

D1 Psychiaters van de toekomst: generalisten of superspecialisten

MD Maurits Nijs^{PH1} / Prof.dr. Aartjan Beekman^{2,3,4} / MD Ariette van Reekum^{5,6} / Prof.dr. Robert Schoevers⁷ / Prof. dr. Richard Oude Voshaar⁸ / Prof.dr. Edith ter Braak^{9,10}

¹ Programmadirecteur Landelijk Onderwijsbureau NVvP

² Voorzitter van de NVvP

³ Hoofd departement psychiatrie Vrije Universiteit Amsterdam

⁴ Bestuurder Ingeest

⁵ Bestuurder GGZ Breeburg

⁶ Lid bestuur NVvP portefeuille onderwijs en opleiding

⁷ Hoofd departement psychiatrie UMC Groningen

⁸ Hoogleraar Ouderenpsychiatrie UMC Groningen

⁹ Internist, endocrinoloog UMC Utrecht

¹⁰ Lid College Geneeskundig Specialismen KNMG

M.Nijs@nvvp.net

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De psychiatrie staat voor grote uitdagingen. Inhoudelijk noopt de toename aan kennis en kunde tot differentiatie en specialisatie in deelgebieden. Tegelijkertijd blijft het nodig om -ook al ben je superspecialist- je algemene psychiatrie-competenties bij te houden en verder te ontwikkelen. Daarnaast vraagt de veranderde politieke context van de psychiater dat hij de regie neemt in tal van zaken (medisch leiderschap) en kan inspelen op de toenemende vraag naar flexibiliteit op de arbeidsmarkt. Op dit moment is de verwachting vanuit VWS en ander specialistische beroepsgroepen dat de opleiding tot psychiater net als de andere specialistische opleidingen met een half jaar zal worden bekort om een afgesproken bezuiniging te realiseren. De opleiding psychiatrie in Nederland is op dit moment al kort in vergelijking met die in andere landen, het is sterk de vraag of alle benodigde competenties in vier jaar kunnen worden verkregen. Hoe moeten wij vanuit de NVvP inspelen op die veranderingen op het gebied van opleiden van jonge collega's? Hoe doen ander medisch specialisten (internisten, kinderartsen) dat? Hoe ziet het nieuwe profiel van de psychiater er uit, rekening houdend met de reële mogelijkheid dat de opleiding tot psychiater met een half jaar wordt bekort? Hoe moet het landelijk kennisonderwijs er uit zien? Moeten de aandachtsgebieden worden gehandhaafd, of kiezen wij voor meerdere deelspecialisaties na afronding van de opleiding tot psychiater? Welke opties zijn er dan? Fellowship? In deze discussie wordt een eerste aanzet gegeven voor een nieuwe profielschets.

Vorm (hoe)

Discussiegroep op instigatie van het bestuur van de NVvP. De inleiders houden een elevator pitch met prikkelende stellingen. Discussie over de kerncompetenties van de psychiatrie en de vertaling daarvan naar de opleiding.

Leerdoelen

Aan het eind van de discussiegroep is de deelnemer beter in staat: -te formuleren waar de accenten moeten liggen bij een toekomstige profielschets psychiater -te begrijpen welke keuzes gemaakt moeten worden in de opleiding tot psychiater, welke verschillende opties er zijn, en welke opties toekomstbestendig zijn -te begrijpen welke keuzes gemaakt moeten worden bij de bij- en nascholing ten aanzien van het onderhouden van algemene psychiatrische competenties -de opzet van de opleiding psychiatrie te vergelijken met die in andere landen -kunnen motiveren welke superspecialismen een meer formele opleiding moeten krijgen naast de kinder- en jeugdpsychiatrie en ouderenpsychiatrie.

Literatuurverwijzing

Opdracht werkgroep "uitwerking opleidingsakkoord" onder voorzitterschap van Prof. dr. Robert Schoevers. Herziene Profielschets Psychiater door de leden van de NVvP vastgesteld, april 2005. Naarding P, Van R, van der Mast RC. Aandachtsgebieden in de psychiatrie aanwinst of verlies? Tijdschrift voor Psychiatrie 2015; 57: 452-5.

D2 Is er plaats voor euthanasie in de psychiatrie?

Dr. Cecile Gijsbers van Wijk¹ / Drs. Paulan Stärcke² / Drs. Anne-Marie van Dam³ / Prof. Dr. Guy Widdershoven⁴ / Steven Pleiter⁵ / Dr. Bram Bakker⁶ / Drs. Jan Mokkenstorm²

¹ Arkin

² GGZ inGeest

³ Mentrum

⁴ VUMC

⁵ Levensidekliniek

⁶ Zorg van de Zaak

j.vandelaar@nvvp.net

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Sinds 2002 is euthanasie en hulp bij zelfdoding bij wet toegestaan mits uitgevoerd volgens de bij wet vastgelegde zorgvuldigheidscriteria. Het aantal meldingen bij de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie steeg van 4188 in 2012 naar 4829 in 2013 (15%). Het aantal meldingen waarbij het lijden voortkwam uit een psychiatrische aandoening steeg met maar liefst 200%: van 14 naar 42. Bij de Levensidekliniek kwam één derde van de 1000 verzoeken in 2014 van patiënten met een psychische stoornis. Tegelijkertijd is het aantal suïcides voor het zesde achtereenvolgende jaar fors gestegen, van 1753 in 2012 tot 1854 in 2013. Houden deze stijgingen verband met elkaar? Zijn er meer mensen die chronisch en ondraaglijk psychisch lijden, of die om euthanasie vragen, maar laten we een deel toch in de kou staan? Wat als we als professionals beter omgaan met verzoeken om levensbeëindiging; zal het aantal suïcides hierdoor dan verlagen? Moeten patiënten die vinden dat ze ondraaglijk lijden überhaupt wel bij een psychiater aankloppen? Kan (en moet) een psychiater wel beoordelen of het psychisch lijden ondraaglijk is? En wanneer zijn in de psychiatrie de behandelopties echt uitgeput. Kunnen we het beloop en de prognose van psychiatrische stoornissen eigenlijk wel goed voorspellen? Of is een vraag om euthanasie "een vraag om levenshulp, tenzij", zoals de richtlijn van de NVvP schrijft? Dit alles roept één fundamentele vraag op die we graag in deze discussiegroep aan de orde willen stellen: is er wel plaats voor euthanasie in de psychiatrie? Vanaf september 2015 is een richtlijncommissie van de NVvP gestart met het aanpassen van de inmiddels 7 jaar oude richtlijn aan de actuele ontwikkelingen. Deze discussiegroep kan in belangrijke mate bijdrage aan het werk van de commissie.

Vorm (hoe)

Een vraaggesprek waarin de debatleider na een korte introductie op het thema euthanasie in de psychiatrie, een aantal opinion leaders bevraagd die ieder vanuit hun eigen perspectief een reactie geven op deze kwesties en daarover met elkaar en de aanwezigen in de zaal in discussie gaan.

Leerdoelen

1. Inzicht in de verschillende visies op het thema euthanasie en hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. 2. Inzicht in de verschillende visies ten aanzien van kennis en kunde van de psychiater bij de beoordeling van een verzoek om hulp bij zelfdoding. 3. Handvatten voor richtlijncommissie die van start gaat met herziening van de richtlijn "Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis" (2009).

Literatuurverwijzing

1. Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. A.J. Tholen, R.L.P. Berghmans, J. Huisman, J. Legemaate, W.A. Nolen, F. Polak, M.J.W.T. Scherders (richtlijncommissie). Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, De Tijdstroom uitgeverij BV. Utrecht, 2009. 2. Psychisch lijden los je niet op met een doodvonnis, artikel Bram Bakker in NRC 3 september 2015. Aantal zelfdodingen weer fors gestegen. CBC, december 2014. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm> 4. Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, jaarverslag 2013 (gepubliceerd 29 september 2014). https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013_NL_tcm52-40686.pdf

D3 Psychiatrische consultatie: afstemming op de eerste lijn

Dr. Willem van Hezewijk_{PH}^{1,2} / Dr. Wil Buis^{3,4} / Dr. Liesbeth van Londen⁵ / Dr. Rob Dijkstra^{6,7} / Leonore Nicolai^{8,9}

¹ Willem van Hezewijk Advies

² GGZ Breburg

³ Buis Psychiatrisch Advies Den Bosch

⁴ Ypse Den Bosch

⁵ Transparant Next Leiden

⁶ Nederlands Huisartsengenootschap

⁷ Huisarts Overasselt

⁸ Vereniging POH GGZ

⁹ POH GGZ

willemvanhezewijk@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Na succesvolle sessies op het VJC in 2014 en 2015, willen we voor de derde keer discussiëren over psychiatrische consultatie, nu in het kader van het congres thema 2016 'Samen Beter, Beter Samen', met het accent op de afstemming op de eerste lijn. Daartoe laten we eerst voorzitter Rob Dijkstra van het Nederlands Huisartsengenootschap en voorzitter Léonore Nicolai van de Vereniging POH GGZ aan het woord om de ontwikkelingen te schetsen in de eerstelijns GGZ en hun visie/verwachtingen ten aanzien van consultatie daarbij. Daarna delen psychiaters Wil Buis (als ZZP'er in het kader van de POH 3+ regeling) en Liesbeth van Londen (vanuit een consultatieve dienst voor huisartsen in Leiden) hun ervaringen, nu met speciale aandacht voor de afstemming op de eerste lijn.

Vorm (hoe)

Na elke (korte) inleiding is er gelegenheid tot het stellen van enkele (informatieve) vragen, waarna de tweede helft ingevuld wordt met discussie over stellingen van de vier panelleden onder leiding van psychiater Willem van Hezewijk (twintig jaar bestuurder van een grote GGZ instelling).

Leerdoelen

Kennisnemen van de ontwikkelingen in het veld van consultatie van psychiaters bij huisarts/POH GGZ. Uitwisselen van ervaringen en het creëren van kansen voor verdere ontwikkeling van deze specialisatie binnen ons vak.

Literatuurverwijzing

-rapport GGZ in de eerste lijn-eindtermen POH GGZ

D4 Samen beter in de keten!

Prof. Dr. Aart Schene^{p1} / Prof. Dr. Niels Mulder² / Dr. Monica Pop¹ / Dr. Nico van Beveren³ / Dr. Arnt Schellekens^{H1}

¹ Radboud umc

² Erasmus mc

³ Antes

arnt.schellekens@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Er is in toenemende mate sprake van een verbrokkeld systeem van geestelijke gezondheidszorg. Een eerste lijn die matig vorm krijgt en veel ggz-taken over moet nemen; een generalistische ggz die op veel plaatsen nauwelijks tot stand komt; een specialistische ggz die moet afbouwen en daardoor aan identiteit verliest en een academische component die wordt aangezet tot sterk gespecialiseerde psychiatrie, met een hoog somatisch gehalte. Dan zijn er verder nog PAAZen en verslavingsinstellingen en een op gang komende wijkgerichte aanpak. Daar waar eerder door de zorgverzekeraars onderlinge afspraken werden verboden, zien we de laatste paar jaren een doorzettend besef dat iets als regionaal samenwerken en iets als ketenzorg noodzakelijk zijn om de kwaliteit van zorg voor psychiatrische patiënten te waarborgen, kortom de herontdekking van oude principes.

Vorm (hoe)

In een discussie panel zullen de aanwezige zorgprofessionals worden uitgedaagd om na te denken over de huidige en gewenste ontwikkelingen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, kortom over de wijze waarop we met elkaar de zorg voor psychiatrische patiënten vorm willen geven. We willen beter samenwerken, ketenzorg opzetten, profileren etc. De realiteit is echter dat er een grote variëteit bestaat in de wijze waarop de geestelijke gezondheidsdiensten werken, hun doelen, belangen en ambities en hun positionering in de keten en dat heeft ver strekkende gevolgen op het beter "samen" werken en "samen" beter worden. In deze bijeenkomst wordt de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in twee regio's vergeleken (Nijmegen en omstreken en Rotterdam). Goede ontwikkelingen, maar ook knelpunten zullen worden geanalyseerd, om vervolgens na te gaan wat dat zou kunnen betekenen uw eigen regio en voor landelijke ontwikkelingen en positionering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Leerdoelen

Inzicht in belemmerende en bevorderende factoren in de ketenzorg voor patiënten met psychiatrische problematiek. Reflectie op organisatie van zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek in de eigen regio. Komen tot een standpunt ten aanzien van de organisatie van zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek: wat is wenselijk & wat is mogelijk?

Literatuurverwijzing

De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België Dr. M.P.N. van Kerkhof, mr. drs. G.V.M. van Gemert, prof. dr. C. Jannes en dr. D. Larmuseau-www.ggz nederland.nl

D5 Medisch Psychiatrische Units op weg naar standaardzorg

prof. dr. Jan van Busschbach^{p 1,2} / drs. Maarten van Schijndel^{H 1,3,2} / drs. Hansje Heller^{4,2} / dr. Jeroen van Waarde^{5,2} / dr. Jeroen Lijmer^{6,2}

¹ Erasmus MC

² MPU Study Group (www.mpustudygroup.org)

³ instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

⁴ VU Medisch Centrum

⁵ Rijnstate ziekenhuis

⁶ Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

m.a.vanschijndel@erasmusmc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Ongeveer 30% van de ziekenhuispatiënten lijdt aan zowel een somatische als een psychiatrische aandoening. Voor de meest complexe patiënten uit deze doelgroep zijn wereldwijd sinds 1980 en in Nederland sinds de jaren '90 van de vorige eeuw Medisch Psychiatrische Units (MPU's) opgezet. Door verschillende ontwikkelingen is de opkomst van deze zorg in Nederland in een stroomversnelling terecht gekomen. In 2012 waren er 25 Nederlandse MPU's, in 2015 zijn dat er 40 [1]. MPU's zijn, zeker in ons land, een relatief jonge interventie. Met de opkomst van MPU's staan de betrokken collega's voor een aantal gemeenschappelijke vragen: 1) hoe organiseer ik mijn MPU en voor welke patiënten? 2) wat is goede zorg, en hoe toon ik aan dat mijn MPU die daadwerkelijk levert? 3) hoe ga ik om met de bedbezetting gezien de grotere belasting van mijn verpleegkundig team bij concentratie van complexe patiënten? en 4) hoe kom ik tot adequate financiering van deze zorg op het snijvlak van psychiatrie en somatiek, dat tot op heden geen zelfstandige financieringstitel kent? De MPU Study Group stelt zich ten doel een antwoorden te formuleren op deze vragen door wetenschappelijk onderzoek en beleidsbeïnvloeding (zie referenties). De MPU Study Group is een samenwerkingsverband van klinische en wetenschappelijke MPU-experts van VU Medisch Centrum, het Rijnstate Ziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en het Erasmus MC. In deze discussiegroep gaat de MPU Study Group met psychiaters en andere geïnteresseerden het debat aan over de implicaties van haar projecten voor de toekomst van het veld. Als primeur zullen de resultaten van een inventarisatie van bijna alle MPU's in Nederland worden getoond [1]. Onder andere deze inventarisatie zal worden gebruikt om antwoorden te formuleren op de bovenstaande vragen.

Vorm (hoe)

Tijdens de discussiegroep houdt elk van de panelleden een korte presentatie van 8 minuten over de bovenstaande thema's in relatie tot de inventarisatie. Hierin worden de resultaten toegelicht, en implicaties voor beleid geformuleerd. De korte presentatie sluit af met stellingen, waarover met het publiek telkens 14 minuten wordt gediscussieerd; hierbij zullen ook praktische vragen aan de orde komen.

Leerdoelen

1. U weet welke MPU's er in Nederland zijn, hoe het staat met de implementatie van de Veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units in Nederland, en kunt uw eigen organisatie afzetten tegen landelijke gegevens [1,2]. Wij discussiëren met u over de interpretatie en operationalisatie van de Veldnormen, en u wordt betrokken bij het formuleren van gezamenlijke aanbevelingen voor de herziening in 2019. U leert vanuit een onderzoek naar indicatiestelling [3] welke patiënten geschikt zijn voor behandeling op een MPU. 2. U bent op de hoogte van de geformuleerde kwaliteitsdefinities op het gebied van MPU-zorg uit de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie [4]. U wordt geïnformeerd over de opzet van de haalbaarheidsstudie Generieke Module en leert hoe u kwaliteit van zorg kunt in uw eigen praktijk meten in structuur, proces en uitkomst – mede aan de hand van wetenschappelijk onderzoek naar routine outcome monitoring (ROM) op de MPU [5]. 3. U kunt met uw verpleegkundig team objectief zorgvraagzwaarte van een specifieke patiënt bepalen met behulp van een verpleegkundige zorgzwaarteinstrument. U kunt deze kennis inzetten om te sturen op een efficiënte bedbezetting [6]. 4. U leert welke oplossingsrichtingen er zijn voor het probleem dat er geen specifieke financieringstitel is voor MPU-zorg, en bent op de hoogte op welke manier somatisch-psychiatrische comorbiditeit zal worden meegenomen in de doorontwikkeling van de productstructuur DBC GGZ [7].

Literatuurverwijzing

1. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. J.A. van Waarde, M.A. van Schijndel, I.K. Lampe, J.M. Hegeman, F.J. Balk, P.J.H. Notten, M.J.W. Scherders, C.B. Portier, J.A.M. van de Laar. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014; 2. De organisatie van Nederlandse Medisch Psychiatrische Units – een analyse aan de hand van de Veldnormen. M.A. van Schijndel, L.A.W. Jansen, F. van 't Veer, P.J. Caarls, A. Wierdsma, J.J. van Busschbach; 3. Eligibility for Medical Psychiatry Unit admission: a concept mapping approach. M.A. van Schijndel, P.J. Caarls, J.G. Lijmer, J.A. van Waarde, A.D. Boenink, J.J. van Busschbach; 4. Conceptversie 0.3 van de 'Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie'. M.A. van Schijndel, A.D. Boenink, P.J. Caarls, J.G. Lijmer, I.H. Post, J.A. van Waarde. Oplevering verwacht maart 2016; 5. F.J.G. van Hunnik, J.M. de Man, J.G. Lijmer. Measuring functional outcomes in a Medical Psychiatric Unit: a validation study. Verpleegkundige zorgvraagzwaarte op de Medisch Psychiatrische Unit. R.W. Gerssen en J.A.B. Maas; 6. Conceptadvies doorontwikkeling productstructuur GGZ. Cap Gemini in opdracht van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA), september 2015.

D6 De nieuwe wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: wat valt verwachten?

Dr. Eric Noorthoorn¹ / Dr. Jasper Nuijen² / Dr. Jan Broer³ / Drs. Gerco Blok⁴ / Prof. dr. Niels Mulder^{5,6} / Drs. Elnathan Prinsen⁷

¹ Ggnet GGZ instelling

² Trimbos instituut

³ GGD Groningen

⁴ Emergis ggz instelling

⁵ Parnassia ggz instelling

⁶ Erasmus Universiteit Rotterdam

⁷ Dimence GGz instelling

e.noorthoorn@ggnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het aantal onvrijwillige opnames neemt sinds de invoering van de BOPZ gestaag toe [1]. Ook ten aanzien van de ingezette interventies (zoals separatie of dwangmedicatie) neemt Nederland een bijzondere positie in. Hoewel het aantal patiënten dat interventies (separatie, fixatie of dwangmedicatie) ondergaat vergelijkbaar is met Engeland en de Scandinavische landen, wordt er in Nederland vaker en gedurende langere tijd gesepareerd. Daarnaast wordt elders, vaker gedwongen medicatie toegepast[2]. Ondanks ambitieuze doelen gesteld door de branchevereniging om separaties te reduceren lijkt dit maar ten dele bereikt [3]. De wet verplichte GGZ beoogt eerder in te kunnen ingrijpen, vooral in de ambulante setting. Verwacht wordt dat door eerder alternatieve behandelvormen aan te bieden, gedwongen opnames minder nodig zullen zijn en korter zullen duren. Het is echter de vraag of en hoe deze ambitie bereikt wordt. In deze discussie groep wordt vanuit een drietal invalshoeken ingegaan op effecten van wetgeving op gedwongen zorg. Vanuit gegevens van de raad op de rechtspraak, het Trimbos Instituut en het landelijk register vrijheid beperkende interventies Argus wordt ingegaan op de trendcijfers van onvrijwillige zorg en dwang. Door verschillende geneesheer directeuren en een vertegenwoordiger van de commissie wet en regelgeving van het NVVP wordt op deze cijfers gereflecteerd om te bepalen welke werkwijzen vanuit de klinische praktijk verwacht worden te gaan veranderen en op welke wijze het effect van de nieuwe wet het beste kan worden geëvalueerd.

Vorm (hoe)

In een drietal tweetjes wordt door een onderzoeker cijfers gepresenteerd, waar vervolgens door een bij de zorg betrokken deskundige op wordt ingegaan. Met de deelnemers aan de discussie wordt vervolgens besproken welke aspecten van de wet een effect op onvrijwillige zorg en vrijheid beperkende interventies zullen hebben.

Leerdoelen

1. Inzicht in de kernpunten van de Wet Verplichte GGZ
2. Inzicht in voor handen zijnde (internationale) kennis ten aanzien van deze kernpunten

Literatuurverwijzing

1. Broer J, Koetsier H & CL Mulder. Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie 57 (2015), 4, 240-247.
2. Noorthoorn EO, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, Steinert T. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Jul 19. [Epub ahead of print]3. Vruwink FJ1, Mulder CL, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman HL. The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. BMC Psychiatry. 2012 Dec 18;12:231. doi: 10.1186/1471-244X-12-231.

D7 Functionele diagnostiek in de forensische psychiatrie

Prof. Dr. Robbert-Jan Verkes_{PH}^{1,2} / Dr. Thomas Rinne³ / Prof. Dr. Jim van Os⁴ / Dr. Erik Bulten² / Prof. Dr. Ko Hummelen^{5,6}

¹ Radboudumc, Nijmegen

² FPC Pompestichting, Nijmegen

³ Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Utrecht

⁴ Maastricht University Medical Centre, Maastricht

⁵ GGNet, Warnsveld

⁶ Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

robbert-jan.verkes@radboudumc.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het psychiatrisch onderzoek pro Justitia dient antwoord te geven op de vraag of het ten laste gelegde feit gepleegd is onder invloed van een psychiatrische stoornis en zo ja, wat het recidiverisico is. Gangbaar is de stoornis te beschrijven in termen van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). De DSM is echter een heel globaal classificatie-systeem. Er is een enorme kloof tussen een stoornis uit de DSM en het delictgedrag. In werkelijkheid zijn het meestal meerdere disfuncties die in hun onderlinge dynamiek in bepaalde omstandigheden tot een delict kunnen leiden. Soms passen die disfuncties binnen een stoornis uit de DSM, vaak ook niet. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis in termen van DSM weinig waarde heeft voor het voorspellen van een recidive. In de huidige instrumenten voor risicotaxatie spelen psychiatrische stoornissen dan ook een ondergeschikte rol. Tenslotte zegt de DSM-classificatie weinig over onderliggende processen of oorzaken. Er gaan daarom steeds meer stemmen op om een functionele diagnostiek centraal te stellen bij de kwantificering van delict-verklarende en -voorspellende factoren en niet een categorale classificatie. Van Os et al (2015) onderbouwen dit met een literatuuronderzoek waarin werd gekeken naar mogelijkheden en beperkingen van een functionele diagnostiek. Bulten et al (2015) onderzochten welke disfuncties volgens ervaren rapporteurs een rol spelen bij zedendelinquenten. Hummelen en Aben (2015) presenteerden onlangs een werkwijze waarbij psychische functies, en disfunctionele persoonlijkheidstrekken centraal staan bij de kwantificering van de invloed van een stoornis op het ten laste gelegde. Hierbij wordt het begrip toerekeningsvatbaarheid niet meer gehanteerd. Dit sluit aan bij de opvatting dat toerekeningsvatbaarheid een juridisch begrip is dat niet is geoperationaliseerd in psychiatrische termen, en dat daarom de gedragsdeskundige zich niet over toerekeningsvatbaarheid dient uit te laten. Een functionele benadering zou ook een vruchtbaar uitgangspunt vormen voor het ontwikkelen van gedragstesten waarmee de betreffende disfuncties gekwantificeerd kunnen worden (Von Borries et al, 2013). Tevens zal een dergelijke benadering beter aansluiten bij neurocognitief en neurobiologisch onderzoek naar mechanismen van delictgedrag (Verkes, 2015).

Vorm (hoe)

De vier debaters zullen hun visie op functionele diagnostiek toelichten in vier korte presentaties van 10 minuten. Vervolgens zal er met alle aanwezigen worden gediscussieerd over stellingen die naar voren zijn gebracht: 1. Nieuwe diagnostische modellen zijn nodig voor het beschrijven van delictverklarende en delictvoorspellende factoren. 2. Een dimensionele, functionele psychodiagnostiek heeft hierbij de voorkeur boven (alleen) een categoriale diagnostiek gebaseerd op DSM. 3. Een functionele benadering sluit meer aan bij neurocognitief en neurobiologisch onderzoek naar de mechanismen van delictgedrag. 4. De vraag naar de invloed van een stoornis op het ten laste gelegde dient te worden beantwoord aan de hand van functionele diagnostiek en niet op grond van toerekeningsvatbaarheid.

Leerdoelen

Na afloop zullen deelnemers een beter beeld hebben van de mogelijkheden en beperkingen van functionele diagnostiek voor delictverklarende en delictvoorspellende factoren binnen de forensische psychiatrie.

Literatuurverwijzing

Van Os J., Tan N., Honings S. (2015) Functionele diagnostiek in de forensische psychiatrie: een

literatuuronderzoek. WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie, 's-Gravenhage. Bulten E., Landman M., Kramer W., Beukers M., Rinne T. (2016) Functionele diagnostiek bij plegers van een ernstig seksueel geweldsdelict: een transdiagnostische benadering (aangeboden voor publicatie). Hummelen J.W., Aben D.J.C. (2015) Functionele diagnostiek in plaats van een advies aangaande toerekeningsvatbaarheid. *Expertise en Recht* (in druk). Von Borries K., Bulten E., Rinne T. (2013). Van stoornis naar neurocognitie in de behandeling van tbs-patiënten, *Justitiële Verkenningen*, 69-84. Verkes R.J. De multidimensionale dader. (2015) Oratie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

D8 Wat kunnen we leren van ervaringsdeskundigen op het gebied van de media? Olympisch kampioene Leontien van Moorsel en Patricia Bos aan het woord

Prof. Dr. Wijbrand Hoek^{1,2} / Leontien Zijlaard-van Moorsel³ / Patricia Bos⁴ / Prof. Dr. Peter van Harten^{5,6} / Prof. Dr. Annemarie van Elburg^{7,8}

¹ Parnassia Groep, Den Haag

² UMCG, Groningen

³ Leontien Foundation

⁴ Buro PUUR

⁵ GGz Centraal – Innova, Amersfoort

⁶ Universiteit Maastricht

⁷ Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist

⁸ Universiteit Utrecht

w.hoek@parnassiagroep.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Psychiatrienet is een website van en voor professionals. Al enige jaren is een nieuwe stroom professionals de ervaringsdeskundigen. Zij vormen samen met de patiëntenorganisaties een belangrijke partner in het veld. Zij zijn in staat om kennis, die niet door studie of onderwijs, maar door eigen ervaring is opgedaan te benutten. Dit weerspiegelt zich onder meer in Shared Decision Making, direct gerelateerd aan het thema van het congres, 'Samen beter, beter samen'. De media en het internet bieden geweldige mogelijkheden om informatie te verspreiden. Ervaringsdeskundigen vanuit het eetstoornissenveld zijn zeer actief in de diverse media. Leontien van Moorsel en Patricia Bos zijn twee bekende voorbeelden, de een zeer actief in de media, en de ander op het internet. Zij slagen er vaak veel beter in het maatschappelijk debat te beïnvloeden dan de meeste professionals. Ervaringsdeskundigheid wordt tegenwoordig veel ingezet in de herstelgerichte benadering van de psychiatrie, maar er zijn meer mogelijkheden tot samenwerking. In verschillende instellingen – zoals Altrecht, GGz Centraal en de Parnassia Groep - wordt ervaringsdeskundigheid ook in het maken van beleid benut.

Vorm (hoe)

Interviews met ervaringsdeskundigen, geïllustreerd met videomateriaal over ziekte (uit privé videocollectie) en herstel (o.a. 4 gouden Olympische medailles). In een paar korte voordrachten zullen professionals de inzet van ervaringsdeskundigheid in hun instelling toelichten. Aan de hand van stellingen wordt het publiek uitgenodigd deel te nemen aan een interactieve discussie: Ervaringsdeskundigheid, een bron van kennis voor de psychiater. Maar hoe? Psychiaters zijn te weinig proactief in hun omgang met social media. Social media en beroepsgeheim zijn een slecht duo.

Leerdoelen

Hoe kun je ervaringsdeskundigheid gebruiken bij je dagelijks werk als psychiater? Positief beïnvloeden van stigma rond psychiatrie en vergroten van de effectiviteit van onze strategieën daarbij.

Literatuurverwijzing

www.psychiatrienet.nl

D9 De “NAO-kwestie” nader belicht. Nut en noodzaak van de DSM classificatie Niet Anderszins Omschreven

Dr. Rien Van PH¹ / Dr. Theo Ingenhoven² / Dr. Nel Draaijer³ / Prof. dr. Eric van Furth⁴ / Dr. Alexandra Dingemans⁵

¹ Arkin Amsterdam

² Pro Persona

³ GGZ InGeest

⁴ LUMC Leiden

⁵ Rivierduinen, Centrum Eetstoornissen Ursula

rien.van@planet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Eind 2014 adviseerde het Zorginstituut Nederland de minister om de DSM-IV classificaties “Niet Anderszins Omschreven” (NAO) niet langer te vergoeden. Het zouden te lichte categorieën betreffen, waar bovendien weinig evidence based behandelingen voor bestaan. Hiertegen is scherp protest aangetekend door de samenwerkende beroepsorganisaties (NVvP, NVP en NIP e.a.). Mede als gevolg daarvan is een definitieve beslissing vooralsnog uitgesteld en een forse pakketingreep voorkomen. De kou is echter nog niet uit de lucht. Atypische manifestaties van een ziekte, waarbij de symptomen of het beloop niet precies in een specifieke categorie kan worden geplaatst, komen in de gehele geneeskunde geregeld voor. In de psychiatrie is dat relatief frequent omdat veel aandoeningen door hun aard niet scherp afgegrensd zijn en in de tijd een sterk wisselend beloop kunnen hebben. Bovendien is er veelvuldig sprake van overlap in symptomen met andere naburige stoornissen in de DSM. Om die reden kent elke groep stoornissen in de DSM-IV deze classificatie NAO. In de DSM-5 is deze vervangen door twee varianten: de ‘ongespecificeerde’ variant voor situaties waarin onvoldoende informatie voorhanden is, en een ‘andere gespecificeerde’ variant indien na onderzoek de wel gespecificeerde classificaties niet van toepassing worden geacht. De duur en de ernst van de psychopathologie, het beloop en gebruik van gezondheidszorg bij een NAO stoornissen lijken niet te verschillen met de specifiek omschreven categorieën. De DSM-IV categorie “Niet Anderszins Omschreven” komt relatief vaak voor bij de classificatie eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In de inleidingen komt aan de orde wat er bekend is over prevalentie, beloop, de wijze van classificeren en de consequenties voor het behandelbeleid. Voorts zal ingegaan worden op de (vooralsnog effectieve) wijze waarop de beroepsverenigingen zich gezamenlijk in deze discussie over vergoeden van zorg hebben opgesteld, en wat daaruit te leren valt voor de nabije toekomst .

Vorm (hoe)

Vorm4 korte interactieve inleidingen:-Eetstoornis NAO door Eric van Furth en Alexandra Dingemans - Dissociatieve stoornis NAO door Nel Drayer-Persoonlijkheidsstoornis NAO door Rien Van en Theo Ingenhoven-De “NAO-kwestie”: effectieve acties vanuit het veld, door Theo IngenhovenStellingen1. De DSM categorieën “NAO” zijn onterecht genegeerd in wetenschappelijk onderzoek. Dat verdient een inhaalslag.2. Omdat er vanuit het veld zelf weinig data over de categorieën NAO zijn gegenereerd hebben wij het probleem over de vergoeding over onszelf afgeroepen.3. Er is genoeg evidentie om de ‘NAO’ als een volwaardige stoornis te beschouwen4. Een DSM classificatie NAO (of ‘andere gespecificeerde’ stoornis) stellen vraagt om complexe en specialistische diagnostiek, en mag derhalve enkel plaats vinden in de specialistische GGZ.5. Zowel hulpverleners als stakeholders (zoals ZIN en zorgverzekeraars) dienen beter geschoold te worden in de mogelijkheden en beperkingen van de DSM-5, en in het zorgvuldig gebruik daarvan.

Leerdoelen

1Kennismaken van de stand van zaken ten aanzien van wetenschap en praktijk voor de DSM-IV classificaties ‘Niet Anderszins Omschreven’ bij eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen.2Kennismaken van de relatie tussen vakinhoudelijke en vergoedingstechnische betekenissen van de subcategorieën ‘Andere gespecificeerde’ en ‘Ongespecificeerde’ uit de DSM-5.

Literatuurverwijzing

Dingemans AE, van Furth EF. Eetstoornissen niet anderszins omschreven. Tijdschr Psychiatr 2015;57:258-64Van

HL, Ingenhoven T, Draijer N. Nut en noodzaak van de DSM classificatie 'niet anderszins omschreven'. Tijdschr Psychiatr 2015;57:265-68

D10 Samenwerking voor betere zorg voor Depressie

prof dr Jan Spijker¹ / prof dr. Aart Schene² / prof dr Frenk Peeters³

¹ Pro Persona

² Radboud universitair medisch centrum

³ Virenze RIAGG Maastricht, Zorgprogramma Stemmingsstoornissen

j.spijker@propersona.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Het landschap van zorg voor depressie is snel veranderd met enerzijds de komst van de BGGZ en anderzijds de positionering van topggz en academische centra. Er is nu eerste-, tweede- en derde lijnszorg voor depressie. Belangrijk is dat elk echelon de juiste zorg biedt en opschaalt of afschaalt als andere zorg gepast is. In deze discussie groep wordt vooral stil gestaan bij de stap van 2e lijns zorg (SGGZ) naar de 3e lijn (topggz/academische psychiatrie). We willen ingaan op: 1. Wat zijn de vragen voor de 3e lijn en in welke vorm moeten die beantwoord worden (telefonische consultatie, second opinion, life consultatie aan de 2e lijn)? Wanneer moet de zorg worden overgenomen door de 3e lijn? 2. Wat zijn de problemen op patiëntenzorgniveau tussen de 2e en 3e lijn? 3. Wat zijn de verschillen tussen topggz afdelingen en academische afdelingen? Aan de hand van eigen zorggegevens en een discussie notitie van TOPGGZ zullen de inleiders een beeld geven van de 3e lijns zorg die zij bieden en in discussie gaan met de deelnemers aan de hand van bovenstaande vragen.

Vorm (hoe)

- korte inleidingen- discussie met deelnemers

Leerdoelen

- meer inzicht in verschil 2e en 3e lijnszorg- meer inzicht in verschil TOPGGZ/academische ziekenhuizen tav depressie zorg - beter inzicht hoe second opinions/consultatie effectief kan worden ingezet in depressie zorg

Literatuurverwijzing

geen

D11 Focus op Gezondheid - Samen op Weg naar Herstel

Paul Ulrich¹ / Anne Marie Kamevaar¹ / Rene Keet² / Laura van Goor³

¹ LPGGz

² GGZ-NHN

³ Altrecht

ulrich@zonnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, 1948) is gezondheid een toestand van algeheel fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekten of gebreken. Een prachtige definitie waarbij de nadruk ligt op algeheel welbevinden in plaats van ziekten of gebreken. Helaas kan vrijwel niemand aan deze definitie voldoen zodat we allemaal ziek zouden zijn. Tegenwoordig wordt gezondheid vaak gezien als het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al 2011). Het gaat niet om het bereiken of handhaven van een ideale toestand zoals de WHO definitie, maar om veerkracht en flexibiliteit, functioneren en participeren van mensen. Een dergelijk concept benadrukt de kracht en de regie van mensen in plaats van de zwakten en de ziekten. Het concept van gezondheid als vermogen aan te passen en regie te voeren is uitgewerkt in zes domeinen met tweeëndertig aspecten. De domeinen van gezondheid zijn lichamelijke functies, geestelijke functies, sociaal-maatschappelijke participatie en spiritueel-existentiële dimensie, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. De essentie van het gezondheidsconcept is mensen in hun kracht te houden/krijgen en eigenaar te laten zijn van hun proces (zowel voor zieken als gezonden). Gezondheid is uiteindelijk een middel opdat mensen 'hun ding' kunnen doen, namelijk een volwaardig en zinvol leven leiden. Als we dit gezondheidsconcept als uitgangspunt nemen moet de GGz zich vooral richten op het bevorderen en herstellen van gezondheid in plaats van het genezen van stoornissen. Het generieke criterium van een stoornis is een gebrek aan mentaal welbevinden (lijdensdruk) waardoor mensen beperkt worden in hun functioneren (vermogen aan te passen en regie te voeren). De specifieke symptomen zijn in wezen ondergeschikt aan de algemene kenmerken van lijdens-druk en/of disfunctioneren; zonder lijdensdruk en/of disfunctioneren is er geen stoornis. Herstel kan worden gezien als een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven.

Vorm (hoe)

Tijdens de bijeenkomst schetsen we een raamwerk voor zorg voor gezondheid. Vervolgens gaan we een aantal consequenties van het concept van gezondheid voor de praktijk van de GGz bespreken. Uitgangspunt is de reis van de cliënt in gezelschap van de professional op weg naar de herontdekking en de herovering van de ruimte om voluit te leven. Een aantal inleiders (cliënten/psychiaters) zal steeds een aspect van de consequenties toelichten waarna we aan de hand van stellingen in gesprek met de zaal gaan.

Leerdoelen

De consequenties van het concept van gezondheid voor de praktijk van de GGZ inzien.

Literatuurverwijzing

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948 Huber et al, 2011, How should we define health, BMJ 2011;343:d4163

D12 Transitiepsychiatrie 2016: samen en meer

Prof dr Therese van Amelsvoort_H^{1,2} / Prof dr Frenk Verhulst_P³ / Dr Athanasias Maras⁴ / Dr. Anna van Spanje⁵

¹ Maastricht University Medical Centre

² Virenze GGZ

³ Erasmus Medical Centre

⁴ Yulius GGZ

⁵ Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

t.vanamelsvoort@maastrichtuniversity.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Transitiepsychiatrie houdt zich bezig met de psychiatrie gedurende de overgang van jeugd naar volwassenheid. Driekwart van alle psychiatrische stoornissen manifesteren zich voor het 25e levensjaar. Deze stoornissen kunnen invaliderend zijn en zelfs tot de dood leiden. Internationaal onderzoek laat zien dat deze jeugdigen (15-25 jaar) de minste toegang tot zorg hebben en juist in deze kwetsbare levensfase tussen wal en schip dreigen te belanden als zij de overgang van geestelijke gezondheidszorg voor jeugd naar die voor volwassenen doormaken. Er is sprake van relatieve onderconsumptie tijdens deze levensfase. Gegevens van GGZ Nederland suggereren dat deze onderconsumptie ook geldt voor de Nederlandse jeugdigen. Een deel van deze onderconsumptie kan verklaard worden door hoe de zorg op dit moment is georganiseerd, namelijk rondom de grens van meerderjarigheid. Met name sinds de invoering van de jeugdwet zijn de verschillen in zorg tussen minder- en meerderjarigen zichtbaar geworden. Jeugdigen in de transitie-levensfase voelen onvoldoende aansluiting bij reguliere kind en jeugd afdelingen, maar ook bij de reguliere volwassenzorg. Daarnaast blijkt dat psychiatrische stoornissen bij jeugdigen vrijwel altijd gepaard gaat met andere problemen: in een recente Engelse studie, bleek dat 98% van jeugdige psychiatrische cliënten, meer dan 1 probleem of hulpvraag had. Naast de psychiatrische stoornissen worden dakloosheid, werkloosheid, schoolproblemen, problemen in de thuissituatie, crimineel gedrag, middelenmisbruik en verstandelijk beperking vaak geobserveerd. Een slechte transitie kan leiden tot discontinuïteit in zorg, uitval uit zorg en tot minder goede klinische uitkomsten. In Nederland is binnen de GGZ nu een begin gemaakt met onderzoek naar transitie.

Vorm (hoe)

In vier presentaties wordt u up-to-date gebracht en geïnformeerd over de activiteiten en ontwikkelingen die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden in Nederland op het gebied van transitiezorg. Hoe is het met transitie binnen de GGZ in Nederland gesteld? Hoe kunnen we continuïteit van zorg binnen de GGZ rondom het 18e levensjaar borgen? Achtereenvolgens zullen vanuit diverse instellingen in Nederland ervaringen gepresenteerd worden.-ervaringen van transitie jeugd GGZ naar volwassen GGZ sinds de transitie van jeugdzorg naar gemeenten-ervaringen van transitie jeugd GGZ naar volwassen GGZ sinds de transitie van jeugdzorg naar gemeenten-ervaringen van een geïntegreerd transdiagnostisch aanbod voor 16-25 jarigen-ervaringen van een specifiek ontwikkeld transitie instrument in het kader van een Europees onderzoek (Milestone)

Leerdoelen

- overzicht verschaffen van nieuwe kennis en ervaringen tijdens de transitiefase in de GGZ
- mogelijke oplossingen bespreken voor continuïteit zorg jeugdigen: is het wenselijk een specifiek geïntegreerd gezamenlijk zorgaanbod te hebben voor jongeren in deze levensfase, waarbij expertise van jeugd GGZ en volwassen GGZ in een programma gebundeld zijn.
- reflecteren op eigen transitiebeleid
- stimuleren samenwerking jeugd GGZ en volwassen GGZ

Literatuurverwijzing

Paul M., Street C., Wheeler N., Singh S.P. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. Clin Child Psychol Psychiatry. Epub Ahead of print. DOI: 10.1177/1359104514526603 Singh S.P. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(4):386-90. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9221. van Amelsvoort T.

Oratie Transitiepsychiatrie: Bridging the Gap. 2013.

<http://www.artsennet.nl/kennisbank/oraties/oratie/126719/therese-van-amelsvoort-transitiepsychiatrie-bridging-the-gap.htm> McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ, Hickie IB. Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry*. 2014 Dec;1(7):559-68. Coughlan H, Cannon M, Shiers D, et al. Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry* 2013; 7: 103–108

D13 Hoe het zorgstelsel te beïnvloeden?

Dr. Audrey van Schaik^{1,2} / Drs. Janneke van Gog³

¹ GGZinGeest

² NVvP, BBC (Beroeps Belangen Commissie)

³ NVvP

au.vanschaik@ggzingeest.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Om invloed te kunnen uitoefenen op de snel veranderende eisen en vragen die op de zorgprofessional afkomen (zoals ROM, verwijsspelregels, regiebehandelaarschap, diagnoses die niet vergoed worden) is het essentieel te weten wie de belangrijke spelers in het veld zijn én hoe die te beïnvloeden. Het zorgstelsel kent veel actoren die ieder een eigen rol hebben. De kern is de driehoek financier (zorgverzekeraar) - leverancier (de zorgaanbieder) - gebruiker (de patiënt). Maar wie bepaalt welke zorg wel en niet in het basispakket zit en hoe komt dat besluit tot stand? Welke ruimte heeft de zorgverzekeraar om inhoudelijke eisen te stellen aan de manier waarop de zorg wordt geleverd? Wie stelt de tarieven vast? Tot waar reikt de verantwoordelijkheid van de minister van VWS? Wie of wat zijn NZa, DBC-onderhoud en het Zorginstituut Nederland? Beleid en regelgeving dat op stelselniveau wordt vastgesteld heeft grote invloed op de manier waarop psychiaters in de praktijk hun werk doen. Daarnaast vragen en antwoorden wat regiebehandelaarschap inhoudt en welke professionals het regiebehandelaarschap op zich kunnen nemen. En de noodzakelijke aanpassingen in de organisatie en professioneel statuten die nodig zijn om het regiebehandelaarschap in te voeren. In deze discussiegroep wordt het speelveld in beeld gebracht aan de hand van knelpunten uit de praktijk die door deelnemers worden ingebracht. De rol van de NVvP en de Commissie Beroepsbelangen komt tevens zijdelings aan bod.

Vorm (hoe)

Discussie en tevens achtergrondinformatie zorgstelsel: -Informatief deel met toelichting (beeldend) op het zorgstelsel en de actoren. -Interactief deel met analyse van knelpunten uit de praktijk ingebracht door deelnemers. Daarnaast expliciet aandacht voor beleidsontwikkelingen inzake hoofd- en regiebehandelaarschap en het kwaliteitsstatuut.

Leerdoelen

Deelnemers weten wie de belangrijkste spelers zijn in het zorgstelsel en wat hun rol is. Deelnemers hebben inzicht in hoe beïnvloeding mogelijk is binnen het stelsel. Tevens het krachtenveld rondom het thema hoofd- en regiebehandelaarschap. Deelnemers zijn in staat om in de eigen werkomgeving tot een verantwoorde invulling van regiebehandelaarschap te komen en geïnformeerd het gesprek aangaan met de eigen organisatie.

Literatuurverwijzing

van Rijn: Het Nederlandse zorgstelsel in een notendop (2011). Argumentenfabriek: Zo werkt de zorg in Nederland. Bestuurlijk akkoord. GGZ-Rapport Commissie Meurs 2015. Agenda GGZ 2015.

D14 SAP discussiepanel: psychiatrie van de toekomst?!

MSc Lianne Rietveld^{PH}¹

¹ Radboudumc

lianne_rietveld@hotmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Abstract discussiepanel voorjaarscongres NVVP 2016: Psychiatrie van de toekomst?! Rietveld L1, van Belkum SM2, Kuiters J2, van der Markt A3, Veth N4. 1Radboudumc, Nijmegen, Nederland 2UMC Groningen, Groningen, Nederland 3GGZ inGeest, Amsterdam, Nederland 4GGZ Propersona, Nijmegen, Nederland Panelleden - (De)stigmatisering: Victor Vladar Rivero (oud bestuurslid van de NVvP en is de voorzitter van de stichting samen sterk zonder stigma)-Positionering naar medische wereld: Joep Tuerlings (ziekenhuispsychiater en klinische geneticus) -Positionering naar overheid: Ariette van Reekum (psychiater en bestuurslid NVvP) - Patiëntparticipatie: Marian ter Avest (ervaringsdeskundige Landelijk platform GGZ) Inhoud:De psychiatrie is volop in beweging. Niet alleen dankzij de overheid of de maatschappij, ook wijzelf brengen verandering. Sommige bewegingen zijn goed: ze brengen verbetering of gesprekken op gang. Andere bewegingen maken ons onrustig en huiverig voor de toekomst. In deze discussiegroep willen we het goede belichten en behouden, en samen constructieve oplossingen voor de zorgen bedenken. De overheid heeft de afgelopen jaren een aantal veranderingen opgelegd: de (verworpen) eigen bijdrage in de psychiatrie resoneert nog na, de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie speelt nog op, de beddenreductie geeft slapeloze nachten en het sluiten van separeers is soms beklemmend. Maar ook binnen ons eigen vakgebied is er beweging. (De)stigmatisering is vaak onderwerp van gesprek, de invoering van DSM-V gaat niet zonder slag of stoot en de hype van 'patient centred' werken i.p.v. 'medisch model' geeft veel beroering onder allen werkzaam in de psychiatrie. Sommigen vinden de psychiatrie niet strijdbaar in deze veranderingen, anderen voelen niet genoeg back-up vanuit de Federatie Medisch Specialisten of binnen hun eigen discipline, om strijdbaar te zijn. De komende jaren komen mogelijk meer bezuinigingen onze kant op. De vraag is: komen we genoeg voor ons zelf en onze patiënten op om dit te voorkomen of hiermee om te gaan? De vragen die worden voorgelegd in deze discussie groep zijn: -Wordt de psychiatrie gestigmatiseerd door onszelf? Komen we te weinig op voor onszelf? Hebben we weerstand tegen verandering? Is het opheffen van stigmatiserende terminologieën een goede zaak of stigmatiserend op zichzelf? Is het medische, bio-psycho-sociale model dat de psychiater van nu hanteert, niet ook 'patient centred'?-Worden wij gestigmatiseerd door de overheid en collega medisch specialisten? Worden we wel als artsen gezien? Zien wij onszelf wel voldoende als artsen? Profileren wij ons wel voldoende? -Zetten wij de patiënt voldoende centraal? Bewegen we wel voldoende mee met de eisen van deze tijd en de verwachtingen die patiënten en de samenleving van ons hebben.

Vorm (hoe)

Aan de hand van een discussie met experts worden de huidige ontwikkelingen en bovenstaande vragen besproken. De discussiepanelleden zullen voorafgaand aan de discussie een prikkelende elevator pitch geven als aftrap.

Leerdoelen

De deelnemers aan de discussiegroep krijgen een overzicht van de huidige stand van zaken en meningen over de positie van de psychiatrie in de maatschappij, medische wereld en werkveld. Vanuit de discussie kunnen meningen gedeeld worden en mogelijk constructieve oplossingen gevormd worden.

Literatuurverwijzing

www.samensterkzonderstigma.nl

D15 Richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules: wat kan het voor uw praktijk betekenen?

Prof. dr. Niels Mulder_{PH}¹ / Prof. dr. Ton van Balkom² / Prof. dr. Ralph Kupka² / MA Sebastiaan Baan³

¹ Bavo Europoort

² GGZ inGeest

³ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ

j.vandelaar@nvvp.net

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In de afgelopen jaren is de GGz in beweging. In het, inmiddels gesneuvelde, bestuurlijk akkoord GGz hebben de partijen uit de GGz gezamenlijk een ambitieus kwaliteitsplan opgesteld. Hieruit is het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (netwerk) ontstaan. Binnen het netwerk worden er zorgstandaarden, generieke modules en waar mogelijk richtlijnen ontwikkeld die gebruikt (moeten gaan) worden in de dagelijkse praktijk. Deze zorgstandaarden worden ontwikkeld voor nagenoeg alle hoofdclassificaties van de DSM V. De NVvP is nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van zowel het netwerk als de zorgstandaarden. In het netwerk is de NVvP vertegenwoordigd in het bestuur, Agendaraad en de Implementatieraad. Daarnaast is de NVvP hoofdaanvrager voor een groot deel van de zorgstandaarden en generieke modules. De inhoud van de zorgstandaarden is aansluitend op de richtlijnen. Een zorgstandaard is per definitie multidisciplinair en geschreven vanuit het perspectief van de patiënt. De ontwikkeling vindt plaats in werkgroepen, adviesgroepen en mogelijke invitationals. Nadat een zorgstandaard is ontwikkeld en geautoriseerd wordt deze aangeboden voor het Register van Zorginstituut Nederland. Een voorwaarde bij het aanbieden van de zorgstandaard is dat er naast professionals ook patiënten/naasten en zorgverzekeraars zijn betrokken en zij gezamenlijk de zorgstandaard onderschrijven. Op deze wijze onderschrijven professionals, patiënt en naasten en zorgverzekeraars gezamenlijk wat zij goede zorg vinden voor patiënten tegen aanvaardbare kosten. In de komende twee jaar worden er 18 zorgstandaarden en 24 generieke modules ontwikkeld waarbij veel professionals namens de NVvP betrokken zijn. Als de standaarden zijn ontwikkeld moeten deze worden geïmplementeerd in de praktijk. In deze discussiesessie willen we hier nader op ingaan. Ten eerste willen we een korte uitleg geven over de ontwikkeling van zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen binnen het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Vervolgens de wijze hoe dit zich verhoudt tot het Register van Zorginstituut Nederland en mogelijk andere overheidsorganen. Daarna willen we in samenspraak met de professional de discussie aangaan over de wijze van implementeren. Wat verandert er in de praktijk? Wat is de rol van de zorgverzekeraar? Hoe draag ik bij aan deze ontwikkelingen? Welke nieuwe mogelijkheden ontstaan er voor mij als professional? En bovenal op welke wijze biedt dit voor de professional een meerwaarde zodat de patiënt kwalitatief goede zorg ontvangt.

Vorm (hoe)

Een vraagesprek waarin de debatleider na een korte introductie op het thema ontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules, met een aantal professionals en de aanwezigen in de zaal in gesprek gaat over hoe deze producten te implementeren, wat er verandert in de praktijk en op welke manier dit ten goede komt voor de patiënt.

Leerdoelen

- Inzicht in de kwaliteitsstandaarden die momenteel ontwikkeld worden.- Inzicht in het verschil tussen richtlijnen en zorgstandaarden. - Inzicht in de wijze van implementatie van kwaliteitsstandaarden in de praktijk.
- Inzicht in de meerwaarde van kwaliteitsstandaarden voor zowel professional als patiënt.

Literatuurverwijzing

1. Model GGz Zorgstandaard 2.0 http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/07/Model_GGZ_Zorgstandaard_2.0.pdf 2. Het Kwaliteitsstatuut voor artsen, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2014;158: A7855 3. Het Kwaliteitsinstituut <https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/het+kwaliteitsinstituut>

D16 Samen inzetten op preventie van delict gedrag bij ‘niet-forensische’ pedofielen: op zoek naar een brug tussen de reguliere en specialistische gezondheidszorg

MSc Mirthe Noteborn^{p 1,2} / MSc Jenny Houtepen^{H 2,1} / MSc Jules Mulder^{3,4} / MSc Michael Bosch² / Prof. Stefan Bogaerts / Dr. Jelle Sijtsema^{2,1}

¹ Tilburg University

² Fivoor(FPC de Kijvelanden/Dok/Aventurijn/Palier/FPC Gent)

³ De Forensische Zorgspecialisten

⁴ Stop It Now

m.g.c.noteborn@uvt.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Onze kennis over pedofilie is veelal beperkt tot onderzoek in klinische populaties bij mensen die een seksueel delict hebben gepleegd; de zogenaamde pedoseksuelen of kinderverkrachters. Het hebben van pedofiele gevoelens komt echter vaker voor in de algemene populatie dan wordt gedacht. Zo blijkt uit recent onderzoek in de algemene populatie dat 3-9 % van de ondervraagde mannen zich in enige mate seksueel aangetrokken voelen tot kinderen (Wurtele, Simons, & Moreno, 2013). Tot op heden is er weinig kennis over risicofactoren voor het plegen van seksuele delicten bij mensen met pedofiele gevoelens die naar eigen zeggen niet naar deze gevoelens handelen (i.e., ‘niet-forensische’ pedofielen). Een mogelijke risicofactor bij deze groep is het ervaren van stress geassocieerd met het hebben van pedofiele gevoelens, dat versterkt wordt door het maatschappelijk stigma op pedofilie (Freimond, 2013). Deze stress kan gepaard gaan met angst voor controleverlies over de seksuele gevoelens (Hossack, Playle, Spencer, & Carey, 2004), wat de kans op delict gedrag kan vergroten. De ervaren stress, de stigmatisering en de angst voor controleverlies kunnen worden verminderd door de ondersteuning van professionals. De professionele middelen die we hebben om deze mensen te helpen zijn echter beperkt (Seto, 2012). De zorg die we wel hebben is veelal gepositioneerd in de forensische geestelijke gezondheidszorg, onder andere omdat pedofilie vaak direct geassocieerd wordt met delict gedrag. De vraag is echter of dit het gevoel van stigmatisatie voor de ‘niet-forensische’ pedofiel niet juist vergroot (Houtepen, Sijtsema, & Bogaerts, 2015). In deze sessie zullen we discussiëren over de mogelijkheid tot het versterken van de samenwerking tussen de specialistische forensische GGZ, de nulde lijn en de reguliere GGZ in het voorkomen van delictgedrag bij deze ‘niet-forensische’ populatie. We nemen hierbij het standpunt in dat meer openheid over pedofilie en toegang tot een meer laagdrempelig professioneel netwerk leidt tot het verhogen van de veiligheid.

Vorm (hoe)

De discussiesessie zal worden ingeleid met een korte presentatie door Jenny Houtepen over de resultaten van recent kwalitatief onderzoek bij 15 ‘niet-forensische’ zelf-geïdentificeerde pedofielen. Hierna zal kort worden ingegaan op de aanwezigheid van delict ondersteunde gedachte over seks met minderjarigen in de normale bevolking op basis van wetenschappelijk onderzoek (Mirthe Noteborn). Vervolgens zal er aan de hand van vragen gediscussieerd worden over bovengenoemd thema door de sprekers die afkomstig zijn uit de wetenschap en het klinische veld, en het aanwezige publiek. Vragen die gesteld zullen worden, zijn onder andere: verschillen deze ‘niet-forensische’ pedofielen van de patiënten die we zien in de forensische geestelijke gezondheidszorg? Wat wordt er gedaan in de nulde lijn en de reguliere GGZ om delict gedrag te voorkomen? Hoe kan de samenwerking met de forensische GGZ worden versterkt? En kunnen de nulde lijn en reguliere geestelijke gezondheidszorg profiteren van de forensische zorgprogramma’s in de specialistische geestelijke gezondheidszorg?

Leerdoelen

- Deelnemers zijn op de hoogte van de huidige behandelprogramma’s van patiënten met pedofiele gevoelens.- Deelnemers zijn zich meer bewust van bepaalde risico- en preventieve factoren voor seksueel delictgedrag bij mensen met pedofiele gevoelens.
- Een eerste stap zetten naar het verbeteren van de samenwerking tussen specialistische- en reguliere GGZ in het geven van ondersteuning en zorg aan mensen met pedofiele gevoelens die (nog) niet in aanraking zijn gekomen met justitie.

Literatuurverwijzing

Freimond, C. M. (2013). Navigating the Stigma of Pedophilia: The Experiences of Nine Minor-Attracted Men in Canada. Arts & Social Sciences: Department of Sociology and Anthropology. Retrieved from <http://summit.sfu.ca/item/13798>

Hossack, A., Playle, S., Spencer, A., & Carey, A. (2004). Helpline: Accessible help inviting active or potential paedophiles. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 123-132. doi: 10.1080/13552600410001667742

Houtepen, J.A.B.M., Sijtsema, J.J., & Bogaerts, S. (2015). Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Advance online publication. doi: 10.1080/0092623X.2015.1061077

Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231-236. doi: 10.1007/s10508-011-9882-6

Wurtele, S. K., Simons, D., & Moreno, T. (2014). Sexual interest in children among an online sample of men and women: Prevalence and correlates. *Sexual Abuse*, 26 (6), 546-568. doi: 10.1177/1079063213503688

D17 Beter samen, of beter apart? Ontschotten of beschotten op het grensvlak van justitie en ggz

drs. Janneke van Gog^{1,2} / Dr. Adger Hondius^{3,4} / Mr. drs. Ton-Peter Widdershoven⁵ / Dr. Erik Masthoff^{6,1} / Prof. dr. Gerben Meynen^{2,7}

¹ NVvP

² Tilburg Law School

³ GGZ Centraal

⁴ NVvP

⁵ Stichting PVP

⁶ PI Vught

⁷ VU

j.vangog@nvvp.net

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Justitie en GGZ zijn twee omvangrijke, gescheiden instituties, met een eigen missie en doel en daarmee samenhangende normen, routines, procedures, beleid en wettelijke kaders en een afzonderlijke ministeriële verantwoordelijkheid. En zo is ook de behandeling van ‘boeven’ en patiënten apart georganiseerd: de eerste groep binnen justitie, de tweede groep binnen de algemene GGZ – in hoge mate gescheiden werelden. Een probleem is echter dat er een aanzienlijke groep mensen met een psychische stoornis bestaat die met beide stelsels in aanraking komt. Bijvoorbeeld omdat zij naast of als gevolg van psychiatrische problematiek ook een strafbaar feit plegen of omdat zij naast delinquent gedrag ook een psychiatrische stoornis hebben of ontwikkelen. Al jaren wordt gepleit voor een betere samenwerking en afstemming tussen justitie en ggz om het grensverkeer beter te organiseren, door integratie en ontschotten van de beide domeinen op het vlak van wetgeving, organisatie en financiën. Justitie wil zoveel mogelijk justitiabelen in de GGZ kunnen plaatsen, maar daar tegelijkertijd ‘sturing op houden’. Dit spreekt onder meer uit de wet Forensische Zorg en de tweede nota van wijziging op de Wet Verplichte GGZ. De GGZ geeft aan dat een bepaalde groep patiënten (op momenten) zo moeilijk te hanteren is dat een meer restrictieve context, nodig is, zoals dat van een Penitentiair psychiatrisch centrum of een forensisch psychiatrische kliniek. Dit wordt het ‘pendelen’ genoemd binnen de zorg-veiligheidsmatrix: het afgestemd op de individuele casus kunnen wisselen van setting waar de patiënt behandeld wordt op basis van behoefte aan zowel zorg als veiligheid. Maar er zijn, onder andere vanuit het perspectief van de rechtspositie van de patiënt, ook kritische kanttekeningen te plaatsen bij meer justitie in de algemene GGZ.

Vorm (hoe)

Aan de hand van drie korte presentaties en een daaropvolgende discussie met panel en geïnteresseerden wordt aan de hand van stellingen onderzocht in hoeverre integratie van justitie en ggz wenselijk en haalbaar is. Zouden justitie en ggz zich niet juist meer moeten beperken tot hun eigen kerntaken en van daaruit de samenwerking gestalte geven. In wiens belang is integratie eigenlijk? En wat is het patiëntperspectief in dit vraagstuk? Opzet en sprekers: Inleiding op thema (en moderator): Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker NVvP en promovenda Tilburg Law School Perspectief vanuit justitie/DJI: Erik Masthoff, directeur zorg PI Vught Perspectief vanuit algemene GGZ: Adger Hondius, geneesheer-directeur GGZ Centraal Perspectief vanuit patiënt(enrecht): Ton Peter Widdershoven, jurist Stichting PVP Samenvatting en reflectie: Gerben Meynen, Tilburg Law School. Stellingen:- De toename van justitiabelen in de algemene ggz draagt bij aan het stigma op klinische zorg in de ggz. - De toename van justitiabelen in de algemene ggz draagt bij aan onveiligheid voor opgenomen patiënten en medewerkers.- De algemene GGZ faalt in de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen en problematisch gedrag, door verregaande ambulantisering en een toenemend taboe op van dwang.- Verstevigde schotten tussen justitie en ggz komen de samenwerking ten goede.- De GGZ moet zich toeleggen op minder dwang en meer beveiliging.

Leerdoelen

Inzicht in dilemma's en risico's ten aanzien van verdere samenwerking tussen ggz en justitie. Inzicht in kansen en verbeteringen bij verdere samenwerking tussen ggz en justitie. Kennis van mogelijkheden voor de

psychiatrische praktijk om de samenwerking te verbeteren tussen forensische en algemene ggz. Kennis van en kritische reflectie op relevant en actueel (overheids-)beleid en in ontwikkeling zijnde wetgeving

Literatuurverwijzing

- Wet forensische zorg & Wetsvoorstel Verplichte ggz (tweede nota van wijziging)- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012) Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag: RVZ- Hondius, A.J.K. (2015) De zorg-veiligheidsmatrix: een stand van zaken. *Journal GGZ en Recht*. 11(4): 22-25- Widdershoven, T.P. (2015) Forensische zorg en GGZ : graag harmonisatie zonder integratie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 4(39): 232-239- Legemaate e.a. (2014) Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg. Den Haag: ZonMw. Hoofdstuk 4

D18 Ontwikkelen van medisch leiderschap in de psychiatrie: opleiden ook in beleid

Dr. Rien Van P¹ / Audrey van Schaik_H² / Tjeerd van Rees Vellinga¹ / Maarten van Schijndel³ / Lisette van Grastek¹ / Negin Ashnaei⁴ / Dr. Cecile Gijsbers van Wijk¹ / Victor Vladar Rivero⁴

¹ Arkin

² GGZ InGeest

³ Erasmus MC Rotterdam

⁴ Parnassia

rien.van@planet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Beleidsbeslissingen in- en over de GGZ hebben steeds meer directe invloed op het werk van psychiaters in de patiëntenzorg. Dat heeft te maken met onder meer kwaliteitseisen, wensen en voorwaarden van zorgverzekeraars en keuzes in besteding van schaarse middelen. Beleid voor de psychiater gaat daarom inmiddels veel verder dan het aansturen van teams in de uitvoering van dagelijkse patiëntenzorg. De psychiater moet organisatievisies kunnen vertalen naar de werkvloer en invloed creëren op het beleid van de organisatie zelf. Deze ontwikkeling is gaande in de gehele geneeskunde. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat beleid te weinig gemaakt wordt door behandelaren die de praktijk goed kennen. Wellicht geldt dat voor de psychiatrie nog in versterkte mate. Er is daarom behoefte aan psychiaters met leiderschap die een rol kunnen spelen bij het combineren van de klinische praktijk met een steeds veeleisender wordende wereld van visiedocumenten, selectieve inkoopvoorwaarden en productie-eisen. Het is van belang te kunnen samenwerken met niet-medische managers, financiële specialisten en bedrijfskundigen en, last but not least, patiëntvertegenwoordiging of effectieve wijze te betrekken bij beleidsontwikkelingen. Dat komt onder meer tot uiting in het project CanBetter, dat tot doel heeft de CanMeds-competenties van de medisch specialistische opleidingen verder uit te werken. In het onderwijs van de opleiding psychiatrie bestaat reeds de module beleid en management. Echter competenties kunnen pas goed verworven worden in de praktijk, zoals in een stage beleidspsychiatrie. In deze discussiegroep willen we aan de hand van vier korte 'pitches' van (voormalig) aios laten zien hoe deze relatief nieuwe stages vorm gegeven kunnen worden. Een handzaam uitgangspunt voor een beleidsopdracht is het stappenplan voor verandering van John Kotter². Aan de orde komt voorts wat de opbrengst voor de organisatie kan zijn en wat het bijdraagt aan de ontwikkeling van competenties van de aios.

Vorm (hoe)

Vier koter 'pitches': Tjeerd van Rees Vellinga (Arkin) Patientenlogistiek: Opzetten van een centrale aanmelding voor een grote gefuseerde GGZ instelling. Maarten van Schijndel (Erasmus MC Rotterdam) Opzet van een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) in een academisch ziekenhuis Lisette van Grastek (Arkin) Hoe verkoop ik mijn zorg? Het geven van input bij de onderhandelingen bij de zorgverzekeraar. Negin Ashnaei (PsyQ/Parnassia) Verbeteren van crisisopvang voor persoonlijkheidsstoornissen. Discussie aan de hand van stellingen: 1 De opleiding psychiatrie is al overvol en er is geen plaats voor nieuwe stages. Beleidspsychiatrie is typisch iets dat je pas als psychiater hoeft te leren. Er bestaat toch immer ook geen 'beleidschirurg' 2 Als psychiaters daadwerkelijk invloed op het GGZ-beleid willen creëren begint dat door in de opleiding aios meer beleidscompetenties te laten verwerven. 3 Schoenmaker houd je bij je leest. Psychiaters behandelen patiënten en managers organiseren de zorg. 4 Er zijn voor de ontwikkeling van het vak net zoveel wetenschappelijke als beleidsstages nodig

Leerdoelen

Na afloop heeft de deelnemer Inzicht verworven in: -Het belang van beleidscompetenties voor elke psychiater -De wijze waarop beleidscompetenties reeds in de opleiding psychiatrie verworven kunnen worden -De opbrengst voor organisaties van beleidsprojecten van aios

Literatuurverwijzing

1. <http://knmg.artsennet.nl/Medisch-Leiderschap-voor-artsen-van-de-toekomst> 2. J. P. Kotter. Leiderschap bij verandering. Uitgeverij Academic Service. 2011.

D19 Dilemma's in de zorg aan jongeren bij gedeeld ouderlijk gezag

MD PhD Ingeborg Lindhout_{PH}¹ / MD Rob van Dijk¹

¹ Triversum, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie

ilindhout@triversum.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

De WGBO stelt dat (beide) gezagdragend ouders toestemming dienen te geven voor diagnostiek, behandeling en opname van hun kind, naast instemming van de jongere van 12 jaar en ouder. Voor een klinische opname is dit ook vereist als een jongere 16 of 17 jaar is. Krijgen kinderen die psychiatrische stoornissen ontwikkelen adequate hulp, ook in geval ouders niet kunnen of willen participeren in een behandeling voor hun kind? Hoe kom je aan toestemming van gezagdragende ouders, die of onvindbaar zijn, hun toestemming weigeren of onkundig gehouden worden van de problematiek van hun kinderen? Sommige ouders willen wel ambulante maar geen klinische behandeling om uiteenlopende redenen. Moeten jongeren dan wachten op een klinische behandeling tot ze 18 jaar zijn? Er is jurisprudentie ten aanzien van de inspanningen waartoe je als hulpverlener verplicht bent om de toestemming te vergaren. Dilemma's waarmee je als hulpverlener wordt geconfronteerd zijn: hoe ver moet je hierin gaan? In hoeverre bemoeilijken de kwetsbaarheid bij de primair verzorgende ouder het voldoen aan deze inspanningsverplichting? Wat gaat dat in de samenwerking met andere jeugdzorg aanbieders betekenen die niet onder de WGBO maar de jeugdwet vallen? Hoe lever je in die situaties zorg op maat? En hoe werk je met alle betrokkenen zo samen dat het tot beter leidt?

Vorm (hoe)

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

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

KNMG-Wegwijzer dubbele toestemming gezagdragende ouders voor behandeling van minderjarige kinderen. Hendriks (2011) Komt een kind bij de dokter. Moet de dokter naar de rechter? NI Juristenblad 27, 1178-1779

D20 Wie helpt wie met beter worden?

MD Wanda Tempelaar¹ / MD Jeroen Steenmeijer² / MD Jorien Versteegh³

¹ Altrecht

² Bascule

³ Herlaarhof

wandatempelaar@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In diverse medische opleidingstrajecten worden patiënten op verschillende manieren betrokken bij het leerproces. Bij het merendeel van de huidige geneeskunde-opleidingen in Nederland volgen geneeskundestudenten een patiënt gedurende een langere periode om inzicht te verkrijgen wat ziekte voor iemand betekent en hoe het Nederlandse gezondheidszorgsysteem functioneert. Ervaringsdeskundigen worden uitgenodigd om tijdens colleges hun perspectief met medisch studenten te delen. In hun basisopleiding oefenen studenten (gespreks)vaardigheden met simulatiepatiënten en wordt de ervaring en directe feedback van de simulatiepatiënt gebruikt om de vaardigheden van de student te verbeteren. Deze verschillende voorbeelden van betrokkenheid van patiënten in de medische opleiding zijn een waardevolle toevoeging aan het leerproces van de aanstaande basisartsen. Ook in de huisartsenzorg heeft feedback van de patiënten reeds bewezen van toegevoegde waarde te zijn voor de consultvaardigheden van de artsen. Waar in de basisopleiding nog veelvuldig gebruikt gemaakt wordt van algemene ervaring of directe feedback van (simulatie)patiënten op de medisch studenten, is dit in de vervolgopleiding tot psychiater nog geen vast onderdeel van het opleidingscurriculum. Gespreksvaardigheden worden geoefend in gesprek met mede-aios of onder begeleiding van een supervisor, maar zelden wordt de patiënt of ervaringsdeskundige direct betrokken bij opleidingsmomenten. Dit patroon lijkt zich voort te zetten wanneer de opleiding is afgerond. Vanuit een organisatorische invalshoek worden patiënten op de meeste instellingen na afloop van hun behandeling benaderd via een evaluatieformulier. Maar valt er niet meer te halen uit feedback van patiënten, met name voor psychiaters? En moet er tijdens de kwaliteitsvisite ook aandacht zijn voor patiëntenparticipatie? De geringe betrokkenheid van patiënten tijdens de opleiding en verdere loopbaan als medische specialist is extra opvallend omdat het tegenwoordig haast onmogelijk is om in de organisatie van zorg of wetenschappelijk onderzoek géén ruimte te maken voor patiëntenparticipatie. Daarbij is de psychiatrie bij uitstek een vak waarbij het contact met de patiënt en daarmee het voeren van het consult een belangrijke vaardigheid is. De vraag in hoeverre meer betrokkenheid van patiënten zowel voor aios als voor psychiaters een bijdrage kan leveren aan verbetering van vaardigheden staat centraal tijdens deze discussiegroep.

Vorm (hoe)

Discussiegroep. Middels een korte introductie in de vorm van een pitch presenteren de verschillende panelleden hun visie over het betrekken van patiënten in de opleiding en zorg. Het panel bestaat uit een vertegenwoordiger van een patiënt- of oudervereniging, een ervaringsdeskundige, een aios en opleider. Na de pitch is ruim de tijd om aan de hand van stellingen en ervaringen met elkaar en het panel in gesprek te gaan.

Leerdoelen

- Het doel van deze discussiegroep is om deelnemers bewust te maken van de verschillende mogelijkheden die er zijn om patiënten te betrekken in de opleiding en tijdens de verdere loopbaan als psychiater om de zorg te verbeteren.

Literatuurverwijzing

- Pelgrim EAM, Denessen EJPG, Hettinga AM, Postma CT. The quality of assessment by standardized patients in an Objective Structured Clinical Examination (OSCE): an analysis of observer agreement. Dutch Journal of Medical Education 2009;28(6):253–260- Reinders ME, Blankenstein NH, Van der Horst HE, Knol D, Schoonheim PL, Van Marwijk HWJ. Verbeter feedback van patiënten de consultvaardigheden van huisartsen-in-opleiding? Huisarts Wet 2010;53(10):556-61

D21 Organisatie van GGZ voor migranten en vluchtelingen: categoriaal of generiek?

Dr. Agnes Schrier^{1,2} / Dr. Mario Braakman^{3,2} / Drs. Rob van Dijk⁴ / Dr. Pim Scholte⁵ / Drs. Ronald May

¹ i-psy Utrecht

² Bestuur afdeling Transculturele Psychiatrie

³ Pro Persona

⁴ Parnassia Academie, Parnassia Groep

⁵ Equator Foundation

acschrier@hetnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Migranten en vluchtelingen met psychische stoornissen weten inmiddels de weg naar de GGZ goed te vinden (Fassaert 2011). Van 'uitzonderingen' zijn ze geworden tot meerderheidsgroepen op sommige psychiatrische afdelingen en in de ambulante GGZ van de grote steden. Anderzijds is de drop out hoog en zijn ze vrijwel afwezig in bepaalde zorgprogramma's (Kramer 2011). Psychiatrische diagnostiek en behandeling van deze patiëntengroepen vergt idealiter aandacht voor zowel de reguliere diagnostiek en behandelingen conform de richtlijnen, als voor de specifieke transculturele aspecten (van Dijk, 2010). Hoe wordt de GGZ voor deze groepen dan idealiter georganiseerd? Deze discussie speelt al sinds 1990, met de oprichting van de afdeling transculturele psychiatrie bij de Riagg Rijnmond Noordwest in Rotterdam. De discussie is begin van deze eeuw nieuw leven in geblazen met de oprichting van Noagg als zelfstandige categorale speler in de slipstream van de marktwerking in de zorg. De vraag is nu waar migranten en vluchtelingen met psychische stoornissen het best kunnen worden behandeld: In categorale instellingen voor interculturele psychiatrie specifiek gericht op allochtone doelgroepen? Of toch beter geïntegreerd in de generieke (algemene) GGZ instellingen, zodat zij gebruik kunnen maken van het aanbod in alle gespecialiseerde zorgprogramma's? Immers, uit bevolkingsonderzoek blijkt volgens sommigen dat het ziektebeeld en de risicofactoren voor depressie en angst nauwelijks verschillen tussen Turkse, Marokkaanse en autochtone Nederlanders (Schrier 2013). Waarom dan categorale zorg? En als gekozen wordt voor integratie in de generieke GGZ, hoe kunnen deze instellingen hun zorg dan zo organiseren, dat deze aansluit bij de behoeften van de doelgroep van migranten en vluchtelingen? De drop-out en onvrede is soms hoog. Over de voors en tegens zal deze discussiegroep zich ontfermen. Welke aanpassingen zijn het meest effectief, op het niveau van de organisatie, op het niveau van de behandelaar en op het niveau van de behandeltechnieken (Ghane e.a. 2013)?

Vorm (hoe)

De discussie wordt opgedeeld in twee thema's: 1. Voor- en nadelen van categorale GGZ en integratie in generieke GGZ. 2. Welke aanpassingen in de generieke GGZ zijn het effectiefst om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de doelgroep van migranten en vluchtelingen? Onder voorzitterschap van Rob van Dijk, adviseur diversiteitsmanagement bij de Parnassia Groep, met jarenlange expertise op het gebied van interculturalisatie, zullen twee koppels onderling en met de zaal discussiëren over de twee thema's. Argumenten voor integratie van GGZ zorg voor deze doelgroepen in de generieke GGZ worden verdedigd door Mario Braakman, psychiater/cultureel antropoloog en hoofdopleider bij Pro Persona, en Ronald May, voormalig coördinator interculturalisatie bij Altrecht. De voordelen van categorale GGZ voorzieningen worden naar voren gebracht door Agnes Schrier, psychiater bij i-psy Utrecht, instelling voor interculturele psychiatrie, en Pim Scholte, psychiater bij Equator Foundation, organisatie voor psychiatrische behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers.

Leerdoelen

Na deelname aan deze discussiegroep heeft de deelnemer een overzicht van de voor- en nadelen van een categorale organisatie van GGZ zorg voor migranten of vluchtelingen. De deelnemer heeft een kader om keuzes te maken op welke wijze in de eigen GGZ organisatie maatregelen getroffen kunnen worden ter bevordering van een adequate behandeling van migranten en vluchtelingen.

Literatuurverwijzing

van Dijk R. Cultuur in de geestelijke gezondheidszorg. In: J. De Jong & S. Colijn (red.) Handboek Culturele

psychiatrie en psychotherapie. De Tijdstroom, Utrecht, 2010. pp. 21-38. Fassaert T.J.L. Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands. Proefschrift. VU, Amsterdam, 2011. Ghane S. Visser J, de Jong J. Behandeling van etnische minderheden. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin. Van mislukking naar succes in de psychotherapie. Boom, Amsterdam, 2013. pp. 113-136. Kramer S. Gewoon bijzonder. Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. Proefschrift. Mikado, Rotterdam, 2011. Schrier AC. Depression and anxiety in migrants in the Netherlands. Proefschrift. VU, Amsterdam, 2013.

D22 Media en politiek beïnvloeden. Een symposium van psychiatrienet.nl

Prof. dr. Peter van Harten^{1,2,3} / Prof. dr. Walter van den Broek⁴ / MD Maartje Katzenbauer⁵ / Dr. Alan Ralston⁶ / MD Menno Oosterhoff⁷

¹ GGz Centraal, Amersfoort

² Maastricht University, Maastricht

³ Symfora Meander centrum voor Psychiatrie, Amersfoort

⁴ Erasmus MC, Rotterdam

⁵ Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

⁶ Parnassia Groep, Den Haag

⁷ Jonx Lentis, Groningen

pvanharten@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

'Eigen kracht is wat anders dan iemand aan zijn lot overlaten' 'Zorg van kinderpsychologen dichterbij? Ja, voor kinderen uit Gooi en het Zuid'; 'Inperking medisch beroepsgeheim bedreigt mensenlevens'. Enkele tweets die door Nederlandse psychiaters op twitter zijn gezet. "Er is nog één ding dat ik met u bespreken moet.' Ik draai ongemakkelijk op mijn stoel.' Slecht nieuws. 'Sinds januari van dit jaar regelt de gemeente de jeugdhulp, en de jeugdpsychiatrie valt daar nu ook onder', begin ik met een omweg. 'Een van de gevolgen daarvan is, dat u een eigen bijdrage moet betalen.' Deze passage komt direct uit een invloedrijke blog van een Nederlandse psychiater. Tweets, blogs, columns en keuzes van redacties voor de inhoud van tijdschriften zijn informatiebronnen voor lezers, followers en ook journalisten. Zij baseren hier vaak hun thema's op. Momenteel zijn er veel belangrijke thema's die grote veranderingen teweeg brengen in de psychiatrie en om actie vragen van psychiaters. Denk hierbij aan (i) forse bezuinigingen, (ii) verschraving van de zorg, (iii) minimaal 20 procent van de patiënten in de gespecialiseerde ggz moet naar generalistische basis-ggz (bestuurlijk akkoord), (iv) patiënten met stabiele chronische problemen kunnen naar de huisarts of generalistische basis ggz, (v) transitie van de jeugdzorg, (vi) afbouw van bedden, en ga maar door. Al deze veranderingen zijn lang niet altijd gunstig voor de zorg en het is absoluut noodzakelijk dat psychiaters hier duidelijker hun stem laten horen. Nodig is, meer bereidheid om invloed uit te oefenen op de media en de politiek. Alleen dan kunnen we ons vak zodanig blijven uitoefenen dat wij inderdaad de missie van onze vereniging kunnen waarmaken: goede psychiatrische patiëntenzorg in Nederland.

Vorm (hoe)

Voor elk onderdeel, twitter, blogs, columns, redactiewerk, vragen we deskundigen die een korte (5") toelichting geven. Daarna volgt discussie waarbij gedacht kan worden aan vragen als: wat is je drijfveer om op social media te publiceren, hoe komt je tot een keuze, wat zijn de reacties van anderen, heb je een idee wat je invloed is, hoe kun je zelf nieuws maken, het nieuws sturen etc.

Leerdoelen

Belang bij jezelf onderzoeken als psychiater om actief een mening weer te geven in de media of een onderwerp onder de aandacht te brengen. Leren van elkaar over de wijze van omgaan met sociale media, blogs, columns en redactiewerk.

Literatuurverwijzing

Desai T, et al. Factors that contribute to social media influence within an Internal Medicine Twitter learning community F1000Research 2014, 3:120

D23 Beter Samen, Samen Beter

Jan Verhaegh¹_{PH}

¹ Clientenbeweging

jhaverhaegh@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Evenals vorige jaren praten psychiaters, wetenschappers en ervaringsdeskundigen met elkaar over het thema van het congres.

Vorm (hoe)

Het gesprek vindt plaats onder leiding van Drs. Steven Makkink van het LPGGZ. (landelijk platform cliënten- en familie organisaties) als prominente psychiaters: Voorzitter NVVP Aart Jan Beekman Professor zorgvernieuwing Philippe Delespaul Professor Jim van Os Professor Wilma Boevink (Herstelbeweging) Irene van der Giessen Msc Drs Jan Verhaegh (Filosoof psychiatrie) Alan Ralston. Psychiater en filosoof psychiatrie)

Leerdoelen

Ook de deelnemers aan de discussiegroep hebben volop gelegenheid om deel te nemen aan de discussie. Als leerdoel zouden wij formuleren dat deelnemers in deze unieke discussiegroep in staat worden gesteld om met de meeste partijen in het veld van gedachten te wisselen over het congressthema. Ervaringen uit vorige jaren heeft geleerd dat betrokken partijen dat zinvol, vruchtbaar en plezierig vinden. Zeker bij een thema als "samen beter, beter samen" zou dat ook het geval zijn.

Literatuurverwijzing

Niet bekend

D24 EPA de wereld uit; herstel voor iedereen!

Drs Kees Lemke^{H 1} / Drs Marijke Van Putten^{P 2} / Prof.Dr. Philippe Delespaul Philippe Delespaul³ / Prof. Dr. Niels Mulder^{4,5} / Drs Elsbeth De Ruijter⁶

¹ GGNet

² Ggz Noord-Holland Noord

³ Universiteit Maastricht

⁴ Parnassia Bavo groep

⁵ Erasmus MC

⁶ ggz inGeest

k.lemke@ggnet.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

In het rapport over de Brug wordt de ambitie uitgesproken om 30% meer herstel en 30 % minder chroniciteit te realiseren in de GGZ. Een doelstelling die ook door FACT Nederland wordt omarmd. Maar wie pakt deze uitdaging voor de praktijk op? Wie durft het bruggenhoofd te slaan tussen de huidige praktijk en de nieuwe praktijk die daarvoor nodig is? Wat zijn de ingrijpende veranderingen die van preventie tot aan intensieve zorg nodig zijn? Kan het wel? En zo ja waarom doen we het dan nog niet? Wij denken dat het kan met onze Factteams! Door bijv. in te zetten op:(1) preventie (oa vroegdetectie psychose), en KOPP(2) betere / meer behandeling (trauma, LVB, verslaving, somatiek) (3) werk maken van herstelondersteuning (ervaringsdeskundigheid, IPS, herstelwerkplaatsen)(4) verbinden van formele en informele zorg met behulp van Resource Groepen. Samenwerken met gemeentes en andere maatschappelijke partners is daarbij een voorwaarde voor succes! (5) en nog vele andere mogelijkheden die in de discussie ter tafel zullen komen

Vorm (hoe)

Vier inleiders houden steeds een kort katalyserend betoog over de boven gestelde vragen als start van 4 discussie rondes.

Leerdoelen

Doel is dat de deelnemers zicht krijgen op de haalbaarheid van de ambitieuze doelstelling om zoveel minder chroniciteit en zoveel meer herstel te realiseren. Deelnemers hebben na de discussie zicht op wat er in de praktijk anders kan, een beeld van de obstakels en haalbaarheid. Belangrijkste doelstelling is de deelnemers door een andere bril naar de hun huidige praktijk te laten kijken een mee ideeën te laten generen over interventies in de uitvoering en organisatie van die praktijk.

Literatuurverwijzing

Over de Brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychiatrische aandoeningen.

D25 Naar een nieuwe GGZ?

Dr. Joost Jan Stolker^{1,2} / Drs. Wilma Boevink^{3,4,5} / Prof. dr. Jim van Os⁶ / Drs. Roxanne Vernimmen⁷ / Dr Bertine Lahuis^{8,9}

¹ Dr. Leo Kannerhuis

² Veerkracht Zorg

³ User Research Center Maastricht

⁴ Trimbos Instituut Utrecht

⁵ HEE

⁶ Afdeling psychiatrie en psychologie Maastricht UMC

⁷ Altrecht

⁸ Bestuur NVvP

⁹ Karakter

buiswil@gmail.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Herstelondersteunende zorg is in opmars in de psychiatrie. Het gaat om persoonlijk en maatschappelijk herstel, ook als symptomatisch herstel niet mogelijk is. Dit betekent dat de patiënt zoveel mogelijk zelf de regie heeft over zijn behandeling en dat uitgangspunt is wat de patiënt wil bereiken. De NVvP stimuleert de toepassing van het concept herstelondersteunende zorg (beleidsnota van de NVvP 2014-2017). Maar is dat voldoende of moeten de psychiatrie en de GGZ wezenlijk veranderen? Is herstelondersteunende zorg wel te combineren met de gangbare werkwijze van de psychiater?

Vorm (hoe)

Discussie onder leiding van Joost Jan Stolker nadat stellingen zijn toegelicht door de deelnemers aan het panel: Is gezondheid afwezigheid van ziekte of zijn we toe aan iets anders? (van Os, Boevink). Is de GGZ een tewerkstellingsproject vermomd als "herstelgerichte" zorg? (van Os, Boevink) Welke rol spelen academische, beroepsmatige, fondsenwerving-, politieke en werkgelegenheidsbelangen bij de transformatie naar herstelgerichte zorg? (van Os, Boevink) De GGZ wil patiënt vooral als burger zien, wel lastig als je vanuit het ziektemodel komt. (Vernimmen) Iedereen heeft persoonlijke herstelervaringen. Helpt dat voor wederzijds begrip? (Vernimmen) De ervaringsdeskundige is een bedreiging voor de professional. (Lahuis) Dubbele hulp, dubbele opbrengst of dubbele kosten? (Lahuis)

Leerdoelen

Deelnemers worden enthousiast voor herstelondersteunende zorg. Deelnemers zijn zich ervan bewust dat de vanzelfsprekendheid dat de psychiater de lijnen uitzet moet plaatsmaken voor samenspraak met de patiënt en het dienstbaar maken van de deskundigheid van de psychiater aan de doelen van de patiënt.

Literatuurverwijzing

J. van Os (2014). De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. E. Brouwers, H. van Gestel-Timmermans, C. van Nieuwenhuizen (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? P. Delespaul, M. Milo, W. Boevink, J. van Os (2015, in press). GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie.

D26 Kinder- en jeugdpsychiatrie, een jaar na de transitie: samen beter verder?!

Dr. Heddeke Snoek¹ / Drs, MBA Joost van den Brink² / Dr. Ingeborg Lindhout³ / Drs Merijn Snoek⁴

¹ Karakter, Zwolle

² Karakter, Ede

³ Triversum, Alkmaar

⁴ Gemeente Haarlem

h.snoek@karakter.com

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Vanaf 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Gemeenten hebben de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij het probleemoplossend vermogen van burgers en hun directe sociale omgeving meer wordt aangesproken. Hierbij is de overheveling ook een bezuinigingsmaatregel waarmee rekening gehouden moet worden met de verdeling van de gelden door de gemeenten. In de media komen verschillende vraagstukken, bijvoorbeeld rondom privacy, eigen bijdrage bij opname, haalbaarheid van passend onderwijs en zorg voor 18-plussers, naar voren. De kinderombudsman waarschuwt om te waken voor te goedkope inkoop van zorg. Als kinder- en jeugdpsychiater word je verondersteld op verschillende beleidsniveaus hierover te kunnen meedenken en discussiëren. In de opleiding tot medisch specialist is medisch leiderschap een onontbeerlijke (CanMeds) competentie: het nemen en tonen van verantwoordelijkheid voor het volledige zorgproces rondom de patiënt. In het recent verschenen Raamwerk Medisch Leiderschap wordt gesteld dat daarbij niet alleen medisch-inhoudelijke kennis essentieel is, maar ook organisatorische, financieel en leidinggevende vaardigheden. Deze discussiegroep biedt de mogelijkheid om met ervaren, onervaren en toekomstige collega's, wethouder en transitie manager in gesprek te gaan over de huidige stand van zaken en over hoe we (beter) samen (beter) verder kunnen.

Vorm (hoe)

Middels een korte introductie wordt door een kinder- en jeugdpsychiater, transitie manager, wethouder en AIOS de huidige stand van zaken en de daarbij horende uitdagingen binnen het werkveld van de kinder- en jeugdpsychiatrie uiteengezet. Daarna is ruim de tijd om aan de hand van stellingen en ervaringen elkaar en het panel in gesprek te gaan.

Leerdoelen

- Deelnemers krijgen een beeld van de huidige situatie van het werkveld van de kinder- en jeugdpsychiater en de rol die zij kunnen innemen in de veranderde jeugd-GGZ- Deelnemers verkrijgen inzicht over welke (deel)vaardigheden de (toekomstige) kinder- en jeugdpsychiaters moeten beschikken en waar de opleiding op maat moet worden gemaakt om toekomstbestendige psychiaters af te leveren.- Het doel van deze discussiegroep is jonge kinder- en jeugdpsychiaters en AIOS (KJP) te ondersteunen in de transitie naar medisch specialist in deze tijd.

Literatuurverwijzing

Besluit Jeugdwet, VWS 2014 Naar een toekomstbestendige psychiatrie. Beleidsplan NVvP 2014-2017 Raamwerk Medisch Leiderschap, www.platvormmedischleiderschap.nl

D27 Ambulante Dwang en de Wet Verplichte Gezondheidszorg

Prof.dr. Niels Mulder^{H 1,2} / Dr. Yolande Voskes^{P 3} / Drs. Laura van Melle³ / Drs. Manon Geldof³

¹ Parnassia groep

² Erasmus MC

³ VU MC

niels.cmulder@wxs.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Binnen het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is ambulante dwang als mogelijkheid opgenomen. Dit verruimt de behandelmogelijkheden voor de psychiatrie in de ambulante setting. Met deze verruiming van de mogelijkheden worden nieuwe ethische dilemma's opgeworpen voor behandelaren. Ook komen vragen naar boven over de wijze waarop ambulante dwang in de praktijk goed, veilig en op ethische wijze toegepast kan worden en of dit dan effectief is. Op verzoek van de NVvP, en in opdracht van het ministerie van VWS, verricht het VUmc onderzoek naar standpunten in het veld (psychiaters, verpleegkundigen, cliënten en hun naasten) om een door het veld gedragen set kwaliteitscriteria voor toepassing van ambulante dwang te ontwikkelen, met oog voor ethische vraagstukken. Hierbij is het noodzakelijk dat we ons een goed (praktijk)beeld gaan vormen over hoe dwang er in de ambulante praktijk eruit zou kunnen zien, op welke levensgebieden dit kan worden toegepast en wat hiervoor mogelijke randvoorwaarden zijn.

Vorm (hoe)

Presentatie van de eerste onderzoeksresultaten, gevolgd door een discussie met het publiek, o.a. in quiz-vorm. Stellingen die aan bod komen zijn o.a.: (1) het is goed dat de mogelijkheden voor ambulante dwangbehandeling verruimd worden, (2) thuis behandelen onder dwang is minder ingrijpend dan een gedwongen opname, (3) (dwang)medicatie is onmisbaar in de acute psychiatrische zorg, en (4) mijn team en ik zijn klaar voor deze wetswijziging.

Leerdoelen

Het op gang brengen van een dialoog over de mogelijkheden/beperkingen en de ethiek m.b.t. dwangtoepassingen in de ambulante (thuis)situatie

Literatuurverwijzing

Godschalx-Dekker J. Niet minder opnames na verruiming ambulante dwang in Engeland. Tijdschrift voor Psychiatrie 2013; 55:965-966

D28 'Samen beter' is in gelijke mate open staan voor de doodswens van een patiënt en de verwerkingsbehoefte van zijn/haar (aanstaande) nabestaanden

Dr. Robert Schurink_{PH}¹ / Dr. Paulan Stärcke^{2,3} / Dr. Lieve Thienpont^{4,5}

¹ NVVE

² GGZ inGeest

³ Stichting Levenseindekliniek

⁴ psychiatrie ULteam (Uitklaring Levenseindevragen-team)

⁵ vrije universiteit Brussel

b.vogels@nvve.nl

H: Hoofdauteur

P: Presenterende auteur / spreker

Inhoud (wat)

Zelfdoding is voor psychiatrische patiënten en hun (aanstaande) nabestaanden zoveel beter als het samen met de gecontroleerde hulp en de morele steun van de arts en andere hulpverleners leidt tot geassisteerde zelfdoding of euthanasie en niet uitmondt in een wanhoopsdaad. Dat wordt zowel in Nederland als in België door steeds meer psychiaters onderkend. In Nederland vervult de, op initiatief van de NVVE, in 2012 opgerichte Stichting Levenseindekliniek (SLK) hierin een voortrekkersrol. Een derde van de ±1100 mensen die zich jaarlijks bij de kliniek aanmeldt is psychiatrisch patiënt. In 2015 werd door de SLK in het eerste half jaar al evenveel euthanasie/hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten gegeven als in heel 2014. In België groeit het belang van de in 2009 opgerichte vzw VONKEL voor naasten en nabestaanden van psychiatrisch patiënten die euthanasie gaan krijgen of hebben gekregen. Doelstelling van deze vereniging is: 'de bevordering van de integratie van het sterven, het doodgaan en het rouwen in het levensplan van elke persoon en zijn naast- en nabestaanden.' Ook in België is er sprake van een toenemende behoefte aan euthanasie bij psychiatrisch patiënten.

Vorm (hoe)

In deze discussiegroep zal gespreksleider Robert Schurink het thema 'samen beter, beter samen' vertalen naar het belang van samenwerking tussen psychiater, patiënt en (aanstaande) nabestaanden bij euthanasie / hulp bij zelfdoding. Daarna zullen twee gerenommeerde professionals achtereenvolgens de Nederlandse en de Belgische praktijk op dit vlak uitdiepen en stellingen hierover poneren.

a) Paulan Stärcke: geneesheer directeur GGZ inGeest en psychiater Stichting Levenseindekliniek Zij gaat aan de hand van een videofragment uit haar praktijk als psychiater bij GGZ inGeest dieper in op het belang van aandacht voor (aanstaande) nabestaanden in het euthanasieproces. Daarnaast belicht zij aan de hand van een aantal cases de vaak vele complexe ontwikkelingen die hier, met name bij psychiatrische achtergronden voor de euthanasiewens, bij voorkomen. Het belang van een begeleiding op maat door de professional (psychiater) die de euthanasiewens van de patiënt inwilligt wordt hiermee weergegeven. Voorts zal worden geschetst hoe nazorg eruit zou kunnen zien.

b) Lieve Thienpont: psychiater, initiatiefnemer vzw VONKEL en auteur 'Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden' Zij gaat dieper in op de Belgische situatie rondom de behoeftes van patiënten en hun (aanstaande) nabestaanden. Zij doet dit aan de hand van cases uit de dagelijkse praktijk van het, mede door haar opgerichte project in Vonkel Gent (www.vonkeleenluisterendhuis.be). Een ontmoetingsgroep voor metgezellen in het euthanasietraject staat nog in een beginfase maar groeit gestaag. De mensen die wel deelnemen zijn zeer dankbaar dat de groep bestaat. Tevens gaat zij in op een aanstaand pilootproject met als doel om meer alleenstaande patiënten in een euthanasietraject bij te staan door een buddysysteem te ontwikkelen. Tot slot gaat zij in op 'Eigen Kracht Conferenties' die haar helemaal overtuigen van het belang van 'samen beter' en tot een verwijzing in haar boek 'Libera me' (2015) leidde.

Leerdoelen

- Verdieping in de behoeftes van de patiënt en zijn naast/ nabestaanden rondom euthanasie / hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten.
- Inzicht in de huidige Nederlandse en Belgische praktijk rondom deze behoeftes van (aanstaande) nabestaanden. Internationale uitwisseling: wat kunnen we op dit vlak van elkaar leren?

Literatuurverwijzing

1. Praktijkcasus uit 'Sprakmakende Zaken' (2013, presentatie Paul Rosenmüller),
http://www.npogezond.nl/tv-uitzending/POW_00624890/Spraakmakende-zaken-2013-Hulp-bij-zelfdoding-psihiatrische-pati%C3%ABnten
2. 'Libera me. Over euthanasie en psychisch lijden' (Witsand uitgevers 2015), Lieve Thienpont3.
<http://www.vonkeleenluisterendhuis.be/doelstellingen>