Workshopoverzicht | Dag van de Inhoud Engels – 31 maart 2022

Eerste ronde

1. **Waar gaat het hier eigenlijk over? Beperkingen in functioneren in systemische context** door Victor Kouratovsky, Klinisch Psycholoog, Kinder- en Jeugdpsycholoog Specialist NIP, specialismegroep Culturele Psychiatrie, Diagnostiek Raad PG

Het is de bedoeling van deze workshop om te laten zien dat in een systemische context goed gebruik kan worden gemaakt van de WHODAS-2: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Dit instrument is in 2010 ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie. Voor de DSM-5 neemt de WHODAS-2 de plek in van de Global Assessment of Functioning schaal (GAF-score) van eerdere DSM versies, iets dat echter amper bekend is.

I.t..t. de GAF biedt de WHODAS-2 een betrouwbaar en valide instrument waarmee beperkingen in het functioneren in kaart kunnen worden gebracht die voortkomen dan wel samenhangen met psychiatrische en ontwikkelingsproblemen. Dit instrument kan bovendien als cultuurvrij worden beschouwd in de zin dat het overal op de wereld zinvol blijkt te kunnen worden ingezet.

De WHODAS-2 is vooral ook nuttig omdat er naast een versie voor iemand zelf, een versie is voor naasten en/of verzorgers die het mogelijk maakt om enerzijds beperkingen in dagelijks functioneren in kaart te brengen waar anders minder zicht op is en om anderzijds problemen waar geen of amper beperkingen aan vast zitten, te relativeren. In een gezins- of familiale sessie kunnen zo verschillende visies en meningen naast elkaar worden gelegd en besproken. Een bespreking die bovendien kan aansluiten op het Cultural Formulation Interview.

Een bijkomend groot voordeel is dat dit instrument in veel talen beschikbaar is.

2. **De rol van familie-ambassadeur – Steeds professioneler** door Venu Nieuwenhuizen, Bestuursadviseur herstel en coördinator familiebeleid en Marijn Gilhuis, Geestelijk verzorger en coördinator familiebeleid

Parnassia Groep vindt het belangrijk om zo veel mogelijk met familie en naasten van cliënten samen te werken. Dit is vastgelegd in het PG-familiebeleid (2021). Uit verschillende onderzoeken blijkt namelijk dat het werken met familie en naasten bijdraagt aan een betere behandeling, een sneller herstel en dat het effect langer aanhoudt. Ook neemt gemiddeld genomen bij alle deelnemende parttijen de stress af en is er een grotere tevredenheid over het behandel -of begeleidingstraject.

Maar hoe geef je in de praktijk vorm aan het familiebeleid? Veel verschillende zorgbedrijven zetten hiervoor familie-ambassadeurs in (ook wel familie-aandachtsfunctionarissen genoemd). Dit zijn medewerkers die binnen hun eigen team, samen met collega's, verbeterpunten uitvoeren rondom het familiebeleid. Om familie-ambassadeurs te helpen deze belangrijke rol zo goed mogelijk uit te voeren, hebben we een professionaliseringsslag gemaakt. In deze workshop nemen we jullie hierin mee.

In de workshop behandelen we:

1. het profiel van de familie-ambassadeur
2. de PG-training tot familie-ambassadeur
3. het opzetten van familie community‘s
4. de Sharepoint Werken met familie en naasten

We bespreken dit onderwerp aan de hand van theorie, voorbeelden en een praktische oefening. Leuk als je aansluit!

3. **Pakket Interventie Mantelzorg op Maat** door Antoinette van der Linden, verpleegkundig specialist GGZ en Anneke van Heukelum- Terlouw, verpleegkundig specialist GGZ

Voel jij je betrokken bij de zorg voor een familielid? Tuurlijk, waarschijnlijk.

Voel jij je als hulpverlener bekwaam om familie te betrekken bij de behandeling? Misschien, soms, niet altijd, waarschijnlijk.

In speedtempo worden deelnemers geïnspireerd en meegenomen in de PIMM: Pakket Interventie Mantelzorg op Maat.

“De PIMM” is een gespreksmodel voor hulpverleners om met naasten van cliënten (met een psychische en/of verslavingsproblematiek) in gesprek te gaan over thema’s als: belasting/ overbelasting, territorium, aangeven van grenzen met behoud van respect, rolveranderingen, spanningen in de relatie, sociale contacten (of isolement) en verlies & rouw. Hiermee kunnen hulpverleners de naaste op een gestructureerde wijze ondersteunen in circa 5-10 gesprekken. De methode is ontwikkeld in de ouderenpsychiatrie van Altrecht GGZ, door o.a. Mw. M. Zegwaard. Bij Antes is de training doorontwikkeld en aangevuld met Familie Als Bondgenoot.

Hulpverleners voelen zich na het volgen van de training sterker en zelfverzekerder om goed beslagen ten ijs in gesprek te gaan met naasten. Met de PIMM wordt beoogd de volgende uitkomsten te bereiken: Naaste heeft de regie/controle terug, verbeterde relatie met cliënt, herstel identiteit (rollen), verdriet beter aankunnen, kennis over ziekte & behandeling maar ook over impact op familie en naasten.

Met deelname aan deze workshop hopen we concrete handvatten te geven aan hulpverleners om met familieleden van patiënten in gesprek te gaan én te blijven. Ofwel zich aan te melden voor de tweedaagse training tot familieambassadeur, zich aan te sluiten bij een family community of de uitgebreide PIMM training te gaan volgen.

4. **Intensieve traumabehandeling, Nu ook voor adolescenten! door Marco Bijtenhoorn** GGZ Verpleegkundig specialist i.o., Systeemtherapeut, NVRG; Debby van Riel, GZ-psycholoog/psychotherapeut, EMDR practitioner Europe Kind & Jeugd en Volwassenen en Nomi Bodor, Klinisch Psycholoog K&J, EMDR practitioner Europe Kind & Jeugd

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een belastende aandoening waarvan de gevolgen vaak langdurig ingrijpen op verschillende levensgebieden. Traumatische ervaringen in de kindertijd kunnen sporen in een heel leven achterlaten. PTSS in de adolescentie leidt tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van comorbide stoornissen op latere leeftijd Dit maakt effectieve behandeling van PTSS in de adolescentie van belang.

Behandeling van patiënten met chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS) kent een langdurig beloop waarbij grote kans is op uitval. Effectieve behandeling van PTSS in de adolescentie zou dit kunnen doorbreken. Vernieuwende intensieve vormen van traumabehandeling leiden bij volwassenen tot positieve resultaten. In navolging daarop worden bij de adolescentendoelgroep ook de eerste intensieve behandelvormen aangeboden.

In Den Haag is in 2020 een pilot gestart met intensieve traumabehandeling voor adolescenten in de leeftijd van 14 tot 23 jaar.

Binnen deze behandeling werd EMDR, Imaginaire Exposure (in Vivo) en sporten gecombineerd.

In deze workshop laten we zien wat onderzoek naar deze vorm van behandeling heeft opgeleverd. Welke behandeltechnieken zijn ingezet, hoe er is samengewerkt met alle verschillende disciplines en wat ideeën zijn over vervolgonderzoek en verder opzetten van een dergelijke behandeling.

5. **Exposure therapie: samen met je patiënt en de naasten op onderzoek uit** door Annemiek Polman, Klinisch psycholoog, ISP angststoornissen, Specialismeleider angststoornissen en Kim Melchior, GZ psycholoog

Exposure therapie is al sinds de jaren 50 een effectieve therapie voor angststoornissen. Het basisprincipe van exposure therapie, namelijk blootstelling aan angstopwekkende stimuli, wordt in deze workshop bekend verondersteld. Maar hoe zorg je er nu voor dat jouw patiënt maximaal kan profiteren van deze behandeling? In deze workshop staan we stil bij het betrekken van de belangrijke naasten van de patient bij de exposure behandeling. De patient en de naasten zijn vaak tezamen in een patroon terecht gekomen wat bijdraagt aan de instandhouding van de klachten. Dit kan bijvoorbeeld door mee te gaan in vermijdingsgedrag of het veelvuldig geven van geruststelling. Het is daarom ook belangrijk de naasten te betrekken bij de behandeling en ze samen hulp te bieden bij het doorbreken van de instandhoudende patronen.

In deze interactieve workshop doe je nieuwe ideeën en ervaring op met het betrekken van naasten bij een exposure behandeling, waar je direct praktisch mee aan de slag kan gaan in je eerstvolgende sessie. Er is ruimte voor inbreng van casuïstiek en vragen.

6. **Familieopstellingen – maakt het onzichtbare zichtbaar**
   Het is niet belangrijk hóe het werkt, maar dát het werkt…! door Drs. Natalie Wensveen, systemisch coach Parnassia groep academie en Drs. Marieke van der Zon, Psychiater PsyQ Leiden

“Betrek de familie bij de behandeling”, wordt vaak gezegd. Maar…wat doe je als er geen familie beschikbaar is? Of als de patiënt/ cliënt het niet wil? Of als er geen contact is met familie? Kun je dan helemaal niets doen? Zeker wel! Maar dan zul je een andere vorm moeten kiezen. Een mogelijkheid is om dit via een familieopstelling te doen.

Een familieopstelling is een methode om onzichtbare relaties in familiesystemen zichtbaar te maken, zodat er iets in beweging gezet kan worden. Het uitgangspunt bij familieopstellingen is dat alle leden in het familiesysteem elkaar onbewust beïnvloeden. Zo kunnen ingrijpende gebeurtenissen in een familiesysteem die niet verwerkt zijn, nog steeds invloed hebben op jouw huidige leven. Waardoor jij bijvoorbeeld ervaart dat je over je grenzen laat gaan, dat je een last met je meedraagt of dat je niet goed weet wat je plek is.

Hoe werkt een familieopstelling?

Letterlijk worden er mensen aan de hand van een vraag of casus opgesteld in de ruimte. De personen die worden opgesteld in de ruimte representeren iemand anders uit het gezin van herkomst; bv een ouder, een broer of zus etc. Wat er werkelijk (in de onderstroom) aan de hand is, wordt op deze manier zichtbaar gemaakt. Antwoorden komen dan vanzelf; niet vanuit je hoofd… maar via intuïtieve ingevingen en via lichaamssignalen.

Wat gaan we doen?

Tijdens de workshop gaan we na een korte uitleg, vooral zelf ervaren hoe het is om in een opstelling te staan. Via vragen of cases die de deelnemers zelf inbrengen, krijgt iedereen de mogelijkheid om ervan te proeven. Afhankelijk van de tijd is er ruimte voor enkele deelnemers om zelf een vraag in te brengen.

Kortom, verwacht niet teveel theorie, maar vooral doen en ervaren!

Voor wie is dit geschikt?

Voor behandelaren die willen ontdekken wat dit kan brengen voor henzelf en/of voor hun cliënten. Ook als je geen behandelaar bent, maar wel open staat voor persoonlijke ontwikkeling, kan dit ook iets voor jou zijn.

Je hoeft zelf geen ervaring te hebben met opstellingen. Ook hoef je zelf geen vraag in te brengen. Wel is het belangrijk dat je een open en nieuwsgierige houding hebt en dat je bereid bent om mee te doen in een opstelling van iemand anders. Het is prettig als je je raakbaar durft op te stellen. De uitdaging hierbij is om niet alles te willen begrijpen…

Tweede ronde

7. **Somatiek en netwerk: een wenselijke verbinding!** door Maartje Brink Verpleegkundig Specialist, Parnassia NH en Jordy Palm Ervaringsdeskundige, Parnassia Academie

Aan de hand van een casus wordt besproken hoe de familie betrokken kan worden bij de somatiek binnen de GGZ en de belangrijkste onderdelen van psycho educatie over somatiek in de GGZ. Hierin wordt ingegaan op het betrekken van het steunsysteem bij somatische problemen en interacties met de psychiatrische problematiek. Denk aan bijwerkingen van medicatie, somatische problematiek als infecties en auto immuunziekten, beperkingen in mobiliteit en roken. Het belang van de familie anamnese wordt besproken en toegelicht.

8. **Niets over ons zonder ons** door Rob van Grunsven, klinisch psycholoog, Parnassia Haaglanden

Binnen de GGZ-teams van Parnassia vinden de (jaarlijkse) evaluaties van het behandelplan van de patiënt doorgaans plaats als een MDO zonder dat de patiënt daar zelf bij aanwezig is, en zonder gelegenheid voor de naasten om dit bij te wonen, mocht de patiënt dat wensen.

Dat past eigenlijk niet meer in deze tijd. Dus daar willen we verandering in aanbrengen! Maar hoe?

Deze Workshop gaat over een in 2022 te starten project “Niets over ons zonder ons” waarin we willen onderzoeken waarom het loopt zoals het loopt, welke voor- en nadelen heeft het één (zonder patiënt en naasten) en het ander (met patiënt en naasten), en hoe werken we er naar toe naar een toekomstige situatie waarin de patiënt de regie over het eigen behandelplan ook daadwerkelijk kan nemen?

De deelnemers krijgen een uiteenzetting over de achtergrond en de actuele status van het project en worden actief uitgenodigd om met ons mee te denken over hoe we naar een toekomst toe kunnen waarin het gewoon is dat patiënten en naasten deelnemen aan de behandelplanbespreking. Kortom: Kom! Denk met ons mee! En voed dit project met constructieve ideeën, tips, tools, suggesties, overwegingen, etc.

9. **ADHD bij vrouwen en hormonale stemmingswisselingen gedurende de levensloop** door Prof. Dr. J.J. Sandra Kooij, psychiater, Professor ADHD bij volwassenen, afd. psychiatrie AUMC/VUMc; Hoofd Kenniscentrum ADHD bij volwassenen PsyQ; Specialismeleider ADHD bij PsyQ en Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij Parnassia Groep;

Recent onderzoek van onze promovenda Farangis Dorani heeft bevestigt wat de klinische praktijk al had laten zien: vrouwen met ADHD hebben 2-3x zo vaak premenstruele, postnatale en perimenopauzale stemmingwisselingen/depressies vergeleken met controles. Dit veroorzaakt veel last voor de vrouwen en hun partners, maar ook problemen op het werk, en in de carriere. Niet voor niets wordt de menopauze een ‘carrierekiller’ genoemd, en dit verloopt bij vrouwen met ADHD nog heftiger. De reden voor de toename van stemmingsproblemen in deze drie episoden ligt waarschijnlijk in een interactie tussen de veronderstelde lage dopamine spiegels in de hersenen bij ADHD en de lage oestrogeen spiegels in die episoden. Oestrogeen blijkt namelijk een vergelijkbare werking in de hersenen te hebben als dopamine, beide versterken elkaar.
Dit en wat je eraan kunt doen wordt besproken in deze interactieve workshop.

10. **There is no such a thing as an infant** door Prof. dr. Hedwig van Bakel, GZ-psycholoog en Mw. S. Weistra, Psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog

“'There is no such thing as an infant, meaning that whenever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant” (Winnicott, 1963). Deze Engelse psychiater wordt beschouwd als een van de grondleggers van het gedachtegoed van Infant Mental Health (IMH), een gedachtegoed en visie waar de focus ligt bij het in beeld krijgen van de gehele context waarin een kind opgroeit.

De betekenisgeving/representaties van de ouders komen steeds aan bod, hoe deze de ontwikkeling van het kind kleuren of hebben gekleurd en hoe ouders zelf ook gevoed worden door de ontwikkeling en bepaalde kenmerken van hun kind.

In deze workshop zal worden ingegaan op de wijze waarop in de hulpverlening het hele complexe systeem waarbinnen een baby of peuter opgroeit wordt meegenomen, onder andere door directe observaties van ouder(s) en kind; vragenlijsten en interviews.

11. **Seks en seksueel plezier na seksueel geweld** door Gertruud Borst, Gz-psycholoog/psychotherapeut/seksuoloogNVVS/ systeemtherapeutNVRG en lid specialismegroep Seks & Gender, PsyQ Beverwijk; Marieke Brauer, GZ-psycholoog, PsyQ Purmerend en Chantal Musch, ervaringsdeskundige

Slachtoffers van seksueel geweld krijgen veelal een traumaverwerkende behandeling zoals EMDR en ImRs aangeboden, als behandeling gericht op specifieke posttraumatische klachten zoals de herbelevingen. Echter, de impact van seksueel trauma op de seksuele ontwikkeling en ervaren van seksualiteit is groot, en leidt veelal tot klachten als aversie tegen seks, problemen met seksuele opwinding, pijnklachten, vaginisme (naast andere klachten rond schuld en schaamtegevoelens, en problemen in de relatie en intimiteit). Dit treft de slachtoffers als persoon, en als onderdeel van een relatie Deze klachten verbeteren niet mee door de traumabehandeling.. Genoemde inleiders zijn doende een aanbod te ontwikkelen waarmee eigen lichamelijkheid, intimiteit en seksueel plezier weer meer op de kaart gezet kan worden.

De workshop wordt gegeven vanuit de specialismegroepen Seks & Gender en Psychotrauma.

12. **Weet jij wat de fasen van herstel inhouden?** door Marietta van Mastrigt, Klinisch psycholoog, Ouderenpsychiatrie Parnassia Haaglanden en Wilco Mierop, begeleider, Antes

In deze workshop leer je de (herstel)fase waarin de cliënt zich bevindt te herkennen. Ook wordt aandacht besteed aan het herkennen van de behoeftes die hieraan gekoppeld zijn en de wijze waarop aan deze behoeftes tegemoet gekomen kan worden.

Eigen ervaringen van de behandelaar spelen hierbij een belangrijke rol en leiden vaak tot inzicht in herstelfases en behoeftes van de cliënt.

Derde ronde

13. **Somatiek en verslaving** door Drs.Mary Janssen van Raay, MPH, MiAM, DipMedED. , Antes, klinieken Noord en Dr. Evert Jan Mookhoek, specialist ouderengeneeskunde, Antes, Divisie Volwassenen Klinisch Zuid, PG Academie, Specialismeleider somatiek

Preventie somatische complicaties bij verslaving.

Onderwerpen die aan bod gaan komen: Dag- en nacht ritme, beheren stressniveau / HPA as, preventie hart en vaatziekten, vitamines, zelfzorg (bijv. gebit en vanwege bejegening). Insteek is om dit vanuit het preventieperspectief te benaderen. MGV zal ook aandacht krijgen

Werkvormen:

1. Ophalen en teruggeven: : eerst uitzoeken wat er voor kennis in de zaal is. Via vraag op slide, interactie en antwoord laten zien.
2. Rollenspel of reacties aangeven op situaties. Eventueel voor laten spelen.

14. **Een lesje systeemgesprek voeren** door Charif El-Keiraouani, systeemtherapeut, hypnotherapeut en Francien Meertens, systeemtherapeut

Ook al ben je geen systeemtherapeut, als je een behandeling doet moet je toch regelmatig een gesprek voeren met ouders, een partner of familie van je cliënt. Maar hoe doe je dat nu eigenlijk?

Als systeemtherapeut kijk je vaak met de bril dat systemen helpend kunnen zijn om anders met problemen om te gaan, maar kijk je ook naar patronen in gesprekken die iets kunnen vertellen over wat er in een gezin zou kunnen gebeuren. Dit kan bv door middel van circulaire vragen.

Ook individueel kun je systemisch werken.

Nieuwsgierig, kom dan naar onze workshops voor tips en trucs voor het voeren van een gesprek met het systeem.

15. **Advance Care Planning (in de GGZ)** door Karin den Boer, verpleegkundig specialist GGz PG Antes; onderzoeker palliatieve zorg Amsterdam UMC/ Hogeschool Inholland en Henk Kruithof, klinisch geriater, specialismeleider neurocognitieve stoornissen Parnassia Haaglanden en Parnassia Groep

Aan het einde van het leven staan we soms plotseling voor vele medische en niet-medische keuzes. Dit kan enorme onrust en spanningen veroorzaken bij de betreffende oudere, naaste(n) en betrokken hulpverleners.

Advance Care Planning (ACP) is een dynamisch proces waarbij de oudere en naaste(n) ondersteund worden bij het bepalen van zinvolle, haalbare doelen en het nemen van beslissingen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling, in terugkerende gesprekken met hun hulpverlener. Uitgangspunt is dat deze medische en niet-medische beslissingen worden genomen in gezamenlijkheid met elkaar, volgens de principes van gezamenlijke besluitvorming. ACP biedt rust aan alle betrokkenen en draagt bij aan een hogere kwaliteit van leven en sterven.

Door toegenomen landelijke aandacht voor ACP werden de afgelopen jaren verschillende tools en handreikingen ontwikkeld voor de praktijk. Ook specifiek voor de ambulante en klinische ggz-praktijk. Deze tools en handreikingen bieden handvatten en structuur. De aandacht voor ACP en de toepassing in de praktijk werden bovendien versneld door de coronapandemie.

Meer weten over het voeren van ACP-gesprekken in de praktijk met de cliënt en naaste(n)? Kom dan naar de Workshop Advance Care Planning (in de GGZ).

16. **Feeling Safe-NL: samenwerking tussen ervaringswerkers en psychologen om het welzijn van mensen te bevorderen** door Drs. Eva Tolmeijer, promovenda - Parnassia Academie, psycholoog – FACT en Arjan van den Berg, ervaringsdeskundige Specialismegroep Acuut

Het Feeling Safe-NL onderzoek is een onderzoek naar een nieuw therapie-programma voor mensen met overmatige achterdocht. In dit programma werken ervaringswerkers en psychologen samen om het welzijn en het gevoel van veiligheid van mensen te bevorderen. Dit is de eerste grote studie waarin mede het effect van de inzet van ervaringswerkers in een therapie-programma wordt onderzocht. Er wordt ingegaan op de synergie tussen de bijdrage van psychologen en ervaringswerkers aan het onderzoek. Daarnaast gaan we in op de uitdagingen en kansen voor het onderzoek naar herstelgericht werken.

17. **Transgender cliënten met een andere hoofddiagnose** door Drs. Thomas Wormgoor, Staffunctionaris transgenderzorg, Youz Zaandam; Drs. Tim de Jong, Stafmedewerker specialismegroep Seks & Gender, PG academie

Het onderzoek naar transgenderzorg binnen Parnassia groep geeft inzicht in het aantal cliënten met genderdysforie dat niet in behandeling is bij een specialistisch team van Youz of PsyQ. Op 1 mei 2020 waren dit 185 cliënten met nevendiagnose genderdysforie en 66 cliënten met hoofddiagnose genderdysforie. In het kader van dit onderzoek is niet onderzocht waar deze cliënten in behandeling zijn en wat de hoofddiagnoses zijn van degenen die genderdysforie als nevendiagnose hebben.

Op grond van de kennis over ontwikkelingsrisico's van personen die opgroeien met genderdysfore gevoelens en de gevolgen van minderheidsstress die transgender personen (in meer of mindere mate) ondervinden, moet aangenomen worden dat zij een meer dan gemiddelde kans lopen om psychische klachten te ontwikkelen. Cijfers uit nationale en internationale onderzoeken wijzen ook in die richting.

Kennis over de levens van transgender personen en de risico's van de voor hen specifieke minderheidsstress kan bijdragen aan een effectievere behandeling van psychische problemen die zich voordoen bij transgender cliënten die om een andere reden dan genderdysforie in behandeling zijn bij zorgbedrijven van PG. Ook een LHBTi-sensitief klimaat kan, bijvoorbeeld in een klinische setting, van belang zijn voor een positief herstel.

In deze workshop zullen wij – samen met een collega van een ander zorgbedrijf – deze gedachten aangevuld met casuïstiek aan de deelnemers voorleggen en verder exploreren.

18. **Rol van naasten bij het crisissignaleringsplan en suïcide preventie** door Liesbeth Kalma, Kinder- en jeugdpsychiater, geneesheer directeur Youz en Marian van Verschuer, psychiater, geneesheer directeur Antes

Rol van naasten bij (het maken en gebruiken van) het crisissignaleringsplan (CSP) en suïcide preventie.

Het CSP is een onderdeel van het EPD dat matig ingevuld en gebruikt wordt. De weerstand een CSP in te vullen is, zowel bij behandelaren als bij patienten, groot.

Aan de andere kant kan het ontbreken van een CSP een gemiste kans zijn om vroege signalen te herkennen van suïcidaliteit. Het CSP kan daarnaast patiënt en naasten autonomie geven over hun klachten en wat ze er zelf aan kunnen doen.

In de functie van geneesheer directeur GD bemerken we bij het onderzoek van suïcides dat het CSP regelmatig niet ingevuld is, terwijl hier wel indicatie voor is volgens de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag en volgens de afspraken binnen de PG.

Het betrekken van naasten bij het opstellen van een CSP kan bijdragen aan betrokkenheid en steun voor de patiënt en de machteloosheid bij patiënt èn bij naasten doen verminderen.

In deze workshop wordt mbv casuïstiek, de rol van naasten bij het CSP en bij suïcidepreventie, benaderd vanuit de volwassen- en KJ psychiatrie. We willen proberen te bevorderen dat het CSP, behalve een "verplichting vanuit de IGJ", ervaren wordt als een nuttig instrument en gespreksonderwerp met de patiënt en zijn naasten, in de behandeling van suïcidaliteit.