

W1 Farmacotherapie voor gevorderden m.b.t. ADHD bij volwassenen

Dr. Cees Kan^{PH}¹

¹ Radboudumc

cees.kan@radboudumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In de recent uitgekomen richtlijn "Richtlijn ADHD bij volwassenen, fase 1 diagnostiek en medicamenteuze behandeling" worden aanbevelingen gedaan voor monotherapeutische medicamenteuze interventies bij volwassenen met ADHD op basis van evidence based effectiviteit, maar wordt niet ingegaan op eventuele interacties met andere psychofarmaca en psychoactieve middelen. Psychiaters van volwassenen met ADHD worden in de praktijk regelmatig voor keuzes gesteld waarop deze richtlijn geen antwoorden biedt, afhankelijk van de comorbiditeit, comedicatie en middelengebruik van de betreffende patiënt. In deze workshop worden in aanvulling op de aanbevelingen uit de richtlijn extra handvaten aangeboden om deze keuzes te kunnen maken op grond van kennis van onderliggende farmacokinetiek en -dynamiek.

Vorm (hoe)

De deelnemers buigen zich over een aantal complexe praktijkvoorbeelden met comorbiditeit en/of gebruik van verslavende middelen en bepalen een medicamenteus ADHD beleid. Vervolgens wordt op basis van interacties, die op grond van farmacokinetische en -dynamische overwegingen te verwachten zijn, gediscussieerd over het meest rationele medicatiebeleid.

Leerdoelen

- Verwerven van extra kennis van de farmacokinetiek en -dynamiek van psychofarmaca voor ADHD en comorbide stoornissen, en verslavende psychoactieve middelen.
- Verkrijgen van meer inzicht in de potentiële interacties tussen psychofarmaca voor ADHD en comorbide stoornissen, en verslavende psychoactieve middelen.
- Vergroten van vaardigheid om bij complexe patiënten met o.a. ADHD rationelere keuzes te maken in het medicatiebeleid

Literatuurverwijzing

Richtlijn ADHD bij volwassenen, fase 1 diagnostiek en medicamenteuze behandeling; NVVP, 2015.

<http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-adhd-bij-volwassenen-fase-1-diagnostiek-en-medicamenteuze-behandeling-2015>

W2 Levensgeschiedenis en psychotrauma: PTSS-behandeling bij meervoudig en complex trauma met Narratieve Exposure Therapie (NET)

MD Ruud Jongedijk_{PH}^{1,2} / MD Rembrant Aarts^{1,2}

¹ Stichting Centrum '45 / Arq Psychotrauma Expert Groep

² Equator Foundation / Arq Psychotrauma Expert Groep
r.jongedijk@centrum45.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Er bestaan diverse evidence based behandelmethoden voor de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS), zoals imaginaire exposure (IE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP). Deze zijn sterk gericht op de traumatische gebeurtenissen zelf. Bij Narratieve Exposure Therapie (NET) worden de traumatische gebeurtenissen niet geïsoleerd, maar juist in de context van de levensgeschiedenis behandeld, zodat niet alleen de angst uitdooft maar daarnaast de traumatische herinneringen beter worden ingebed in het autobiografische geheugen (1). Vanwege de specifieke focus op het bewerken van zowel het impliciete als het autobiografische geheugensysteem bij traumatische ervaringen, is NET speciaal geschikt voor patiënten waarbij sprake is van meervoudige en complexe traumatische ervaringen. Voorbeelden hiervan zijn herhaald seksueel trauma, oorlogstrauma en georganiseerd geweld. Doorgaans zijn dit patiënten met complexe psychotraumaklachten. Het consequent en chronologisch doorwerken van de levensloop en de diverse traumatische gebeurtenissen helpt bij de herkenning van de onderling verbonden emotionele trauma-netwerken bij meervoudig trauma. Het zal het autobiografische geheugen weer herstellen, waardoor PTSS-symptomen afnemen en zal leiden tot een beter persoonlijk begrip van schema's en sociale emoties die zich hebben gevormd gedurende de levensgeschiedenis. NET zorgt voor betekenisgeving en biedt de mogelijkheid tot getuigenis tegen mensenrechten schendingen. Dat NET een effectieve behandeling is, wordt ondersteund door inmiddels 20 RCT's (N=1032), zowel uitgevoerd in lage inkomens landen als in Westerse landen (2). NET wordt ook bij complexe patiënten goed verdragen en is qua methodiek voor patiënten makkelijk te begrijpen. Inmiddels bestaat NET ook voor kinderen (KIDNET) (3) en voor getraumatiseerde patiënten met daderproblematiek (FORNET) (4).

Vorm (hoe)

In deze workshop worden de principes van NET en de praktische uitvoering op een interactieve manier besproken door twee ervaren NET-trainers, met oefeningen, video en demonstraties.

Leerdoelen

De deelnemer is aan het einde van workshop bekend met de theoretische basis, de indicatie stelling en de praktische uitvoering van NET.

Literatuurverwijzing

1. Jongedijk, R. (2014). Levensverhalen en psychotrauma. Narratieve exposure therapie in theorie en praktijk: Uitgeverij Boom, Amsterdam. 2. Robjant, K., Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*; 30:1030-1039. 3. Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 17: 641-664. 4. Hecker, T., Hermenau, K., Crombach, A., Elbert, T. (2015) Treating traumatized offenders and veterans by means of Narrative Exposure Therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 6:80. doi: 10.3389/fpsy.2015.00080.

W3 Schrijven voor psychiaters door psychiaters

MD Piet Verhagen¹ / MD Sonja Rutten¹ / MD Menno Oosterhoff²

¹ redactieraad De Psychiater

² Lentis GGZ kinder & jeugdpsychiatrie
p.verhagen@ggzcentraal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Als tijdschrift voor en door psychiaters wil De Psychiater u alle tools in handen geven om sterke artikelen te schrijven voor vakgenoten - niet in een wetenschappelijk, maar in een journalistiek tijdschrift. Welke onderwerpen zijn interessant en nuttig om met elkaar te delen onder vakgenoten? Hoe vertaalt u uw onderzoek, publicatie, visie of idee naar een vlot en veelgelezen journalistiek artikel? Hoe vindt u de balans tussen toegankelijkheid en diepgang? Hoe gaat u om met casuïstiek in artikelen, waarin u (praktijk)ervaring wilt delen zonder de privacy van uw patiënt te schaden? Ervaren 'schrijvend psychiaters' delen hun kennis, inzichten en afwegingen met u. Kinder- en jeugdpsychiater Menno Oosterhoff deelt zijn ervaringen als schrijver van onder andere columns en blogs, waarin hij over zijn werk, maar ook zijn persoonlijke ervaringen met psychiatrische problematiek schrijft. Hij vertelt welke drempels hij bij het schrijven aanvankelijk heeft ervaren, welke gouden redactionele regels hem op weg hebben geholpen en waarom het zo belangrijk is dat meer psychiaters over hun vak schrijven. Psychiater Piet Verhagen, hoofdredacteur van De Psychiater, en aios-redactielid Sonja Rutten geven u praktische adviezen. U hoort hoe artikelen worden beoordeeld en hoe we auteurs begeleiden in het vinden van de juiste invalshoek en vorm. Aan de hand van voorbeelden ontdekken we in deze workshop samen wat werkt en wat niet werkt. Gaandeweg stellen we een checklist op waarmee de deelnemers thuis meteen aan de slag kunnen. In de schrijfadvisen nemen we ook de nieuwste afspraken mee die binnen het ggz-veld gemaakt zijn voor 'niet-stigmatiserend communiceren', in overleg met de Stichting Samen Sterk tegen Stigma.

Vorm (hoe)

Workshop waarbij een drietal sprekers een korte presentatie geeft, waarna telkens veel ruimte is voor vragen, concrete oefeningen (aan de hand van stukjes tekst), uitwisseling en discussie. Gezamenlijk wordt een checklist ontwikkeld.

Leerdoelen

Het verhelderen van de verschillen tussen 'wetenschappelijk' en 'journalistiek' publiceren; het (aanzet geven tot) slechten van drempels; het verhelderen van de competentie communicatie in termen van durf, openheid, humor en zelfspot als belangrijke hulpmiddelen.

Literatuurverwijzing

Kraan, H.F. Psychiatrie en media, www.psychiatrienet.nl.

W4 De rol van groepsdynamica bij het leiding geven aan behandelteams

Drs. Daniël van Dijk_{PH}¹ / Drs. Gonnie Kügel²

¹ Reinier van Arkel

² NVGP

danielglvdijk@planet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het uitvoeren van behandelingen in GGz-instellingen verloopt steeds meer volgens richtlijnen en zorgprogrammering. Zorginhoud en zorglogistiek worden zo doelmatig en effectief mogelijk ingericht, zowel vanuit het oogpunt van behandelresultaten als van betaalbaarheid van zorg. Behandeltrajecten worden in de regel in teams geïndiceerd, geëvalueerd en geïnterviseerd. De rollen en verantwoordelijkheden van hoofdbehandelaren in teams worden in toenemende mate nauwgezet omschreven. In een behandelteam worden succesfactoren als doelmatigheid, effectiviteit (literatuurverwijzing 1), kennisontwikkeling en passie voor het vak mede bepaald door de kennis en vaardigheden betreffende groepsprocessen bij teamleider en hoofdbehandelaren. Het sturen en coördineren van een behandelteam is een vak op zich. In deze workshop wordt ingegaan op teamorganisatie, leidinggeven, teamcohesie, rollen in het team, besluitvorming en teamproblemen (literatuurverwijzing 2).

Vorm (hoe)

In het eerste deel van de workshop worden aan de hand van veel voorkomende vignettes eerst belangrijke groepsdynamische processen besproken. Daarna stellen we veel voorkomende teamproblemen aan de orde en hoe de psychiater-hoofdbehandelaar hiermee kan omgaan. In het tweede deel zal aan de hand van inbreng door de deelnemers de geboden theorie meteen toegepast worden op het materiaal.

Leerdoelen

Na de workshop heeft de deelnemer kennis over processen in teams die voor psychiaters-hoofdbehandelaren essentieel zijn om (mede) regie te kunnen voeren en kennis over hoe om te gaan met een aantal regelmatig voorkomende teamproblemen.

Literatuurverwijzing

1. Shanock, L. R., Rogelberg, S.G., & Scott, C. W. (2012). Wasted Time and Money in Meetings: Increasing Return on Investment. *Small Group Research*, 43, 2, 236-245.
2. Haas de, W. (2014). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Boom-Nelissen, Amsterdam.

W5 Neuropsychiatrie in de praktijk, de differentiaal diagnostiek bij Frontotemporale Dementie

Drs. Welmoed Krudop¹ / Drs Flora Gossink²

¹ VUmc/ GGZinGeest

² GGZinGeest acadische werkplaats ouderenpsychiatrie/ VUmc
f.gossink@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De gedragsvariant van fronto-temporale dementie (bvFTD) is een klinisch heterogeen syndroom, gekenmerkt door persoonlijkheids- en gedragsveranderingen (2;5). BvFTD kent symptomatische overeenkomsten, zowel met andere neurodegeneratieve ziekten als met psychiatrische aandoeningen. De nieuwe internationale consensuscriteria zijn behulpzaam in het diagnostisch proces, echter het klinisch relevante onderscheid met psychiatrische aandoeningen blijft een uitdaging met prognostische consequenties. De 'Laat Ontstaan Frontaal Syndroom (LOF)-studie' is een naturalistische en prospectieve cohort-studie, waarin patiënten (45-75 jaar) met frontale gedragsstoornissen (apathie, ontremming, compulsief of stereotiep gedrag) werden onderzocht. De etiologieën van het laat ontstane frontaal syndroom, de aanvullende waarde van MRI-, PET- en liquor-onderzoek en de klinische waarschijnlijkheidsdiagnose van neuroloog en psychiater op de baseline werden onderzocht. De definitieve diagnose volgt na twee jaar follow-up. Ongeveer twee derde kreeg een neurologische diagnose, waarvan de meerderheid bvFTD. Eén derde kreeg een psychiatrische diagnose, waarvan de meerderheid een stemmingsstoornis. Met name bij grote diagnostische onzekerheid speelt de beeldvorming een belangrijke rol. Een klinisch vignet met video illustreert een patiënt die voor een tweede mening werd verwezen naar VUmc in verband met verdenking bvFTD. Aan de hand van een zelfontworpen stroomdiagram worden de differentiële diagnostiek van bvFTD en adviezen aangaande het diagnostisch proces besproken (1;3).

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop zijn deelnemers op de hoogte van de diagnose bvFTD (inclusief het onderscheid "mogelijke" en "waarschijnlijke" bvFTD middels de nieuwe consensuscriteria), in staat tot het maken van een differentiaal diagnose bij een verdenking op bvFTD en kunnen zij gefundeerde afwegingen maken in het diagnostisch proces bij persoonlijkheids- en gedragsveranderingen op latere leeftijd.

Literatuurverwijzing

1. Kipps CM, Hodges JR, Hornberger M. Nonprogressive behavioural frontotemporal dementia: recent developments and clinical implications of the 'bvFTD phenocopy syndrome'. *Current Opinion in Neurology* 2010, 23:628-6322. Mackenzie IRA, Neumann M, Bigio EH, et al. Nomenclature and nosology for neuropathologic subtypes of frontotemporal lobar degeneration: an update. *Acta Neuropathol* 2010 Jan;119(1):1-4.3. Pijnenburg YAL, Kerssens CJ, Sanders J. De psychiatrische differentiaal diagnostiek van FTD. *Tijdschrift voor neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2009 4: 153-1574. Rascovsky K, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011 Sep, 134(pt9): 2456-77. Epub 2011 Aug 2.5. Renton AE, Majounie E, Waite A, et al. A Hexanucleotide Repeat Expansion in C9ORF72 Is the Cause of Chromosome 9p21-Linked ALS-FTD. *Neuron* 2011 Oct 20;72(2):257-268.

W6 Praktische multidisciplinaire psychiatrische diagnostiek en behandeling bij kinderen met een licht of matig verstandelijke beperking

dr. Wouter Groen^{PH}¹ / MD Suzanne Bouwman¹ / MD Marije Schuur¹ / drs. Sammy Roording¹ / MD Karlijn Vermeulen¹ / MD Marije Bergman¹

¹ Karakter

w.groen@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In 2015 presenteerden we de workshop Praktische psychiatrische diagnostiek bij kinderen met LVB. Dit jaar presenteren we het vervolg op deze workshop, gericht op verdieping van de vorige workshop. Het accent ligt op diagnostische problemen en dilemma's van de behandeling bij complexe problematiek bij kinderen met een (licht) verstandelijke beperking. Aan bod komen onder andere multidisciplinaire behandelstrategieën bij multiprobleemgezinnen, behandeling van gezinnen met complexe intergenerationele trauma's, gericht inzetten van somatisch onderzoek, farmacologische behandeling bij syndromen, en multidisciplinaire diagnostiek bij complexe beelden. Ongeveer 15 procent van de kinderen heeft een licht verstandelijke beperking (LVB; ~IQ tussen 50-85) of een matig verstandelijke beperking (MVB; ~IQ <50). Psychiatrische stoornissen zijn ook sterk oververtegenwoordigd bij kinderen met een LVB, en met de juiste diagnostiek zijn bijzonder goede behandelresultaten mogelijk. Desondanks is in de beleving van veel klinici psychiatrie bij kinderen met LVB onderbelicht, zowel wat betreft wetenschappelijk onderzoek als praktische ervaring.

Vorm (hoe)

De workshop heeft een opbouw naar steeds meer zelfwerkzaamheid van de deelnemers: korte bespreking van de theoretische kaders, zien en bespreken van video- en casusmateriaal, en zelf in kleine groep oefenen met aangeboden handreikingen in een rollenspel. In de afsluitende discussie wordt de verschillende behandel- en diagnostiekopties plenair besproken onder begeleiding van een klinisch neuropsycholoog en kinderpsychiater gespecialiseerd in LVB.

Leerdoelen

- Praktische handvatten voor het analyseren van complexe multiprobleem beelden bij kinderen met LVB en het gezin
- Praktische handvatten voor prioriteren en borgen van interventies bij complexe multiprobleem beelden
- Praktische handvatten voor gerichte somatische diagnostiek en behandeling bij (genetische) syndromen

Literatuurverwijzing

APA (American Psychiatric Association) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. Buntinx, W.H.E. (2003). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model, AAMR-model van verstandelijke handicap. In: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Dekker, M.C., Douma, J.C.H., Ruiter, K. de, & Koot H. (2006). Aard, ernst en beloop van gedragsproblemen en psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, In R. Didden (Red.), In perspectief, Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking (pp. 21-40). Houten: Bohn, Stafleu, van Lochem. Kasari, C., & Bauminger, N. (1998). Social and emotional development in children with mental retardation. In J. Burack., R.M., Hodapp., & E. Zigler (Eds.), Handbook of Mental Retardation and Development (pp. 411-433). New York: Cambridge University Press

W7 Intensief samenwerken in de Wet Verplichte GGZ verplicht. Wordt het beter?

drs, psychiater Elnathan Prinsen^{1,2} / mr. psychiater Chris Vleugels^{1,3} / drs, psychiater Pieter Prins^{1,4}

¹ Commissie Wet- en regelgeving NVvP

² Dimence GGZ

³ Mondriaan

⁴ Altrecht

e.prinsen@dimence.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De WvGGZ spreekt over samenwerking op verschillende terreinen. Allereerst vereist de wet meer samenwerking met de patiënt, juist als besloten wordt tot gedwongen zorg. Wensen en voorkeuren van de patiënt moeten vastgelegd en zoveel mogelijk gehonoreerd worden. Een zorgplan moeten worden opgesteld met de patiënt, een vertegenwoordiger en waar mogelijk met een familielid en/of naaste. Aan dit samenwerkingsverband kunnen nog een patiëntenvertrouwenspersoon en een familievertouwenspersoon worden toegevoegd. In het zorgplan moeten essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven worden opgenomen. Dit maakt samenwerking noodzakelijk op het gebied van huisvesting, werk en uitkering. Hierin wordt de hulpverlener verplicht met de gemeente samen te werken. Ook op een andere manier moet met de gemeente worden samengewerkt. Iedereen kan straks melding doen bij het college van burgemeesters en wethouders over personen van wie vermoed wordt dat verplichte zorg nodig zou kunnen zijn. Het college wordt verantwoordelijk voor een verkennend onderzoek. Naar aanleiding van het rapport Hoekstra (casus van U.) heeft de officier van justitie een zeer prominente rol gekregen in de WvGGZ (concept tweede nota van wijziging). Dit kan een bijzondere vorm van 'samenwerking' geven omdat de officier zelfs aanwijzingen aan de geneesheer-directeur kan geven. Naast alle hierboven genoemde actoren zijn er natuurlijk nog de zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke, advocaat en rechter. De rechter kan volgens het concept tweede nota van wijziging eigenstandig de doelen en vorm van gedwongen zorg aanpassen in de zorgmachtiging. De WvGGZ vraagt om een 'multi-perspectief', waarbinnen gezocht wordt naar consensus. Of dit ook daadwerkelijk leidt tot betere resultaten of tot betere zorg is de vraag. Verschillen in visies lijken te moeten worden weggemasseed. Doet dat recht aan ieders belang? Waar is het 'agree to disagree' gebleven? Hoe verhoudt de psychiater zich tot het wettelijk recht op inspraak van alle actoren? Dit alles roept ook ethische vragen op. In hoeverre wordt de psychiater ingezet om zijn medische expertise aan te wenden voor het behalen van maatschappelijk belangen?

Vorm (hoe)

De workshop bestaat uit drie voordrachten door leden van de commissie Wet- en regelgeving van de NVvP en een discussie tussen de workshopleiders en de deelnemers.

1) Beloop wetgevingsproces tot nu toe en de veranderende rol van de verschillende actoren in de WvGGZ. In dit onderdeel staan centraal de veranderde rol van de familie en versterking van de rol van de officier Door J.P. Prinsen.

2) Diverse rollen van de psychiater in de WvGGZ: zorgverantwoordelijke, onafhankelijk arts, en geneesheer-directeur in deze samenwerking. Door E.J.D. Prinsen.

3) Een verkenning van mogelijke conflicten in de beroepsuitoefening van de psychiater door de WvGGZ. Welk belang dient de psychiater te behartigen? Maatschappij, de zogenoemde ggz, zorgaanbieders, familieleden, collega hulpverleners: iedereen heeft eigen ideeën over de functieervulling van de psychiater. Door : C.M.M. Vleugels.

4) Brede discussie over hetgeen besproken is en wat wordt ingebracht door de deelnemers.

Leerdoelen

1) Deelnemers hebben kennis van de vele actoren in de WvGGZ en de veranderingen die in de concept tweede nota van wijziging zijn doorgevoerd.

2) Deelnemers hebben kennis over hun eigen rol, taken en verantwoordelijkheden in de processen in de WvGGZ als zorgverantwoordelijke, onafhankelijk arts of geneesheer-directeur

3) Deelnemers krijgen meer zicht op dilemma's die rondom de gedwongen GGZ spelen vanuit hun eigen rol.

Literatuurverwijzing

- Als deze dan openbaar is: Tweede nota van wijziging wet verplichte GGZ: kamerstuk 32 399 Wijziging van de Wet Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg); TWEEDE NOTA VAN WIJZIGING
- Anders de wettekst van de WvGGZ zoals nu nog voorliggend: Kamerstukken I 2012/13, 32.398, D; Gewijzigd voorstel van de Wet, 18 dec 2012,
- Memorie van toelichting bij de WvGGZ: kamerstuk 32 399 Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)
- Rapport commissie Hoekstra

W8 Kind en Moord

dr. Alfons Crijnen^{PH1}

¹ de Waag - Forensische Zorgspecialisten

crijnen@xs4all.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Getuige zijn van de moord op je ouder – onvoorstelbaar, maar toch overkomt het kinderen. Welke reactie mag je verwachten? Kan een klein kind daar iets over vertellen? Wat als het kind je niets vertelt – heeft het dan ook niets gezien? Wat als het kind z'n ervaring met je deelt – helpt dat echt of werkt het averechts? Wat als het kind de confrontatie met de herinnering in therapie aangaat? Deze vragen komen direct op wanneer je als hulpverlener op het dramatische moment zelf of in de maanden erna betrokken raakt. Gevoelens van heftige angst en intense boosheid staan verdriet in de weg; herinneringen zijn zo overweldigend dat ze niet gedeeld kunnen worden. Het leven van het kind staat op zijn kop en vaak is sprake van verstoorde rouw. In de professionele opvang van kinderen die getuige zijn van moord onderscheiden we de volgende aspecten: disclosure en erkenning, het hanteerbaar houden van de stress, heftige emoties en de ontwikkeling van psychopathologie, reacties op het gebeurde en op therapeutische interventies, behandeling en het toekomen aan rouw. In de workshop worden praktijk en theorie bij elkaar gebracht, en handvaten aangereikt voor behandeling.

Vorm (hoe)

Drie werkvormen worden gehanteerd:

1. Videofragmenten van verhoor direct na de moord op moeder, van diagnostisch gesprek, en van de eerste therapie sessies van twee kinderen van 4 en 11 jaar met de politie en met de kinder- en jeugdpsychiater worden getoond;
2. Interactie met deelnemers over geslaagde en minder-geslaagde interventies om te komen tot disclosure over het gebeurde, over het hanteerbaar houden van de stress, over de eerste therapie sessies;
3. Uitleg over het belang van disclosure en erkenning in het medisch interview, over stress en de Window of Tolerance, over de eerste sessies EMDR.

Leerdoelen

Na afloop kennen en herkennen deelnemers:

- medische interview technieken die disclosure van ernstig traumatische ervaringen bij kinderen bevorderen;
- de reacties van kinderen op stress na ernstig trauma;
- de praktische aanpak in samenhang met de moed die nodig is om tot therapie te komen;
- het belang van behandeling om aan rouw toe te kunnen komen.

De workshop wordt samen met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gepresenteerd in het kader van Zichtbaar Vakmanschap.

Literatuurverwijzing

- Crijnen AAM & Kraan HF: The medical interview in mental health care: effects on the patient and the physician (1987) - Spuij, M., Deković, M., & Boelen, P. A.: An open trial of "Grief-Help": A cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 185-192. doi: 10.1002/cpp.1877 (2015) - Van Denderen M, de Keijser M, Gerlsma J, Huisman M & Boelen PA.: Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behavior*; 40: 504-511 (2014)

W9 Intervisie volgens Balintmethode

Jan van Trier¹ / Dr Moniek Thunnissen²

¹ St Antoniusziekenhuis Utrecht

² psychiater Bergen op Zoom

jvantrier@antoniuziekenhuis.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De Balint-methode wordt al meer dan zestig jaar door huisartsen gebruikt als methode voor intervisie. De methode is genoemd naar de Hongaarse psychiater Balint. Veel psychiaters hebben er reeds ervaring mee omdat zij groepen huisartsen begeleiden met deze gefaseerde methode. De methode leent zich echter ook voor intervisie bij psychiaters. Met de opleidingseisen volgens het competentiemodel kunnen aios ook profiteren van deze intervisiemethode. In de workshop komt aan bod hoe de Balint-methode kan worden gebruikt als een begeleide groepsintervisie, waarin op een systematische wijze wordt gereflecteerd op persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt. De methode richt zich op de communicatie tussen arts en patiënt; inzicht vergroten in eigen mogelijkheden en beperkingen; beter omgaan met emotionele reacties die patiënten oproepen; overdrachtsfenomenen herkennen en bewust worden van tegenoverdrachtsaspecten. Het voordeel van groepsintervisie is dat men kan leren van elkaar. De structuur en de fases volgens de Balint-methode zorgen voor veiligheid en vertrouwen. De psychiaters of psychotherapeuten die de groep leiden, dienen vertrouwd te zijn met principes van groepsdynamiek en supervisie.

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

- Psychiaters leren hoe zij intervisiegroepen kunnen begeleiden volgens de Balint-methode.
- Zij leren aandacht te schenken aan met name de communicatie tussen arts en patiënten. Doel van de Balint-methode is dat artsen beter in staat zijn professioneel te handelen. De methode biedt specifieke aandacht voor de competenties communicatie, samenwerken, maatschappelijk handelen en professionaliteit.

Literatuurverwijzing

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

W10 Werken met TFP-principes in de algemeen psychiatrische praktijk; dat is beter-samen en samen-beter

dr. Kees Kooiman^{PH}¹ / drs Gert Spruijt / drs Eda Vendysova Bakalarova
¹ Rivierduinen/GGZ-Haagstreek
kooiman@cgkooiman.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Transference Focused Psychotherapie (TFP) is een psychodynamische psychotherapie ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met borderline pathologie. Het staat bij veel professionals bekend als een specialistische psychotherapie dat slechts door een beperkt aantal, daartoe opgeleide professionals kan worden toegepast. De principes van TFP zijn echter breder toepasbaar, zonder dat het tot een psychotherapie in engere zin wordt, en bovendien goed te leren. De algemeen psychodynamische principes, ontleend aan de egopsychologie en de objectrelatiepsychologie, en de 'gezond verstand'-aanpassingen zoals verwoord in de contractfase geven houvast aan elke praktiserend psychiater, ook aan degenen die voornamelijk farmacotherapeutisch werken. Bijvoorbeeld bij het werk op een opname-afdeling, in de acute dienst of in de ziekenhuispsychiatrie. Respect voor en empowerment van de patiënt als persoon en de gerichtheid op 'shared decision making' zijn hierbij belangrijke sleutelbegrippen.

Vorm (hoe)

Na een korte theoretisch inleiding wordt met behulp van videomateriaal gedemonstreerd hoe TFP-principes de praktiserend psychiater kunnen helpen een veilig behandelkader te scheppen bij suïcidale of zelfdestructieve patiënten. In rollenspelen zal tot slot geoefend worden in de hantering van veel voorkomende praktijkproblemen als therapie-ontrouw, overmatig gebruik van medicatie, niet verschijnen op afspraken maar wel een beroep doen op de crisisdienst, splitsing in teams, et etc. Voor deze workshop zijn speciaal rollenspelen geschreven, maar de deelnemers kunnen in overleg met de workshopgevers ook zelf casuïstiek inbrengen.

Leerdoelen

Het doel van de workshop is de deelnemers instrumenten te geven die helpen signaleren hoe (tegen-)overdracht en een falend mentaliseren een psychiatrische behandeling compliceren en hoe zij deze kennis kunnen gebruiken om de behandeling in goede richting om te buigen.

Literatuurverwijzing

Bernstein J, Zimmerman M, Auchincloss EL. Transference-Focused Psychotherapy training during residency: an aide to learning psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychotherapy* 2015; 43 (2): 201-222. Hersh RG. Using Transference-Focused Psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry* 2015; 43 (2): 181-200. Kooiman K. Overdrachtsgerichte psychotherapie (TFP) bij persoonlijkheidsstoornissen. in Colijn e.a. *Leerboek Psychotherapie*. Hoofdstuk 39.4, pg 703-715. De Tijdstroom. Utrecht, 2009. Zerbo E, Cohen S, Bielska W, en Caligor E. Transference-Focused Psychotherapy in the general psychiatry residency: a useful and applicable model for residents in acute clinical settings. *Psychodynamic Psychiatry* 2013; 41: 163-181.

W11 Samen Beter: praktische interventies t.b.v. de samenwerking in de triade psychiater-patiënt-naastbetrokkenen

Drs Erwin van Meekeren^{PH¹} / Drs Jan Baars²

¹ GGNet

² GGZ Centraal

evm@claproth.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Samenwerking lijkt zo vanzelfsprekend, wie is er op tegen? Toch verloopt samenwerking vaak moeizaam of zelfs problematisch. En dat zeker in het geval van 'naastbetrokkenen' die zich vaak door professionals slecht gezien en gehoord voelen. De samenwerking psychiater, patiënt en familie/naastbetrokkenen wordt door velen van groot belang geacht. Maar waarom vinden veel behandelingen dan nog steeds plaats in een sociaal vacuüm? Wat maakt samenwerken toch zo moeilijk? De systeemtheorie heeft een belangrijke traditie om relationele problemen en conflicten te begrijpen en relationele impasses te doorbreken. In deze workshop worden valkuilen in samenwerking besproken en praktische handvatten geleverd om samenwerking te bevorderen. Dit alles vanuit het idee dat je geen systeemtherapeut hoeft te zijn om aan de slag te gaan!

Vorm (hoe)

Twee korte presentaties (kennisoverdracht) waarna actieve interactie met de deelnemers –die ook zelf casuïstiek kunnen inbrengen – met lifedemonstraties en simulatie.

Leerdoelen

Aan het eind van het symposium is de deelnemer beter in staat om

1. Samenwerkingsprocessen te begrijpen en hanteren.
2. Over eigen rol en positie te reflecteren
3. Samenwerking in de praktijk te kunnen brengen

Literatuurverwijzing

Meekeren, E. van & J. Baars (2011). Psychische stoornissen en naastbetrokkenen – Een praktijkboek voor behandelaars. Amsterdam: Boom.Baars, J. & E. van Meekeren (2013) (red.). Een psychische stoornis heb je niet alleen; Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: uitgeverij Boom.Spangenberg, M., Hoek, A. van den, Veldhuijzen van Zanten, E & Wingerden, R. van (2010) Systeemtherapie in de praktijk. De kunst van het verbinden. Utrecht: uitgeverij Stili Novi.

W12 Let's talk about sex: het bespreken en behandelen van seksuele bijwerkingen

Dr. Marrit de Boer_{PH}¹ / Dr. Rikus Knegtering^{2,1} / Drs. Noortje Roussel³

¹ UMCG, Groningen, Nederland

² Lentis, Groningen, Nederland

³ AMC, Amsterdam, Nederland

m.k.de.boer@umcg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Seksuele bijwerkingen komen veel voor bij gebruik van psychofarmaca. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven en op de therapietrouw van patiënten. Seksuele bijwerkingen worden zelden spontaan gemeld door patiënten en ook behandelaren aarzelen vaak om het onderwerp ter sprake te brengen. Het is belangrijk dat behandelaren voldoende geschoold worden in seksuologische gespreksvoering, zodat zij in staat zijn dit toe te passen in de klinische praktijk. Er zijn grote verschillen tussen psychofarmaca wat betreft het optreden van seksuele functiestoornissen, wat samenhangt met de farmacologische mechanismen van de diverse middelen. Inzicht deze mechanismen biedt mogelijkheden om psychofarmaca rationeel voor te schrijven, in goed overleg met de patiënt en rekening houdend met seksueel (dis)functioneren.

Vorm (hoe)

In deze workshop zal seksuologische gespreksvoering op interactieve wijze aan bod komen, gericht op het bespreekbaar maken van seksuele bijwerkingen en het overwegen van behandelingsstrategieën.

Leerdoelen

Na deze workshop weet u:

- Hoe u het onderwerp seksualiteit ter sprake kan brengen.
- Waarom het belangrijk is dat behandelaren actief vragen naar seksuele bijwerkingen en hoe deze specifiek uitgevraagd kunnen worden.
- Welke behandelingsstrategieën beschikbaar zijn voor seksuele bijwerkingen van psychofarmaca.
- Hoe de keuze voor behandelingsstrategieën afgewogen kan worden.
- Hoe behandelingsstrategieën uitgevoerd en geëvalueerd kunnen worden.

Literatuurverwijzing

- De Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H (2015). The facts about sexual (dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr. Bull.* 41 (3): 674–686 - Herder T, de Boer MK, Griffioen T, Waldinger MD, Knegtering H. Hoofdstuk 22: Psychiatrie en Psychofarmaca. In: J.R. Georgiadis (red). *Leerboek seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum (in press)

W13 Een persoonlijkheidsstoornis en een lager IQ. Komt u daar samen uit?

Drs. Jannelien Wieland_{PH}¹ / Drs. Annemarie van den Brink¹

¹ Rivierduinen, Kristal Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking

j.wieland@centrumkristal.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Heeft u dat wel eens gehad? Een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis, of iets dat daar op leek. Dat u het gevoel had dat uw diagnostiek niet helder was of dat uw behandeling niet aansloeg? Dat het leek alsof uw behandeling te moeilijk was? Heeft u er toen aan gedacht dat uw patiënt misschien wel zwakbegaafd kon zijn? Een lager IQ, oftewel zwakbegaafdheid, is een veelvoorkomend co-morbide probleem in de GGZ. Juist mensen met een lager IQ hebben een groter risico op het ontwikkelen van allerlei psychiatrische stoornissen, inclusief persoonlijkheidsstoornissen (Hassiotis et al. 2008, Wieland et al. 2015). Onjuiste diagnostiek of onvoldoende passende behandeling van persoonlijkheidsstoornissen leidt tot onnodig lijden bij de patiënt en hoge maatschappelijke kosten. Maar wat kunt u doen als het werkboek van Linehan te moeilijk blijkt? Komt u daar samen met de patiënt uit?

Vorm (hoe)

Deze workshop vergroot met behulp van theoretische achtergronden en casuïstiek uw kennis over diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een lager IQ. U leert hoé u wélke aanpassingen kunt aanbrengen om uw diagnostiek te verhelderen. Wanneer is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis? Wanneer verwijzen klachten naar een lager ontwikkelingsniveau? En wat zijn uw behandelmogelijkheden?

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop bent u op de hoogte van de allernieuwste informatie op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij zwakbegaafde patiënten. U weet welke aanpassingen u moet doen in de diagnostiek en wat u kunt doen om uw behandeling beter aan te laten sluiten.

Literatuurverwijzing

Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(2): 95-106. Wieland J, Van den Brink A, Zitman F.G. The Prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(8):599-604c

W14 Elektroconvulsietherapie, the state of the art

Dr. Bas Verwey¹ / Dr. Walter van den Broek² / Dr. Tom Birkenhäger² / Dr. Frank Grüne²

¹ Ziekenhuis Rijnstate Arnhem

² Erasmus Medisch Centrum

basverwey@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

ECT is een behandeling die toenemend kennis en vaardigheden van de uitvoerder vereist. De indicatiestelling met name bij patiënten met gecombineerde stoornissen en de risicofactoren worden behandeld aan de hand van de Richtlijn Elektroconvulsietherapie 2010. Technische aspecten als elektrodenplaatsing, bepaling van de insultdrempel en stimulusdosering passeren de revue in relatie tot het effect. Preoperatieve screening, anaesthesiemiddelen, interacties en bijwerkingen worden besproken met specifiek aandacht voor cardiovasculair gecompromitteerde patiënten. Zowel de behandeling van patiënten na succesvolle als niet-succesvolle ECT worden gepresenteerd, waaronder de indicatie en uitvoering van onderhouds-ECT.

Vorm (hoe)

Interactieve presentaties; entreetoets

Leerdoelen

Leren indiceren van ECT; inzicht verwerven in technische aspecten, anaesthesie en uitvoering van ECT; kennis vergaren over behandeling na ECT.

Literatuurverwijzing

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

W15 Samen sterk: dubbele diagnose = dubbel stigma. Welke bejegening past bij een verslaafde patiënt met een tweede psychiatrische stoornis?

drs. Manon Zonder^{p 1,2} / drs. Eva van Kemenade^{H 3}

¹ Afdeling Verslavingspsychiatrie NVvP

² IrisZorg

³ Stichting Samen sterk zonder Stigma

m.zonder@iriszorg.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Verslaving behoort tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen met de hoogste mortaliteit. Tegelijkertijd wordt over patiënten met verslaving het meest negatief geoordeeld van alle aandoeningen, inclusief psychiatrische stoornissen. Het stigma dat patiënten in de maatschappij tegenkomen bevindt zich ook in onze spreekkamer. Zowel patiënt als behandelaar brengen dit, al dan niet bewust, mee naar het consult. Daarnaast kan er ook nog sprake zijn van zelfstigmatisering door de patiënt. In deze workshop leert u waar de stigmatisering door wordt veroorzaakt, wat de impact is op het behandelcontact en resultaat van de behandeling. Tevens krijgt u praktische handreikingen met als doel de stigmatisering te verminderen.

Vorm (hoe)

In deze workshop zal een korte inleiding gegeven worden over stigmatisering door Leonieke van Boekel (Tranzo). Daarna zal Ahmet Turkmen, ambassadeur van Stichting samen sterk zonder stigma, als ervaringsdeskundige zijn toelichting geven op stigma. Aan de hand van stellingen wordt u aan het denken gezet op welke manier stigma in uw gesprekskamer aanwezig is. Besloten wordt met een praktische vertaalslag: wat kunt u doen om stigma aan te pakken?

Leerdoelen

- kennis: inzicht in de achtergrond van stigmatisering bij patiënten met een dubbele diagnose.
- vaardigheden: praktische handvatten om stigmatisering te verminderen

Literatuurverwijzing

- L.C. van Boekel, E.P.M. Brouwers, J. van Weeghel, H.F.L. Garretsen Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek, 489 - 497- Leonieke C. van Boekel^{1,*}, Evelien P.M. Brouwers¹, Jaap van Weeghel^{1,2,3} and Henk F.L. Garretsen¹ Article first published online: 28 SEP 2015 Health and sociale care in de community Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders within the Netherlands DOI: 10.1111/hsc.12279

W16 Psylink Hersenkrakers: obsessieve-compulsieve stoornis. Hoe hersenonderzoek leidt tot een beter begrip van psychiatrische symptomen en een slimmere behandeling

Dr. Hein van Marle^{1,2} / Dr. Metten Somers³

¹ GGZ inGeest

² VUmc

³ UMC Utrecht

H.vanMarle@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Tienduizenden hersenonderzoekers (een getal wat vele malen hoger ligt dan het aantal psychiaters) houden zich vanuit de cognitive neuroscience bezig met fundamenteel onderzoek naar zaken als angst, empathie, aandacht en beloning. De klinische verstoring van deze hersenfuncties vindt zijn plaats in de psychiatrie. Maar kunnen we vanuit dit onderzoek ook echt iets leren over psychiatrische ziekte? In de jaarlijks terugkerende workshopreeks Hersenkrakers, georganiseerd door NVvP platform Psylink, proberen we hier een antwoord op te vinden. Dit jaar: Snappen we meer van OCS als we meer begrijpen van de gerelateerde en aangedane hersenfuncties?

Vorm (hoe)

Per workshop wordt een ziektebeeld of -dimensie behandeld volgens een vast format. Een clinicus, ervaren met het ziektebeeld, introduceert een vignet. Vervolgens geeft een gerenommeerd hersenonderzoeker een aantal korte, maar inzichtelijke lezingen over de belangrijkste neurobiologische constructen die in verband kunnen worden gebracht met de stoornis. De clinicus en de onderzoeker proberen vervolgens samen de symptomatologie uit het vignet te begrijpen vanuit het onderzoek. Tot slot worden alle aanwezigen uitgenodigd om na te denken over hoe deze nieuwe inzichten kunnen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor behandeling. Dit jaar gaat het over OCS. Na de introductie van het vignet door OCD-expert dr. Odile van den Heuvel wordt u bijgepraat over recent onderzoek naar o.a. cortico-striatale circuits, cognitieve controle en response inhibitie. Dit gebeurt door brein-expert prof. Roshan Cools. Hoe begrijpen wij vanuit dit onderzoek de invaliderende symptomen uit het vignet, zoals de overschatting van dreiging, het repetitieve, compulsieve karakter van de klachten en het onvermogen dit te stoppen? Tot slot wordt gebrainstormd over recent ontwikkelde of toekomstige therapieën voor OCS, die geïnspireerd zijn op dergelijk onderzoek zoals diepe hersenstimulatie (DBS) en transcraniële magnetische stimulatie (TMS).

Leerdoelen

- Vanuit hersenonderzoek komen tot een dieper begrip van de symptomen van OCS en brainstormen over de implicaties daarvan voor de (toekomstige) behandelpraktijk van de psychiater.

Literatuurverwijzing

Geen

W17 Tijdschrift voor psychiatrie workshop: wetenschappelijk publiceren voor aios

dr. Boudewijn Bus¹ / drs. Livia de Picker²

¹ RadboudUMC

² Universiteit van Antwerpen

boudewijn.bus@radboudumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Binnen de CanMeds competentie “kennis en wetenschap” is beschreven dat elke medisch specialist binnen de opleiding moet leren medische informatie kritisch te beschouwen en de ontwikkeling en verbreding van medisch wetenschappelijke kennis te bevorderen. Een voor de hand liggende manier om deze competentie te ontwikkelen is om zelf artikelen te publiceren. Helaas gebeurt dat in de praktijk niet frequent, getuige het feit dat bij het tijdschrift voor psychiatrie in het afgelopen jaar slechts negen oorspronkelijke artikelen werden gepubliceerd met een aios als eerste auteur. Mogelijke redenen hiervoor zijn de beperkte mogelijkheden om binnen de opleiding data te verzamelen en/of een hoge ervaren drempel om het verrichte werk (wat doorgaans wel als eindreferaat wordt gepresenteerd) om te zetten in een artikel. Het schrijven van een referaat is een mooi alternatief om het wetenschappelijk denken te ontwikkelen en tevens een artikel te publiceren, terwijl er niet zelf data verzameld hoeft te worden. In deze workshop zullen we uitgebreider ingaan op de vraag hoe een artikel goed gerefereerd kan worden om zodoende de kans op acceptatie en publicatie te vergroten. Tevens zullen we aandacht besteden aan het schrijven van een goede gevalsbeschrijving. Dit is, naast het schrijven van een referaat, een andere laagdrempelige manier om te publiceren. De workshop is gericht op aios, maar kan ook nuttig zijn voor supervisors/opleiders die aios begeleiden bij het werken aan hun wetenschappelijke competenties.

Vorm (hoe)

We starten met het geven van een overzicht van de verschillende mogelijkheden voor aios om te publiceren in een peer reviewed tijdschrift. Daarna zullen we gezamenlijk, aan de hand van een tevoren opgestuurd artikel, op een interactieve manier het proces doorlopen om tot een publicabel referaat te komen. Daarna wordt nog stilgestaan bij de kenmerken van een goede gevalsbeschrijving. De workshop wordt verzorgd door twee (aios) leden van de redactie van het Tijdschrift voor Psychiatrie.

Leerdoelen

- Een overzicht krijgen van de mogelijkheden voor aios en supervisors van aios om een artikel te publiceren, ook wanneer er geen zelfstandig onderzoek wordt verricht.
- Vaardigheden ontwikkelen om een artikel adequaat te refereren en om te zetten in een publicabel referaat-
- Vaardigheden ontwikkelen om een goede gevalsbeschrijving te schrijven.

Literatuurverwijzing

geen

W18 Competentiegericht opleiden verhoogt de motivatie en pro-activiteit van psychiaters en verbetert hun levenslang welbevinden

MD Maurits Nys_{PH}¹ / Drs. Til Bleijendaal²

¹ Programmadirecteur Landelijk Onderwijsbureau NVvP

² onderwijskundige Landelijk Onderwijsbureau NVvP

M.Nijs@nvvp.net

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Er is een grote behoefte aan proactieve psychiaters die kunnen inspelen op de huidige turbulente veranderingen in de GGZ. Gemotiveerde psychiaters die van willen weten in een werkveld van toenemende productiedruk, emotionele belasting en discussie over de positie van de psychiater. Een belangrijke bijdrage aan een proactieve en gemotiveerde leerhouding wordt geleverd door het competentiegericht opleiden en bijscholen. Probleemgestuurd onderwijs en zelfmanagement zijn daarin belangrijke pijlers. Door veel collega's wordt de werkdruk als zeer zwaar ervaren (klachten van burn-out). Professionals die in staat zijn hun werkomgeving zó vorm te geven dat aan drie basisbehoeften wordt voldaan – te weten: autonoom kunnen handelen; participerende onderdeel zijn van een professioneel netwerk; en zich competent voelen – leveren een betere output, zijn gelukkiger en blijven langer gezond.

Vorm (hoe)

In een korte inleiding wordt een beeld geschetst van de principes van competentiegericht opleiden, en hoe deze passen in een praktijktheorie van menselijke motivatie in arbeidsomstandigheden. De deelnemers onderzoeken hoe zij zelf in het dagelijks werk staan en welke mogelijkheden zij ter beschikking hebben om hun intrinsieke motivatie te vergroten en een proactieve attitude te continueren.

Leerdoelen

Na de workshop is de deelnemer in staat: -de eigen motivatie voor het werk als psychiater te onderzoeken en de mate waarin hij/zij proactief is. - de kernwaarden benoemen die zij/hij hanteert en uitdraagt. - een persoonlijk leerplan op te stellen die de professionele groei stimuleert waarin pro-activiteit en motivatie aan de basis liggen

Literatuurverwijzing

R.A. Kusurmar, TH.J. Ten Kate, C.M.P. Vos, P. Westers, G. Croiset. How motivation affects academic performance: a structural equation modeling analysis. *Advances in Health Science Education* 2013; 18: 57-69.
Stephen Covey. De zeven eigenschappen van effectief leiderschap. Business Contact 2010.

W19 Relevantie van psychiatrische problematiek bij asielzoekers binnen de asielrechterlijke context

Drs Rembrant Aarts_{PH}^{1,2,3} / Drs Evert Bloemen^{4,5}

¹ Equator Foundation

² Stichting Centrum '45

³ Arq psychotrauma expert groep

⁴ instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO)

⁵ Pharos

r.aarts@arq.org

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Een belangrijk deel van de asielzoekers die naar Nederland komen heeft psychiatrische problematiek (1). Door de grote spreiding van asielzoekerscentra over Nederland krijgen diverse behandelaren in de GGZ hiermee te maken. Meestal gaat het bij deze groep om posttraumatische symptomatologie. Deze symptomen spelen op twee manieren een rol bij de asielaanvraag en -procedure: 1) problemen met geheugen en concentratie staan in de weg om goed het asielverhaal te vertellen (2); 2) de symptomen kunnen door de causale relatie met de traumatische ervaringen in land van herkomst psychiatrisch steunbewijs leveren voor de asielaanvraag (3,4). Onafhankelijk forensisch medische rapportages brengen dit medisch steunbewijs in kaart. De kennis over fysieke en psychische gevolgen van marteling en andere vormen van geweld kan op deze manier bijdragen aan de kwaliteit van de asielbeoordeling (5). De Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) doet nog weinig met deze kennis. Daar komt verandering in nu de overheid medisch onderzoek moet aanbieden als er aanwijzingen zijn dat iemand is gemarteld. Behandelaren in de GGZ kunnen deze aanwijzingen diagnostiseren en documenteren. Deze workshop is met name relevant voor psychiaters (i.o.) die te maken hebben met de zorg voor asielzoekers of zich bezig houden met forensisch rapporteren bij deze groep.

Vorm (hoe)

In de workshop zal stil gestaan worden bij psychiatrisch rapporteren binnen de asielrechtelijke context. Deze rapportages worden sinds 2012 in Nederland uitgevoerd door het instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO). Het iMMO volgt hierbij de internationaal opgestelde richtlijnen van het Istanbul Protocol (6). Na een uiteenzetting van het asielrechtelijke kader waarbinnen de rapportages plaatsvinden volgt er een interactief en praktisch gedeelte waarbij aan de hand van casuïstiek en een videofragment wordt geoefend met forensisch denken over beperkingen en causaliteit bij asielzoekers.

Leerdoelen

Na het volgen van de workshop bent u:

- Bekend met het belang en uitvoering van psychiatrische rapportages binnen het asielrechtelijke kader.
- In staat te beoordelen in hoeverre uw behandelinformatie relevant kan zijn voor de asielprocedure.
- In staat de meerwaarde van een forensisch psychiatrische rapportage in te schatten en hierover informatie te verstrekken.
- Bewust van het feit dat binnen uw reguliere praktijk het documenteren van psychische en lichamelijke gevolgen van marteling van groot belang is.

Literatuurverwijzing

1. Laban CJ (2010). Dutch Study Iraqi Asylum Seekers. Impact of a long asylum procedure on health and health related dimensions among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. An epidemiological study. Vrije Universiteit Amsterdam (academisch proefschrift). 2. Herlihy J & Turner SW (2007). Asylum claims and memory of trauma: sharing our knowledge. *British Journal of Psychiatry* 2007, 191: 3-4. 3. Bloemen E & Keunen A (2013). 'Ik heb alle bewijzen op mijn lichaam'. De eerste ervaringen na anderhalf jaar iMMO. *Asiel & Migrantenrecht*, 2013, 9:454-60. Zie ook: www.stichtingimmo.nl. 4. Goor j van (2014). Speuren naar symptomen. *Onderzoek naar sporen van trauma. De Psycholoog*, 2014 (november): 40-47. 5. J. Herlihy en S. Turner, Untested assumptions: psychological research and credibility assessment in legal decision-making, *European Journal of Psychotraumatology* 2015, 6: 27380 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.273806>. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 'Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and

Documentation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, New York, Geneva: United Nations 2004.

W20 Maligne katatonie, diagnostiek en behandeling

Dr. Bas Verwey¹ / Dr. Joep Tuerlings¹

¹Ziekenhuis Rijnstate Arnhem

basverwey@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

Interactieve presentatie ondersteund met videobeelden

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

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

W21 SCAN: Samen met de patiënt naar betere diagnostiek

Dr. Cees Rijnders^{PH} / Drs. Fokko Nienhuis²

¹ GGz Breburg

² Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG
rijnders@psilence.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

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

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

Geen

W22 Het behandelcontract: Shared Decision Making in de praktijk

Drs Ingeborg Siteur_{PH}¹ / Dhr Jan Boogaarts^{2,3}

¹ Antes

² Stichting Interactie

³ Bureau de Mat

ingeborg@familiehamers.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In een GGz die steeds programmatischer werkt neemt het risico toe op behandelingen die niet toegesneden zijn op de maat van de patiënt. De RVZ (ref) denkt dat Shared Decision Making die maat terugbrengt en ook zal bijdragen aan verlaging van zorgkosten. Een contract tussen zorgaanbieder en patiënt biedt mogelijkheden om af te bakenen op belangrijke gebieden van de behandeling: de doelstelling, de werkwijze, verdeling van taken en verantwoordelijkheden, wat als er niet geleverd of aangenomen wordt, tijd, etc. Het gaat er dus om van de psychiater en de patiënt serieuze contractpartners te maken. "Dat is niet altijd gemakkelijk: vanwege de traditioneel ongelijke relatie tussen arts en patiënt", stelt de RVZ. Daarbij spelen ook andere aspecten een rol, bijvoorbeeld de druk die de arts voelt om de patiënt te geven wat die vraagt, de moeite die de arts heeft met 'nee' zeggen, maar ook positieve en minder positieve tegenoverdracht. In de workshop demonstreren wij het contracteren met patiënten. De workshop gaat in op de volgende vragen: Wat is een contract in de context van een GGz behandeling? Hoe zorg je er ervoor dat de verantwoordelijkheden komen waar ze horen? Hoe houdt je de werkrelatie – nodig om het contract goed te kunnen uitvoeren – intact? Welke vaardigheden vraagt het van de psychiater om een contract te sluiten? Hoe kun je samenwerking of een gebrek daar aan herkennen? Hoe om te gaan met contractbreuk?

Vorm (hoe)

De deelnemer leert de grondregels van het 'contracteren' met behulp van 'de Mat'. De Mat is een (geaccrediteerde) leer methode die psychiaters kan helpen om de grenzen, waarbinnen een contract uitgevoerd kan worden, scherp in beeld te houden en daar in een zo vroeg mogelijk stadium aandacht aan te besteden. De deelnemer krijgt door deelname aan de workshop - in oefeningen - zicht op eigen mogelijkheden en valkuilen om het contract uit te voeren.

Leerdoelen

De deelnemer weet na de workshop - op beginners niveau - hoe hij een contract met een GGz patiënt op het gebied van behandeling kan maken. Hij weet hoe een contract tot stand komt en hoe het bewaakt en afgesloten kan worden.

Literatuurverwijzing

Rietveld, L., Gijsman, H., (2014). Training interactievaardigheden voor artsen in opleiding tot psychiater, in Tijdschrift voor Psychiatrie, jaargang 56, oktober 2014. Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2013). De participerende patiënt. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Smeerdijk, M., et al. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627-1636. Voskes, Y. (2011). Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ Nederland. Meijel, B. van. (2009). Effective interaction with patients with schizophrenia: qualitative evaluation of the interaction skills training programme. *Perspectives in Psychiatric Care*. 45(4), 254-61. Kuipers, T. (2003). Laat zien waar je staat. Training van interactievaardigheden voor de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*. 58(12), 1137 -1148.

W23 Samen werken aan samenwerken. Het vestigen van een bewuste en onbewuste werkrelatie volgens de ISTDP-methode

MD José Verpoort-Douw¹ / PhD Joy Oonk² / PhD Rogier Poels³

¹ PTC de Viersprong

² Centrum 45, Oegstgeest

³ GGZ Momentum

joseverdo@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

ISTDP is de internationaal gebruikte afkorting voor Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. De ISTDP werd ontwikkeld door Dr. H. Davanloo. Elke patiënt komt in behandeling met zowel angst als weerstanden. Vanuit vroege (hechtings)trauma's hebben veel patiënten geleerd elke intieme relatie te wantrouwen, zo ook die met de therapeut. Hierdoor lopen ze vaak vast in het leven, maar vaak ook in de therapie omdat het persoonlijk of diepgaand contact wordt vermeden. In deze workshop laten we zien hoe de werkrelatie van moment tot moment kan worden getaxeerd, welke bewuste en onbewuste signalen de patiënt laat zien en hoe de therapeut gebruik kan maken van deze signalen om de werkrelatie te vestigen en te verstevigen. Psychotherapie volgens het ISTDP-model hecht grote waarde aan een gelijkwaardige en actieve samenwerking tussen therapeut en patiënt. De patiënt is de deskundige van zichzelf, de therapeut is de deskundige op het gebied van therapeutische technieken en psychologische theorieën. De therapeut helpt de patiënt om aan de hand van concrete situaties de aandacht te richten op de specifieke mechanismen waarmee hij zichzelf ondermijnt, doordat eigen ideeën, eigen gevoelens en verlangens worden onderdrukt, vermeden worden, geen aandacht krijgen of verboden worden.

Vorm (hoe)

De workshop zal starten met een korte theoretische uitleg van het ISTDP-model. Aan de hand van videofragmenten van therapie sessies zal worden gedemonstreerd hoe de patiënt geholpen kan worden zijn angst te signaleren en te reguleren, hoe vluchtmechanismen worden geïdentificeerd, geclarificeerd en geconfronteerd en hoe de bewuste en onbewuste samenwerking tot stand komt. Daarna bestaat de mogelijkheid middels rollenspel met verschillende interventies te oefenen.

Leerdoelen

Aan het eind van de workshop kan de deelnemer

- een correcte assessment maken van de mate waarin angst gezond/ongezond gereguleerd wordt
- vluchtmechanismen herkennen en heeft kennis van interventies om deze te confronteren
- signalen van bewuste en onbewuste samenwerking herkennen en deze gebruiken om tot een betere werkrelatie te komen

Literatuurverwijzing

Abbass, A. (2015) Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques Davanloo, H. (2000) Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected Papers of Habib Davanloo MD, Chichester: John Wiley
Have – de Labije, J. ten, Neborsky, R.J. (2012) Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, Karnac
Have – de Labije, J. ten (2001) Red and green trafficlights on Davanloo's road to the Unconscious Part I. In: Have – de Labije, J. ten (Ed.) The Working Alliance in ISTDP: Whose intrapsychic Crisis? (p.41-50) Amsterdam
VKDP Frederick, R. (2014) Omarm je emoties Amsterdam, Uitgeverij Boom.

W24 Datamining en personalized medicin; hoe voorkom je GIGO

Dr. Koen Bocker¹ / Dr. Michael van den Boogaard²

¹ Alan Thuring Instituut Almere

² PsyQ Parnassia Groep

m.vandenboogaard@psyq.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Onder de motorkap van onze elektronische patiëntendossiers (EPDs) ligt een schat aan informatie verborgen. "Ready for the taking". Voeg daar nog de ROM gegevens aan toe en je bent spekkoper. Of toch niet? De verleiding om de gegevens uit het elektronische patiëntendossier te gebruiken is groot. Datamining technieken stellen ons in staat om in grote data sets gericht te zoeken naar (statistische) verbanden. In theorie kan je daarmee patiënten profielen opstellen voor het verbeteren van de zorg. Deze vorm van personalized of precision medicine kan ondersteund worden met clinical decision support systemen. Dergelijke systemen kunnen bijvoorbeeld een advies geven over de behandeling met de grootste kans op een positief behandelresultaat, gegeven de eigenschappen van een individuele patiënt. In de workshop worden enkele machine learning methoden en resultaten van toepassingen in de GGZ gepresenteerd. Maar zonder goede voorbereiding is de kans dat we te maken krijgen met "Garbage In, Garbage Out" (GIGO) niet denkbeeldig. Denk bijvoorbeeld aan de onrust die ontstond over het gebruik van maagzuurremmers naar aanleiding van een analyse van de medische gegevens van enkele honderdduizenden patiënten. In de publicatie werd geconcludeerd dat de groep die een bepaalde soort maagzuur middelen slikte een 16 procent hoger risico op een hartaanval had. Cum hoc ergo propter hoc? Andere onderzoekers meenden van niet. Zo hadden de onderzoekers niet gekeken naar andere medicijnen die de patiënten gebruikten terwijl maagzuurremmers typisch voorgeschreven worden om de bijwerking van andere medicatie tegen te gaan. GIGO meenden zij dus, in dit geval een schijnsamenhang door a priori groepsverschillen. Data mining van het EPD is dus geen wonderolie. Als je genoeg gegevens analyseert is er altijd wel een statistisch verband te vinden. En zelfs als dat niet op toeval berust wil dat niet zeggen dat er een oorzakelijk verband is. Het feit dat er altijd wel een verband te vinden is bergt meer risico's in zich. Zonder daarbij uitpuddend te willen zijn noemen we er nog een paar. Data-mining is vaak exploratief, gedreven door de data en niet door a priori en falsifieerbare hypothesen. Het resultaat is een hypothese, zoals in het onderzoek naar maagremmers. Die hypothese moet nog in een prospectief design getoetst worden. Veel datamining technieken hebben hiervoor wel een meer of minder strikte ingebouwde controle. Maar ook dan blijven er vragen: lenen de data zich dan voor het beantwoorden van de a posteriori vraag, en hoe representatief zijn de resultaten, komen alle doelgroepen er wel in de juiste verhoudingen in voor. Tenslotte gaat de workshop in op hoe de eisen van personalized medicine zich verhouden tot fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar algemeen geldende oorzakelijke verbanden en toegepast onderzoek ten bate van clinical decision support.

Vorm (hoe)

In de workshop wordt door de auteurs aandacht besteed aan de geschetste problemen. Deels aan de hand van voorbeelden uit de literatuur, deels aan de hand van de ervaringen die zij hebben opgedaan bij het analyseren van een bestaande datasets in de GGZ. Verder gaan zij in op de opbouw van de dataset die zij thans aan het inrichten zijn in het kader van het Enigma project bij het programma stemmingsstoornissen van PsyQ. De stof wordt verlevendig rondom drie stellingen¹. Data mining is toch Garbage in Garbage out². Cum hoc ergo Propter Hoc³. Data mining in het epd mag dat wel?

Leerdoelen

Inzicht in de mogelijkheden en methoden van datamining in het EPD
Het herkennen van valkuilen bij het toepassen van datamining in het epd
Weten welke stappen je moet nemen om een goede data set op te bouwen
Weten waar je op moet letten bij het valideren van de gegevens

Literatuurverwijzing

Andreescu, C., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Whyte, E. M., Mazumdar, S., Dombrovski, A. Y., ... Reynolds, C. F. (2008). Empirically Derived Decision Trees for the Treatment of Late-Life Depression. *American Journal of*

Psychiatry, 165(7), 855–862. Lambin, P., van Stiphout, R. G., Starmans, M. H., Rios-Velazquez, E., Nalbantov, G., Aerts, H. J. e.a. (2013). Predicting outcomes in radiation oncology--multifactorial decision support systems. *Nat.Rev.Clin Oncol.*, 10, 27-40.Osei-Bryson, K.-M. (2004). Evaluation of decision trees: a multi criteria approach. *Computers & Operations Research*, 31, 1933-1945.Peeters, F. P., Ruhe, H. G., Beekman, A. T., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F. e.a. (2012). [Staging and profiling of unipolar depression]. *Tijdschr.Psychiatr.*, 54, 957-963.Ruhe, H. G., van, R. G., Spijker, J., Peeters, F. P., & Schene, A. H. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *J.Affect.Disord.*, 137, 35-45.Tiemens,B., Böcker, Kloos, European Journal for Person Centered Healthcare (2015). Prediction of treatment outcome in daily generalized mental health care practice: first steps towards personalized treatment by clinical decision support. (2013). *Eur. J Person Centered Healthcare*, in press

W25 Neuropsychologische screeners voor psychiaters

Drs. MSc. Joris van der Vlugt^{1,2} / MSc. Laura Huisman - Schellekens¹

¹ Antes

² Maasstadziekenhuis

jorisdvvlugt@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Cognitieve stoornissen komen bij bijna ieder psychiatrisch ziektebeeld voor(1). Vroeger werd gedacht dat het cognitief disfunctioneren een bijkomend symptoom was van het psychiatrisch ziektebeeld. Tegenwoordig is er steeds meer evidentie dat het verloop van de cognitieve problemen niet volledig congruent is met het psychiatrisch ziektebeeld. Zo kan een delirium een voorbode zijn van een neurodegeneratieve ziekte(2). Daarnaast kunnen patiënten na een depressieve episode blijvende cognitieve problemen ondervinden (3,4). Het uitvragen van (milde) cognitieve problemen bij psychiatrische ziektebeelden wordt vaak door psychiaters zelf gedaan. Minder gebruikelijk is objectiveren van cognitief functioneren met neurocognitieve screeners. Deze screeners geven, mits getraind, snel een betrouwbaar beeld van verschillende cognitieve domeinen.

Vorm (hoe)

Tijdens de workshop zult u kennis maken met een aantal cognitieve screeners. Deze zijn in samenwerking met Prof. Dr. Andre Aleman uitgekozen. Tijdens de workshop zal worden ingegaan op de wijze van afname en hoe de resultaten vervolgens te interpreteren en wat dit betekent voor de praktijk. Aan de hand van een aantal veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden willen we u meenemen in hoe deze screeners kunnen worden ingezet.

Leerdoelen

- 1) Het correct afnemen van de neuropsychologische screeners.
- 2) De zin en onzin van het inzetten van screeners in de psychiatrische praktijk.

Literatuurverwijzing

1. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(7):1122-1130. 2. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-922. 3. Jaeger J, Berns S, Uzelac S, Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2006;145(1):39-48. 4. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F, Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):183-189.

W26 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), een psychotherapie specifiek gericht op het aanpakken van de interactionele problematiek van chronisch depressieve patiënten

Dr. Anneke van Schaik_P¹ / Dr. Jenneke Wiersma_H¹

¹ GGZinGeest

j.wiersma@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

CBASP is een psychotherapievorm die speciaal ontwikkeld is voor patiënten met een chronisch verlopende depressie. Achtergrond van de methode is dat chronisch depressieve patiënten vaak moeilijk te betrekken zijn in de reguliere psychotherapieën voor depressie. Specifieke technieken zijn noodzakelijk om het ontwijkende gedrag van deze patiënten te doorbreken. CBASP integreert technieken uit de cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en de psychodynamische psychotherapie en voegt daaraan ook minder conventionele strategieën toe zoals de techniek 'Gedisciplineerde Persoonlijke Betrokkenheid tonen'. De methode is in meerdere studies effectief gebleken en biedt therapeuten goede handvatten om de moeilijke groep van chronisch depressieve patiënten te behandelen.

Vorm (hoe)

Het behandelprotocol van CBASP zal worden toegelicht en geïllustreerd met video materiaal. Verder zullen een aantal voor CBASP specifieke technieken worden geoefend. Verschillen met bestaande psychotherapievormen zullen worden bediscussieerd.

Leerdoelen

Meer inzicht verkrijgen in de specifieke problematiek van chronisch depressieve patiënten en kennismaken met CBASP.

Literatuurverwijzing

McCullough, J. P. (2000). Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: The Guilford Press. Wiersma, J. E. e.a., (2015). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 2014.

W27 Neurologie voor de (ouderen)psychiater

Laura Breuning / Jan Pieter Ter bruggen¹ / Thom Timmerhuis¹ / Martijn Bevers² / Marcel Garssen¹
¹ Neuroloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis
² Ouderenpsychiater, Reinier van Arkel
l.breuning@reiniervanarkel.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De zenuwarts is een uitstervende specialist. Maar is dit wel zo verstandig? Zowel de neurologen als de psychiaters houden zich bezig met hersenziekten. Door de versmalling van de opleiding verliezen we elkaars terrein uit het oog. Terwijl vele neurologische en psychiatrische aandoeningen zich bevinden op de scheidslijn tussen deze 2 specialismen. Zo Tijdens deze workshop gaan we dieper in op bepaalde onderwerpen binnen de neurologie die nuttig zijn voor de (ouderen)psychiater.

Vorm (hoe)

Er zullen verschillende neurologische onderwerpen aan bod komen, die nuttig zijn in de dagelijkse praktijk van de (ouderen)psychiater. Hierbij kun je denken aan epilepsie vs NES, non motor symptoms bij de ziekte van parkinson en (functionele) bewegingsstoornissen.

Leerdoelen

Aan het einde van de workshop zijn bovenstaande onderwerpen bruikbaar voor herkenning en diagnostiek in de dagelijkse praktijk.

Literatuurverwijzing

Neurologie, hijdra e.a. derde herziene druk

W28 Samen beter op weg: wat leren we over autisme, verwerking van prikkels en ontwikkeling van kinderen met syndromen?

Leontine ten Hoopen^{H1} / Dr. Pieter de Nijs^{P1} / Dr. Sabine Mous² / Dr. Agnies van Eeghen^{3,4} / André Rietman²

¹ kinder- en jeugdpsychiater, ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam: afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie

² neuropsycholoog, ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam

³ arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), ENCORE Expertisecentrum Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam

⁴ De Hartenkamp Groep, Haarlem

l.tenhoopen@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De oorzaken van autisme, leer- en gedragsproblemen bij kinderen zijn nog grotendeels onbekend. Ook al wordt hier veel onderzoek naar gedaan, toch is er nog weinig zicht op duidelijk verklaringenmodellen. Syndromen door één bekende genmutatie, een grotendeels bekend moleculair mechanisme en hoge prevalentie aan autisme, leer- en/of gedragsproblemen bieden hierin een kansrijke zoektocht naar verklaringen, effectieve behandelingen en preventieve interventies. Binnen het expertisecentrum ENCORE (Erfelijke Neuro-Cognitieve Ontwikkelingsstoornissen Rotterdam Erasmus MC) werken verschillende medisch specialisten, waaronder psychiaters, en wetenschappers samen rond specifieke patiëntengroepen met zeldzame erfelijke syndromen. Vaak is er ook een nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties en regionale zorginstellingen. Zo worden er bijvoorbeeld al jaren kinderen met neurofibromatose, tubereuze sclerose en het Angelman syndroom gezamenlijk onderzocht en behandeld. Deze kruisbestuiving tussen de klinische praktijk en de wetenschap heeft twee grote, samenhangende voordelen. Ten eerste kan er veel gerichter gezocht worden naar oorzaken en verbanden. Ten tweede kan deze kennis ook weer gebruikt worden voor autisme, epilepsie, problematische prikkelverwerking, gedragsproblemen en/of verstandelijke beperking bij kinderen zonder een bekend syndroom. Misschien zijn we hierdoor in de toekomst in staat om autisme te genezen of verstandelijke beperking te voorkomen.

Vorm (hoe)

De workshop belicht het samenwerkingsverband vanuit drie verschillende invalshoeken met aansluitend een discussie tussen de deelnemers en sprekers over de mogelijkheden en uitdagingen van deze aanpak, als ook de wensen van het veld: 1. Inleiding (P. de Nijs); 2. Autismen en verstandelijke beperking bij genetische syndromen (S.E. Mous en L. ten Hoopen); 3. Resultaten van experimentele medicatie tegen epilepsie en cognitieve problemen bij kinderen met tubereuze sclerose (M.C.Y. de Wit); 4. Problematische prikkelverwerking over de grenzen van erfelijke syndromen heen (A. Rietman); 5. Discussie met deelnemers en sprekers: tips en tricks

Leerdoelen

- Kennis van de kracht en mogelijkheden van dit soort multidisciplinaire samenwerkingsverbanden;
- Internationale stand van wetenschap en ontwikkelingen bij kinderen met erfelijke syndromen;
- Mogelijke implicaties van de onderzoeksbevindingen op de dagelijkse praktijk

Literatuurverwijzing

- Gipson TT, Poretti A, Thomas EA, Jenkins KT, Desai S, Johnston MV. Autism Phenotypes in Tuberous Sclerosis Complex: Diagnostic and Treatment Considerations. *Journal of Child Neurology* 2015 Aug 24. pii: 0883073815600871. [Epub ahead of print]- Richards C, Jones C, Groves L, Moss J, Oliver C. Prevalence of autism spectrum disorder phenomenology in genetic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2015 Sep 1. pii: S2215-0366(15)00376-4. doi:10.1016/S2215-0366(15)00376-4. [Epub ahead of print]- van der Vaart T, Plasschaert E, Rietman AB, Renard M, Oostenbrink R, Vogels A, de Wit MC, Descheemaeker MJ, Vergouwe Y, Catsman-Berrevoets CE, Legius E, Elgersma Y, Moll HA. Simvastatin for cognitive deficits and behavioural problems in patients with neurofibromatosis type 1 (NF1-SIMCODA): a

randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurology* 2013 Nov; 12(11): 1076-83. doi:10.1016/S1474-4422(13)70227-8. Epub 2013 Oct 1

W29 Regiebehandelaarschap: een panacee?

mr. dr. Emke Plomp^{1,2}

¹ Psychiater, Altrecht, Crisisdienst Zeist

² Juridisch adviseur, docent en onderzoeker gezondheidsrecht, Psycholex B.V.
emkeplomp@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Met het advies 'Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep' van de Commissie-Meurs heeft de discussie over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ een nieuwe wending gekregen. De focus is verplaatst van de bekostiging naar de kwaliteit van de zorg. Het begrip hoofdbehandelaar wordt vervangen door de term regiebehandelaar. Daarmee krijgt het echter ook een andere inhoud. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar en de verhouding tussen de regiebehandelaar en de andere behandelaren worden vastgelegd in een kwaliteitsstatuut. Individuele instellingen hebben tot 1 januari 2017 de tijd om het model kwaliteitsstatuut dat door de betrokken brancheorganisaties is opgesteld verder te verfijnen en af te stemmen op hun eigen visie en werkwijze. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren worden verplicht om met een grotere instelling een samenwerkingsovereenkomst te sluiten, waardoor het kwaliteitsstatuut ook op hen van toepassing wordt. Voor psychiaters is het belangrijk om zich actief te bemoeien met het opstellen van het kwaliteitsstatuut binnen hun instelling. Of de kwaliteit van de zorg inderdaad verbetert en of de tuchtrechtelijke risico's voor psychiaters inderdaad – zoals de Commissie-Meurs stelt – beperkt blijven, is immers in sterke mate afhankelijk van de wijze waarop het kwaliteitsstatuut zal worden vormgegeven. In deze workshop wordt allereerst een overzicht gegeven van de inhoud en implicaties van de nieuwe regeling. Wat is het verschil tussen een hoofdbehandelaar en een regiebehandelaar? Welke professionals kunnen regiebehandelaar worden? Welke gevolgen heeft dit voor de positie van psychiaters binnen een instelling en voor vrijgevestigde psychiaters? Wat zijn de tuchtrechtelijke risico's? Vervolgens worden concrete handvatten gegeven voor het opstellen van het kwaliteitsstatuut. Waar moet u op letten? Welke aspecten zijn belangrijk voor de kwaliteit van de zorg? Hoe kunt u de tuchtrechtelijke risico's beperken? Ten slotte wordt een voorlopige evaluatie gemaakt. In hoeverre biedt de nieuwe regeling een oplossing voor de bestaande knelpunten? Wat is er eventueel nog meer nodig om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren?

Vorm (hoe)

1. Inleiding over de introductie van het regiebehandelaarschap en de consequenties voor de praktijk;
2. Handvatten voor het opstellen van het kwaliteitsstatuut;
3. Interactief gedeelte, waarin tips en ideeën kunnen worden uitgewisseld en uitgebreid ruimte bestaat voor discussie en vragen.

Leerdoelen

Na afloop van de workshop weet u wat de introductie van het regiebehandelaarschap voor u als psychiater – in zowel juridisch als praktisch opzicht – betekent en waar u op moet letten bij het opstellen van het kwaliteitsstatuut in uw eigen instelling.

Literatuurverwijzing

1. P.L. Meurs, J. Legemaate & W.A.B. Stalman (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ), 'Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep', 18 mei 2015
2. E. Plomp, 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar en kwaliteitsstatuut in de GGZ', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2015(39), nr. 7, p. 512-528

W31 Aanpak kindermishandeling kan niet zonder GGZ

drs. Linda Vogtlander_{PH}¹ / drs. Sander van Arum¹ / drs. Katinka Lünemann² / drs. Suzanne Tan³

¹ De Waag Nederland

² Verwey-Jonker Instituut

³ Bureau Tangram

linda.vogtlander@versatel.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De belangrijkste risicofactor bij kindermishandeling is psychopathologie bij de ouders: psychiatrische stoornissen, middelenmisbruik en verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en cognitieve beperkingen. Het meemaken van kindermishandeling in de vroege jeugd is de belangrijkste voorspeller voor het krijgen van lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen en voor het disfunctioneren op een of meerdere levensgebieden tijdens de levensloop. De aanpak van de structurele onveiligheid en de meervoudige problematiek in deze gezinnen vraagt om de inzet van generalisten en specialisten. Wil deze inzet effect hebben, dan moet de zorg op elkaar afgestemd worden. De professionals moeten elkaar vinden op de inhoud van de problemen, op de aard en de formulering van de doelen waar zij aan gaan werken en op welk moment in de tijd dit gaat gebeuren. De professionals moeten gezamenlijk ook het proces van de continuïteit van zorg in stand houden. Dat is een opdracht waarnaar we tot heden in Nederland nog zoekende zijn. Ontwikkelaars en onderzoekers binnen het domein van huiselijk geweld en kindermishandeling presenteren in deze workshop twee innovatieve werkwijzen die potentieel sturend zijn in de ketenzorg rond gezinnen waar sprake is van structurele onveiligheid. Dit zijn het triage-instrument Veilig Thuis en de GIPS. Het triage-instrument Veilig Thuis onderbouwt de screening van de doelgroep 'structureel ernstig onveilig gezinnen'. Deze gezinnen worden al jaren rondgepompt in en buiten de zorg en worden steeds weer opnieuw aangemeld bij Veilig Thuis. Deze gezinnen hebben een gerichte Multidisciplinaire Aanpak van de veelheid van problemen nodig die aan de onveiligheid ten grondslag liggen, bij voorkeur binnen een drangkader. Een drangkader impliceert dat de regie bij de Jeugdbescherming ligt. De GIPS is een methodiek voor Gestructureerde & Gezinsgerichte Intersectorale Professionele Samenwerking. Het gebruik van het triage-instrument Veilig Thuis en de GIPS beogen het nemen van regie op veiligheid en regie op risico-gestuurde multidisciplinaire zorg voor het gehele gezinssysteem. Beide werkwijzen ondersteunen de samenwerking tussen de professionals uit het veld van de GGZ met de professionals uit het brede veld van de Jeugdzorg en met de collega's van de lokale generalistische zorg.

Vorm (hoe)

Presentatie van de visie die ten grondslag ligt aan een gefaseerde aanpak van geweld en onveiligheid door ketensamenwerking. Uitleg over de methodiek van de GIPS door de beveiligde intersectorale digitale werkomgeving GIPSONline te demonstreren waar samen met de professionals en de gezinnen in gewerkt wordt. Presentatie van de onderzoeksresultaten van de pilot met de GIPS van 15 gezinstrajecten gedurende 1 tot 2 jaar. De deelnemers ontvangen vooraf het triage-instrument Veilig Thuis met de Handleiding en een casus ter oefening. Tevens wordt een samenvatting toegezonden van de onderzoeksbevindingen van het Verwey-Jonker Instituut over de effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4.

Leerdoelen

- Bij structurele onveiligheid in gezinnen is een gefaseerd hulpaanbod noodzakelijk om het geweldspatroon te doorbreken.
- Bij structurele onveiligheid moet eerst het geweld gestopt worden en de veiligheid hersteld, voordat risico-gestuurde zorg kan volgen.
- Deze integrale systeembehandeling moet resultaatgericht zijn en op maat uitgevoerd worden door professionals die werken binnen een netwerk van organisaties die zich geïnteresseerd hebben om resultaatgericht te werken voor deze doelgroep.
- Deze ketensamenwerking gericht op directe en op duurzame veiligheid bestaat uit stapsgewijs methodisch teamwork door generalisten en specialisten, vanaf Veilig Thuis, met achtereenvolgens politie, kinderarts, school, psychiater, traumaspecialist, plegerbehandeling, e.a. samen met het gezin en zijn netwerk.

Literatuurverwijzing

Tierolf, B. Lünemann, K. & Steketee, M. (2014). Doorbreken van geweldspatronen vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4. Verwey-Jonker Instituut.

Vogtländer, L. Arum van, S. & Lünemann, K. (2015). Triage Veilig Thuis bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik (landelijk prototype 0.6), pp.1-26. GGD GHOR Nederland. Vogtländer, L. & Arum van, S.

Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risico-gestuurde zorg. Een lange termijnvisie op ketenzorg bij huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik (2016). GGD GHOR (publicatie in voorbereiding).

Vogtländer, L. Tan, S. & Lünemann, K. (2016). Onderzoekresultaten pilot de GIPS (publicatie in voorbereiding)

W32 Suïcidale jongeren: samen met de ouders bieden we weer perspectief

drs Jan Meerdinkveldboom_{PH}¹ / - Ineke Rood²

¹ n.p.

² RINO Amsterdam

jan@mdvb.demon.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Suïcidale jongeren onderhouden vaak minder goede relaties met ouders. Dat versterkt het risico op een slechte afloop. Als we hun ouders bij de hulp betrekken kan onderzocht worden of deze relaties verbeterd of hersteld kunnen worden. Het besef belangrijk te zijn voor anderen en het ervaren dat anderen voor hen belangrijk zijn, biedt hen weer hoop en perspectief. Daardoor nemen de risico's af en wordt behandeling van onderliggende en bijkomende problemen weer haalbaar.

Vorm (hoe)

Na een korte uiteenzetting over de achtergronden van suïcidaal gedrag, incl. de vaak voorkomende gezinsproblemen, wordt geoefend en gedemonstreerd om met de techniek van circulair vragen, de binnen het gezin bestaande emotionele aspecten van het suïcidaal gedrag in de therapieruimte bespreekbaar te maken. Daarbij oefenen de deelnemers met zowel de gesprekstechniek als met de aard van de vragen die tot herstel van de verbindingen leiden.

Leerdoelen

- durven gevoelige en confronterende vragen te stellen in gesprek met het gezin
- de vaardigheid ontwikkelen om circulaire vragen te stellen-ervaren dat deze werkwijze zowel bijdraagt aan de diagnostiek (incl. die van risicotaxatie) maar tevens de start is van betere behandel mogelijkheden.

Literatuurverwijzing

J.Meerdinkveldboom, I.Rood en A.Kerkhof: Suïcidale jongeren. Individuele en gezinsbehandeling (voorjaar 2016)

W33 Intensive Home Treatment IHT: ervaringen met ambulante opname-voorkomende crisisinterventie

Jurgen Cornelis^{1,2} / Lianne Boersma³ / Elanathan Prinsen⁴

¹ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

² Arkin

³ GGZ Noord-Holland-Noord

⁴ Dimence GGZ, Deventer

jurgen.cornelis@arkin.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het ambulant i.p.v. klinisch, behandelen van mensen met psychische problemen wordt binnen de GGZ steeds meer ontwikkeld, gedreven door inhoudelijke motieven (mensen worden beter in hun natuurlijke omgeving) en ook door financiële. Dit heeft onder andere geleid tot de vorming van Intensive Home Treatment (IHT) teams in Nederland. Middels een intensieve behandelperiode van maximaal 6 weken, proberen deze teams acute opnames te voorkomen en de opnameduur bij klinisch opgenomen patiënten te verkorten. Inhoudelijk bestaat de behandeling met name uit structurering, activering, maatschappelijke ondersteuning en farmacotherapie. Daarnaast is de interventie systeemgericht. Samen met patiënt en zijn naasten, en ook mogelijk aanwezige hulpverleners, wordt aan het begin van de behandeling gezamenlijk een behandelplan gemaakt dat aan het einde ook weer gezamenlijk geëvalueerd wordt. Hierdoor sluit de behandeling aan bij eenieders behoefte en mogelijkheden en wordt continuïteit van behandeling gegarandeerd.

Vorm (hoe)

Vanuit het platform IHT Nederland zullen door verschillende sprekers in een aantal korte inleidingen worden ingegaan op wat een IHT team is en zullen de verschillende successen en dilemma's in het organiseren van en werken in een IHT team belicht worden. Verder zal er ruimte zijn voor discussie en uitwisselen van ervaringen.

Leerdoelen

Aan het einde van de workshop hebben deelnemers duidelijk een beeld van wat een IHT team is, welke successen behaald kunnen worden en tegen welke dilemma's men aan kan lopen.

Literatuurverwijzing

Johnson, S., 2013. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*. 19, 115-123

W34 Een instrument voor systematische kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide

dr. Marieke de Groot_{PH}^{1,2} / dr. Remco de Winter^{1,3}

¹ Vrije Universiteit afdeling klinische psychologie

² GGZ Drenthe

³ GGZ Parnassia

mariekedegroot@ziggo.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDBSG) beveelt aan om de zorg die is verleend aan een patiënt die zich tijdens of (kort) na de behandeling in de GGZ heeft gesuïcideerd in multidisciplinair verband te evalueren. Deze aanbeveling is gebaseerd op onderzoek dat aantoonde dat dit kan leiden tot een afname van suïcide. KEHR SUICIDE is een data-gestuurde methode gebaseerd op de MDBSG en is ontwikkeld om: -systematisch zicht te krijgen op de wijze van handelen rond de suïcide van een patiënt;-op basis hiervan de dialoog over de omgang met suïcidaal gedrag te stimuleren-gewenste veranderingen mbt de omgang met suïcidaal gedrag op individueel -, team- en instellingsniveau te formuleren. Naast het systematisch in kaart brengen van het daadwerkelijke handelen rond suïcide, worden data verzameld voor langlopend onderzoek on the spot, waarmee instellingen kwalitatieve en kwantitatieve informatie verzamelen over zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag. Na een succesvolle pilot in GGZ Drenthe in 2014 is het instrument online beschikbaar gekomen via www.mijnkehr.nl Diverse GGZ- instellingen maken op dit moment gebruik van de online toepassing en de ambitie is om de effectiviteit van het instrument te toetsen via wetenschappelijk onderzoek. In de workshop wordt: - de wetenschappelijke achtergrond van het instrument toegelicht; - de KEHR SUICIDE methode op interactieve wijze gedemonstreerd; de plannen voor het onderzoek naar de effectiviteit gepresenteerd. In de discussie worden deelnemers uitgenodigd een bijdrage te leveren aan de vraag wat kan helpen om het gebruik van KEHR SUICIDE in instellingen te bevorderen. - gereflecteerd op de follow-up ervaringen met KEHR SUICIDE;

Vorm (hoe)

College Interactieve sessie Discussie

Leerdoelen

Na de workshop: kunnen deelnemers het doel en de achtergrond van het KEHR instrument beschrijven, weten deelnemers hoe het instrument werkt en wat nodig is om het in hun organisatie te gebruiken, kunnen deelnemers beschrijven hoe het instrument zich verhoudt tot recente ontwikkelingen met betrekking tot de voortgang van de implementatie van de richtlijn in de GGZ, kunnen deelnemers beschrijven op welke wijze de effectiviteit van het KEHR instrument wordt onderzocht, kunnen deelnemers afweging of het KEHR instrument in hun organisatie kan bijdragen aan verbeterde methoden om suïcidaal gedrag te behandelen.

Literatuurverwijzing

De Groot MH. de Winter RFP, Van der Plas W, Kerkhof AJFM. KEHR SUICIDE: KWALITATIEVE EVALUATIE VAN HET HANDELEN ROND SUÏCIDE. DATAGESTUURD EVALUEREN EN LEREN VAN SUÏCIDES. RESULTATEN VAN EEN PILOT STUDIE (in druk)

W35 Verslavingsrichtlijnen in het Nederlands taalgebied: samen over grenzen!

Dr. Arnt Schellekens¹ / Dr. Peter Joostens² / Dr. Anneke van Wamel³

¹ Radboud umc, Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction

² Broeders Alexianen

³ Trimbos Instituut

arnt.schellekens@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De afgelopen jaren heeft de zorg voor patiënten met verslavingsproblematiek een enorme professionalisering doorgemaakt. De ontwikkeling van richtlijnen is daar een onderdeel van. Er zijn zowel in België als in Nederland verschillende richtlijnen ontwikkeld op het gebied van verslavingsproblematiek, waaronder ook de richtlijnen ADHD en verslaving (vlaamse vereniging alcohol en drugsproblemen) en de herziening van de richtlijn detoxificatie (resultaten scores/NVvP). Tevens is recentelijk in Nederland gestart met de vertaling van richtlijnen in zorgstandaarden en de ontwikkeling van zogenaamde Generieke Modules. In deze workshop wordt u bijgepraat over de stand van zaken op het gebied van richtlijnontwikkeling op het gebied van zorg voor patiënten met verslavingsproblematiek. Hierbij komen onder andere de volgende richtlijnen aan de orde:- revisie Richtlijn Detox (Resultaten Scores)-Richtlijn ADHD en verslaving (Vlaamse Vereniging voor Alcohol en Drugsproblemen)-Generieke Module Dubbele Diagnose (Trimbos Instituut)De workshop begint met een korte inleiding over beide richtlijnen door een van de commissieleden van deze richtlijnen. Hierin worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen voor u samengevat en worden tevens de grootste dilemma's geschetst. Na de inleidingen volgt een discussie over de zin en onzin van de implementatie van deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Verschillen tussen de situatie in Vlaanderen en Nederland worden daarbij aangehaald als leerpunten.

Vorm (hoe)

In deze workshop zullen leden van de betreffende richtlijncommissie u bijpraten over de recente ontwikkelingen en belangrijkste inzichten per richtlijn, zorgstandaard of generieke module. Tevens zullen verschillen en overeenkomsten in richtlijnen tussen België en Nederland aan de orde komen in een interactieve uitwisseling met het publiek. Aan de hand van casuïstiek zal met u worden stilgestaan bij de implementatie van deze richtlijnen in uw dagelijkse praktijk.

Leerdoelen

- Kennis nemen van recente richtlijnontwikkelingen omtrent verslaving
- Kennis nemen van verschillen in richtlijnen omtrent verslaving tussen België en Nederland
- Ontwikkelen van vaardigheden die bijdragen aan implementatie van richtlijnen omtrent verslaving in de dagelijkse praktijk
- Inzicht verkrijgen in het veld van richtlijn ontwikkeling

Literatuurverwijzing

-Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemenRichtlijnen voor de klinische praktijk (2010), VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen-Richtlijn Detox (2016), Resultaten Scores/NVvP-Generieke Module Integrated Dual Disorder Treatment (2016), Trimbos Instituut

W36 Wat gaat de ggz-professional doen met de vluchtelingen die hulp nodig hebben?

Dr. Mario Braakman^{1,2} / Dr. Trudy Mooren³ / Dr. Jeroen Knipscheer^{4,5}

¹ Pro Persona

² NVvP

³ Centrum '45

⁴ Arq

⁵ Universiteit Utrecht

a.vanspanje@kenniscentrum-kjp.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In korte tijd is de instroom van vluchtelingen en asielzoekers enorm toegenomen, met name uit Syrië en Eritrea zijn veel nieuwkomers. Onder de vluchtelingen zijn veel mensen die met oorlogservaringen zijn geconfronteerd; de kans op psychotrauma is groot. Niet alleen in het land van herkomst, ook tijdens de vlucht hebben zich schokkende ervaringen voorgedaan. Deze workshop wil aan de hand van drie korte bijdragen aanzetten tot een interactie en discussie over de verantwoordelijkheid en mogelijkheden voor GGZ professionals in deze humanitaire crisis. De eerste bijdrage (Dr. Mario Braakman) biedt een schets van achtergrond, organisatie en zorg binnen het Nederlandse 'asielsysteem'. Recent is in Nederland een nieuw fenomeen ontstaan: acute ggz zorg bij grote aantallen asielzoekers die vers binnen zijn. Eerste ervaringen in de grootste noodopvang (Nijmegen) worden gedeeld. In de tweede bijdrage wordt kort ingegaan op de specifieke noden van kinderen en gezinnen. Hoe kan sociale steun rond ouderschap en omgaan met stressvolle omstandigheden maximaal worden bevorderd? Dr. Trudy Mooren presenteert de theoretische achtergronden en de praktijkervaringen met meergezinsgroepen die sociale steun na psychotrauma bij vluchtelingen in eigen culturele context goed faciliteren. In de derde bijdrage tot slot bespreekt dr. Jeroen Knipscheer het belang van cultuursensitief handelen bij deze groep patiënten. Behandelingen die cultureel worden aangepast en het vergroten van culturele competenties bij professionals zou tot beter behandelresultaat kunnen leiden dan nu vaak wordt gerealiseerd. Hoewel methodologische beperkingen een definitieve uitspraak over de effectiviteit van de cultuursensitieve methodiek nog in de weg staan, kan worden vastgesteld dat er inmiddels veel kennis en expertise is ontwikkeld rond de vraag waaruit een cultuursensitieve behandelingsaanpak zou moeten bestaan. Deze workshop is een initiatief van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie in samenwerking met Arq Psychotrauma Expert Groep.

Vorm (hoe)

Interactieve workshop met drie inhoudelijke bijdragen die aanzetten tot discussie.

Leerdoelen

Kennis van achtergronden en organisatie van opvang van vluchtelingen en asielzoekers, alsmede van de organisatie van de zorgverlening. Inzicht in ervaringen, behoeften, verwachtingen en klachten/psychiatrische problemen van vluchtelingen en asielzoekers. Mogelijkheden en handvatten opdoen voor diagnostiek en behandeling van psychische problemen bij vluchtelingen en asielzoekers.

Literatuurverwijzing

Els, H. van & Knipscheer, J.W. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering. Tijdschrift voor Gedragstherapie 48 (1), 2-29. Huey, S. Tilley, J.C., Jones, E.O. & Smith, C.A. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. Annu. Rev. Clin. Psychol. 10:305–38. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., (e.a.) (2015). Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR. Mooren, T. (2011). Ouders en kinderen samen: meergezinsbehandeling van vluchtelingen met complexe traumaklachten. Psychologie en gezondheid, 39, 3, 169-174.

W37 Onderwijs over de dood en passende zorg in de laatste levensfase

Dr. Quin van Dam^{PH}

¹ Psychotherapiepraktijk te Leiden

quinvandam@zonnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

'In de samenleving dient meer ruimte te komen voor het accepteren van ziekte en overlijden. Het moet gewoner worden om over je levenseinde te praten, over wensen en verwachtingen en over andere mogelijkheden dan alleen doorbehandelen. In de laatste levensfase gaat het om optimale zorg en kwaliteit van leven en welzijn'. Zo luidde de conclusie van het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase' dat in opdracht van de KNMG werd samengesteld door organisaties van patiënten, artsen, verpleegkundigen en ouderen. De organisaties onderzochten hoe we in Nederland kunnen bereiken dat mensen in de laatste periode van hun leven zorg krijgen, die past bij hun wensen. De vraag naar passende zorg wordt niet alleen gesteld bij somatische zieke patiënten, maar ook bij psychiatrische patiënten die kampen met chronische ontwrichting van hun kwaliteit van leven. Psychiaters kunnen aan het gesprek over de laatste levensfase een wezenlijke bijdrage leveren. Zij beschikken al over veel relevante deskundigheid die zij op andere terreinen toepassen. Zo zijn zij al gewend met patiënten te praten over pijnlijke confrontaties, angst, verdriet, onmacht en verlies en beschikken zij over interventies om patiënten te helpen een uitweg te vinden. Om het gesprek over de laatste levensfase en de dood te voeren is een uitbreiding van deze therapeutische vakbekwaamheid nodig: competentie op het terrein van de dood. In de workshop voer ik een pleidooi voor onderwijs over de dood zodat de psychiater beter in staat is met collegae en andere medische disciplines het levenseinde van de patiënt of zijn naaste te bespreken.

Vorm (hoe)

De volgende vragen staan centraal:

1. Welke competenties over de dood worden onderscheiden?
2. Welke belemmeringen spelen een rol bij de bespreking van het levenseinde?
3. Hoe kan de psychiater bijdragen aan het gesprek over de laatste levensfase?
4. Wat is belangrijke, behulpzame kennis om het levenseinde te bespreken? Deze vragen worden uitgewerkt aan de hand van interactieve inleidingen, oefeningen en discussie.

Leerdoelen

De deelnemers nemen kennis van de mogelijkheden en belemmeringen bij het bespreken van de laatste levensfase. Zij leren de verschijnselen van doodsangst te herkennen, en de dood te bespreken met hun patiënten, collegae en andere medische disciplines.

Literatuurverwijzing

Corr, C.A. & Corr, D.M. (2013). *Death & Dying, Life & Living*. 7th. ed. International Edition. Wadsworth: Cengage learning. Kastenbaum, R.J. (2014). *Death, society and human experience*. 7th ed. Harlow: Pearson education limited. Keirse, M. (2011). *Later begint vandaag*. Tiel: Lannoo. Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase. *Niet alles wat kan, hoeft*. Utrecht, 2015. www.knmg.nl/passendezorg

W39 Status Mentalis in de 21e eeuw

Mr. drs. Said Bellari_{PH}¹

¹ Geen

praktijkshifa@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

1. Er is een app ontwikkeld (Status Mentalis) die tot doel heeft de verslaglegging van het psychiatrisch onderzoek te vereenvoudigen.
2. In de workshop wordt inleidend deze Status Mentalis-app gepresenteerd aan de aanwezige psychiaters (in opleiding).
3. Stilgestaan wordt bij de praktijk van alledag die het psychiaters bemoeilijkt om het psychiatrisch onderzoek state of the art te rapporteren.
4. Tal van technologieën worden heden ten dage toegepast in de psychiatrische praktijk, doch niet zelden met beperkte meerwaarde voor de psychiater zelf.
5. Ter discussie kan komen of de Status Mentalis-app op dit vlak voor een doorbraak kan zorgen.

Vorm (hoe)

Workshop:1. Inleidende presentatie: wat is de Status Mentalis-app? Waarvoor is het bedoeld? Welke meerwaarde pretendeert het te hebben.2. Een tweetal psychiaters uit het publiek wordt gevraagd de huidige gang van zaken te illustreren. Een speelt de patiënt, de ander de psychiater. Aan het eind van het (verkorte) psychiatrisch onderzoek zal aan de psychiater-psychiater gevraagd worden verslag te leggen van het psychiatrisch onderzoek.3. Aan de psychiaters in het publiek zal eveneens een formulier worden gegeven om een verslag te maken van het aanschouwde psychiatrisch onderzoek.4. Vervolgens zal aan beide psychiaters uit het publiek gevraagd worden met de Status Mentalis - app het psychiatrisch onderzoek te rapporteren.5. Nu beide verslagen beschikbaar zijn kan gestart worden met de interactieve discussie: is het mogelijk om met deze technologie de enorme kloof tussen Sein (de huidige praktijk) en Sollen (de " state of the art" zoals geleerd in de opleiding) te overbruggen gegevens de enorme administratieve (over)belasting die er al is.

Leerdoelen

1. Het psychiatrisch onderzoek en de rapportage daarvan- de state of the art, zoals geleerd tijdens de opleiding- bewustwording over waar we staan: doen we het wel op de manier zoals het hoort? schieten we niet tekort? wat voor gevaren, bv. in de ketenzorg brengt dat met zich mee?
2. De rol van technologie:- enerzijds extra administratieve belasting- anderzijds een kans om juist kwaliteit te leveren en onze professionaliteit te waarborgen - onze houding ten aanzien van technologie: allergisch of omarmend?

Literatuurverwijzing

1. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen, NVVP2. Het psychiatrisch onderzoek, Michiel W. Hengeveld.

W40 Samen sterk: autisme en sociaal netwerk

Dr. Annemieke van der Laan_H¹ / Dr. Jan-Pieter Teunisse_P^{1,2}

¹ Dr. Leo Kannerhuis

² Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
a.vanderlaan@leokannerhuis.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Goede sociale contacten zijn een cruciale factor voor kwaliteit van leven en dienen een plek te hebben in behandeling. Voor mensen met een autisme spectrum stoornis, bij wie problemen in sociale communicatie en interactie een centraal gegeven zijn, geldt dit net zo goed. Het ontbreken van een substantieel netwerk kan een bron van stress, eenzaamheid en insufficiëntiegevoelens betekenen. De omvang en kwaliteit van het netwerk kan sterk variëren. Uit onderzoek (1) blijkt dat bij een groep zelfstandig wonende jong volwassenen met autisme een minder uitgebreid netwerk betrokken is dan bij controles. Daarnaast zijn zij minder vaak tevreden met het netwerk. Meer dan de controlegroep uiten zij de wens het netwerk uit te breiden en kwalitatief beter contact te hebben. Professionals hebben een belangrijke rol in het optimaliseren van het netwerk, zij dienen zich dan echter een goed beeld te vormen van het netwerk en de wens van de patiënt. Vanuit de traditie van behandeling van autisme wordt (meer dan in de algemene volwassenenpsychiatrie) het netwerk actief betrokken. Vaak kent het netwerk de patiënt als beste, heeft zicht op voorgeschiedenis en behandeling in het verleden en is het van belang als (levenslang) vertegenwoordiger en brugpersoon. Door hen te betrekken bij psychoeducatie en netwerkbijeenkomsten kan de autonomie van de patiënt eerder versterkt worden dan gepasseerd. Zo kunnen belangrijke anderen een rol hebben bij generaliseren van informatie, een functie die bij mensen met autisme vaak moeilijk is. Punt van discussie kan zijn wat de beste manier is om het netwerk te versterken en welke interventies daartoe dienen te worden ingezet. Een ander discussiepunt is of, en zo ja in welke mate, het netwerk een actievere rol in de behandeling zou kunnen spelen dan nu het geval is.

Vorm (hoe)

In deze workshop wordt het thema sociaal netwerk bij mensen met autisme behandeld, waarbij mede aan de hand van relevante casuïstiek de praktijk van diagnostiek en behandeling wordt belicht, onderzoeksresultaten worden besproken en een praktische tool wordt gedemonstreerd die gebruikt kan worden ter inventarisatie en activatie van het netwerk.

Leerdoelen

1. Vaardigheden opdoen om inzicht in het sociale netwerk (van mensen met autisme) te krijgen, inventariseren van sterkte en kwetsbaarheden van het sociale systeem.
2. Kennis nemen van de netwerkvragenlijst NiA (Netwerk in Actie), ontwikkeld binnen het dr. Leo Kannerhuis, deze tool brengt in kaart welke netwerklede een steunende en/of belemmerende rol spelen bij het behalen van behandeldoelen en inventariseert de wenselijkheid en mogelijkheden voor het betrekken van het netwerk bij de behandeling.
3. Inzicht krijgen in wensen en verwachtingen die mensen hebben over het netwerk en zicht krijgen op mogelijk interventies ter netwerkversterking bij mensen met autisme

Literatuurverwijzing

Van Asselt-Goverts AE, Embregts PJCM, Hendriks AHC, Wegman KM, Teunisse JP (2015) Do social networks differ? Comparison of the social networks of people with intellectual disabilities, people with autism spectrum disorders and other people living in the community. J Autism Dev Disord (2015) 45:1191-1203

W41 Hulpverleners met mantelzorgervaring als trainers: interactievaardigheden voor naastbetrokkenen van patiënten

Dr Harm Gijsman^{PH1} / Prof Dr Berno van Meijel^{2,3,4} / Bert Stavenuiter⁵ / Milou Stockmann⁶ / Trees den Brok¹

¹ Pro Persona

² VU Medisch Centrum

³ Hogeschool Inholland

⁴ Parnassia

⁵ Ypsilon

⁶ Bureau De Mat

h.gijsman@propersona.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De training interactievaardigheden is, gecombineerd met motivational interviewing, een evidence based interventie voor naastbetrokkenen van patiënten met een eerste psychose (Smeerdijk et al 2012). Het is een best-practice voor andere doelgroepen (van Meijel et al 2009). Hulpverleners die zelf ook een rol als mantelzorger hebben, zijn mogelijk meer geschikt als trainer van deze methode dan andere hulpverleners. Binnen de kaders van het landelijke project Invoormantelzorg zijn in drie GGZ instellingen hulpverleners met mantelzorg ervaring opgeleid tot trainer van deze methode. De trainingen die zij tijdens deze opleiding hebben gegeven zijn geëvalueerd met een pre-post test design met de volgende onderzoeksvragen: 1. Hoe waarderen de familieleden de training interactievaardigheden? Welke ingrediënten van de training zijn naar hun oordeel het meest werkzaam, i.e. dragen het meest bij aan versterking van hun interactievaardigheden in het contact met hun familielid met een psychiatrische aandoening? 2. Leidt de training tot een betere zelf-waargenomen competentie (self-efficacy) van de deelnemende familieleden?

Vorm (hoe)

1. Presentatie onderzoek naar het belang mantelzorg ervaringsdeskundigheid bij hulpverleners.
2. Demonstratie van de training interactievaardigheden.
3. De ervaring van een hulpverlener/mantelzorger die tot trainer is opgeleid
4. Presentatie van de resultaten van de evaluatie.

Leerdoelen

Begrip voor mantelzorgers en voor het potentiële belang van deze ervaring voor hulpverleners. Begrijpen van de methode van de training interactievaardigheden. Kennis van de evaluatie van deze methode

Literatuurverwijzing

Smeerdijk et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:1627-36.

Van Meijel et al. Effective Interaction With Patients With Schizophrenia: Qualitative Evaluation of the Interaction Skills Training Programme. *Persp in Psychiat Care* 2009;45:254-61.

W42 Signalering en preventieve mogelijkheden KOPP; De module KOPP/KVO voor de GGZ volwassenenzorg

Dr. Carien de Kloet^{1,2} / drs. Romke van den Nouweland³ / Marijn Scheltens

¹ Centrum '45, Oegstgeest

² AMC Amsterdam

³ GGZ Rivierduinen kinderen en Jeugd

c.de.kloet@centrum45.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In deze workshop wordt samen met u gekeken naar de noodzaak van betere signalering van een mogelijke bedreigde ontwikkeling en verwijzingsmogelijkheden voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP). Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt met u gekeken naar de manier waarop u binnen de volwassenenpsychiatrie de screening KOPP kunt implementeren en hoe de Module KOPP en de ontwikkelde screening en interventielijst KOPP hierin kan ondersteunen. Daarnaast ontvangt u in deze workshop veel praktische informatie over de preventieve mogelijkheden en de informatie die u aan uw patiënten en hun kinderen kan geven, waaronder de mogelijkheden online, boeken en preventiemodules. Na deze workshop bent u gemotiveerd om op uw werkplek de aandacht voor KOPP te vergroten, heeft u zicht op signalen van bedreigde ontwikkeling en voldoende tools om uw patiënten en collega's hierover te informeren en te zorgen dat er adequate preventieve zorg komt.

Vorm (hoe)

Workshop waarbij de module KOPP wordt geïntroduceerd door een ervaringsdeskundige KOPP, filmmateriaal en een korte PowerPoint. Hierna wordt er op een interactieve manier geoefend met de screening en Interventielijst KOPP en vooral heel veel praktische informatie gegeven over de mogelijkheden voor preventie en de implementatie.

Leerdoelen

U leert tijdens deze workshop;- Wat de incidentie is van psychische problemen bij kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychiatrische stoornis.- Hoe belangrijk het is als behandelaar in de volwassenenpsychiatrie aandacht en voorlichting over KOPP te geven aan uw patiënten.- Hoe u geacht wordt als behandelaar in de volwassenenzorg KOPP te signaleren en acties te ondernemen.- U leert hoe de Screeninglijst KOPP kan helpen om beschermende factoren en risicofactoren in kaart te brengen,-U leert welke stappen u als behandelaar kan zetten en welke preventieve mogelijkheden er nu al zijn en voor welke doelgroepen.

Literatuurverwijzing

Kwaliteitsmodule kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders. Ten behoeve van de ggz-volwassenenzorg en verslavingszorg.(www.ggzrichtlijnen.nl).Integrale hulpverlening voor ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek en hun kinderen, een praktisch handboek voor de hulpverlener. Lies Wenselaar. Bohn Stafleu, 2015.

W43 Werken met patiënt en partner. Emotionally Focused Therapy (EFT) bij paren met een psychiatrische diagnose. Samen beter

drs Jaap Kool_{PH}¹ / dr Moniek Thunnissen¹

¹ Zelfstandig Gevestigd

jaapkool@planet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Een psychiatrische aandoening heeft niet alleen consequenties voor de patiënt zelf, maar ook voor zijn omgeving, met name voor de partner. De partner beleeft de depressie, de angststoornis, de persoonlijkheidsstoornis of de dementering van zijn of haar naaste van heel nabij, met eigen emotionele reacties en behoeftes, die weer een effect hebben op de patiënt. De behandeling van een patiënt met een psychiatrische aandoening kan sterk aan kracht winnen indien de partner participeert in de behandeling. En dan niet alleen in het kader van psychoeducatie maar juist als actief lid van de diade. Immers, in de gevolgen van de psychiatrische problematiek kunnen interactiepatronen in de relatie ontstaan die schadelijk of juist heilzaam zijn. Door de (interactie tussen de) noden van beide partners serieus te nemen en de emotionele impact van de psychiatrische aandoening daarbij te betrekken, ontstaat een beter begrip voor elkaars positie. Dit heeft een stress-verlagend effect op de patiënt met positieve effecten voor de behandeling.

Vorm (hoe)

Dit is een interactieve workshop waarbij de deelnemers in actie moeten komen. Na een inleiding wordt in korte discussiegroepjes en in rollenspelen uitgewerkt hoe de EFT-methode gebruikt kan worden om met een echtpaar te werken aan de invloed die een psychiatrisch aandoening heeft op de relatie.

Leerdoelen

Na 1,5 uur heeft de deelnemer kennisgemaakt met de EFT-methode en begrijpt hij/zij de impact van een behandeling van de patiënt met zijn partner met Emotionally Focused Therapy. Hier is Samen beter ook letterlijk Beter Samen

Literatuurverwijzing

Houd me vast. S. Johnson. Kosmos Uitgevers, Utrecht, Antwerpen, 2008.

W44 Directe feedback tijdens de behandeling: samen kennis genereren over wat werkt

drs Rint de Jong^{PH}¹ / dr Heddeke Snoek¹ / dr Helen Klip²

¹ Karakter Kinder- en jeugdpsychiatrie

² Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie

r.dejong@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De effectiviteit van een behandeling staat of valt met een goede relatie tussen de patiënt en zijn behandelaar. Feedback Informed Treatment (FIT) is een evidence based methode die de werkrelatie op een systematische wijze evalueert. FIT maakt gebruik van twee vragenlijsten: de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS). Beide vragenlijsten bestaan uit vier vragen. De ORS wordt door de patiënt aan het begin van de sessie ingevuld en geven inzicht in hoe patiënten (en/of ouders) vinden dat het gaat. De SRS vraagt de patiënt om, naar aanleiding van de sessie, de therapeutische relatie te beoordelen. De resultaten van de vragenlijsten worden direct ingevoerd in het webbased programma FIT-outcomes. Met FIT-outcomes is het mogelijk om de schalen online te beheren en onmiddellijk feedback te krijgen en geven. Hierdoor krijgt de behandelaar de kans om het eigen handelen gericht bij te sturen en stagnatie in het therapeutisch proces bijtijds te onderkennen. De kennis over het eigen behandeltraject kan worden afgezet tegen 'voorspelde' trajecten uit een grote Amerikaanse database. In deze workshop zal een korte introductie worden gegeven over de methode, maar ervaart u vooral zelf welke kennis FIT oplevert en hoe deze kan worden ingezet in het behandelproces.

Vorm (hoe)

Gedurende deze workshop komen een aantal onderdelen aan bod. (1) In een korte presentatie wordt ingegaan op het meten van FIT binnen de (kinder- en jeugd) psychiatrie door middel van de SRS en ORS en de interpretatie van de uitkomsten met behulp van het webbased programma FIT-outcomes. (2) Vervolgens zullen deelnemers in groepen oefenen met een aantal (technische) handelingen in FIT-outcomes. (3) Tijdens de oefensessie wordt bestaande casuïstiek uit de kinder- en jeugdpsychiatrie gebruikt. De nadruk ligt op de interactie tussen de therapie-uitkomst (ORS) en de waardering van de therapeutische relatie (SRS). Op basis hiervan worden hypothesen geformuleerd die (nieuwe) richting kunnen geven aan de behandeling en daarmee de effectiviteit van de behandeling verhogen. (4) Na deze actieve toepassing volgt een plenaire reflectieronde waarin de voor- en nadelen van deze tool worden besproken. (5) Afsluitend bespreken we het lopende onderzoek naar de effectiviteit FIT binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie gevolgd door discussieronde.

Leerdoelen

- Ontwikkelen van een visie over FIT ten aanzien van de effectiviteit van behandeling;
- Praktische handvaten voor het werken met het webbased programma FIT-outcomes;
- Kritische reflectie ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek naar FIT.

Literatuurverwijzing

Miller, S.D. & Duncan, B.L.(2004). The Outcome and Session Rating Scales. Administration and scoring manual. Chicago: Institute for the study of Therapeutic Change <http://www.scottdmiller.com> <https://www.fit-outcomes.com/>

W45 E-health ontwikkelen: samenkomst van werelden

Prof. Dr. Ivo Aben¹ / Prof. Dr. Ben Schouten² / Drs. Wouter Sluis-Thiescheffer³

¹ Mondriaan Kinderen en Jeugdigen

² Hogeschool van Amsterdam

³ Fontys Eindhoven

j.buchli@kenniscentrum-kjp.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

ACHTERGROND Er gebeurt ontzettend veel op het gebied van e-health in de jeugd-ggz. Professionals zijn al volop aan de slag met de integratie van e-technologie in de diagnostiek en behandeling van jonge patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Zij zien de potentie van e-health: E-health sluit heel goed aan bij de leefwereld van kinderen en jongeren, daarnaast is effectieve behandeling tegen lagere kosten een aantrekkelijk perspectief. Hoewel er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor zowel therapeutische effectiviteit als kosteneffectiviteit bestaat, staat de jeugd-ggz open voor dit soort nieuwe ontwikkelingen en weet – ook al is er nauwelijks geld voor – eigentijdse technologische mogelijkheden te benutten en e-health een plek te geven in de behandelkamer. Daarin loopt de jeugd-ggz inmiddels voorop. Jaarlijks krijgen 225.000 jongeren een behandeling voor psychische problemen. De behandeltrajecten blijken moeizamer te verlopen bij jongeren met externaliserende problematiek. Stijgende drop-out rates en afnemende therapietrouw komen vaker voor. De motivatie van jongeren verbetert door meer eigentijdse middelen in te zetten, meer eigen regie te faciliteren en een intensievere ondersteuning. De behandelaren kunnen hierop inspelen door de inzet van spel en spelelementen. Samen creëren behandelaren en patiënten de mogelijkheid om in een veilige (digitale) omgeving over de eigen problemen te leren en erop te acteren, zowel binnen als buiten de therapie sessie. Oplossingen vinden voor de eigen problematiek levert positieve feedback door het ervaren van eigen mogelijkheden en autonomie. UNIEKE SAMENWERKING: GAMES [4THERAPY] Rond het NVvP Voorjaarscongres 2016 vindt de afsluiting van het project Games [4Therapy] plaats, een unieke samenwerking van onder andere hogescholen, de jeugd-ggz-instellingen Mondriaan en GGzE, game-ontwikkelaars en het Kenniscentrum Kinderen en Jeugdpsychiatrie. Dit consortium werkt aan manieren om met digitaal spel en spelelementen de motivatie van jongeren in behandeling te verhogen. De doelstellingen van Games [4Therapy] zijn: - Ontwikkelen van een interactieve en uitdagende leer- en behandelomgeving voor jongeren met externaliserende psychische problematiek. Deze omgeving combineert de reguliere face-to-face-behandelmomenten met (digitale) spelprincipes en nieuwe technologieën. - Onderzoeken hoe behandelomgeving en communicatietechnologie bijdragen aan de motivatie van jongeren om actief met hun behandeling aan de slag te gaan en zo hun problematiek te verminderen. - Onderzoeken hoe de behandelomgeving en technologieën bijdragen aan het verhogen van therapietrouw en het terugbrengen van het aantal drop-outs.

Vorm (hoe)

Kwalitatief hoge ontwikkeling van e-health hangt in belangrijke mate af van de samenwerking tussen de zeer verschillende betrokken disciplines. De sprekers zijn betrokken bij Games [4Therapy] en vanuit verschillende perspectieven expert op het gebied van e-health. Ben Schouten vertelt over de uitdagingen waarvoor e-health/en serious-games-ontwikkelaars staan. Zo hechten behandelaren veel belang aan bewezen effectiviteit van de e-health die zij onderdeel van de behandeling maken, terwijl we nog weinig weten hoe we die effectiviteit kunnen meten. Ivo Aben vertelt vervolgens over de integratie van e-health in de praktijk van de behandelkamer. E-health wordt als potentieel middel voor betere zorg tegen lagere kosten door de jeugd-ggz omarmd. Wat komt daarvan terecht tijdens de behandeling? Wouter Sluis-Thiescheffer vertelt over de resultaten van Games [4Therapy] en demonstreert de ontwikkelde e-health-producten. Tot slot volgt een interactieve paneldiscussie over de kansen die e-health biedt, over de soms weerbarstige (behandel)praktijk, en over de wrijving tussen de snelheid van game-ontwikkeling en de noodzakelijkheid van bewezen effectieve behandelingen.

Leerdoelen

De deelnemers krijgen kernachtig te horen waar de belangrijkste knelpunten voor de ontwikkeling en inzet van

e-health liggen en dragen zelf bij aan de discussie, waardoor zij na afloop een betere afweging kunnen maken van welke e-health zij willen inzetten in hun dagelijkse (behandel-)praktijk.

Literatuurverwijzing

-

W46 De CAMS procedure bij suïcidaal gedrag

Dr Remco de Winter^{PH1} / Dr Marieke de Groot²

¹ Parnassia Groep/VU

² GGZ Drenthe/VU

r.dewinter@parnassia.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) (Samen Beoordelen en Omgaan met Suïcidaal gedrag (SBOS)) procedure is een therapeutisch klinisch raamwerk dat kan worden toegepast bij klinische en ambulante patiënten met (chronisch) suïcidaal gedrag. De methode is ontwikkeld in de Verenigde Staten door professor David Jobes en doet sinds enkele jaren mede zijn intrede in enkele Scandinavische landen. In augustus 2015 zijn de auteurs op uitnodiging in Denemarken geweest waar Jobes training gaf aan hulpverleners uit Denemarken in de toepassing van CAMS. In Denemarken en Noorwegen is de CAMS volledig geïmplementeerd in de geestelijke gezondheidszorg. In Denemarken bestaat een netwerk van academische en perifere poliklinieken waar de CAMS onderdeel is van de voerkeurs werkwijze bij suïcidaal gedrag. In zowel Denemarken als Noorwegen lopen een aantal gerandomiseerde, klinische trials waarin de effectiviteit van CAMS wordt getoetst. In een RCT is aangetoond dat CAMS vergelijkbare effecten heeft als dialectische gedragstherapie. De methode is eenvoudig en kosteneffectief. Met David Jobes is afgesproken om de methodologie in het Nederlands taalgebied te introduceren. In de CAMS methode gaan behandelaar en patiënt een samenwerking aan waarin bij de start van de behandeling de drijfveren van het suïcidale gedrag worden geïnventariseerd. Samen met de patiënt wordt een stabilisatieplan opgesteld. Gedurende de behandeling worden vorderingen gemonitord door het geregeld samen invullen van het Suïcide Status Formulier (SSF). Gedurende de CAMS methode vindt parallel de behandeling van de onderliggende drijfveren van suïcidaal gedrag plaats. De kracht van de methode is de specifieke benadering en samenwerking in een sluitend raamwerk waarbij er geen strikte richtlijnen voor de behandeling van de onderliggende drijfveren zijn. Het kan betekenen dat een onderliggende depressie volgens de richtlijn wordt behandeld, maar er kan, bijvoorbeeld, ook dialectische gedragstherapie worden toegepast bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Evidence-based behandelingen van suïcidaal gedrag zijn schaars. De CAMS is een veelbelovende interventie die tegemoet komt aan de behoefte om suïcidale patiënten effectief te behandelen. In deze workshop zullen we de methodologie uitleggen en krijgen deelnemers materialen aangereikt om CAMS in de praktijk toe te passen. Na deze workshop hopen we deelnemers enthousiast te krijgen om deze methoden in Nederland te gaan toepassen en daarbij een toekomstige samenwerking te initiëren.

Vorm (hoe)

De deelnemers krijgen voor de workshop per mail cursusmateriaal gezonden welke ze moeten doorlezen. De deelnemers krijgen in een presentatie de CAMS toegelicht. Tenslotte wordt de deelnemers gevraagd om te oefenen.

Leerdoelen

- 1) De CAMS methode leren begrijpen.
- 2) De deelnemers de CAMS methode kunnen toepassen in de klinische praktijk.
- 3) Zodanig geïnformeerd zijn dat de deelnemers ook de "Engelstalige" website kunnen vinden waar ze zich eventueel kunnen inschrijven voor een e-learning cursus.
- 4) De deelnemers een opinie vormen en of ze bereid zijn deel te nemen aan een Nederlands CAMS netwerk.

Literatuurverwijzing

Andreasson KT. Suicide prevention and borderline personality disorder- The DiaS trial. PhD Thesis University of Copenhagen 2006. Ellis TE, Allen JG, Woodson H. Frueh BC, Jobes DA. Implementing an evidence based approach to working with suicidal inpatients. Bull Meninger Clin. 2009 Jobes DA. Managing suicidal Risk: A collaborative Approach. Guilford press: 2006 Nielsen AC, Alberdi DA, Rosenbaum B. Collaborative assessment and management of suicidality methods shows effect. Dan Med Bull. 2011;58(8):A4300

W47 Hallucineren, verbeelding en kunst

Prof. Dr. Iris/Sommer_H¹ / Mrs. Christine Blanke_P² / Dr. Jan Spijker³

¹ UMC Utrecht

² Anoiskis

³ Propersona en Tijdschrift voor Psychiatrie

i.sommer@umcutrecht.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Wetenschap en kunst vullen elkaar goed aan en levert een chemische verbinding. De werkelijkheid staat naast een interpretatie en daar gebeurt iets mee. Eigenlijk net zoals bij een hallucinatie. We beginnen deze workshop door eerst goed naar een muziekstuk te luisteren. We luisteren naar hetzelfde muziekstuk. Toch horen we allemaal net iets anders en dat komt omdat waarnemen strikt persoonlijk is. Wij beleven dus niet de echte buitenwereld, maar de afspiegeling daarvan die onze hersenen bijhouden. Er bestaat dan ook geen objectieve realiteit, alleen een subjectieve, in ons hoofd. Dat beeld van de werkelijkheid wordt voortdurend bijgesteld aan de hand van informatie die via onze zintuigen binnenkomt. Onze hersenen zijn zo groot omdat we voortdurend leren van eerdere ervaringen die we opslaan in ons brein. We nemen in werkelijkheid slechts een deel waar van wat we denken te zien en te horen, we vullen ruim 80% aan met informatie uit ons geheugen. We zien daarom wat we verwachten te zien en we horen wat we denken te horen. We horen dus maar gedeeltelijk met onze oren, en voor een groot deel met onze hersenen. Eigenlijk is het een raadspelletje: herken zo snel mogelijk wat zich voor je bevindt! Door deze manier van raden is onze waarneming supersnel. De accuratesse laat echter ernstig te wensen over. We hebben allemaal wel eens een illusionaire vervalsing: tijdens het douchen meen je je telefoon te horen gaan. Je kunt ook waarnemen zonder informatie uit de zintuigen, puur vanuit de hersenen. Dan spreken we van hallucinaties. Ook die horen bij waarneming. We zijn allemaal in staat tot hallucineren, daar is geen drugs of slaaponthouding voor nodig. Hallucineren kun je met alle zintuigen, je kunt dingen of mensen die er niet zijn horen, voelen, zien ruiken of proeven. Samengestelde hallucinaties komen ook voor: je ziet iemand die ook tegen je praat. Toch ben je alleen. Bepaalde situaties zorgen dat waarnemen over gaat in hallucineren, zoals angst, sterke verwachtingen, slaapttekort en drugs. Aan het eind van de eerste lezing luisteren we naar het zelfde muziekfragment. Wat hoor je nu? Luisterde je wel goed? Kan hallucineren helpen om de verbeelding te stimuleren? Christine Blanke laat zien hoe kunst kan ontstaan uit hallucinaties. Outsiderkunst of art brut staat onder andere voor de kunstuitingen van psychiatrische patiënten. Outsiderkunst is een breed begrip, niet te vangen door één stijl, of één specifiek kenmerk, behalve dat de kunstenaar meestal autodidact is en zich weinig aantrekt van de formele regels van de kunst. De kunst is een uiting van een geheel eigen vormtaal en thematiek. Het Tijdschrift voor Psychiatrie plaatst sinds 2014 outsiders art op de cover omdat het Tijdschrift wil bijdragen aan een grotere zichtbaarheid van deze kunst vorm en daarmee ook van psychiatrische patiënten. In de workshop zullen voorbeelden getoond en besproken worden, hoe hallucinaties in de outsiderkunst worden verbeeld.

Vorm (hoe)

In deze workshop laten Iris Sommer (UMCU) en Christine Blanke (Stemmenexpert.nl) samen zien dat waarnemen hallucineren is en hallucineren waarnemen. Jan Spijker (ProPersona, Tijdschrift voor Psychiatrie) geeft enkele mooie voorbeelden van outsider art. We maken daarbij gebruik van muziek, filmfragmenten en 'Minimale momenten' Tekstjes van niet meer dan een minuut die zoveel ruimte laat om de werkelijkheid op eigen manier in te vullen dat er mogelijkheid is voor een hallucinatie. Kunstwerken worden besproken die eerder op de kaft van het tijdschrift voor psychiatrie geprikt hebben.

Leerdoelen

in welke situaties komen hallucinaties voor wat zijn triggers hoe de gewone waarneming ruimte laat voor verbeelding en hallucinaties dat het verschil tussen waarnemen en hallucineren artificieel is

Literatuurverwijzing

Stemmen Horen, Iris Sommer Balans 2011 www.stemmenexpert.nl Christine Blanke

W48 De implementatie van ervaringsdeskundigheid vanuit verschillende perspectieven

dr. Carien de Kloet^{PH 1,2} / Drs. Lisette Kok³ / drs. Roxanne Vernimmen⁴

¹ Stichting Centrum '45

² Academisch Medisch Centrum

³ Trubendorffer, afdeling crisiscare

⁴ Altrecht

c.de.kloet@centrum45.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Titel

De implementatie van ervaringsdeskundigheid vanuit verschillende perspectieven

Inhoud (wat)

De meerwaarde van ervaringsdeskundigheid wordt door velen inmiddels erkent. Na aanvankelijk veel enthousiasme blijkt dat toch veel behandelaars aanlopen tegen praktische problemen bij de implementatie op de werkvloer. Waar moet je beginnen, hoe pak je de organisatorische vraagstukken aan en waar moet je praktisch gezien aan denken? Ook de diversiteit aan inzet van de ervaringsdeskundigen zijn nog niet voor iedereen bekend. In deze workshop krijgt u antwoord op vele vragen en praktische adviezen t.a.v. de implementatie van ervaringsdeskundigheid, de mogelijkheden van de inzet van ervaringsdeskundigheid in de diverse stadia van behandeling, maar ook de waarde van de input van ervaringsdeskundigheid bij organisatorische vragen en de algemene vormgeving van de zorg. Tijdens de workshop wordt daarnaast informatie gegeven over de diverse opleidingsmogelijkheden en is er uiteraard ruimte voor praktijkvoorbeelden uit de zaal en discussie, zoals het omgaan met een terugval bij de ervaringsdeskundige of weerstand bij het management om te kiezen voor formatie voor een ervaringsdeskundige.

Vorm (hoe)

Workshop waarbij vanuit verschillende invalshoeken, ervaringsdeskundige, raad van bestuur en psychiater, op een interactieve manier kennis wordt overgedragen over praktische zaken met betrekking tot de implementatie van ervaringsdeskundigheid.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop weet u o.a.:

- Op welke manieren ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden;
- Hoe u uw organisatie kan motiveren voor meer ervaringsdeskundigheid;
- Hoe u ervaringsdeskundigheid kunt implementeren binnen uw afdeling of organisatie;
- Welke opleidingsroutes er zijn voor ervaringsdeskundigen.

Literatuurverwijzing

Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Trimbos Instituut (<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/af1186-handreiking-voor-de-inzet-van-ervaringsdeskundigheid-vanuit-de-geestelijke-gezondheidszorg>)

W49 Geïntegreerd behandelen van persoonlijkheidsstoornissen: samen op vele manieren

Dr Ad Kaasenbrood^{1,2} / Dr Joost Hutsebaut^{1,3}

¹ Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen

² Pro Persona Arnhem

³ Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong
akaasenbrood@trimbos.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Inleiding De behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is de laatste twintig jaar aanzienlijk verbeterd. Beschikten we tot voor die tijd slechts over een aantal aannemelijke inzichten en daarop gebaseerd therapeutische methoden, nu staan ons minimaal vier bewezen effectieve psychotherapeutische behandelingen ter beschikking met een effectmaat van 0.8 of hoger. Echter, slechts een klein deel van de mensen die zich met klachten van een persoonlijkheidsstoornis melden bij algemene instellingen voor GGZ krijgen psychotherapie, en maar een deel daarvan een van een bewezen effectieve behandeling. Wat de andere 75% aan behandeling krijgt is onbekend. Waarschijnlijk varieert dat aanbod per instelling en is de kwaliteit kwetsief. Dat is een van de aanleidingen voor het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen om in samenwerking met 12 grote GGZ instellingen een breed aanbod te ontwikkelen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis: De Geïntegreerde Richtlijn Behandeling (GRB). De GRB biedt een kader voor kwalitatieve zorg voor mensen met een PS, gebaseerd op de gemeenschappelijke kenmerken van bewezen effectieve behandelingen. Dat kader bestaat uit een reeks basisprincipes, competenties, klinische processen en concrete interventies. Het doel van de GRB is om de wetenschappelijke kennis en bewezen effectieve gemeenschappelijke kenmerken toegankelijk te maken voor een brede doelgroep van mensen met een PS. Onderzoek heeft laten zien dat twee van deze behandelingen – Structured Clinical Management en Good Psychiatric Management – het bijna even goed doen als de bewezen effectieve behandeling waarmee ze werden vergeleken. In deze workshop presenteren we de GRB, inclusief de rationale en de indirecte evidentie voor de werkzaamheid. Daarnaast illustreren we aan de hand van voorbeelden het belang van samenwerking op meerdere terreinen: in het team, met andere hulpverleners en ook met dienstverleners buiten de gezondheidszorg. Dat doen we eerst door een mondelinge presentatie en daarna nemen we de deelnemers aan de workshop mee naar het gedeelte van de site van het Kenniscentrum waar de GRB wordt gepresenteerd. Aan de hand van onder andere drie filmpjes – waarin we therapeuten aan het werk zien die voor de GRB kenmerkende therapeutische interventies verrichten – zorgen we ervoor dat de deelnemers aan de workshop aan het einde ervan een goed idee hebben van wat er voor nodig is om mensen met een persoonlijkheidsstoornis adequaat te behandelen en hoe dat uitgewerkt is in het GRB-project van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

Vorm (hoe)

2 mondelinge presentaties (inleiding en introductie van de Geïntegreerde Richtlijn behandeling, GRB) Daarna illustreren de auteurs aan de hand van drie dvd-registraties van therapeutische gesprekken door acteurs de basisprincipes van de GRB In de discussie met de zaal zullen zowel het gepresenteerde model als de rationale en indirecte evidentie hiervoor aan de orde komen. Tevens dagen de auteurs de zaal uit om aan de hand van de presentaties en de dvd-registraties na te gaan welke persoonlijke en professionele kwaliteiten noodzakelijk zijn om mensen met een persoonlijkheidsstoornis te behandelen. Tot slot stellen de auteurs het belang van samenwerking aan de orde met als vertrekpunt de neiging tot individueel behandelen die de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen tot nu toe kenmerkt

Leerdoelen

Na deze workshop hebben de deelnemers kennis van generieke modellen voor het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen. Na deze workshop hebben de deelnemers kennis van de meest gepaste attitude en van de vaardigheden waar klinici die mensen met een persoonlijkheidsstoornis behandelen over dienen te beschikken. Na deze workshop hebben de deelnemers kennis van organisatorische voorwaarden waar een effectief behandelprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen aan moet voldoen. Essentieel hierin is het aangaan van samenwerking intern en extern.

Literatuurverwijzing

Gunderson JG & Links P (2014) Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder American Psychiatric Publishing, Washington DC/London
Bateman AW & Krawitz R (2013) Borderline Personality Disorder. An Evidence based guide for generalist mental health professionals. Oxford University Press
Hutsebaut J, Kaasenbrood A, Bunningen N (2014) Geïntegreerde Richtlijn Behandeling Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht

W50 Het medisch beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden: samen beter op weg?

drs. Elnathan Prinsen^{PH}^{1,2} / drs. Leontine ten Hoopen^{3,4} / Gerja Bethlehem⁵ / Andries Koning⁶ / Brigadier Herman Stegeman⁷

¹ Dimence GGZ

² voorzitter commissie Wet en Regelgeving NVvP

³ Erasmus MC/Sophia

⁴ lid commissie wet- en regelgeving NVvP

⁵ Bedrijfsjurist Reclassering Nederland

⁶ Sociaal psychiatrisch verpleegkundige meldpunt OGGZ Deventer

⁷ Wijkagent Politie Deventer

e.prinsen@dimence.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Als patiënt en als hulpverlener krijg je te maken met steeds meer samenwerkingsverbanden. Denk bijvoorbeeld aan veiligheidshuizen, sociale wijkteams en de gezamenlijk zorg voor de zogenaamde verwarde personen. Vooral gemeentes en politie willen graag informatie krijgen en delen met GGZ-hulpverleners. Dit vraagt om een heldere visie op het zorgvuldig omgaan met gevoelige gegevens door alle betrokkenen. De bescherming van privacy en medische gegevens zijn wettelijk verankerd in de gezondheidswetgeving. Het medisch beroepsgeheim moet niet verward worden met recht op privacy. Privacy is er ter bescherming van het individu, het beroepsgeheim dient ter bescherming van de individuele patiënt, maar ook van de gehele samenleving als waarborg voor vrije toegang tot de gezondheidszorg. Gegevensuitwisseling levert verwarring, vraagstukken en ingewikkelde situaties bij samenwerkingspartners, zeker als er verschillende belangen zijn. Mag de politie inzage in het medisch dossier bij gevaar en hoe groot moet dit gevaar zijn? En de officier van justitie? Heeft een gemeenteambtenaar de diagnose nodig voor de uitvoering van de Jeugdwet? Hoe zit het eigenlijk met het verstrekken van gegevens binnen een veiligheidshuis of in samenwerking met de reclassering? En wat mag de zorgverzekeraar allemaal voor informatie opvragen uit het medisch dossier voor de uitvoering van de wet? Wat mag je eigenlijk wel en niet aan medische informatie uitwisselen aan justitie bij de zorg voor verwarde personen met een mogelijk veiligheidsrisico. In deze workshop bespreken wij het beroepsgeheim in een historische context. Het beroepsgeheim is veel ouder dan iedere vorm van privacy wetgeving maar is aan de andere kant nooit absoluut geweest. Verder komen in deze workshop zowel GGZ-hulpverleners maar ook mensen vanuit de gemeente, de politie en de reclassering aan het woord. Samen verkennen wij de mogelijkheden en grenzen van gegevensverstrekking in het sociale domein. Vanuit de verschillende perspectieven komen ook de nodige casuïstiek en ethische vraagstukken aan bod.

Vorm (hoe)

De workshop belicht het medisch beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden vanuit vier verschillende invalshoeken met aansluitend een discussie tussen de deelnemers en de vier sprekers: 1. Beschouwende inleiding op het beroepsgeheim; wat is het beroepsgeheim, beroepsgeheim vs privacy en een historisch perspectief, waaruit blijkt dat het beroepsgeheim nooit absoluut is geweest. E.J.D. Prinsen 2. Het belang van informatie deling vanuit het perspectief van de reclassering en politie. G. Bethlehem & H. Stegeman 3. Ingewikkelde casuïstiek vanuit de Openbare GGZ4. Juridische kijk op gegevensuitwisseling vanuit het perspectief van reclassering/justitie. A. Koning & H. Stegeman 5. Kinder&Jeugd psychiatrie onder de gemeente, problemen met gegevensuitwisseling. L. ten Hoopen

Leerdoelen

- Kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden van het medisch beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden, specifiek in het sociale domein
- Inzicht in praktische consequenties voor verschillende domeinen en tips over hoe samen te werken. Dit kunnen vanuit de perspectieven van verschillende actoren.

Literatuurverwijzing

- Factsheet Medisch beroepsgeheim. VWS (2015) - Handreiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten, NVvP (2013) - Wegwijzer Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden, KNMG (2014)

W51 Psychiatrische problemen en trauma bespreekbaar maken tussen ouders en kinderen, aandacht voor KOPP

Drs. Annette Knol- de Jong_H¹ / Dr. Trudy Mooren_P¹ / Drs. Jan Baars²

¹ Stichting Centrum '45

² GGz Centraal

A.Knol@centrum45.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Psychotrauma en psychiatrische problemen bij ouders hebben altijd een effect op het gezinsleven en op kinderen. Symptomen zoals nachtmerries, concentratieproblemen en verhoogde prikkelbaarheid zijn niet alleen van invloed op het individu zelf, maar ook op gezinsleden en kinderen. Toch blijven bij de meeste behandelingen de kinderen buiten beeld. Hoe nu ga je het gesprek aan met ouders met psychische problemen over de gevolgen voor kinderen zonder hen in de beklagdenbank te plaatsen? Hoe verloopt de communicatie over eventuele geheimen? Wat moet besproken worden en hoe doe je dat? In deze workshop willen we laten zien hoe je op een validerende manier met ouders in gesprek kan gaan over de effecten van hun psychiatrische problemen en traumatische ervaringen op hun kinderen. Er komt aan bod hoe je ouders kan helpen om in contact te blijven met hun kinderen. En hoe er ruimte kan worden gecreëerd voor de leefwereld van kinderen wanneer ouders er, als gevolg van eigen klachten, 'blinde vlekken' voor hebben ontwikkeld. De auteurs van deze workshop hebben veel ervaring met gezinnen na psychotrauma en psychiatrische problematiek, in verschillende doelgroepen.

Vorm (hoe)

Een workshop waarbij er op een interactieve manier met onder andere rollenspel, geoefend wordt met het voeren van een gesprek met ouders en kinderen over hun psychiatrische problematiek en psychotrauma.

Leerdoelen

Tijdens deze workshop leert u:

- Met ouders die zelf psychiatrische problemen (PTSS) hebben in gesprek te gaan over hoe hun kinderen de huidige situatie met hun ouders ervaren;
- Een begin te maken met het bespreekbaar maken van ogenschijnlijk onbespreekbare thema's met ouders en kinderen;
- Op welke manier u het gesprek kunt voeren zodat ouders niet in 'het beklagdenbankje' belanden maar juist onderzoekend en validerend in gesprek blijven;
- Hoe u ouders kunt motiveren om te zorgen voor de noodzakelijke aandacht en zorg voor hun kinderen.

Literatuurverwijzing

Problemen bij KOPP/KVO-kinderen voorkomen en risico's verminderen <https://www.trimbos.nl/themas/kopp-kvo> Baars, J. & van Meekeren, E. (2013). Een psychische stoornis heb je niet alleen. Amsterdam: Boom.Monson, C., Fredman, S.J., Dekel, R., & Macdonald, A. (2012). Family models of Posttraumatic Stress Disorder. In J.G. Beck and D.M. Sloan (Eds.) The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders (pp. 219-234). Oxford: University Press.

W52 Een beangstigend verlangen naar contact. Affectfobietherapie voor cluster-C- problematiek

Dr. Quin van Dam¹ / Drs. Dorien Philipszoon²

¹ Psychotherapiepraktijk Leiden

² NPI Arkin Amsterdam

quinvandam@zonnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De Affectfobietherapie (AFT) wordt in de ambulante en semi-ambulante Nederlandse ggz steeds meer toegepast. AFT is gebaseerd op de aanname dat een psychodynamisch conflict tussen gevoelens en daarmee geassocieerde angst opgevat kan worden als een fobie voor gevoelens in de persoon: een affectfobie. In AFT zijn technieken uit de psychodynamische, cognitieve gedragstherapie en experiëntiële psychotherapieën geïntegreerd. AFT is werkzaam gebleken bij patiënten met depressie, angst- en cluster C persoonlijkheidsproblematiek (3 RCT's). Bij patiënten met cluster C problematiek is er ook sprake van een affectfobie. Zij verlangen naar contact, maar gaan dit uit de weg doordat ze zich in eigen en andermans ogen als waardeloos beleven, angst voor nabijheid ervaren en een autonome positie niet aandurven. Hun angst voor de behoefte er te mogen zijn in het contact met anderen kan worden opgevat als een affectfobie.

Vorm (hoe)

De volgende vragen staan centraal:

- Uit welke theoretische en praktische onderdelen is AFT opgebouwd?
- Hoe formuleert de therapeut een kernthema dat aansluit bij de cluster-C problematiek van de patiënt?- Hoe sluit de AF-therapeut met verschillende technieken daarbij aan?
- Voor welke patiënten is AFT geschikt (indicatiecriteria)?
- Waaruit bestaat de opleiding tot AFT therapeut?

De nadruk ligt op het praktisch oefenen met onderdelen van het AFT-model en met de formulering van een kernthema dat aansluit bij de cluster C problematiek.

Leerdoelen

Kennis nemen van het AFT-model, de toepassing daarvan bij cluster C persoonlijkheidsproblematiek, en de formulering van een kernthema.

Literatuurverwijzing

Dam, Q.D. van, & Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. Een integratie van psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken. *T. v. psychotherapie*, 40; 415-429. Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2: 648–60. McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating Affect phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: The Guilford press.

W53 'Geen dwang zonder zorg': de-escalerende dwangzorg

md Ivo van Outheusden_{PH}¹ / phd Minco Ruiter¹
¹ Arkin

ivo.van.outheusden@inforsa.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het verminderen van dwang(toepassingen) is niet meer weg te denken uit de ggz . Er treedt met betrekking tot dwang een verschuiving in visie op. Dwangbehandelingen in de vorm van vrijheidsbeperking worden meer en meer beschouwd als inhumain, ze verstoren de zorgrelatie en hebben schadelijke effecten op de patiënt (traumatisering) . Per afdeling en tussen instellingen verschilt het gebruik van dwang enorm.

Vermaatschappelijking en rehabilitatie zijn kernbegrippen in de zorg geworden . Er is echter een groep ernstige zieke cliënten die in deze ontwikkeling buiten de boot lijkt te vallen. Voor hun (of andermans) veiligheid kunnen zij niet op een reguliere afdeling verblijven. Deze cliënten hebben vanwege hun problematiek zeer intensieve multidisciplinaire zorg en behandeling nodig . In de praktijk was (en is) zichtbaar dat er bijvoorbeeld werd teruggeslagen op beheersmaatregelen . Voor een verdere reductie van dwang is een fundamenteel andere visie nodig op hoe we omgaan met ernstig zieke en onregelde cliënten, de voorzieningen en de expertise die daarvoor nodig zijn en de inbedding van deze intensieve zorg in de zorgketen .

Vorm (hoe)

Aangezien dwangzorg altijd het gevolg is van escalatie in een zorgrelatie wordt gekozen voor een dynamische, interactieve vorm, waarbij naast discussie-elementen ook rollenspel zal worden gebruikt.

Leerdoelen

Deze workshop heeft tot doel op een andere manier naar dwangzorg te kijken en leert specifieke interventies:

- Veiligheid en dwangtoepassing richt zich niet primair op 'controle', maar op 'contact'. Ook bij dwang en vrijheidsbeperking staat optimaal nabij zijn en aansluiten bij de belevingswereld centraal.
- Minder dwang toepassen, betekent expliciet en continu gericht zijn op de-escaleren. Dit vraagt om een lerende en reflectieve houding: "wat was/is mijn rol in de escalatie en wat kan ik doen om te de-escaleren"?
- Bij noodzakelijke dwang (insluiting), aan het eindpunt van de escalatie-spiraal, richt de focus zich op het weer herstellen van het contact en de relatie.

Literatuurverwijzing

Voskes, Y. Theunissen, J. & Widdershoven, G. (2011). Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: VU Medisch Centrum/GGZ Nederland. Landeweer, E. (2013). Moral Dynamics in Psychiatry. Fostering reflection and change regarding coercion and restraint. PhD-thesis. 's Hertogenbosch: BOXpress. Ruiter, M. (2013). Dwang en drang in de (forensische) zorg; van controle naar contact. In: van der Helm, P., Kroger, U., Schaftenaar, P. & van Vliet, J. (Red.) Leefklimaat in de klinische forensische zorg. Amsterdam: uitgeverij SWP. Droës, J. & Witsenburg, C. (2012). Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen. Amsterdam: uitgeverij SWP. van der Wijngaart, M.A.G. & Bongers, I.M.B. (2011). Separaties binnen zeer complexe zorgsituaties. Een vervolgonderzoek naar separaties bij cliënten met complexe problematiek en langdurige separaties binnen de GGz. Tilburg: IVA beleidsonderzoek en advies. van der Helm, P. & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult? Leefklimaat en straf in de klinische psychiatrische zorg. Mgv, 69 (6): 28-34. TNO (2013). Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting. Rapportnummer: TNO 2013-R10446.

W54 Een dag op de stemmenpoli (UMC Utrecht en UMC Groningen)

MSc Marc Bohlken^{PH}¹ / PhD Marije van Beilen² / MD Kim Majjer¹ / Albertine de Haan¹ / PhD Ingrid Tewelde-Kampert² / Lucy Visser¹ / MD, PhD Jacqueline Quak² / Prof. dr. Iris Sommer¹

¹ UMC Utrecht, Afdeling Psychiatrie

² UMC Groningen, Afdeling Psychiatrie

m.bohlken@umcutrecht.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Stemmenhoren is een fenomeen dat bij een grote verscheidenheid aan psychiatrische problematiek kan voorkomen. Het kan tot ernstige klachten leiden en het dagelijks functioneren beperken. De stemmenpoliklinieken van het UMC Utrecht en het UMC Groningen bieden gerichte behandeling bij stemmenhoren, ongeacht de onderliggende diagnose. Deze workshop beoogt inzicht te geven in het integrale behandelplan, waarbij een viertal aspecten uitgelicht worden: Vaak merkt iemand die stemmen hoort maar ten dele op welke gevolgen het heeft en hoeveel aanpassingen hij of zij maakt vanwege het horen van stemmen. Het aanleren van copingstrategieën kan veel opleveren. De psychomotorische therapie (PMT) op de stemmenpoli richt zich op het letterlijk voelen van de eigen kracht, het ervaren van zelfvertrouwen en het (her)ontdekken van eigen kwaliteiten binnen het bewegen. Stemmenhoorders ervaren vaak positieve effecten op de coping met de stemmen, omgaan met stress en zelfvertrouwen. De behandelmodule Sterker dan je Stemmen is een therapieprotocol voor kinderen en jongeren die last hebben van stemmenhoren. Sterker dan je Stemmen is opgebouwd uit psycho-educatie, cognitieve technieken en gedragsexperimenten. Compassietraining is bedoeld om vaardigheden aan te leren die helpen om negatieve gevoelens die vaak gepaard gaan met het stemmenhoren, zoals schaamte en zelfkritiek, te kunnen verdragen en te verlichten.

Vorm (hoe)

Aan de hand van een interactieve workshop, kunnen deelnemers ervaren wat een dag op de stemmenpoli zoal te bieden heeft. Er wordt samen ervaren hoe het is om stemmen te horen en we oefenen met coping strategieën. De PMT richt zich op het letterlijk voelen van de eigen kracht, ervaren van zelfvertrouwen en (her)ontdekken van eigen kwaliteiten binnen het bewegen. Er wordt uitleg gegeven over de behandelmodule Sterker dan je Stemmen. Bij compassietraining wordt ingegaan op het begrip compassie, waarbij tips en oefeningen worden gegeven om compassie voor jezelf te vergroten.

Leerdoelen

Na het volgen van deze workshop heeft u kennis genomen van / ervaren dat:

- de impact van stemmenhoren vaak verminderd kan worden door coping
- de effecten van PMT op stemmenhoren
- de behandelmodule Sterker dan je Stemmen
- de voordelen van een compassietraining.

Literatuurverwijzing

- Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, Johns LC, McCarthy-Jones S, Preti A, Raballo A, Slotema CW, Stephane M, Waters F (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull.* 38(4):724-33. - Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G & Wiersma D (2006). "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-month outcome of a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie.* 51, 3, p. 169-177 9 p. - Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. - Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J & Gilbert P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214.