

D-173

Actuele ontwikkelingen in beleid en bekostiging van de psychiatrie

P. NIESINK

p.niesink@nvvp.net

ACHTERGROND In het najaar van 2010 heeft het nieuwe regeerakkoord van VVD en CDA richting gegeven aan het beleid voor de psychiatrie in de komende jaren. Daarnaast heeft de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven inzake de DBC-ggz-productstructuur geleid tot de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek. In deze discussiegroep zullen de beleidsvoorstellen van de minister van VWS voor de psychiatrie per 2012 en de voorstellen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor aanpassingen aan de bekostigingssystematiek door het verenigingsbestuur en de directeur worden toegelicht. Ook zal worden gevraagd om reactie van de deelnemers. De inbreng van de deelnemers zal worden gebruikt voor de voorbereiding van de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) op de voorgenomen plannen van de minister en de NZa. In aanloop naar het voorjaarscongres en deze discussiegroep zullen de leden van de vereniging geïnformeerd worden over de beleidsvoornemens middels artikelen in *De Psychiater* en op het ledennet van de vereniging.

STELLINGEN Tijdens de discussie zullen de beleidsvoornemens van de minister van VWS en de NZa in de vorm van stellingen worden getoetst aan wenselijkheid en haalbaarheid.

In de stellingen zullen ook de missie en visie van de vereniging ter sprake worden gebracht, om met de deelnemers te discussiëren of de eerder vastgestelde visie van de vereniging houvast biedt in het debat rond de beleidsvoornemens of dat de visie van de vereniging ten aanzien van beleid en

bekostiging van de psychiatrie bijgesteld moet worden.

LEERDOEL Aan het einde van de discussiegroep heeft de deelnemer kennis genomen van de actuele ontwikkelingen aangaande de beleidsvoornemens voor de psychiatrie per 2012 van de minister van VWS en de NZa.

De deelnemer wordt gestimuleerd om in de discussie de beleidsvoornemens van de minister van VWS en de NZa te toetsen aan de visie van de vereniging en te adviseren of de verenigingsvisie bijgesteld moet worden.

D-174

*ADHD, weg ermee!*R.C.A. DE VEEN, M. KEURHORST, L. THANNHAUSER
rcadeveen3@hotmail.com

ACHTERGROND In 1987 werd aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) als psychiatrische stoornis in het DSM(-III)-handboek opgenomen. Het werd als een nieuwe diagnostische entiteit gedefinieerd die de oude MBD (eerst Minimal Brain Disorder, later Minimal Brain Dysfunction) kon vervangen.

Al snel werd duidelijk dat het om een divers beeld ging. Subtypes van ADHD vertonen overlap met andere kinderpsychiatrische stoornissen. In een aanzienlijk percentage van de gevallen is er sprake van comorbiditeit. De stoornis blijkt in wisselende mate van ernst en frequentie te kunnen persisteren tot in de volwassenheid.

De respons op medicamenteuze behandeling is wisselend. Vaak is niet goed duidelijk hoe deze verschillen te verklaren zijn. Ook andere behandelstrategieën en interventies laten wisselende successen zien.

Naar ons oordeel noopt dit alles tot een kritische bezinning op het concept. Maar ondertussen lijden er wel mensen aan deze klachten en moeten die behandeld en begeleid worden.

Wij presenteren een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van exacerbatie van ADHD onder jongvolwassenen en stellen een aanpak voor die gebruik maakt van zowel preventiestrategieën als psycho-educatie. Er wordt in deze, als groepsaanpak vormgegeven, interventie gebruik gemaakt van moderne communicatiemiddelen als mobiele telefonie en (draadloos) internet.

Omdat ADHD een zeer divers symptomencomplex heeft met bonte clusters van klachten en verschijnselen, is het essentieel dat er individueel maatwerk wordt geleverd om de ADHD-klachten te reduceren.

Of om misschien wel iets anders, onderliggends, (mee) te behandelen...

STELLINGEN

1. ADHD heeft een te divers symptomencomplex om een diagnostische entiteit te mogen worden genoemd.

2. Bij preventie van terugval, behandeling en omgaan met ADHD door patiënten zelf, moet leef-tijdsadequaat maatwerk worden geleverd.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht zich een kritisch oordeel te hebben gevormd over de kwetsbaarheid van de diagnostische entiteit ADHD en moet hij weten wat het 'management' van de klachten in onze ADHD-groep voor adolescenten inhoudt.

D-175

Antipsychotica bij kinderen en adolescenten, minder of maatwerk?

M.H.J. HILLEGERS, W.A. OVERBEEK

m.h.j.hillegers@umcutrecht.nl

ACHTERGROND Het aantal voorschriften van antipsychotica bij kinderen en adolescenten is de afgelopen 10 jaar verdubbeld. Steeds duidelijker wordt dat bijwerkingen zoals gewichtstoename en metabole afwijkingen een belangrijk gezondheidsrisico vormen voor de langere ter-

mijn, bij een groep patiënten met a priori al een hoger risico om overgewicht of obesitas te hebben. Zijn er in veel gevallen geen gedragtherapeutische/orthopedagogische interventies mogelijk waarmee gedragsproblemen veel effectiever en veiliger behandeld kunnen worden? De vraag is of de indicatiestelling voor deze middelen niet aangescherpt moet worden, gezien de beperkte evidence voor langetermijnbehandeling bij kinderen en adolescenten. En dient de indicatiestelling door een kinder- en jeugdpsychiater te gebeuren? Voor een kleinere groep patiënten zullen wij als (kinder- en jeugd)psychiaters echt geen alternatief hebben en is behandeling met antipsychotica noodzakelijk. Hierin zullen we onze verantwoordelijkheid moeten nemen, wat intensieve monitoring betekent en behandeling van bijkomende morbiditeit.

STELLINGEN

1. Antipsychotica bij kinderen en adolescenten dienen alleen door een kinder- en jeugdpsychiater te worden voorgeschreven.

2. Intensieve monitoring van bijwerkingen van antipsychotica is nodig tot meer bekend is over risico's op korte en lange termijn.

3. Veel voorschriften voor medicatie kunnen voorkomen worden door meer focus op gedragstherapeutische en orthopedagogische ondersteuning. De psychiater heeft hier een consultatieve rol in.

LEERDOEL De deelnemer heeft meer awareness aangaande de ontwikkelingen rondom antipsychotica gebruik bij kinderen en adolescenten.

De deelnemer heeft meegewerkt aan de vorming van de visie van de kinder- en jeugdpsychiatrische beroepsgroep.

LITERATUUR

Correll CU e.a. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA* 2009.

Gracious BL e.a. Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescents with Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Chart Review. *J Clin Psychiatry* 2010.

Stichting Farmaceutische Kengetallen 2008; www.sfk.nl

D-176

Brainwiki; een digitale plek voor kennisuitwisseling over kinderpsychiatrie met kinderen

A.M. DE RUIJTER

a.deruijter@kenniscentrum-kjp.nl

ACHTERGROND De laatste tijd wordt de ene na de andere hulpsite voor kinderen en jongeren met psychische problemen gelanceerd. Er is (nog) geen onderzoek dat aantoonde dat deze sites effectief zijn. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie kiest een andere koers. Er is een goede, wetenschappelijk gefundeerde informatieve website voor kinderen ontwikkeld, genaamd Brainwiki. Zowel door inhoud, vormgeving als *tone of voice* onderscheidt deze website zich van andere.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en maakt deze praktisch toegankelijk voor zowel professionals in de jeugd-ggz als ouders en kinderen. De samenwerking met de ouder- en patiëntenverenigingen is hierin essentieel.

Voor Brainwiki leidt dit tot:

1. Een informatieve omgeving voor zowel kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening als de mensen in hun omgeving. Naast informatievergaring kan de kennis ook praktisch ingezet worden in de vorm van een spreekbeurt of werkstuk.

2. Een sociale omgeving waar kennis praktisch wordt gemaakt. Het is een plek waar kinderen met elkaar in contact komen en kennis en ervaringen kunnen uitwisselen. De aandoening staat hier niet centraal.

In deze discussiegroep wordt Brainwiki gepresenteerd. De aandacht gaat uit naar het samenspel tussen content, functioneel en grafisch ontwerp en de combinatie van patiëntenperspectief en het medisch-wetenschappelijke model op deze website. Tevens zal vanuit het gezichtspunt van de wilsbekwaamheid van kinderen gediscus-

sieerd worden over deze digitale vorm van het delen van kennis met onze jeugdige patiënten. Dit wordt met filmbeelden geïllustreerd.

STELLINGEN

1. *Less is more*: belangrijk bij informatieve websites voor kinderen.

2. 'Psych, stay out of my life!'

3. Kinderen jonger dan 12 jaar missen de cognitieve vermogens en de levenservaring om belangrijke medische beslissingen te kunnen nemen.

LEERDOEL Aan het einde heeft de deelnemer kennis van knel- en kernpunten bij het vertalen van wetenschappelijke kennis naar patiënten via internet, in dit geval naar kinderen en ouders.

D-177

Comfortrooms, buiten de deur

R.C.A. DE VEEN, L. THANNHAUSER

rcadeveen3@hotmail.com

ACHTERGROND *Comfortrooms* zijn prettig ingerichte ruimten die bedoeld zijn om te voorkomen dat mensen gesepareerd worden. Inmiddels zijn zij in Nederland in veel psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen geaccepteerd en aanwezig.

Comfortrooms op zichzelf zijn een belangrijk instrument, maar ze hebben als interventie op zichzelf ook beperkingen. Ze dienen ingebed te zijn in een bredere aanpak. De behandelcultuur van en de sfeer op een afdeling zijn eveneens van groot belang.

Onderzoek heeft aangetoond dat de omgeving waarin een behandeling plaatsvindt van invloed is op de beleving van die behandeling en op het genezingsproces.

Naast een goede behandelcultuur zijn de vormgeving en aankleding van de fysieke omgeving waarin behandelingen plaatsvinden daarom

van belang. Omdat die aspecten appelleren aan bewust beleefde gevoelens, maar ook aan onbewuste. Visuele indrukken, beleving van geluid, licht en geur hebben een impact op biologische reactiemechanismen bij mensen. Naast 'kende' wezens zijn mensen zoogdieren wier gedrag, na vele millennia van evolutie, nog steeds onderhevig is aan stimuli uit de omgeving.

Oog hebben voor dit soort aspecten is geen overbodige luxe of kwakzalverij. Het zorgvuldig vormgeven van een behandelomgeving is een signaal naar patiënten én medewerkers en geeft de boodschap dat er zorgvuldig met hen wordt omgegaan.

Het slaat tevens een brug naar andere, 'alternatieve' inzichten en geneeswijzen waar veel mondige gebruikers steeds vaker vragen over stellen. En kennis over deze materie komt niet alleen onze patiënten ten goede...

STELLINGEN

1. Wat maakt het uit hoe mijn ziekenhuis eruit ziet? Het gaat toch om de inhoud van de behandeling?!

2. Hoe *evidence-based* is dat gedoe met kleur-tjes en geurtjes nou helemaal?!

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht zich meer bewust te zijn van het belang van de fysieke omgeving waarbinnen behandelingen plaatsvinden. Verschillende factoren die zowel van belang zijn voor het welbevinden van patiënt als therapeut komen aan de orde.

D-178

Culturele blinde vlekken en interculturele competenties

C.J.M. BLIJD, K. TJIN A DJIE, G.O. HELBERG, D. VAN BEKKUM
carl@px.nl

ACHTERGROND Uit diverse publicaties blijkt dat de reguliere jeugd-ggz veel immigran-

tengroepen slecht bereikt, terwijl deze groepen oververtegenwoordigd zijn in de forensische settings. Een van de belangrijkste redenen van deze onderrepresentatie zou zijn dat de reguliere hulpverlening veelal gericht is op autochtone patiënten. Is in de jeugd-ggz sprake van culturele blinde vlekken?

In september 2010 is de eerste somatische kliniek voor allochtone patiënten gestart in Amsterdam. Een van de onderliggende redenen van dit initiatief is dat allochtone patiënten aangeven zich niet gehoord/begrepen te voelen door de reguliere hulpverlening. Zal het in de (jeugd-)ggz ook zover gaan dat er hier eveneens klinieken voor allochtonen komen? Immers, ondanks het ingezet diversiteitsbeleid bij de ggz-instellingen ontbreekt het aan kennis en vaardigheden om interventies 'cultuursensitief' te maken.

In 2009 is er een meetladder ontwikkeld om interventies 'cultuursensitief' te maken. Deze discussiegroep richt zich op het traject vóór de interventies. De kennis en vaardigheden die er nodig zijn om patiënten van andere herkomstgroepen binnen te halen, worden besproken. Een belangrijke rol hierin speelt de transculturele systeemvisie.

STELLINGEN

1. Jeugdpsychiaters en jeugd-psychotherapeuten hebben hun ethnocentrische reflexen in leertherapie doorgewerkt.

2. Het werken met patiëntsystemen uit andere culturele herkomstgroepen vraagt om interculturele competenties die niet altijd in protocollen te vatten zijn.

3. Het opzetten van een culturele bril werkt averechts.

4. Doordat er te weinig allochtone hulpverleners zijn, is een allochtone ggz-kliniek onvermijdelijk.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie wordt de deelnemer geacht dat hij cultuursensitiever geworden is en hij zijn eigen valkuilen in dezen kent.

D-179

De betekenis van ROM voor de psychiatrische praktijk

C.L. MULDER, J.M. HAVENAAR, A.C.M. VERGOUWEN, A. MOLENAAR, C. DE BRUIJN, W.F. DE MAILLETTE DE BUY WENNIGER, V.J.A. BUWALDA
niels.cmulder@wxs.nl

ACHTERGROND Routine outcome monitoring (ROM) is een middel om op basis van objectieve indicatoren de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren. Met ROM wordt periodiek, in elk geval aan het begin en na afloop van de behandeling, met vragenlijsten bij cliënten de ernst van de problematiek gemeten. Tevens kunnen cliëntervaringen, kwaliteit van leven en mate van sociaal functioneren deel uitmaken van ROM. Veel partijen, waaronder ziektekostenverzekeraars, managers in de zorg, behandelaars en patiënten zijn geïnteresseerd in ROM. De vraag naar ROM-data is dan ook groot en divers.

Maar is ROM wel toepasbaar binnen elke setting? En hoe zorg je dat data ook daadwerkelijk gebruikt worden in de behandeling? En dat de data eenduidig verkregen worden?

In 2009 is de werkgroep ROM door het verenigingsbestuur geïnstalleerd. Doel van de werkgroep is het formuleren van beleid met betrekking tot ROM en het bieden van praktische handvatten voor de psychiater.

De werkgroep ROM verzorgt in deze sessie een aantal presentaties en verkent vervolgens samen met de deelnemers de mogelijkheden en de beperkingen van ROM voor de psychiatrie, aan de hand van een aantal stellingen. De resultaten van de sessie worden gebruikt voor aanscherping van verenigingsbeleid.

STELLINGEN

1. ROM is geen instrument voor externe verantwoording.
2. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) dient een set van vragenlijsten voor te schrijven.
3. Zonder aanvullende informatie, bijvoorbeeld

beeld casemix-omschrijving en de aard van de geboden behandeling en ingezette middelen, bieden ROM-data toch aanknopingspunten voor de inkoop door verzekeraars.

4. Alvorens ROM landelijk uit te rollen zou in enkele pilots nader moeten worden onderzocht in hoeverre de inzet van ROM een kosteneffectief middel is om de zorg te verbeteren.

LEERDOEL De deelnemer krijgt antwoord op de volgende vragen:

- Wat is ROM/RPM?
- Is ROM toepasbaar binnen elke setting?
- Wat zijn de do's en don'ts bij het implementeren van ROM?

D-180

De NVvP wetenschapsagenda: 'Discussieert u mee?!

P. NIESINK, M. VAN HINTUM
p.niesink@nvvp.net

ACHTERGROND Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft samen met de kernhoogleraren van de acht universitaire centra, met psychiater-bestuurders van ggz-instellingen en met diverse gremia van de vereniging een wetenschapsagenda ontwikkeld. Daarin staan de ideeën over de verschillende wetenschappelijke onderzoeksvraagstukken die de komende jaren in Nederland gefinancierd en uitgevoerd zouden moeten worden. Het betreft een overzicht dat start vanuit de huidige Geestkrachtprojecten en dat een beeld wil geven van onderzoeksvelden die onontgonnen zijn en van gewenste onderzoeken als opvolging op of aanvullend aan de Geestkrachtprojecten *Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP)*, *Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA)*, *TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS)* en *Generation R*. De wetenschapsagenda gaat in op de gewenste structurele onderzoeksinfrastructuur, de samenwerking tussen universitaire centra en ggz-instel-

lingen, multidisciplinaire samenwerking, cohort-onderzoeken versus interventieonderzoeken en op stoornissen versus levensloop. Tijdens deze discussiegroep wordt de wetenschapsagenda gepresenteerd en worden de deelnemers uitgenodigd deel te nemen aan de discussie over deze wetenschapsagenda.

STELLINGEN De ontwikkeling van het concept wetenschapsagenda in de periode tot aan het voorjaarscongres, zal inzicht gaan geven in de te bediscussiëren thema's. Deze thema's worden aan de hand van stellingen aan de deelnemers voorgelegd. Daarbij zullen thema's zoals 'na cohortonderzoeken nu interventieonderzoeken?' of 'stoornisgerichte versus levensloopgerichte onderzoeken' aan bod komen.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie heeft de deelnemer een compleet beeld van het concept wetenschapsagenda van de vereniging. De deelnemer heeft tijdens deze sessie vragen kunnen stellen, een mening kunnen vormen en geven over de verschillende onderdelen van de wetenschapsagenda.

D-181

De toekomstbestendigheid van de zelfstandig gevestigde psychiatrie

P. NIESINK

p.niesink@nvvp.net

ACHTERGROND Het zorgaanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters (ZGP) is een welkome aanvulling op het aanbod vanuit ggz-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten. Naar schatting bieden 550 psychiaters in fulltime of parttime praktijkbehandeling aan patiënten aan. De wijze waarop dit aanbod is georganiseerd, verschilt van klassieke solo-praktijken tot (multidisciplinaire) samenwerkingsverbanden. Na de overheveling van de ggz

naar de zorgverzekeringswet is het aantal ZGP's gedaald en valt op dat er nauwelijks nieuwe aanwas is. De beroepsgroep is sterk vergrijsd en wanneer er geen kentering komt, zal dit aanbod binnen enkele jaren drastisch krimpen en mogelijk uiteindelijk zelfs verdwijnen. In gesprekken tussen de beroepsvereniging en zorgverzekeraars wordt nu gesproken over de wens om de zelfstandig gevestigde psychiatrie te versterken en toekomstbestendiger te maken. Goede ideeën daarvoor zijn zeer welkom, maar liggen (nog) niet voor het oprapen. In deze sessie wordt deze problematiek aan de hand van twee inleidingen neergezet en worden ook ideeën voor versterking geponeerd voor discussie.

STELLINGEN Mogelijke stellingen voor de discussie:

- 'Bestaande ZGP-praktijken moeten verplicht worden jonge psychiaters in stage te nemen, om hen het vak te leren.'
- 'De praktijkvoering van ZGP's moet multidisciplinair worden om een aantrekkelijk aanbod voor zorgverzekeraars en patiënten te leveren.'
- De ZGP moet zich toetsbaar opstellen en actief meewerken aan het verantwoorden van zijn geleverde kwaliteit om te concurreren met ggz-instellingen.'

LEERDOEL De deelnemer heeft geparticipeerd in een discussie over het versterken van de zelfstandig gevestigde psychiatrie, heeft kennis genomen van ideeën uit de beroepsgroep en van zorgverzekeraars om dit type zorgaanbod toekomstbestendig te maken en heeft deze ideeën bediscussieerd. De deelnemer wordt geïnspireerd om in de eigen omgeving te werken aan het versterken en toekomstbestendiger maken van de zelfstandig gevestigde psychiatrie.

D-182

Dwang en drang in forensische zorg: lessen voor de reguliere kinder- en jeugdpsychiatrie

R.E. BREUK, C.J.M. BLIJD, A.M. DE RUIJTER
rbreuk@traversefflevoland.nl

ACHTERGROND Een van de belangrijkste verschillen tussen de algemene kinder- en jeugdpsychiatrie en de forensische jeugdpsychiatrie is dat de forensisch jeugdpsychiater gewend is om te gaan met drang en dwang. Daar waar algemene kinder- en jeugdpsychiaters zich vaak strikt houden aan de absolute vrije wilsuitingen die ten grondslag liggen aan de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), is de forensisch jeugdpsychiater meer gewend om op de grenzen van vrijwilligheid met drang en dwang te werken en hiervan strategisch gebruik te maken. Deze discussiegroep richt zich op behandeling van psychiatrische stoornissen in engere zin binnen een justitieel kader. Deze behandeling is zowel gericht op het voorkomen van recidieven als het creëren van omstandigheden die de ontwikkeling van het kind gunstig beïnvloeden. Voordeel van het ‘spelen met drang en dwang’ is dat ook niet-gemotiveerde jongeren over de streep getrokken kunnen worden. Bovendien zal betoogd worden, dat kinder- en jeugdpsychiaters in risicovolle situaties niet hoeven af te wachten tot de eerste klappen gevallen zijn.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vertaalt wetenschappelijke kennis naar toepasbare protocollen voor de praktijk. In 2010 heeft het Landelijk Kenniscentrum de wetenschappelijke kennis verzameld en gebundeld die bekend is met betrekking tot de forensische jeugdpsychiatrie. Tijdens deze discussiegroep is hiervoor aandacht: de kern- en knelpunten van het protocol worden voorgelegd ter informatie en discussie.

STELLINGEN

1. Het werken in de forensische psychiatrie vraagt om een strategische toepassing van

ambachtelijk-klinische aspecten die niet altijd in protocollen te vatten zijn.

2. Ook bij niet-gemotiveerde jeugdigen is het mogelijk om tot een behandelovereenkomst te komen.

3. De WGBO richt zich eenzijdig op rechten van patiënten en houdt geen rekening met dit klinische handwerk van motiveren en het onder druk zetten van jongeren in risicovolle situaties.

LEERDOEL Aan het eind van de sessie heeft de deelnemer inzicht en gevoel bij de strategische dynamiek van het werken in een justitieel kader.

D-183

Ervaring met ervaringswerkers op gesloten afdelingen in Mediant

W. SNELLEMAN, J. WILLEMSSEN
w.snelleman@mediant.nl

ACHTERGROND In Mediant Geestelijke Gezondheidszorg Oost- en Midden Twente wordt reeds enkele jaren gewerkt met ervaringswerkers op gesloten afdelingen. Ze waren aanvankelijk als vrijwilliger actief op de afdelingen en hebben inmiddels een betaalde aanstelling als volwaardig lid van de multidisciplinaire teams.

Het vak van ervaringswerkers is volop in ontwikkeling. Door hun unieke rol staan ze enerzijds dicht naast de cliënten en kunnen ze deze bijstaan in hun genezings- en herstelproces, anderzijds kunnen ze hun persoonlijke herstelervaring professioneel inzetten op abstracter niveau bij reflexie op het handelen van de hulpverleners en teamprocessen.

Bij het terugdringen van drang en dwang zetten ze zich onder meer in door de communicatie tussen cliënten en hulpverleners te optimaliseren en dreigende miscommunicatie vroegtijdig te signaleren en hierop in te spelen. Blinde vlekken en stigmatiserend taalgebruik en gewoonten in

teams worden op correcte en confronterende wijze aan de orde gesteld. Bij het bevorderen van een positieve welkomsthouding van het personeel en aankleding van de gebouwen hebben de ervaringswerkers, door hun extra perspectief, een belangrijke rol.

We zullen het ontstaan van het vak ervaringswerkers kort toelichten, de aanvankelijke vooroordelen bespreken en hoe die aangepakt zijn, voorbeelden geven van onze ervaringen vanuit het ervaringswerkersperspectief en vanuit het management-, verpleegkundigen- en psychiaterperspectief en de voor- en nadelen in onze ervaring belichten.

We zijn benieuwd naar discussie met congresgangers over de eventuele inzet van ervaringswerkers op gesloten afdelingen in hun instellingen.

STELLINGEN Een gesloten opname- of behandelafdeling kan niet zonder ervaringswerker.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie kan de deelnemer goed geïnformeerd de inzet van ervaringswerkers op de eigen werkplek overwegen en heeft de deelnemer kennisgenomen van de diverse standpunten over de inzet van ervaringswerkers op gesloten afdelingen.

D-184

Health 2.0 voor psychiaters

R. HOEKSTRA, M. HULST, K. MARTIN ABELLO
r.hoekstra@deltapsy.nl

ACHTERGROND Aanvankelijk bestond het world wide web vooral uit eenrichtingsverkeer. De beheerder van een website bepaalde welke informatie met de internetgebruiker werd gecommuniceerd. In toenemende mate heeft het internet een interactief karakter gekregen. Het beheer over de inhoud is veel meer bij het collectief komen te liggen. Deze ontwikkeling wordt wel 'Web 2.0' genoemd.

Dit heeft er niet alleen toe geleid dat kennis en ervaringen over bijvoorbeeld symptomen en behandelingen, maar ook persoonlijke ervaringen met ziekenhuizen en individuele artsen openlijk worden gedeeld met andere internetgebruikers. Kennis over de gezondheidszorg verspreidt zich als een razende en door het massale internetgebruik wordt snel nieuwe kennis gegenereerd. Deze ontwikkeling - Health 2.0 of Gezondheid 2.0 - biedt tal van nieuwe mogelijkheden maar brengt ook risico's met zich mee. Wat is ons antwoord op deze onvermijdelijke ontwikkeling?

Welke rol speelt de psychiater van de toekomst nog? Houdt hij nog wel de regie over de behandeling of is hij slechts passagier naast de sturende patiënt die over een onuitputtelijke bron van kennis beschikt? Moeten wij lijdzaam toezien wat er over de psychiatrie op internet rondgaat of is er ook een meer actieve rol voor de inhoudelijk deskundige weggelegd? En wat als de patiënt openlijk op internet zijn slechte ervaring met uw behandeling plaatst? Kunnen wij de technologische mogelijkheden ook gebruiken om de zorg op een hoger plan te krijgen?

Voorlopers op dit gebied zullen een overzicht geven van de huidige stand van zaken en een toekomstperspectief schetsen. Daarna zullen de vragen in een - natuurlijk - interactieve bijeenkomst aan de orde komen.

STELLINGEN

1. Met toepassing van nieuwe media is 'de patiënt centraal' niet langer een holle frase.
2. Nieuwe media bieden vooral nieuwe kansen.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie ziet de deelnemer nieuwe technologische ontwikkelingen vooral als uitdaging en veel minder als bedreiging.

D-185

Hoe te reageren op ernstige agressie tegen hulpverleners in de forensische psychiatrie?

J.W. HUMMELEN, S.J.W. SCHREURS, F. JOLDERSMA
j.hummelen@ggnet.nl

ACHTERGROND Momenteel wordt bij ernstige agressie in de forensische psychiatrie niet adequaat opgetreden. De praktijk is meestal dat de behandeling van de patiënt al snel doorgaat alsof er niets is gebeurd. Als er al bij de politie aangifte wordt gedaan, dan blijft strafrechtelijke vervolging vaak achterwege. De professionele en wetenschappelijke aandacht voor agressie richt zich vooral op het meten, begrijpen en verklaren van agressie en het voorkomen ervan. Er is weinig aandacht voor hoe op te treden wanneer agressie in de kliniek zich daadwerkelijk heeft voorgedaan.

In deze bijeenkomst wordt een ontwerpregeling gepresenteerd hoe om te gaan met ernstige fysieke agressie van een forensisch psychiatrische patiënt jegens een hulpverlener. Deze ontwerpregeling is voorgelegd aan alle forensisch psychiatrische afdelingen en de resultaten van de hierbij gehouden interviews worden gepresenteerd.

STELLINGEN 1. Het op de afdeling houden van een patiënt die ernstig agressief is geweest jegens een hulpverlener is schadelijk voor de patiënt, de afdeling en de betrokken hulpverlener.

2. Bij ernstige agressie van een patiënt jegens een hulpverlener moet de patiënt altijd per direct van de betreffende afdeling worden overgeplaatst naar een andere afdeling of kliniek. De aanleiding tot, de oorzaak van en de omstandigheden waarin de agressie heeft plaatsgevonden, zijn hierbij niet relevant.

LEERDOEL Komen tot meningsvorming en mogelijk consensus over hoe te handelen na ernstige agressie door een patiënt jegens een hulpverlener.

D-186

Mensen hebben recht op de beste zorg die er is (regeerakkoord 2010)

J.B.C. MERTENS
jmertens@psygid.nl

ACHTERGROND De paragraaf over gezondheidszorg uit het regeerakkoord van het kabinet Rutte-Verhagen luidt als volgt: 'Een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. Mensen hebben recht op de beste zorg die er is.' Dit is een ambitieus streven. Het is de vraag of dit uitgangspunt onverkort en zonder enige restricties haalbaar is; immers, de technologie schrijdt voort, de eisen aan de zorg eveneens. Financiële beperkingen zullen onafwendbaar nopen tot keuzen. Dit gebeurt overigens al in het regeerakkoord, bijvoorbeeld door de invoer van de eigen bijdrage in de ggz. De door de politiek gemaakte keuzen over wat wel en wat niet uit gemeenschapsgelden wordt betaald, lijken niet altijd even duidelijk en komen ook nogal eens willekeurig over.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft meerdere rapporten opgesteld, waarin gepleit wordt voor het toepassen van heldere en eenduidige criteria voor welke voorzieningen wel en welke niet uit de algemene middelen worden bekostigd (onder meer *Zinnige en duurzame zorg 2006*). Zijn deze criteria toepasbaar in de ggz? Moet een tweedeling worden voorkomen door 'staatszorg', of is een tweedeling in de zorg onvermijdelijk?

STELLINGEN 1. Mensen hebben recht op de beste zorg die er is. Dit mag niet leiden tot tweedeling in de zorg. Er moet maar op andere departementen bezuinigd worden.

2. Mensen hebben recht op zinnige zorg: een zeker pakket van basiszorg, vast te stellen door middel van criteria, zoals voorgesteld door de RVZ. Dit leidt onontkoombaar tot een tweedeling in de zorg, maar dat is niet erg.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie is de deelnemer op de hoogte van medisch-ethische en politieke standpunten op het gebied van keuzen in de zorg en van de door de Raad van de Volksgezondheid en Zorg opgestelde criteria.

D-187

Mogelijkheden en dilemma's rond verzoeken door jongeren om hulp bij zelfdoding

M.H.A. PETERS, M.W.J. ROETEN, P.M. DE JONG
m.peters@nvve.nl

ACHTERGROND In Nederland vinden jaarlijks ongeveer 1500 suicides plaats, waarvan 600 door patiënten die bekend zijn in de ggz. Hoewel hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten onder voorwaarden is toegestaan - en 43% van de psychiaters zich voor kan stellen hulp bij zelfdoding te verlenen - komt hulp bij zelfdoding in de psychiatrische praktijk maar zelden voor. De enkele keren dat hulp bij zelfdoding werd verleend, betrof het steeds oudere psychiatrische patiënten. Kan hulp bij zelfdoding ook gerechtvaardigd zijn als het jongere patiënten betreft? En hoe ga je om met hulpvragen van jonge psychiatrische patiënten met een doodswens?

De discussie wordt voorafgegaan door een inleiding over de wet, de richtlijn Hulp bij zelfdoding en de juridische aspecten rond hulp bij zelfdoding. Daarnaast worden de mogelijkheden en dilemma's rond hulp bij zelfdoding aan jonge psychiatrische patiënten met een doodswens geschetst. Twee moeders, die allebei een kind verloren door zelfdoding, vertellen over hun ervaringen.

STELLINGEN

1. De leeftijd is een bepalende factor voor het wel of niet kunnen verlenen van hulp bij zelfdoding.
2. Een vraag van een jonge psychiatrische patiënt om dood te mogen, is eigenlijk een levenshulpvraag.

3. Praten over een doodswens geeft opluchting en scheidt (weer) ruimte voor behandeling.

4. Ouders van jonge psychiatrische patiënten met een doodswens moeten altijd bij de behandeling worden betrokken.

5. Als een ouder zegt: 'Oké, je mag gaan', wie is dan de psychiater om 'nee' te zeggen?

6. Psychiaters moeten van 'nee, tenzij' naar 'ja, tenzij'.

LEERDOEL De deelnemer leert vertrouwd raken met de wet en de richtlijn Hulp bij zelfdoding. Hij is meer toegerust om te kunnen gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding van een jonge patiënt met een psychiatrische stoornis. Ook kan hij de eigen attitude met betrekking tot verzoeken van jongeren om hulp bij zelfdoding aanscherpen.

D-188

MRCPsych in the Netherlands - what can we learn from each other?

T.H. KLASSEN, J. VAN OS, H.J. GIJSMAN
henrikje.klassen@ggzkindereneneugd.nl

BACKGROUND Links between the Royal College of Psychiatrists in the UK and the Dutch mental health services have a strong history with several (eminent) Dutch psychiatrists having trained in the UK and being Members of the Royal College (MRCPsych). The College's CPD-online programme has been successfully launched in the Netherlands and is heavily subscribed to. There are even suggestions to take on the MRCPsych specialist examination in the Netherlands. Linking to the theme of this conference this also means that the role of clinical research and development (R&D) becomes much more integrated into training and clinical practice. Yet there are also major differences between the Dutch and the British system. Most notably this is the adaptation of American DSM rather than the ICD as the main classifi-

atory system as well as the insurance based rather than centrally lead health care delivery models. While the Dutch system provides much better financial means to carry out clinical research it often seems to be hampered by undue bureaucracy. In this discussion College members, who are now based in the Netherlands will discuss what can be learned from each other in terms of training, integration of research and clinical practice through R&D, clinical research and the road-map to mental health.

THESES

1. The NVvP would be wise to adopt the Royal College of Psychiatrists' training and examination system.

2. Clinical research is better financed but much more bureaucratic in the Netherlands and know-how about R&D is greater in the UK.

AIM At the end of this session the Dutch participant will have an understanding of the training and examination practices of the Royal College of Psychiatrists. Participants familiar with both systems will have the opportunity to discuss their experiences formulating ways to learn from each other particularly when it comes to closing the gap from research to clinical practice.

D-189

Multidisciplinaire richtlijn en de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg

S. TEN HORN, T.E. STIKKER, J.R. VAN VELDHUIZEN, M. VAN DE VEN
sineke.tenhorn@home.nl

ACHTERGROND Volgens de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (wvGGZ, artikel 8.3, 8.4) kan verplichte zorg in beginsel alleen worden toegepast op basis van een richtlijn. De monodisciplinaire richtlijn Dwangtoepassing van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (Van Tilburg e.a. 2008) biedt wel richting,

maar is niet voldoende voor de multidisciplinair ontwikkelde wvGGZ. Verplichte zorg kan alleen plaatsvinden als daarvoor een politiek en maatschappelijk draagvlak is. Ook daarom is de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn wenselijk en noodzakelijk. De minister van vws heeft de zogeheten veldpartijen - waaronder de NVvP - verzocht om te komen met een plan van aanpak voor het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn (juli 2010). Hieraan wordt inmiddels hard gewerkt.

Voor het ontwikkelen van een richtlijn is niet alleen *evidence* uit onderzoek nodig maar ook zal er rekening moeten worden gehouden met het huidige maatschappelijke klimaat en heersende juridische inzichten, dus met de aard van het paradigma rond de toepassing van verplichte zorg (dwang). In deze discussiegroep worden vier richtlijnaspecten kort toegelicht, waarna discussie volgt over de vorm en inhoud van de richtlijn. De uitkomst kan de psychiaters ondersteunen die aan deze multidisciplinaire richtlijn werken. Voor de andere psychiaters levert de discussie ook algemene kennis op omtrent de wvGGZ.

STELLINGEN

1. Een multidisciplinaire richtlijn inzake verplichte zorg doet recht aan de huidige maatschappelijke en politieke inzichten rond dwang en verhoogt het draagvlak daarvoor.

2. De wvGGZ is met betrekking tot de richtlijn voldoende concreet voor de behandelaar en biedt voldoende ruimte om te behandelen.

3. De psychiater heeft bij dwangtoepassing eerder steun aan dan last van een richtlijn.

4. *Evidence-based* geformuleerde dwangtoepassing verhoogt de acceptatie door de patiënt.

LEERDOEL De deelnemer:

- heeft kennis van (een belangrijk onderdeel) van de wvGGZ;
- is op de hoogte van de ontwikkelingen rond de richtlijnontwikkeling verplichte zorg;
- heeft zicht op de maatschappelijke en politieke visie op verplichte zorg;
- heeft kennis van *evidence-based* uitkomsten van dwangonderzoek.

D-190

Neurowetenschappelijke claims worden te kort door de bocht naar de praktijk vertaald

O. R. J. DELLEMANN
o.dellemann@ggnet.nl

ACHTERGROND De laatste decennia groeit de kennis over de werking van de hersenen explosief. Frank (2010) haalt met instemming de bekende neuroloog Ramachandran aan, die beweert dat we op de drempel van een vijfde revolutie staan. De eerste werd teweeggebracht door Copernicus met zijn claim dat de aarde niet het middelpunt van het heelal is, de vierde is gekoppeld aan het ontdekken van de structuur van DNA door Watson en Crick. De vijfde wordt veroorzaakt door de impact van de kennis uit de neurowetenschappen. Op basis van neurowetenschappelijke ontwikkelingen noemt Lamme (2010) het 'ik' een illusie en bestaat 'de vrije wil' niet. De vraag rijst of dit soort uitspraken niet wat te kort door de bocht zijn geformuleerd, of basale kennis over de werking van de hersenen wel *linea recta* vertaald kan worden naar het functioneren van een individu op een persoonlijk, bewust niveau. Gallagher (2005) bepleit in dit verband het gebruik van belichaamd vocabulaire als een soort tussentaal om kennis beschreven op de andere twee meer abstracte niveaus, subpersoonlijk/fysiek en mentalistisch, met elkaar te verbinden. Spence (2009) beschrijft uitgebreid welke hersenstructuren en processen van belang zijn bij het bepalen van de wil. Dit kleurt het begrip vrije wil nader in, maar maakt het zeker niet overbodig.

Na een presentatie van enkele recente neurowetenschappelijke ontwikkelingen staat ter discussie hoe we dergelijke ontwikkelingen in de praktijk moeten wegen, wat de impact van deze kennis is op genoemde en andere geesteswetenschappelijke begrippen.

STELLINGEN

1. Neurowetenschappelijke claims worden nogal eens te kort door de bocht naar de praktijk vertaald.
2. Toepassing van neurowetenschappelijke kennis in de psychiatrie vraagt om een weging vooraf.

LEERDOEL De deelnemer verwerft kennis over recente neurowetenschappelijke ontwikkelingen en over de voetangels en klemmen bij het direct toepassen van die kennis in de praktijk.

D-191

Nieuwe mogelijkheden voor klinische psychotherapie? Mentalisation-based therapy voor cluster A, dialectische gedragstherapie voor cluster B!

J. H. BLOM, W. VAN DEN BOSCH, M. VEERKAMP
j.blom@centrumpersoonlijkeidstoornissen.nl

ACHTERGROND Ondanks de positieve resultaten van het SCEPTRE-onderzoek, een Nederlands multicenteronderzoek naar patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die ambulant of dagklinisch behandeld werden, is het domein van de klinische psychotherapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen langzaam kleiner geworden. Beperking van vergoeding door verzekeraars, onduidelijkheid over werkzaamheid en een toename van gegevens die wijzen op de voordelen van dagbehandeling speelden daarbij onder meer een rol. Bij het Centrum Persoonlijkeidstoornissen Jelgersma (CPJ) in Oegstgeest zijn echter in de afgelopen anderhalf jaar juist twee, in vorm en uitvoering sterk van elkaar verschillende, innovatieve behandelmethode verder ontwikkeld.

Dialectische gedragstherapie (DGT) heeft als ambulant behandelaanbod voor chronisch suïcidale patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis inmiddels haar waarde bewezen in een hele reeks gerandomiseerde gecontroleerde

trials (RCT's) (Linehan e.a. 1991, 1993, 2006). Maar, uit DGT-onderzoek blijkt dat zelfs uiterst korte klinische behandeling (vijf dagen: Yen e.a. 2009) een gunstig effect kan hebben op het zelfdestruc-tieve gedrag. Zou een zeer intensief kortdurend klinisch programma (drie maanden) dan tot snel-lere daling van het zelfdestruc-tieve gedrag kun-nen leiden?

Cluster A werd (als enige in Nederland) al lan-ger binnen een klinisch psychotherapeutisch kader in het CPJ behandeld, maar is nu in vorm en inhoud een *mentalisation based therapy* (MBT) (Bate-man & Fonagy 1999, 2010) met specifieke aanpas-singen. Anders dan de dagbehandelingen zoals die elders bestaan, dus een klinische behandeling en specifiek toegesneden op de behoefte van deze behandelgroep. Maar zijn er wel voldoende aan-wijzingen dat patiënten uit cluster A psychothera-peutisch behandelbaar zijn?

STELLINGEN

1. Patiënten uit cluster B mogen alleen klini-sche psychotherapie ondergaan als hun problema-tiek niet al te ernstig is en/of zelfdestruc-tief gedrag niet de boventoon voert.

2. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A wordt te vaak een mogelijk effectieve psychotherapeutische behandeling onthouden.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht beter op de hoogte te zijn van de (contra-)indicaties voor de klinisch psychotherapeutische behandeling van cluster A-patiënten en van de voor- en nadelen van het met klinische DGT behandelen van ernstige bor-derlinepatiënten.

D-192

Ontwikkelingsstoornis in de kinder- en jeugd- psychiatrie!?

H.S. CHUNG, J. BLOKHUIS, J. KRUSE

h.chung@mediant.nl

ACHTERGROND De titel van onze discus-siegroep is tweeledig interpreteerbaar. De titel verwijst enerzijds naar het onderwerp ontwikke-lingsstoornis als 'diagnose' in de kinder- en jeugd-
psychiatrie en anderzijds naar de vraag of er sprake is van een stoornis in de ontwikkeling van de kin-der- en jeugdpsychiatrie als professioneel kennis-
domein.

Vanaf eind 20e eeuw zien wij een toename van kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS). Aangenomen wordt dat ongeveer een op de 1000 kinderen een autistische stoornis heeft.

Geschat wordt dat de mildere vorm van autisme (PDD-NOS) twee tot drie keer zo vaak voorkomt als een 'autistische stoornis'.

De meest gehanteerde verklaring voor de toe-name van kinderen met ASS is de veronderstelling dat de toename komt door 'eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek'.

ASS is een ontwikkelingsstoornis. Een kind heeft een ontwikkelingsstoornis als vastgesteld wordt dat het kind zich niet goed ontwikkelt. Heeft een kind met een gestoorde ontwikkeling per definitie ASS?

STELLINGEN

1. Er is onvoldoende kennis met betrekking tot de bandbreedte van de normale ontwikkeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Wij moe-ten onze referentiekaders van kennis waaruit wij putten bij het verrichten van diagnostiek drin-gend verbreden door meer aandacht voor en ken-nis van de bandbreedte van de normale ontwikke-
ling.

2. De bandbreedte van de normaliteit is geen statisch gegeven. De bandbreedte van de normali-teit verandert onder invloed van veranderingen in de cultuur en normen en waarden van de samen-
leving.

3. Als in een parallelproces met de ASS, zijn wij als professionals binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, detailgericht, niet meer in staat om het geheel te overzien, concreetistisch, en hebben wij een fascinatie, namelijk die voor ASS.

LEERDOEL De deelnemer is zich meer bewust van de risico's die kleven aan het 'stoornis-' of 'symptoom'denken in de ontwikkeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie als professioneel kennisdomein.

D-193

Organisatievormen van dementiezorg: wat is de rol van de psychiater?

R.C. OUDE VOSHAAR, L. VLEUGEL, A.D.F. DHONDT, F. VERHEY
r.c.oude.voshaar@psy.umcg.nl

ACHTERGROND In het recent verschenen visiedocument van de afdeling Ouderenpsychiatrie wordt onder meer de positionering van de ouderenpsychiater besproken. Hierin staat dat 'de wijze van betrokkenheid van de ouderenpsychiater ten opzichte van andere medische disciplines in het zorgproces van ouderen met een psychiatrische stoornis (hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent) wordt bepaald door de mate waarin de psychiatrische stoornis leidend is ten opzichte van eventuele andere factoren in het beantwoorden aan een bestaande hulpvraag'. En 'omdat de presentatie van cognitieve klachten voort kan komen uit en/of een symptoom kan zijn van andere psychiatrische stoornissen, is het van belang dat ouderenpsychiaters een duidelijke rol spelen bij de (vroeg)diagnostiek van cognitieve problemen. Hetzij als primair deskundige op geheugenpoliklinieken, hetzij als laagdrempelig te raadplegen specialist bij meer complexe (vroeg) diagnostiek'. Deze passages geven duidelijk blijk van het belang dat de beroepsgroep hecht aan

betrokkenheid van ouderenpsychiaters bij de diagnostiek van en zorg voor mensen met cognitieve stoornissen.

In de dagelijkse praktijk is de dementiezorg sterk in beweging en verschilt de organisatie hiervan sterk tussen de verschillende regio's in het land. Dit betekent dat veel ervaring bestaat met verschillende organisatievormen en verschillende rollen voor de ouderenpsychiater hierin. Daarbij zien ouderenpsychiaters hun rol binnen de diagnostiek van en zorg voor ouderen met cognitieve stoornissen eveneens heel verschillend.

STELLINGEN

1. Geheugenpoliklinieken dienen primair vanuit de psychiatrie te worden vormgegeven.
2. Dementiezorg is specialistische zorg en moet onafhankelijk van de reguliere ggz worden vormgegeven.
3. De psychiater dient enkel specialist te zijn in gedragsproblemen bij dementie.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie wordt de deelnemer geacht dat hij de voor- en nadelen van de verschillende organisatievormen van de dementiezorg en de rol van de ouderenpsychiater en ons vakgebied hierbinnen kent en kan wegen in het maken van keuzen binnen zijn organisatie.

D-194

Patiëntenparticipatie samen vormgeven

J.J. STOLKER
joostjan.stolker@mentrum.nl

ACHTERGROND Op het Najaarscongres werd het thema patiëntenparticipatie door de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ), met medewerking van vele NVvP-leden, op de agenda gezet en van een eerste invulling voorzien. In deze discussiegroep willen we samen met u verder invulling geven aan het thema.

Er zijn meerdere argumenten om patiënten meer inbreng te geven in het individuele contact met de arts en in instellings-, richtlijn-, regionaal- en overheidsbeleid. Denk aan betrokkenheid bij de eigen behandeling, verbetering van de kwaliteit van zorg, legitimiteit van te nemen beslissingen, empowerment van patiënten en het vergroten van de kans op implementatie van besluiten.

Maar er zijn ook kritische geluiden; kan een patiënt zijn individuele ervaring wel omzetten naar breder toepasbaar beleid?

De CKZ wil met u nagaan op welke wijze patiëntenparticipatie binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) het best kan worden vormgegeven. Een drietal inleiders geeft u inzicht in het effect van participatie op verschillende gebieden: de arts-patiëntrelatie, het afdelingsbeleid, de cliëntenraden, maar ook bij richtlijnontwikkeling en implementatie, en als tegenwicht voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

STELLINGEN

1. Patiëntenparticipatie in de spreekkamer is een kwestie van attitude: ze laat zich niet in regels vastleggen.

2. Het NVvP-bestuur moet beleidszaken bespreken met een cliëntenraad.

3. Patiëntenparticipatie in de CKZ leidt tot beter uitvoerbare richtlijnen.

4. Deelname van patiënten aan richtlijncommissies is problematisch door ontbrekende kennis over *evidence-based medicine* (EBM) en statistiek.

5. Patiëntenparticipatie is afdoende geregeld middels een cliëntenraad. De individuele psychiater heeft hier geen bemoeienis mee.

6. Patiëntenparticipatie moet elk Voorjaarscongres als thema terugkomen.

LEERDOEL De deelnemer krijgt antwoord op de vragen:

- Wat is patiëntenparticipatie?
- Wat zijn de wettelijke kaders?
- Hoe wordt patiëntenparticipatie vorm gegeven in de gezondheidszorg?
- Wat zijn ervaringen met patiëntenparticipatie in de psychiatrie?

- Hoe kan de NVvP beleid omtrent patiëntenparticipatie optimaal vormgeven?
- Hoe kunnen patiënten het beste deelnemen aan richtlijnontwikkeling?

D-195

Richtlijn Gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen

N.J.M. BEUK, L. KOK, M.J.C. VAN LOOKEREN CAMPAGNE, R.R.J.M. VERMEIREN, W. MATTHYS
n.j.m.beuk@curium.nl

ACHTERGROND Tot de stoornissen die volgens DSM-IV-TR vanaf de kinderleeftijd kunnen worden gediagnosticeerd, behoren de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en de gedragsstoornis. Deze stoornissen worden samen met de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit ondergebracht onder het kopje Aandachtstekortstoornissen en gedragstoornissen. Hiermee wordt zowel de overeenkomst aangegeven tussen de twee gedragsstoornissen enerzijds en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit anderzijds, als het verschil met andere stoornissen beginnend in de kinderleeftijd, zoals de pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Sinds de zomer van 2009 is een (monodisciplinaire) NVvP-commissie Kinder- en Jeugdpsychiaters bezig met het opstellen van een allereerste Nederlandse richtlijn omtrent gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen.

De vijf uitgangsvragen daarbij zijn: de prevalentie van de stoornissen en met name van de comorbiditeit, het beloop en factoren die het beloop bepalen, diagnostiek, psychosociale interventies en farmacotherapie. Op het Voorjaarscongres willen wij de concepttekst aan collegae presenteren en voorleggen ter discussie. Daarnaast wordt een schriftelijke mogelijkheid ter officiële becommentariëring geboden vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

De richtlijncommissie stemt inhoudelijk af met een commissie die zich vanaf 2011 zal bezighouden met ontwikkeling van een richtlijn gedragsstoornissen voor de jeugdzorg. Daarin zullen aspecten aan de orde komen als preventie, inrichting van de organisatie en hoe hulpverleners therapeutische methoden kunnen hanteren en andere vaardigheden toepassen.

STELLINGEN

1. Er is dringend behoefte aan een richtlijn omtrent gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen.

2. Gedragsstoornissen worden nog te vaak gezien als opvoedingsprobleem en niet behorend bij de psychiatrie.

3. Voor een goed begrip van de behandelbaarheid van de gedragsstoornissen is het nodig niet alleen oog te hebben voor de stabiliteit van de symptomen of persistentie van de stoornissen, maar ook voor de veranderbaarheid van symptomen en stoornissen.

LEERDOEL Na afloop heeft de deelnemer kennis van: geadviseerde onderdelen bij diagnostiek, comorbiditeit en prognostische factoren en de belangrijkste *evidence-based* psychologische en farmacologische behandelinterventies.

D-196

Wie is de psychiater?

W. TEMPELAAR, M. BIK, R.A. VAN GRIEKEN, K. VIDEK
w.tempelaar@umcutrecht.nl

ACHTERGROND Recent is er vanuit de media volop aandacht geweest voor het vak van psychiater, zoals in de programma's *Kijken in de ziel* en *In therapie*. De kijker wordt hierbij geconfronteerd met een grote diversiteit in invulling van het vak. Ook psychiaters in de opleiding treffen in hun dagelijkse praktijk zeer verschillende rolmodellen.

De opleidingseisen tot medisch specialist omschrijven nauwkeurig welke kennis en competenties verplicht zijn. Er blijft echter met name in de psychiatrie veel ruimte over voor zeer uiteenlopende benaderingen en stijlen in de behandeling van patiënten. Er is geen *evidence-based* consensus over verscheidene behandelstijlen. Waar moet de aankomend psychiater een voorbeeld aan nemen?

STELLINGEN Aan de hand van stellingen en door aios voorgelegde praktijkdilemma's bediscussieren psychiaters van nu en psychiaters van de toekomst de uiterste grenzen in beroepsstijlen van de psychiater. Voorbeelden van stellingen zijn:

1. Hoe ver gaat de psychiater om in te voegen bij de patiënt?

2. Hoe ver gaat de psychiater om klachten te voorkomen?

3. Hoe ligt de rol van de verantwoordelijkheid van de psychiater voor de patiënt, bijvoorbeeld bij suïcide?

4. Hoe presenteert de psychiater zich in bijvoorbeeld kledingcode en taalgebruik?

Bij deze stellingen zullen aios en onder meer drs. J. Tielens stelling innemen.

LEERDOEL Aan het einde van de sessie is de deelnemer in staat om verschillende behandelstijlen op waarde te schatten en te kunnen kiezen in stijlen voor goed psychiaterschap. Er is een consensus ontstaan over de grenzen van onder meer communicatie, verantwoordelijkheid en defensief handelen.