uitgave i.s.m. de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

www.depsychiater.nl
jaargang 24
nummer 1
februari 2017

18
George Bonanno
Onderzoek naar stress, trauma en voorspellers van PTSS

22
Ervaringsdeskundigen
'Ik spreek meestal niet uit eigen ervaring'

26
Rutger Jan van der Gaag
'De psychiatrie moet bescheiden én arrogant zijn'

de psychiater



Visies op veerkracht
Voorjaarscongres 2017

NU BESCHIKBAAR

TREVICTA®
paliperidonpalmitaat
suspensie voor injectie met verlengde afgifte



De enige 4x per jaar 4PJ medicatie voor de behandeling van schizofrenie[1]

Indicatie: Trevicta® (paliperidonpalmitaat), een driemaandelijkse injectie, is geïndiceerd voor de onderhoudsbehandeling van schizofrenie bij volwassen patiënten die klinisch stabiel zijn op Xeplion®, de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie.[1]

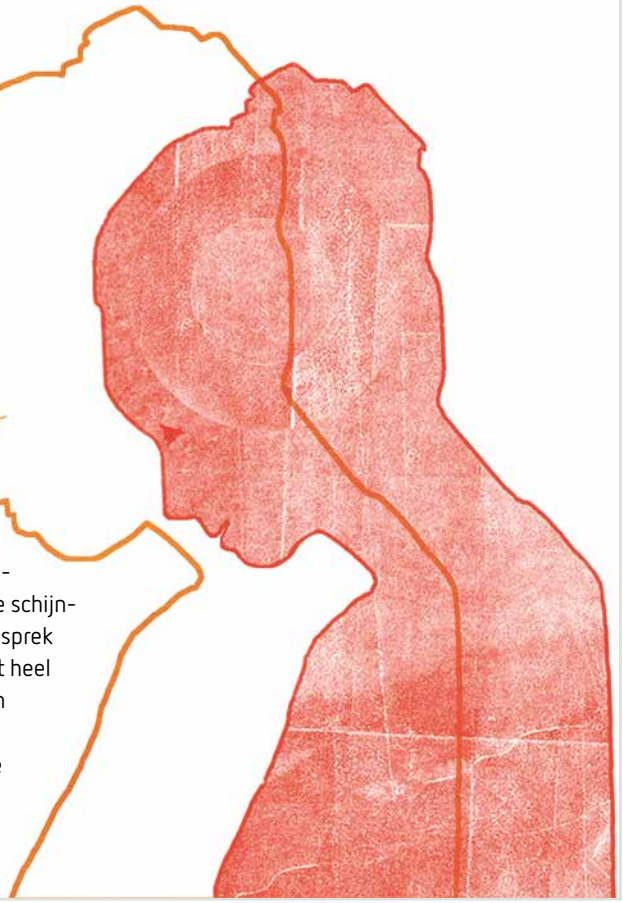
Verkorte productinformatie staat elders in deze uitgave.
1. SmPC Trevicta

©Janssen-Cilag B.V. – PHNL/TRE/0416/0007

Janssen-Cilag B.V.

janssen Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

12



Veerkracht, dat is dit jaar het centrale thema van het NVvP Voorjaarscongres, dat plaatsvindt van 5 tot en met 7 april in MECC Maastricht. Deze keer staan Nederlandse top-onderzoekers meer dan ooit in de schijnwerpers. *De Psychiater* ging in gesprek met vijf van deze deskundigen uit heel verschillende gebieden binnen en buiten de psychiatrie. Wat is hun visie op veerkracht, welke nieuwe inzichten uit hun vakgebied dragen daaraan bij en wat willen ze u straks meegeven?

10

Dr. Martijn Figée, voorzitter van de organiserende Commissie Wetenschappelijke Activiteiten, licht de keuze voor het congresthema *Veerkracht* toe en blikt alvast vooruit op het programma. Wat is dit jaar nieuw en mag u beslist niet missen?

'De psychiatrie moet bescheiden én arrogant zijn'

– emeritus hoogleraar Rutger Jan van der Gaag, pagina 26.

18

Een van de *keynote speakers* op het Voorjaarscongres is **prof. dr. George Bonanno**, die onderzoek doet naar hoe mensen omgaan met trauma en stress: 'De evolutie heeft ons voorzien van een goed stresssysteem.'

22

Wat is de rol en de meerwaarde van **ervaringsdeskundigheid** in de ggz, hoe bevalt de samenwerking met ervaringsdeskundigen binnen de NVvP en waar zitten de verbeterpunten? Vier ervaringsdeskundigen vertellen. 'Het is voor het eerst dat ervaringskennis zo serieus wordt genomen, maar het blijft een moeilijke weg.'

De tip van...

Dr. P. Roberto Doornebal-Bakker (CWA-lid sinds 2014)

'Dit Voorjaarscongres heeft een breed aanbod aan onderwerpen rondom het thema *Veerkracht*. Alle interessegebieden komen aan bod. Er is voor u veel te proeven, samen te stellen, en met elkaar te bespreken. Ik hoop van harte dat u geïnspireerd raakt en nieuwe kansen ziet voor de toekomst als behandelaar, patiënt of naaste.

&

7 **IN BEELD**
Filmprogramma **Psychiatrie in beeld**

8 **COLUMN**
Damiaan Denys over het woord *Veerkracht*

8 **NIEUWS**
Berichten van de vereniging en uit de ggz

21 **OPINIE**
Kees Kooiman: 'Het is vijf voor rood'

30 **RECENSIES**
De keuze van de redactie

32 **VOOR & DOOR AIOS**
De aios-route op het Voorjaarscongres

42 **OPEN PODIUM**
Esther Alblas over de term *Veerkracht* als deel van een nieuwe taal

Je Leven De Baas Blijven

GGz Breburg

Je Leven De Baas Blijven gaat over regie voeren en sturing geven: aan je leven, je gezondheid, je loopbaan en alles wat daarbij hoort. Maar net als in ieders leven, maak je je keuzes niet alleen. Je doet dat samen met anderen.
Het doel? De uitdagingen die het leven biedt, de baas te blijven. Hierin schuilt voor ons -in essentie- de waarde die we als GGz Breburg willen toevoegen: als je een beroep doet op ons dan bepaal je, vanuit alle complexiteit, samen met ons de stappen die je gaat zetten. Met de inzet van onze deskundigheid waar dat nodig en gewenst is.
GGz Breburg biedt artsen de opleiding tot specialist psychiatrie.

Wij zoeken:

Opleider Medisch Specialisten
Opleider Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Ben je die gedreven en actief betrokken psychiater met minimaal vijf jaar werkervaring? Heb je hart voor het opleiden van toekomstige collega's en kun je op een ontspannen manier de spanningsvelden die passen bij opleiden hanteren? Dan willen we je graag ontmoeten!

Informatie: Bezoek onze stand tijdens het NVvP-congres (nummer 10) of kijk op: psychiaterbij.ggzbreburg.nl

Onze klantbelofte:
"We beloven dat we samen de weg zoeken naar een situatie die je weer aankunt. Zodat jij je leven de baas blijft."
Ariëtte van Reekum,
psychiater, bestuurder



Je jeugd neem je je hele leven mee

Centrum Jeugd (0-23 jaar) van GGz Breburg is op zoek naar enthousiaste psychiaters, die graag voortrekker willen zijn bij de ontwikkeling van teams en inhoudelijke expertise en onderne-merschap met elkaar willen verbinden. Wij hebben verschillende mogelijkheden zowel ambulant als klinisch tussen de 20-36 uur. Heb je belangstelling voor beleidspsychiatrie/management en passie voor innoveren dan nodigen we je van harte uit om je belangstelling aan te geven.

Wij zoeken:

(Kinder- en Jeugd)psychiaters

Informatie: psychiaterbij.ggzbreburg.nl, of Drs. M. van Zimmeren via 06-131 240 27, m.vanzimmeren@ggzbreburg.nl of Drs. M. Bouts via 06-519 149 50, m.bouts@ggzbreburg.nl.



Geïntegreerde programma's zijn de toekomst

De VOF Dubbele Diagnose is een ambitieus Brabants samenwerkingsverband van GGz Breburg en Novadic-Kentron, met als doel om patiënten met zowel ernstig psychiatrische stoornissen als ernstige verslavingsproblemen te behandelen en te begeleiden.

Wij zoeken een:

Psychiater 16-28 uur

Ben jij een enthousiaste teamplayer die ons ACT team en de ambulante werkwijze mee vorm kan geven?

Naast het regulier ambulante zorgaanbod, bieden we Assertive Community Treatment en gespecialiseerde deeltijd behandel-programma's zoals Mentalisation Based Treatment, waardoor veel mogelijkheden bestaan voor rehabilitatie en herstel.

Informatie: psychiaterbij.ggzbreburg.nl of Anneke Doorman, 06-110 248 66, a.doorman@ggzbreburg.nl of Xaro Sanchez Martinez, x.sanchezmartinez@ggzbreburg.nl

Dubbele-diagnose
GGz Breburg - Novadic Kentron



beeld: **Ineke Verhagen**

Piet Verhagen is psychiater bij GGz Centraal en hoofdredacteur van *De Psychiater*.

Hete winter

Het is nu al vermoedelijk een van de heetste winters sinds jaren, als gevolg van klimaatverandering. En ik verwacht dat de week die volgde op zaterdag 17 december 2016 de kroon spant. Ik doel hiermee op de psychiatrie in de media, en dan vooral op de discussie die op genoemde datum uitgelokt werd door het dagblad dat 'misschien wel de beste krant van het land' is, althans naar eigen zeggen.
De discussie hadden we eigenlijk al een keer gehad, ook in *De Psychiater*, naar aanleiding van een symposium in juni (waar de NVvP niet aan wenste deel te nemen), maar een inmiddels bekende 'Deense Viking', kwam met een Nederlandse vertaling van zijn werk over psychofarmaca, met als titel *Dodelijke psychiatrie* en nog zo wat. En vervolgens is er bijna een week lang dagelijks geschreven naar aanleiding van het 'failliet van de biologische psychiatrie'. Oké, het klimaat verandert en de temperatuur loopt op. Niet zo mooi, wat te doen?

Diverse collegae mengden zich in het debat. 'Redden wat er te redden valt', moeten ze gedacht hebben. NNT (Number Needed to Treat) kwam zelfs voorbij; dappere poging, paarlen voor de zwijnen? Ook collega Roobol kon het niet langer aanzien; ik verzeker u, aan de integriteit van collega Roobol bestaat niet de minste twijfel! Zij legde in een ingezonden reactie uit hoe zij werkt, ook als het gaat om psychofarmaca; een nuttige exercitie zou ik zeggen. Maar vervolgens kwam er een bak ergernis aan lezersreacties, alsof, ik doe een slag in de lucht, de psychiatrie inmiddels een van de doelwitten van 'de boze burger' is geworden. Om een enkele opmerking zou je nog kunnen glimlachen – zoals die over psychiaters die geen 'neprichtlijnen' maar 'amicale richtlijnen' hanteren – als de verdachtmakingen niet zo treurig waren.

Toch geeft het wel aan dat waar het in het interview met Gerrit Glas in het vorige nummer van *De Psychiater* over ging een aangelegen kwestie is: taal en metaforen. Het woord 'richtlijn' roept buiten de psychiatrie kennelijk heel andere beelden en associaties op dan intern. Uit de lezersreacties op bovengenoemd artikel blijkt dat heel duidelijk. Dit gaat over kapotte auto's en tv's. Zo moet je niet naar mensen kijken, of, dat is wel duidelijker, zo willen mensen niet dat er naar hen gekeken wordt. En gelijk hebben ze! Alleen, collega Roobol, weet ik, kijkt niet naar jonge mensen als kapotte machines.

Ook deze storm trekt over, na regen altijd weer zonneschijn. We gaan even zo vrolijk weer op naar Maastricht, onze 'thuisbasis'; u leest er in dit nummer van alles over. Maar de noodzaak na te denken over de woorden, beelden en metaforen die we gebruiken, nemen we uit deze discussie weer mee. Dat is beter voor het klimaat! ←

colofon

De Psychiater is een onafhankelijk tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en uitgeverij BPM Medica. *De Psychiater* verschijnt acht maal per jaar in een oplage van 3.900 exemplaren en online op www.depsychiater.nl.

REDACTIE
BPM Medica
Lara Geeurickx, eindredacteur
Van Diemenstraat 344
1013 CR Amsterdam
E-mail: redactie@depsychiater.nl

REDACTIERAAD
Piet Verhagen, psychiater, GGz Centraal, Harderwijk (hoofdredacteur) | Roel Eijsberg, kinderpsychiater en 1e geneeskundige, Jeugdriagg-NHZ, Haarlem | Kees Kooiman, psychiater Rivierduinen, GGZ-Haagstreek/Zoetermeer | Marcel Monden, psychiater GGZ Noord-Holland-Noord, Schagen | Marja van 't Spijker, kinder- en jeugdpsychiater Kenter jeugdhulp, Haarlem | Rik Groenhuijzen, kinder- en jeugdpsychiater Accare, Deventer | Sonja Rutten, aios Psychiatrie, VUmc, Amsterdam | Hilke Verdijk, beleidsmedewerker communicatie, NVvP, Utrecht

UITGEVERIJ
BPM Medica
Wijnand van Dijk, uitgever

VERENIGINGSSECRETARIAAT
NVvP
Noortje Sax, directeur
Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
Telefoon: (030) 282 33 03 Fax: (030) 288 84 00
E-mail: info@nvvp.net Website: www.nvvp.net

MEDEWERKERS AAN DIT NUMMER
Damiaan Denys, Janneke van Gog, Adger Hondius, Frank van Hoof, Claudia Hulshof, Alexej Kuiper, Erwin van Meekeren, Pieter van Megchelen, Elnathan Prinsen, Deborah van der Schaaf, Joyce Schellekens, Maurice Timmermans, Diana de Veld, Clara Wahjudi

ONTWERP EN ART DIRECTION
def. grafische vormgeving, Amsterdam

OPMAAK
Novente vormgevers, Lunteren

OMSLAGILLUSTRATIE
Joydesign, Tilburg

DRUKWERK
Veldhuis Media, Raalte

ABONNEMENTEN
Leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie krijgen *De Psychiater* kosteloos toegestuurd. Andere geïnteresseerde professionals kunnen zich via de uitgever abonneren à € 94,50 per jaar.

ADRESWIJZIGING
NVvP-leden kunnen een adreswijziging sturen naar het verenigingssecretariaat in Utrecht.
Overige abonnees geven adreswijzigingen door aan de uitgever via depsychiater@bpmmedica.nl.

ADVERTENTIES
Cross Advertising
Nieuwe Haven 133, 3116 AC Schiedam
Telefoon: (010) 742 10 23
E-mail: adverteren@depsychiater.nl

© BPM Medica 2016 ISSN 1380-3468

Overname van tekst of foto's uit *De Psychiater* of gedeelten daarvan is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de redactie en de uitgever. Ook zijn uitgever en redactie niet verantwoordelijk voor de inhoud van andere uitingen, zoals cartoons, columns en advertenties. De redactie heeft geprobeerd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen met de eindredactie via redactie@depsychiater.nl.

Tijdschrift *De Psychiater* is al ruim 22 jaar het journalistiek platform voor en door psychiaters van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Op papier en sinds enige tijd ook online, brengt de redactie de lezers in interviews, achtergrondartikelen en columns op de hoogte van relevante beroepsinhoudelijke, beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen en discussies.

In 2017 verloopt de tweede functietermijn van de huidige hoofdredacteur.
Wij zijn daarom op zoek naar een inkomend

Hoofdredacteur tijdschrift *De Psychiater* (M/V)

De nieuwe hoofdredacteur is binnen de redactie een bindende factor en naar buiten toe 'het gezicht' en het aanspreekpunt van het tijdschrift. Hij/zij bewaakt de doelstellingen en redactionele formule van het tijdschrift en ziet erop toe dat het blad bijdraagt aan de filosofie van de vereniging. De hoofdredacteur vervult een belangrijke brugfunctie tussen de redactie en de vereniging.

De hoofdredacteur is verantwoordelijk voor de redactionele inhoud van het tijdschrift, dat 8 keer per jaar verschijnt. Concreet betekent dat: wat er leeft vertalen naar redactionele inhoud, auteurs zoeken, journalisten aan het werk zetten en artikelen, vormgeving en fotografie beoordelen. Dat doet de hoofdredacteur niet alleen, maar met behulp van minimaal vijf enthousiaste redactieleden en een eindredacteur. De hoofdredacteur zit de redactievergaderingen voor en bepaalt in overleg de agenda. Op meer strategisch niveau stippelt hij/zij samen met de vereniging, de redactie en de uitgever de koers uit en ontwikkelt langetermijnplannen.

Voor deze functie denken wij aan een gedreven, trotse en breed geïnteresseerde psychiater met een ruim netwerk, die niet voor eigen 'stokpaardjes' gaat, maar die wat er speelt belangeloos in het blad weet te vertolken. De hoofdredacteur durft stelling te nemen en is opiniërend en onderzoekend van aard. Hij/zij heeft goed zicht op ontwikkelingen in het vakgebied, op wat er leeft onder vakgenoten en op de strategie van de vereniging door actief lidmaatschap. Ook een goede pen en interesse in en gevoel voor journalistiek zijn vereisten.

De hoofdredacteur vergadert vijf keer per jaar met de redactie in Utrecht. Hij/zij schuift vier keer per jaar aan bij de vergaderingen van het bestuur van de NVvP. Daarnaast heeft de hoofdredacteur structureel en regelmatig telefonisch overleg met de verenigingsvoorzitter/directeur en de eindredacteur van het blad.
Voor alle werkzaamheden ontvangt de hoofdredacteur jaarlijks een gepaste vergoeding.

Bent u die moderne psychiater die wij zoeken, met visie op de toekomst van zowel het vak als het tijdschrift? Houdt u van een frisse aanpak, kunt u anderen inspireren en heeft u nieuwe ideeën over hoe ontwikkelingen, kennis en kunde in het blad te delen? Wij bieden u een unieke kans als hoofdredacteur van een tijdschrift binnen een vak dat meer dan ooit in de schijnwerpers staat. En tevens een mooie gelegenheid om u op journalistiek, coördinatie- en managementgebied (verder) te ontwikkelen.

Solliciteren
Uw motivatiebrief en CV kunt u t/m 24 februari 2017 sturen naar communicatie@nvvp.net.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Hilke Verdijk, Beleidsmedewerker Communicatie van de NVvP: h.verdijk@nvvp.net of tel. 030-2823893.



In de jaren vijftig was Marianne een beroemd fotomodel en een echte *femme fatale*. Ze plaatste haar twee zonen in een kindertehuis en vertrok van de ene op de andere dag naar Zuid-Afrika, ver weg van haar familie. Op zijn dertigste verjaardag krijgt haar kleinzoon Tom Fassaert een geheimzinnige uitnodiging van Marianne, die intussen 95 is en nog steeds in Zuid-Afrika woont. Fassaert, die zijn grootmoeder enkel kent van de mythes en de overwegend negatieve verhalen die zijn vader over haar heeft verteld, gaat geïntrigeerd op haar uitnodiging in. De jonge documentairemaker neemt wel zijn camera mee. Zijn oma blijkt nog steeds een echte diva, die bovendien halsoverkop verliefd wordt op haar kleinzoon. Terwijl Fassaert achter deze façade probeert te komen, raakt hij steeds dieper verstrengeld in zijn eigen familiegeschiedenis. Het resultaat is *A family affair*, een documentaire waar de maker vijf jaar aan heeft gewerkt en die afgelopen november als openingsfilm werd vertoond op het International Documentary Film Festival Amsterdam (IDFA). Voor wie de film daar heeft gemist: op het Voorjaarscongres is hij te zien op woensdag 5 april om 17.00 uur, met aansluitend een discussie met de maker.

Een ander boeiend familieportret is *Daan's Inheritance* van Joris Postema, waarin Daan van der Elsken zichzelf beter probeert te begrijpen door op onderzoek uit te gaan naar zijn vader, de in 1990 overleden fotograaf en filmer Ed van der Elsken. Postema, een vriend van Daan, laat zien hoe deze laatste met zichzelf en met zijn depressies worstelt en hoe het beeld dat hij heeft van zijn vader geleidelijk verandert. Het maken van de film stelde de vriendschap danig op de proef. Na de film kunt u met Joris Postema in gesprek.

Op donderdag is *Il Conformista* te zien van Bernardo Bertolucci; een klassieker uit 1970, nu aangeboden door Stichting Film & Psychiatrie. En op vrijdag, ten slotte, kunt u met documentairemaker Ingrid Kamerling in discussie na de vertoning van haar film *In het hoofd van mijn zusje*. Met het maken van deze documentaire ging ze op zoek naar het verhaal van haar vijf jaar jongere zusje Vivian, die op 24-jarige leeftijd geheel onverwacht een einde maakte aan haar leven. Een intiem portret van een hechte band tussen zussen, een schets van een tijdsbeeld waarin jongeren grote maatschappelijk druk ervaren, en een 'ode aan de kwetsbaarheid'. ←

Voorjaarscongres

Het filmprogramma Psychiatrie in beeld omvat vier prijswinnende, toonaangevende of opzienbarende films, telkens gevolgd door een discussie met de maker (of aanbieder). De tijden en meer achtergrondinformatie leest u op www.nvvp.net/voorjaarscongres.



NVvP-voorzitter **Damiaan Denys** schrijft in deze column over wat hem verbaast en verwondert.

Fotografie: Jimmy Kets

Een woord

Ik heb er eerlijk gezegd moeite mee. Met die thema's van het Voorjaarscongres. Het lijkt me ook een hele uitdaging voor zo'n commissie. Om de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen in de psychiatrie en de tijdsgeest in één woord te vatten waarin psychiatrisch Nederland zich volmondig herkent. Maar dit jaar is opnieuw een woord gevonden. Ik wil de commissie feliciteren en bedanken voor de moeite. Als je dat zo leest, dan lijkt het cynisch maar het is welgemeend.
Ik kan me voorstellen hoe dat gaat in zo'n commissie. Zegt de voorzitter: 'Het is weer zover, we moeten een woord vinden voor het Voorjaarscongres. Zo'n woord is belangrijk, draagt het congres, iedereen moet zich ermee kunnen identificeren', beklemtoont de voorzitter, om energie in de vergadering te krijgen. Uiteraard zegt niemand wat, tenzij een nieuweling of ijdeltuit. Bij het samenstellen van een commissie heb je altijd deze twee nodig. Want zij zeggen altijd wat. Omdat ze nieuw of ijdel zijn. Iedereen luistert beleefd naar hun voorstellen. Identiteit, Herstel, Samen Sterk, Levensloop. Niemand vindt het goed genoeg. Niemand durft dat openlijk te zeggen natuurlijk. Sommigen controleren hun telefoon. Er valt een pijnlijke stilte. De energie is uit de vergadering. De commissie zit in een impasse. 'Wie wil er koffie?', vraagt één van de commissieleden. Er wordt koffie en thee gedronken. 'Zijn er geen koekjes?' Sommigen lachen. Er verstrijken tien minuten. Men hoopt dat de tijd verlossing brengt. Laat ons eerlijk zijn. Hoeveel beslissingen worden niet genomen uit tijdgebrek? Niet omdat ze goed zijn maar omdat de vergadering nu eenmaal ten einde loopt. Studies hebben aangetoond dat de meeste beslissingen worden genomen net vooraleer dringend geplast moet worden. 'Mannen nemen beslissingen met hun prostaat', lees je dan achteraf in de krant. Bij vrouwen weet ik het niet.
De voorzitter neemt opnieuw het woord. 'Het is natuurlijk maar een woord, we moeten er niet zo moeilijk over doen', zegt hij ten einde raad, in de hoop dat minimalisering van het belang de voortgang van de discussie zal bevorderen. 'Ja, het is maar een woord', bevestigt een ouder commissielid die ervaring heeft met uitgelopen vergaderingen. 'We moeten er niet zo moeilijk over doen.'
Iedereen weet dat ze onvolkomen zijn, maar toch geloven we erin. Woorden die de hele wereld verklaren. Het is de kracht van metaforen. Ze geven ons de illusie van begrip. Veerkracht.

Eerste Hulp bij Psychische Problemen wordt vanaf maart ook bij GGZ Friesland aangeboden. Deze training is gebaseerd op *Mental Health First Aid* (MHFA), een Australisch concept dat eerder door GGz Eindhoven/Mondriaan naar Nederland is gehaald. De training duurt twaalf uur en wordt gegeven door gecertificeerde trainers. *www.MHFA.nl*

Workshop De Psychiater

Schrijven voor en door psychiaters

De redactie van *De Psychiater* geeft op het Voorjaarscongres opnieuw een workshop *Schrijven voor en door psychiaters*. Tijdens deze interactieve bijeenkomst geven we u de nodige handvatten om sterke, toegankelijke en veelgelezen artikelen te schrijven voor vakgenoten. Kinder- en jeugdpsychiater Menno Oosterhoff deelt zijn ervaringen als schrijver van onder andere columns en blogs. Hij vertelt welke drempels hij bij het schrijven aanvankelijk heeft ervaren, welke gouden redactionele regels hem op weg hebben geholpen en waarom het zo belangrijk is dat meer psychiaters over hun vak schrijven. Hoofdredacteur Piet Verhagen en redactielid Sonja Rutten geven u veel praktische adviezen en een inkijkje in het beoordelingsproces van de redactieraad. U verlaat de workshop met een handige checklist én veel inspiratie!
Workshop W1, woensdag 5 april, 8.30 uur.

Kwaliteitsstatuu

Coulanceperiode tot 1 april

Zorgaanbieders in de curatieve ggz onder de Zorgverzekeringswet zijn per 1 januari 2017 verplicht een kwaliteitsstatuut openbaar te maken. Van de 5.000 geregistreerde zorgaanbieders heeft inmiddels meer dan 90 procent een kwaliteitsstatuut ingediend. Op 1 januari hadden 306 instellingen en 4.041 vrijgevestigden een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Een openbaar databestand waarin die aanbieders zijn opgenomen, is doorgestuurd naar Zorginstituut Nederland (ZiNL) en wordt gepubliceerd op www.zorginzicht.nl. Dit bestand wordt voornamelijk gebruikt door toezichthouders en KiesBeter als patiëntkeuze-informatie. ZiNL stuurt het databestand naar de NZa, die samen met de inspectie de controle en naleving van het kwaliteitsstatuut op zich neemt.
Nog niet ingediend? Aanbieders die vóór 1 januari 2017 een account hebben aangevraagd op www.ggzkwaliteitsstatuut.nl kunnen gebruik maken van de coulanceperiode tot 1 april 2017 om alsnog een kwaliteitsstatuut in te dienen. Deze coulanceperiode is niet van toepassing voor aanbieders die starten in 2017. Voor hen geldt dat ze over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dienen te beschikken zodra ze starten met het leveren van verzekerde zorg.

Meer informatie: www.ggzkwaliteitsstatuut.nl

De tips van...

Welke sessies mag u niet missen op het Voorjaarscongres? We vroegen het de leden van de organiserende Commissie Wetenschappelijke Activiteiten. U leest hun tips hier en verder in dit nummer van *De Psychiater*.

Blik op de arts van straks is de titel van het Visiedocument Medisch Specialist 2025 over de rol en positie van medisch specialisten in de toekomst. Namens de NVvP had psychiater Heddeke Snoek zitting in de commissie die het document heeft opgesteld. Tijdens het Federatiecongres op 14 maart zal uitgebreid op deze visie worden ingegaan. *www.demedischspecialist.nl*

De generieke module *Psychische klachten in de huisartsenpraktijk* is in januari verschenen. Deze biedt de huisarts en POH-ggz handvatten voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met psychische klachten (en hun naasten) in de praktijk. Ook de **generieke module *Zelfmanagement*** is klaar voor implementatie. Aan de hand hiervan kunnen zorgverleners het proces van zelfmanagement in de ggz inhoudelijk en organisatorisch beter vormgeven.

Meldactie Verkiezingen

Zorg gemeden vanwege hoge kosten

Het Landelijk Platform GGz/MIND, Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) houden regelmatig meldacties om te peilen wat er leeft onder hun achterban, bestaande uit (ex)cliënten, patiënten en naastbetrokkenen. Aan de meldactie rond het thema *Verkiezingen*, in december 2016, namen 10.187 respondenten deel. Uit de rondvraag blijkt onder andere dat:

- slechts **16%** van de deelnemers met een psychische aandoening vindt dat de zorg en hulp altijd beschikbaar is wanneer dat nodig is (in de totale deelnemerspopulatie is dat 26%);
- **41%** van de deelnemers met een psychische aandoening vindt dat de zorg slechts soms of nooit aansluit op de vraag en behoefte (in de totale deelnemerspopulatie is dat 27%);
- **50%** van de deelnemers met een psychische aandoening aangeeft niet zelf de zorg en hulp te kunnen organiseren die hij/zij nodig heeft (in de totale deelnemerspopulatie is dat 35%), voornamelijk omdat de kosten te hoog zijn, het organiseren van zorg te veel tijd en/of energie kost, en de mogelijkheden niet bekend zijn.
- maar liefst **47%** van de deelnemers met een psychische aandoening wel eens zorg of hulp mijdt vanwege de kosten (in de totale deelnemerspopulatie is dat 30%). Met name 'niet naar zorgverlener gaan' (22%) en 'medicijnen niet gehaald' (9%) worden door deze groep vaker genoemd in vergelijking met de totale deelnemersgroep.

Het rapport is integraal te lezen op: www.platformggz.n



Prof. dr. Indira Tendolkar (Radboudumc) is afgelopen november benoemd tot voorzitter van het Concilium Psychiatricum. Ze volgt in die functie prof. dr. Ton van Balkom op. Tendolkar is sinds 2005 actief lid van de NVvP, eerst als medeoprichter van de werkgroep Neuropsychiatrie, later (2009-2012) als bestuurslid van de afdeling Consultatieve ziekenhuispsychiatrie en sinds 2012 in het Concilium (werkgroep HOOP en Beleidsrijk toewijzen). Vanuit haar eigen achtergrond in de biologische psychiatrie wil Tendolkar graag de identiteit van de psychiater-in-opleiding benadrukken als belangrijke medisch specialist van morgen.

De Ammodo KNAW Award wordt tweejaarlijks uitgereikt aan bijzonder getalenteerde onderzoekers om hen te ondersteunen in een cruciale, gevorderde fase van hun wetenschappelijke loopbaan. Onder de acht winnaars zijn dit jaar **prof. dr. Jeroen Geurts**, hersenonderzoeker en hoogleraar Translationele neurowetenschappen aan het VU medisch centrum; **prof. dr. Roshan Cools**, hoogleraar Cognitieve neuropsychiatrie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en **prof. dr. Eveline Crone**, hoogleraar Neurocognitieve ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit Leiden. Zij ontvangen ieder een geldbedrag van 300.000 euro om de komende jaren te gebruiken voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

Verlaging administratieve lasten

Concrete acties in het eerste kwartaal

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS gaan in het eerste kwartaal van 2017 verschillende acties ondernemen om de administratieve last in de ggz te beperken. Ze kijken onder andere naar vermindering van de last rond alle kwaliteitseisen, het slimmer organiseren van budgetplafonds en meer standaardisering in de contracten. Dit is het resultaat van gesprekken van de NVvP en andere veldpartijen in de ggz met minister Schippers van VWS. Rond 1 april a.s. moeten de eerste concrete resultaten een feit zijn.

Bron: NVvP

Kim Maijer (CWA-lid sinds 2014)
'Ik kijk uit naar een spannend en dynamisch debat. We hebben gekozen voor een nieuwe vorm. De inhoud is door Nederlandse en Vlaamse collega's zelf bepaald, namelijk de resultaten uit de enquête *Proud2BPsy* van De Jonge Psychiater. Waar zijn we trots op in ons vak, waar maken we ons zorgen over?'
De Psychiater Draait Door, donderdag 6 april, 10.30 uur.

Prof.dr. Christina van der Feltz-Cornelis (CWA-lid sinds 2016)
'Veerkracht is van groot belang voor herstel en verdient dan ook aandacht in de psychiatrie. Ik beveel de voordracht van prof. dr. Paul Verhaeghe aan, omdat hij de rol van het individu in zijn of haar welbevinden voorop stelt, en dat vóór het klakkeloos toepassen van classificaties laat gaan.'
Plenaire sessie, woensdag 5 april, 10.30 uur.

Dr. Wouter Staal (CWA-lid sinds 2016)
'Een absolute aanrader is de lezing van Davit Nutt, die onorthodox praat over drugs en *resilience*. Een grootheid in het veld, die altijd weet te boeien.'
Plenaire sessie, woensdag 5 april, 10.30 uur.

Prof. dr. Bart Rutten (CWA-lid sinds 2017)
'In tijden van productiedruk en zorgafspraken met verzekeraars is het mijns inziens essentieel dat professionals in de ggz een goede opleiding genieten, waarbij uitgegaan wordt van waarden. De workshop *De veerkrachtige professional* brengt dit thema expliciet onder de aandacht.'
Workshop W7, woensdag 5 april, 8.30 uur.

tekst: **Diana de Veld, wetenschapsjournalist**
beeld: **Jeroen van Kooten**

CWA-VOORZITTER MARTIJN FIGÉE

'Veerkracht: een positief en veelzijdig thema'

Wat kunnen we dit jaar verwachten op het Voorjaarscongres? Martijn Figée, de nieuwe voorzitter van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten, vertelt over de keuze voor het centrale thema *Veerkracht* en de nieuwigheden in het programma. Op hoofdlijnen: 'Meer binnenlandse topsprekers, meer artistieke intermezzo's en een nauwe samenwerking met ervaringsdeskundigen.'

Waarom koos de CWA voor het thema 'Veerkracht'?

Martijn Figée: 'Veerkracht is een positief en veelzijdig thema waarin we de rijkdom van ons vak kunnen benadrukken. Het gaat over het vermogen van mensen om met ontregelende factoren om te gaan; factoren van binnenuit – bijvoorbeeld ziekte – of vanuit de omgeving. Door als psychiaters te leren over veerkracht, kunnen we patiënten helpen psychiatrische symptomen te voorkomen of ervan te herstellen. Het is een interessant concept voor begrip van de interactie tussen neurobiologische factoren en omgeving als basis voor veel verschillende psychiatrische aandoeningen. Daarnaast willen we ons ook richten op de veerkracht van onze beroepsgroep zélf.'

Hoe kwam het programma tot stand?

'We zijn uitgegaan van een aantal vragen over veerkracht en zochten daarbij passende sprekers. Bijvoorbeeld: hoe ontwikkelt veerkracht zich in de levensloop? En wat kan daarbij misgaan? Dat komt bijvoorbeeld aan bod in de lezingen van Thérèse van Amelsvoort en Arne Popma. Kun je bij een individu voorspellen waar veerkracht tekortschiet en een depressie zich zal ontwikkelen? Dat behandelt Marieke Wichers. Christiaan Vinkers en Bart Rutten behandelen de relatie tussen neurobiologie, omgeving en stress, terwijl Eus van Someren de rol van slaap toelicht.
Wat wij als psychiaters natuurlijk graag willen weten, is hoe we veerkracht het best kunnen aanspreken bij onze patiënten. Daarover gaan bijvoorbeeld de voordrachten van hoogleraar Herstelbevordering Stynke Castelein en neuroloog Bas Bloem. Bas Bloem helpt patiënten met de ziekte van Parkinson hun veerkracht maximaal te benutten om zich te verweren tegen hun ziekte; mogelijk zijn deze inzichten ook toepasbaar in de psychiatrie.

Schrijver en psychoanalyticus Paul Verhaeghe houdt een betoog over de rol van de maatschappij bij het ontwikkelen én ondermijnen van veerkracht. Verder is een aantal lezingen gewijd aan de rol van veerkracht bij PTSS of een rouwstoornis na ingrijpende gebeurtenissen. Zo spreekt Eric Vermetten onder meer over PTSS na oorlogstrauma's en houdt George Bonanno van Columbia University een lezing over veerkracht in relatie tot onder andere seksueel misbruik en terroristische aanslagen. Een heel andere insteek heeft de voordracht van David Nutt van het Imperial College London, die onderzoekt hoe drugs de veerkracht negatief, maar ook positief kunnen beïnvloeden. Interessant is bijvoorbeeld dat LSD veerkracht-bevorderende effecten op de hersenen zou kunnen hebben.'

En de veerkracht van de psychiaters zelf, hoe zit het daarmee?

'Veerkracht is voor psychiaters in deze tijd onontbeerlijk. We moeten ons wapenen tegen kritiek en veranderingen in de maatschappij, bijvoorbeeld de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten. Er spelen veel zaken die psychiaters misschien doen twijfelen over hun identiteit, en daar gaan we op donderdag uitgebreid over debatteren. Het zal een heel interactief debat worden, deels gebaseerd op de enquête *Proud2BPsy* van De Jonge Psychiater waarvan de resultaten dan bekendgemaakt worden.'

Zijn er veel wijzigingen doorgevoerd in het format van het Voorjaarscongres?

'Vorig jaar waren er iets minder parallelsessies, ten faveure van plenaire sessies. Maar op verzoek van veel



Psychiater en onderzoeker dr. Martijn Figée (AMC) behandelt patiënten met ernstige angst- en dwangstoornissen. In 2013 promoveerde hij cum laude op neuroimaging-onderzoek naar de werking van diepe hersenstimulatie bij dwangstoornissen. In 2015 ontving hij op het Voorjaarscongres de Ramaermedaille voor zijn proefschrift. Vorig jaar volgde hij prof. dr. Iris Sommer op als voorzitter van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA) van de NVvP.

deelnemers hebben we dit jaar weer wat meer ruimte gecreëerd voor lezingen, symposia en workshops van de leden zelf.
Verder zijn er vorig jaar al wat dingen veranderd die wij terug laten komen. Bijvoorbeeld *Hollands Glorie*, het plenaire middagpodium waarop we laten zien welke psychiatrische kennis er in Nederland in huis is. Bij de selectie van de sprekers hebben we gezocht naar voor-aanstaande binnenlandse onderzoekers van dit moment.
Ook de posterborrels, die vorig jaar voor het eerst in het programma verschenen, hebben we wegens succes behouden. Daar krijgen onderzoekers de kans om hun nieuwste studieresultaten te delen. Dat doen we tussen 17 en 18.30 uur, zodat zoveel mogelijk mensen langs kunnen komen.
Ook het filmprogramma, dat sinds enkele jaren succesvol loopt, komt weer terug. We laten toonaangevende films en documentaires zien die relevant zijn voor de psychiatrie, mét de maker erbij zodat die met de zaal in discussie kan gaan. Dit jaar draaien we onder andere de IDFA-openingsfilm *A Family Affair*.
Coen Verbraak - bekend van *Kijken in de ziel* - zal ook dit jaar weer hoogleraren Psychiatrie interviewen die het afgelopen jaar met emeritaat zijn gegaan, voor het programmaonderdeel *Oude meesters*. Dat zijn dit jaar Wim van de Brink en Rutger Jan van der Gaag.
Omdat het programma inhoudelijk best stevig is, is er elke dag rond de lunch een inspirerend artistiek intermezzo. In de wandelgangen zal ook muziek en kunst te proeven zijn, en we vragen schrijvers van spraakmakende boeken om te komen signeren.
Terug van weggeweest ten slotte is de feestavond, op donderdagavond na de posterborrel. Het feest zal plaatsvinden op een zeer bijzondere locatie net over de grens.'

Hoe zit het dit jaar met sponsoring door de industrie?

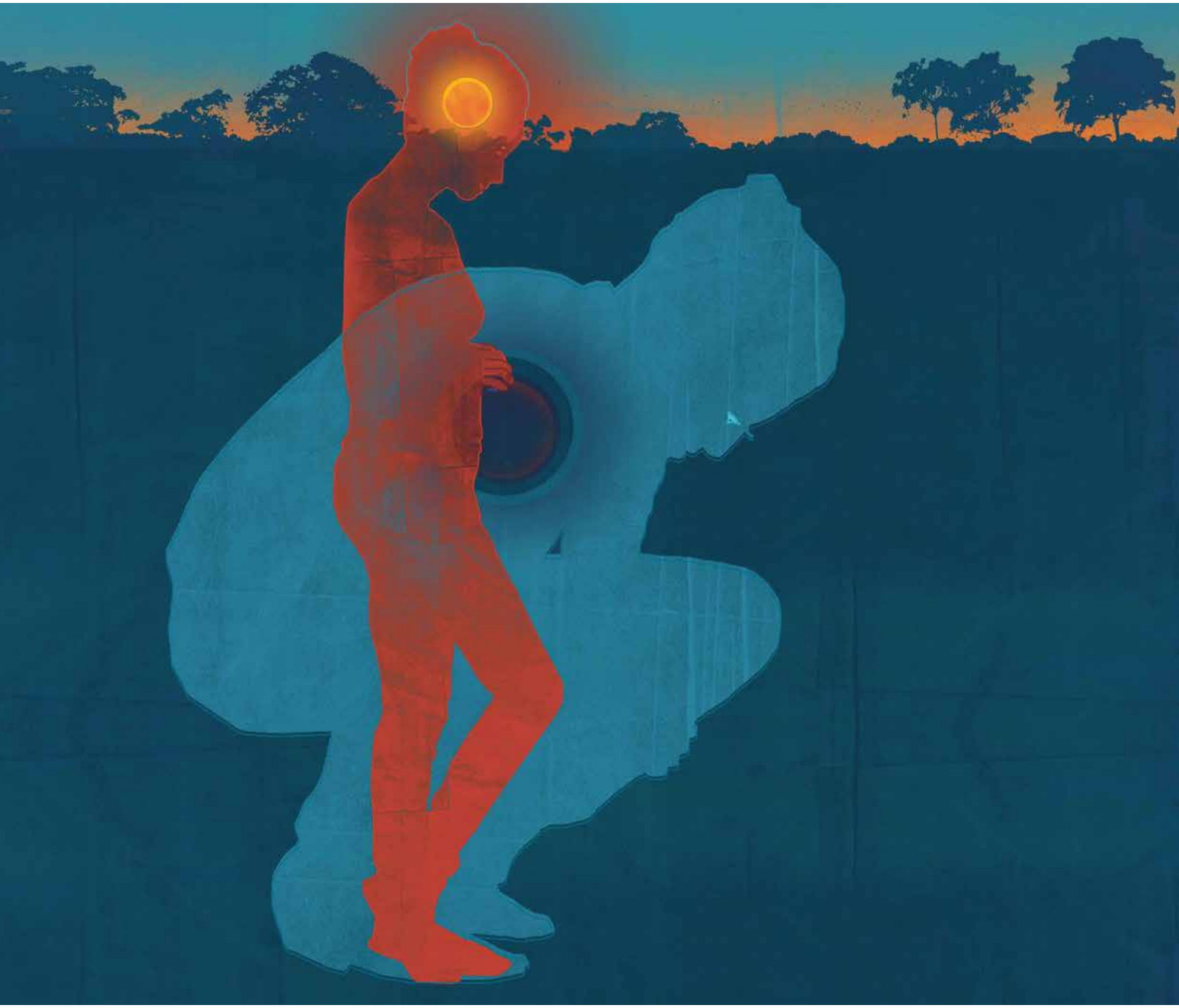
'We hebben besloten om weer lunchsymposia toe te staan die georganiseerd zijn door sponsoren, waarop onze eigen psychiaters spreken. De industrie kan een belangrijke partner zijn bij de ontwikkeling van nieuwe medicijnen en we willen ook farmaceuten daarom weer betrekken. De meeste leden hebben hier geen bezwaar tegen, bleek uit de enquête die we vorig jaar afnamen na het congres. Bovendien organiseerde de industrie altijd al lunchsymposia naast het congres. Verder zijn er in de expositieruimte weer stands van de industrie en van organisaties en instellingen.'

Waarom wilde u CWA-voorzitter worden?

'Omdat ik het belangrijk vind wetenschappelijke kennis over te dragen aan de beroepsgroep. Tijdens het debat van vorig jaar erkenden veel psychiaters dat wetenschap vaak ver van hun bed staat, dat ze het lastig vinden om wetenschappelijke inzichten tot zich te nemen – laat staan ze te implementeren in de spreekkamer. Zelf meewerken aan wetenschappelijk onderzoek als psychiater ligt nóg lastiger. Nu ben ik zelf psychiater én onderzoeker, daarom weet ik hoe leuk de wetenschap is en hoeveel je ermee kunt bereiken voor patiënten.
Psychiatrie is en blijft een zeer complex vak, waarin nog zo veel te ontdekken valt over bijvoorbeeld de interactie tussen hersenen, genen en omgeving en hoe hierin te interveniëren. Daarom is het zo belangrijk om met z'n allen de schouders eronder te zetten. De commissie wil ook buiten het Voorjaarscongres meer doen aan het bevorderen van wetenschap. Zo willen we de website van de NVvP gaan gebruiken om wetenschappelijke nieuwtjes, promoties en subsidiemogelijkheden te delen met de leden en gaan we hiervoor ook samenwerken met *De Psychiater*. Verder zouden we willen bijdragen aan wetenschappelijk onderwijs.
Een nieuwe ontwikkeling is het toetreden van ervaringsprofessionals tot de CWA, zodat we het patiëntperspectief kunnen meenemen. Onze patiëntvertegenwoordigers nemen deel aan de commissievergaderingen en hebben ook alle abstracts beoordeeld. Het heeft meerwaarde dat ervaringsprofessionals meedenken over het congres. Zij kunnen goed inschatten of sessies ook voor publiek met een minder wetenschappelijke achtergrond interessant zijn en meedenken over sprekers die het patiëntenperspectief op een goede manier kunnen belichten. Dit jaar hebben we geen aparte publieksdag: alle dagen zijn in principe open voor publiek en het overgrote deel van alle congresactiviteiten is toegankelijk voor publiek. De ervaringsprofessionals hebben ingeschat dat het niet te moeilijk of gevoelig zal zijn voor patiënten, zelfs in sommige gevallen waarin abstract-indieners zelf dachten dat hun presentatie alleen geschikt zou zijn voor professionals.' ←

tekst: **Maurice Timmermans, wetenschapsjournalist**
beeld: **Joyce Schellekens, Joydesign**

congresthema



Vijf visies op veerkracht

Met *Veerkracht* is gekozen voor een thema dat de hele breedte van de psychiatrie bestrijkt, en ook interessante uitstapjes buiten het eigen vakgebied toelaat. Tevens is uitdrukkelijk gekozen voor meer Nederlandse toponderzoekers op het podium. *De Psychiater* ging in aanloop naar het congres in gesprek met vijf van hen. Wat is hun visie op veerkracht, welke nieuwe inzichten uit hun vakgebied dragen daaraan bij en welke boodschap willen ze u straks meegeven?

tekst: **Ger Post**
wetenschapsjournalist

‘De patiënt moet een volwaardig lid worden van het zorgteam’



Prof. dr. Bas Bloem is als neuroloog verbonden aan het Radboudumc. Daar is hij tevens medisch directeur van het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC), dat als doel heeft het leven van, en de zorg voor, parkinsonpatiënten te optimaliseren. Bloem zette in 2004 ParkinsonNet op, een – inmiddels – landelijk netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in Parkinson.

Hij spreekt op het Voorjaarscongres tijdens de plenaire sessie op vrijdag 7 april (10.30 uur).

Bas Bloem heeft zijn carrière gewijd aan *patient empowerment* of – in mooier Nederlands – veerkrachtige parkinsonpatienten. Een veerkrachtige patiënt is volgens Bloem iemand die zo goed mogelijk is geïnformeerd en die naast de dokter staat, in plaats van het doelwit is van diens goedbedoelde zorg. ‘Voor goede zorg zijn niet alleen deskundige professionals en deskundige, multidisciplinaire teams van belang, maar ook deskundige patiënten. Een patiënt moet echt een volwaardig lid worden van het zorgteam.’

Bloem heeft daarom samen met vriend en collega Marten Munneke het ParkinsonNet opgezet, een landelijk netwerk waar zorgverleners gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van mensen met Parkinson, en waar patiënten elkaar kunnen ontmoeten en kennis kunnen uitwisselen. Zo is er het maandelijks televisieprogramma ParkinsonTV, waar een panel van specialisten en een patiënt (vaak met partner) alledaagse vragen van kijkers behandelt, zoals: mag ik alcohol drinken bij mijn medicijnen? Of: hoe vind ik een sport die bij mij past?

Zorgheld

De voordelen van geïnformeerde patiënten merkt Bloem geregeld. ‘Ik merkte dat ik heel vaak in mijn spreekkamer een vaste plaat aan het afdraaien was, maar als patiënten die informatie al op een andere manier hebben gekregen, hoeft dat niet meer. Dan kunnen we veel specifieker op hun geval ingaan en komen ze ook met veel gerichtere vragen. Het is efficiënter. Misschien nog wel belangrijker is dat mensen informeren angstreducerend werkt.’

Bloem heeft inmiddels veel waardering gekregen voor zijn werk. Hij werd in Nederland al uitgeroepen tot Zorgheld 2011, maar ook in het buitenland bestaat veel interesse voor zijn idee. In de Verenigde Staten, Luxemburg en Noorwegen – om er een paar te noemen – willen ze met het concept achter ParkinsonNet aan de slag. En onlangs werd bekend dat minister Edith Schippers van VWS een financiële ondersteuning beschikbaar stelt om de netwerkgedachte van ParkinsonNet om te zetten in een concrete leidraad, die anderen in staat moet stellen om ook bij andere chronische aandoeningen een vergelijkbaar net op te zetten.

Voor het opzetten van zo’n net zal Bloem handvatten geven in zijn voordracht. Er zijn namelijk wel wat hordes te nemen, zo weet hij uit ervaring. De grootste: het paternalisme van de zorg, en de soms impliciete hiërarchie tussen patiënt en dokter. Het woord ‘patiënt’ alleen al spreekt boekdelen. Zo schreven Bloem en collega’s in 2011 in Minerva Medica: ‘Patiënt is afgeleid van het Latijnse woord *patientia*, wat geduld, lijden, uithoudingsvermogen en verdraagzaamheid betekent.’ Maar de patiënt als geduldige ontvanger van zorg is niet meer van deze tijd, stelt Bloem. ‘De ongelijkheid zit in de zorg gebakken en met de beste bedoelingen worden mensen in een passieve rol geduwd.’

TIFKAP

Maar gaat *The Individual Formerly Known As Patient* (TIFKAP), zoals Bloem en collega’s voorstellen hem of haar te noemen, niet de deur platlopen bij de dokter? Of, misschien nog wel erger, de baas spelen? Bloem merkt daar weinig van. ‘Mensen willen niet de baas spelen, ze willen serieus genomen worden. Ik merk niet in mijn eigen spreekkamer dat deskundige patiënten de baas willen spelen, en ik ken ook geen literatuur waaruit dat blijkt. Ze zijn juist eerder bang dat ze die rol krijgen, en soms zien ze het als een verkapte bezuiniging.’

Een veerkrachtige patiënt is een leuke patiënt’

Uit een recent onderzoek van Laura Visser, een collega van Bloem, blijkt dat TIFKAP zelf zijn of haar emancipatie in de weg staat. In de gelijkwaardige omgeving van online *communities* werd het gedrag van de patiënten geanalyseerd. ‘Patiënten bleken ook daar nederig en dienstbaar ten opzichte van de dokter. Ze postten af en toe een bericht, maar niet te vaak om de dokter niet lastig te vallen. En wat de dokter vertelde, zagen ze altijd als het beste. Patiënten alleen wapens geven, werkt kennelijk niet in het doorbreken van de hiërarchie. Juist aan de kant van patiënten is een belangrijke ontwikkeling nodig.’

Als veerkracht op zichzelf nog niet voldoende motivatie is om de patiënt meer kennis en controle te geven, dan weet Bloem nog wel een reden om dit te doen. ‘Een veerkrachtige patiënt is een leuke patiënt.’ ←

tekst: **Maurice Timmermans, wetenschapsjournalist**

‘Ook bij koelbloedige jongeren valt er winst te behalen’



Prof. dr. Arne Popma is hoogleraar Forensische psychiatrie aan de Universiteit Leiden, hoofd van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie aan het VUmc, en psychiater voor jongeren met psychiatrische problemen en gedragsstoornissen bij de Bascule in Amsterdam. Daar leidt hij een onderzoeksgroep die de sociale, psychologische en biologische mechanismen van antisociaal gedrag in kaart probeert te brengen.

Hij spreekt op het Voorjaarscongres tijdens de plenaire sessie ‘Hollands glorie’ op donderdag 6 april (15.30 uur).

‘Moet je justitiële jeugdinrichtingen met hoge muren en cameratoezicht vervangen door een kleinschalige, vriendelijke setting? Daar moeten psychiaters zich nadrukkelijker tegenaan bemoeien’

‘Ik weet niet of er op het congres nog een definitie van veerkracht rondgaat, maar als kinder- en jeugdpsychiater versta ik daaronder: de mogelijkheden van kinderen en jongeren om ondanks de negatieve omstandigheden toch een prettig en functioneel leven te leiden.’

Aan het woord is Arne Popma, die gelijk moet denken aan een impulsieve jongen die hij eens behandelde. Populair uitgedrukt: een kort lontje met een crimineel verleden, die nu werkt als ervaringsdeskundige in de psychiatrie. ‘Bewonderenswaardig, zeker als je weet wat sommige jongens in hun jeugd voor de kiezen hebben gekregen. Het mag dan een open deur zijn, maar de meeste jonge daders zijn tegelijk slachtoffer.’

Veel jongens horen hun leven lang al dat ze niet deugen, zegt Popma. ‘Ik probeer ze dan uit te leggen dat hun achterdochtige en vijandige gedrag ooit volstrekt begrijpelijk en functioneel was in een gezin waar je op elk moment een klap kon krijgen, maar dat datzelfde gedrag hen nu belemmert in hun ontwikkeling. Daarmee geef je ze een verhaal mee dat minder zwart-wit is en waarmee ze genuanceerder over zichzelf kunnen nadenken.’

Dat lukt lang niet bij iedereen, zegt Popma, die ook onderzoek doet onder de koelbloedige jongeren met psychopathische trekken. ‘Bij hen gaan we zakelijker te werk en inventariseren we samen wat het criminele gedrag nou heeft opgeleverd, of het hun leven heeft verrijkt. Zelfs bij deze groep valt er het een en ander te winnen, al moet je ze langdurig en intensief begeleiden.’

In de afgelopen jaren is er een omslag zichtbaar in de aanpak van jongeren met gedragsstoornissen, zegt Popma. ‘Draaide het jarenlang om risicotaxatie – hoe groot is de kans dat iemand in de samenleving wederom over de schreef gaat? –, nu ligt de nadruk veel meer op individuele, beschermende factoren. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat jongeren op het juiste spoor terechtkomen?’

Perspectief en netwerk

Valt te voorspellen wie wel en wie niet een gunstige draai aan zijn leven kan geven? ‘Wie over een zekere intelligentie beschikt of een perspectief voor ogen heeft, bijvoorbeeld een baan die hij graag wenst, maakt meer kans om te ontsnappen aan het knellende bestaan. Ook scheelt het een hoop of er in het netwerk mensen zitten die een gunstige invloed hebben. Dat kunnen vrienden zijn maar ook een leraar of oom die het goed met de jongere voor heeft.’

Psychiaters mengen zich volgens Popma te weinig in de lopende discussie over hoe de maatschappij moet omgaan met moeilijke kinderen. ‘Moet je justitiële jeugdinrichtingen met hoge muren en cameratoezicht vervangen door een kleinschalige, vriendelijke setting in de leefomgeving van de jongere? Zodat die meer toegang heeft tot behandeling, onderwijs en contact met familie en vrienden? Daar moeten psychiaters zich nadrukkelijker tegenaan bemoeien. Die hebben ervaring met patiënten die weinig baat hebben bij gesloten afdelingen.’

Hoe serieus nemen psychiaters gedragsstoornissen en agressief gedrag van in dit geval jongeren eigenlijk? Ook die vraag wil Popma in zijn lezing aan de kaak stellen. Veel van zijn collega’s, zegt hij, geven voorrang aan patiënten met een depressie, angststoornis of trauma en verwijzen voor gedragsstoornissen en agressie al snel naar jeugdzorg of opvoedingsinstituten. ‘Ten onrechte, wat mij betreft. Zowel een angststoornis als een agressieprobleem is niets anders dan een doorgeschoten gezonde emotie. En dat is evengoed een zaak van de psychiatrie.’ ←

Deze maand verschijnt het boek *Even slikken. De zin en onzin van antidepressiva* van Christiaan Vinkers en Roeland Vis bij Uitgeverij Balans (ook als e-book), ISBN 9789460034640.

tekst: **Ger Post, wetenschapsjournalist**

‘We moeten af van het idee dat stress slecht is’



Dr. Christiaan Vinkers promoveerde in 2009 op fundamenteel onderzoek naar stress en GABA. Sinds 2014 werkt hij als psychiater in het UMC Utrecht Hersencentrum en doet hij onderzoek naar de rol van stress bij psychiatrische aandoeningen, onder andere met een Veni- en Hersenstichtingbeurs. Hij is lid van de Jonge Akademie van de KNAW en medeoprichter van dejongepsychiater.nl en psylearning.nl.

Hij spreekt op het Voorjaarscongres tijdens de plenaire sessie ‘Hollands glorie’ op donderdag 6 april (15.30 uur).

‘Als je mensen aan extreme stress blootstelt, dan is het eigenlijk ongelooflijk dat de meerderheid relatief gezond blijft’

‘Stress wordt heel vaak als iets negatiefs neergezet. Maar eigenlijk is stress ontzettend goed, we kunnen niet zonder stress. Het kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat we ons beter concentreren, alerter zijn en we ons dingen beter herinneren. Stress is essentieel om je aan te passen aan een veranderende omgeving. We moeten af van het idee dat stress slecht is,’ vertelt Christiaan Vinkers.
De meeste mensen gaan namelijk goed met stress om. ‘De mens is van nature veerkrachtig. Als je mensen aan extreme stress blootstelt, dan is het eigenlijk ongelooflijk dat de meerderheid relatief gezond blijft. Dat vind ik fascinerend. Maar hoe kunnen we deze veerkracht vergroten en wie heeft dat het meeste nodig? Dat is een belangrijke vraag.’
Stress is belangrijk bij zo’n beetje elke psychiatrische stoornis, zowel in het ontstaan ervan als in het beloop. In zijn onderzoek richt Vinkers zich op de biologische factoren die iemand kwetsbaar maken voor stress, zoals de mineralocorticoïd receptor, een van de twee receptoren voor het stresshormoon cortisol, en het GABA-systeem. ‘De mineralocorticoïd receptor is betrokken bij de manier waarop iemand zijn of haar omgeving inschat. Bijvoorbeeld: is dit gevaarlijk of niet? Hoe strak dat systeem is afgesteld, is voor een deel biologisch bepaald.’

In balans

Consistent vinden Vinkers en zijn collega’s verschillen tussen mannen en vrouwen in hoe zij op stress reageren. Bij deze reactie is ook de mineralocorticoïd receptor betrokken. ‘We weten dat mannen en vrouwen op een andere manier met stress omgaan. Zo zijn er onderzoeken die laten zien dat vrouwen vaker voor de vriendelijke tactiek *tend-and-befriend* kiezen, terwijl mannen vaker neigen naar *fight-or-flight*. Het interessante is dat we die sekseverschillen terugzien in genetische variatie in de mineralocorticoïd receptor. Dit is ook wel weer logisch, omdat aan de receptor ook de hormonen oestrogeen en progesteron binden.’
De biologische kant alleen is echter niet voldoende voor een goed begrip van stressgevoeligheid, stelt Vinkers. ‘Daarvoor zul je ook psychologische en omgevingsfactoren mee moeten nemen. Deze context bepaalt uiteindelijk hoe iemand een verandering in de omgeving interpreteert. Heeft iemand veel sociale steun, is iemand van nature optimistisch of juist neurotisch? Is er een structurele daginvulling of zit iemand de hele dag thuis? En als iemand tijdens de jeugd is verwaarloosd of mishandeld, dan heeft dat levenslang negatieve consequenties. Recent vonden we deze sporen van jeugdtrauma ook nog eens terug in de DNA-methylatieprofielen van mensen. Maar al deze factoren samen bepalen hoe iemand met een veranderende omgeving omgaat en of het lukt om ook onder stress in balans te blijven.’
In zijn eigen werk probeert Vinkers de integratie tussen de drie factoren (psychologie, omgeving en biologie) te bewerkstelligen. ‘Bij het Hersencentrum brengen we heel structureel in kaart hoeveel stress patiënten hebben meegemaakt en hoe ze daarmee omgaan. Dat doen we bijvoorbeeld bij jongvolwassenen met een kwetsbaarheid voor psychoses, omdat we uit ervaring weten hoe belangrijk stress in die groep is. Het doel is uiteindelijk om de biologie, psychologie en omgeving te integreren, zodat je een individueel stresspaspoort kunt maken, dat voorspelt hoe veerkrachtig iemand is.’

Samenwerking versterken

Maar hier stopt de integratie niet als het aan Vinkers ligt. In Nederland zijn er verschillende goede onderzoeksgroepen die vooroplopen in fundamenteel en toegepast onderzoek. De missie van Vinkers is deze stressonderzoekers met elkaar te verenigen ‘om de samenwerking te versterken en ervoor te zorgen dat we met zijn allen aan hetzelfde werken. Alleen door samenwerking denk ik dat we het veld vooruit kunnen helpen en de zorg voor patiënten kunnen verbeteren.’ ←

tekst: **Marijke van Oosten, wetenschapsjournalist**

congresthema

De tip van...

dr. Catherine van Zelst (CWA-lid sinds 2016)

'Veerkracht is onlosmakelijk met herstel verbonden. Het zorgt voor hoop en perspectief. Ik beveel de lezing over herstelbevordering aan van prof. dr. Stynke Castelein.'

'Eenzelfde taal spreken over herstel



Prof. dr. Stynke Castelein is sinds oktober 2016 bijzonder hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen aan de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). Daarnaast werkt zij als senior onderzoeker bij ggz-instelling Lentis in Groningen.

Zij spreekt op het Voorjaarscongres tijdens de plenaire sessie 'Hollands glorie' op vrijdag 7 april (15.00 uur).

'Wetenschappelijk is er nog weinig aandacht besteed aan persoonlijk herstel. Dat moet nu gaan gebeuren'

'Vroeger werden de drie vormen van herstel – het klinisch of symptomatisch herstel, het maatschappelijk of functioneel herstel en het persoonlijk herstel – binnen de ggz los van elkaar gezien. Daardoor hadden psychiaters, maatschappelijk werkers en ervaringsdeskundigen ieder een andere definitie van herstel. Het is echter belangrijk dat we met zijn allen één taal spreken over wat herstel is en wat het inhoudt. De drie vormen van herstel moeten daarin met elkaar verbonden zijn. Pas als je aan alle drie de pijlers werkt, krijg je optimaal herstel bij mensen.'

Enorme datasets

De vraag is dan waar precies aan die pijlers gewerkt moet worden. Er zijn namelijk wel dertig factoren die het herstel van mensen met EPA beïnvloeden. Castelein meent dat je voor het beantwoorden van die vraag onderzoek en praktijk moet verbinden. Binnen haar leerstoel maakt zij een vertaalslag van wetenschappelijke cijfers naar (nieuwe) interventies. 'Vanuit die dertig factoren, wil ik enkele kernfactoren distilleren die voor alle drie de vormen van herstel heel zwaar wegen bij patiënten. Daarvoor gebruiken we binnen het onderzoek enorme datasets die verkregen zijn uit een routinematige screening van mensen met ernstige psychische stoornissen in Noord-Nederland.'

Die datasets bevatten klinische uitkomsten als bloed- en labwaardes, maar ook resultaten uit vragenlijsten over bijvoorbeeld zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Het gaat om de datasets van vier opeenvolgende jaren met gegevens van 800 tot 1500 mensen per jaar. 'We zoeken naar patronen van data, zodat we clusters van patiënten met vergelijkbare kenmerken kunnen identificeren. De belangrijkste factoren, oftewel kernpredictoren, die bij alle mensen uit een bepaald cluster een belemmering vormen voor herstel op alle niveaus, pakken we aan met geschikte interventies. Op deze manier lever je zorg op maat aan patiënten, zoals in de oncologie gebeurt', verklaart de hoogleraar. 'Doordat ik bij Lentis werk, kan de informatie verkregen uit het onderzoek meteen in de praktijk worden toegepast.'

Persoonlijk herstel

Op het Voorjaarscongres zal Castelein de beschikbare cijfers uit de analyses van de datasets presenteren. Ze neemt alvast een voorschot: 'Als we puur kijken naar de percentages van mensen met EPA, in dit geval een psychotische stoornis, dan zien we dat circa 50 procent symptomatisch herstel laat zien, maar in maatschappelijk opzicht herstelt slechts 15 procent. Op dat laatste moeten we dus veel meer inzetten. Persoonlijk herstel is nog niet voldoende opgenomen in jaarlijkse screenings om er echt iets over te kunnen zeggen. Deze zeer belangrijke pijler is via de patiëntenbeweging in de ggz terechtgekomen. Wetenschappelijk is daar nog weinig aandacht aan besteed. Dat moet nu gaan gebeuren.'

Negatieve symptomen

Eén factor verwacht zij zeker terug te zien in de kernpredictoren: negatieve symptomen. 'We weten al dat dit een belangrijke belemmering is in symptomatisch en maatschappelijk herstel.' Interventies die daar bijvoorbeeld bij kunnen helpen, richten zich vooral op contact maken met anderen. Uit onderzoek blijkt dat onder andere lotgenotencontact negatieve symptomen kan verminderen. Ook een andere mogelijke predictor wordt dan meteen aangepakt: eenzaamheid. Castelein: 'Voor interventies gericht op deze factor is het netwerk om mensen heen heel belangrijk. Daar zouden we veel meer gebruik van kunnen maken. Uiteindelijk gaat het erom de omgeving van de patiënt zo in te richten dat we een optimaal herstel van die patiënt bewerkstelligen.' ←

De tip van...

dr. Hein van Marle (CWA-lid sinds 2013)

'Ik was blij verrast met de grote aandacht voor slaap dit jaar. Naast de plenaire lezing van (inter)nationaal slaapexpert Eus van Someren zijn er onder meer twee symposia over slaapgerelateerd onderzoek (S23 en S35), een workshop over chronotherapie (W6) en een workshop over de invloed van psychofarmaca op slaapstoornissen (W56).'

tekst: **Ger Post, wetenschapsjournalist**

'Informeren naar nachtrust van de patiënt is heel waardevol'



Prof. dr. Eus van Someren is hoofd van de afdeling Slaap en Cognitie van het Nederlands Instituut Neurowetenschappen (NIN) en hoogleraar Integratieve neurofysiologie aan de VU Amsterdam.
In 2015 ontving hij een ERC Advanced Grant voor onderzoek naar slapeloosheid, waarbij *brain imaging* technieken, draagbare sensoren en psychometrische methodes worden gecombineerd. Tevens zette hij Slaapregister.nl op om een database te verkrijgen van de slaapkenmerken van vrijwilligers.

Hij spreekt op het Voorjaarscongres tijdens de plenaire sessie 'Hollands glorie' op donderdag 6 april (15.30 uur).

'Slapeloosheid is een grote risicofactor voor depressie. Dat is lang niet overal doorgedrongen, ook niet bij psychiaters'

Hoe kan de veerkracht van mensen met slapeloosheid worden verhoogd? Hoe kan hun slaapkwaliteit bijvoorbeeld worden verbeterd? Het zijn interessante vragen, maar ze zijn nog een brug te ver volgens Eus van Someren. Er is namelijk nog geen bevredigend antwoord op de vraag die ervoor ligt: wat zijn de onderliggende hersenmechanismen van slapeloosheid?
Op het antwoord op deze vraag richt het onderzoek van Van Someren zich. Allereerst als promovendus in de groep van Dick Swaab, waar hij de mechanismen in de biologische klok onderzocht die zijn ontregeld bij Parkinson, Alzheimer en veroudering. 'We konden slapeloosheid verzachten door de biologische klok actiever te maken. Het was een afgebakend, helder terrein.'

Vijf subtypen

Dit veranderde toen Van Someren zijn eigen onderzoeksgroep startte naar slaap en cognitie. Een haperende biologische klok bleek bij lang niet iedereen het onderliggende mechanisme voor slapeloosheid. De onderzoeksgroep startte hierop een data-gedreven onderzoek naar kwetsbaarheden, zoals ziektegeschiedenis en persoonlijkheid, bij slapeloosheid. Meer dan tienduizend mensen namen deel via Slaapregister.nl. 'In de antwoorden over slapen – of ze bijvoorbeeld moeite hebben om in slaap te vallen of juist vroeg wakker worden – zijn deze mensen meestal niet te onderscheiden in verschillende typen. Pas wanneer we ook kijken naar andere eigenschappen die in hersenstructuren verankerd zijn, zoals persoonlijkheid, vinden we verschillende typen. Niet op een specifieke eigenschap als neuroticisme of perfectionisme, maar op een combinatie van meerdere eigenschappen.'
Van Someren en zijn collega's vonden vijf subtypen bij slapeloosheid, waarbij verschillende hersenmechanismen betrokken kunnen zijn. Bij mensen die relatief weinig klachten gerelateerd aan depressie en angst hebben, lijkt slapeloosheid te correleren met weinig grijze stof in de orbitofrontale hersenschors. 'Een specifieke functie van die schors is het integreren van informatie uit het lichaam en de sensorisch waargenomen en verwerkte invloeden uit de omgeving, zoals veiligheid, warmte, honger of dorst. Als alles in orde is, dan voelen mensen zich comfortabel en activeert de orbitofrontale schors bijvoorbeeld de nucleus caudatus, die op zijn beurt als een soort rem op hersenactiviteit kan werken.' Bij mensen die juist wel kwetsbaar zijn voor depressie vonden de onderzoekers betrokkenheid van een heel ander gebied. Minder grijze stof in de thalamus, die onder andere verafgelegen hersengebieden met elkaar laat communiceren, correleerde met ernstiger slapeloosheid.

Niet serieus genomen

Wat het onderzoek naar slapeloosheid niet helpt, is dat het nog niet serieus wordt genomen. Tekenend was hoe minister Edith Schippers tijdens het Depressiegala huisartsen vertelde extra alert te zijn op mensen in de grootste risicogroepen: vrouwen en mensen met een lagere sociale status. 'Maar slapeloosheid is een grotere risicofactor dan die andere twee,' vertelt Van Someren. 'Dat is lang niet overal doorgedrongen, ook niet bij psychiaters. Er zijn legio mensen die denken dat het vooral andersom is, dat depressie voor slapeloosheid zorgt.
Wat mij verbaast is dat chronische slapeloosheid weliswaar als een psychiatrische stoornis wordt beschouwd, maar dat veel mensen zeggen dat het een kwestie is van ontspannen en op tijd naar bed gaan. Het idee is dat deze mensen verkeerd gedrag hebben aangeleerd en dat het klaar zou zijn als ze dit afleren. Het zou fijn zijn als het zo was. Maar het is zo'n onzinnig idee, net als tegen iemand met depressie zeggen dat als hij niet zo zou somberen, hij ook niet depressief zou zijn. Of tegen iemand met schizofrenie zeggen dat hij niet moet luisteren naar die stemmen. De manier waarop er over slapeloosheid wordt gesproken, klinkt onzinnig als je het vergelijkt met elke andere psychiatrische stoornis.
Met mijn verhaal hoop ik dat mensen interesse krijgen in slapeloosheid. Ik denk dat dat al een belangrijk begin is. Ik heb natuurlijk makkelijk praten als onderzoeker, maar ik denk dat het heel waardevol kan zijn bij de patiënt te informeren naar zijn of haar nachtrust. En misschien wat meer na te denken over het belang hiervan.' ←

tekst: **Raymon Heemskerk, wetenschapsjournalist**

interview

Voorjaarscongres

Tijdens de plenaire sessie van vrijdag 7 april van 10.30 tot 12.00 uur houdt prof. dr. George Bonanno zijn lezing getiteld 'Resilience and coping with grief and trauma'.

'De evolutie heeft ons voorzien van een goed stresssysteem'

Prof. dr. George Bonanno is een van de keynote sprekers op het Voorjaarscongres. *De Psychiater* sprak met hem over zijn visie op het concept veerkracht en over zijn onderzoek naar hoe mensen omgaan met trauma en stress. En over de DSM-5: waarom sloeg hij het aanbod af om eraan mee te werken?

Het concept 'psychische veerkracht' dook voor het eerst op in de jaren zeventig. Er waren kinderen die ondanks hun moeilijke jeugd later goed functioneerden. Later verbreedde het concept veerkracht zich naar het hele leven, want ook als volwassene kun je meer of minder veerkrachtig op negatieve levensgebeurtenissen reageren. Maar wat verstaan we eigenlijk precies onder veerkracht? Bonanno: 'Veerkracht heeft te maken met hoe goed je in staat bent om stressvolle gebeurtenissen op te vangen. Iedereen functioneert onder stress minder dan normaal, maar na de stressvolle tijd zou je weer moeten terugkomen op je oude niveau.'

Onderzoek van Bonanno en anderen heeft aangetoond dat de meeste mensen veerkrachtig zijn. 'De evolutie heeft ons voorzien van een goed stresssysteem. Daardoor zijn we in staat om adequaat met stress om te gaan. Slechts 5 tot 10 procent van de mensen ontwikkelt na een levensbedreigende situatie een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dat betekent dat de overgrote meerderheid van de mensen veerkrachtig is.'

Het zou goed zijn om mensen die niet veerkrachtig zijn al vroeg te helpen, zegt Bonanno. 'Het probleem is alleen dat we niet goed weten welke mensen dat zijn. Soms vertoont iemand een heftige stressreactie na een trauma, maar dat hoeft niet te betekenen dat diegene ook op de langere termijn PTSS ontwikkelt.'

'Meewerken aan de DSM komt erop neer dat je in een zaaltje ruzie maakt over artificiële categorieën'

Chronische stress

Er zijn veel factoren die aan veerkracht bijdragen. 'Denk aan steun die je krijgt, toegang tot zorg, opleiding, je karakter. Sommige mensen zijn optimistischer en hebben er vertrouwen in dat ze van stressvolle gebeurtenissen goed kunnen herstellen. Dat zijn allemaal factoren die een beetje bijdragen aan hoe je met stressvolle gebeurtenissen omgaat. We weten ook dat wat je in je jeugd meemaakt effect heeft op je genetisch materiaal. Het kan zorgen voor epigenetische veranderingen, die bepalen hoe je erfelijke eigenschappen tot uiting komen. Op die manier kan je stresssysteem levenslang beïnvloed worden door gebeurtenissen in je jeugd.' De stress moet vooral niet te lang duren, want op chronische stress is ons systeem niet goed berekend. Bonanno: 'Chronische stress put ons uit. Onderzoek heeft laten zien dat chronische stress de neurogenese, de aanmaak van nieuwe zenuwcellen, remt. Dit vermindert je cognitieve capaciteit om gebeurtenissen een plaats te geven.'

Bonanno is erg geïnteresseerd in de rol van flexibiliteit, het vermogen tot aanpassing aan de omstandigheden. Hij denkt dat het begrip 'flexibiliteit' heel belangrijk is bij coping. 'We onderzoeken momenteel wat dat precies is en hoe we tekorten daarin bij mensen kunnen herkennen en helpen aanvullen. Dat kun je bij iedereen onderzoeken, niet per se bij getraumatiseerde mensen.'

Veranderd bewustzijn

In het verleden werd gedacht dat het goed was om met een zorgverlener te praten vlak na een stressvolle gebeurtenis. Om dit aan te tonen werd er onderzoek gedaan bij verkeersslachtoffers. Zij kregen psychologische debriefing: uitleg over wat het trauma met hen kon doen, en ze werden gestimuleerd om er met anderen over te praten. Wat bleek? Met de mensen die in de behandelgroep hadden gezeten ging het drie jaar later

De tip van...

dr. Machteld Marcelis (CWA-lid sinds 2015)

'Veel abstracts speelden dit jaar in op actuele maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de vluchtelingenproblematiek. Er zijn meerdere deelsessies gericht op de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen en trauma's bij deze groep mensen. Plenaire lezingen die aansluiten bij dit thema zijn die van Eric Vermetten en George Bonnano op vrijdag. Zeker naartoe gaan!'



Prof. dr. George Bonanno studeerde psychologie en promoveerde aan de Universiteit van Yale. Zijn onderzoek richt zich op hoe volwassenen en kinderen omgaan met negatieve *life events*, zoals de dood van een naaste, seksueel misbruik en terroristische aanslagen. Hierbij is hij bijzonder geïnteresseerd in het concept veerkracht. In 2011 publiceerde hij het boek *The Other Side of Sadness – What the new science of bereavement tells us about life after loss.*

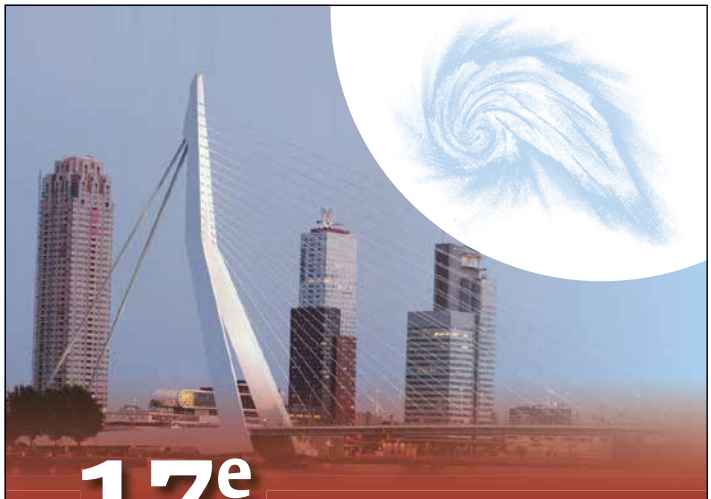
een stuk slechter dan met de mensen die geen behandeling hadden gekregen. Ze ervoeren meer stress, hun gezondheid was minder goed en ze durfden ook minder vaak weer in de auto te stappen. Bonanno: 'Een totaal onverwacht resultaat. Het zou kunnen dat de debriefing hun kijk op wat er gebeurd is, verandert. Mensen gaan het gebeurde opeens als trauma labelen en zich slachtoffer voelen.'
Niet iedereen accepteerde de uitkomst van het onderzoek meteen. 'Wat het moeilijk maakt is dat de mensen die de debriefing hadden gehad zelf ook dachten dat ze er baat bij hadden. Maar het onderzoek wees duidelijk op het tegendeel.'
Beter is het om mensen hun gang te laten gaan en de stresshormonen die vrijkomen hun werk te laten doen. 'Cortisol en andere stresshormonen veranderen je bewustzijn voor een korte tijd. Je denkt bijvoorbeeld steeds terug aan wat er is gebeurd. Maar die flashbacks zijn functioneel; ze helpen je om van een stressvolle gebeurtenis te leren. Je zoekt antwoorden op vragen als: wat gebeurde er precies, wat moet ik de volgende keer doen?'

Nieuwe theorie

Bonanno werd gevraagd mee te werken aan de DSM-5, maar hij bedankte vriendelijk voor het aanbod. 'Ik ben geen fan van de DSM. Wat ik er vooral tegen heb is dat het doet lijken alsof er in de natuur duidelijke *cut-off* punten voor psychiatrische ziektes zijn. Ik snap dat er vanuit de samenleving behoefte is aan labels, al was het maar om je behandeling vergoed te krijgen. Maar in werkelijkheid is er geen duidelijk punt waarop je kunt zeggen dat iemand bijvoorbeeld een depressie heeft. Meewerken aan de DSM komt erop neer dat je in een zaaltje ruzie maakt over artificiële categorieën. Er zijn betere dingen die ik met mijn tijd kan doen', aldus Bonanno.
Liever verdiept hij zich in de netwerkanalyse, een nieuwe theorie waar hij erg van gecharmeerd is. Hij noemt de Nederlandse onderzoeker Denny Borsboom – vorig jaar een van de hoofdsprekers op het Voorjaarscongres – een briljante pionier op dit gebied. 'In plaats van iemand een diagnose te geven, kijk je naar alle symptomen die iemand heeft en hoe die met elkaar samenhangen. Dan zie je vaak dat symptomen elkaar onderling versterken. Als iemand bijvoorbeeld angstig en geagiteerd is, slaapt diegene waarschijnlijk ook minder goed. Daardoor neemt de concentratie af en kan iemand zijn werk minder goed doen. Het verlies van werk kan weer zorgen voor depressieve gevoelens. Het is een revolutionaire manier van kijken naar hoe psychiatrische symptomen zich in samenhang met elkaar ontwikkelen. We hebben onlangs op die manier onderzoek gedaan naar verdriet.'

Markers voor PTSS

Het idee om de strikte categorieën van psychiatrische ziektes los te laten, vindt steeds meer weerklank. De National Institute of Mental Health (NIMH) heeft aangegeven niet langer onderzoek naar psychiatrische DSM-classificaties te financieren. In plaats daarvan moet het onderzoek zich richten op hoe het komt dat sommige mensen ziek worden. 'Die aankondiging leidde tot veel consternatie, maar ik denk dat het wel de kant is die we op moeten.'
Ook het onderzoek naar voorspellende factoren moet meer aandacht krijgen, vindt het NIMH. Bonanno doet momenteel onderzoek naar factoren die kunnen voorspellen of iemand op de lange termijn last blijft houden van chronische stress na een acute stressvolle gebeurtenis. 'We kijken nu naar cytokines, markers van het immuunsysteem. Iemand met stress heeft meer cytokines en wie meer cytokines heeft, heeft meer kans op PTSS. Maar dat betekent nog niet dat cytokines als marker voor PTSS gebruikt kunnen worden; het betekent alleen dat stress een van de factoren is die bijdragen aan de ontwikkeling van PTSS. Het is een naïef idee dat er één molecuul of biomarker is die de ontwikkeling van een ziekte voorspelt. Dat is *wishful thinking*. De werkelijkheid is veel complexer.' ←



17e NATIONAAL AUTISME CONGRES

Autisme: symptomen, diagnostiek en behandeling verder ontrafeld

VRIJDAG 24 MAART 2017

Congrescentrum De Doelen, Rotterdam

Lezingen gericht op diagnostiek, behandeling en wetenschap, voor ieder wat wils!

U kunt zich online inschrijven via de website
www.nationaalautismecongres.nl

VACATURE

Uw ambities waar maken in een dynamisch en ambitieus ziekenhuis in een zonnige omgeving?

Het Dr. Horacio E. Oduber Hospitaal op Aruba heeft plaatsingsmogelijkheid in de functie van:

Psychiater M/V

Profiel

- Psychiater volwassen zorg met redelijke ervaring (2+ jaar)
- Hij/zij dient een generalist te zijn en bereid om lang te blijven.
- Hij/zij dient in BIG register en specialistenregister geregistreerd te staan.
- Hij/zij moet goede kennis hebben van Nederlands en Engels. Spaans en Papiamento is een pre.
- Hij/zij dient team minded te zijn.

Informatie en Sollicitatie:

Bezoek onze website of facebookpagina voor meer informatie over deze functie.





Zorg met hoofd, hart en ziel

De afdeling Psychiatrie (de PAAZ) is per 1 april 2017 op zoek naar een

PSYCHIATER

Voor 36 tot 45 uur per week

De afdeling
De PAAZ slaagt erin de ziekenhuispsychiatrie steeds verder vorm te geven: er is een actieve consultatieve dienst met 2 psychiaters, 3 CPV-ers en AIO's. Er is een steeds intensievere samenwerking met somatisch specialisten door middel van gecombineerde poli's (pijnpoli, diabetespoli, SOLK-poli en combinatie zwangerschap en psychiatrie met poli en deeltijdbehandeling).
De kliniek met 20 bedden en de deeltijd met 12 stoelen zijn gericht op stemmingsstoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen. In het zorgprogramma stemmingsstoornissen is er al meerdere jaren ervaring met ECT-behandeling.
De vernieuwde afdeling op de locatie Dordwijk geeft middels een goed geoutilleerde MPU een extra impuls aan de gecombineerde behandeling van somatiek en psychiatrie samen met de somatisch specialismen.
Met vier psychiaters (3,6 fte) en twee psychologen zijn wij een team dat enthousiast bezig is met de verbetering van onze kwaliteit en de uitbouw van de samenwerking binnen ons ziekenhuis.
Mede door de aanwezigheid van de stage-opleiding ziekenhuispsychiatrie hebben we een actief wetenschappelijk klimaat met ruimte voor onderwijs/refereeractiviteiten en wetenschappelijk onderzoek.
We participeren in de bereikbaarheidsdienst van GGZ Yulius.

Onze vraag
U beschikt over een goed gevoel voor humor, teamgeest, verantwoordelijkheidsgevoel en onderzoeksambities. U heeft kennis en ervaring in de ziekenhuispsychiatrie en u bent gecertificeerd om ECT-behandelingen te doen. Wij zoeken een psychiater met onderzoekservaring die ambitie heeft om in de stage-opleiding ziekenhuispsychiatrie te participeren c.q. (plaatsvervangend) stage-opleider te worden. Van u wordt een actieve bijdrage verwacht in de beleidsontwikkeling.

Ons aanbod
U wordt ingeschaald volgens de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten AMS-ziekenhuis.

Informatie
Voor verdere informatie over de functie en de afdeling kunt u bellen met de heer N.W. Pesman, medisch manager / psychiater, telefoonnummer 078-654 17 19.

Wijze van solliciteren
Bent u geïnteresseerd in deze functie, dan kunt u uw sollicitatie indienen door het sollicitatieformulier in te vullen via deze link:
www.asz.nl/werk-opleiding/vacatures

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is een STZ geaccrediteerd topklinisch opleidingsziekenhuis dat zorg biedt met hoofd, hart en ziel. Onze patiënten zijn in goede handen bij zo'n 250 medisch specialisten en een kleine 4000 medewerkers. Zij werken op vier locaties in Dordrecht, Zwijndrecht en Sliedrecht en een buitenpolikliniek in Ridderkerk.

Albert Schweitzer ziekenhuis



Kees Kooiman is psychiater / psychoanalytisch psychotherapeut en werkzaam bij Rivierduinen binnen de zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen, en stemming en angst. Hij is redactielid van *De Psychiater*. Deze column schrijft hij op persoonlijke titel.

Het is vijf voor rood

Bij het begin van het nieuwe jaar starten veel ggz-instellingen met een gekrompen begroting. Sommige instellingen zullen hun boeken van het voorgaande jaar, soms op rij, met rode cijfers afsluiten. Met als gevolg een verlies of verplaatsen van arbeidsplaatsen. Wat dan weer resulteert in verlies van expertise, behandelteams die voor de zoveelste keer van samenstelling wisselen en discontinuering van behandelingen.

Ggz-instellingen zijn ook werkgevers, dus die doen er veel aan om de werkgelegenheid binnen de eigen instelling te behouden. Bij krimpende budgetten kan dat door zoveel mogelijk de kosten te drukken bij een optimale productie. Daartoe wordt van alles geprobeerd. Bijvoorbeeld elke hulpverlener een digitaal 'klokje' geven dat in de loop van de week verkleurt van rood naar groen als de individuele productie voldoende is; het niet meer hoger inschalen van GZ-psychologen als zij de opleiding tot psychotherapeut hebben afgerond; of psychiaters wel psychotherapie laten geven, maar dan alleen als zij bereid zijn voor die uren een lager salaris te accepteren. En hoewel de pensioenaftopping door de werkgevers in de somatische geneeskunde wel wordt gecorrigeerd, bleef GGZ Nederland zich daar eind 2016 nog tegen verzetten, uit zorg dat grotere groepen werknemers tegemoet moeten worden gekomen als de grens voor premieafdracht in de nabije toekomst verder omlaag gaat. Hoewel goedbedoeld, werken dit soort maatregelen ontmoedigend en worden zij ervaren als devaluerend.

Er zijn ook maatregelen die meer direct een invloed hebben op de inhoud van het werk. In het kader van de door veldpartijen met de overheid afgesproken taakherschikking is het streven om het werk in de specialistische ggz minder door regiebehandelaren te laten doen. Regiebehandelaren, dat zijn dus psychiaters, klinisch psychologen, GZ-psychologen en psychotherapeuten. Geschat wordt dat de helft of meer van het werk in de specialistische ggz gedaan zal gaan worden door basisartsen, basispsychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en vaktherapeuten. En te voorzien: binnen het regie-gedeelte natuurlijk zo min mogelijk door psychiaters, want die zijn het duurst.

Misschien dat zo'n taakherschikking wel kan, maar daar moet dan wel goed over worden nagedacht, want dit heeft consequenties voor de inhoud en opleiding van álle disciplines. Het tempo van deze veranderingen wordt nu echter bepaald door kostenbeheersing en niet of onvoldoende door vakinhoudelijke ontwikkelingen. Waar managers de indruk hebben dat hulpverleners de urgentie van de veranderingen missen, menen hulpverleners dat er onvoldoende naar hen wordt geluisterd. Met als gevolg dat zij de ggz-instellingen verlaten als zij kans zien voor een beter bestaan elders. Psychiaters vestigen zich als zzp-er en verhuren zich als interimmer. Dat is ook marktwerking. Ondertussen is het niet goed voor de kwaliteit van de zorg én de kostenontwikkeling binnen de ggz-instellingen en is het niet goed voor de ontwikkeling van het psychiatervak. Wat dat betreft is het vijf voor twaalf en gaan niet alleen instellingen in het rood, maar verdwijnt ook de psychiatrie als specialisme.

Ruim 25 procent krimpen en hetzelfde blijven doen, dat gaat niet. Ggz-instellingen zouden niet meer alles moeten willen aanbieden, maar zich moeten specialiseren in een aantal specifieke problemen. Dat heet profileren. Hetzelfde geldt voor psychiaters, zowel in dienstverband als zelfstandigen. Vasthouden aan vertrouwde concepten is een doodlopende weg. Waarom zou het bijvoorbeeld niet voldoende zijn als 'interim-psychiaters' slechts de basisopleiding hebben gedaan en (vooralsnog) niet voor verdere specialisatie gaan? Dan doen we voortaan minder een beroep op dure interimmers, maar we verplichten ons dan wel de basisartsen en andere primaire hulpverleners adequate scholing te bieden voor het werk dat zij aangaan. Dat laatste kost wel weer geld natuurlijk. Om de ontwikkeling van dit soort meer structurele ontwikkelingen te faciliteren zouden managers zichzelf een rood, digitaal 'klokje' kunnen geven. Bij elke beslissing die zij nemen die niet de steun van de hulpverleners heeft, kleurt dat klokje donkerder. Tot het zwart verkleurd is; dan stopt het uurwerk. Voorwaarde is dan wel dat wij onszelf meer laten horen. ←

'Het tempo van de veranderingen wordt bepaald door kostenbeheersing; niet of onvoldoende door vakinhoudelijke ontwikkelingen'

De referenties vindt u bij de digitale versie van dit artikel op www.depsychiater.nl.

tekst: **Maurice Timmermans, wetenschapsjournalist**

DE KRACHT, DE CRUX EN DE MEERWAARDE VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID

‘Ik spreek meestal niet uit eigen ervaring’

Het is voor het eerst dat de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de NVvP twee ervaringsdeskundigen in haar gelederen heeft. Hoe bevalt dat? *De Psychiater* sprak met hen en met andere ervaringsdeskundigen over de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid in de ggz en over de valkuilen in de samenwerking. De crux? ‘Je eigen ervaringen zo inzetten dat het niet alleen over jezelf gaat.’

Een koekoeksjong in een hooglerarennest. Zo voelde ervaringsdeskundige Irene van de Giessen zich tijdens de eerste bijeenkomst van de richtlijncommissie EPA van de NVvP, in 2014. Niet het zoveelste gelegenheidsclubje, maar een toonaangevende commissie van overwegend psychiaters en hoogleraren die zich bogen over een nieuwe richtlijn voor mensen met een ernstige psychische aandoening in Nederland.
Van de Giessen was trots dat ze was gevraagd, werd met alle egards ontvangen, maar voelde zich tegelijk zwaar geïntimideerd toen de commissieleden een waslijst van titels en werkzaamheden opsomden. Wie was zíj eigenlijk? Gaandeweg groeide ze in haar rol en hamerde ze op het cliëntperspectief. ‘De discussies leken soms meer over wiskunde te gaan dan over patiënten. Ik vroeg steeds wat het voor hen betekende, en waar zij hun recht konden halen.’
Zo hebben Christine Blanke en Cathérine van Zelst de eerste vergadering van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten niet beleefd. De vrouwen zijn gevraagd om het patiëntperspectief te kunnen meenemen bij de samenstelling van het programma van het Voorjaarscongres. Ze hielpen een selectie maken uit de honderden ingezonden abstracts en kregen daarbij alle ruimte om te zeggen wat ze wilden, vinden ze. Van Zelst, die bij kenniscentrum Phrenos onderzoek doet naar stigma en herstelervaringen, voelde zich geen vreemde eend in de bijt. Blanke wel, en dat moet ook vooral zo blijven, zegt ze. ‘Juist die bonte verzameling eenden levert wat extra’s op.‘ Opvallend is dat beide vrouwen zich niet laten voorstaan op hun ervaringsdeskundigheid. Van Zelst noemt zich een onderzoeker die ook nog ervaring met de psychiatrie heeft. En Blanke zou zich zelfs nooit ervaringsdeskundige noemen. Zij wil vooral verre blijven van ‘de hype’.

Tenenkrommend

Blanke werkt sinds zes jaar, op initiatief van hoogleraar Iris Sommer, op de stemmenpoli van het UMC Utrecht. In een reeks bijeenkomsten vertelt ze er verhalen voor patiënten met psychoses. ‘Geen zielige patiëntgeschiedenissen’, benadrukt ze. ‘Die geijkte verhalen waarin iedereen zo’n zwaar en moeilijk leven heeft en zich slachtoffer voelt van de hulpverlening zijn echt tenenkrommend. In mijn beleving is de patiënt net zo verantwoordelijk voor de behandeling als de therapeut. Ik heb het over het leven zelf, over creatieve oplossingen.’
Blanke, die haar opleiding aan de Hogeschool voor de kunsten Utrecht heeft afgerond, is aangenomen om de kunst op het Voorjaarscongres te verzorgen. Ze heeft



Dr. Cathérine van Zelst is onderzoeker bij Phrenos op het vlak van stigma, weerbaarheid en herstelondersteuning. Tevens werkt ze bij Mondriaan als onderzoeker en trainer *Mental Health First Aid*. Ze is sinds 2016 lid van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA) van de NVvP.

beeld: **Jeroen van Kooten**



Christine Blanke is aan de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht afgestudeerd op 'Drama schrijven'. Ze is bestuurslid van Anoiksis en werkt sinds 2010 als ervaringsdeskundige op de stemmenpoli van het UMC Utrecht. Ze is sinds 2016 lid van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten (CWA) van de NVvP.

beeld: **Jeroen van Kooten**

'De discussies leken soms meer over wiskunde te gaan dan over patiënten. Ik vroeg steeds wat het voor hen betekende, en waar zij hun recht konden halen.'

een expositie en muziekoptredens voor ogen die het contact tussen patiënten en psychiaters vergemakkelijken, maar het is nog niet zeker of dat gaat lukken. 'De rest van de commissie zit meer op het spoor van amusement. Verder zitten we op dezelfde golflengte. Mijn rol is nog niet helemaal duidelijk maar ik krijg alle gelegenheid om mee te denken.'
Bij het selecteren van de VJC-voordrachten overlapte haar keuze grotendeels met die van de andere leden. 'Ik heb niet per se met een ervaringsdeskundige bril gekeken, meer vanuit artistiek perspectief. Zijn de voordrachten interessant, spannend. Zit er een verhaal in?' Dat geldt ook voor Van Zelst, die beoordeeld heeft op toegankelijkheid en op relevantie voor het thema *Veerkracht*.

Losgezongen

Ervaringsdeskundigen krijgen meer en meer vaste voet in het professionele circuit, maar waar draait het nu precies om? 'Je eigen ervaringen zo inzetten dat het niet alleen over jezelf gaat', zegt Van de Giessen. 'Je moet boven je eigen leven uitstijgen en een breder perspectief creëren. Laatst zei een patiënt: jij begrijpt me echt. En dan denk ik: o ja? Ik spreek namelijk meestal niet vanuit mijn eigen ervaring. Het maakt ook niet uit. Belangrijk is dat er een vertrouwelijke sfeer ontstaat die me een voorsprong geeft.'
Martijn Kole, medeoprichter van Recovery College Enik, vindt dat te veel mensen met ervaring zichzelf deskundig noemen. Er komt meer bij kijken, zegt hij. 'Je moet op je herstelproces kunnen reflecteren, je moet je de verhalen van andere patiënten en vakkennis eigen maken, en al die kennis weten te vertalen naar de werkvloer.'
Daarbij maakt het verschil of je in een zelfhulpgroep werkt of in een FACT-team. 'Zelfhulp speelt zich af in de vrije ruimte, waarin wederkerigheid essentieel is. Je moet je eigen levensverhaal paraat hebben maar ook de ander kunnen uitnodigen om zichzelf te laten zien. In een FACT-team is die gelijkwaardigheid niet altijd leidend. Op crisismomenten moet je het voortouw kunnen nemen en een patiënt kalmeren. In een wetenschappelijke commissie als de CWA is van belang dat je kunt schakelen tussen perspectieven, tussen de denktrant van de professional, de wetenschapper en de ervaringsdeskundige. Je komt ervaringsdeskundigen tegenwoordig ook steeds vaker tegen in de RIBW-begeleiding en de gemeentelijke wijkteams.'
De meerwaarde zit volgens Kole, die tijdens zijn studie in Wageningen last kreeg van depressies en psychoses, in het mengen van ervaringskennis met *evidence based* wetenschap. Te vergelijken, zegt hij, met *oil and vinegar*. 'Beide kennisdomeinen laten zich weliswaar mengen, anders dan olie en water, maar dan moet je wel goed roeren. Zo verbind je de grote getallen en gemiddelden met het individuele perspectief, en daar heeft iedereen baat bij.'
In de behandeling kunnen ervaringsdeskundigen – en dat vormt wat Kole betreft het vertrekpunt – patiënten die volledig losgezongen zijn van de samenleving er weer bij betrekken. 'Je zorgt ervoor dat de patiënt weer contact maakt met anderen, zich verbonden voelt. Daar begint het mee.'

Competentieprofiel

Inmiddels heeft GGZ Nederland een competentieprofiel voor ervaringsdeskundigen opgesteld en bieden meerdere instellingen een opleiding aan. Het Zadkine College in Rotterdam beet in Nederland het spits af en kent een tweejarige MBO-opleiding. De Hanzehogeschool in Groningen, Fontys in Eindhoven en Windesheim in Zwolle hebben een opleiding op HBO-niveau op poten gezet. →

advertentie

DIMENCE GROEP

DIMENCE GROEP BIEDT RUIMTE



"Ruimte om te leren en te onderzoeken."

Lineke Tak, Psychiater Dimence

Ben jij op zoek naar ruimte? Wij zoeken psychiaters. Wie weet hebben we een match.
Kijk snel op www.werkenbijdimencegroep.nl.

Dimence · jeugd ggz · TRANSFORE · Mindfit · de kern · wijz daagt uit · Welzijn Kampen

Martijn Kole is ervaringsdeskundige en een van de oprichters van Recovery College Enik in Utrecht, voortgekomen uit Bureau Herstel. Tevens is hij adviseur van de raad van bestuur van de overkoepelende organisatie Lister.

beeld: **XXX**



Irene van de Giessen is consulent en directeur van de stichting HerstelTalent, die onder meer ijvert voor meer ervaringsdeskundigheid in de ggz. Ze is tevens bestuurslid van kenniscentrum Phrenos. Ze zat als ervaringsdeskundige in de richtlijncommissie Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) en adviseert de afdeling EPA van de NVvP.

beeld: **XXX**

Daarnaast worden trainingen gegeven door organisaties als Lister en HEE.
Toch is scholing geen garantie voor deskundigheid, weet Kole. ‘Sommige afgestudeerden van het HBO hebben nog veel te leren, terwijl autodidacten het soms goed aanvoelen. Herstel is moeilijk grijpbaar.’
Blanke heeft bewust geen opleiding tot ervaringsdeskundige gevolgd omdat ze haar eigen taal wil behouden, zegt ze. ‘Veel geschoolde collega’s praten als hulpverleners en vergroten daarmee de afstand tot patiënten.’
Van Zelst zet haar ervaring op haar eigen manier in, zegt ze. Verder kan ze voldoende afstand nemen van haar ervaringen om die te benutten in haar onderzoek.

In de praktijk loopt het ook weleens spaak. Soms zijn de wederzijdse verwachtingen niet helder. En sommige ex-patiënten worden te vroeg op het paard gehesen, zegt Kole. ‘Ze rijden met veel tamtam de stal uit en donderen ervan af. Sommigen blijken hun eigen ervaringen niet goed te kunnen verwoorden of extrapoleren, anderen wisselen maar moeilijk tussen de verschillende denkwijzen. Zo kan onbegrip en wrijving met professionals ontstaan waarbij oud zeer de kop opsteekt. Ik kan zelf ook als een leeuw reageren maar toch probeer ik altijd professioneel te blijven.’

Meningsverschillen

Van de Giessen heeft veel opgestoken van haar werk in de EPA-richtlijncommissie. Terugkijkend, zegt ze, was ze er enigszins naïef aan begonnen. ‘Ik had me vooraf te weinig afgevraagd waar ik als ervaringsdeskundige voor stond, wat het patiëntperspectief precies inhield. Ook realiseerde ik me niet wat er op het spel stond en hoe groot de belangen waren van gemeenten, RIBW, de NVvP. De vuisten gingen regelmatig op tafel en toen de eindtekst klaar was, ging het NVvP-bestuur niet akkoord. Een drama. Het bleek een kwestie van terminologie, van “stoornissen” in plaats van “kwetsbaarheden” bijvoorbeeld. Het is goed om die belangen van tevoren scherp te hebben, en te weten waar de conservatieve krachten zitten, de partijen die zo veel mogelijk bij het oude willen houden.’
Bij de afdeling EPA van de NVvP, waarvan Van de Giessen ook lid is, heeft ze weer andere dingen geleerd. ‘Daar hebben we anderhalf jaar geworsteld met taal, definities en onbegrip. Wat zijn verwarde personen nu precies? En is psychiatrie in de wijk wel zo wenselijk? De meningsverschillen stapelden zich op en we kwamen er niet meer uit. We hebben er toen een filosoof bijgehaald. Die heeft ieders drijfveren in kaart gebracht en dat gaf lucht. Het hielp enorm.’
Hoe staat het ervoor anno 2017? ‘Ervaringsdeskundigheid krijgt steeds meer body’, zegt Kole. ‘Het is voor het eerst in de geschiedenis dat ervaringskennis zo serieus wordt genomen, maar het blijft een moeilijke weg. Het betekent dat je de vooropgezette kennis en de DSM enigszins moet loslaten, dat arts en patiënt samen op onderzoek uit gaan en een mate van onzekerheid accepteren. Dat is spannend en misschien ook bevrijdend. Diagnostiek blijft belangrijk maar een arts hoeft niet meer alles op voorhand te weten.’ ←

‘Het is voor het eerst in de geschiedenis dat ervaringskennis zo serieus wordt genomen, maar het blijft een moeilijke weg’

Deze maand start een twee jaar durend actieonderzoek naar de inzet van geprofessionaliseerde ervaringsdeskundigheid in de zorg, een samenwerkingsverband van Hogeschool Windesheim, Hogeschool Utrecht en het VU Medisch Centrum en vier zorgorganisaties: MEE IJsseloevers, Trajectum, GGNet en de RIBW Groep Overijssel.
Projectleider is dr. Alie Weerman, onderzoeker bij het lectoraat Verslaving van Hogeschool Windesheim.
Doel van het project, naast praktijkverbetering, is producten voor zorg en onderwijs te ontwikkelen.
Meer informatie: a.weerman@windesheim.nl.

tekst: **Maurice Timmermans, wetenschapsjournalist**
beeld: **Jeroen Dietz**

interview



IN GESPREK MET 'OUDE MEESTER' RUTGER JAN VAN DER GAAG

'De psychiatrie moet bescheiden én arrogant zijn'

Rutger Jan van der Gaag voelt een *sense of urgency* om zich in te zetten voor de vermaatschappelijking van de zorg. Om psychiaters en hulpverleners naar de leefwereld van de patiënt te leiden. Daar moet het namelijk gebeuren, vindt hij. En daarom is de van oorsprong kinder- en jeugdpsychiater ook enthousiast over de transitie van de jeugdzorg.

Vorig jaar heeft hij twee keer afscheid genomen. In maart 2016 trad prof. dr. Rutger Jan van der Gaag terug als voorzitter van de artsenfederatie KNMG en in september nam hij afscheid als hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie van de Radboud Universiteit. Dat laatste deed hij met een rede over 'loslaten'. Op de vraag of hij daar goed in is, of hij zijn werkkring makkelijk achter zich kan laten, parafraseert hij de stoïcijnse filosoof Seneca: 'Wie zich tegen zijn lot verzet, zal ongelukkig worden'. Iets wat volgens Van der Gaag ook voor ggz-instellingen geldt, maar daarover later meer.
In het interview, in zijn huis *De Witte Raaf* in Arnhem, steekt één onderwerp steeds weer de kop op: maatschappelijke betrokkenheid. Als vrijwilliger kookt Van der Gaag in navolging van zijn vrouw voor daklozen. De ene keer staat hij in een pan *chili con carne* te roeren voor vijftig à zestig personen, de andere keer schilt hij 'een hoeveelheid aardappels waar je met zijn tweeën een jaar van kunt eten'.

Als arts ken ik mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Zo staat het letterlijk in de eed van de KNMG. 'Iets wat op gespannen voet staat', zegt Van der Gaag, 'met de navelstaarderij van instellingen, ziekenhuizen en maatschappen. Voor de bühne beweren ze dat de patiënt centraal moet staan, maar in de praktijk doen ze daar weinig aan.'

Nog steeds niet?

Van der Gaag: 'Er komt langzaam verandering in, maar ik vind eigenlijk dat elke dag een arts in Nederland moet pleiten voor zoiets als accijnsverhoging op tabak of het behoud van gymles op school. Het paradoxale is natuurlijk dat je je als arts overbodig maakt als je gezond gedrag aanmoedigt.'

In uw afscheidsrede aan de Radboud Universiteit benadrukte u de geweldige kansen die de transitie van de jeugdzorg biedt.

'Ja, ik ben daar zeer enthousiast over.'

Terwijl NVvP-collega's zich nog goed herinneren hoe u als verenigingsvoorzitter daartegen ten strijde trok.

'Dat ligt genuanceerd. Als voorzitter was ik boos dat de kinder- en jeugdpsychiatrie als enige medisch specialisme onder de gemeente zou vallen en zo kon vervreemden van andere disciplines. Maar als burger zag ik de voordelen van geïntegreerde zorg. Al jaren lukte het niet om goede zorgplannen voor gezinnen te maken. Jeugdzorg, onderwijs en psychiatrie schoven elkaar voortdurend de zwarte piet toe. Uit eigenbelang, om de eigen bloedgroep uit de wind te houden. Het belang van de patiënt leek secundair. De transitie zie ik als een *wake-up call* voor de samenleving, die nu zelf de verantwoordelijkheid neemt.'

De instellingen kunnen het hoofd nauwelijks boven water houden en verzuipen in de administratie.

'Misschien moeten ze al het onnodige papierwerk massaal weigeren en stoppen met slaafs naar de pijpen van de overheid, verzekeraars en andere controlerende instanties te dansen. Maar goed, tegelijk kun je je afvragen of die instellingen überhaupt wel de beste zorg bieden.'

U bedoelt, zo erg is het niet als sommige de deuren moeten sluiten.

'In Zetten heeft Karakter 66 van de 72 bedden voor adolescenten gesloten. De dagbehandeling is geschrapt en alle groepsleiders zijn omgeschoold tot gezinswerkers, die 24/7 hulp aan huis bieden. Iets wat we eerder al voor kinderen onder de vier jaar hebben gedaan. Ouders blijken vooral moeite te hebben om bijvoorbeeld de kinderen 's avonds in bed en 's ochtends in de kleren te krijgen. Daar moeten we als hulpverleners naar luisteren. En niet achteroverleunen in de trant van: dit is ons aanbod en als u in onze winkel niets van uw gading kunt vinden, dan gaat u maar ergens anders heen. Al die kolossale ggz-instellingen dachten: hoe groter onze massa, hoe kleiner de kans dat we omvallen. Ik zou zeggen, hoe groter de instelling, hoe groter de vervreemding en hoe minder er geluisterd wordt naar de patiënt. En naar de medewerkers.'

Wat is de zwakke plek van de psychiatrie anno 2017?

'Dat denken vanuit eigen aanbod, patiënten vereenzelvigen met een classificatie en ze fragmentarisch in zorgpaden behandelen. Als het aan mij ligt, moet de psychiatrie bescheiden én arrogant zijn. Bescheiden in de zin dat psychiaters zich realiseren dat ze slechts een deel van de wereld van de patiënt zien. Vaak vergeten we dat die ook nog een partner heeft, en kinderen, en in een (slechte) wijk woont. Tegelijk moeten psychiaters zich arrogant tonen en de volksgezondheid in het vizier houden. Als je constateert dat veel mensen depressief zijn, dan kun je je door Trudy Dehue laten wijsmaken dat het aan de farmaceutische →



In verband met het vertrek, per 1 mei 2017, van de aios in de redactieraad van *De Psychiater* zijn wij op zoek naar een

aios Psychiatrie / redactielid

Wilt u actief meedenken over de inhoud van het blad voor en door psychiaters?
Kunt u tijd vrijmaken om artikelen te becommentariëren (voor 8 edities per jaar) en om te brainstormen tijdens de redactievergaderingen in Utrecht (5 keer per jaar)?
Heeft u een breed netwerk, een goed gevoel voor wat er leeft onder aios Psychiatrie én affiniteit met schrijven/journalistiek?

Dan zien wij uw aanmelding graag tegemoet. U kunt uw mail met motivatie en CV, of uw vragen over deelname aan de redactieraad, richten aan hoofdredacteur Piet Verhagen, via depsychiater@bpmmedica.nl.

Redactieleden zijn lid van de NVvP en worden benoemd voor eenperiode van drie jaar.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE TREVICTA

TREVICTA® paliperidonpalmitaat
suspensie voor injectie met verlengde afgifte

BESTAANDE VORMEN: Trevicta 175 mgeq, 263 mgeq, 350 mgeq, 525 mgeq suspensie voor injectie met verlengde afgifte. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Trevicta bevat 273 mg, 410 mg, 546 mg of 819 mg paliperidonpalmitaat in een voorgevulde spuit, overeenkomstig met respectievelijk 175 mg, 263 mg, 350 mg, 525 mg paliperidon. Het bestaat uit een waterige suspensie met verlengde afgifte. De suspensie is wit tot gebroken wit en is pH-neutraal (ongeveer 7.0). **THERAPEUTISCHE INDICATIE:** Trevicta is een driemaandelijkse injectie, geïndiceerd voor de onderhoudsbehandeling van schizofrenie bij volwassen patiënten die klinisch stabiel zijn op de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:** Patiënten die adequaat worden behandeld met de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie, bij voorkeur gedurende vier maanden of langer en die geen dosisaanpassing nodig hebben, kunnen overgeschakeld worden op Trevicta. Trevicta dient te worden gestart op het moment van de volgende geplande dosis van de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie. De dosis van Trevicta dient te worden gebaseerd op de voorgaande dosis van de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie, vermenigvuldigd met een factor 3,5. Na de initiële dosis van Trevicta, dient Trevicta te worden toegediend via een intramusculaire injectie eenmaal per 3 maanden. De volledige dosis moet langzaam, diep in de delta- of de bilspier worden geïnjecteerd. Trevicta mag alleen worden toegediend met gebruik van de dunwandige naalden die in de Trevicta-verpakking worden meegeleverd. Naalden uit de verpakking van de éénmaandelijkse paliperidonpalmitaatinjectie of andere commercieel verkrijgbare naalden mogen bij de toediening van Trevicta niet worden gebruikt. De geschikte naald voor toediening van Trevicta in de deltaspier wordt bepaald door het gewicht van de patiënt. Voor patiënten ≥ 90 kg dient de dunwandige 1½ inch, 22 gauge naald (0,72 mm x 38,1 mm) te worden gebruikt. Voor patiënten < 90 kg dient de dunwandige 1 inch, 22 gauge naald (0,72 mm x 25,4 mm) te worden gebruikt. De naald die moet worden gebruikt voor toediening van Trevicta in de bilspier is ongeacht het lichaamsgewicht en is de dunwandige 1½ inch, 22 gauge naald (0,72 mm x 38,1 mm). De spuit moet met de punt naar boven tenminste 15 seconden krachtig geschud worden om een homogene suspensie te verkrijgen. Trevicta dient binnen 5 minuten na het schudden te worden toegediend. Als met Trevicta wordt gestopt, moet rekening worden gehouden met de verlengde afgifte. Voor uitgebreide informatie over overschakelen van Trevicta, gemiste dosis en speciale populaties zie de volledige SPC tekst. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor risperidon of voor één van de vermelde hulpstoffen. **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGSMAATREGELEN:** Trevicta mag niet worden gebruikt om een acuut geagiteerde of ernstig psychotische staat te reguleren als onmiddellijke symptoombeheersing noodzakelijk is. Voorzichtigheid is geboden wanneer paliperidon wordt voorgeschreven aan patiënten met een bekende cardiovasculaire ziekte of een familiale voorgeschiedenis van QT-verlenging en bij gelijktijdig gebruik met andere geneesmiddelen waarvan wordt verondersteld dat ze het QT-interval verlengen. Met paliperidon zijn gevallen van leukopenie, neutropenie en agranulocytose gemeld. Men dient rekening te houden met de langdurige werking van Trevicta. Blootstelling van de moeder aan Trevicta toegediend voor en tijdens de zwangerschap kan leiden tot bijwerkingen bij de pasgeboren baby. Trevicta dient niet te worden gebruikt door vrouwen die borstvoeding geven. Voor een volledige opsomming, zie de uitgebreide productinformatie op www.janssen.com/nederland. **BIJWERKINGEN:** Voor een volledige opsomming zie de uitgebreide productinformatie op www.janssen.com/nederland. De meest frequent waargenomen bijwerkingen, gemeld bij ≥ 5% van de patiënten, in klinische studies met Trevicta waren verhoogd gewicht, bovenste luchtweginfectie, angst, hoofdpijn, insomnia en injectieplaatsreactie. Het is belangrijk om vermoedelijke bijwerkingen te blijven melden. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via: Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, www.lareb.nl **SPECIALE VOORZORGSMAATREGELEN:** Er zijn geen speciale bewaarcondities. **AARD EN INHOUD VAN DE VERPAKKING:** Voorgevulde spuit (cyclisch olefine copolymeer) met een zuigerstop, eindstop en dop (broombutylrubber) met een dunwandige 22G 1½-inch veiligheidsnaald (0,72 mm x 38,1 mm) en een dunwandige 22G 1-inch veiligheidsnaald (0,72 mm x 25,4 mm). **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B 2340 Beerse, België. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** EU/1/14/971/007 ,EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010 **AFLEVERINGSWIJZE:** Geneesmiddel op voorschrift. **DATUM van HERZIENING VAN DE TEKST:** juni 2016. **Voor uitgebreide productinformatie:** zie de samenvatting van de productkenmerken op www.janssen.com/nederland. - *Meer informatie is verder beschikbaar op verzoek.*

Deze informatie is bestemd voor artsen en andere voorschrijvers en bedoeld om informatie te verstrekken over Trevicta.

Telefoon: 0800-242 42 42, **E-mail:** janssen@jacnl.jnj.com **Internet:** www.janssen.com/nederland

Janssen-Cilag B.V.

janssen

©Janssen-Cilag B.V. – PHNL/TRE/0416/0007

industrie ligt, maar je kunt ook een Deltaplan Depressie lanceren.'

Dat gebeurt te weinig?

'Ik hoor psychiaters te vaak zeggen, ook als het gaat om overlast door verwarde personen: dit is geen psychiatrie. Dat vind ik te makkelijk. Kijk gewoon wat er aan de hand is met zo iemand. En als er naast de eventuele psychiatrische aandoening nog sprake is van schulden, drugsgebruik of een (gehandicapt) kind thuis, dan bespreek je dat met andere instanties. Zo isoleer je je niet door het psychiatrisch probleem naar je toe te halen, maar blijf je open staan voor andere partijen. En vraag ook eens aan de patiënt van hoeveel geld hij rond moet komen, hoe zijn huis eruitziet. We weten bij wijze van spreken meer over het seksuele leven van overgrootvader dan van de praktische leefsituatie van de patiënt. Het kan geen kwaad om verder te kijken dan alleen de geestelijke gezondheid!'

Het gaat u aan het hart hé.

'Ja, ik voel de passie om me hiervoor in te zetten, en bespeur een *sense of urgency*. Ik ben net 67 geworden. Mijn vader heeft die leeftijd bij lange na niet gehaald en ook als je nog vitaal bent, weet je dat dit niet zo blijft.'

U heeft er mede voor gezorgd – ik denk aan de demonstratie tegen de afschaffing van de eigen bijdrage op het Malieveld – dat de psychiatrie nu serieus wordt genomen in Den Haag. Tevreden, of kan Schippers nog een hoop leren?

'Onze minister leert voortdurend. Bedenk dat zij de eerste minister wereldwijd is die ooit een symposium over destigmatisering heeft georganiseerd. Rutte heeft daar de hele ochtend met allerlei mensen gepraat. Voor Schippers is vooral de huidige spanning tussen de belangen van de patiënt en die van de instelling ingewikkeld. Uiteindelijk kiest zij terecht voor de burgers.'

Net als u.

'Als hulpverlener moet je voor ogen houden voor wie je het doet. Voor de patiënt, mag ik hopen. In dat geval kunnen sommige instellingen hun vastgoed misschien beter verhuren aan start-ups, of aan weet ik wie. Ze zullen in ieder geval iets nieuws moeten verzinnen. Anders wacht hen hetzelfde lot als dat van de videotheken of de Free Record Shop. Als je als instelling met de rug naar de toekomst staat, maak je het jezelf moeilijk.'

'Hoe groter de instelling, hoe groter de vervreemding en hoe minder er geluisterd wordt naar de patiënt. En naar de medewerkers'

Vorig jaar verscheen van uw hand het *Leerboek ontwikkelingsstoornissen in de levensloop*, dat u samen met Wouter Staal en Jacob Vorstman redigeerde. René Kahn roemt in het voorwoord het revolutionaire perspectief en heeft geleerd, zei hij tegen *De Psychiater*, dat aandoeningen niet van de derde maar van de tweede decade zijn.

'Ontwikkeling is lang gezien als iets dat aanvangt bij de geboorte en eindigt op de drempel van de volwassenheid. Wat mij betreft begint het bij de conceptie, met alle genetische bagage van dien, en loopt het door tot de dood. Het volwassen leven is niet één pot nat maar kent evengoed verschillende fases, afhankelijk van de omstandigheden. Tot je vijftigste speelt de omgeving een belangrijkere rol, na je vijftigste de genetische aanleg.'

Verrassend.

'Kijk maar naar intelligentie. Tot je twintigste hangt veel af van de mate waarin je wordt gestimuleerd, van hetgeen je wordt aangereikt. Na je vijftigste draait het meer om je potentieel, om dat wat je in je hebt. Iets anders is dat mensen herkansingen krijgen. Lang is gedacht: wat mis is gegaan, komt niet meer goed. Klopt niet. Na Wereldoorlog II is in Engeland onderzoek gedaan naar 'oorlogswezen'. Daarbij zijn weesmeisjes gevolgd die tot hun achttiende in tehuizen woonden, op hun vijfendertigste is gekeken hoe ze functioneerden als partner en moeder. Velen deden het heel goed en dat had te maken met twee factoren: weinig schoolwisselingen, en aandacht van volwassenen buiten de eigen leefomgeving, zoals een directrice van de school die een kerstkaart stuurt. Ja, het lijkt futiel, maar het maakt toch een groot verschil.'

Van der Gaag noemt het leerboek zijn 'wetenschappelijk testament'. Dat klinkt dramatischer dan het is, want hij blijkt ondertussen aan nog twee manuscripten te werken: over medische ethiek en over het perspectief van de patiënt. Verder somt hij een heuse lijst op van toekomstplannen, variërend van het (vice)voorzitterschap van de Europese Artsen Organisatie, Hebreeuws oppakken, meer rennen en golf spelen, tot aan mediteren. En meest in het oog springend: werken als buitengewoon ambtenaar van de burgerlijke stand. Oftewel trouwambtenaar.

Vanwaar deze ambitie?

'Eerlijk gezegd mis ik mijn spreekuur. Wat ik er altijd boeiend aan heb gevonden, was het contact met mensen uit alle lagen van de bevolking. Als *pensionado* loert het gevaar dat je alleen nog maar met soortgenoten omgaat. Daarom lijkt het me leuk om op een soort van gesublimeerd spreekuur stellen te ontmoeten van verschillende etnische achtergronden en seksuele geaardheid en samen te kijken hoe we er iets waardevols, plechtigs en feestelijks van kunnen maken.' ←



De wereld van De Wachter van Dirk De Wachter is uitgegeven bij LannooCampus, 190 p, ISBN 9789401432894, € 19,99.

Boek

De wereld van De Wachter

Wie Dirk De Wachter kent als flamboyant debater in televisieoptredens herkent zijn stijl meteen in dit boek. De schrijver van het succesvolle *Borderline Times* (2012) geeft nu zijn visie op voor hem dominante maatschappelijke thema's en borduurt hiermee voort op dit eerdere, zo meesterlijk gecomponeerde boek over 'de ziekte van de maatschappij'.
In de dertien hoofdstukken worden onder andere de extreme consequenties van het meritocratisch denken ('het denken waarmee we ons verheffen tot hemelse proporties'), de constante hyperstimulering en de gevolgen voor onze beleving, de menselijke maat versus de macro-economie, de gevolgen van onze genotscultuur, de noodzaak van zingeving, het vluchtelingenvraagstuk, het ontstaan van terrorisme en de 'klimatologische automutilatie' besproken.
Als grote (tegen)krachten in 'deze dolgedraaide maatschappij' ziet de Wachter de Jeugd en de Kunst. Hij schrijft een brief aan de 'dierbare jeugdigen', waarin hij de tekortkomingen van de huidige generatie opsomt, eindigend met de uitroep: 'Laat jullie alstublieft gewoon jong blijven, jeugd'. Daarnaast is de kunst 'een essentiële kracht', die 'verbindt en fundamenteel bestaat in het samenspel van verscheidenheid en verbreding'. De Wachter beschrijft op een heldere wijze wat de Leviniaanse ethiek voor de moderne mens als boodschap heeft op sociaal en normatief gebied. Hij zegt in zijn inleiding dat hij veel verschuldigd is aan het denken van Sam IJsseling, hedendaags filosoof, maar het wordt als lezer niet duidelijk waar dit denken naar voren komt.
Hij opent de korte hoofdstukken vrijwel steeds met een ferme stellingname, grote woorden gebruikend en als het ware klaar voor het debat. Vervolgens ontstaat er meer reflectie die meestal eindigt in het stellen van vragen of het opsommen van overpeinzingen. Het slot van het hoofdstuk is vaak gekleurd door een zekere machteloosheid ten opzichte van het betreffende fenomeen en de vragen en overpeinzingen zijn soms ook overdonderend qua aantal. Zet de reflectie de lezer aan tot denken, een dergelijke lawine aan vragen doet dat duidelijk minder. Zoals hij in *Borderline Times* veel citeerde uit geschriften van Houellebecq, doet hij dit nu als inleiding tot ieder hoofdstuk uit *Leven en lot* van Vasili Grossman. De citaten zijn prachtig , maar ze zijn minder illustratief voor het thema dan die van Houellebecq. Hij citeert veel andere schrijvers en denkers, en dat maakt het boek kleurrijk. De stijl van het boek is wat brokkelig en werkt (paradoxaal genoeg) nogal overprikkelend.
Tot slot zijn er slechts enkele passages waarin de Wachter de rol van de psychiater en zijn verhouding tot de besproken maatschappelijke fenomenen belicht. Dat is voor de psychiater-lezer mogelijk wat teleurstellend.

– Rik Groenhuijzen, kinder- en jeugdpsychiater en redactielid *De Psychiater*.



De ijzeren engel van Florian Boland is uitgegeven bij Pepper books, 2016, 256 pagina's, ISBN 9789020608427, € 19,99.

Boek

De ijzeren engel

In 1971 schreef psychiater Jan Foudraine *Wie is van hout*. Daarin verkondigde hij de boodschap dat schizofrenie geen ziekte was, maar een psychologisch verklaarbare reactie. Teleurgesteld dat zijn werk bij vakgenoten niet dezelfde impact had als bij het algemene publiek, trad hij toe tot de sekte van Bhagwan Shree Rajneesh. Hoeveel beter vergaat het Foudraines fictieve alter ego Abraham Moulain in de roman *De ijzeren engel* van Florian Boland. Ook Moulain eindigt zijn leven in een oranje jurk in de sekte van Bhagwan, maar zijn boek *Verloren Zielen* (lees: *Wie is van Hout*) wordt standaardliteratuur op de opleiding en 25 jaar na zijn dood wordt er nog steeds met respect over hem gesproken. Zijn zoon Mark Moulain, die ook psychiater wordt, probeert zich juist van zijn vaders ideeën te distantiëren door de biologische psychiatrie te verdedigen. Hij begint zijn carrière als jonge psychiater in de jaren negentig, in de kliniek Linnaeus in Haarlem. Bij de ingang staat het beeld van een ijzeren engel, waarnaar de titel van het boek verwijst.

In de roman staat de behandeling van Julian Kroon centraal, een gesjeesde cadet van de militaire academie, die met een katatoon beeld wordt opgenomen en bij wie de diagnose schizofrenie wordt gesteld. Kroon wordt tegen de wil van zijn ouders bezocht door de zigeuner Dandensa. Lang blijft onduidelijk wat zijn relatie met Kroon is en wat zijn bedoelingen zijn. Dandensa stalkt Moulain en becommentarieert de diagnostiek en behandeling op een manier die Jan Foudraine/Abraham Moulain niet zou misstaan. ('U luistert niet naar hem, u moet weten wat er gebeurd is, met uw medicijnen maakt u een plant van hem'). Samen met zijn arts-assistent David Kamermans gaat Mark Moulain op zoek naar Kroons verhaal, daarbij gedirigeerd door Dandensa.

De plot van het verhaal is goed bedacht en zo uitgewerkt dat je als lezer nieuwsgierig blijft. Bloedstollend spannend is het niet. Marks bloedende muggenbulten die enkele malen worden genoemd en de steeds optredende misselijkheid en hoofdpijn doen even denken dat er meer aan de hand is (als lezer vroeg ik me af of Mark vergiftigd werd), maar zijn slechts onbetekenende details die achterwege hadden kunnen blijven. De enige gewelddaad in het boek is het bij wijze van wraak afsnijden van iemands oren, die dan bij Mark Moulain worden bezorgd. Dit is literair gezien een geslaagd detail, want wie denkt hierbij niet aan één van de sterkste naar psychiatrie verwijzende beelden in onze cultuur: het afgesneden oor van Vincent van Gogh? We zijn er als lezer niet bij als de geweldsdaad wordt gepland en gepleegd. Het wordt achteraf verteld, kort en sober als in een sprookje, wat wel passend is omdat de dader zich bij zijn wraakactie door een sprookje heeft laten inspireren.

Het nawoord vermeldt dat de auteur (werkzaam als bestuursadviseur) voor het schrijven van het boek met psychiaters heeft gesproken. Dat verklaart de adequate beschrijving van schizofrenie en de juiste namen van medicijnen die voorgeschreven worden, maar het heeft de auteur niet kunnen behoeden voor uitglijders, die helaas het gangbare vooroordeel tegen antipsychotische medicatie bevestigen. ('Hoewel de Haldol hem duidelijk had uitgeschakeld, was het alsof hij toch niet helemaal weg was, alsof hij, ergens ver achter die starende ogen, klaarwakker was en iets tegen me wilde zeggen. Hij zei niets, natuurlijk. Het zou vreemd geweest zijn, na de dosis die ik hem had toegediend.' en elders: 'Voor iemand in Julians situatie was melatonine een bruikbaar noodmedicijn.')

Het einde van de roman zou betere PR voor de antipsychiatrie zijn dan voor ons vak, maar is literair wel passend. De zoon erkent de waarheid van de vader. Julian Kroon lijdt niet aan schizofrenie en heeft geen medicatie nodig.

– Yolande de Kok, psychiater

tekst: **Eveline Veltman,**
aios Psychiatrie en CWA-lid
beeld **Jeroen van Kooten**

NIET TE MISSEN OP HET VOORJAARSCONGRES

Aanbevolen voor aios

Drie dagen, vijf plenaire sessies en 132 parallelsessies: hoe maak je een keuze uit het brede aanbod? Bij internationale congressen wijden je opleiders daar waarschijnlijk vooraf een sessie aan. Dat handige voorbeeld willen we graag volgen, om je ook op het Voorjaarscongres wegwijs te maken. We zetten de hoogtepunten voor je op een rij. Dit mag je als aios beslist niet missen!

Het thema *Veerkracht* heeft geleid tot een waaier aan inzendingen: van de biologie van slaap en het effect op je herstel en veerkracht, tot hoe je jezelf als psychiater veerkrachtig houdt – niet alleen te midden van je collega's en patiënten, maar ook van de manager en de zorgverzekeraar. Er zijn workshops over het doen van onderzoek, over de inrichting van de opleiding, en de laatste updates over richtlijnen, somatiek en psychotherapie. Onze tips.

1

De opleiding

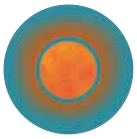
Dit jaar is er veel discussie geweest over de vormgeving van de opleiding. De opleiding zal voor de meeste toekomstige aios worden verkort tot vier jaar; maar hoe stoppen we de hele opleiding in vier jaar? Blijven de aandachtsgebieden bestaan, of komt er een vierjarig gemeenschappelijk deel, de zogeheten *common trunk*? Worden de aandachtsgebieden een fellowship, of gaat het nog een andere vorm krijgen? En hoe gaan alle verplichtingen, zoals het onderwijs en de verschillende psychotherapieën, in een verkorte opleiding passen? De SAP-discussie van dit jaar, toepasselijk getiteld 'Veerkracht in de opleiding, waar zit de ruimte?' (D8) gaat precies hierover. Het belooft net als voorgaande jaren weer een stevig debat te worden.

Naast de duur en vorm van de opleiding, wordt ook naar de inhoud gekeken. Steeds meer opleidingen tot medisch specialist maken gebruik van zogenaamde competenties die een toekomstig specialist moet beheersen, zoals 'zelfstandig een appendectomie verrichten' voor chirurgen. Maar hoe gaat dat eruitzien voor psychiaters? Is ons vak wel in hapklare competenties te gieten, en hoe gaan deze er dan uitzien? En hoe zorgen we ervoor dat alle competenties voor een psychiater in deze vier jaar passen? De workshop 'Veerkrachtig opleiden: middels bekwaam verklaren (EPA's) naar individualiseren' (D24) gaat dieper in op het zogenaamde competentiegericht opleiden. Er wordt uitgelegd hoe de competenties die een aios moet beheersen eruit kunnen zien, en wat voor gevolgen dit heeft voor de inrichting en duur van de opleiding.

2

Na de opleiding

Dan ben je psychiater en komen er opeens allemaal nieuwe dingen op je af, dingen waar HOOP en HOOP 2.0 niet op hebben getoetst. Dankzij de landelijke eisen krijgt elke aios hetzelfde onderwijs, en binnen de eisen is er nog genoeg ruimte om elke opleiding een eigen profiel mee te geven, variërend van meer wetenschappelijk georiënteerd tot de nadruk op biologische psychiatrie, psychotherapie en alles ertussenin. Maar zodra je psychiater bent moet je opeens ook een team managen, en deze overgang wordt vaak als lastig ervaren door jonge psychiaters. Het consortium Noord-Nederland vond dit ook en heeft daarom de workshop 'Jonge psychiaters en hun lacunes' (W43) georganiseerd. Dit is een verkorte versie van hun cursus 'Leiderschap en beleidspsychiatrie voor jonge psychiaters' en helpt je op pad te midden



De SAP-afdelingsvergadering vindt plaats op woensdag 5 april van 13.30 tot 15.00 uur. Dit is een speciale vergadering, waarin vooral om input zal worden gevraagd van de aios: wat leeft er, waar loop je tegenaan in de opleiding, wat gaat er goed en wat kan er beter? Hier heb je de kans om met je collega-aios ervaringen uit te wisselen en onderwerpen in te brengen waar de SAP het komend jaar mee aan de slag zal gaan.

van alle nieuwe taken die op je af komen als je aan de slag gaat na de opleiding.
Voor iedereen die psychotherapie gebruikt in het dagelijks werk, aios en psychiaters, is 'De puntjes op de i: psychotherapeutische vaardigheden voor psychiaters en aios' (W31) georganiseerd. Deze workshop helpt je, zoals de titel al zegt, om je psychotherapeutische vaardigheden verder te ontwikkelen en te perfectioneren. Omdat iedereen in de dagelijkse praktijk psychotherapeutische vaardigheden gebruikt en omdat je nooit uitgeleerd bent.
De SAP vraagt zich in haar discussie af waar de ruimte en de veerkracht zit in de opleiding, en het zoeken naar veerkracht stopt niet als je geen aios meer bent. In het veld van patiënten, familie, collega's, managers en zorgverzekeraars kan het lastig zijn om overeind te blijven en vooral ook jezelf niet te vergeten. Hierom is de workshop 'Veerkrachtige psychiaters anno 2017: hoe houd je patiënt, manager, zorgverzekeraar, maar vooral jezelf tevreden?' (D20).

3

Onderzoek

Naast, tijdens, voor of na de opleiding: steeds meer aios doen wetenschappelijk onderzoek. Voor een volledig promotietraject, voor het eindreferaat, of nadat een klinisch dilemma prikkelde tot het schrijven van een case-report of een volledige meta-analyse... En hoewel onderzoek doen heel erg leuk kan zijn, is het ook ingewikkeld en een volledig nieuwe vaardigheid die je niet zomaar aanleert. Maar geen nood, de Corsendonkcursus geeft iedereen die geïnteresseerd is in het doen van wetenschappelijk onderzoek inzicht in wat daar allemaal bij komt kijken. Hoe krijg je je onderzoeksvraag scherp? Welke patiënten includeer je en welke vooral niet? En komt je voorstel wel door de ethische commissie heen? Samen met een groepje docenten (allemaal onderzoekers/ psychiaters) werk je tijdens de vijfdaagse Corsendonkcursus aan je voorstel en word je ondergedompeld in de wereld van het onderzoek. De workshop 'Corsendonkcursus: van onderzoekshypothese tot succesvolle subsidieaanvraag' (W25) biedt een aardig voorproefje.
Een ander belangrijk aspect van onderzoek doen is het schrijven. Als je eenmaal SPSS onder de knie hebt, blijken de analyses vaak wel mee te vallen. Maar dan komt het echt grote werk: hoe schrijf je je bevindingen op? En hoe deel je die vervolgens op een toegankelijke manier met een groter publiek en je vakgenoten? Wat dat laatste betreft: in de workshop'Schrijven voor en door psychiaters' krijg je handige tips voor het schrijven van artikelen over je werk (W1).

4

What's new

De nieuwste ontwikkelingen uit de cognitieve neurowetenschappen worden ook dit jaar besproken in de workshop 'Hersenkrakers' (W30), met als thema psychose. Up-to-date over de epidemiologie raak je met 'Nieuwe ontwikkelingen in de epidemiologie van psychose' (S16). Een ander onderwerp dat recent veel aandacht krijgt in de psychiatrie is slaap, en daar is dit jaar een heel symposium aan gewijd: 'Veerkrachtig uit de veren: een update van Nederlands onderzoek op het raakvlak van psychiatrie en slaap' (S23). Je wordt bijgepraat over de ontwikkelingen in de verslavingszorg tijdens de sessie 'Biologische behandelinnovaties in de verslavingszorg' (S3). En op weg naar *personalised medicine* en medicatie op maat, is er het symposium 'Het belang van farmacogenetica in de psychiatrische praktijk' (W58).
Maatschappelijk nieuwe ontwikkelingen komen natuurlijk ook aan bod. Zoals de transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie, onderwerp van discussie in de lezing 'Kinder- en jeugdpsychiatrie in transformatie: is er voldoende veerkracht?' (D22). Een ander belangwekkend actueel thema, gezien de vluchtelingenproblematiek, is 'Psychiatrische problematiek bij ongedocumenteerde migranten in Nederland' (S13).
Tot slot alvast een voorproefje van de mogelijke toekomst van de psychiatrie. In de lezing 'De nieuwe werkelijkheid van de psychiatrie' (D18) worden de gevolgen van de vierde industriële revolutie besproken voor de geneeskunde. Over e-health hebben we het al jaren en we passen het mondjesmaat ook meer toe. Maar het internet heeft bijna alles radicaal veranderd, van telefoons tot koelkasten, en speelt een steeds belangrijker rol in de communicatie. Wat is er al veranderd in de psychiatrie, en wat kunnen we verwachten in de toekomst?

Aios kunnen elkaar natuurlijk ook weer treffen bij de SAP-stand. Kom gerust langs om kennis te maken met het SAP-bestuur en bij te praten met je collega's! ←



Esther Alblas
Is: programmamanager basishulp en onderzoeker bij Lokalis, buurtgerichte hulp voor huishoudens met kinderen in Utrecht.
Schreef: met collega's een pleidooi voor nieuwe taal in de jeugdhulp. Veerkracht is één van de termen die zij introduceren.
Pleit voor: een benadering vanuit veerkracht, omdat deze benadering recht doet aan de persoon, zijn omgeving en het samenspel tussen die twee.
Meer informatie: www.nieuwetaaljeugdhulp.nl
Contact: estheralblas@lokalis.nl, @esalblas

Veerkracht: deel van een nieuwe taal

Ik ben bewegingswetenschapper. Ik houd van beweging en zie het als een middel om bijvoorbeeld om te gaan met stress. Ik heb geleerd te denken vanuit het medische model en ben lange tijd ondergedompeld geweest in de kinder- en jeugdpsychiatrie van een academisch ziekenhuis. Na een aantal jaren maakte ik de overstap naar de jeugdhulp. Vanaf dat moment verplaatste mijn werkgebied zich van mijn eigen kantoor en therapieruimte naar de mensen thuis, in hun setting, hun comfortzone. Langzaamaan bekroop mij het gevoel dat het medische model waarin ik ben grootgebracht – het denken in pathologie, risicofactoren en bedreigingen – niet per se helpend was in de wereld van de mensen die ik ontmoette. Hun wereld bestond uit veel meer dan dat. Die bestond uit familiebezoek, werken bij de slager en sporten op zondag. Heel gewoon eigenlijk.

Naast dit veranderende perspectief op hulpverlening stond mijn eigen leven op losse schroeven: een nieuwe baan, een tweede dochter, een echtscheiding. Van de ene op de andere dag was ik een jonge, alleenstaande moeder. Het risicoprofiel voor veel narigheid. Het was geen makkelijke fase in mijn leven. Terugkijkend met de kennis en de taal die ik nu heb kan ik zeggen dat ik veerkracht heb getoond, dat *ik* het in me had én dat mijn *omgeving* het in zich had.

De transitie van de jeugdzorg en de jeugd-ggz stond voor de deur. Woorden zoals 'eigen kracht' stonden centraal in beleidsstukken en gaven richting aan het stimuleren van iemands eigen mogelijkheden. In 2014 startte ik bij Lokalis. Werkenderwijs kwamen we erachter dat 'eigen kracht' geen recht doet aan de situaties die we tegenkomen. De vragen in buurten gaan over het individu, maar ook over de omgeving van dat individu. Om taal te vinden voor deze denkrichting zijn we op zoek gegaan naar taal die past bij deze praktijk en recht doet aan de situatie waar mensen zich in bevinden. Veerkracht is zo'n woord. Veerkracht gaat én over de capaciteiten van het individu én over de kwaliteit van de omgeving van het individu, en over het samenspel tussen die twee. Veerkracht bestaat uit elementen die versterkt kunnen worden, zoals relaties met belangrijke anderen, identiteit, kracht en controle, sociale gerechtigheid, toegang tot materiële zaken, samenhang en betrokkenheid bij de eigen cultuur.

Vandaag de dag kan ik terugkijken op mijn eigen stressvolle situatie. Wat heeft me geholpen? Het op orde hebben van mijn materiële zaken: ik had snel, met hulp van mijn ouders, onderdak. En door mijn baan kon ik mezelf en mijn kinderen voorzien van eten en kleren. Dit zorgde bij mij voor een gevoel van kracht en controle over een situatie waar ik voor een groot gedeelte geen controle over had. En misschien wel de belangrijkste: relaties met belangrijke anderen. In die fase van mijn leven heb ik ervaren dat anderen, familie en vrienden ertoe doen. En niet alleen ertoe doen, maar bepalend zijn in hoe ik om heb kunnen gaan met zo'n levensveranderende situatie. Als het alleen aan mij had gelegen... dan had mijn leven er nu waarschijnlijk heel anders uitgezien.

Vanuit deze ervaring, werk en privé, pleit ik voor het diagnosticeren van veerkracht. Op dit moment zijn we hier druk mee bezig vanuit de wijkgerichte zorg en ik kom graag in contact met mensen die dit samen met ons willen oppakken. ←

Wilt u uw visie, oproep of initiatief onder de aandacht brengen van uw collega's in het hele land? Mail dan uw bijdrage voor deze rubriek naar redactie@depsychiater.nl

advertentie

HumanConcern®
ERVARINGSPROFESSIONALS IN EETSTOORNISSEN

Geloof jij dat een eetstoornis duurzaam te genezen is? Geloof jij in 'professionele nabijheid' in plaats van professionele afstand? Human Concern durft kleur te bekennen!

Stichting Human Concern - centrum voor eetstoornissen zoekt:

Betrokken en out of the box denkende Psychiaters

in Amsterdam, Bilthoven, Zwolle, Noord Brabant, Den Haag en Portugal



Human Concern heeft een specifieke visie op de behandeling van eetstoornissen, waarin zij zich hard maakt voor duurzaam herstel en positief welzijn. Human Concern staat bekend om haar eigenzinnige innovatieve karakter waarbij zij de ruimtes buiten de kaders niet uit de weg gaat. Waarin zij blijft kiezen voor kwaliteit in plaats van kwantiteit, maatwerk in plaats van standaard en werken met mensen in plaats van met nummers. Terwijl de ontwikkelingen binnen de GGZ soms dwingen in tegengestelde richting te anticiperen.

Human Concern biedt binnen de muren van haar vier Nederlandse locaties (vijf in 2017), als ook binnen haar kort-klinische boost behandeling in Portugal, een **multidisciplinaire behandeling**. Zowel in ambulante vorm, als in groepsbehandelingen. Waarin duurzaam herstel in plaats van symptoombestrijding wordt gerealiseerd door te werken met **brede herstelcriteria**.

In haar behandelingen biedt zij hoop, begrip, vertrouwen en (h)erkenning omdat zij effectief gebruikt maakt van specifieke en unieke behandelaars: namelijk de **Ervaringprofessional®**. Deze hoogspecialistische behandelaren combineren de inzet van vakkennis - op basis van een reguliere GGZ-opleiding - met de doelgerichte inzet van **ervaringskennis**. (GZ/klinisch) psychologen, othopedagogen, vaktherapeuten, systeemtherapeuten, psychiaters en andere disciplines die allemaal hun (eetstoornis) ervaring professioneel en adequaat inzetten. Dit is uniek in Europa.

Haar visie kenmerkt zich doordat zij voortbouwt op het **gezonde, het positieve** en het krachtige van de mens in nood. Zij denkt in **kansen en mogelijkheden,** in plaats van beperkingen en handicaps. De DSM hanteert zij als middel en niet als doel. In haar grondhouding gelooft zij heilig in het helende van het gelijkwaardige intermenselijke contact. **De therapeutische relatie** is daarmee haar belangrijkste goed. In de aanpak ziet zij grote voordelen in het over en weer delen van menselijke ervaringen. Waarin we voorleven dat het leven per definitie imperfect is. En dat juist met vallen en opstaan een mens wijzer en sterker wordt. Dat wij allen autonome en unieke wezens zijn. Met vlekjes, krassen en bulten.

DE FUNCTIE

Je verricht **diagnostiek** in de intakefase en stelt samen met collega behandelaars een **behandelplan** op. Je beoordeelt of er een indicatie is voor ondersteuning middels **farmacotherapie** en geeft hieraan vervolg. Je wordt betrokken bij **crises en stagnatie** van de behandeling en biedt hierin de benodigde interventies. Je neemt deel aan het MDO op een of meerdere locaties.

NAAR WIE IS HUMAN CONCERN OP ZOEK?

Je hebt aantoonbare affiniteit met onze doelgroep. Zowel vakmatig als persoonlijk. Je bent **transparant en stelt je gelijkwaardig** op ten aanzien van je collega's en cliënten. Je bent een teamplayer. Je onderschrijft de unieke behandelvisie van Human Concern en bent bereid op flexibele wijze invulling te geven aan de functie. Je ervaart het werken binnen een **platte organisatie**, in plaats van een hiërarchische, als passend bij je persoonlijkheid. Je kan goed samenwerken met collega's en directie. Je staat open voor andere of nieuwe inzichten, durft innovatief en **grensverleggend** te behandelen en bent geïnteresseerd in wetenschappelijk onderzoek.

WAT KAN HUMAN CONCERN JOU BIEDEN?

Een uitdagende functie voor 8-32 uur per week (salarisschaal conform CAO GGZ medisch specialisten) binnen een ambitieuze dynamische organisatie. Waarin je nauw samenwerkt in een prettige werksfeer met zeer betrokken collega's, die oog hebben voor elkaar en graag samen de mouwen opstropen. Wij willen graag dat onze medewerkers zichzelf blijvend ontwikkelen en daarom bieden we structureel en op hoog niveau **deskundigheidsbevordering** door middel van intervisie, supervisie en bij- en nascholing. We bieden je een bijzondere werkplek. Maar bovenal de kans om mee te bouwen aan een **veelbelovende toonaangevende organisatie met een betekenisvolle missie!**

INTERESSE?

Meer informatie is te vinden op de website **www.humanconcern.nl**. Voor meer inhoudelijke informatie kun je contact opnemen met Bianca Theelen, operationeel manager, via telefoonnummer 06 - 46 02 89 90.

Stichting Human Concern

info@humanconcern.nl • humanconcern.nl • ikookvanmij.nl

advertentie



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) zoekt psychiaters

Het NIFP is hét expertisecentrum voor forensische psychiatrie en psychologie. Wij leveren kennis en kunde op gebied van zorg, indicatiestelling en rapportage aan justitiële en maatschappelijke ketenpartners.

Onze psychiaters behandelen patiënten met psychiatrische problematiek in penitentiaire inrichtingen. Zij adviseren de rechtbank over detentiegeschiktheid en de noodzaak tot pro Justitia-rapportage. Een pro Justitia-rapportage betreft een door een onafhankelijk deskundige uitgevoerd psychiatrisch onderzoek naar de geestesgesteldheid van een verdachte ten tijde van de tenlastegelegde feiten.
De NIFP psychiaters toetsen deze rapportages. Op verzoek van ketenpartners indiceert u welke combinatie van zorg en beveiliging justitiabelen nodig hebben.

Wie zoeken wij?
Psychiaters voor wie het een uitdaging is te werken in de niet alledaagse omgeving van geestelijke gezondheidszorg in het gevangeniswezen en de rechtspraak. Ervaring met sociaal psychiatrische problematiek is een pré.

Meer weten?
Neem contact op met de NIFP locatie in uw regio:

NIFP Noord-Holland
088-0710 200
nifpnoordholland@dji.minjus.nl

NIFP Zuid-Holland
088-0710 360
nifpzuidholland@dji.minjus.nl

NIFP Zuid-Nederland
088-0710 300
nifpzuidnederland@dji.minjus.nl

NIFP Midden-Nederland
088-0710 550
nifpmiddennederland@dji.minjus.nl

NIFP Noord-Oost Nederland
088-0710 600
nifpnoordoostnederland@dji.minjus.nl

NIFP Pieter Baan Centrum
088-0710 700
nifp@dji.minjus.nl

Het NIFP bestaat uit een hoofdkantoor, het Pieter Baan Centrum (PBC) en vijf ambulante locaties. Het NIFP is een landelijke dienst van het ministerie van Veiligheid en Justitie en valt onder de Dienst Justitiële Inrichtingen.

Kijk op **www.nifpnet.nl** voor meer informatie