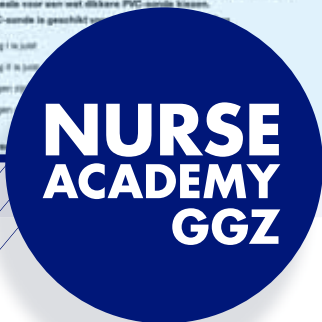
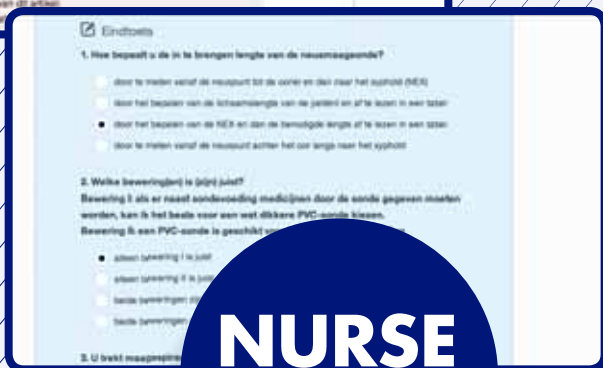


Studiepunten halen?

Toetsen maken is heel gemakkelijk



Dat gaat zo!

- 1 Lees het artikel aandachtig door. Eventueel bekijk je alvast de toetsvragen achterin het tijdschrift.
- 2 Log in op www.nurseacademyggz.nl > klik op mijn dossier > klik op het artikel dat je wilt toetsen.
- 3 Maak de meerkeuze vragen, dat kan met het artikel ernaast.
- 4 Verzend je antwoorden.
- 5 Als je score voldoende is, heb je een studiepoint verdiend.

Eén studiepoint per artikel

Je krijgt één studiepoint na het succesvol toetsen van één artikel.

www.nurseacademyggz.nl

Geïntegreerd behandelen van dubbele diagnose

Vanaf de jaren tachtig is er in toenemende mate aandacht voor patiënten met een dubbele diagnose.¹ Hiermee worden patiënten bedoeld die last hebben van zowel een psychiatrische ziekte als van verslavingsproblematiek. Het is hierbij overigens de vraag of het daadwerkelijk om twee te onderscheiden diagnoses gaat. Waarschijnlijker is dat beide diagnoses op een complexe manier verweven zijn en dus niet los van elkaar gezien kunnen worden. Onder andere vanwege deze complexe interactie is het van belang om de psychiatrische en de verslavingsproblematiek gelijktijdig en in samenhang met elkaar te behandelen. Hiervoor is in de jaren tachtig van de vorige eeuw in Verenigde Staten een behandelprogramma ontwikkeld: Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT).² Onderzoek in de Verenigde Staten heeft de effectiviteit van deze behandelmethode aangetoond.¹ Het programma wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarbij veel aandacht uitgaat naar psychosociale factoren, zoals werk, financiën en huisvesting. Uit onderzoek blijkt dat het geïntegreerd behandelen van psychiatrische en verslavingsproblematiek een beter resultaat laat zien dan behandelingen waarbij de beide vormen van problematiek onafhankelijk van elkaar of na elkaar worden behandeld of waarbij één van beide vormen van problematiek wordt genegeerd.¹ In het Centrum voor Dubbele Problematiek

(CDP) van Palier in Den Haag (figuur 1) wordt volgens de IDDT-methode gewerkt.

In dit artikel worden verschillende pijlers van de IDDT besproken. Verder wordt aan de hand van een casus duidelijk gemaakt hoe een dergelijke behandeling eruit kan zien. Op deze manier krijgt u inzicht in de IDDT-behandeling, zoals die op onze afdeling plaatsvindt.

Casus Henk

Henk is een bovengemiddeld intelligente, 24-jarige man die in het CDP is gediagnosticeerd met een psychotische stoornis NAO, cannabisafhankelijkheid en veel sociaal maatschappelijke problemen zoals dakloosheid, schulden, een gestagneerde studie biologie en een fors overbelast steunsysteem. Henk toont zich met regelmaat agressief, zowel naar zijn ouders als naar verplegend personeel in de kliniek. Ook zet hij zijn ouders regelmatig onder druk om hem geld te geven. Hij heeft een rechterlijke machtiging op basis van dreigende teloorgang en gevaar voor zijn omgeving. Henk is overgeplaatst van een klinische acute opnameafdeling naar het CDP met als doel nadere diagnostiek en het starten van een geïntegreerde behandeling. Ten tijde van zijn opname in het CDP was Henk ingesteld op flupentixol 3 mg per dag. In eerste instantie leek Henk gemotiveerd voor een geïntegreerde behandeling. Hij vertelde dat hij zijn studie biologie weer wilde oppakken en dat hij op zichzelf wilde gaan wonen. Maar al snel ontstonden er problemen in de kliniek, omdat Henk andere patiënten onder druk zette om cannabis voor hem te halen. Henk blowde op de afdeling en hij negeerde het verplegend personeel op het moment dat hij gecorrigeerd werd op zijn gedrag. In de gesprekken met zijn behandelaar beloofde hij steeds beterschap, maar op de afdeling liet hij dit niet zien. Uiteindelijk vertelde hij dat hij niet wilde stoppen met cannabisgebruik en ook niet wilde meewerken aan een gedwongen behandeling.

ARJEN NEVEN, psychiater, Centrum voor Dubbele Problematiek, Palier, Parnassia Groep en lid van het Landelijke Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD)

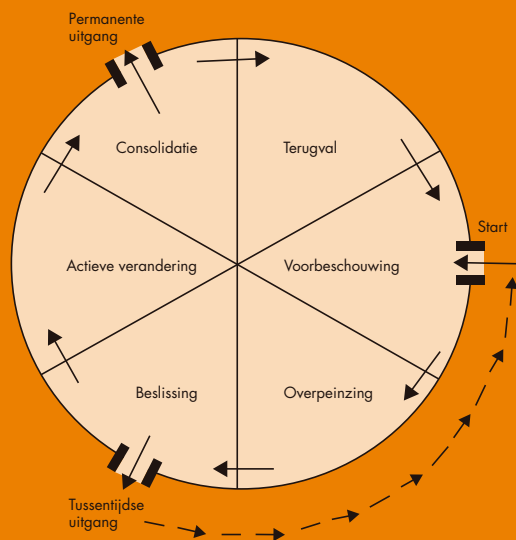
ANNELIE WISSE, verpleegkundig specialist GGZ, Centrum voor Dubbele Problematiek, Palier, Parnassia Groep

BERNO VAN MEIJEL, lector GGZ-verpleegkunde Hogeschool Inholland & Parnassia Groep

ROBERT MEIJBURG, verpleegkundig specialist GGZ en opleider, Parnassia Groep

FASEMODEL VAN PROCHASKA EN DICLEMENTE

Een van de pijlers van de IDDT is het fasemodel voor gedragsverandering van Prochaska en DiClemente.³ Hierin worden zes motivatiefasen uitgewerkt, die aangeven in hoeverre iemand gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen (figuur 1). De fase van motivatie is bepalend voor de keuze van de interventie gericht op gedragsverandering (tabel 1).^{2,3}



Figuur 1 De fasen van motivatie volgens Prochaska en DiClemente.³

fase van motivatie	interventie
voorbeschouwing	betrokkenheid
vertrouwen winnen	
overpeinzing	overtuigen
beslissing	
actieve verandering	actieve behandeling
consolidatie	terugvalpreventie
terugval	

Tabel 1 De fasen van motivatie volgens Prochaska en DiClemente.³

In de eerste fase (voorbeschouwing) is de patiënt nog niet actief in behandeling en zal het behandelcontact zich vooral richten op het aangaan van een behandelrelatie en het bespreekbaar maken van de psychiatrische stoornis en het middelenmisbruik. In deze fase heeft het weinig zin iemand te overtuigen om te stoppen met het middelenmisbruik of om interventies hiertoe in te zetten. Er is vaak nog weinig ziektebesef en -inzicht aanwezig, waardoor er ook

geen of slechts weinig motivatie voor verandering aanwezig is. Contact maken en praktische hulp bieden zijn wel effectief. In de voorbeschouwingsfase is er veel aandacht voor de meer praktische, alledaagse problemen; bijvoorbeeld problemen op financieel en huisvestingsgebied of aangaande contact met de familie. Ook het behandelen van psychiatrische problematiek kan in deze fase worden ingezet. Hierbij moet worden gedacht aan het medicamenteus behandelen van psychotische symptomen of het motiveren om een EMDR-traject te starten als er sprake is van traumagerelateerde klachten. Wanneer een patiënt steeds sterker overweegt om zijn middelenmisbruik te veranderen, dan komt hij in de overpeinzingsfase. In deze fase worden de eerste (gedoseerde) pogingen gedaan de patiënt te overtuigen en te motiveren om het middelenmisbruik te veranderen. Er wordt getracht de patiënt te verleiden tot een concrete beslissing omtrent een gedragsverandering. Als dit lukt, kunnen de patiënt en de hulpverlener samen een concreet behandelplan opstellen, waarna de daadwerkelijke behandeling van de verslavingsproblematiek kan beginnen (actieve verandering oftewel behandelphase). Dit kan in de vorm van groepsbehandeling en individuele behandeling, gericht op zowel de verslavingsproblematiek als de psychiatrische stoornis. Meestal wordt er ondersteunende medicatie voorgeschreven. In het geval van een geslaagde behandeling wordt er een terugvalpreventieplan opgesteld, waarin risico's en vroege signalen van terugval naar middelenmisbruik worden beschreven, evenals acties die uitgevoerd kunnen worden indien er een terugval dreigt.

In de klinische fase van de behandeling kan het voorkomen dat een patiënt ondanks intensieve begeleiding de nadelen van het middelenmisbruik niet inziet en dat de verslaving zo ernstig is dat het middelenmisbruik onverminderd voortduurt. Soms zijn de bijkomende of onderliggende gedrags- of psychiatrische symptomen zo ernstig (denk aan agressie of aan het dwingen van andere patiënten om drugs te halen), dat er tijdelijk wordt overgegaan op een meer beheersmatige aanpak, zoals een kamerprogramma, noodmedicatie of zelfs korte separatie. In dat geval wordt er tijdelijk minder gehandeld volgens de fasen van motivatie en wordt meer ingezet op het voorkómen van gevaren. Desondanks zal er altijd naar worden gestreefd de patiënt zo snel als mogelijk volgens het IDDT-principe te behandelen en benaderen, teneinde een gedragsverandering met betrekking tot de verslaving en de psychiatrische stoornis te bewerkstelligen. De beheersmatige aanpak wordt beschouwd als een fase voor de daadwerkelijke IDDT.



Casus Henk (vervolg)

Henks gedrag wisselde sterk gedurende de opname. Bij heftige zucht of als hij onder invloed was, gedroeg hij zich manipulatief, hautain en grensoverschrijdend tegenover medepatiënten en personeel. Op de spaarzame momenten dat hij niet onder invloed was, was Henk een zeer vriendelijke, maar teruggetrokken man. Hij ervoer zelf geen problemen. Wat betreft de motivatiefase voor gedragsverandering zat Henk in de voorbeschouwingsfase, wat voor ons als behandelaren betekende dat we uitgedaagd werden een vertrouwensrelatie met hem op te bouwen. Het behandelteam wilde allereerst meer inzicht verkrijgen in de oorsprong van zijn gedrag. Werd zijn gedrag vooral gedreven door verslaving of was er toch ook sprake van onderliggende psychiatrische problematiek, zoals autisme, een persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie? De aanvullende diagnostiek bestond uit een heteroanamnese bij de ouders en test onderzoek. Daarnaast werd in deze fase al gestart met familieondersteuning door de systeemtherapeut, vanwege de ernstige overbelasting van de familie. Ondertussen was de situatie op de afdeling door het gedrag van Henk onhoudbaar geworden. Hij manipuleerde anderen om voor hem drugs te halen, blowde op de afdeling en wekte agressie op bij medepatiënten. Hierop werd besloten het cannabisgebruik actief te doorbreken en in te zetten op veiligheid voor Henk, zijn medepatiënten en het personeel. Dit is gedaan

door vrijheden voor Henk te beperken tot de afdeling. Henk kreeg een kamerprogramma en ook werd er dwangbehandeling gestart in de vorm van korte separaties bij ernstige ontwrichting van de afdeling ten gevolge van zijn gedrag. Het gevolg was dat Henk gedwongen stopte met cannabisgebruik. Dit had vrijwel direct een positief effect op zijn gedrag. Het bood het personeel de gelegenheid tot andere meer positief ingestelde interventies, gericht op het opbouwen van contact en het verkrijgen van vertrouwen. Er werd veel met hem gesproken over zijn studie, de schoolperiode en wat hij in de toekomst wilde bereiken. Door zijn gedragsverandering was het ook mogelijk om hem positief te bekrachtigen met betrekking tot zijn gedrag op de afdeling. Tijdens de gesprekken met Henk viel op dat hij met plezier en trots op zijn studietijd terugkeek. Over zijn verslaving bleef hij irreële verwachtingen houden met betrekking tot zijn toekomst en cannabisgebruik. Henk was van mening dat hij met actief cannabismisbruik toch met succes zijn studie biologie zou kunnen vervolgen. In deze periode van stabilisatie groeide het contact duidelijk tussen Henk en het behandelteam en namen de mogelijkheden voor samenwerking toe. Henk werd in dit stadium vrijwillig ingesteld op een depot flupentixol. Wat betreft de behandeling van zijn psychotische klachten bevond Henk zich dus in de actiefase, maar wat zijn verslaving betreft zat Henk in de vooroverwegingsfase. Er was een overeenkomst tussen de behandelaar en Henk

dat hij medicatie nodig had om te voorkomen dat hij psychotisch zou worden.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Een tweede pijler in de IDDT-behandeling is motiverende gespreksvoering.⁶ Het is een patiëntgerichte benadering ter ondersteuning van gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering benadrukt de autonomie van de patiënt en een goede samenwerking met de hulpverlener. Deze vorm van gespreksvoering zet in op het uitlokken van inzicht in de problematiek en kansen voor een patiënt. Het is een goede methode voor patiënten die weinig ziekte-inzicht hebben en ambivalent staan ten opzichte van gedragsverandering. Er wordt geprobeerd om deze ambivalentie te versterken en zo de patiënt te verleiden tot gezondere keuzes. Het is voor de hulpverlener van belang een niet-oordelende en empathische houding aan te nemen. Bij motiverende gespreksvoering worden overwegend open vragen gesteld, is er veel aandacht voor gevoelsreflectie en versterking van de eigenwaarde van de patiënt.

Een centraal principe in motiverende gespreksvoering is 'shared decision making' (SDM), oftewel gezamenlijke besluitvorming.^{3,7,8} Bij deze methode nemen de patiënt en de hulpverlener alle beslissingen over de behandeling gezamenlijk. Het uiteindelijke doel is tot een gezamenlijk behandelplan te komen. Met name bij chronische aandoeningen, waarbij beslissingen voor de lange termijn genomen moeten worden, blijkt SDM geschikt te zijn.⁹

DE BEHANDELING

In het CDP worden patiënten behandeld met dubbele diagnoses die een chronisch karakter en een hoog risico op terugval hebben.⁴ Het is goed zich te realiseren dat behandeling vaak meerdere jaren duurt. Een groot gedeelte van de patiënten bevindt zich jarenlang in de voorbeschouwingsfase. Dit komt niet zozeer door de heftigheid van de lichamelijke ontwenningssverschijnselen, als wel omdat het zeer lastig is ingesleten gedragspatronen te veranderen. Dit pleit overigens voor vroeg interveniëren bij jonge mensen met dubbele problematiek. Hiermee wordt vroegtijdig ingegrepen in de disfunctionele gedragspatronen die de psychiatrische en verslavingsproblematiek in stand houden en zelfs versterken. De familie, en soms ook de behandelaren, is geneigd de fases van gedragsverandering vanuit machteloosheid sneller te willen doorlopen dan de patiënt aankan, waardoor er veel spanning en frustratie over en weer ontstaat. Het is de kunst om te focussen op het zetten van kleine stappen en te realiseren dat gedragsverandering een jarenlang proces kan zijn.



Een van de kerngedachten van het CDP is, op basis van IDDT, dat de patiënten transmuraal binnen één zorgprogramma behandeld worden. In tabel 2 worden verschillende behandelmodules beschreven, zoals deze op het CDP worden toegepast.

afdeling	interventie
Kliniek/CDP1	<i>Voorbeschouwingsfase</i> <ul style="list-style-type: none"> • gericht op structuur en het winnen van vertrouwen • medicatie gericht op het psychiatrisch toestandbeeld
Kliniek/ CDP2	<i>Overpeinzingsfase</i> <ul style="list-style-type: none"> • groepsbehandeling gericht op inzicht in psychiatrische en verslavingsproblemen en vermindering en/of abstinentie van middelengebruik
Kliniek/ CDP3	<i>Consolidatiefase</i> <ul style="list-style-type: none"> • gericht op resocialisatie/terugvalpreventie ten aanzien van psychiatrische en verslavingsproblemen
Deeltijd-behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • groepsbehandeling gericht op verslaving (ingedeeld naar de motivatiestadia) • leefstijltraining (zowel individueel als groepsbehandeling) • Health4U • traumabehandeling (EMDR, seeking safety) • schematherapie • zelfhulpgroep (Minnesota stappenplan) • systeemtherapie
Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> • poliklinische verstrekking van medicatie • casemanagement • bemoeizorg

Tabel 2 Het behandelaanbod van het Centrum voor Dubbele Problematiek van Palier.

Casus Henk (vervolg)

De uitgevoerde interventies van het behandelteam hadden een positieve gedragsverandering van Henk tot gevolg, waardoor er minder overlast op de afdeling optrad. De vrijheidbeperkende maatregelen werden langzaam afgebouwd. Daarnaast zorgde de ingestelde depotmedicatie ervoor dat Henk niet meer psychotisch werd wanneer hij incidenteel cannabis gebruikte. Er kon nu samen met hem gekeken worden hoe de samenwerking en behandeling op de kliniek vorm zouden kunnen krijgen. Henk bevond zich nog steeds in de voorbeschouwingsfase wat betreft zijn verslavingsproblemen. Het primaire doel van het behandelteam was het gewonnen vertrouwen te vergroten door in te zetten op goede samenwerking. Henk gaf aan niet te willen stoppen met blowen, maar hij wilde wel minderen. Op basis van zijn wensen, maar ook rekening houdend met de veiligheid op de afdeling, zijn er duidelijke afspraken gemaakt, waarbij Henk buiten de afdeling de gelegenheid kreeg om te blowen. Dit resulteerde in een vorm van samenwerking waarbij Henk zich aan de gemaakte afspraken hield. Dit was een groot contrast met de eerdere behandelfase, waarin afstemming en samenwerking nog niet aan de orde waren. Ook bleef de veiligheid op de afdeling gewaarborgd, omdat hij geen patiënten meer onder druk zette en niet meer op de afdeling blowde. De ouders van Henk konden echter maar moeilijk begrijpen dat het behandelteam het blowen accepteerde. Ook medepatiënten hadden last van de wietlucht die Henk met zich meedroeg bij terugkomst op de afdeling. De behandelaar, de systeemtherapeut en het begeleidend personeel besteedden hieraan aandacht door in gesprek te gaan met de ouders en de medepatiënten, met name door psycho-educatie te geven. In deze periode werd er behalve aandacht aan zijn verslaving aandacht besteed aan zijn psychiatrische kwetsbaarheid. Er werden gesprekken met hem gevoerd waarin er aansluiting werd gezocht bij zijn wensen en levensdoelen. Er werd gezocht naar wegen om deze wensen en levensdoelen te realiseren met zijn specifieke kwetsbaarheden. Henk vertelde dat hij wellicht naar een andere studie wilde uitkijken die minder eisen aan hem zou stellen. Hij bleef hierin wel ambivalent: hij vond het erg moeilijk om zijn oude doelen op te geven en naar alternatieven te zoeken. Daarnaast werd er een individueel zorgplanoverleg (IZO) met Henk, zijn ouders en zijn ambulante behandelaar georganiseerd. Tijdens dat overleg werd duidelijk dat plaatsing in het opvanghuis van de maatschappelijke opvang van Den Haag, dat zich richt op drugs gebruikende, dakloze patiënten, belemmerd werd door Henk. Dit opvanghuis stelde als voorwaarde voor plaatsing dat Henk akkoord

ging met de zak- en kleedgeldregeling. Hiertegen had Henk bezwaar, mede door zijn regelmatige ernstige zucht naar cannabis en omdat hij zijn schulden wilde afbetalen. Het was echter ook onwenselijk om Henk, gelet op zijn ernstige dubbele problematiek, op straat te zetten. Zijn situatie vroeg eerder om een langdurige intensieve opname. Na een multidisciplinair overleg en overleg met Henk en zijn ouders, werd Henk aangemeld bij een afdeling voor langdurige klinische opname. Hij prefereerde dit boven de maatschappelijke opvang. Daarnaast werkte hij mee om zijn financiële problemen via de Materiële Juridische Dienstverlening (MJD) op te lossen. Hiermee werd ook een strijdpunt met zijn ouders opgelost. Zijn ouders beheerden namelijk zijn geld, wat een continue spanningsfactor tussen Henk en zijn ouders vormde.

Vooralsnog bevindt Henk zich in de voorbeschouwingsfase wat betreft zijn verslaving en in de actiefase wat betreft zijn psychiatrische stoornis. Hij bleef cannabis gebruiken, maar zette zijn ouders minder onder druk en werd door de effectieve psychiatrische behandeling niet meer psychotisch na het cannabisgebruik. De hoop en inzet van de behandelaren is, dat Henk in de toekomst zal gaan inzien welke ernstige nadelen zijn verslaving heeft en dat hij daardoor meer gemotiveerd zal raken voor gedragsverandering wat zijn verslaving betreft.

LITERATUUR

1. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom, 2011.
2. Dom G, Dijkhuizen A, Hoorn BEA van der et al. Handboek dubbele diagnose. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom, 2013.
3. Prochaska J, Diclemente C. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood (Ill): Dow Jones Irwin, 1984.
4. Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2001;52(5):597-9.
5. Stel J van der. Verslaving deel 5. Co-morbiditeit. Verslaving plus een psychische stoornis. Den Haag: ZonMw, 2006.
6. Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering. Gorinchem: Ekklesia, 2010.
7. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44:681-92.
8. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*. 1999;319:780-2.
9. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas DE, Weert GH de, et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2008;77:219-26.



De verpleegkundige adviesraad (VAR)

Vanuit alle zorgbedrijven zijn zorgprofessionals als afgevaardigden ingezet door de directies om de Raad van Bestuur van advies te voorzien!

De VAR is een dynamische groep verpleegkundigen, verzorgenden en agogen. Wil je echt meepraten over onze professionalisering, invloed hebben op de zorg voor kwetsbare mensen in de GGZ en verslavingszorg, kom dan eens meepraten en een vergadering bijwonen.

Kijk op het intranet onder de kop 'personeel', daar vind je links in de balk de verpleegkundige adviesraad.



De Verpleegkundige Onderzoeksraad/ kenniskringen

De verpleegkundige onderzoeksraad (VOR) werkt nauw samen met de VAR, we hebben nu de kenniskringen:

- Dwang en Drang,
- zelfbeschadiging en suïcidaliteit,
- somatische zorg in de GGZ,
- verslaving.

Deze kenniskringen stimuleren de professionele ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep. Een viertal verpleegkundigen doet onderzoek en willen hierop promoveren.

Daarnaast is kennisdeling van groot belang en worden referaten en bijeenkomsten georganiseerd door de gehele PG om kennis te delen. De onderzoeksraad wordt ondersteund door een lectoraat verpleegkunde onder leiding van verpleegkundige dr. Berno van Meijel.

Kijk op het intranet onder de kop 'Academie', daar vind je links in de balk de verpleegkundige onderzoeksraad.



Doe mee!

Ga eens kijken op het intranet, heb je ideeën over kenniskringen, wil je ook een kenniskring opzetten of wil je een artikel schrijven, laat het horen!!! De VAR en VOR kunnen je hierbij helpen.





Wetenschappelijk Onderzoek

- Hoe zet ik een idee om in onderzoek?
- Hoe maak ik een vragenlijst?
- Wat is medisch-ethische toetsing en hoe moet dit?
- Hoe analyseer ik mijn onderzoeksgegevens?
- Hoe schrijf ik een artikel?

Met deze en andere aan onderzoek gerelateerde vragen kun je terecht bij de Parnassia Academie, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek.

Wie zijn wij?

Ons team bestaat uit (senior) onderzoekers, een statisticus/methodoloog, een onderzoeksverpleegkundige, een onderzoeksassistente en een secretaresse.



Wat doen wij?

Wij ondersteunen alle medewerkers van de Parnassia Groep die onderzoek willen doen in het kader van hun opleiding of werk. We adviseren en begeleiden bij de opzet en tijdens de uitvoering van het onderzoek, geven trainingen in het afnemen van vragenlijsten en in statistiek en dragen zorg voor de indiening van onderzoek bij de medisch-ethische toetsingscommissie.

Bijvoorbeeld

- advies aan verpleegkundig specialisten in opleiding bij uitwerken opzet onderzoek over zelfmanagement bij schizofrenie
- ondersteuning bij verzameling en verwerking van (somatische) onderzoeksgegevens
- onderzoek naar (kosten-)effectiviteit van inzet GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk
- kenniskring Somatiek
- kenniskring Dwang en drang
- en nog veel meer....

Wil jij aan de slag met onderzoek?

Heb je vragen hierover? Neem contact op met de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en wij helpen je verder.

Parnassia Academie

afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

E wetenschappelijkonderzoek@parnassiagroep.nl

I <http://intranet.pba.parnassiabavogroep.nl/academie/mijn-onderzoeksproject>

<http://intranet.pba.parnassiabavogroep.nl/academie/Onderzoeksprogrammas-PBG>