

**Vereniging**  
**voor**  
**Klinische Psychotherapie**

**Bulletin 25**

**Bestuur:**

W.R. Scholte, voorzitter  
Mw. C. E. Wismeyer, secretaris  
Dhr. J. van den Berg, penningmeester  
Dhr. P. W. Deege  
Dhr. F. M. Huitema

**Secretariaat:**

Jiska Scholte,  
Bilderdijkstraat 1a,  
3881 WB Putten,  
Tel: 06 - 16 12 68 15.  
e-mailadres: [post@klinische-psychotherapie.nl](mailto:post@klinische-psychotherapie.nl)

**Redactie van het Bulletin:**

W. de Waard,  
Haaghuishof 29,  
2352 SW Leiderdorp,  
Tel: 071- 589 10 66.  
E-mail adres: [wwaard@sleutelstad.nl](mailto:wwaard@sleutelstad.nl)

**VKP – Website:**

[www.klinische-psychotherapie.nl](http://www.klinische-psychotherapie.nl)

**Redactie van de Website:**

Jiska Scholte.  
E-mail adres: [info@klinische-psychotherapie.nl](mailto:info@klinische-psychotherapie.nl)

## Een grotere VKP kan meer doen

Werft één of meer leden uit kliniek of uit dagkliniek en uit diverse referentiekaders.

### **Gespecialiseerd lidmaatschap** 70 Euro

Met merknaam klinisch psychotherapeut, na voltooide opleiding tot klinisch psychotherapeut

### **Gewoon lidmaatschap** 70 Euro

Psychologen, geregistreerd als psychotherapeut, kunnen het gewoon lidmaatschap aanvragen. Psychiaters zijn geregistreerd als psychotherapeut en kunnen het gewoon lidmaatschap aanvragen.

### **Aspirant lidmaatschap** 35 Euro

### **Buitengewoon lidmaatschap** 35 Euro

### **Senior lidmaatschap** 35 Euro

### **Lidcontribuant** 70 Euro

Instellingen kunnen lidcontribuant worden. Zij ondersteunen daarmee de VKP en ontvangen het Bulletin en uitnodigingen voor vergaderingen en studiedagen. Dit lidmaatschap is dan naast en niet als vervanging van individuele lidmaatschappen

Aanmelding bij het secretariaat van de VKP:

Jiska Scholte, Bilderdijkstaraat 1a,

3881 WB Putten,

Tel: 06 - 16 12 68 15,

e-mailadres: [post@klinische-psychotherapie.nl](mailto:post@klinische-psychotherapie.nl)

# Inhoudsopgave

2. Inhoudsopgave
3. Redactioneel
4. Van de voorzitter
6. Hete Hangijzermiddag: Werk en (de behandeling van) persoonlijkheidsstoornissen  
Inleiding
8. En van werken word je bepaald niet slechter.....

Lezing door mw. Drs. M.E.Reul – Verlaan

12. Arbeidsreintegratieprogramma van het Centrum voor Specialistische Psychotherapie
15. Aandacht voor....
16. Visiedocument Langerdurende Psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
20. INK en KIS
26. Ik mag weer mens zijn  
Dichtbundel door Lina van Mellaert
27. Aankondigingen
28. Kenmerken van Klinische Psychotherapie volgens de VKP
28. Referentiekaders in de klinische psychotherapie

## Redactioneel

Het vorige bulletin was net bij de drukker toen het goede nieuws kwam dat het BIG-register voor psychotherapeuten geopend zal blijven. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald. Alternatieve 'psycho-genezers' mogen het woord psychotherapeut niet gaan gebruiken. Of 'praktijk voor psychotherapie', zoals ik ergens zag staan, de wet overschrijdt weet ik eigenlijk niet.

In zijn bijdrage gaat Wubbo Scholte in op de ontwikkelingen in de vereniging en kondigt hij het Congres in 2006 aan, dat tezamen met de VMPD en de NVGP gehouden zal worden. Tijdens de jaarvergadering op 9 Juni zullen we over deze zaken meer horen. Dus komen.

In dit nummer het verslag over de Hete Hangijzer Middag van November 2004. Jaap Glasbergen, de algemeen manager van het CSP, vertelde een en ander over het nieuwe gebouw waar de CSP ingetrokken is en met name over de flexibiliteit van het gebouw. Later op de middag hebben we een rondleiding door het gebouw gehad.

De lezing over Werk en Persoonlijkheidsstoornissen werd gehouden door Ria Reul. Zij heeft onlangs ook een uitgebreide recensie geschreven over een boek: Arbeidshulpverlening bij psychische klachten, maar daarover in het volgende Bulletin meer. Zij was trouwens ook dagvoorzitter tijdens het symposium over het Ontwikkelingsprofiel. In het volgende Bulletin komt daar verslag over.

Tenslotte hoorden we hoe in het CSP het probleem werken benaderd wordt.

Onlangs is er van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een Visiedocument verschenen over Langerdurende Psychotherapie. Dit als reactie op de bezuinigingen van het kabinet. Mijns inziens een heel goed stuk dat ook heel duidelijk maakt dat langerdurende psychotherapie geen luxe maar noodzaak is. In dit nummer een samenvatting van het Visiedocument.

En tenslotte het KIS. Tijdens de studiedag van de VMPD in December 2004 zei de directeur van Altrecht, Frans de Ridder, in zijn inleiding dat hun instelling gebruik maakt van het management-model INK om alle gecompliceerde zaken (denk daarbij ook aan DBC, Zorginkoper, zorgmakelaar etc.) te beheersen. Het leek mij nuttig als ook klinisch psychotherapeuten hier enige notie van krijgen en sommigen zullen er denk ik ook rechtstreeks mee te maken krijgen. De heer Debipersad van Altrecht was zo vriendelijk om mij uitgebreid hier over te informeren en de ontwikkeling van INK naar KIS uit te leggen.

Wim de Waard.

## Van de voorzitter

Het zijn spannende tijden in psychotherapie land. De DBC's zitten er aan te komen. De richtlijnen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn in ontwikkeling. Het nieuwe zorgstelsel is op komst. Velen van ons hebben nog maar weinig zicht wat dit allemaal voor ons vak gaat betekenen. In ieder geval is duidelijk dat de politiek steeds meer de behandelkamer en de kliniek binnen komt en gaat bepalen wat daar moet gebeuren.

Ik heb daarbij de indruk dat wij als psychotherapeuten, zowel ambulante als klinische, nog niet goed weten wat we hier mee aan moeten. Wellicht dat de meesten denken: het loop zo'n vaart nog niet. Terwijl er toch al forse kortingen zijn geweest en de nieuwe veranderingen nog meer gaan ingrijpen op de bestaande praktijk.

Op het gebied van belangenbehartiging kunnen we denk ik nog wel wat leren van de huisartsen. Omdat ook de klinische en dagklinische psychotherapie onder druk staan bij al deze veranderingen.

Het afgelopen jaar hebben bestuur en OC vaker gezamenlijk vergaderd om tot een gemeenschappelijke visie te komen aangaande de toekomst van de VKP. Hierbij hebben we gesproken over de visie van de VKP op klinische psychotherapie. Dit heeft geleid tot een voorstel tot herziening van het opleidingstraject van de VKP met hieraan gekoppeld verbreding van het lidmaatschap van de vereniging. En hieruit is het document voortgekomen dat alle leden bij de stukken voor de jaarvergadering zullen ontvangen

Verder zijn we doorgeslagen met het zoeken naar samenwerking met andere specialistische verenigingen. Samen met de VMPD en de NVGP zijn we bezig een congres te organiseren waar de dynamiek in groepen in (dag)klinische settingen centraal staat. Als voorlopige datum voor dit congres wordt aangehouden 15 en 16 juni 2006.

Het secretariaat functioneert nu goed en is goed bereikbaar, hetgeen onder meer blijkt uit het feit dat de VKP in toenemende mate van buiten af benaderd wordt.

Vanuit het bestuur is Frans Huitema afgevaardigd naar de landelijke "Werkgroep Richtlijnontwikkeling Behandeling Persoonlijkheidsstoornissen".

In november 2004 was er een geslaagde Hete Hangijzermiddag bij het CSP te Oegstgeest. Opvallend was de grote opkomst van met name niet-psychotherapeuten. Dit laatste onderstreept nog eens de voorgenomen verruiming van het lidmaatschap.

Als kerntaak voor de komende jaren ziet het bestuur het ontwikkelen en overdragen van het klinisch-psychotherapeutisch gedachtengoed aan alle daarin werkzame disciplines. Uit strategische en praktische overwegingen zal dit zoveel mogelijk gedaan worden samen met andere organisaties en verenigingen.

Op de **jaarvergadering op 9 juni op Het Centrum voor Psychotherapie te Lunteren** hopen we hier verder over te praten.

Voor de jaarvergadering is er een Hete Hangijzermiddag met een lezing over 'Tijd, trauma en geheugen'. We beginnen om **14.00 uur**. Iedereen is welkom, ook niet-leden.

Aandachtspunt blijft de samenstelling van het bestuur. Nog altijd zijn nieuwe bestuursleden van harte welkom!

Wubbo Scholte

# Hete Hangijzermiddag

## Inleiding

Deze keer ging het over Werk en (de behandeling van) Persoonlijkheidsstoornissen. De middag werd gehouden bij het CSP (Centrum voor Specialistische Psychotherapie), onderdeel van de Rijngeestgroep. Toen nog de Rijngeestgroep. Inmiddels is deze gefuseerd met de Robert Fleury Stichting en tezamen heten zij nu Rivierduinen. Weet u dat ook weer.

Vorig jaar heeft het SCP een nieuw gebouw in gebruik genomen op het terrein waar vroeger de Jelgersmacliniek was.

Jaap Glasbergen, algemeen manager van het CSP, ging hier nader op in. Het is een proces van zo'n acht jaren geweest. Belangrijk was dat een vaste groep medewerkers van af het begin, het opstellen van een program van eisen, tot het eind, de verhuizing, uit dezelfde mensen bestond. Dat bevorderde in hoge mate de eenduidigheid tijdens het proces. Daarnaast hadden ook de cliënten een inbreng.

Het is een gebouw dat op een flexibele wijze ingedeeld kan worden. Momenteel zijn er vijf afdelingen die ieder een eigen deel van het gebouw hebben. Daardoor kan iedere afdeling zijn eigen milieu opbouwen. Maar zou het in de toekomst wenselijk zijn dan kunnen er ook minder afdelingen of een grote afdeling van worden gemaakt. De vijf huidige afdelingen hebben dus ieder een huiskamer, een eetkamer en een goed ingerichte keuken, waar de cliënten koken. Dat is allemaal parterre. Eenhoog zijn de slaapkamers en tweehoog de therapie-ruimten.

CSP-Zuid is voor cliënten met een ernstige neurotische problematiek;  
een 5-daags programma klinisch en dagklinisch.

CSP-West is voor cliënten met een borderlineproblematiek;  
een 5-daags klinisch programma.

CSP-Noord is voor cliënten die teruggetrokken en eenzaam functioneren;  
een 5-daags programma klinisch en dagklinisch.

CSP-Eetstoornissen is voor cliënten met eetstoornissen;  
een klinisch programma en een 3-daags en 1-daags dagklinisch programma.

CSP- De Voorde is voor cliënten met traumagerelateerde problematiek;  
een 3-daags en 1-daags dagklinisch programma.

De lezing werd gehouden door Ria Reul van Ockenburgh Prevent, een organisatie die sinds enkele jaren bestaat.

Over Ockenburgh Prevent vermeldt de website onder andere het volgende: Zij hebben zich gespecialiseerd op het gebied van arbeid en psychische klachten. Zij geven coaching, bemiddeling bij verstoorde arbeidsverhoudingen en trainingen betreffende rehabilitatie, leefstijl, omgaan met agressie, bemiddeling en training voor leiding en management.

Na aanmelding verrichten zij onderzoek en analyse:

- een quick scan met snel onderzoek en advies,
- een persoonlijke analyse,
- een sterkte-zwakke analyse,
- een analyse van belasting en belastbaarheid.

Het team bestaat uit psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. 80% van de werknemers komt weer tot werkhervatting.

En uit hun Nieuwsbrief:

Een aantal soortgelijke bedrijven heeft tot samenwerking besloten mede om te bereiken dat deze hulp in het gehele land geboden kan worden. Dit onder de naam: Centra voor Arbeid en Psyche Nederland. Al deze bedrijven zijn ontstaan uit initiatieven van GGZ-instellingen. Derhalve kunnen hun professionals complexe, ingewikkelde problematiek goed en snel behandelen.

Een goed contact met de GGZ bevordert ook dat bij meer specialistische hulp een snelle doorverwijzing mogelijk is.

Werk mag dan soms leiden tot ziekteverzuim, veel vaker is werk een positief structurerende factor in het herstelproces.

## **En van werken word je bepaald niet slechter....**

Lezing door Ria Reul, directeur van Ockenburg Prevent, centrum voor arbeid en psyche.

Het belang van werken moet niet onderschat worden. Werken draagt bij aan het herstel als er sprake is van ziekte of van een stoornis. Werk geeft structuur aan het leven en biedt ook de mogelijkheid om te leren. En ...het werk biedt de mogelijkheid om gebruik te maken van de gezonde kant van een mens. Het versterkt daarbij het gevoel van eigenwaarde.

Wanneer men iemand weer in het arbeidsproces wilt integreren moet men een aantal factoren in het oog houden.

De arbeidsorganisatie.

Bij het werk is de arbeidsorganisatie van belang. Men onderscheidt daarbij:

- de inhoud van de arbeid. Om wat voor soort werk gaat het. Zijn er mogelijk- heden om bepaalde regelingen te treffen.
- de arbeidsverhoudingen. Hoe is het met de communicatie tussen werkgever en werknemer en de werknemers onderling.
- de arbeidsomstandigheden. En dat geldt zowel fysiek als psychisch.
- de arbeidsvoorwaarden. Dat betreft dan het werkrooster, het salaris en dergelijke.

Factoren bij de werknemer.

Bij de werknemer moet men ook een aantal aspecten in het oog houden:

- hoe is zijn copinggedrag.
- wat is zijn prioriteitsstelling (time management).
- Hoe is zijn privé-situatie.
- Gebruikt hij medicatie die zijn werk kan beïnvloeden.
- Is er co-morbiditeit.
- Hoe kan de combinatie zorg en werk geregeld worden.

De praktijk leert dat een werkgever en een werknemer een heel verschillende kijk op deze dingen hebben.

Wat bindt mensen aan het werk.

- het geleverde product.
- De doelstelling van de organisatie.
- De sociale rol van de organisatie.

En wat betekent dit alles voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Het tijdcontingent.

Dat is in dit verband de maximaal toegestane tijd om tot werken te komen.

- Werkhervatting of beginnen met werken moet een expliciete doelstelling zijn.
- Het traject gericht op werkherhvatting moet parallel lopen aan de behandeling.

- Ook voor werkhervatting moet een concreet plan gemaakt worden dat uitgevoerd wordt.

De aanpak van arbeidsrelevante psychische klachten vraagt een gestructureerde, tijdcontingente aanpak. In de eerste fase staan klachten en nadere analyse van het probleem centraal. Doel van de interventie is om de werknemer de greep en regie op zijn leven terug te geven. In de tweede fase zet de werknemer de eerste stappen in de richting van verandering, onder andere door een grondige analyse van de factoren die tot de problemen hebben geleid. En door een plan te maken voor de aanpak ervan. In de derde fase brengt hij het geleerde in praktijk en consolideert dit.

Het taxatiemodel van Prevo en Burik.

Het is nuttig om dit model te gebruiken wanneer men naar werkhervatting streeft. Prevo en Burik hebben een boek geschreven: Het ABC van psychische problemen op het werk. In dit boek beschrijven zij het ABC-model dat zij hebben ontwikkeld. Aan de hand van een aantal vragenlijsten en checklists hebben zij een taxatiemodel gemaakt. Dit model brengt beperkingen door psychische problemen in kaart. En het laat de achtergronden van werkgerelateerde psychische problemen en stoornissen zien. Het gaat na welke gebeurtenissen op het werk en in de huiselijke situatie tot de stress hebben geleid. Ook welke strategieën de werknemer heeft gebruikt en welke overontwikkelde gevoels- en gedrag patronen er waar te nemen zijn. Een hoofdstuk wordt gewijd aan de persoonlijkheid van de werknemer. In een volgend hoofdstuk gaan zij nader in op het copinggedrag, de competenties en de conflicten. Vervolgens welke psychische en ook lichamelijke klachten er kunnen optreden.

Met het ABC-model werken aan oplossingen.

Met het ABC-model kan men werken aan oplossingen om tot werkhervatting te komen. Het model geeft een leidraad voor klachtenvermindering en reïntegratie in het werk. En welke nieuwe alternatieve gedrag patronen er ontwikkeld kunnen worden.

Wanneer kan men het best beginnen om met dit model te zoeken naar oplossingen om tot werkhervatting te komen.

Globaal gezegd heeft het bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster C de voorkeur om al bij het begin van de behandeling ook hiermee te starten.

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B is meer maatwerk noodzakelijk en kan men beter in een later stadium beginnen.

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A zal men meestal zoeken naar vrijwilligerswerk.

Het Stelsel Sociale Zekerheid.

Bij reïntegratie in het werk heeft men uiteraard te maken met ons stelsel van sociale zekerheid. De sociale verzekeringen betreffen de diverse volks-

verzekeringen als AWBZ en AKW (algemene kinderbijslagwet). Ook de werknemersverzekeringen en de Wet Arbeid en Zorg.

Sociale voorzieningen betreffen de algemene bijstandswet en de WAJONG (wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten).

Wet- en regelgeving.

Bij reïntegratie in het werk na ziekte heeft men te maken met de WVP (wet verbetering poortwachter). In deze wet staat welke stappen werkgevers en werknemers moeten nemen om de zieke werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Na uiterlijk acht weken moet er een plan van aanpak zijn en dat plan moet met de belanghebbenden worden gemaakt. Een case manager moet de werknemer dan eerder en effectiever begeleiden.

De WUBLZ oftewel de wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte heeft de oude ziektewet vervangen. Hij impliceert bij ziekte van een werknemer dat de werkgever gedurende 52 weken 70% van het loon moet doorbetalen. Heeft bij het plan van aanpak de werkgever zich onvoldoende ingespannen om de werknemer weer aan het werk te krijgen dan moet hij het loon nog een jaar extra doorbetalen, dan dus twee jaar. Als de werknemer zich onvoldoende heeft ingespannen om weer aan het werk te komen dan kan zijn loondoorbetaling worden gestopt of kan hij ontslagen worden of zijn WAO verminderd worden.

Bij reïntegratie van arbeidsgehandicapten kan men te maken hebben met de REA, oftewel de wet op de reïntegratie van arbeidsgehandicapten. Dat zijn dan mensen met een WAO, een WAZ of een WAJONG uitkering. De wet REA biedt subsidiemogelijkheden en reïntegratie-instrumenten die kunnen helpen bij het behouden of krijgen van werk. Bijvoorbeeld financieel voordeel voor de werkgever als hij een arbeidsgehandicapte in dienst neemt of aanvullend loon als een werknemer weinig krijgt.

Bij de WVG, de wet voorziening gehandicapten, gaat het om materiële zaken als een rolstoel, aangepast vervoer naar het werk en dergelijke.

De WSW, wet sociale werkvoorziening, kan soms werk bieden bij een lichamelijke handicap of een psychische stoornis.

Bij reïntegratie kan men ook te maken krijgen met het arbeidsrecht:

- De Arbo-wet, die de arbeidsomstandigheden regelt waar zowel werkgevers en werknemers zich aan moeten houden.
- De Flex-wet, die een goed evenwicht tussen flexibiliteit en zekerheid in bedrijfsvoering voor werkgevers reguleert en zekerheid op werk en inkomen voor werknemers reguleert. Het sluiten van arbeidsovereenkomsten is daar een onderdeel van.
- De Wet Arbeid en Zorg. Deze geeft regels voor een evenwicht tussen arbeid

en zorg. Bijvoorbeeld bij zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof, loopbaanonderbreking.

Verder kan men te maken krijgen met de Volksverzekeringen zoals de AWBZ.

En met sociale voorzieningen als de WWB en de WAJONG.

De Samenwerkingspartners.

Als de werknemer nog een arbeidscontract heeft zijn dat de volgende instanties:

- Het bedrijfsmaatschappelijk werk.
- De leidinggevende van het bedrijf.
- De bedrijfsarts.

Als de werknemer geen arbeidscontract meer heeft dan zijn er:

- Het UWV.
- Het reïntegratiebedrijf.
- De arbeidsdeskundige.
- De verzekeringsarts.

# Arbeidsreintegratieprogramma van het CSP (Centrum voor Specialistische Psychotherapie)

Door Paula Mulder, Maatschappelijk werkster in het CSP, voorheen dramatherapeute en door Marijke van der Kley, arbeidsdeskundige.

Zij verzorgen bij het CSP het WSF-programma. Werk, studie en financiën. Al sinds 1984 is er aandacht voor werkhervatting na het ontslag uit de kliniek. Aanvankelijk was er een individueel spreekuur met het GMD (Gemeenschap- pelijke Medische Dienst). Van 1984 af deed men dat met een aantal patiënten tegelijk.

In 1994 werd er een ontslaggroep geformeerd, die de laatste drie maanden van de opname en de eerste drie maanden na ontslag bij elkaar kwamen. Dat werd het begin van de WSF.

Het is een programma voor het hele CSP, dus zowel Noord, Zuid als West. Mensen gaan aan het WSF meedoen als de therapie in de eindfase is gekomen. Ongeveer drie en een halve maand voor het verwachte ontslag is er een kennismakingsgesprek. Hierin wordt uitleg gegeven en wordt hun gevraagd na twee weken drie verslagen mee te nemen:

- een reso(cialisatie)verslag. Wat zijn je toekomstplannen? Hoe denk je de vrije tijd in te gaan vullen? Hoe kan je trachten om terugval te voorkomen.
- een arbeidsanamnese. Wat is je opleiding? Welke werkervaring heb je? Hoe was je functioneren in je studie en je werk? Welke sterke en zwakke punten heb je? Welke invloed hebben psychische problemen. Wat is je visie op de toekomst.
- een BZO. Een beroepsleuzezelfonderzoek. Hierin moet naar voren komen welke beroepen en kwaliteiten bij je passen.

De WSF werd in twee delen gesplitst. De WSF-1 voor de drie laatste maanden van de opname en de WSF-2 voor de eerste drie maanden na ontslag. Beide groepen komen een maal per week gedurende vijf kwartier bij elkaar.

WSF - 1

Al doende bleek dat in de WSF-1 praten over werk erg beladen was en veel weerstand opriep. Uiteindelijk zijn er een aantal onderwerpen naar voren gekomen die beter aansloegen.

- Het kwaliteiten- of vaardighedenspel. Het gaat dan om de vaardigheden die je bij werken nodig hebt.

2. Het thema 'Wat vertel ik over mijn opname aan mensen die ik op de werkvloer tegenkom.'

Open zittingen, dat wil zeggen dat de groepsleden zelf een thema inbrengen en verder elkaar op de hoogte houden welke acties ze ondernemen en welke

gevoelens een en ander oproept.

-De stille stoel. Een der groepsleden zit op een stoel en zwijgt. De anderen noemen om de beurt een beroep waarvan ze denken dat het bij die persoon kan passen. De genoemde beroepen worden opgeschreven en daarna geeft de 'de stille stoel persoon' commentaar op de genoemde beroepen. Het geeft een beeld hoe je bij anderen overkomt en soms brengt het iemand op een idee.

## WSF - 2.

De ontslaggroep komt een dag per week bij elkaar in het receptiegebouw, dat wil zeggen duidelijk gesepareerd van de kliniek. De WSF-2 vormt een programmaonderdeel van die dag. De dag begint met de WSF-2 en daarna volgt sociotherapie. Al doende is gebleken dat het eigenlijk beter zou zijn om met sociotherapie te beginnen daar de groepsleden bij aankomst vol zitten met emoties en gebeurtenissen die in de sociotherapie thuis horen. Het laatste onderdeel van de dag is de psychotherapie.

De houding van de groepsleden in de WSF-2 is anders dan in de WSF-1. Zij hebben meer verantwoordelijkheid genomen en willen meer weten.

In de WSF-2 heeft men om de week 'open zittingen' waarin de groepsleden met elkaar praten over het werk en wat ze daarin tegenkomen.

De andere dagen zijn er vastgestelde onderwerpen:

-het kwaliteitspel; hierbij kijken en benoemen de groepsleden kwaliteiten die ze bij de anderen zien.

-reïntegratie en UWV; en daarmee verband houdend de WVP, de wet verbetering poortwachter. Bij deze zitting is Marijke van der Kley als arbeids- deskundige WOSM aanwezig. Zij kan allerlei praktische vragen beantwoorden.

-leren solliciteren. Paula maakt daarbij gebruik van haar opleiding tot dramatherapeute en diverse aspecten van het solliciteren worden in dramavorm of rollenspel duidelijk gemaakt. Als voorbeeld noemde zij de werkgever die in het gesprek een gat in het cv aanroert en dit wil uitdiepen terwijl de werknemer daar juist niets over wil zeggen.

In de periode dat de ontslaggroep na ontslag bij elkaar komt heeft Marijke van der Kley als arbeidsdeskundige ook individuele contacten met de groepsleden. En dan met name over mogelijke werkhervatting. Welke mogelijkheden zijn er:

- Reïntegratie bij de eigen werkgever. Hetzij het eigen oorspronkelijke werk, hetzij ander passend werk. Soms wordt begonnen met werken op arbeidstherapeutische basis.
- Reïntegratie bij een andere werkgever. Er bestaat een persoonsgebonden reïntegratiebudget dat hierbij gebruikt kan worden. Er kan dan een individuele reïntegratieovereenkomst worden gesloten. Er zijn reguliere reïntegratietrajecten en het UWV kan hier een rol in spelen.

De therapeuten van de ontslaggroep, dus van de sociotherapie, de psychotherapie en de WSF, hebben wekelijks een kort overleg met elkaar. Ieders verslag van de vorige week wordt dan uitgewisseld. Van alle groepsleden is er na zes weken een evaluatie, evenals aan het eind van de drie maanden. Dit is dan het klein OTO (ontslaggroep therapeuten overleg). Dus is er ook een groot OTO, eenmaal per 2 maanden. Daarbij zijn verder alle programmaleiders aanwezig en een coördinerend sociotherapeut van iedere afdeling en een teamleider. Daar is het functioneren van de ontslaggroep als geheel het thema.

Tijdens de opname kunnen mensen deelnemen aan de module 'baas in eigen beurs'. Daarnaast is het plan om met name mensen die bij de opname nog werk hebben al direct in contact met Marijke te brengen om op die manier de reïntegratie naar het werk tijdig te kunnen beginnen. En het zou positief zijn als tijdens sociotherapie-uren het thema 'werk' meer ter sprake zou komen.

De teloorgang van de verzorgingsstaat maakt het extra belangrijk dat het zelfmanagement van de cliënten wordt bevorderd.

(Men spreekt tegenwoordig over verzorgingsstaat. Een tijd geleden was er een interview met Schermerhorn, eerste minister direct na de oorlog. Hij merkte onder andere op dat het toendertijd, dus kort na de oorlog, de bedoeling was om een zorgzame staat op te bouwen, hetgeen heel iets anders is dan een verzorgende staat. Helaas is onze staat de laatste jaren ook steeds minder zorgzaam, in mijn ogen.

En vergelijken we dit met ons eigen werk: een goede therapeut is zorgzaam voor zijn patiënten en cliënten, maar juist niet verzorgend, de W.)

## **Aandacht voor....**

### **Tijdschrift voor Psychotherapie**

In het nummer van Mei 2005 staat een recensie van het boek: Arbeidshulpverlening bij psychische klachten. De recensie werd geschreven door Ria Reul, die in November 2004 een lezing hield voor de VKP. Het boek bevat protocollen voor interventies bij werknemers met arbeidsuitval door psychische klachten. Protocollen zoals die bij GGZ Friesland worden gebruikt.

Het boek bevat een protocol over verwijzen en samenwerken met huisartsen en bedrijfsartsen, zes protocollen voor individuele behandeligen, drie voor groepsbehandeling en een protocol voor een drie maanden durende dag-behandeling. De individuele interventies die als protocol worden beschreven zijn: kwaliteitsanalyse, waarin de werknemer zelf systematisch zijn problema- tiek analyseert en oplossingen zoekt; dan cognitieve therapie; werkhervatting; klachtreductie en stressmanagement; time management en traumabehandeling met EMDR. De groepsbehandelingen zijn gericht op mensen met burn-out klachten, mensen met assertiviteitsproblemen en op overbalaste vrouwen.

Behalve dat zij inhoudelijk het boek becommentarieert maakt zij ook een aantal lezenswaardige opmerkingen over arbeidshulpverlening. Arbeidsuitval door psychische klachten veroorzaakt ruim eenderde van het ziekteverzuim en tot voor kort ook van de WAO-instroom. Een groot deel van de arbeids- relevante psychische klachten wordt veroorzaakt door stress. Het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid is verstoord.. Bij het ontstaan van de klachten spelen zowel factoren in de arbeidssituatie een rol als in het prive-leven. Ook de copingstijl en het persoonlijke functioneren spelen een rol.

Meestal zijn arbeidsrelevante psychische klachten goed te behandelen. Snel ingrijpen is erg belangrijk. Een goede analyse van het probleem en een goed plan van aanpak zijn onmisbaar. Een op de problematiek toegesneden protocol voor onderzoek en indicatiestelling is daarbij onontbeerlijk. Daarin moet opgenomen zijn hoe de klachten en het (dis)functioneren worden geanalyseerd, welke problemen een rol spelen en in welke termen de doelstellingen van de interventies worden geformuleerd. In Friesland worden hierbij twee vragen- lijsten afgenomen: de SLC-90-klachtenlijst en de Utrechtse burn-outschaal. Het zou erg nuttig zijn om daarnaast het functioneren van een werknemer op zijn werkplek en daarbuiten te meten.

Verschillende beroepsverenigingen ontwikkelen richtlijnen voor de aanpak van arbeidsrelevante psychische klachten. De beroepsvereniging voor bedrijfs- artsen gaf in 2000 de 'Richtlijn psychische klachten' uit. Voor huisartsen verscheen in 2003 een nascholingsmodule over 'Surmenage'. En nu dus boven- genoemd boek met protocollen.

Naast een aantal kritische opmerkingen stelt zij dat hulp bij arbeidsrelevante klachten een andere houding en een andere kijk op problematiek vraagt. En dit boek geeft daarvoor een goede aanzet.

## **Visiedocument Langerdurende Psychotherapie**

In het Bulletin van November 2004 stond in de rubriek 'Aandacht voor....' vermeld dat het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een Commissie Langerdurende Psychotherapie had ingesteld. Dit in verband met de bezuinigingsmaatregelen van het kabinet en de gevolgen daarvan. Deze commissie heeft een visiedocument gemaakt en dit is in April 2005 door de ledenvergadering van de NVvP aangenomen. Het visiedocument gaat vooral over ambulante langerdurende psychotherapie maar lijkt me ook voor klinisch psychotherapeuten nuttig om kennis van te nemen.

In het visiedocument wordt psychotherapie gedefinieerd als een behandeling die tot doel heeft om genezing of verbetering van psychische aandoeningen te bewerkstelligen door op methodische wijze symptomen te beïnvloeden en veranderingen teweeg te brengen in de beleving, de cognities en de wijze van functioneren van patienten.

In het rapport van de Gezondheidsraad van 2001 werd langerdurende psychotherapie gedefinieerd als een vorm van psychotherapie die langer dan een jaar duurt of meer dan 25 sessies telt. In het visiedocument is deze definitie overgenomen. Ambulante KPT vormt in de stepped-care gedachte een logische schakel tussen enerzijds kortdurende of laagfrequente ambulante therapieën en anderszijds meer intensieve klinische en deeltijdbehandelingen.

Naar medische maatstaven is er sprake van ziekte bij patienten die een stoornis vertonen op As I of As II van de DSM-IV en bij patienten met trekken van persoonlijkheidsstoornissen en bij wie As IV en As V chronisch zwaar belast zijn. Het verdient aanbeveling om de zorgzwaarte te bepalen op basis van de best beschikbare parameters om de drie componenten distress, disability en disfunction in te schatten.

Per 1-1-2006 zullen alle curatieve behandelingen, waaronder psychotherapie, in het nieuwe ziektekostenverzekeringsstelsel worden ondergebracht. Daarbij zal onderscheid worden gemaakt tussen een verplicht verzekerd A-compartiment met vaste tarieven, het basisverzekeringspakket, en een aanvullend B-compartiment waar vrije prijsonderhandelingen zullen gaan plaats vinden. Het is nog onduidelijk waar de grens tussen beide compartimenten zal komen te liggen.

Naar verwachting zal tegelijk de introductie van de DBC-systematiek plaats vinden. De LPT zal in deze systematiek goed verankerd moeten worden.

LPT wordt in het visiedocument beoordeeld met behulp van de trechter van Dunning en aan de hand van de concepten ziektelast en DALY's. De LPT-vormen en –indicaties die van uit dit perspectief positief worden beoordeeld horen vanzelfsprekend thuis in het basisverzekeringspakket.

De trechter van Dunning. Deze werd in 1991 beschreven.

Deze omvat een viertal criteria aan de hand waarvan beoordeeld moet worden of een bepaalde zorg een plaats moet krijgen in het basisverzekeringspakket.

1. De noodzaak van zorg, dat wil zeggen, de vraag of er sprake is van een behandeling, die belangrijk is voor behoud of herstel van gezondheid.
2. De werkzaamheid van de betreffende behandeling.
3. De doelmatigheid van de betreffende behandeling (kosten en baten, vergeleken met die van andere gebleken werkzame behandelingen).
4. De geschiktheid om voor eigen rekening van het individu te komen (aanvaardbaar en overzienbaar financieel risico?).

Oorspronkelijk, dus in 1991, stelde men eerst vraag 1. Was het antwoord ja dan volgde vraag 2. Bij ja volgde vraag 3. En bij weer ja volgde vraag 4 en was daarop het antwoord nee dan kon een bepaalde zorg een plaats krijgen. Inmiddels weet men dat het in deze stricte volgorde niet altijd klopt en gaat men nu uit van een gewogen gemiddelde van deze vier criteria.

Ad 1: In welke voor psychotherapeutische behandeling in aanmerking komende gevallen is er sprake van ziekte (distress, disability en disfunction ofwel leed, beperking, psychische nsociaal disfunctioneren) en is er derhalve een noodzaak tot LPT behandeling. As I stoornissen worden als ziekte beschouwd. Ook bij persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van ziekte. Verder is er bij veel gestelde indicaties voor psychotherapeutische behandeling sprake van subklinische angst en depressie. Er is dan niet altijd een DSM-profiel op as I en II, maar er is wel distress, disability en disfunction en dus is er sprake van ziekte. Deze vrij grote groep leent zich echter nauwelijks voor goed methodologisch onderzoek.

Bij de indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn het As IV en As V die zowel de ernst van de problematiek als de noodzaak tot behandeling , ofwel de zorgzwaarte kunnen helpen bepalen. Men spreekt tegenwoordig ook over ziektelast, welke uitgedrukt wordt in DALY's. Deze zijn voor elke ziekte

opgebouwd uit de som der jaren die verloren gaan door vroege sterfte en de 'gewogen' jaren die verloren gaan door ziekte.

Ad 2: In welke gevallen is, uitgaande van de beschikbare evidentie, LPT een effectieve behandeling.

Daar het toepassen van de RCT methode bij het onderzoek naar de effecten van psychotherapie zeer problematisch is pleit de commissie voor een bredere wijze van verantwoorden, waarbij gebruik gemaakt wordt van een pluraliteit van onderzoeksmethoden. Onder andere kwalitatief hoogwaardig cohort- onderzoek en naturalistisch onderzoek.

De commissie heeft aan de hand van een groot aantal wetenschappelijke publicaties de volgende conclusies getrokken:

- LPT is effectief bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, met name de borderline persoonlijkheidsstoornis, of Cluster C (evidence level A1 volgens de Cochranesystematiek).
- Het is aannemelijk dat een LPT behandeling ook effectief is bij de grote groep Persoonlijkheidsstoornis NAO met cluster B en C kenmerken.
- LPT heeft meerwaarde in de vorm van een vervolgbehandeling bij patienten met recidiverende of chronische depressies.
- Enkele LPT onderzoeken bij patienten met een eetstoornis laten een positief resultaat zien, met name als het gaat om een vervolgbehandeling na een ziekenhuisopname. Psychotherapie wijzigingen in de hersenen teweeg brengt, waardoor de hypothese van werkzaamheid wordt ondersteund.
- Uit neurobiologisch onderzoek blijkt dat psychotherapie wijzigingen in de hersenen teweeg brengt waardoor de hypothese van werkzaamheid wordt ondersteund. Uit het beschikbare onderzoek kan men stellen dat wanneer psychopathologie het gevolg is van constitutionele aanleg en vroege leerervaringen dan zijn die verankerd in een neurobiologisch substraat. Dat laat wel veranderingen toe maar geleidelijk en mede op basis van corrigerende emotionele ervaringen.

Ad 3: Bij welke groepen van patienten is LPT doelmatig ofwel kosteneffectief. In welke gevallen heeft LPT aantoonbare meerwaarde boven andere aangetoond effectieve behandelingen in termen van kwaliteit van leven en/of in economisch opzicht.

Uit een kosteneffectiviteitsstudie op basis van de studie van Howard (1986), de epidemiologische gegevens van GGZ-Nederland, Zimmerman en het rapport van de Gezondheidsraad (2001) en een aantal publicaties over de zorgconsumptie en het arbeidsverzuim van patienten met een psychische stoornis wordt het aannemelijk dat de recente bezuinigingsmaatregelen alleen het eerste jaar na in werking treden een bezuiniging aan zorgkosten zullen opleveren, maar in de jaren daarna juist honderden miljoenen extra zorgkosten met zich zullen brengen. In deze analyse zijn niet meegenomen de indirecte kosten door bijvoorbeeld transgenerationale overdracht van problematiek en de (subjectieve) lijdenslast. Er bestaat een lijst van DALY's waarin angststoornissen, depressies en alcoholafhankelijkheid in de top tien staan.

Uit kosteneffectiviteitsstudie blijkt tevens dat psychotherapie een positief effect heeft op het arbeidsaanbod.

Dus LPT is kosteneffectief en bewerkt een aantoonbare afname van overige gezondheidszorgkosten zoals opnames, arbeidsverzuim, uitkeringen enz.

Ad 4: Is LPT geschikt om voor eigen rekening van de patient te komen? LPT is een arbeidsintensieve behandelvorm. De kosten lopen in de honderden euro's per maand.

Er wordt een forse investering gevraagd van de patienten. Zowel financieel (de eigen bijdrage), als qua tijd en emotioneel.

Concluderend: LPT hoort thuis in het basisverzekeringspakket en is niet geschikt om voor de eigen rekening van de patient te komen.

De kwaliteit van de LPT en de randvoorwaarden.

Bekwame psychiaters dienen in een goed georganiseerd veld op inhoudelijk en economisch onderbouwde basis LPT te kunnen (helpen) bieden als wezenlijk onderdeel van hun werkzaamheden. Adequate financiering en borging daarvan middels een goede monitoring zijn hiertoe noodzakelijke randvoorwaarden.

De basisopleiding tot psychiater moet voorzien in het bekwamen in psychotherapeutische behandelwijzen. Daarnaast zou de mogelijkheid tot bijzondere bekwaming in de psychotherapie voor psychiaters ingebouwd moeten worden in het tweede gedeelte van de opleiding.

## **INK en KIS**

Tijdens de landelijke dag van de Vereniging van Medewerkers in voorzieningen voor Psychiatrische Dagbehandelingen hield de directeur van de divisie bovenregionaal van Altrecht, Frans de Ridder, een inleiding. Deze divisie heeft zeven zorgafdelingen met 350 functies. Hij wees op de naderende ingrijpende organisatorische veranderingen waar we mee te maken zullen krijgen: DBC's, HKZ, zorgkantoren, zorginkopers, marktwerking, enz.

Om deze gecompliceerde zaken zo goed mogelijk te kunnen beheersen maakt de divisie bovenregionaal van Altrecht gebruik van een zelf ontwikkeld kwaliteitssysteem bestaande uit een aantal beleids- en kwaliteitsinstrumenten. Hieronder worden de kwaliteitsinstrumenten genoemd en kort toegelicht.

- BSC (Balanced Score Card): dit is een beleids/besturingsinstrument met 4 terreinen (clients, interne processen, financiën en leren + ontwikkelen) die in evenwicht dienen te zijn.
- INK-posatiebepaling: deze maakt organisatorische verbeterpunten inzichtelijk en dient als input op de BSC.
- Primair Procesbeschrijving en kostprijsberekeningen: deze dient ter verantwoording van de aangeboden zorg.
- KIS (Kwaliteits Informatie Systeem): dit is een monitoringsysteem voor beleidsplannen.
- Productcatalogus: dit is een samenstelling van relevante informatie

Daar de klinische psychotherapie afdelingen van Altrecht hier mee te maken hebben en wellicht elders ook klinische psychotherapie afdelingen hier mee te maken hebben of krijgen leek het mij nuttig hier aandacht aan te besteden.

De heer Prashaant Debipersad, beleidsmedewerker van de divisie boven- regionaal van Altrecht was zo vriendelijk om uitgebreid toe te lichten op welke wijze hij de eerdergenoemde kwaliteitsinstrumenten en met name het INK-model geleidelijk heeft geïmplementeerd in de divisie en tevens heeft geïntegreerd in het zelf ontwikkelde digitale informatiesysteem: KIS. Gezien het feit dat het INK-model in GGz Nederland een vooraanstaand kwaliteits- model is wordt hierna enige informatie over het model gepresenteerd. Vervolgens zal kort enige informatie over de BSC en de primair proces- beschrijvingen worden gegeven.

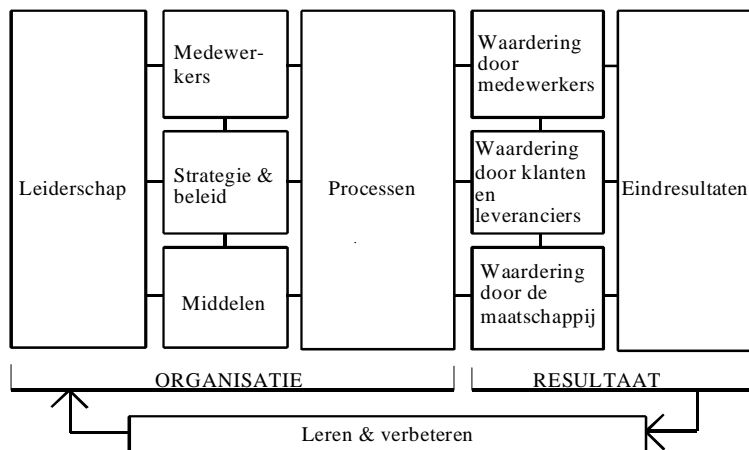
## **INK**

Op het internet is enige informatie over het INK-model (zie figuur ) te lezen. De bron van die informatie is de 'Gids voor toepassing van het INK-managementmodel'. Het model is afkomstig uit het bedrijfsleven. Om zo goed mogelijk te kunnen concurreren, onder andere met het Verre Oosten, ontwikkelden eind jaren tachtig een veertiental grote Europese organisaties gezamenlijk een op de praktijk gebaseerd managementmodel. Dat werd het zogenoemde EFQM-model.

Enkele jaren later werd de 'Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit' opgericht. Deze groep spitste het EFQM-model toe op de Nederlandse situatie en zo ontstond het INK-model (INK is de afkorting van Instituut Nederlandse Kwaliteit). Er zijn dus grote overeenkomsten tussen INK en EFQM. Beide modellen hebben tot doel de kwaliteit van de bedrijfsvoering te bevorderen. En zijn vooral gericht op het gebruik door de directeuren die de bedrijven leiden.

De bedrijfsvoering werd samengevat in negen hoofdthema's. Aan de linker- kant de wijze waarop de organisatie functioneert, met vijf organisatiegebieden, en rechts wat dat heeft opgeleverd, vier resultaatgebieden.

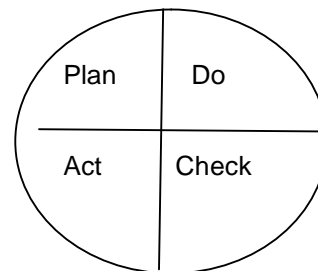
Het model werkt dus van links naar rechts. Van de eindresultaten moet men leren en op grond daarvan verbeteringen aanbrengen. Daarmee begint de cyclus opnieuw en kunnen, als het goed gaat, bij elke cyclus de resultaten vooruitgaan.



Figuur 1: het INK-model

Het verbetermechanisme is gebaseerd op de PDCA-cirkel van dr. W. Edwards Deming:

- Plan: het stellen van doelen en plannen,
- Do: het uitvoeren van de plannen,
- Check: nagaan in hoeverre de doelen bereikt zijn,
- Act: analyseren van afwijkingen en aanpassen van het proces).



Mijns inziens lijken de principes van de PDCA-cirkel op die van het INK-model.

## **BSC**

Een der beleids/besturingsinstrumenten die de heer Debipersad in het INK-model heeft toegevoegd is de BSC. Op het internet las ik dat deze BSC (Balanced Score Card dus) een van de belangrijkste bedrijfseconomische innovaties van de laatste jaren is. Het is een meet- en rapportage instrument om het realiseren van de bedrijfsstrategie te bewaken. Het vertaalt de visie, het beleidsplan en de strategie van het bedrijf in meetbaar gereedschap. En hij bevordert dat acties op elkaar afgestemd worden in lijn met de uitgezette strategie. De onderwerpen die de BSC meet moeten een logisch geheel van oorzaken en gevolgen vormen en ze moeten resultaat-prognoses en resultaat-analyses mogelijk maken. Men kan allerlei aspecten hier in onderbrengen zoals productie, exploitatie, ziekteverzuim, opleidingsplannen enz. Het is dan verder zaak om de BSC regelmatig, bijvoorbeeld maandelijks, te monitoren om actueel te blijven.

## **Primair Procesbeschrijvingen**

Eind 1999 besloot de divisiedirectie van bovenregionaal ter voorbereiding op de DBC om de primair procesbeschrijvingen van de afdelingen vast te leggen. Van aanmelding tot ontslag zijn alle activiteiten per discipline, frequentie en tijdsbestedingen beschreven door de professionals. Op deze wijze is veel inzicht verkregen en gegeven in de processen om uiteindelijk verantwoord te kunnen ingrijpen in processen. Bij veel organisaties werkt men naar procesmanagement, maar vaak belanden deze processen in de kast en worden uiteindelijk niet meer gebruikt. Een reden hiervoor is dat de professional zich niet herkent in de opgestelde beschrijving.

## **KIS (Kwaliteits Informatie Systeem)**

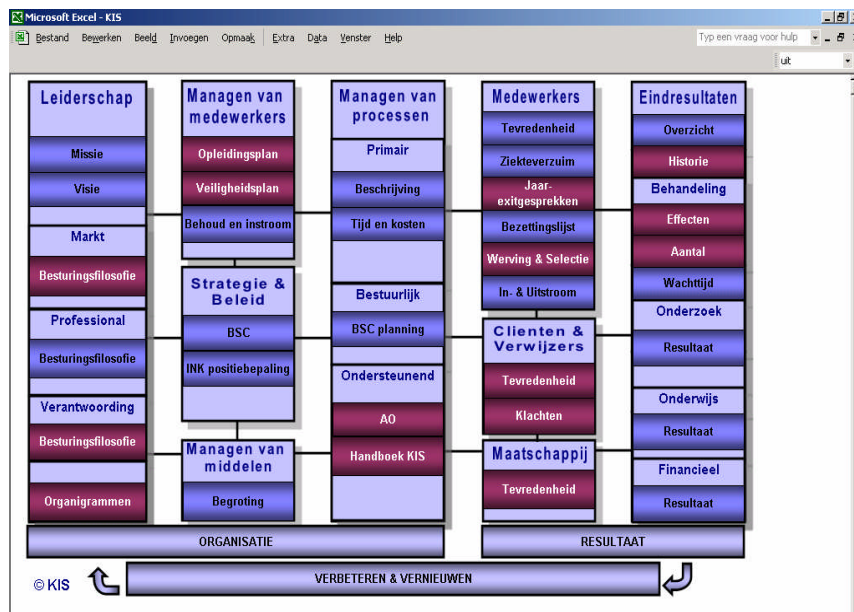
Het INK-model is ontworpen voor managers in het bedrijfsleven. In de loop der jaren zijn ook een aantal non-profit instellingen het gaan gebruiken. Bij de divisie bovenregionaal heeft de heer Debipersad het ter hand nemen van het model extra gestimuleerd en geïmplementeerd. Hij merkte in eerste instantie dat eerder genoemde kwaliteitsinstrumenten niet in alle opzichten efficiënt werden ingezet en in sommige gevallen zelfs zorgden voor verwarring en onvrede bij het management.

Tot 2003 werd met name de INK-positiebepaling van het model binnen Altrecht gebruikt, maar verder kwam het model op afdelingsniveau nog weinig aan de orde. Medio 2003 concludeerde de divisiedirectie van de divisie bovenregionaal dat de beleidsplannen van de afdelingen onvoldoende werden geëvalueerd en dat tijdens overleggen met name financiën het belangrijkste thema was, hoewel dit slechts een van de vier terreinen van de BSC is.

De directie heeft vervolgens aan de heer Prashaant Debipersad de opdracht gegeven om de beleidsplannen beter te kunnen monitoren tijdens de reeds bestaande overlegstructuren. Tevens lag het verzoek er om het mogelijk te maken om ook de zachtere thema's [bijvoorbeeld resultaten van onderzoek,

onderwijs en (on)tevredenheid] beter en vaker te bespreken. Eind 2003 heeft de heer Prashaant Debipersad KIS gepresenteerd aan de divisiedirectie.

KIS structureert informatie volgens de domeinen van het INK-model. Aan de hand van de doelstellingen van de BSC worden 'buttons' in de bijbehorende domeinen gemaakt. KIS maakt onderscheid in twee soorten buttons. De blauwe buttons zijn actief en daarmee is informatie tot diep in de organisatie op te roepen. De rode buttons zijn volgens de BSC relevant maar hier is (nog) geen informatie over te raadplegen. Een groot voordeel van het INK-model is, dat dit model het managen van processen een centrale positie geeft. De primaire procesbeschrijvingen konden nu onder een blauwe button worden geplaatst en digitaal bekeken worden.

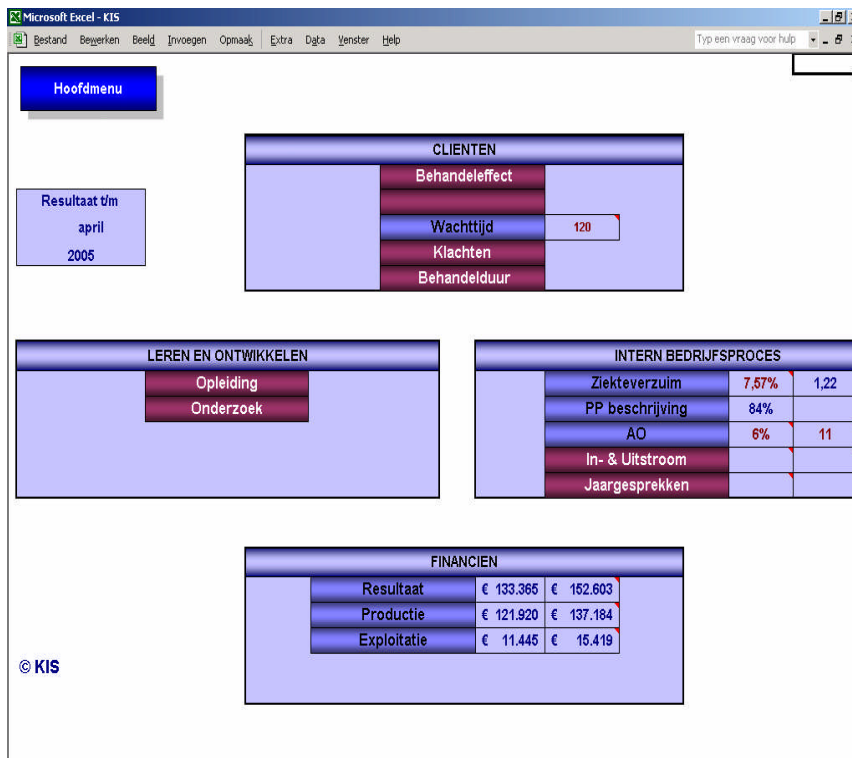


Figuur 2: het KIS-model

Doordat KIS het INK-model als hoofdmenu (zie figuur 1) heeft gekozen worden de domeinen en de samenhang voortdurend onder de aandacht gebracht. Tevens is het voor de managers eenvoudig om informatie te vinden. Daarnaast wordt alle personeels-, cliënt- en financiële informatie (maandelijks) door het bedrijfsbureau in KIS aangeleverd. De postkamer en de mail worden hierdoor niet langer belast. Tevens ontvangt de manager op hetzelfde moment alle informatie van het bedrijfsbureau en de rapportages zijn uniform en eenvoudig leesbaar.

Doordat het bedrijfsbureau haar informatie archiveert in KIS is alle informatie snel beschikbaar en kan het niet verloren gaan. Het bleek namelijk vaak moeilijk om bij vergaderingen en ander overleg een veelheid van notulen, rapportages, jaarplannen, begrotingen etc. bij de hand te hebben. En dat deed weer afbreuk aan de effectiviteit van de vergaderingen. Tegenwoordig wordt met behulp van een beamer middels KIS overlegd en is setjes maken en papierwerk overbodig geworden. Een gevolg van dit alles is dat men bij vergaderingen niet meer in een kring zit maar dat alle stoelen gericht zijn naar het scherm zodat men niet hoeft te gaan verzitten om te kunnen lezen wat er op het scherm staat.

Snel inzicht krijgen in de behaalde (maandelijkse) resultaten is nu mogelijk middels de knop 'Overzicht' (zie bij eindresultaten in figuur 2). Dit 'Overzicht' is verdeeld in de vier terreinen van de BSC en er worden signalen per terrein afgegeven (zie figuur 3). Op deze wijze is de BSC geïntegreerd in KIS en kan men nagaan hoe de organisatie er voor staat en of de organisatie in balans is.



Figuur 3.

Inmiddels is KIS ingeburgerd binnen de divisie en is er tevens veel interesse getoond door externe partijen. De focus voor KIS ligt momenteel met name op effectmeting, patiëntenlogistiek, procesmanagement, veiligheid, tevredenheid, onderzoek en onderwijs.

De heer Prashaant Debipersad bevindt zich na eerst veel investeringen in het management inmiddels regelmatig op de afdelingen zelf om medewerkers bewust te maken van het belang van de verschillende domeinen en hen tevens enthousiast te maken om (strategisch) relevante afdelingsinformatie in KIS te plaatsen.

Voor meer informatie kunt u Prashaant Debipersad bereiken via het directiesecretariaat van de divisie bovenregionaal van Altrecht 030-2295010.

## **Ik mag weer mens zijn,**

helende woorden bij het verwerken van een trauma

Dit is de titel van een dichtbundel van Lina van Mellaert, een Belgische psychologe en dichteres.

Door de gedichten wil zij slachtoffers van een trauma en mensen in crisis inspireren om het eigen, soms woordeloze, zoektochtverhaal te kunnen uitdrukken. Zij wil er mee hoop en kracht geven aan slachtoffers van seksueel, emotioneel, lichamelijk, verbaal en sociaal geweld. Traumaverwerking wordt zowel in psychologisch als in existentieel perspectief geplaatst. Zij beschrijft een verwerkingsproces, waarin de levensvisie van de gekwetste mens wordt hersteld.

Zo komen aan bod: het lichamelijk gebroken zijn, de pijnlijke gevoelens, de relationele en psychische problemen en de spirituele ontreddeing.

De teksten kunnen gebruikt worden als aanvulling en ondersteuning bij psychotherapie.

De bundel is zojuist uitgegeven bij Free Musketeers te Soest of verschijnt zeer binnenkort.

Lina Van Mellaert is ook auteur van "Een warme hand", een bundel voor zieken (Lannoo, oktober 2001).

In voorbereiding is een bundel in verband met het verwerken van een rouwproces bij zelfdoding (of natuurlijke dood) van een geliefd persoon.

Zij is tevens freelance medewerkster van het weekblad Tertio.

Adres: Sportveldstraat 22, 2360 Oud-Turnhout (België).

Tel (vanaf 11h): 0032 – (0) 14 45 01 70. Mailadres: [linavm@freegates.be](mailto:linavm@freegates.be)

## Aankondigingen

11 tot 18 juni 2005: La Divina Commedia.  
Thema: VKDP Summer School.  
Plaats: Locanda te Figline Valdano, Italië.  
Inl: tel: 023 – 544 15 34 (VKDP, Josette ten Have).  
e-mail: [havelaby@euronet.nl](mailto:havelaby@euronet.nl)  
Accreditatie 20 punten.

16 en 17 juni 2005: Symforagroep.  
Thema: Personality Disorders over time.  
Plaats: Zon en Schild, Utrechtse weg te Amersfoort.  
Inl: tel: 033 – 460 96 44.  
e-mail: [aa.gooszen@symfora.nl](mailto:aa.gooszen@symfora.nl)

17 juni 2005: Artis Symposium van de Stichting Psychoanalyse en Psychiatrie.  
Thema: Is werken wel gezond.  
Plaats: Congrescentrum Artis Amsterdam.  
Inl: tel: 0345 - 57 66 42 (SCEM Conference Services)  
Accreditatie NVvP met ? punten.

28 september 2005: Symposium Kinder- en Jeugdpsychiatrie Erasmus MC-Sophia.  
Thema: Vaktherapieën; samen spelen, ontwikkeling delen.  
Plaats: Architectuurinstituut (NAi) te Rotterdam.  
Inl: tel: 010 – 463 65 11 (mw. I.M. Demmendaal).  
e-mail: [i.demmendaal@erasmusmc.nl](mailto:i.demmendaal@erasmusmc.nl)

29 september 2005: Symposium Kinder- en Jeugdpsychiatrie ErasmusMC-Sophia  
Thema: Kinderen en Adolescenten met een anorectische eetstoornis.  
Plaats: Kriterionzaal, ingang A van het Groothandelsgebouw te Rotterdam.  
Inl: tel: 010 – 463 65 11 (mw. I.M. Demmendaal)  
e-mail: [i.demmendaal@erasmusmc.nl](mailto:i.demmendaal@erasmusmc.nl)

7 oktober 2005: Psychiatrisch Centrum Sint-Norbertushuis.  
Thema: Milieuvriendelijke teamzorg - Motor tot verandering; welke zorg heeft een team nodig om optimaal te kunnen functioneren.  
Plaats :Congrescentrum De Kleiput in het psychiatrisch ziekenhuis Duffel, Stationsstraat 22 c te Duffel, België.  
Inl: tel: 0032 - 15-30 40 30 (Gerdi Fonk)  
email: [gerdi.fonk@emmaus.be](mailto:gerdi.fonk@emmaus.be)

## Kenmerken van klinische psychotherapie volgens de VKP

De VKP is een vereniging voor alle psychotherapeuten die geïnteresseerd zijn in de integratie van psychotherapeutische behandelvormen en de context waarin deze verstrekt worden.

Het gaat hierbij om:

- psychotherapeuten die werken in een interdisciplinaire setting,
- waarbij milieufactoren methodisch aangewend worden als ondersteuning van de behandeling,
- waarbij psychotherapie het leidend principe van de behandeling vormt,
- waarbij de belangrijkste doelgroep bestaat uit cliënten met ernstige en/of complexe pathologie (vaak behorend tot specifieke diagnostische categorieën),
- waarbij meerdere referentiekaders en benaderingswijzen tegelijkertijd mogelijk zijn.

## Referentiekaders voorkomend in de klinische psychotherapie in Nederland

Het betreft een lijst van referentiekaders zoals ik die tot nu toe ben tegengekomen en pretendeert dus geen volledigheid. Voor aanvullingen houd ik mij aanbevolen (de W.):

- psychodynamisch - groepsdynamisch.
- steunend psychoanalytisch - groepsdynamisch.
- transactionele analyse.
- intensieve klinische dynamische psychotherapie (IKDP) volgens de Davanloo methode.
- Schematherapie volgens Jeffrey Young.
- Cognitieve gedragstherapie.
- Dialectische gedragstherapie volgens Linehan.
- Systeemtherapie.
- Gezinstherapie.