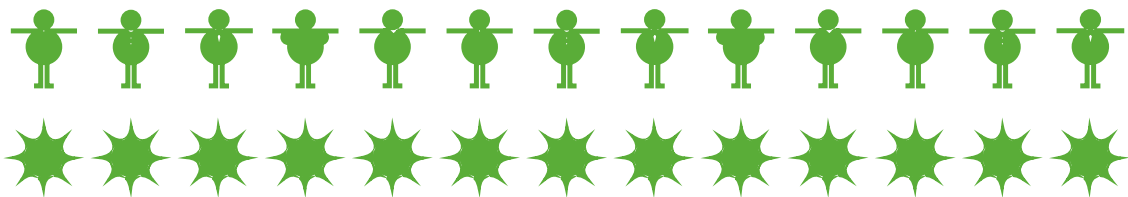


DWARS

GROENLINKSE JONGEREN

**GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG
DWARS ZORGVISIE**

26 APRIL 2013



INHOUDSOPGAVE

Inleiding: Verschil reguliere en geestelijke gezondheidszorg	3
Verschil eerste- en tweedelijns GGZ	5
Instanties binnen de GGZ	6
Ziekenhuispsychiatrie	7
Medicalisering in de psychiatrie	8
Forensische psychiatrie	9
Bronnen	11

INLEIDING: VERSCHIL REGULIERE GEZONDHEIDSZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Historisch gezien is de geestelijke gezondheidszorg altijd een geïsoleerd gebied geweest ten opzichte van de reguliere gezondheidszorg. Instellingen ter bevordering van de geestelijke gezondheid, toen nog gekkenhuizen genoemd, bevonden zich gescheiden van de ziekenhuizen, en werden het liefst op plekken buiten de maatschappij geplaatst. Ook de patiënten stonden buiten de maatschappij en werden veelal doodgezwegen door familieleden. Er was nog weinig bekend over verschillende ziektes, de diagnose was meestal krankzinnigheid. Psychiatrisch patiënten zaten samen opgesloten met geestelijk gehandicapten en mensen met neurologische aandoeningen, zoals ernstige epilepsie.

Door de eeuwen heen zijn er grote vorderingen gemaakt. De stigma's die op veel geestelijke aandoeningen lagen zijn fors verminderd. De algemene kennis over psychische aandoeningen is zeker de afgelopen eeuw flink toegenomen. Psychische aandoeningen worden beter herkend en behandeld. Ingewikkeld blijft het als de aandoening zich op de grens van lichaam en geest bevindt, bijvoorbeeld als iemand lichamelijke klachten ontwikkelt ten gevolge van stress op het werk.

Vaak komt een patiënt met psychische klachten eerst bij de huisarts. Ook is het mogelijk dat een patient wordt opgenomen via de psychiatrische crisisdienst. Een derde route is via de somatische zorg, na een doorverwijzing door een medisch specialist. Van hieruit is er een scala aan behandelingen, dit kan ambulante (dus zonder opname) of middels opname op een open of gesloten afdeling.

Een patiënt kan zelf eerstelijns psychische zorg zoeken, binnen de eerste lijn vallen bijvoorbeeld de meeste psychotherapeuten. Voor tweedelijnszorg, zoals een consult bij de psychiater, is een verwijzing nodig van bijvoorbeeld een huisarts of een medisch specialist. Lichte klachten, zoals overspannenheid of een milde depressie, zijn een indicatie voor de eerste lijn. Ernstiger aandoeningen, zoals een psychose, worden behandeld in de tweedelijnszorg.

Er zijn veel verschillende instanties die zich bezig houden met de geestelijke gezondheid van mensen. Ter verduidelijking ook van de rest van ons stuk gaan wij hieronder eerst in op de verschillende instanties. Deze worden verderop in het stuk verder uitgediept.

Mensen met lichte psychische klachten of levensfaseproblematiek kunnen terecht bij de psycholoog of psychotherapeut, die meestal eerstelijns zijn. Een psycholoog is geen arts en mag geen medicatie voorschrijven, wel gesprekken voeren en psychotherapie geven.

De psychiater is een arts die zich heeft gespecialiseerd in ziektes van de psyche, de geest. Zij zijn over het algemeen tweedelijns, en kunnen ook medicatie voorschrijven. Psychiaters kunnen in het ziekenhuis werken, in een GGZ-instelling of vrijgevestigd zijn. In een ziekenhuis is bijvoorbeeld vaak een psychiatrische afdeling, waar mensen liggen die zowel lichamelijk als geestelijk aangedaan zijn, en niet op een gewone afdeling kunnen liggen. Ook kunnen andere artsen de ziekenhuispsychiaters in consult vragen bij hun eigen patiënten.

GGZ-instellingen zijn vaak grote instellingen waar spreekuur wordt gehouden, maar waar ook bedden zijn waar patiënten kunnen worden opgenomen. Deze beddenafdelingen kunnen gesloten of open zijn. Op deze afdelingen werken speciale psychiatrische verpleegkundigen, die naast bijvoorbeeld hulp bij aankleden getraind zijn in het omgaan met psychiatrisch patiënten.

In de GGZ-instellingen werken ook vaak sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of SPV'ers. Dit zijn gespecialiseerde verpleegkundigen die fungeren als contactpersoon vanuit de zorg voor thuiswonende patiënten en die de patiënt voor langere tijd in de gaten houden. Zij leggen regelmatig bezoeken af, houden spreekuur en coördineren vaak het behandelteam. SPV'ers zijn vaak betrokken bij zogenaamde bemoeizorg, zorg die wordt geboden wanneer de omgeving denkt dat het mis dreigt te gaan, maar de patiënt dit niet inziet.

Verder zijn er nog ontzettend veel instellingen die behandelingen uitvoeren voor uiteenlopende psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld ADHD bij volwassenen of persoonlijkheidsproblematiek. Deze instellingen hebben over het algemeen geen bedden, en doen alleen spreekuren, waarbij zij diagnoses stellen, medicatie verstrekken en psychotherapie geven.

Aparte vermelding verdient nog de verslavingszorg. Dit staat los van de GGZ, en valt onder de hoede van speciale psychologen en zogenaamde verslavingsartsen, een andere specialisatie dan psychiatrie. Deze instellingen, zoals het Jellinek in Amsterdam, hebben speciale detoxprogramma's en psychologische en medische begeleiding voor middelenmisbruik en het stoppen hiermee. Zij hebben ook bedden, maar dit is speciaal bedoeld voor het volgen van hun detoxprogramma's, waarbij mensen soms opgenomen worden. Er wordt veel samengewerkt met de psychiatrie gezien mensen vaak ook psychiatrische diagnoses hebben, maar verslavingsgeneeskunde is een ander specialisme dat onder een andere tak van de geneeskunde valt (de sociale geneeskunde, waartoe bijvoorbeeld ook de consultatiebureau's en de Gemeentelijke GezondheidsDienst (GGD) behoren). In dit stuk gaan wij niet verder in op de verslavingsgeneeskunde, en onderstaande teksten gelden dan ook niet hiervoor.

VERSCHIL EERSTE EN TWEDELIJNS GGZ

Op het moment worden GGZ-patienten ingedeeld in de eerste of tweede lijn op basis van hun diagnose en functioneren. Dit heeft als gevolg dat veel mensen nauwelijks psychologische hulp vergoed krijgen vanuit de zorgverzekering, omdat ze in de eerste lijn terecht komen.

Volgens DWARS is de indeling in de eerste of tweede lijn te beperkt; mensen moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Iemand met lichte psychologische klachten kan enorm veel hebben aan vijf consulten bij een psycholoog, maar voor veel mensen is dit te weinig. Zij hebben verdere behandeling nodig en dat wil zeggen dat ze hun psycholoog na de eerste vijf consulten zelf moeten betalen. Dit is een probleem voor mensen met een klein inkomen en werpt een drempel op om te vragen om psychologische hulp.

Als iemand aantoonbaar niet voldoende geholpen is met vijf consulten, moet er meer hulp beschikbaar zijn, om escalatie van het probleem te voorkomen. Een tweedelijnsindicatie zal zo iemand echter niet krijgen als hij relatief milde klachten heeft. Mensen worden dus gedwongen om zo lang door te lopen met hun psychische klacht, dat zij veel zieker worden en uiteindelijk wel in de tweede lijn terecht komen. Vooral bij een depressieve patiënt is dit risico groot. Een psycholoog dient derhalve de mogelijkheid te hebben om extra vergoeding aan te vragen voor zijn patiënt. Dit moet uiteraard wel goed onderbouwd worden om een grote stijging van de kosten te voorkomen.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het belangrijk dat er een systeem komt waarbij het zorgaanbod meer in overeenstemming is met de zorgvraag. Als iemand psychische klachten heeft zonder 'zware diagnose', maar hij of zij geen baat heeft gehad bij de eerste vijf consulten en geen geld heeft om de aanvullende behandeling zelf te betalen, dan moet de psycholoog de mogelijkheid hebben om meer vergoeding voor iemand aan te vragen. Dit kan in veel gevallen voorkomen dat iemand eindigt met een zware psychische stoornis. Hierbij moet niet vergeten worden dat mensen de maatschappij ook veel opleveren als zij op tijd geholpen worden. Als zij op hun eigen niveau blijven functioneren en bijvoorbeeld aan het werk kunnen blijven, dan scheelt dat veel kosten voor uitkeringen en andere maatschappelijke voorzieningen.

Ook moet er meer aandacht komen voor vroege opsporing en preventie van psychische aandoeningen. Vroeg opsporen van mensen die een verhoogd risico hebben op bijvoorbeeld een depressie en die personen op tijd gepaste hulp bieden, kan een hoop ellende besparen. Dit is ook de conclusie van een rapport van het College van Zorgverzekeraars uit 2008. Dit rapport geeft de aanbeveling om mensen met lichte kenmerken van een depressie te behandelen, zodat deze mensen niet echt depressief

worden. Zulke preventieprogramma's dienen de zorgverzekeraars te vergoeden, net zoals ze dat doen met preventie van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Deze hulp zal vaak (deels) bestaan uit psychosociale hulp, die op het moment niet onder de GGZ valt. DWARS vindt dat hier een betere regeling voor moet komen, zodat deze hulp wel vergoed wordt.

KERNPUNTEN

*De scheiding tussen eerste en tweede lijn is te hard in de psychiatrie, de indicatie voor behandeling moet gesteld worden op basis van behoefte, in plaats van een arbitraire tweedeling.

*Er moet meer geconcentreerd worden op behandeling van psychische stoornissen in een vroeg stadium.

*Er moet meer aandacht komen voor preventieve behandeling van psychische stoornissen.

INSTANTIES BINNEN DE GGZ

In Nederland zijn er vele instanties die hulp bieden aan mensen met psychiatrische of psychische problematiek. Deze instanties zijn vaak opgericht met als doel een patiëntengroep met een bepaalde psychiatrische aandoening te helpen. Een groot deel van deze instanties is aangesloten bij GGZ Nederland, de vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. De twee grote nadelen aan het bestaan van zo veel verschillende instellingen is dat er onduidelijkheid kan bestaan over het aanbod, en dat de kwaliteit mogelijk niet altijd kan worden gegarandeerd.

Een cliënt wordt meestal door de huisarts doorverwezen naar een psychiater of psychiatrische inrichting die hij / zij het meest geschikt acht. Dit biedt dus een zekere kwaliteitscontrole. De definitieve diagnose wordt door deze instelling gesteld. Als deze instelling zelf niet de benodigde hulp kan bieden, wordt nogmaals doorverwezen naar een gespecialiseerd centrum. Er is een groot aanbod aan gespecialiseerde centra. Grofweg is dit aanbod in te delen in behandeling en dagbesteding. Onder dagbesteding valt bijvoorbeeld naschoolse opvang, thuishulp en zwemles. Behandeling bestaat meestal uit een groepstraining die zich kan richten op bijvoorbeeld weerbaarheid, zelfstandig wonen etc. Ook zijn er combinaties mogelijk, waarbij in de dagbesteding behandel-elementen zijn toegevoegd.

Omdat er zo veel verschillende instellingen zijn, is het niet altijd makkelijk voor elke cliënt een passende instelling te vinden. Voor relatief veelvoorkomende diagnoses als ADHD en een autismespectrumstoornis is er veel aanbod, maar als het gaat om een cliënt die daarnaast ook een verstandelijk beperking heeft is het aanbod zeer beperkt. Hierdoor is deze zorg het minst toegankelijk voor de mensen die er de meeste behoefte

aan hebben. Ook zijn de meeste instellingen gelokaliseerd in de Randstad en de grote steden, waardoor mensen die hierbuiten wonen worden benadeeld. Het aanbod van zorg, moet volgens DWARS meer aangepast worden op de vraag naar zorg, zodat ook specifieke patiëntengroepen en mensen buiten de Randstad de benodigde zorg krijgen.

Deze zorg wordt meestal gefinancierd vanuit de zorgverzekering, omdat er een diagnose is gesteld door huisarts of tweedelijns centrum. Wel dient er dan een eigen risico betaald te worden van 220 euro. Af en toe is er in de politiek bovendien het idee om een eigen bijdrage te gaan vragen voor psychische behandeling.

Ook kan er soms middels de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) een aanvullend budget aangevraagd worden vragen (Zorg In Natura of een PersoonsGebonden Budget) bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Voor cliënten met een psychische aandoening kan dit ingewikkelde systeem een extra drempel vormen om hulp te zoeken. Daarom moeten deze mensen dus voldoende hulp krijgen om hun weg te vinden binnen de ingewikkelde structuur van de GGZ. Deze hulp zou bijvoorbeeld geboden kunnen worden door maatschappelijk werkers.

Ook kunnen de kosten van het eigen risico en de eigen bijdrage ertoe leiden dat een cliënt het zoeken van hulp uitstelt, waardoor op het moment dat de cliënt wel hulp zoekt de pathologie verergerd is. DWARS vindt het belangrijk dat de geestelijke gezondheidszorg laagdrempelig is, daarom mag er geen eigen bijdrage worden gevraagd voor de GGZ. Ook moet het eigen risico voor de Tweedelijns GGZ komen te vervallen. Financiële drempels wegen in de psychiatrie namelijk extra zwaar, omdat psychiatrisch patiënten vaker dan gemiddeld leven van een uitkering.

KERNPUNTEN

- *Het aanbod van psychiatrische zorg moet beter aansluiten bij de vraag.
- *Ook psychische zorg moet altijd dichtbij huis geboden kunnen worden.
- *Er moet ondersteuning komen om mensen met psychische klachten te ondersteunen bij het aanvragen van budgetten en het zoeken van gepaste zorg.
- *Er mag geen eigen bijdrage worden gevraagd voor de GGZ.
- *Het eigen risico moet niet gelden voor tweedelijns psychische zorg.

ZIEKENHUISPSYCHIATRIE

Psychiatrische instellingen zijn in enige mate geïsoleerd van de rest van de gezondheidszorg. Zouden we ernaar moeten streven de patiënten met psychiatrische aandoeningen opgenomen te laten worden op dezelfde afdeling als patiënten met somatische aandoeningen? Hoewel dit de

algemene kennis van psychiatrische aandoeningen zou bevorderen, ziet DWARS dit niet als een goede oplossing. Behandelingen moeten in eerste plaats gericht zijn op de genezing van de patiënt, en optimale zorg kan alleen worden geboden op gespecialiseerde afdelingen.

DWARS is wel voorstander van de huidige trend om psychiatrische instellingen steeds dichterbij het ziekenhuis toe te brengen. Door de huidige ontwikkelingen worden er steeds meer onderliggende somatische oorzaken gevonden voor psychiatrische aandoeningen. Aangezien psychiaters zich steeds meer moeten specialiseren in hun vakgebied, zou het voordelig kunnen zijn als ziekenhuizen en instellingen dicht bij elkaar staan. Op deze manier kunnen er steeds meer dwarsverbanden tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg worden gelegd. Met andere woorden: de scheiding tussen geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg moet blijven, maar betere samenwerking moet absoluut gestimuleerd worden om de geestelijke gezondheidszorg te kunnen verbeteren.

KERNPUNTEN

*Psychiatrische zorg moet niet alleen in ziekenhuizen aangeboden worden, dit is niet in het belang van de patiënt.

*De contacten tussen de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen moeten vanzelfsprekend worden, omdat psychische en lichamelijke gezondheid nauw samenhangen.

MEDICALISERING IN DE PSYCHIATRIE

Er wordt regelmatig onderzoek gedaan naar de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de samenleving, en het daarmee samenhangende gebruik van psychofarmaca. Deze cijfers zijn wisselend in hoogte; toch wordt er meestal geroepen dat het een schande is dat zoveel mensen psychofarmaca gebruiken, en dat de samenleving medicaliseert.

De prevalentie van veel psychiatrische aandoeningen stijgt inderdaad de laatste decennia. Vraag is echter of dit te wijten is aan onterecht gestelde diagnoses, of een grotere alertheid en betere bereikbaarheid van de (geestelijke) gezondheidszorg.

DWARS denkt niet dat de stijging komt door onterecht gestelde diagnoses. Er zullen altijd diagnoses zijn die aan te vechten zijn, al is het maar omdat het stellen van een psychiatrische diagnose via gesprekken en vragenlijsten gebeurt, en daarmee subjectiever is dan bijvoorbeeld het meten van cholesterol in het bloed. Maar gezien er gestandaardiseerde richtlijnen en vragenlijsten zijn voor de psychiatrische diagnostiek in het hele land, wordt de subjectiviteit wel beperkt tot een minimum.

De gangbare richtlijn voor psychiatrische diagnoses is de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders versie IV, afgekort DSM-IV. Bij verreweg de meest voorkomende aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen, middelenmisbruik, ADHD en persoonlijkheidsproblematiek, móet er sprake zijn van verminderd functioneren waar de persoon zelf onder lijdt. Als het lijden niet aanwezig is kan de diagnose niet gesteld worden. DWARS vindt dat hier de crux zit omtrent de eventuele overmedicalisatie van de samenleving. Neem bijvoorbeeld ADHD. Op het moment dat een kind druk en impulsief is en niet lijkt te luisteren, kan er worden gedacht aan ADHD. Het betreffende kind klust graag en wil later graag in een garage werken, maar kan zijn vmbo niet af ronden omdat de verplichte talen met het woordjes stampen steeds onvoldoende blijven. Dertig jaar geleden was dit geen probleem geweest, maar de eisen van de maatschappij zijn veranderd. Oudstaatssecretaris van onderwijs Zijlstra bijvoorbeeld streefde naar 50% hogeropgeleiden in de Nederlandse samenleving. Het verplichte vakkenpakket is breder, doorstuderen wordt gestimuleerd, en studenten moeten steeds sneller hun opleiding afronden. Dan is er sprake van verminderd functioneren, omdat het kind niet kan voldoen aan de eisen die aan hem of haar worden gesteld. En voilà, er is een indicatie om met ADHD-medicatie te beginnen.

Op het moment dat je dit stijgende gebruik van psychofarmaca een probleem vindt, moeten volgens DWARS ook de maatschappelijke eisen tegen het licht worden gehouden. Als je deze eisen niet meer dan reëel vindt om kinderen op te leiden tot de burgers die ze zouden kunnen en moeten zijn, is het huidige gebruik van psychofarmaca gerechtvaardigd. Als de eisen van de maatschappij te hoog of irreëel zijn, moet je beginnen met deze eisen te verlagen, en niet mensen volstoppen met medicijnen die zij niet nodig hebben. DWARS denkt dat deze laatste optie het dichtst bij de waarheid komt.

KERNPUNT

*Het stijgende aantal psychiatrische diagnoses is mede een gevolg van de steeds hogere eisen in de samenleving, dit laatste moeten we dus kritisch tegen het licht houden.

FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Uit onderzoeken blijkt dat een groot gedeelte van de delinquenten minstens één psychiatrische diagnose (as I of as II) heeft. Voor jeugdige delinquenten worden cijfers gevonden tot wel 75% van de kinderen (Teplin et al. 2012). Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat 50% van deze kinderen nog steeds een psychiatrische aandoening heeft 5 jaar later, als zij volwassen zijn.

Straffen dient grofweg drie doelen: genoegdoening van het slachtoffer, het voorkomen van herhaling en tenslotte heeft het een afschrikkende werking. Genoegdoening is geen medisch onderwerp, maar bij het voorkomen van herhaling valt nog veel te winnen. Je kunt dit doen door iemand de rest van zijn leven op te sluiten, of door mogelijke oorzaken van crimineel gedrag aan te pakken. Hier komt ook de psychiatrie om de hoek kijken.

Als we recidive willen voorkomen, kunnen we mensen proberen bang te maken met hoge en akelige straffen, zodat ze dit de volgende keer niet meer doen. We kunnen ook proberen om recidive te voorkomen door een onderliggende stoornis te behandelen, die waarschijnlijk bijdraagt aan het delinquente gedrag. Zeker voor de jeugdpsychiatrie valt hier nog veel te winnen, omdat je nog tientallen jaren baat hebt bij het behandelen van een minderjarige crimineel.

DWARS zegt niet dat het behandelen van een aanwezige psychiatrische stoornis in alle gevallen de sleutel tot succes is. Maar uit onderzoek blijkt wel dat bepaalde psychiatrische stoornissen gepaard gaan met bijvoorbeeld minder gewetensontwikkeling, of minder zicht op de gevolgen van een (criminele) daad. Door mensen hier bewust van te maken en waar mogelijk dit aan te passen met behulp van therapie of medicatie, kun je wel een deel van de oorzaken, die uiteindelijk leiden tot crimineel gedrag, wegnemen. Wij vinden het jammer dat er, ondanks toenemend bewijs, nog weinig wordt gedaan met het behandelen van psychiatrie bij criminelen. Bij ADHD bijvoorbeeld, een aandoening die regelmatig voorkomt bij criminelen, blijkt uit een onderzoek dat een groep ADHD'ers die medicatie neemt 32% (mannen) tot 41% (vrouwen) minder delicten pleegt dan de controlegroep die geen medicatie voor de ADHD gebruikt (Lichtenstein et al. 2012).

DWARS vindt dat deze cijfers veel meer moeten worden meegenomen in het criminaliteitsbeleid dan nu gebeurt. Door een oorzaak te behandelen verklein je de kans op herhaling veel meer dan met de straffen die nu worden gegeven. Naast behandeling moeten mensen die een gevaar opleveren voor de maatschappij opgesloten zitten, maar er moet wel naar een oplossing toe worden gewerkt door middel van psychiatrische behandeling.

Wat wij willen is veel meer psychiatrie in de gevangenis en in het strafrecht.

Bij een gevangene zou je de opsluiting kunnen combineren met consulten van de psychiater, mensen zitten er toch. Toestemming van de delinquent is dan uiteraard wel noodzakelijk. Als de psychiater het wenselijk acht voor het slagen van de behandeling, moet men bovendien overwegen om iemand die goed meewerkt met de behandeling vervroegd vrij te laten. Het kan voor de psychiatrische behandeling namelijk erg nuttig zijn om iemand terug te plaatsen in de maatschappij. Ook na vrijlating of bij

alleen een taakstraf of boete zou de psychiater sneller betrokken moeten worden, als de politie of justitie dit noodzakelijk acht.

Wij pleiten voor psychiaters in gevangenissen, die alle gevangenen screenen. Bij criminelen die geen vrijheidsstraffen krijgen mogen de politie of justitie de psychiater inschakelen, om te kijken of de delinquent open staat voor een gesprek met de psychiater. Als er aan bepaalde eisen wordt voldaan (gesprek, therapie) kan hier in ruil strafvermindering of een ander privilege tegenover staan.

Behandeling moet sneller en intensiever worden ingezet dan nu het geval is, zeker in de jeugdgevangenissen. Vaak zijn er maatschappelijk werkers al wel betrokken bij het gezin, maar bij echte psychiatrische stoornissen kan de hulp van een jeugdpsychiater nog veel toevoegen.

Dit zal de samenleving uiteindelijk geld opleveren, omdat recidivecijfers zullen dalen en mensen weer mee kunnen draaien in de maatschappij.

Nog afgezien van de bovengenoemde maatschappelijke voordelen, is DWARS van mening dat zieke mensen zorg verdienen. In de psychiatrie is dit moeilijker, omdat de meeste ziektebeelden gepaard gaan met een gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht. Maar ook de patiënten die gevaarlijk zijn voor de maatschappij verdienen behandeling, al is het dan in een gesloten inrichting buiten de maatschappij. Op dit moment staan deze mensen psychiatrisch in de kou, terwijl zij niet alleen maar straf moeten krijgen, maar ook behandeling van hun ziekte. Hier hebben zowel zij als de maatschappij uiteindelijk baat bij.

KERNPUNTEN

*Iedereen moet toegang hebben tot de geestelijke gezondheidszorg, ook gedetineerden.

*Om recidive te voorkomen, moeten onderliggende psychiatrische aandoeningen van criminelen goed behandeld worden.

*Als criminelen goed meewerken met en reageren op een psychiatrische behandeling, moet daar strafvermindering tegenover kunnen staan.

*Alle gevangenissen zouden een psychiater in dienst moeten hebben.

BRONNEN

Lichtenstein et al: Medication for Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and Criminality. In: New England Journal of Medicine 2012; 367:2006-2014

Teplin et al: Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention. In: Archives of General Psychiatry 2012; 69(10):1031-1043

<http://www.pgb.nl/dit-is-een-persoonsgebonden-budget-pgb/awbz-zorgkantoor/voor-wie>

http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/ru_briek+zorgpakket/pgb/pgb-brochure-zorg-inkopen-in-8-stappen-2012-v2.pdf

http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vergoeding-van-ggz?ns_campaign=Thema_Gezondheid_en_zorg&adgrp=Geestelijke_gezondheidszorg_ggz-Vergoeding_van_ggz

<http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvwkompas/geneeskundige+ggz/onderscheid+ggz/onderscheid+ggz.html>

A.E.R.M Speijer in opdracht van CVZ; Preventie van depressie: verzekerde zorg?; 22 september 2008