het veld van de jeugdhulp in 2015

### **LITERATUURVERWIJZING**

Visiedocument Kinder en Jeugdpsychiatrie (2009) Nederlandse Vereniging van Psychiatrie

## **E-health behandelen op maat bij persoonlijkheidsstoornissen: Waar liggen de kansen?**

Koppers, D.<sup>1</sup>, Christ, C.<sup>2</sup>, Kraaijeveld, F.<sup>3</sup>, Kool, M.<sup>1</sup>, Van, H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NPI, specialist in persoonlijkheidsstoornissen, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Stichting ARKIN, afdeling onderzoek, Amsterdam, Nederland

<sup>3</sup>IPPZ, Utrecht, Nederland

david.koppers@npsai.nl

### **INHOUD**

#### **Achtergrond**

Verschillende studies tonen aan dat e-health behandeling net zo effectief kan zijn als reguliere klachtgerichte behandelingen voor As I stoornissen (Cuijpers, e.a., 2010). Tot op heden is er echter nauwelijks aandacht voor e-health bij persoonlijkheidsstoornissen, evenmin zijn er effectiviteitsstudies bekend. Dat komt onder meer omdat de implementatie van online benaderingen in eerste instantie bij deze groep minder toepasbaar is, omdat de meeste reguliere behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen persoonsgericht zijn en niet sessie tot sessie geprotocolleerd zijn. Desaniettemin biedt e-health bij persoonlijkheidsstoornissen juist kansen. Zo zijn reguliere behandelingen intensief en relatief langerdurend. Dit deels vervangen met zelfmanagement online sessies draagt bij aan klantvriendelijkheid, zelfredzaamheid en kostenefficiëntie. In deze discussiegroep wordt ingegaan op hoe online behandelen op maat kan worden ingepast in bestaande evidence based behandelopties voor persoonlijkheidsstoornissen.

### **METHODEN**

Gezien de aard van de problematiek en de complexiteit van de therapeutische relatie wordt bij persoonlijkheidsstoornissen uitgegaan van een blended model, een mix van 'on-line' en 'face-to-face' sessies.

Aan de hand van een quasi experimentele cohort studie wordt de implementatie en uitvoerbaarheid besproken van Blended Schemagerichte Therapie en Blended Affect Fobie Therapie. Beide behandelmodules zijn geïndiceerd bij B- en C-cluster persoonlijkheidsstoornissen.

#### **Resultaten**

Blended behandelen begint met cultuur en gewoonte verandering bij behandelaren. Voor patiënten geldt dat het belangrijk is dat de verwachting en mogelijke meerwaarde van blended behandeling besproken wordt, aandacht is voor een juiste motivatie en monitoring van de gevolgen voor de therapeutische relatie. Tot slot dient de modules goed afgestemd te zijn in differentiatie tussen interventies meer geschikt voor face-to-face versus online, teneinde alle aspecten van een persoonlijkheidsstoornisbehandeling te adresseren.

#### **Conclusie**

Ook persoonlijkheidsstoornissen zijn in een blended care vorm op maat te behandelen. Bij het implementeren is het van belang rekening te houden met een aantal karakteristieke aspecten van persoonlijkheidsstoornissen en het traject te vergezellen met een implementatie onderzoek.

### **VORM**

Presentaties met vignettes uit blended modules en aandachtspunten naar voren gekomen uit de implementatie studie.

Discussie over toepasbaarheid, wenselijkheid en invloed op de therapeutische relatie bij blended behandelen van persoonlijkheidsstoornissen.

## LEERDOELEN

- Kennis nemen van mogelijkheden en pit falls bij blended behandelen van patienten met persoonlijkheidsstoornissen
- Kennis nemen van wijze waarop blended behandelen voor persoonlijkheidsstoornissen kan worden geïmplementeerd en van de gevolgen voor het behandelproces

## LITERATUURVERWIJZING

- Cuijpers, J., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, p. 1943-1957

## D23

### Sociale media en professionaliteit

Ottenheim, N. Rius<sup>1</sup>, Reekum, A. van<sup>2</sup>, Bos, A. van den<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centrum 45, Oegstgeest, Nederland

<sup>2</sup>GGZ Breburg, Rijen, Nederland

<sup>3</sup>Rivierduinen, Leiden, Nederland

#### INHOUD

Sociale media hebben niet alleen de samenleving, maar ook de zorg ingrijpend veranderd. Veel zorgverleners hebben een Facebook-pagina of schrijven een blog. Deze middelen kunnen gebruikt worden om voorlichting te geven over bepaalde ziektebeelden en stigmatisering van de psychiatrische zorg te bestrijden. De populariteit en ontwikkeling van sociale media biedt daarnaast een kans om op een andere manier de patiënten te communiceren, bijvoorbeeld door vragen over bijwerkingen in een open forum te beantwoorden. Sociale media kunnen tegelijkertijd de professionaliteit van de therapeut in het geding brengen. In aanvulling op de richtlijn van de KNMG, geeft deze discussiegroep antwoord op ethische en morele dilemma's. Hoe behoud je als psychiater/psychotherapeut je professionele grenzen? Wat te doen als een patiënt een "vriendschapsverzoek" stuurt via Facebook? Is het ethisch om voor een kennismakingsgesprek je patiënt te googelen? Wat voor invloed heeft het op de (tegen)overdracht? Het doel van deze discussiegroep is onprofessioneel gedrag in sociale media herkennen en voorkomen aan de hand van voorbeelden.

#### VORM

Discussiegroep

#### LEERDOELEN

- Voor- en nadelen van de elektronische therapeutische communicatie schetsen.
- Herkenning van de juridische en ethische implicaties van contacten therapeut-patiënt via de sociale media.
- Kennis nemen van de richtlijnen voor professionaliteit in sociale media.
- Overdracht en tegenoverdracht via de sociale media signaleren.
- Voorbeelden van online informatie die de e-reputatie kunnen schaden.

#### LITERATUURVERWIJZING

- Richtlijn online arts-patiënt contact (2007) met aanvulling Handreiking Artsen en Social Media (2011)
- Health 2.0 voor psychiaters. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)10, 751-756.
- Frankish, K., C. Ryan, and A. Harris, *Psychiatry and online social media: Potential, pitfalls and ethical guidelines for psychiatrists and trainees*. *Australas Psychiatry* June 2012 20: 181-187.
- Online Medical Professionalism: Patient and Public Relationships: Policy Statement From the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med*. 2013;158:620-627.

## Farmacotherapie op maat bij depressie

Spijker, J.<sup>1</sup>, Schene, A.<sup>2</sup>, Peeters, F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pro Persona, Nijmegen, Nederland

<sup>2</sup>Radboudumc Psychiatrie, Nijmegen, Nederland

<sup>3</sup>Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht, Nederland

j.spijker@propersona.nl

### INHOUD

De multidisciplinaire richtlijn Depressie geeft aanwijzingen over welke antidepressiva in welke volgorde gekozen kunnen worden in de behandeling van een depressieve patient. Er zijn echter nauwelijks aanwijzingen over de frequentie, duur en inhoud van de medicatiecontacten uitgevoerd door de psychiater.

In zorgpaden voor specialistische GGZ zorg voor depressie is het echter wel belangrijk om tijdsbesteding van de psychiater in de behandeling te beschrijven. Hierbij moet rekening worden met doel en aard van de farmacotherapeutische behandeling en met de stadierings en profilingskenmerken van de depressie.

Er zal een voorstel gepresenteerd worden over frequentie, duur en inhoud van farmacotherapie contacten door de psychiater gepresenteerd op basis van literatuur en kwalitatief onderzoek.

### VORM

Er wordt een inleidende presentatie gehouden gevolgd door discussie

### LEERDOELEN

1. het uitwisselen van ervaringen door moderatie van drie experts op het gebied van depressiebehandeling
2. bewustwording van de eigen werkwijze bij farmacotherapie bij depressie en te komen tot een gedeelde opvatting over frequentie, duur en inhoud van de farmacotherapie contacten door de psychiater

### LITERATUURVERWIJZING

Multidisciplinaire richtlijn Depressie

## **Dilemma's in de zorg op maat aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag**

Lindhout, I.<sup>1</sup>, Hulscher-Weenink, F.<sup>1</sup>, Dijk, R. van<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Triversum, Alkmaar, Nederland

ilindhout@triversum.nl

### **INHOUD**

De WGBO stelt dat (beide) gezagdragend ouders toestemming dienen te geven voor diagnostiek, behandeling en opname van hun kind, naast instemming van de jongere van 12 jaar en ouder. Voor een klinische opname is dit ook vereist als een jongere 16 of 17 jaar is.

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

Er is jurisprudentie ten aanzien van de inspanningen waartoe je als hulpverlener verplicht bent om de toestemming te vergaren. Dilemma's waarmee je als hulpverlener wordt geconfronteerd zijn: hoe ver moet je hierin gaan? In hoeverre bemoeilijken de kwetsbaarheid bij de primair verzorgende ouder het voldoen aan deze inspanningsverplichting? Wat gaat dat in de samenwerking met andere jeugdzorg aanbieders betekenen die niet onder de WGBO maar de jeugdwet vallen? Hoe lever je in die situaties zorg op maat?

### **VORM**

Aan de hand van stellingen en casuïstiek zal gediscussieerd worden over de juridische kaders, niet alleen van de WGBO maar ook van de wet op de jeugdzorg, en hoe daarbinnen de zorg op maat te leveren is.

### **LEERDOELEN**

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

### **LITERATUURVERWIJZING**

KNMG-Wegwijzer dubbele toestemming gezagdragende ouders voor behandeling van minderjarige kinderen.

Hendriks (2011) Komt een kind bij de dokter. Moet de dokter naar de rechter? NI Juristenblad 27, 1178-1179

## D26

### **Financiering van de ziekenhuispsychiatrie 2.0; Maatpak of confectie? ('dan graag tekenen bij het kruisje')**

Sierink, D. <sup>1</sup>, Schubart, C. <sup>1</sup>, Verwey, B. <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tergooi Ziekenhuis, Blaricum, Nederland

<sup>2</sup>Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem, Nederland

hsierink@tergooi.nl

#### INHOUD

In het afgelopen jaar is de insteek van zorgverzekeraars bij de financiering van de ziekenhuispsychiatrie weer ingrijpend veranderd. Van 6 verschillende onderhandelingstafels in 2013 werden in 2014 gesprekken afgehouden en dreigden onderhandelingen tot een 'take it or leave it' en tekenen bij het kruisje. Hoe blijf je de wijzigingen voor en hoe hou je je afdeling financieel gezond in een algemeen ziekenhuis waar het krachtenveld gaat veranderen met het medisch specialistisch bedrijf in 2015.

PAAZen en PUKen ontwikkelen een steeds breder aanbod voor patienten met psychiatrische en somatische comorbiditeit. Maar de financiering van MPU, comorbiditeitspoli en PCD wil per ziekenhuis nog weleens verschillen. In deze discussiegroep zullen wij ter inleiding de financieringsregels van MPU, poli en PCD doornemen. De werkwijze en verschillen van inzicht met de verzekeraars komen aan bod. Daarna willen we in discussie met de zaal ingaan op ieders lokale oplossingen. Landelijke problemen die worden gesignaleerd zullen aan het bestuur van de ACZP en NVvP worden doorgespeeld.

#### VORM

Discussiegroep met inleiding

#### LEERDOELEN

-De kennis van financieringsregels in de ziekenhuispsychiatrie te vergroten

-Kennis te nemen van lokale best practices in financiering

-Kennis te vergroten over de werkwijze van verzekeraars bij de zorginkoop

#### LITERATUURVERWIJZING

Geen

## D27

### **Gehoor geven aan de, in een schriftelijke wilsverklaring vastgelegde, wens van een patiënt niet te behandelen of te stoppen met behandelen, is psychiatrische zorg op maat**

Jong, P. de<sup>1</sup>, Dalen, L. van<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NVVE, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup>Stichting Geriant, Heerhugowaard, Nederland

P.dejong@nvve.nl

#### INHOUD

Artikel 2, lid 2 van de euthanasie wet, voluit de wet *Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, zegt dat een arts gehoor mag geven aan de schriftelijke wilsverklaring van een patiënt wanneer deze niet langer in staat is zijn/haar wens mondeling te uiten. Hierin geeft de patiënt aan wanneer hij/zij vindt dat er sprake is of zal zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Een behandelverbod is een schriftelijke (wils)verklaring waarin een patiënt zijn/haar naasten en behandelend arts een behandelgrens aangeeft. Het behandelverbod is overigens wettelijk verankerd in de WGBO.

Wat betekent maatwerk op basis van dit wetsartikel en op grond van de het behandelverbod in de WGBO voor een psychiatrisch patiënt? Hoe weegt de psychiater een wilsverklaring wanneer een patiënt naast een diagnose kanker of Alzheimer ook lijdt aan een goed te behandelen psychiatrische aandoening? Is een patiënt met (bijvoorbeeld) een psychotische depressie wel of niet wilsonbekwaam bij het opstellen van een verklaring waarin hij/zij (bijvoorbeeld) zegt niet behandeld te willen worden in geval van kanker? Of euthanasie te willen in geval van opname in een verpleeghuis vanwege het niet meer verzorgd kunnen worden door de partner?

Deze en andere vragen worden in deze discussiegroep opgeworpen en liefst samen met de deelnemers verkend. Daarnaast gaan we wat dieper in op een specifieke vorm van maatwerk, namelijk de wilsverklaring bij patiënten met dementie.

#### VORM

In deze discussiegroep zal gespreksleider Petra de Jong het thema schetsen, waarna één of meerdere professionals de genoemde invalshoeken op basis van voorbeelden uit hun eigen praktijk verder zullen uitdiepen en stellingen zullen poneren.

#### **Leny van Dalen, psychiater en gezinstherapeut**

Zij gaat dieper in op de rol van een wilsverklaring bij patiënten die lijden aan dementie. Vanuit de begrippen wilsbekwaamheid en ondraaglijkheid van het lijden zal zij:

- bespreken welke eisen je kan en mag stellen aan de communicatiemogelijkheden met een patiënt die aan dementie lijdt.
- aan de hand van praktijkvoorbeelden ingaan op het thema ondraaglijkheid van lijden bij dementie.

#### LEERDOELEN

- Verdieping in de waarde van een wilsverklaring voor een psychiatrisch patiënt (wanneer beschouwt de psychiater de mens achter die verklaring als wilsbekwaam)?
- Inzicht in de waarde van het begrip 'zinnvolle communicatie' bij dementiepatiënten.
- Inzicht in de mate van lijden van dementiepatiënten en hun directe omgeving.



## LITERATUURVERWIJZING

1. Boer, M.E. de (2011). Advance directives in dementia care — Perspectives of people with Alzheimer's disease, elderly care physicians and relatives. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit. Online beschikbaar via [dare.uvu.nl/handle/1871/31607](http://dare.uvu.nl/handle/1871/31607).
2. Hartogh, G. den (2012). Vroeg euthanasieverzoek blijft geldig. NRC Handelsblad, bijlage Opinie & Debat, 18 & 19 februari, p. 7.
3. Keizer, B., Kimsma, G., & Chabot, B. (2012). Geen euthanasie bij een demente die zich bedenkt. NRC Handelsblad, bijlage Opinie & Debat, 10 februari, p. 18.
4. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (2003). Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003. Utrecht: KNMG-uitgave, versie 3.0. Online beschikbaar via [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl).
5. Meuwese, J. (2012). Een demente mag dood als hij dat eerder goedkeurde. NRC Handelsblad, 10 februari, p. 19.
6. Mortier, E. (2011). Gestmeld Liedboek — Moedergetijden. Amsterdam: De Bezige Bij.
7. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2009). Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Utrecht: De Tijdstroom.
8. Reerink, A. (2012). De vrouw die niet meer wist dat ze dood wilde. NRC Handelsblad, weekendeditie, 4 & 5 februari, 24-25.
9. Regionale toetsingscommissie euthanasie (2012). Oordelen, 60-69 jaar. Online beschikbaar via [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).
10. Rozemond, K. (2012). Demente bedenkt zich? Dan is het moord. NRC Handelsblad, bijlage Opinie & Debat, 10 februari, p. 19.
11. Touwen, D. (2012). Nieuwe demente is de oude niet. NRC Handelsblad, bijlage Opinie & Debat, 18 & 19 februari, p. 7.
12. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) (2002). Online beschikbaar via [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl).
13. van Dalen, L. (2012). Euthanasie, wat gaat dat de familie eigenlijk aan? Systeemtherapie Jaargang 24 Nummer 2 Juni 2012, p. 89 - 96.
14. [overheid.nl](http://overheid.nl)

**D28**

## **De plaats van de zelfstandig gevestigd psychiater (ZGP) in het licht van het huidige contracteerbeleid van de verzekeraars.**

Post, P., Hoek, M.

Afdeling ZGP, Utrecht, Nederland

contact@psychiaterpost.nl

### **INHOUD**

Door het huidige contracteerbeleid van de verzekeraars voelen ZGP zich in het defensief gedrongen en raken logischerwijs gericht op hun eigen bedreigde belangen. Toegenomen technologische mogelijkheden geven verzekeraars steeds meer instrumenten om druk en controle uit te oefenen. Een ten opzichte van de verzekeraars minder sterk ontwikkeld onderlinge groepscohesie bij ZGP en onbekendheid met het maatschappelijk machtsspel maakt dat verzekeraars een sterke positie lijken te hebben. Om een geloofwaardige bijdrage te kunnen leveren aan de discussie over het contracteerbeleid moet de ZGP de belangen van patiënten, verzekeraars en anderen blijven zien. Dat is in het licht van de huidige veranderingen niet altijd makkelijk. Een discussie over de rol van de ZGP in de behandeling van patiënten in het licht van de huidige ontwikkelingen kan een bijdrage leveren in het versterken van de eigen identiteit.

### **VORM**

Korte inleiding, gevolgd door een discussie.

### **LEERDOELEN**

Zoeken naar woorden om de rol van de psychiater bij de behandeling van patiënten in het huidige speelveld opnieuw te beschrijven.

Poging tot ontwikkelen van wensen en normen voor de eigen beroepsgroep rond contracteren.

### **LITERATUURVERWIJZING**

Profielschets en Veldnormen afdeling ZGP

## Op maat opleiden tot verslavingspsychiater.

Schellekens, A.<sup>1,2</sup>, Jong, C. de<sup>2</sup>, Luijckx, L.<sup>2</sup>, Keet, R.<sup>3</sup>, Vos, A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>radboud umc, nijmegen, Nederland

<sup>2</sup>radboud university, nijmegen, Nederland

<sup>3</sup>Ggz Noord-Holland Noord, Alkmaar, Nederland

<sup>4</sup>NVvP, Utrecht, Nederland

arnt.schellekens@gmail.com

### INHOUD

De zorg voor verslaafde patiënten en kennis over verslaving heeft zich het afgelopen decennium in snel tempo ontwikkeld. Deze professionaliseringsslag gaat gepaard met een toenemende vraag naar goed getrainde professionals. Steeds meer psychiaters vinden dan ook hun weg naar de verslavingszorg. Dit is een goede ontwikkeling. Echter, psychiaters voelen zich lang niet altijd voldoende bekwaam in de uiteenlopende competenties die dit werk vereist.

Het Radboud Centrum voor Sociale Wetenschappen, dat ook de opleiding tot verslavingsarts aanbiedt, biedt een 1-jarig leertraject verslavingspsychiatrie aan, dat in samenwerking met de beroepsgroep en de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie is ontwikkeld. Inmiddels is een pilot gestart met een groep psychiaters van GGZ Noord-Holland Noord.

In deze discussie groep worden de eerste ervaringen met het pilot curriculum gedeeld en staat de vraag centraal wat een wenselijk positionering/accreditering is van een dergelijk opleidingstraject. Is een subspecialisatie wenselijk, naar Amerikaans model, of een level of enhanced competence, naar Canadees model? Of is er helemaal geen ruimte voor verdere subspecialisering van de psychiater in de verslavingszorg?

### VORM

Na een korte uiteenzetting van de inrichting van het curriculum verslavingspsychiatrie zullen de eerste ervaringen met het pilot curriculum worden toegelicht door enkele deelnemers. Hierna volgt een aantal korte pitches waarin de argumenten voor verschillende vormen van positionering worden verdedigd. Aansluitend volgt een discussie met de zaal.

Deze discussie vormt de input voor verdere uitwerking van de positionering van het curriculum door de afdeling verslavingspsychiatrie in samenwerking met de NVvP.

### LEERDOELEN

- komen tot een visie op de positionering van een opleiding verslavingspsychiatrie
- komen tot een visie op accreditatie van een opleiding verslavingspsychiatrie
- professionaliseren van verslavingszorg en verslavingspsychiatrie

### LITERATUURVERWIJZING

Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe, A Systematic Review

Astri Parawita Ayu, Arnt Schellekens, Shelly Iskandar, Lucas Pinxten, Cor de Jong

## Onderzoek op maat; benodigheden voor praktijkgericht en instellingsoverstijgend onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Haan, A. de <sup>1</sup>, Sloot, E. van der <sup>1</sup>, Mulder, E. <sup>2,1</sup>, Spanje, A. van <sup>3</sup>, Meer, J. van der <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

<sup>2</sup>Intermetzo, Zutphen, Nederland

<sup>3</sup>Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam, Nederland

a.m.de\_haan@curium.nl

### INHOUD

In het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) worden in kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen data verzameld. Aangevuld met gegevens uit het elektronisch patiëntendossier kunnen deze data gebruikt worden voor onderzoek. Niet elke instelling registreert (zorg)gegevens echter op dezelfde manier of neemt dezelfde vragenlijsten op dezelfde momenten af. Hierdoor zijn data niet altijd vergelijkbaar en dit bemoeilijkt het uitvoeren van instellingsoverstijgend onderzoek. Dit onderzoek is nodig om behandelingen in de praktijk te kunnen verbeteren. De vraag is nu wat er moet gebeuren om praktijkgericht en instellingsoverstijgend onderzoek mogelijk te maken.

### VORM

Discussie met de deelnemers, en enkele experts als panelleden. over hoe instellingsoverstijgend onderzoek op een goede manier uitgevoerd kan worden aan de hand van de volgende vragen;

- Wat is er nodig voor gedegen instellingsoverstijgend onderzoek?
- Hoe kan bereikt worden dat met meerdere instellingen hetzelfde onderzoek uitgevoerd wordt en data hierbij op dezelfde manier verzameld worden? Zou de transitie naar de gemeenten hierop van invloed kunnen zijn?
- Wat is er nodig om klinici te betrekken en motiveren?
- Hoe kunnen wetenschap, praktijk en onderwijs met elkaar verbonden worden door middel van ROM?
- Wat is de klinische bruikbaarheid van ROM en hoe kan deze vergroot worden?
- Hoe kan een balans tussen cliëntprivacy en onderzoek gevonden worden? Een onderzoeker wil het liefst zoveel mogelijk informatie terwijl deze niet herleidbaar mag zijn naar een bepaalde cliënt.
- Stel dat er een uitgebreide onderzoeksdatabase is, waar veel instellingen in samenwerken, maar u/uw instelling nog niet. Bent u dan bereid om uw data en werkwijzen hieraan te conformeren? Wat zijn redenen om dat wel/niet te willen?

### LEERDOELEN

- De deelnemers worden aan het denken gezet over het uitvoeren van instellingsoverstijgend onderzoek en alle aandachtspunten die hierbij komen kijken.
- De deelnemers worden uitgenodigd mee te denken over het standaardiseren van (onderzoeks)gegevens en behandelgegevens tussen instellingen.

## **Psychiatrische consultatie bij de huisarts en in de GB GGZ: ervaringen van het eerste jaar.**

Hezewijk, W. van<sup>1</sup>, Buis, W.<sup>1</sup>, Zuketto, C.<sup>1</sup>, Romeijn, E.<sup>1</sup>, Londen, L. van<sup>1</sup>

<sup>Nbr</sup>, Nederland<sup>1</sup>Buis Psychiatrisch Advies, Velp

<sup>2</sup>Zuketto Consult, Nieuwegein, Nederland

<sup>3</sup>Psygro, Amstelveen, Nederland

<sup>4</sup>Transparant Next, Leiden, Nederland

<sup>5</sup>Willem van Hezewijk Advies, Rosmalen, Nederland

willemvanhezewijk@gmail.com

### **INHOUD**

Tijdens het VJC 2014 waren er twee drukbezochte sessies over de psychiater als consulent bij de huisarts en in de GB GGZ. Discussianten/sprekers van beide sessies willen hun verdere ervaringen gezamenlijk delen met belangstellenden. Inmiddels is de invoering van de Generalistische BasisGGZ (GB GGZ) al weer een jaar realiteit. In deze discussiegroep worden de ervaringen op maat belicht vanuit zowel de organisatorische als de financiële kant en vanuit de dagelijkse praktijk.

### **VORM**

Er worden vier korte inleidingen gegeven vanuit verschillende invalshoeken. Aan de orde komen: consultatie vanuit een vrijevestigde solopraktijk zonder contracten (Utrecht), vanuit een consultatieve dienst voor huisartsen (Leiden), vanuit de GB GGZ (Den Bosch) en vanuit een kleine regionale GGZ met tien jaar ervaring met werken in een huisartspraktijk (Amstelveen). Vervolgens zal de discussie zich aan de hand van stellingen richten op de ontwikkelingen, de kansen en bedreigingen voor de toekomst.

### **LEERDOELEN**

Kennis nemen van de ontwikkelingen in het veld van consultatie door psychiaters bij huisartsen en in de GB GGZ.

Uitwisselen van ervaringen, en het creëren van kansen voor verdere ontwikkeling van deze specialisatie binnen ons vak.

### **LITERATUURVERWIJZING**

Eerste kwalitatieve resultaten van de monitor generalistische Basis GGZ (KPMG Plexus). Quickscan basis-ggz 2014 (GGZ Nederland).

## **(Forensische) psychiatrie op maat: is jeugd of volwassenpsychiatrie aan zet bij jongvolwassenen?**

Kempes, M.<sup>1</sup>, Zijlstra, R.<sup>1,2</sup>, Vogelvang, L.<sup>1</sup>, Troost, I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nederlands Instituut voor forensische Psychiatrie en psychologie, Utrecht, Nederland

<sup>2</sup>centrumvela, Utrecht, Nederland

m.kempes@dji.minjus.nl

### INHOUD

Tussen 15-23 jaar vinden veel veranderingen plaats op gebieden als werk, scholing, autonomie en relatievorming. Dit is echter ook de leeftijd waarin psychiatrische- en verslavingsproblematiek kan ontstaan en jongeren vaker in aanraking komen met het strafrecht. Bovendien verschilt de leeftijd waarop jongeren de transitie naar volwassenheid maken. Voor jongvolwassenen die in aanraking komen met psychiatrie of het strafrecht is het daarom van belang dat bij het zoeken naar de best passende behandeling rekening wordt gehouden met de fase van ontwikkeling. Binnen het adolescentenstrafrecht moet sinds 1 april 2014 de afweging worden gemaakt of een sanctie en/of maatregel uit het jeugdstrafrecht beter aansluit bij de ontwikkelingsleeftijd van de jongvolwassen verdachte (18-23 jaar) en betere (behandel)mogelijkheden biedt voor een effectieve aanpak dan een sanctie en /of maatregel uit het volwassenenstrafrecht. Deze afweging zal voor jongvolwassenen met een ontwikkelingsachterstand of stoornis van de geestesvermogens gemaakt moeten worden door forensisch psychologen en psychiaters. In het kader hiervan is een weginglijst ontwikkeld die mogelijk ook aanknopingspunten kan bieden voor dilemma's die in de transitiepsychiatrie spelen. In deze discussiegroep staat de vraag centraal hoe binnen de psychiatrie wordt omgegaan met de heterogene groep van jongvolwassenen waarvan een deel nog niet zelfstandig genoeg is om als volwassene te functioneren. Daarbij zal worden ingegaan op dilemma's en bruikbaarheid van instrumenten zoals de wegingslijst.

### VORM

Inleiding over dilemma's rond jongvolwassenen voor (kinder)psychiatrie. Uitleg over een weginglijst adolescentenstrafrecht. Discussie aan de hand van vragen.

### LEERDOELEN

1. Concept ontwikkelingsleeftijd is moeilijk te definiëren: wanneer is sprake van blijvend lager niveau en wanneer van vertraagde ontwikkeling.
2. Hoe organiseer je zorg op maat voor jongvolwassenen die nog niet zelfstandig zijn.
3. Weging ontwikkelingsleeftijd is niet domein orthopedagogiek maar domein psychiater .
4. Bruikbaarheid wegingslijst adolescentenstrafrecht in strafrecht maar ook andere disciplines.

### LITERATUURVERWIJZING

Vogelvang, L. & Kempes, M. (2013) (Jong) Volwassen? Gebruik indicatiecriteria adolescentenstrafrecht. Utrecht: NIFP.

## D33

### **Evaringsdeskundigheid in 2020: welke kant moet het uit?**

Hoff, C.

GGZ-Noord Holland Noord, Alkmaar, Nederland

c.hoff@ggz-nhn.nl

#### INHOUD

Inzet van ervaringsdeskundigen is inmiddels een algemeen goed geworden in Flexible-ACT en ACT teams. Ook in klinische voorzieningen en in zorgpaden doen ervaringsdeskundigen toenemend hun intrede. Een positieve ontwikkeling, wat patiënten extra ondersteuning biedt die goed aansluit bij hun persoonlijke ervaringen en het bewustzijn in teams vergroot over het perspectief van de patiënt. Daarnaast heeft de ervaringsdeskundige een grote rol in het bieden van herstel ondersteunende behandeling en destigmatisering.

Binnen de huidige regelgeving kunnen ervaringswerkers geen productie meer schrijven, behalve de enkelen die een CONO beroeps achtergrond hebben. Een feit wat op gespannen voet staat met het streven ervaringsdeskundigheid nog breder in te zetten. Er worden nieuwe structuren gevonden voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid bijvoorbeeld door het opzetten van een herstelwerkplaats, bieden van trainingen in WRAP ( Wellness Recovery Action Plan)

Moeten ervaringsdeskundigen bijgeschoold worden om CONO gecertificeerd te worden? Andere teamleden hebben vaak ook de nodige eigen en/of familie ervaringsdeskundigheid, kan dat gelijkwaardig ingezet worden? Kan ervaringsdeskundigheid niet beter buiten de GGZ middels zelfhulpgroepen ingezet worden? Hoe blijft het te bekostigen? Kan ervaringsdeskundigheid in de toekomst zichzelf overbodig maken?

#### VORM

Discussie over bovenstaand thema door een ervaringsdeskundige, psychiater, bestuurder en een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar

#### LEERDOELEN

Inzicht in de mogelijkheden tot verdere doorontwikkeling van de inzet van ervaringsdeskundigheid  
Hoe blijft het gebruik van ervaringsdeskundigen betaalbaar

## De overgang van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie in Nederland: hoe overbruggen we de kloof?

Gerritsen, S.<sup>1,2</sup>, Staa, A. van<sup>4,5</sup>, Amelvoort, T. van<sup>6</sup>, Sijde, A. van der<sup>3</sup>, Verhulst, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC - Sophia, Rotterdam, Nederland

<sup>2</sup>Yulius Academie, Rotterdam, Nederland

<sup>3</sup>Yulius, Dordrecht, Nederland

<sup>4</sup>Hogeschool Rotterdam, Rotterdam, Nederland

<sup>5</sup>Erasmus Universiteit, Rotterdam, Nederland

<sup>6</sup>Maastricht UMC, Maastricht, Nederland

s.gerritsen@erasmusmc.nl

### INHOUD

Tijdens de overgang naar de volwassenheid komen ernstige psychische stoornissen tot uiting, die invaliderend kunnen zijn en zelfs tot de dood kunnen leiden. In deze kwetsbare levensfase dreigen jongeren (15-25 jaar) tussen wal en schip te belanden als zij de overgang van geestelijke gezondheidszorg voor jeugd naar die voor volwassenen doormaken. Een slechte transitie kan leiden tot discontinuïteit in zorg, uitval uit zorg en tot minder goede klinische uitkomsten. In de somatische zorg is er al langer aandacht voor deze problematiek, maar binnen de ggz verwijzen klinici hun cliënten vaak op eigen inzicht en op basis van eigen ervaring. In Nederland is binnen de ggz nog geen onderzoek gedaan en ontbreekt een evidence-based, gestandaardiseerd protocol voor de organisatie en begeleiding van transitie van jeugd- naar volwassenen ggz. Om effectieve interventies te ontwikkelen is er meer evidence nodig over het proces en de uitkomsten van zorg bij deze transitie.

### VORM

In vier flitspresentaties wordt u up-to-date gebracht over wat er al bekend is over de (noodzaak voor) transitiezorg en wordt MILESTONE, een Europees project naar transitie binnen de ggz, gepresenteerd. Daarna gaan we in gesprek over uw ervaringen met en visie over jongeren transitie in zorg. De volgende stellingen zijn uitgangspunt voor het debat:

- Jongeren tussen 15-25 jaar met psychiatrische problemen verdienen passende zorg
- Elke jongere die de jeugd GGZ verlaat moet een individueel transitieplan op maat krijgen
- Belangrijkste component van effectieve transitie is een 'transitiegesprek' met de jongere, ouders, kind- en jeugdpsychiater en volwassenen psychiater
- Er moet een landelijk transitieprotocol ontwikkeld dat moet worden nageleefd
- Zonder (extra) financiering is transitiezorg niet duurzaam te ontwikkelen

### LEERDOELEN

- overzicht verschaffen van bestaande kennis en ervaringen met transitiezorg in ggz
- leren van ervaringen bij somatische chronische aandoeningen
- reflecteren op eigen transitiebeleid
- aanzet ontwikkelen voor minimale eisen aan goede transitiezorg



#### LITERATUURVERWIJZING

Paul M., Street C., Wheeler N., Singh S.P. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. Epub Ahead of print. DOI: 10.1177/1359104514526603

Singh S.P. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(4):386-90. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9221.

van Amelsvoort T. Oratie Transitiepsychiatrie: Bringing the Gap. 2013.

<http://www.artsennet.nl/kennisbank/oraties/oratie/126719/therese-van-amelsvoort-transitiepsychiatrie-bridging-the-gap.htm>

van Staa A.L., Eysink Smeets-van de Burgt A.E., van der Stege H.A., Hilberink S.R. Transitie in zorg van jongeren met chronische aandoeningen in Nederland nog onder de maat. *Tijdschr Kindergeneeskunde* 2010;78(6): 227-36.

## D35

### Laveren tussen stagering en herstel: de menselijke maat in kwadraat

Vellinga, A., Nusselder, H., Cornelis, J., Oenen, F. van  
Arkin, Amsterdam, Nederland  
astrid.vellinga@mentrum.nl

#### INHOUD

In het wetenschappelijk discours van de psychiatrie worden momenteel twee belangrijke discussies gevoerd. Enerzijds is er veel aandacht voor het stagering en profilering van ernstige psychiatrische stoornissen. Anderzijds gaat veel aandacht uit naar de herstelvisie. Deze twee visies over de kern van ons vak hebben een verschillend wetenschapsfilosofisch uitgangspunt, welke gevolgen heeft voor de wijze waarop wij nadenken over behandeling en de wijze waarop wij de behandelrelatie invullen. Dit vereist dat wij nadenken over de verschillende rollen die wij als behandelaar hebben. Alhoewel het doel van beide visies overeenkomt, namelijk het welzijn bevorderen van patiënten, is de vraag wel hoe deze visies zich in de praktijk verhouden. Hoe laveren we tussen iemand de maat nemen en de menselijke maat?

#### VORM

- Een korte presentatie over de onderliggende concepten van de theorieën over stagering en herstel, waarna bespreking van casuïstiek waarin deze concepten herkend kunnen worden
- Een korte presentatie over de implicaties die de verschillende theorieën hebben op de wijze waarop de behandelrelatie wordt vormgegeven.

Daarna zal aan de hand van casuïstiek de verschillende concepten en rollen, en hoe daar een brug tussen te slaan, worden bediscussieerd.

#### LEERDOELEN

- Inzicht in de onderliggende wetenschapsfilosofische concepten van de huidige belangrijke theorieën over stagering en herstel
- Herkennen van deze concepten in de behandelkeuzes die we maken aan de hand van casuïstiek
- Bewustworden van de verschillende rollen die we als behandelaar spelen

#### LITERATUURVERWIJZING

- Beekman A.F.T., van Os J., van Marle H.J.C., van Harten P.N. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 915-920.
- Rudnick A. Recovery of people with Mental illness. Oxford University Press, 2012.
- Sadler J.Z. Values and psychiatric diagnosis. Oxford University Press, 2005
- Oenen van F.J., Deursen van S., Cornelis J. Een meervoudig rolmodel voor de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. Geaccepteerd voor publicatie in T v Psych 2014

## **Personalized e-care voor nabestaanden van vliegcrash MH17; verdwalen voorkomen?**

### INHOUD

Het gebruik van internet wordt toenemend ingezet als middel voor zorgverlening en -verlening in de gezondheidszorg. Na diverse opgeschaalde rampen (onder andere Tripoli) is ervaring opgedaan met een informatie- en verwijscentrum (IVC) voor diensten en zorg voor getroffenen. De snelle ontwikkeling in dichtheid van internet, de veilige en laagdrempelige geleiding naar een webportal biedt vele mogelijkheden om een groep te isoleren en hiermee in contact te blijven, het biedt ook een gelegenheid voor een besloten lotgenotencontact. Direct na 17 juli is een webservice opgestart voor nabestaanden van de ramp met MH17. Voor een langere tijd bieden van toegang tot een informatieplatform, een lotgenotencontact, en mogelijkheden van gerichte verwijzing op maat voor nabestaanden van de ramp met MH17 met hulpvragen in kader van verliesverwerking naar centra met specifieke expertise inzake rouw- en verliesverwerking.

### VORM

Naar aanleiding van het verwachte beroep op zorgsystemen is aan nabestaanden van de ramp met MH17 een aantal services aangereikt. Er is gestart met inrichting van een nazorgcoördinatiepunt voor optimalisering van verwijzing naar gerichte nazorg, in combinatie met herhaalde gezondheidsmonitoring van de directe nabestaanden, alsmede inrichting van een zorgaanbod voor laagdrempelige advisering aan nabestaanden, ter bevordering van het aanpassings- en verwerkingsproces waar gewenst of geïndiceerd. Dit IVC is ingericht als een open en een besloten platform, dat getimede informatie biedt, een 'toolbox' voor rouw- en verliesverwerking, met laagdrempelige toegang tot lotgenoten en professionals.

### LEERDOELEN

Op dag 74 na de ramp, is te zien dat het IVC goed wordt bezocht en zijn er contacten met zowel nabestaanden als professionals via het nazorgcoördinatiepunt. Een IVC biedt efficiëntie en personalized care voor nabestaanden van rampen zoals met MH17.

### LITERATUURVERWIJZING

Slachtofferhulp Nederland i.s.m. Stichting Impact/Partner in Arq en Echoes Online/Partner in Arq. (2012). 'Rouwen is ontzettend hard werken'. McFarlane, A.C., Williams, R. (2012). Mental Health Services Required after Disasters: Learning from the Lasting Effects of Disasters. Depression, Research and Treatment, vol 2012, doi:10.1155/2012/970194 Marres, GMH, Leenen, LPH, Van der Slikke, JW, Vermetten, E. (2012). Use of a web portal for support and research after a disaster: opportunities and lessons learned. Interactive journal of medical research. Vol 1(2)e18. doi:10.2196/ijmr.1588