

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

15 en 16 juni 2006: Congres van de Vereniging voor  
Klinische Psychotherapie (VKP) samen met  
de VMPD en de NVGP.

**Bulletin 27**

**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.

<b>Gespecialiseerd lidmaatschap</b>	<b>70 Euro</b>
Met merknaam klinisch psychotherapeut, na voltooide opleiding tot klinisch psychotherapeut	
<b>Gewoon lidmaatschap</b>	<b>70 Euro</b>
Psychologen, geregistreerd als psychotherapeut, kunnen het gewoon lidmaatschap aanvragen. Psychiaters zijn geregistreerd als psychotherapeut en kunnen het gewoon lidmaatschap aanvragen.	
<b>Aspirant lidmaatschap</b>	<b>35 Euro</b>
<b>Buitengewoon lidmaatschap</b>	<b>35 Euro</b>
<b>Senior lidmaatschap</b>	<b>35 Euro</b>
<b>Lidcontribuant</b>	<b>70 Euro</b>
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. Congres

8. Verbinden en loslaten

Afscheidssymposium voor Marja van Aken-van der Meer

9. Persoonlijkheid of rol

Door Th. Hoytink

11. De kunst van het kiezen en verliezen

Door M. Van Aken-van der Meer

12. Milieuvriendelijke teamzorg: motor voor veranderingsprocessen,  
15-de Symposium over milieutherapie van Duffel

12. Taak en team....Als dat maar goed gaat

Door D Armée

17. Hoe een crisis keren in je eigen team

Door L. Herssens

20. Coaching als middel tot zelfzorg

Door R. Vandamme

22. Aandacht voor....

26. Intervisie

27. Aankondigingen

28. Kenmerken van Klinische Psychotherapie volgens de VKP

28. Referentiekaders in de klinische psychotherapie

## Redactioneel

15 en 16 Juni 2006 is het congres van de VKP tezamen met de NVGP en de VMPD. In Dalfsen. In dit nummer meer over het congres. Meld u snel aan.

2 Maart 2006 was het afscheidssymposium van Marja van Aken van haar werk, de KKP in Zeist, onderdeel van Altrecht. De titel van het symposium was: Verbinden en loslaten. Een verslag hiervan treft u in dit nummer. Hoytink pleitte voor meer aandacht voor de invloed die een rol kan hebben op het gedrag van mensen. De voorbeelden die hij gaf vond ik best schokkend. Dat een mens daardoor tot extreem gedrag kan komen. En tot gedrag waar hij zichzelf nooit toe in staat had geacht. De lezing van Liesbeth Eurelings: 'In ieder van ons schuilt een huilend kind' hoop ik in het volgend Bulletin te kunnen weergeven. Uiteraard was het slotwoord aan Marja en na afloop was er een drukbezochte receptie.

Marja is sinds 1996 lid (met merknaam klinisch psychotherapeut) van de VKP en zij heeft van 1997 tot en met 2002 in het bestuur gezeten, waarvan het laatste jaar als voorzitter. Zij heeft diverse artikelen in het Bulletin geschreven.

7 Oktober 2005 was het jaarlijkse milieutherapiesymposium in Duffel. De titel: Milieuvriendelijke teamzorg; motor voor veranderingsprocessen.

De ochtendlezing werd gehouden door Dirk Armée, psycholoog en algemeen directeur van het pc Sint Norbertushuis. Hij heeft zelf de cursus milieutherapie gevolgd en draagt de klinische psychotherapie een warm hart toe.

Coaching is kennelijk in. Tijdens de dag over het ontwikkelingsprofiel hield Wubbo Scholte een lezing over coaching en in Duffel ging de middaglezing over 'coaching als middel tot zelfzorg'. Deze lezing werd gehouden door Rudy Vandamme.

Verder werden er een achttal workshops gehouden. Met een verslag van de workshop waaraan ik deelnam: Hoe een crisis keren in je eigen team.

In aandacht voor.... enkele samenvattingen over langerdurende psychotherapie en de DBC. Over beide onderwerpen is het laatste woord nog niet gesproken.

Eind Maart 2006 houden de medisch specialisten een congres 'Appraisal and Assessment, verbeteren door evaluatie met collegae'. De medisch specialisten streven er naar om het daar te presenteren evaluatiesysteem in 2008 in Nederland te implementeren. In Groot Brittanië is dit systeem al wettelijk verplicht. Wellicht stimuleert dit gegeven om met extra aandacht bladzijde 5 te lezen: een voorstel van het bestuur om tot intervisiegroepen te komen.

Wim de Waard.

## VKP op weg naar een nieuwe situatie

De vereniging is zich druk aan het voorbereiden op het congres getiteld: Kiss me, Kick me; over uitstotingsprocessen in groepen en interventies die tot verbinding leiden. Het congres vindt plaats op 15 en 16 juni in De Bron te Dalfsen en wordt samen met de NVGP en de VMPD georganiseerd, een unieke samenwerking waarvan we erg blij zijn dat dit mogelijk is. Elders in dit blad meer over het congres.

Nadat eerder de ledenvergadering van de VKP de koerswijziging heeft goedgekeurd om de vereniging tot een multidisciplinaire vereniging om te vormen, zijn we nu bezig met de vormgeving hiervan. Rond het congres willen we ons duidelijker gaan presenteren voor de nieuwe disciplines. We zijn bezig een aanbod van cursussen, supervisie en intervisie op te zetten voor alle disciplines in de klinische psychotherapie. Hierbij gaan we steeds meer de samenwerking zoeken met verwante verenigingen, waarbij we het eigene van de VKP als aanvulling wil bieden boven het bestaande aanbod.

Als vereniging zijn we met een klein aantal mensen toch behoorlijk actief aan de weg aan het timmeren. Zo zijn er deze winter twee cursussen van de vereniging aan het draaien: de cursus holding specifieke aspecten en de cursus samenhangend behandelen. Verder draait een van de bestuursleden mee in de landelijke werkgroep voor de ontwikkeling van de multidisciplinaire behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

Daarnaast krijgen we regelmatig verzoeken voor advies van mensen die ons via de website weten te vinden, zowel cliënten als collega's.

Een boeiend initiatief is het voorstel wat u elders in dit blad vindt om te starten met intervisiegroepen. Vaak kan het voordelen hebben om buiten het eigen team of de eigen instelling een intervisiemogelijkheid te hebben.

Rond het congres zal een leden vergadering plaatsvinden, we zullen dan ook onze nieuwe folder presenteren.

Tot 15 en 16 juni in Dalfsen.

Wubbo Scholte, Voorzitter VKP.

## ***Kiss Me, Kick Me***

*Over Uitstotingsprocessen in Groepen en Interventies die tot verbinding leiden.*

### ***Congres 15, 16 juni 2006 IN: De Bron te Dalfsen***

Het congres is bestemd voor verpleegkundigen, sociotherapeuten, vaktherapeuten, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters.

#### ***Sponsor is***



Uitstotingsprocessen in groepen zijn vaak een antwoord op moeilijk hanteerbare tegenstellingen. Daarentegen is onderlinge samenhang in een groep, een multidisciplinair team of een organisatie het resultaat van het vermogen om onderlinge tegenstellingen te overbruggen en te respecteren. Onder invloed van de vele veranderingen staat deze samenhang binnen de GGZ voortdurend onder druk. Uitstoting is zichtbaar op allerlei niveaus; de therapie- groep, het team, de organisatie, de zorg en de maatschappij.

In een tweedaags congres willen we een breed scala aan lezingen en workshops aanbieden rond het thema uitstoting en verbinding. De nadruk op dag 1 zal liggen op de beschrijving van uitstotingsprocessen en op dag 2 op multidisciplinaire interventies gericht op het opheffen van de uitstoting en versterken van de samenhang en verbinding.

Op dag 1 zijn er lezingen door:

Prof Dr. Giel Hutschemaekers over 'Wie wordt er beter van de GGZ; de GGZ als uitstoter van cliënten en professionals. Gewenste hoofdeffecten en ongewenste neveneffecten'.

Prof. Albert Benschop over 'Netsletten en nethufteren op internet'.

Ad Gerritsen over 'De dynamiek van uitstoting in de kleine en de grote groep'.

Daarnaast zijn er twee rondes met workshops en minisymposia.

's Avonds is er een diner en een feest.

Op dag 2 zijn er lezingen door:

Ton Haans over 'Woelen in de groep; interventies in de groep gericht op het opheffen van uitstoting'.

Prof. Dr. Ir. M. Weggeman over 'Durf te vertrouwen in een collectieve (energie opwekkende) ambitie'.

Dr. Ir. Rick Kwekkeboom over 'Interventies in de samenleving. Mogelijkheden en beperkingen van de opname van uitgestoten groepen in de samenleving'.

Marian Holwerda en Ria Vos over 'Afstoting en uitstoting in de sociotherapie en beeldende therapie'.

Op beide dagen zijn er workshops over:

-Uitstoting in het team ten tijde van stress.

-STEP onderzoek en benchmarking.

-Uitstoting in de psychotherapeutische gemeenschap.

-Systeemtherapie en uitstoting.

-Hoe mijders te ont(-)moeten, naar aanleiding van Lee Mc Cullough.

-How to kiss patients who want to kick you; uitstotingsverschijnselen in de forensische behandeling.

-Uitstoting binnen een heterogene patiëntengroep bij de vaktherapieën.

-Sociotherapeutische interventies om samenhang en cohesie te bevorderen.

Accreditatie is aangevraagd bij de NVP.

Inlichtingen: tel: 06 – 1612 6815 (Jiska Scholte, secr. VKP).

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

Voor verdere informatie over het congres kunt u terecht op de website van de VKP: [www.klinische-psychotherapie.nl](http://www.klinische-psychotherapie.nl)

de website van de NVGP: [www.groepspsychotherapie.nl](http://www.groepspsychotherapie.nl)

## Verbinden en loslaten

### Inleiding

Een afscheidssymposium voor Marja van Aken-van der Meer, psycho-therapeut, hoofd behandeling KKP (Kortdurende Klinische Psychotherapie) op 2 Maart 2006. Zo stond het op de uitnodigingskaart. De KKP is gehuisvest in Brinkveld in Zeist en is een onderdeel van Altrecht.

Betty Kuiper, hoofd van Brinkveld, memoreerde dat Marja 12,5 jaar geleden de KKP heeft opgericht. 12,5 jaar heeft zij de KKP op een bezielende wijze leiding gegeven. De KKP is nu een goed lopende afdeling. Daarnaast heeft zij tijd gevonden om een aantal artikelen te publiceren en congressen te bezoeken, waarvan enkele in het buitenland.

Höppener, directeur van Altrecht, voegde daaraan toe dat Marja in de vele dienstjaren in Altrecht vele bestuurlijke activiteiten had ontplooid en dat zij de KKP had opgezet ondanks alle stormen die er in de loop der jaren in Altrecht hadden gewoed.

Er was veel belangstelling voor het symposium, zoveel dat aan personeel van het Sanatorium verzocht werd de stoelen vrij te laten voor de gasten en zelf staande te luisteren. Na afloop was er een afscheidsreceptie waar het ook al weer erg druk was. Vier mensen hielden een lezing:

De eerste was Theo Hoytink, de tweede Liesbeth Eurelings en de laatste lezing werd verzorgd door Dineke Smit en Regien Stomphorst. Allen bekenden van Marja. Het slotwoord was uiteraard aan Marja.



Na afloop was er een afscheidsreceptie waar het ook al weer erg druk was

# Persoonlijkheid of rol

Door Theo Hoytink, docent aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit, auteur van verschillende publicaties op het gebied van de groepsdynamica.

In 2003 verscheen een film: *Das Experiment*. Deze film handelde over het gevangenisexperiment van Zimbardo. De bedoeling was om na te gaan of, en zo ja, in hoeverre het gedrag van gevangenen en bewaarders bepaald werd door de rol die zij in het gebeuren hadden. Daartoe werd er een gevangenis nagebouwd en werden een aantal vrijwilligers aangetrokken die of als gevangene of als bewaarder gingen fungeren. De proefpersonen waren psychisch stabiele mensen en zeker geen psychopaten. Het experiment zou twee weken duren.

Bij het begin van het experiment werden de 'gevangenen' (proefpersonen) door echte politiemensen van hun bed gelicht en naar de gevangenis getransporteerd. Daar werden zij overgedragen aan de 'bewaarders' (proefpersonen). Het verloop van het experiment was verbijsterend. De bewaarders gingen in snel tempo steeds zwaarder straffen en de emoties liepen zo hoog op dat het experiment na een week gestaakt moest worden. De film liet ook zien dat het steeds zwaarder straffen door de bewakers niet veroorzaakt werd doordat zij gefrustreerd werden.

Dit experiment geeft associaties met het gebeuren in de Abu Grabi gevangenis in Bagdad. De Amerikanen die zich daar zo misdroegen waren geen psychopaten. Een psycholoog die er bij betrokken was (ik denk bij de rechtzaak, de W.) verklaarde dat iedereen zich zo zou kunnen gedragen.

Het experiment van Milgram (uit de zestiger jaren).

Een aantal proefpersonen fungeerde als leraar en een aantal personen fungeerde als leerling. De leerling was verbonden met een apparaat dat een shock kon geven variërend van heel licht tot steeds zwaarder. De leraar kon een shock geven door op een knop te drukken. De leraar stelde vragen aan de leerling en als deze een fout antwoord gaf gaf de leraar een shock en wel de eerste keer een zeer lichte shock en bij elk volgende foutieve antwoord een iets zwaardere. De leerling kreunde als hij een shock kreeg en kreunde harder als de shock zwaarder werd. De proefpersonen waren tevoren getest en mensen met een psychopathiescore werden uitgesloten.

Tevoren werd aan experts gevraagd hoeveel leraren hun shocks tot het maximum (en dat was fors) zouden opvoeren. Deze taxeerden het op 1 %. In feite bleek 65 % van de leraren tot het maximum te gaan. Een shockerende uitslag.

In de eerste opzet konden de leraren elkaar niet zien. In de tweede opzet werden de tussenschotten tussen de leraren weggehaald. Het bleek dat een voorbeeld navolging gaf en het percentage zakte van 65% naar 35%. Ook in

omgekeerde richting gaf een voorbeeld navolging. Dus ging een leraar door dan ging de buurmanleraar ook door.

Na afloop begreep geen enkele proefpersoon dat hij zulke zware shocks had kunnen uitdelen. En zij waren daar zo geschokt door dat alle leraren hulp voor zichzelf moesten zoeken.

Hoytink noemt drie mogelijke verklaringen:

- het gedrag wordt aangestuurd door de context die de persoonlijkheid wegduwt.
- het gedrag houdt verband met een nog onbekende persoonlijkheidsstoornis.
- het gedrag versus zelfrapportage. Het gedrag wordt niet door zelfrapportage gestuurd.

Deze experimenten laten zien dat mensen in een bijzondere context bizar en ook wreed gedrag kunnen vertonen. Normen en rollen bepalen dit en die hebben dus kennelijk een grote invloed.

Normen zijn regels en verwachtingen die voor iedereen gelden.

Rollen zijn verwachtingen ten aanzien van iemand. Rollen zijn dus interactie- neel ingebed en complementair ten opzichte van andere rollen.

De fundamentele attributiefout die men maakt bij het verklaren van gedrag is dat men de invloed van stabiele karaktereigenschappen overschat en de invloed van rollen en normen onderschat.

Het quizmasterexperiment van Ross.

Een aantal proefpersonen doet mee aan een quiz. Een deel als quizmaster en een deel als kandidaat die dus de antwoorden op de vragen geeft. Het publiek in de zaal weet niet dat het om een experiment gaat. De kandidaten beantwoorden 40% van de vragen goed. Vervolgens wordt aan het publiek gevraagd wie zij slimmer vonden, de quizmasters of de kandidaten. Het publiek vond de quizmasters slimmer. Ook de kandidaten vonden de quizmasters slimmer dan zichzelf. Ook hier heeft de rol weer een grote invloed.

Hoytink is van mening dat de psychologie zich te weinig bezig houdt met dit soort dingen.

Dat de invloed van een rol erg ver kan gaan toonde hij tot slot in een filmpje: Een echtpaar staat voor de ambtenaar van de burgerlijke stand. De ambtenaar zal een met het echtpaar afgesproken fout maken. Vervolgens wordt aan een voorbijganger gevraagd of hij wil invallen als getuige omdat de getuige niet was komen opdagen. De ambtenaar laat dan de getuige nazeggen wat hij gewoonlijk door de bruidegom laat nazeggen. Tot en met: 'ik neem u aan tot mijn wettige echtgenote'. De getuige keek wel van 'wat gebeurt hier' maar zei alles wel na, tot grote hilariteit van de toehoorders van de lezing. De proef werd met drie verschillende getuigen herhaald en steeds met hetzelfde resultaat.

# De kunst van het kiezen en verliezen

Dat was de titel die Marja van Aken meegaf aan haar slotwoord. Zij dankte eerst de sprekers voor hun bijdrage aan haar afscheid.

De laatste tijd stond voor haar in het teken van loslaten van wat haar dierbaar was. Het weggooien van heel veel papieren riep veel herinneringen op.

Zij heeft in de loop der jaren veel veranderingen meegemaakt. Met daarbij de nodige reorganisaties. Dat was moeilijk en niet altijd leuk. Als professional was het nogal eens meebuigen of met een nieuwe trend meedoen.

Ook in het beroep is veel veranderd in de loop der jaren. Een periode waarin de psychoanalyse vooraanstaand was. Dan een periode met veel gedragstherapie. Een periode van anti-psychoanalyse. Het opkomen van de protocollen.. De laatste jaren Linehan, de schematherapie van Young,

In haar opleidingstijd waren sleutelwoorden catharsis en confrontatie, nu zijn het compassie en mildheid.

Het sluiten van een aantal afdelingen klinische psychotherapie was zeer pijnlijk. Het ziet er naar uit dat de overgebleven afdelingen steviger gegroundvest zijn. En in Juni is er weer een congres samen met de NVGP en de VMPD.

De papieren van de KKP had zij voor het laatst bewaard. Om die afdeling te kunnen beginnen was een voorrecht. Het was zwaar maar leuk. Elke twee maanden een nieuwe groep en dat betekent dat zij in die 12 ½ jaar 64 groepen heeft gedaan. Met veel verslagen over de groepstherapieën. En papieren over de kracht van de groep. En hoe de afdeling beter zou kunnen.

En in de verslagen de namen van collegae die er van het begin af aan bij waren en die inmiddels vertrokken waren.

En tot slot een dankwoord aan:

- Het comité dat dit symposium heeft verzorgd.
- Het KKP-team. Trots op het team en wat ze in tien jaar hebben neergezet. De laatste tijd hebben ze veel met elkaar over het afscheid gepraat.
- Het thuisfront. De kinderen die nog klein waren toen zij studeerde. En Johan die altijd een kritische steun voor haar is geweest.

En nu:

in verbondenheid loslaten.

## Taak en team....Als dat maar goed gaat

Samenvatting van de lezing door Dirk Armée, psycholoog en algemeen directeur van het Psychiatrisch Centrum Sint Norbertushuis te Duffel, België.

In de klinische psychotherapie is het de taak van een team om een therapeutisch milieu te onderhouden. Het team moet tevens zorg krijgen voor zichzelf, zorg die tevens vriendelijk is voor het betreffende milieu.

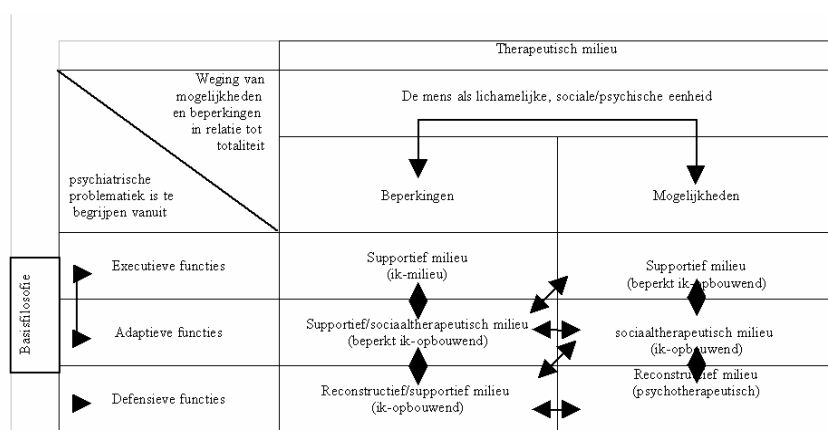
Milieutherapie houdt in dat men zich grondig bezint over de opdracht ten aanzien van een bepaalde doelgroep van patiënten en dat men een behandelfilosofie ontwikkelt die op heldere en consistente wijze tot uitdrukking komt in een bepaalde ordening van mensen en middelen.

De teamleden hebben zich geëngageerd tot het creëren en onderhouden van het therapeutisch milieu. Achter het formele aspect speelt ook een rol dat het team bestaat uit mensen die een unieke persoonlijke achtergrond hebben. De dynamiek die dit met zich meebrengt is meestal congruent met het behandel- doel, maar soms moet regelend opgetreden worden ten aanzien van incongruen- ties.

De basisfilosofie van een team hangt af van de patiënten die behandeld worden. Hoe kan men de problemen van die bepaalde patiënt verstaan. Welke mechanismen spelen een rol (bv. loochenen, projectieve identificatie, etc.). Hoe is zijn innerlijk evenwicht verstoord en hoe is de verstoring met zijn omgeving.

Hoe kan dit evenwicht hersteld worden en welke setting is daar het best voor. Moet de teamhouding beschermend, ondersteunend of wellicht confronterend zijn.

Om een goede milieutherapie en een goed interventieplan voor een concrete patiënt op te stellen is een uitgebreide diagnostiek noodzakelijk.



Bij het onderzoek van de ik-functies dient men te letten op:

- De interne adaptatie
- Het uitvoerend systeem
- De externe adaptatie.

Om een keuze te maken welk therapeutisch milieu past bij een bepaalde basisfilosofie kan men gebruik maken van de matrix die op de vorige bladzijde staat.

### **De taken van het team.**

Deze zijn divers:

#### 1. het behandelen.

Allereerst de diagnostiek door verschillende disciplines.

De behandelstrategie, de bepaling en afstemming van het traject.

Het bepalen van het behandelplan en de daarbij behorende interventies.

En de evaluaties met de criteria per discipline.

#### 2. De communicatie met betrekking tot het behandelen.

Dit omvat de dagelijkse taakafstemming en rapportage.

Bij de eerste bespreking van een patiënt komt de diagnostiek en de behandelstrategie aan de orde. Later vinden de vervolgbesprekingen plaats, waarbij behandelervaringen uitgewisseld worden, de voortgang wordt geëvalueerd, doelen zo nodig worden bijgesteld, beslissingen over ontslag of transfer worden genomen en tenslotte de eindbespreking plaats vindt.

#### 3. De communicatie met betrekking tot het eigen functioneren als behandelaars.

Dat zijn a. de beleidsbesprekingen en b. de samenwerkingsbesprekingen.

Bij a. Gaat het om de dagelijkse praktijk versus de behandelfilosofie. En om de oppervlakteaspecten, de structuur en de samenhang. Zo gezegd de product-evaluatie.

Bij b. Gaat het om de persoonlijke factoren versus het behandeldoel. En om de diepteaspecten. Zo gezegd de procesevaluatie.

Om een intervisie zinvol te doen verlopen moeten de teamleden zich op hun gemak kunnen voelen. Gaat het moeizamer dan kan het nuttig zijn om een coacher van buiten in te schakelen.

Bij dit alles is het belangrijk dat er bij elke vergadering vooraf een agenda bekend is zodat iedereen weet waar het over zal gaan. En dat er achteraf een goede registratie is zodat de afwezigen kunnen lezen wat er besproken is en wat de afspraken zijn.

#### 4. Externe betrekkingen.

Het gaat daarbij om de contacten met andere behandelafdelingen, met de ondersteunende diensten en met de directie.

#### 5. registraties.

Dat betreft wettelijke notities, registraties voor wetenschappelijk onderzoek en feedbackonderzoek.

## **De leiding.**

De leider van het team dient kwaliteiten te hebben wat betreft het bewaken van het werkaspect, hij moet visie hebben, hij moet de organisatie kennen en gebruiken en de zorgorganisatie medebewaken. Zonodig stelt hij een extra bespreking vast of schakelt hij een extern persoon in.

## **Oppervlaktestructuur en dieptestructuur**

Vervolgens ging Armée nader in op de oppervlaktestructuur en de dieptestructuur van een groep.

De oppervlaktestructuur betreft de structurele en functionele ordening van een groep met het oog op zijn taak. De dieptestructuur verwijst naar de invloed van persoonlijke factoren hierop. Deze invloeden kunnen positief zijn, congruent. Soms hebben zij een negatieve invloed, zijn zij incongruent.

Incongruentie bij de oppervlaktestructuur kan optreden door:

- een onvoldoende duidelijke basisfilosofie. Dit kan leiden tot onjuiste interventies omdat het bijvoorbeeld voor teamleden niet duidelijk is of zij bij interventies moeten confronteren of juist steunen. En wanneer er onduidelijkheid is over de grenzen dan kunnen deze ook niet goed bewaakt worden. Men riskeert dan ook regressieve tendensen.
- problemen bij het leiderschap. Bijvoorbeeld als de leider te veel afwezig is of als hij overcontrolerend is.
- communicatieproblemen. Bijvoorbeeld als de overdracht onvoldoende is. Of als teamleden praten waar patiënten bij zijn over zaken waar zij juist niet over moeten praten in aanwezigheid van patiënten.
- men ziet ook wel eens een taakverschuiving bij een teamlid, dat dan buiten zijn eigen bekwaamheid gaat.

Incongruentie bij de dieptestructuur kan optreden door:

- een fragmenterende dynamiek, een dynamiek die niet strookt met de teamopdracht. Dit kan samenhangen met de geschiedenis van de (team)individuen, de aard van de groepstaak, de spanning tussen een individu en de taak, de aard van het leiderschap en van de omgeving.

Er zijn een aantal bronnen voor incongruentie:

1. De afzonderlijke medewerkers. Armée noemt hierbij 'het drama van het begaafde kind'en 'het hulpverlenersyndroom'.
2. Het behandelteam als geheel. Hij noemt een aantal typen team op.
  - a. het afhankelijke team.
  - b. Het gesloten team. Dit benadrukt te veel het 'wij' gevoel.
  - c. Het los-zand team. Ieder werkt naar eigen inzicht los van elkaar.
  - d. Het team dat nooit wat zegt. De patiënt moet het dan zelf uitzoeken.
  - e. Het team dat terugspeelt.

- f. Het team dat eerlijk is. Dat kan leiden tot confronteren als de patiënt er nog niet aan toe is.
- g. Het symbiotische team.
- h. Het gefragmenteerde team.
- i. Het team dat 'goed genoeg is'. Dus voldoende capabel is maar ook weet dat het niet alles kan.

Het team moet zijn leden wel de kans geven om te experimenteren, maar niet om een andere visie bij patiënten uit te ageren.

### 3. De leider.

Kernberg heeft een aantal kwaliteiten opgenoemd die iemand tot een goed leider maken.

- hij moet intelligent zijn.
- hij moet eerlijk zijn.
- hij moet alert en assertief zijn.
- hij moet diepere relaties aan kunnen gaan.
- hij moet een gezond narcisme hebben.
- hij moet kunnen resoneren met de noden van het team.
- hij moet een goede technische kennis hebben.
- en hij moet 'non corruptible' zijn.

Er zijn voor de leider een aantal risico's.:

- zijn beslissingen kunnen voor personen pijnlijk zijn. Hij moet hier tolerant op kunnen reageren.
- hij moet kunnen leven met weinig beloning, waar andere teamleden die meer krijgen.
- hij moet zijn onzekerheid bij belangrijke beslissingen kunnen hanteren.
- hij moet kunnen omgaan met eventuele pathologische processen. Soms kan een patiënt het systeem verstoren en doen escaleren met agressie of seksualiteit of rivaliteit.
- verborgen agenda's kunnen zijn positie bedreigen.
- en hij moet begrip hebben als er basisnoden van het team worden gefrustreerd.

4. In zijn relatie met andere mensen in de gehele organisatie moet het team een juiste positie zien te vinden ten opzichte van de organisatie. Het is daarbij belangrijk dat iedereen in de organisatie gelijkwaardig wordt behandeld. En dat het team het midden vindt tussen te gesloten zijn en te open zijn.

### 5. Patiënten als bron van incongruentie.

Het kan gebeuren dat een verkeerde indicatie leidt tot een negatieve invloed in de groep.

Speciale aandacht wordt gevraagd voor de parallelprocessen. Een of meerdere patiënten gebruiken onbewust de teamleden om primitieve defensieve mechanismen af te weren. Men ziet dan interacties in het team die parallel lopen aan de interacties in de patiëntengroep. Het is belangrijk om dit fenomeen te kennen maar ook om het te herkennen als het zich voordoet.

## **De opdracht van het ziekenhuis in de regio.**

De keuzen welke zorg het ziekenhuis verleent dient plaats te vinden in overleg met en afgestemd op de andere zorgpartners. Nadat de keuzen van de zorg gemaakt waren zijn 12 jaar geleden in het ziekenhuis kernteams geformeerd voor die gekozen afdelingen.

Het is belangrijk om logistiek maatwerk te leveren en daartoe heeft de directie contact met alle sectoren en elke twee weken overleg met de hoofden. De besluitvorming is participatief. Daarnaast is er ad hoc functioneel overleg.

Er is over het geheel genomen veel digitale communicatie.

Er wordt veel aandacht besteed aan opleiding en bijscholing.

Er is een stress-begeleidingsteam.

En er is een (verplichte) cursus om rugklachten te voorkomen.

Elk team gaat regelmatig een dag uit, waarbij andere afdelingen waarnemen.

Uitdagingen voor de toekomst.

Wat betreft de taak:

Er vindt steeds meer specialisatie plaats. En men is doende om zorgcircuit op te zetten.

Wat betreft het team:

Men moet zich instellen op een toenemend aantal personeelsleden dat in deeltijd werkt. Dat vereist veel aandacht om het team, c.q. het personeel, een sociale werkgemeenschap te laten zijn en blijven.

## Hoe een crisis keren in je eigen team

Samenvatting van de workshop door Luc Herssens, klinisch psycholoog; sectorverantwoordelijke Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis te Zoersel

De crisis deed zich voor op een afdeling voor stemmingsstoornissen, overwegend mensen met een borderlinestoornis. De spanningen binnen het team waren zo hoog opgelopen dat sommige teamleden weigerden om tegelijk met sommige anderen dienst te doen. En afspraken van de een werden door een ander genegeerd. Interventies van het afdelingshoofd en sectorhoofd hadden geen soulaas kunnen bieden.

Het afdelingshoofd en sectorhoofd belegden daarop een teambijeenkomst met het gehele team. Het afdelingshoofd stelde hierin dat een en ander ontoelaatbaar was en dat bij voortgaan hiervan maatregelen getroffen zouden moeten worden. Het sectorhoofd gaf daarna een uiteenzetting over normale en buitengewone teamperikelen. De strekking was om herkenning, inzicht en zelfreflexie te bevorderen en geen bepaalde personen als schuldigen aan te wijzen. Hij deed dit aan de hand van het kernkwadrant van Daniël Ofman.

[Ter verduidelijking heb ik het onderstaande overgenomen van internet, de W.]

{Balans tussen kernkwaliteit en uitdaging

Het kernkwadrant is een hulpmiddel om kernkwaliteiten bij uzelf en anderen te ontdekken. Een **kernkwaliteit** is een eigenschap die tot het wezen (de kern) van een persoon behoort. De schaduwkant van een kernkwaliteit (het teveel van het goede) is de **valkuil**: de vervorming die u krijgt als een kernkwaliteit te ver doorschiet. De positief tegenovergestelde kwaliteit van de valkuil is de **uitdaging**. De kernkwaliteit en de uitdaging zijn elkaars aanvullende kwaliteiten. Het gaat er om een balans tussen deze twee te vinden. Dat is dus geen kwestie van of-of, maar van en-en. Het teveel van de uitdaging is de **allergie**.

### Verschillende startpunten

U kunt op verschillende punten 'instappen': begin bij een kernkwaliteit en zoek daar de valkuil, allergie en uitdaging bij. Of begin bij een bekende allergie en leid daaruit af wat de bijbehorende kernkwaliteit, valkuil en uitdaging zijn. Een voorbeeld: Hoe meer u in een ander met uw eigen allergie geconfronteerd wordt, hoe groter de kans om in uw eigen valkuil te lopen. Waar u allergisch voor bent bij iemand anders, is waarschijnlijk iets goeds dat u zelf het meeste nodig hebt. *Iemand kan dus het meest (over zichzelf) leren van de mensen met wie hij de meeste moeite heeft.*

Op de volgende pagina ziet u twee kernkwadranten met voorbeelden van een kernkwaliteit, valkuil, uitdaging en allergie.}



Het sectorhoofd legde uit dat het goed is om te durven praten over de mogelijkheden en beperkingen van jezelf en ook van anderen. Het is daarbij belangrijk om zowel te praten als te luisteren. Meer openheid dus. Aan de hand van het kernkwadrant gaf hij een paar voorbeelden:

Man 1 zat vol ideeën, zijn valkuil was dat hij daarbij overdreef, hetgeen conflicten gaf. De uitdaging voor hem was om beter te luisteren. Zijn allergie was een afwachtende houding van een ander. Man 2 was een afwachtend type; die goed kon luisteren. Man 1 ergerde zich aan man 2 en omgekeerd. Maar aan wie je je ergert kan je juist van leren, dus man 1 en 2 zouden van elkaar kunnen leren en dan beiden meer balans in hun functioneren kunnen krijgen.

Een ander voorbeeld: vrouw 1 kon goed zaken organiseren. Haar valkuil was dat ze er steeds over wilde praten en er soms 's nachts wakker van lag. Haar uitdaging was om meer rommel te kunnen verdragen en haar allergie het laissez faire. Een ander teamlid was juist iemand die enigszins een laissez faire houding had. Ook die twee zouden van elkaar kunnen leren.

Voorbeeld drie: verpleegkundige 1 had diepgaande gesprekken met patiënten.

De valkuil daarbij was dat het te lange gesprekken werden. Verpleegkundige 2 was een bezige bei die van schoon maken hield en veel meer praktisch ingesteld was. Zij ergerde zich aan de te lange gesprekken van verpleegkundige 1 en die ergerde zich dat 2 vrijwel alleen maar praktisch bezig was. De uitdaging voor 1 was om ook praktisch bezig te gaan en voor 2 om ook gesprekken te gaan voeren. Ook zij konden dus van elkaar leren.

De teamleden kregen deze reactietypen mee naar huis om over na te denken. En om na te denken over de eigen rol en verantwoordelijkheid om de spanningen in het team te verminderen of te laten voortduren. Daarbij werd aangeduid dat een teamlid dat niet zelf rechtstreeks bij een conflict was betrokken niet aan de zijlijn kon blijven staan en dat een dergelijke houding ook schadelijk was voor het team.

Afgesproken werd dat in de maanden daarna het afdelingshoofd met elk teamlid een functioneringsgesprek zou hebben met bovenstaande als thema. Na ieder gesprek kreeg het teamlid een persoonlijk werkpunt mee om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van het teamfunctioneren. Een paar maal was het nodig dat het afdelingshoofd twee teamleden moest helpen om hun onderling conflict uit te praten. Steeds werd daarbij het kwadrant van Ofman gehanteerd en werden afspraken gemaakt hoe men elkaar kon aanvullen in plaats van onderuithalen. De teamleden werden persoonlijk en respectvol aangesproken, maar niemand kon er aan ontsnappen om kritisch naar zichzelf te kijken.

Een der teamleden die vrij centraal in het conflict stond koos er voor naar een andere baan te gaan.

De crisis was met deze aanpak binnen enkele maanden afgewend en daarmee konden de teamleden weer met een positieve instelling functioneren.

Na een aantal maanden werd een teamdag gehouden waarbij ook weer het kwadrant van Ofman een leidraad was. Ieder teamlid verwoordde wat hij als zijn kwaliteit zag, wat voor hem de valkuil was en welke uitdaging er voor hem was. En vervolgens welke hulp anderen hem daarbij konden bieden.

In de periode daarna had het afdelingshoofd met elk teamlid een individueel gesprek mede om na te gaan wat de betrokkene met zijn uitdaging had gedaan.

Een half jaar na de vorige teamdag werd weer een teamdag gehouden. Daar kwam de vraag aan de orde: op welke vlakken hebben we als team vorderingen gemaakt en voor ieder teamlid: waarin ben ik sinds vorig jaar geëvolueerd. En vervolgens: hoe kan het team nog verbeteren en hoe kan ieder teamlid nog verbeteren.

Nu, een jaar later, functioneert het team op een goed niveau.

# Coaching als middel tot zelfzorg

Samenvatting van de lezing door Rudy Vandamme, onderzoeker, schrijver en leraar.

Coaching is iets nieuws. Het past goed bij milieutherapie. Het bevordert de zelfzorg van de hulpverleners. Een coacher legt op een andere manier contact dan een hulpverlener doet. Bij een hulpverlener is het basispatroon dat hij bezorgdheid heeft voor anderen, hij helpt anderen. Helpen betekent dichterbij komen en emotioneel geraakt worden. De coach komt niet dichterbij. Hij zit gecenterd. Door gecenterd te blijven krijg je andere mogelijkheden om iets aan een ander aan te bieden, namelijk een structuur van zelfsturing. Het typische van coaching is om binnen een persoonlijke ontmoeting mensen te helpen om zichzelf beter te leren sturen.

Bij het eerste gesprek is de eerste vraag van de coach: hoe ben je nu en hoe wil je worden. Waar wil je naar toe. Hij gaat dus niet de problemen inventariseren. Een voorbeeld: iemand is na een ongeluk in een rolstoel terecht gekomen. Zijn vrienden blijven weg. De coach accepteert geen klagen. Hij wil weten waar de betrokkene naar toe wil. Als iemand blijft klagen zegt hij na drie kwartier (het gesprek duurt een uur): als u geen doel kunt formuleren heeft het geen zin om verder te gaan. Coachen is heel directief. Bij iemand met een dwangneurose kan hij bijvoorbeeld zeggen: ik ga alleen met u verder als u doet wat ik zeg.

Hij werkt met een actieplan. Als bijvoorbeeld iemand wil stoppen met roken zal hij kunnen zeggen: wat wil je dan? Welke actie wil je ondernemen? Iemand moet wel zelfsturingscapaciteit hebben om gecoached te kunnen worden.

Coaching hoeft niet alleen individueel plaats te vinden, een coach kan ook een team coachen, ook met het doel om de zelfzorg van een team te bevorderen.

Vandamme onderscheidt vijf niveaus van zelfsturing.

1. Dit is het laagste niveau en er is nauwelijks zelfsturing. Bijvoorbeeld als iemand steeds loopt te klagen of 'op de automatische piloot' functioneert.
2. Hier komt er iets meer reactie op de vragen: wat wil je en waar wil je heen, maar uit de antwoorden spreekt passiviteit. Hij noemt als voorbeeld van een reactie dat de ander zegt: ik wil de loterij winnen.  
Bij 1. en 2. is het zaak om acties te ondernemen en te doen wat je als doel hebt gesteld. Dan kan zondig wel bijgestuurd worden. Dus bevelen aan jezelf geven. Vaak gebeurt dat niet.
3. Hierbij ziet men vaak dat iemand een intern gevecht voert. Een deel wil wel actie en een ander deel niet. Dan is het de kunst om het interne gevecht tot stoppen te krijgen. Soms helpt zelfhypnose daarbij.
4. Bij dit niveau accepteert iemand zichzelf beter, het huidige is oke. Tegelijk wil hij wel vooruit komen. Is het gelukt om een probleem op te lossen dan kan

een volgend probleem langs dezelfde weg worden aangepakt.

5. Hierbij is een grote mate van zelfsturing bereikt.

Hij probeert het coachen op een luchtige en vrolijke manier uit te voeren en zijn klanten nemen dat vaak over. Dat helpt hen dan ook om hun doel sneller te bereiken.

Coachen is het scheppen en managen van een groeicontext.

'Go with the flow'.

-----

Vandamme heeft verschillende boeken over coaching geschreven en hij verzorgt ook een opleiding tot professionele coach. Uit de folder hiervoor noem ik een aantal zinnen ter verdere verduidelijking.

Coachen kan men vanuit verschillende achtergronden. De hoofdrichting van Vandamme is het werken vanuit het ontwikkelingsdenken. De ontwikkelingsgerichte coach kijkt elk onderwerp van coaching tegenover de achtergrond van de gehele ontwikkeling van het individu of van de groep. Deze achtergrond brengt de ontwikkelingsgerichte coach graag op de voorgrond omdat het zowel zin geeft aan het proces als hulpbronnen aanlevert voor het bereiken van vorderingen. De ontwikkelingsgerichte coach is doordrongen van het ontwikkelingsdenken en werkt dus vanuit zichzelf. De ontwikkelingsgerichte coach doet een beroep op het scheppend vermogen van de mens. Bewust worden en onderzoeken zijn belangrijker dan genezen.

Het woord 'coach' is oorspronkelijk afgeleid van het woord 'koets'. Net als een koets is een coach een hulpmiddel om comfortabeler te reizen door het landschap van je leven. Het kan gaan over bewustwording van wat je wilt en niet wilt, het kan gaan over het formuleren van een doel of over het helpen bereiken van een doel.

In zijn opleiding tot coach worden de specifieke competenties van coaching toegevoegd aan de principes van de NLP-opleiding. Deze competenties zijn met name inspelen op zelfsturing, thematiseren, faseren en trajectbepaling.

Coaching kan ook vanuit een ander referentiekader als bijvoorbeeld TA, groepsdynamica, systeemdenken, focussing, contextuele visie.

[Op internet vond ik dat NLP staat voor: neuro linguistisch programmeren. De NLP is een methode van communiceren die inzicht geeft in de dynamiek tussen brein en taal en hoe dat van invloed is op alle niveaus van ons functioneren. Het leert ons hoe te leren. Het maakt de weg vrij om te groeien, de W.]

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

### **Ordenieuws**

In het nummer van Juli 2005 staat onder andere:  
In een circulaire van het ministerie van VWS staat dat de GGZ per 1 Januari 2006 verplicht DBC's gaat registreren. Een jaar later moet ook op basis van DBC's worden ingekocht en gedeclareerd. In Oktober 2005 wordt de voortgang nog eens gemeten. Aanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de afspraken met hun ICT-leveranciers over tijdige levering van validatie- en declaratiesoftware en de aansluiting op het DIS.

Het registratie model DBC GGZ 2005 is bevroren tot minstens 1 Juli 2006.

Een deel van de GGZ wordt de komende tijd gefaseerd overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Fase 1 gaat in op 1 Januari 2006. GGZ-aanbieders declareren dan op individueel verzekerdeniveau op basis van de huidige bekostigingsproducten bij het zorgkantoor zodat zorgverzekeraars in 2006 inzicht krijgen in welke mate hun verzekerden gebruik maken van de GGZ.

### **De Psychiater**

In het nummer van Juni 2005 staat een interview van de wetenschaps- journalist Frank van Wijck met psychiater Patrick Knapen, lid van de commissie LPT, onder de titel: Wetenschappelijk dossier over langerdurende psychotherapie. Daarin wordt ingegaan op het Visiedocument van de NVvP waarover u in het vorige Bulletin (nr. 25 Juni 2005) heeft kunnen lezen.

Knapen zegt dat er een groep van ongeveer 13.000 patiënten is die zich onderscheidt door de ernst van de problematiek waarmee zij kampen. In een aantal gevallen is het maximaal toegestane aantal sessies alleen al nodig om een vertrouwensrelatie op te bouwen. De behandeling van patiënten met hechtingsstoornissen of vroege traumata gaat gepaard met angst en heftige emoties. Het aantal sessies om een effectief resultaat te bereiken kan bij veel patiënten gemiddeld vijftig zijn en voor persoonlijkheidsstoornissen kan gemiddeld negentig sessies reëel zijn. Volgens diverse onderzoeken leidt onderbehandeling er toe dat patiënten zich vaker ziek melden en vaker een beroep doen op huisarts en somatische zorg.

Knapen is er van overtuigd dat Hoogervorst het tegenovergestelde bereikt van wat hij wil. Duurder in plaats van goedkoper. Knapen vindt dat er een hardheidsclausule moet komen waarin de mogelijkheid wordt geschapen om een verlengingsindicatie te stellen voor patiënten voor wie dit nodig is.

### **Ordenieuws**

In het nummer van Augustus 2005 staat een stukje over 'Overheveling en DBC's. 1 Januari 2006 gaat de curatieve GGZ over van de AWBZ naar de

zorgverzekering. Omdat de uitvoering nog niet mogelijk is voor individuele zorgverzekeraars wegens het ontbreken van de schadelast wordt een deel van de premie overgeheveld naar het AFBZ (Algemeen fonds Bijzondere Ziektekosten). Daarmee wordt de methode van de AWBZ in 2006 nog voortgezet. In 2006 moet de registratie plaats vinden van DBC's zowel door instellingen als door zelfstandigen. En deze DBC's moeten geautomatiseerd worden aangeleverd. Van 2007 af moeten instellingen en zelfstandigen met de zorgverzekeraars onderhandelen over welke DBC's tegen welke prijs geleverd gaan worden. Daarbij moeten ook afspraken gemaakt worden over volume, effectiviteit en kwaliteit.

In hetzelfde nummer wordt de uitspraak vermeld van een kort geding dat de AbvaKabo heeft aangespannen tegen GGZ Nederland. Deze luidt dat werknemers die na 1 Januari 2004 ziek zijn geworden en onder de CAO GGZ vallen ook in het tweede jaar recht hebben op 100 % van hun salaris. GGZ Nederland kan hier tegen in beroep gaan.

### **Medisch contact**

In het nummer van 7 Oktober 2005 staat dat jaarlijks naar schatting 16.500 patiënten met een depressie of een persoonlijkheidsstoornis onvoldoende psychotherapie krijgen. Dat blijkt uit cijfers van het Meldpunt Psychotherapie. Bij extrapolatie van de gegevens van het meldpunt over het eerste half jaar van 2005 blijkt dat bij meer dan 5000 patiënten de behandeling voortijdig is gestaakt. 800 patiënten worden doorverwezen voor deeltijdbehandeling of een langdurige opname. Ongeveer een derde gaat zelf betalen tegen gereduceerde tarieven. Voor de rest worden andere oplossingen gezocht.

De NVvP en de andere beroepsverenigingen willen dat voortgezette therapie weer mogelijk wordt.

### **De psychiater**

In het nummer van Augustus 2005 staat een artikel van Michel van Dijk, wetenschapsjournalist. Hij doet verslag van een congres van het Trimbos- instituut op 22 Juni 2005 over Arbeid en Psyche. Van de 900.000 arbeids- ongeschikten is een derde afgekeurd wegens psychische klachten. Mensen met psychische problemen vormen de grootste groep in de WAO. Een van de sprekers, van Weeghel, zei dat werken zin kan geven aan het leven en kan bijdragen aan een goede psychische gezondheid.

De rode draad van dit congres was dat er consensus bestaat over een aantal interventies om mensen met psychische klachten aan het werk te krijgen en te houden.

-Het is belangrijk om in de anamnese (of intake) te vragen hoe de cliënt op zijn werk functioneert.

-Bij de behandeling van een cliënt dient ook de arbeidsproblematiek te worden behandeld.

-Prof. F. van Dijk stelde het principe 'place, then train'. Probeer te bereiken dat de cliënt niet in de ziekte komt en als deze dat wel is begeleidt hem dan zo snel mogelijk weer naar het werk en tracht de problemen die op het werk zijn ontstaan daar ook weer op te lossen. Niet eerst 'op het droge oefenen' maar direct naar het werk begeleiden, liefst samen met de leidinggevenden en collega's op het werk. Je moet een goed beeld hebben van de context op het werk van de cliënt.

-Er bestaat vrijwel geen onderzoek naar de effectiviteit van arbeidsgerelateerde interventies bij mensen met psychische stoornissen. Dr. C.M. van der Feltz pleit voor het oprichten van een 'Platform Arbeid en Psyche' binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Deze zou kunnen bevorderen dat er multi- disciplinaire richtlijnen komen en er meer samenwerking met andere disciplines komt.

Nieuwsbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van December 2005

De voorbereidingen voor een Electronisch Patiënten Dossier (EPD) zijn in volle gang. De centrale voorzieningen voor de eerste twee hoofdstukken zijn vrijwel gereed. Dat zijn het Electronisch Medicatie Dossier (EMD) en het Electronisch Waarneem Dossier Huisartsen (WDH). De koplopers (onder andere Noord Holland Noord) zullen deze als eerste gaan invoeren en uittesten. Zij worden hierbij ondersteund door een nieuwe implementatie- organisatie onder directe verantwoordelijkheid van de minister. Hierin zitten de meest betrokken partijen. Tevens blijft men gebruik maken van de expertise van het NICTIZ, het CIBG en andere experts.

In dit geheel is het Landelijk Schakelpunt (LSP) belangrijk. Dit is ook vrijwel klaar, inclusief de koppeling met de Sectorale Berichtvoorziening Zorg (SBV-Z). In Februari zullen de testen met de koplopers beginnen. De zorg- verleners kunnen zo al hun functies afhandelen en het BSN van hun patiënt checken.

Iedere patient krijgt een BSN, een Burger Service Nummer. Hiervoor moet de wet veranderd worden en het wetsvoorstel hiertoe ligt bij de tweede kamer.

Verder krijgt iedere zorgverlener een UZI-pas, een Unieke Zorgverlener Identificatie-pas.

## **De psychiater**

In het nummer van December 2005 wordt in de rubriek 'Van het bestuur' ingegaan op de LPT, de langer durende psychotherapie. 6 Oktober is er in de tweede kamer over gesproken, mede aan de hand van het Visiedocument van de NVvP (zie Bulletin 25). De minister heeft toegezegd om met de beroepsgroep

een bijkomend onafhankelijk onderzoek te doen naar de effecten van de bezuiniging wat betreft kosten en patiënten.

Er werd ook gesproken over cosmetische en reconstructieve chirurgie en het grensgebied tussen deze twee. Van oudsher wordt er veelal gesuggereerd dat psychotherapie meestal 'cosmetisch' is, terwijl het in feite gaat om 'recon-structieve' psychotherapie. De beroepsgroep moet trachten deze onjuiste beeldvorming om te buigen.

De commissie LPT heeft voorgesteld om een 'getrapte' indicatiestelling in te voeren ten aanzien van 'voortgezette psychotherapie'. De beroepsgroep claimt de verantwoordelijkheid voor de indicatiestellingen, maar dient dan ook daarin zo transparant mogelijk te zijn. Dus inzichtelijk maken op basis van welke argumenten een kortdurende behandeling in voorkomende gevallen ontoereikend wordt geacht. En op basis van welke argumenten van een langerdurende behandeling wel gunstige resultaten kunnen worden verwacht. In de nabije toekomst moet dit voorstel verder worden uitgewerkt om daarna te trachten met de gesprekspartners te komen tot een wijziging van de huidige regeling.

### **Brief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 16 December 2005**

In verband met het overhevelen van een deel van de Geestelijke Gezondheids Zorg naar de Zorgverzekeringswet is een website overheveling GGZ gemaakt. Men kan hier informatie vinden over deze overheveling:

[www.minvws.nl/dossier/overheveling-ggz](http://www.minvws.nl/dossier/overheveling-ggz)

Onder andere een 'praktische handreiking zorgaanbieders' waarin ook een stappenplan staat beschreven. Omdat tegelijk de DBC gaande is, is er ook een link naar de DBC GGZ maar men kan daar ook komen met [www.dbcggz.nl](http://www.dbcggz.nl)

9 December 2005 is een DBC-productstructuur voor de curatieve zorg vastgesteld en goedgekeurd. De zorgaanbieders kunnen zich nu richten op de implementatie van de validatie van de DBC-registratie. Men kan daarbij gebruik maken van de proefvalidatiemethode die via de website verkregen kan worden.

Hierna volgt de berekening van de kostprijzen conform het kostprijsmodel DBC GGZ. Per 1 Juni 2006 moeten de kostprijsgegevens worden aangeboden aan het DIS, het DBC Informatie Systeem. Waarschijnlijk vindt in 2007 bekostiging op basis van DBC's plaats.

## Intervisie-groepen

De razendsnelle ontwikkelingen binnen en buiten het vakgebied van de klinische psychotherapie heeft het bestuur doen stilstaan bij het nut en de betekenis van het opzetten van klinische intervisiegroepen.

Het lijkt ons zinvol om daarmee een start te maken en wij vragen allen die het idee willen steunen en vorm geven om te reageren.

Als cliënten zich bij de psychotherapeutische kliniek aanmelden met de meest uiteenlopende klachten worden ze aan een uitgebreide intakeprocedure onderworpen. Vervolgens wordt een indicatie gesteld die een opname in een klinisch therapeutische setting aannemelijk moet maken.

Één van de basisoverwegingen van de keuze voor een klinische opname is dat cliënten veel van elkaar kunnen leren van het met elkaar in therapie zijn. Het gaat daarbij om aspecten als: het vermogen tot herkenning, het geven van onderlinge steun, het leren hulp vragen, het beiden van rolmodellen, het elkaar leren verdragen, het zich kunnen verbinden en het met elkaar kunnen (mee) delen.

Bij de gedachte aan het opzetten van intervisiegroepen voor therapeuten die in een (deeltijd)kliniek werkzaam zijn, ligt een soortgelijk idee ten grondslag. De veronderstelling is dat therapeuten veel van elkaar kunnen leren door herkenning, modellering ..... etc.

Evenals bij opnames geschiedt deelname aan intervisiegroepen geheel op vrijwillige basis. Het gaat er niet alleen om dat jongere collegae iets kunnen leren van oude rotten in het vak, maar dat de ervaren therapeut ook iets wijzer kan worden van de jongere lichter psychotherapeuten. En dan met name op het gebied van het toepassen van nieuwere methodieken in de klinische praktijk, zoals Mentalization Based Treatment, Mindfull Cognitive Therapy en Vers-training en neurofeedback (uiteraard weten veel 'oude rotten' daar ook al het enige van).

Paul Deege

*'Je moet wel goed gek zijn om niet gek te zijn!*

DE OPBRENGST VAN DIT BOEK GAAT NAAR *PSYCHIATRISME*  
(ondersteuning van ex-psychiatrische patiënten, o.a. door buddiesysteem)

Geachte heer/mevrouw, waarde vriend,

Mijn nieuwste boek is verschenen:

***GESTOORD in en buiten de psychiatrie.***

Naar aanleiding van zijn 50<sup>e</sup> verjaardag (op zoek naar *'waar Abraham de mosterd haalt'*) heeft de prettig gestoorde ***Doke Dilen*** zijn vierde boek uitgebracht.

**Deze keer niet zo direct confronterend met de harde psychiatrie,  
maar *GESTOORD in en buiten de psychiatrie* is eerder in een geestig én sappig  
sausje gegoten.**

**Wat wel gelijk loopt met zijn vorige werken: geen enkel 'taboe' wordt gemedend!**

***GESTOORD in en buiten de psychiatrie* bevat bijna 600 AFORISMEN,  
ONELINERS, gek geklap, gestoorde gedachten en vele andere GEKTES.**

ISBN 90-801639-4-5 - 96 pag.

Het boek kan besteld worden op onderstaand adres, per e-mail, fax of door  
overschrijving.

***Prijs per exemplaar: € 9,75 + € 1,50 (voor Nederland + € 3,50) verzendingskosten.***

*Via overschrijving: storten op 000-1631771-37, van Doke Dilen, Beursgang 8/24, 3000  
Leuven.*

**Nederland: storting op IBAN: BE35 0001 6317 7137 - BIC: BPOTBEB1**

**Dit boek is ook een ideaal geschenk voor de komende feestdagen!**

Met vriendelijke groeten.

Ludo Doke Dilen

Beursgang 8/24

3000Leuven (België)

Voor mijn 3 andere boeken kijk op: <http://dildoke.skynetblogs.be>

## Aankondigingen

28 Maart 2006 13:00 uur: Middagsymposium De Zwaluw en De Enk.

Thema: In het verleden behaalde resultaten bieden geen garantie voor de toekomst; opties voor (dag)klinische psychotherapie.

Plaats: Symfora, locatie Zon en Schild, Utrechtseweg 266 te Amersfoort.

Inl: tel: 033 – 460 95 38 (Sylvia Ebell, secr. De Enk) en tel: 033 – 460 98 57 (Bernadette van der Berg, secr. De Zwaluw).

16 maart tot 18 mei 2006 (5 dagen): Cursus van de Vereniging voor Klinische Psychotherapie.

Thema: Samenhangend behandelen.

Plaats: Utrecht.

Inl. en aanmelden: tel: 06 – 1612 6815 (secr. VKP, Jiska Scholte)

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

Accreditatie aangevraagd (vorig jaar 20 punten).

29 maart t/m 1 april 2006: training klinische psychotherapie.

Thema: Zelf ervaren welke processen zich afspelen in een klinisch behandelmilieu en ervaren hoe groepsprocessen en persoonlijke processen elkaar wederzijds beïnvloeden.

Plaats: Gasterij 'De Dijkgraaf' te Maasbommel.

Inl: tel: 06 – 1215 1927 (secretariaat Training Klinische Psychotherapie); 's Gravenweg 477, 3065 SC Rotterdam.

15 en 16 juni 2006: Congres van de VKP, de NVGP en de VMPD gezamenlijk.

Thema: Kiss Me, Kick Me, over uitstotingsprocessen in groepen en over interventies die tot verbinding leiden.

Plaats: De Bron te Dalftsien.

Inl: tel: 06 – 1612 6815 (secr. VKP, Jiska Scholte)

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

22 Juni 2006: Studiedag van de afdeling voor klinische psychotherapie 'De Wende' van GGZ Eindhoven.

Thema: Het Mentaliserend Focus; theorie en praktijkervaringen met MBT (Mentalization Based Treatment) als behandelmethode voor de borderlinestoornis.

Plaats: Van Abbemuseum, Bilderdijklaan 10 te Eindhoven.

Inl: tel: 040 – 297 01 91 (Yvonne Faust, Secr. De Wende).

Accreditatie aangevraagd.

## 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.