

## **D1 Global Mental Health**

Dr. Pim Scholte <sup>1,2,3</sup> / Drs. Rembrant Aarts <sup>1,2</sup> / Drs. Annette Knol-de Jong <sup>2</sup> / Drs. Ellen Bosnak <sup>3</sup> / Dr. Samrad Ghane <sup>1,2</sup>

P: Debatleider

1. Equator Foundation
2. Arq
3. AMC Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

Naar schatting van de Wereldgezondheidsorganisatie lijden wereldwijd 450 miljoen mensen aan een psychische aandoening, en zijn psychische aandoeningen verantwoordelijk voor 15-25% van de disability-last voor de samenleving. Miljoenen hebben echter geen toegang tot zorg, vooral in midden- en lage inkomenslanden. Global Mental Health als discipline streeft ernaar om in elk land de psychiatrische en psychosociale zorg te versterken. In 2008 lanceerde de Wereldgezondheidsorganisatie het mhGAP programma om de kloof tussen de hoge wereldwijde prevalentie van psychische aandoeningen en beschikbare bronnen voor behandeling te verkleinen. Sedertdien wordt er toenemend aandacht en prioriteit gegeven aan het vergroten van de lokale capaciteit om adequate zorg te leveren aan psychiatrische patiënten, met name in midden- en lage inkomenslanden. Nederlandse psychiaters en psychologen hebben in het verleden en ook nu altijd een belangrijke rol gespeeld in de Global Mental Health. In het theoretische deel van de psychiatrie-opleiding krijgt het vakgebied echter nauwelijks aandacht. Deze discussiegroep levert een mogelijkheid om zich te laten enthousiasmeren.

### **Vorm (hoe)**

Na een korte inleiding omtrent huidige inzichten en recente ontwikkelingen in Global Mental Health, presenteert een aantal collegae hun zeer diverse ervaringen in het werken als psychiater of AIOS (behandelaar, opleider/trainer, onderzoeker) in midden- of lage inkomenslanden en vluchtelingensettings (Mozambique, Malawi, Abchazië, Tanzania, Ethiopia, Afghanistan, Rwanda), waarbij er veel ruimte is voor vragen, commentaar en discussie.

### **Leerdoelen**

- Kennismaken met door de Wereldgezondheidsorganisatie aangegeven werkwijzen voor wereldwijde versterking van psychiatrische/psychosociale zorg. - Diverse mogelijkheden leren kennen om je expertise in lage- en midden inkomenslanden in te zetten.

### **Literatuurverwijzing**

- WHO (2010). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO. - Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al (2011). Grand challenges in global mental health. Nature 475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a.- Patel V (2012). Mental Health for All by Involving All. TED Talk. <https://www.youtube.com/watch?v=yzm4gpAKrBk>

## **D2 Ruimte in het hoofd voor 'headspace'**

Dr. Rianne Klaassen <sup>p1</sup> / Prof.dr. Arne Popma <sup>1,2</sup> / Prof.dr. Therese van Amelsvoort <sup>3,4,5</sup> / Drs. Annemieke Kuijer <sup>5</sup> / Dr. Emke Bosgraag <sup>4</sup>

P: Debatleider

1. de Bascule
2. VUMC
3. UMC Maastricht
4. Virenze
5. Mondriaan

### **Inhoud (wat)**

Headspace is in Australië geïmplementeerd en lijkt een antwoord op de vraag van veel jongeren (met psychische problemen): 'why would I want access to your crappy service'. Binnen Nederland hebben we subsidie gekregen om een pilot Headspace te starten in Maastricht en Amsterdam. Hierbij wordt het model van Headspace onderzocht en binnen de pilot gestart, met oog voor de Nederlandse context met wijkteams, Nieuwe GGZ, en voor de bekende transitiepsychiatrie uitdagingen: de kloof tussen kinder- en jeugd en volwassenenpsychiatrie. In de discussie zal het gaan over deze headspace pilot gaan.

### **Vorm (hoe)**

Panelleden zijn allen betrokken bij Headspace en zullen toelichten hoe het er bij hen voorstaat, en denken mee met andere locaties, uitdagingen etc. Discussieleden worden gevraagd mee te denken over concept headspace, en gevraagd actief mee te debatteren over Headspace in Nederland.

### **Leerdoelen**

1: kennis over Headspace  
2: Kennis over Headspace pilot in Nederland  
3: toegenomen bewustzijn van ingewikkeldheid van adolescenten met psychische klachten: risico's van over- en onderdiagnostiek, maar vooral bewust zijn van hoe weinig adolescenten eigenlijk tevreden zijn met huidige aanbod en waar dat door zou kunnen komen.

### **Literatuurverwijzing**

Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. Med J Aust. 2015 Jun 1;202(10):537-42. Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people visiting headspace centres for mental health problems. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. Med J Aust. 2015 Jun 1;202(10):537-42. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. Malla A, Iyer S, McGorry P, Cannon M, Coughlan H, Singh S, Jones P, Joober R.

### **D3 Levenskunst: Veerkracht en Vitaliteit**

Paul Ulrich <sup>p1</sup> / Anne Marie Kamevaar-Kegel <sup>1</sup> / Jacqueline Neijenhuis <sup>1</sup>

P: Debatleider

#### **1. LPGGz**

##### **Inhoud (wat)**

De kunst van het leven is om binnen je grenzen van je mogelijkheden een volwaardig en zinvol leven te leiden; een leven leiden dat geleefd kan worden. Een mens leeft in wissel-werking met zijn/haar omgeving. Dagelijks moeten we aanvallen van bacteriën en virussen weerstaan. Regelmatig moeten we mentale en sociale tegenslagen verwerken. Zonder veerkracht en vitaliteit is het leven voor een mens eigenlijk onmogelijk. We zijn constant bezig om fysiek, mentaal en sociaal in evenwicht met onze omgeving te blijven. Een zestiental cliënten/familie-organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg heeft onder de titel Levenskunst in de GGz een inspirerend toekomstbeeld voor een gezamenlijke focus op gezondheid binnen de GGz geformuleerd. Uitgangspunt voor het toekomstbeeld is het concept van gezondheid als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de omstandigheden van het leven (Huber, 2014). Gezondheid is niet het bereiken van een ideale toestand zonder ziekten of gebreken maar een randvoorwaarde om een volwaardig en zinvol leven te leiden: gezondheid als het vermogen tot veerkracht en vitaliteit, opdat mensen functioneren in hun leefomgeving en participeren in de samenleving. De ruimte van mensen om voluit te leven wordt door psychische klachten en stoornissen beperkt met lijdensdruk en/of disfunctioneren als gevolg (het generieke criterium van een stoornis). Professionals kunnen mensen helpen bij het (her)vinden, behouden of versterken van de balans in hun leven door het werken aan veerkracht en vitaliteit vanuit een perspectief van hoop, vertrouwen en optimisme. Zo kunnen mensen het vermogen om voluit te leven hervinden en zullen lijdensdruk en/of disfunctioneren afnemen.

##### **Vorm (hoe)**

Tijdens de bijeenkomst geven we een schets voor de plaats van veerkracht en vitaliteit in de psychiatrie. Vervolgens gaan we aan de hand van een aantal pitches door cliënten en psychiaters met de zaal in gesprek om het idee voor de praktijk uit te werken, waarbij iedereen op een interactieve en creatieve manier in de discussie wordt betrokken.

##### **Leerdoelen**

De plaats van veerkracht en vitaliteit in de psychiatrie bepalen en de consequenties voor de praktijk bespreken. Handvatten voor cliënten en professionals bieden om daadwerkelijk met veerkracht en vitaliteit in de praktijk te werken. Een perspectief bieden om de aandacht te verschuiven van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid (RVZ, 2010).

##### **Literatuurverwijzing**

Yvonne Mors en Anne Marie Kamevaar, Levenskunst in de GGz (2015) Paul Ulrich en Anne Marie Kamevaar, Focus op Gezondheid (2015) Machteld Huber, Towards a new concept of health – dissertation (2014) Raad voor Volksgezondheid en Zorg, Perspectief op gezondheid (2010) Website: [www.vraagsturingindezorg.nl](http://www.vraagsturingindezorg.nl)

#### **D4 Radicalisatie: welke rol heeft de GGZ?**

MD Shiaraz Choudhry <sup>1</sup> / MD Jurgen Cornelis <sup>2,3</sup> / Dr., MD Rien Van <sup>4,5</sup>

P: Debatleider

1. Palier-Parnassia
2. Opleiding psychiatrie, Arkin Amsterdam
3. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
4. Opleiding Psychiatrie Arkin Amsterdam]
5. NPI, Arkin Amsterdam

#### **Inhoud (wat)**

Wat drijft iemand tot het neermaaien van een groep onbekenden, zoals concertgangers, reizigers of voorbijgangers. Er moet toch iets mis zijn met ogenschijnlijke normale burgers die overgaan tot dit soort daden. “Gestoord”, “gek” en “psychopaat” zijn vaak gebruikte beschrijvingen in de berichtgeving over jihadisten die de aanslagen plegen. Sinds de jaren zestig hebben gedragsdeskundigen getracht extremisme en terrorisme te verklaren en de relatie met psychiatrische aandoeningen te onderzoeken(1). Het eensgezinde resultaat: psychiatrische aandoeningen komen niet vaker voor bij extremisten t.o.v. de algemene bevolking (2,3,). Wel is er consensus over de rol die identiteitsproblemen, het ervaren van uitsluiting, machteloosheid en (traumatische) verlieservaringen spelen in het radicalisatie proces dat tot jihadisme leidt(5). Samenwerking vanuit de overheid om dit fenomeen te bestrijden wordt nu ook met de GGZ gezocht(3), politici roepen zelfs via de media op tot gedwongen opnames. Ook gaan er stemmen op om radicalisering te melden in geval men het aantreft bij in behandeling zijnde patiënten of zelfs als een hulpverlener kennis heeft dat het bij een familielid van een patiënt speelt. Ook worden oproepen gedaan aan de GGZ de, zoals dat genoemd wordt ‘handelingsverlegenheid’ bij radicalisering te overwinnen. Houden we ons als GGZ afzijdig vanwege de angst voor het psychiatriseren van jihadisme of vanwege het in geding komen van het medisch beroepsgeheim(5)? En wat te doen als een radicaliserende patiënt in de spreekkamer komt voor een behandeling of rapportage? Ga je gewoon aan de slag (care as usual), empathisch, onbevooroordeeld luisterend en perspectief biedend of doe je iets anders?

#### **Vorm (hoe)**

In de inleiding wordt de recente evidentie over het voorkomen van psychiatrische problematiek bij geradicaliseerden besproken. Voorts komt aan de orde aard en de effectiviteit van antiradicaliseringsprogramma’s en of daarvoor een plaats is in de GGZ. De discussie, waarbij een vertegenwoordiger worden uitgenodigd van een organisatie die zich bezig houdt met bestrijden van radicalisering, zal gaan over:-de rol van de GGZ bij het tegengaan van radicalisatie in het algemeen en van jihadisme in het bijzonder en hoe die eventuele rol er dan uit moet komen te zien. -dilemma’s waar men mee wordt geconfronteerd indien de psychiater een proces van radicalisering bij een patiënt bemerkt.

#### **Leerdoelen**

Deelnemers zullen op de hoogte worden gebracht welke elementen bijdragen aan radicalisatie in het algemeen en jihadisme in het bijzonder, wat de mogelijkheden zijn van een behandeling binnen de GGZ en over de problemen en dilemma’s die men daarbij tegen kan komen.

#### **Literatuurverwijzing**

1. Victoroff J (2005) The Mind of the Terrorist: A Review and Critique of Psychological Approaches. *The Journal of Conflict Resolution* 49: 39.
2. Horgan, J. (2003). The search for the terrorist personality. In A. Silke (Ed.), *Terrorist, Victims, And Society: Psychological Perspectives On Terrorism And Its Consequence* (pp. 3–27). London: John Wiley.
3. Bhui, K., Warfa, N. & Jones, E. (2014 a). Might Depression, Psychosocial Adversity, and Limited Social Assets Explain Vulnerability to and Resistance against Violent Radicalisation? *Plos One*, jg. 9, nr. 9, e1059184.
4. Borum, R. (2004). *Psychology of Terrorism*. Tampa, Florida: University of South Florida. Retrieved from [http://works.bepress.com/randy\\_borum/1/](http://works.bepress.com/randy_borum/1/) (6 January 2014)
5. Kruglanski, A. W., Chen, X., Dechesne, M., Fishman, S., & Orehek, E. (2009). Fully Committed: Suicide Bombers’ Motivation and the Quest for Personal Significance. *Political Psychology*, 30(3), 331–357. doi:10.1111/j.1467-9221.2009.00698.x

## **D5 Vervoer van psychiatrische patiënten als product?**

Jessica Wesselius <sup>1</sup> / Jeroen Zoeteman <sup>2</sup> / Erik de Bost <sup>3</sup> / Anastasia Lim <sup>4</sup>

P: Debatleider

1. 1971
2. GGZ Arkin / Mentrum
3. algemeen directeur Dienst Vervoer en Ondersteuning van Dienst Justitiële Inrichtingen
4. Penitentiair Psychiatrisch Centrum Haaglanden Dienst Justitiële Inrichtingen

### **Inhoud (wat)**

Het thema van dit voorjaarscongres is veerkracht. Het vermogen van een patiënt om te herstellen en zijn of haar maatschappelijk leven zo veel mogelijk te normaliseren. Maar dat vraagt ook om veerkracht in de omgeving van die patiënt, die flexibel moet kunnen inspelen om wat er op dat moment wel of niet nodig is. Eén van de gebieden waarin de veerkracht en de flexibiliteit van hulpverleners, politie, gemeente regelmatig fors wordt getest is het vervoer van psychiatrische patiënten. Al jaren is er veel controverse over het vervoer van psychiatrische patiënten van en naar klinieken, politiebureaus of anderszins. Politie wil geen verwarde personen vervoeren vast gezet in de handboeien achter in de politiewagen, ambulances durven de in hun ogen agressieve en onvoorspelbare psychiatrisch gestoorde patiënten niet aan in hun ambulances. Termen als 'vervoersmedicatie' werden uitgevonden waaronder patiënten fors gesedeerd moesten worden voordat ze mee mochten. En veel psychiaters hebben de ervaring dat patiënten (te) lang op ongeschikte plekken moesten wachten tot er iets geregeld was, vaak met verslechtering van het psychiatrische toestandbeeld tot gevolg. Forse discussies over en weer hebben tot lokale initiatieven geleid, zoals de 'psycholance' in Amsterdam, maar niet tot landelijke oplossingen. Moeten we van het vervoer van onze verwarde personen een product maken? Kan deze bijvoorbeeld landelijk ingevuld worden met ondersteuning van justitie – Dienst Vervoer en Ondersteuning – die zo langzamerhand behoorlijk wat ervaring heeft opgedaan in het vervoer van verwarde personen én expertise heeft op het gebied van veiligheid? Maar hoe zit het dan met de benodigde psychiatrische begeleiding en de menselijke maat? Kan er op dit gebied überhaupt wel maatwerk worden geleverd? Of moeten we een hele andere oplossing zoeken.....

### **Vorm (hoe)**

De panelleden zullen kort (10 - 15 min.) in een presentatie hun standpunt én de door hen ervaren dilemma's uiteenzetten. Daarna wordt er onderling de discussie aangegaan, gericht op het vinden van een oplossingsrichting die acceptabel is voor alle partijen. Hierbij wordt het publiek actief uitgenodigd deel te nemen aan de discussie, ook zal hen actief om inbreng / reactie worden gevraagd.

### **Leerdoelen**

- inzicht in de bestaande problematiek omtrent het vervoer van psychiatrische patiënten- inzicht in de verschillende organisaties die zich daar nu mee bezig houden (versnippering) en de problemen / ongelijkheid die dat oplevert voor de patiënt- nadenken over wat een oplossingsrichting kan zijn om het vervoer landelijk goed vorm te (gaan) geven- inzicht in wat er nodig is om dat vervoer mogelijk te maken, zowel vanuit patiënt belang als vanuit veiligheidsbelang - ten slotte: inzicht in hoe belangrijk het is om dit vervoer goed te regelen in het belang van het herstel van de patiënt

### **Literatuurverwijzing**

-

## **D6 Samenwerking en gegevensuitwisseling tussen partijen in de Wet verplichte GGZ: Is er nog veerkracht of is de rek eruit?**

MD Elnathan Prinsen <sup>1,2</sup> / MD Jan Pieter Maes <sup>3,4</sup> / MD Pieter Prins <sup>5,4</sup> / MD Leontine ten Hoopen <sup>6,4</sup>

P: Debatleider

1. Dimence
2. Commissie Wet- en Regelgeving NVvP, voorzitter
3. Yulius
4. Commissie Wet- en Regelgeving NVvP
5. Altrecht
6. Erasmus MC

### **Inhoud (wat)**

Zowel de huidige Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) als de toekomstige Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGGZ) vragen samenwerking en uitwisseling van gegevens tussen verschillende belanghebbenden. Bij gedwongen zorg zijn er in het algemeen nog meer partijen betrokken dan bij vrijwillige zorg. In de komende WVGGZ, die meer als behandelwet is bedoeld dan de huidige Wet BOPZ, staan de voorkeuren en wensen van de patiënt en de omgeving centraal. In een met de patiënt, een vertegenwoordiger en waar mogelijk de familie en/of een naaste, worden essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven opgenomen. Dit impliceert ook samenwerking met bijvoorbeeld de gemeente. Iedereen kan bovendien in de WVGGZ een melding doen, met betrekking tot personen die mogelijk verplichte zorg nodig hebben. Het college van burgemeester en wethouders wordt verantwoordelijke voor instellen van verkennend onderzoek. Verder hebben de officier van justitie en de geneesheer- directeur prominente rollen in de WVGGZ. De rechter kan in deze nieuwe wet zelfstandig de doelen en de vorm van gedwongen zorg aanpassen in een zorgmachtiging. Kortom, het aantal betrokkenen neemt sterk toe, daarmee ook de uitwisseling van gegevens. Hoe zit het met vertrouwen in elkaar en hoe komen we tot een verantwoorde uitwisseling van gegevens, waarbij de patiëntrechten centraal en intact blijven? Treedt er verbetering op met de nieuwe WVGGZ, ook na de derde nota van wijziging? Dit levert ethische en juridisch interessante discussies die beter nu kunnen plaatsvinden in de aanloop tot nieuwe wetgeving. Graag gaan we dit debat aan met onze beroepsgroep, maar uiteraard in het totale veld van belanghebbenden.

### **Vorm (hoe)**

Verschillende vertegenwoordigers uit het veld, zoals een officier van justitie, een burgemeester, een psychiater, een geneesheer-directeur, een familievertegenwoordiger en een ervaringsdeskundige zullen allen vanuit hun eigen ervaring en expertise een toelichting geven op de huidige en komende wetgeving op dit gebied. Waar liggen de beperkingen, de kansen, de mogelijkheden en de moeilijkheden, nu en met de toekomstige wetgeving? Vervolgens zal aan de hand van stellingen hierover een debat plaatsvinden met zowel de vertegenwoordigers als het publiek.

### **Leerdoelen**

- Inzichten in de kernpunten en samenwerkingsverbanden in de komende WVGGZ- Inzichten in de vigerende wet- en regelgeving rond samenwerking en gegevensuitwisseling tussen verschillende domeinen- Zicht op verschillende belangen van de betrokkenen en mogelijkheden om een optimale samenwerking te creëren waarin de patiëntrechten centraal staan- Zien waar belangen van veiligheid en maatschappij botsen met belangen van patiënt en zorg bij samenwerking en gegevensuitwisseling.

### **Literatuurverwijzing**

Derde nota van wijziging Wet verplichte ggz. integrale versie te vinden op [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)

## **D7 Op zoek naar de heilige graal van herstel**

Drs. Kees Lemke <sup>p1</sup> / Prof. Jaap van Weeghel <sup>2,3</sup> / Prof. Niels Mulder <sup>4</sup> / Bram Berkvens <sup>5</sup>

P: Debatleider

1. GGNet
2. Kenniscentrum Phrenos
3. Tranzo Universiteit Tilburg
4. Erasmus MC
5. GGz Breburg, Recovery Center/Fameus

### **Inhoud (wat)**

Bij het voorjaarscongres in 2015 namen circa 50 deelnemers enthousiast deel aan een workshop over de vraag hoe 1/3 meer herstel te genereren. Dit leverde een rijke oogst op. Inmiddels is in januari van dit jaar het actieplatform Herstel voor iedereen! gestart, waaraan 16 ggz-instellingen deelnemen. Ze hebben aan elkaar en aan een panel van ervaringsdeskundigen en vakspecialisten hun actieplannen gepresenteerd. De aanpak is nog heel divers van '1000 bloemen bloeien' tot 'alles op een kaart zetten'. Nu is het de vraag wat de heilige graal is van goede EPA-zorg en van het voorkomen van chroniciteit? Wat zijn de hardcore herstel bevorderende interventies die iedereen volledig in de praktijk zou moeten brengen? Wat blijkt uit de plannen van de instellingen? En tot slot de laatste vraag, wat is de rol van de psychiater daarbij? Gaat hij anders zijn werk doen?

### **Vorm (hoe)**

Debat waar de auteurs aan de hand van een voorzet de deelnemers uitdagen in anderhalf uur de harde kern van optimale EPA-zorg neer te zetten die overal in Nederland in 3 jaar praktijk zou moeten zijn.

### **Leerdoelen**

Deelnemers delen de kennis van meest effectieve interventies m.b.t. het genereren van meer herstel en prioriteren dit voor hun eigen werkcontext (regio). Welke interventies spreken de veerkracht van patiënten het meeste aan? Het voorstel wordt daarna voorgelegd aan de voorhoede van actief aan herstel werkende instellingen in Nederland.

### **Literatuurverwijzing**

Over de brug: plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning van ernstig psychiatrische aandoeningen. Concept generieke module EPA indien beschikbaar

## **D8 SAP Discussie - Veerkracht in de opleiding; waar zit de ruimte?**

Sjoerd van Belkum <sup>p1</sup> / Niels Veth <sup>2</sup> / Don van Zanten / Esther Vroege <sup>1</sup> / Peter Mulders <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. UMCG
2. Pro Persona
3. RadboudUMC

### **Inhoud (wat)**

De korting op de opleiding tot medische specialisten, en daarmee ook de psychiater, is helaas een feit. Er zijn echter verschillende manieren hoe hier mee om te gaan om toch de hoge kwaliteit van onze opleidingen te kunnen behouden. Het afgelopen jaar is dit veelvuldig onderwerp geweest van discussie binnen het SAP en andere takken van de NvVP. Moet de opleiding breder? Langer in de vorm van een fellowship? Of moeten we het juist meer zoeken in de individualisering zoals beschreven in HOOP 2.0 samen met de “entrusted professional activities?” Het SAP wil graag met AIOS en psychiaters in discussie om gedachten uit te wisselen over de voor- en nadelen van de verschillende opties.

### **Vorm (hoe)**

Discussiepanel, bestaande uit psychiaters en AIOS die zich actief bezighouden met (de vorming van) het onderwijs. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van digitale instrumenten om enkele prikkelende stellingen aan het publiek voor te leggen en te bespreken.

### **Leerdoelen**

Aan het einde van de sessie zijn de aanwezigen op de hoogte van verschillende mogelijkheden om de opleiding vorm te geven en eventueel te veranderen, en heeft men kennis over hoe collega's (zowel AIOS als psychiaters) hier naar kijken.

### **Literatuurverwijzing**

Betreffende de verkorting: <http://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/opleidingsakkoord> Betreffende individualisering en EPA's: <http://www.specialistenopleidingopmaat.nl/wp-content/uploads/2015/04/Handreiking-opleidingsplan-gebaseerd-op-EPAs.pdf>



## **D9 Antipsychotica afbouwen of stoppen: wat is mogelijk?**

### **Auteur(s)**

Dr. Wil Buis<sup>1</sup> / Robin Timmers<sup>2</sup> / Prof.dr. Iris Sommer<sup>3</sup> / Dr. Lex Wunderink<sup>4,5</sup> / Dr. Koen Grootens<sup>6</sup> / Prof.dr. Niels Mulder<sup>7,8</sup>

P: Debatleider

1. Buis Psychiatrisch Advies Den Bosch
2. Steunpunt Stemmen Horen Nijmegen
3. UMC Utrecht
4. Ggz Friesland
5. UMC Groningen
6. Reinier van Arkel
7. Parnassiagroep
8. Erasmus MC Rotterdam

### **Inhoud (wat)**

In deze discussiegroep wordt het afbouwen of stoppen van antipsychotica belicht vanuit de invalshoek van de psychiater / onderzoeker én vanuit de invalshoek van de patiënt / ervaringsdeskundige (1). De voordelen van afbouwen of stoppen worden besproken, evenals de risico's en hoe die op te vangen. In een recent onderzoek (2) is aangetoond dat het minderen / stoppen met antipsychotica bij mensen met een psychose en die symptomatische remissie vertoonden, leidde tot een beter functioneren op de langere termijn. Er wordt momenteel een replicatie studie gedaan en er wordt onderzoek gedaan naar minderen / stoppen bij mensen die langer dan vijf jaar behandeld zijn met antipsychotica. Voor menig ervaringsdeskundige heeft het afbouwen van antipsychotica of het gebruik naar eigen inzicht in belangrijke mate bijgedragen aan zijn of haar herstel. Ervarende deskundigen hebben zelf gezocht naar wegen om antipsychotica veilig af te bouwen (3,4). Vragen en uitdagingen die aan de orde komen: Wat zijn de belangrijkste uitkomstmaten voor onderzoek op dit gebied, hoe vangen we een recidief psychotische episode op, hoe bepalen we of er sprake is van een recidief, hoe bepalen we de eventuele schade van een recidief psychose? Zijn wij als psychiaters te bang voor het afbouwen van antipsychotica, hebben we er moeite mee als de regie bij de patiënt komt te liggen, wat kunnen we leren van ervaringsdeskundigen en hoe kunnen we met hen samenwerken bij verder onderzoek? Hoe kan met gedeelde besluitvorming een op de patiënt toegesneden plan gemaakt worden?

### **Vorm (hoe)**

Robin Timmers deelt ervaringskennis over het succesvol afbouwen van antipsychotica. Vervolgens houden Lex Wunderink, Iris Sommer, Koen Grootens korte inleidingen vanuit de wetenschap en hun praktijkervaring. Daarna discussie onder leiding van Wil Buis.

### **Leerdoelen**

Bewustzijn creëren over de mogelijkheden, effecten en problemen bij het minderen / stoppen van antipsychotica en oplossingen bedenken betreffende verschillende dilemma's die zich hierbij voordoen. Vertrouwen bevorderen in de mogelijkheden van patiënten om te herstellen met minder of zonder antipsychotica en om zelf of samen met de psychiater de regie te voeren over het psychofarmacagebruik.

### **Literatuurverwijzing**

(1) Oil and water or oil and vinegar? Evidence based medicine meets recovery. L. Davidson, R. Drake e.a. Community Mental Health J (2009) 45: 323-332 (2) Recovery in remitted first episode psychosis at 7-years of follow-up of an early dose-reduction/discontinuation or maintenance strategy. L.Wunderink, R. Nieboer e.a. JAMA Psychiatry (2013) 70:913-920(3) Antipsychotica de baas. Informatiebrochure van Landelijk Platform GGZ en Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (2013) [http://www.medicijngebruik.nl/content/products/169/attachments/bro\\_Antipsychotica\\_zo\\_blijf\\_je\\_ze\\_de\\_baas\\_2013.pdf](http://www.medicijngebruik.nl/content/products/169/attachments/bro_Antipsychotica_zo_blijf_je_ze_de_baas_2013.pdf)(4) Psychofarmaca afbouwen; de Harm Reduction methode. W. Hall (2012) Uitg. Icarus Project en Freedom Centrum. Ned. Vertaling (2015) <http://www.adsearch.nl/psychofarmacaafbouwen.pdf>

## **D10 Euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening: naar een herziene richtlijn in 2017**

Dr. Cecile Gijsbers van Wijk <sup>1,2</sup> / Drs. Henk Corthals <sup>3</sup> / Drs. Lucas Koch <sup>4</sup> / Drs. Paulan Stärcke <sup>5,6</sup>

P: Debatleider

1. Arkin
2. Voorzitter richtlijncommissie NVvP
3. GGZ Breburg
4. NHG
5. GGZ inGeest
6. Stichting Levenseindekliniek

### **Inhoud (wat)**

Psychiatrische aandoeningen kunnen volgens de criteria van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2002) een legitieme grondslag vormen voor professionele hulp bij het sterven. Sinds het verschijnen van de tweede herziene versie van de Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (NVvP, 2009) hebben zich belangrijke ontwikkelingen voorgedaan in het maatschappelijke debat rondom euthanasie, in het veld van de psychiatrie als geheel en in de uitvoeringspraktijk van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. Het aantal meldingen bij de Regionale Toetsingscommissie van euthanasie op psychiatrische grondslag is gestegen van 2 meldingen in 2008 tot 56 meldingen in 2015. In 33 van deze 56 gevallen was sprake van uitvoering door een arts verbonden aan de Stichting Levenseindekliniek (SLK). De Levenseindekliniek, opgericht in 2008, richt zich op complexe euthanasieverzoeken, van patiënten die niet op afzienbare termijn zullen overlijden. De Levenseindekliniek heeft een stijgend aantal aanmeldingen, van 1035 in 2014 tot 1234 in 2015. Al vanaf de oprichting is één op de drie hulpvragers een patiënt met een psychiatrische aandoening. In de publieke media is in toenemende mate aandacht voor het onderwerp euthanasie in de psychiatrie. Onverbloemde televisie documentaires en openhartige krantenartikelen over euthanasie bij bijzondere doelgroepen, waaronder psychiatrische patiënten, geven aanleiding tot stellingname in soms verhitte debatten. Deze ontwikkelingen vormden voor de NVvP de aanleiding tot een herziening van de richtlijn. De opdracht van de NVvP aan de huidige richtlijncommissie omvatte vier onderdelen: 1. Actualisering van de bestaande richtlijn 2. Verbreding van de reikwijdte van de richtlijn naar andere medici dan de psychiater, specifiek de huisarts 3. Versteving van de rol en positie van familie en naasten in het proces 4. Heroverweging van de titel van de richtlijn, in het bijzonder de keuze tussen 'hulp bij zelfdoding' en 'euthanasie'. De herziene richtlijn zal naar verwachting eind 2017 verschijnen, na een consultatieronde met veldpartijen. In deze discussiegroep krijgt u een inkijkje in de uitgangspunten van de nieuwe richtlijn.

### **Vorm (hoe)**

De discussiegroep start met een inleiding waarin actuele feiten en cijfers over de huidige Nederlandse praktijk van euthanasie in de psychiatrie worden gepresenteerd, geïllustreerd met filmfragmenten uit documentaires. Vervolgens gaat een panel, bestaande uit leden van de richtlijncommissie, met u in gesprek over haar overwegingen en uitgangspunten bij de herziening van de richtlijn en vragen we uw reactie op voorgenomen wijzigingen ten opzichte van de vorige richtlijn. Aan de hand van stellingen worden dilemma's die de richtlijncommissie bij haar werk is tegengekomen voorgelegd aan de deelnemers. De input van deze bijeenkomst is voor de richtlijncommissie van belang om de standpunten van de beroepsgroep te horen en deze mee te kunnen nemen in de concepttekst van de richtlijn.

### **Leerdoelen**

Kennis van de feiten en cijfers van de actuele praktijk van euthanasie in de psychiatrie in Nederland. Inzicht in de uitgangspunten en overwegingen bij de herziening van de NVvP richtlijn inzake euthanasie in de psychiatrie. Meningsvorming over dilemma's rond besluitvorming en uitvoering van euthanasie in de psychiatrie. Positiebepaling aangaande de eigen persoonlijke opvattingen en standpunten over dit precaire onderwerp.

### **Literatuurverwijzing**

1. Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. A.J. Tholen, R.L.P. Berghmans, J. Huisman, J. Legemaate, W.A. Nolen, F. Polak, M.J.W.T. Scherders (richtlijncommissie). Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, De Tijdstroom uitgeverij BV. Utrecht, 2009.2.

Kim, S.Y.H.; De Vries, R.G. & Peteet, J.R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, published online February 10, 2016 ([www.jamapsychiatry.com](http://www.jamapsychiatry.com)).

## **D11 Richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules: wat betekent het voor uw praktijk?**

Prof.dr. Niels Mulder <sup>1</sup> / Prof.dr. Anton van Balkom <sup>2</sup> / Prof.dr. Ralph Kupka <sup>2</sup> / MA Sebastiaan Baan <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. Erasmus MC
2. GGZ inGeest
3. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ

### **Inhoud (wat)**

"Vergelijk een zorgstandaard met een TomTom: die vertelt mij ook niet waar ik heen moet maar wel hoe ik er kan komen." (Kupka, De Psychiater, september 2016) De GGZ is al jaren in beweging. Alle relevante partijen uit de GGZ hebben gezamenlijk een ambitieus kwaliteitsplan opgesteld. Hieruit is het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (Netwerk) ontstaan. Binnen het Netwerk worden er zorgstandaarden, generieke modules en waar mogelijk richtlijnen ontwikkeld die gebruikt (moeten gaan) worden in de dagelijkse praktijk. Deze zorgstandaarden worden ontwikkeld voor nagenoeg alle hoofdclassificaties van de DSM5. De NVvP is nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van zowel het netwerk als de zorgstandaarden. In het netwerk is de NVvP vertegenwoordigd in het bestuur, Agendaraad en de Implementatieraad. Daarnaast is de NVvP hoofdaanvrager voor een groot deel van de zorgstandaarden en generieke modules. De inhoud van de zorgstandaarden is aansluitend op de richtlijnen. Een zorgstandaard is per definitie multidisciplinair en geschreven vanuit het perspectief van de patiënt. De ontwikkeling vindt plaats in werkgroepen, adviesgroepen en mogelijke invitationals. Nadat een zorgstandaard is ontwikkeld en geautoriseerd wordt deze aangeboden voor het Register van Zorginstuut Nederland. Een voorwaarde bij het aanbieden van de zorgstandaard is dat er naast professionals ook patiënten/naasten en zorgverzekeraars zijn betrokken en zij gezamenlijk de zorgstandaard onderschrijven. Op deze wijze onderschrijven deze partijen gezamenlijk wat zij goede zorg vinden voor patiënten tegen aanvaardbare kosten. In totaal worden er tot eind 2017 meer dan 40 zorgstandaarden en generieke modules ontwikkeld waarbij veel professionals namens de NVvP betrokken zijn. Als de standaarden zijn ontwikkeld volgt implementatie in de praktijk. In deze discussiesessie willen we hier nader op ingaan. Ten eerste willen we een korte uitleg geven over de ontwikkeling van zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen binnen het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Wat is het verband tussen richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. Hoe gaan we om met al deze vormen van kennis maar ook hoe gaan we op zoek naar witte vlekken in onze kennis? Daarna willen we in samenspraak met de professional de discussie aangaan over de wijze van implementeren. Hoe kunnen we er met z'n allen voor zorgen dat het zogenaamde 'implementatie gap' kleiner wordt en hoe pakken we dat dan aan? Ook willen we ingaan op vragen als wat verandert er in de praktijk? Wat is de rol van de zorgverzekeraar? Hoe draag ik als professional bij aan deze ontwikkelingen? Welke nieuwe mogelijkheden ontstaan er voor mij? En bovenal op welke wijze biedt dit een meerwaarde zodat de patiënt kwalitatief goede zorg ontvangt?

### **Vorm (hoe)**

Een prikkelend vraaggesprek waarin de debatleider na een korte introductie op het thema ontwikkeling van zorgstandaarden en generieke modules, met een aantal gasten en de aanwezigen in de zaal in gesprek gaat over hoe deze producten te implementeren, wat er verandert in de praktijk en op welke manier dit ten goede komt aan de kwaliteit van zorg.

### **Leerdoelen**

1. Inzicht in de kwaliteitsstandaarden die momenteel ontwikkeld worden.
2. Inzicht in het verschil tussen richtlijnen en zorgstandaarden.
3. Inzicht in de wijze van implementatie van kwaliteitsstandaarden in de praktijk.
4. Inzicht in de meerwaarde van kwaliteitsstandaarden voor zowel professional als patiënt.

### **Literatuurverwijzing**

1. [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)
2. Tijdschrift De Psychiater, artikel Kupka, september 2016
3. Presentatie Ralph Kupka, congres Goede zorg tegen aanvaardbare kosten ([http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Kupka\\_Congres-Goede-Zorg\\_21-april-2016.pdf](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Kupka_Congres-Goede-Zorg_21-april-2016.pdf))
4. Tijdschrift Kwaliteit in Zorg (KIZ) (<http://archieftijdschriftkiz.nl/artikel/15082/Goede-zorg-tegen-aanvaardbare-kosten>)

## **D12 Het niemandsland tussen forensische psychiatrie en GGZ en de weg naar herstel**

Dr. Thomas Rinne <sup>1</sup> / Dr. Ad Kaasenbrood <sup>2,3</sup> / Ivo van Oudheusen <sup>4</sup> / Jessica Wesselius <sup>5</sup> / Ingrid Telkamp <sup>6</sup> / Dr. Joost á Campo <sup>7</sup>

P: Debatleider

1. NIFP
2. Pro Persona, Fact team voor OGGZ
3. Directeur Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen
4. Directeur behandelzaken Inforza, onderdeel van Arkin
5. Portefeuillehouder Zorg NIFP
6. SPV penitentiair psychiatrisch Centrum Amstredam
7. Mondriaan

### **Inhoud (wat)**

De op stapel staande wetten “Wet op de Forensische Zorg” en “Wet verplichte GGZ” hebben o.a. als doel de grenzen tussen de GGZ en de forensische psychiatrie permeabel te maken en patiënten uit het forensische veld zo makkelijker richting de GGZ te leiden. De laatste decennia heeft die GGZ zich steeds meer bewogen in de richting van klantgericht werken. Shared decision making is het credo en dus poogt de GGZ de gebouwen er vriendelijk uit te laten zien, is de organisatie van de zorgprocessen ingericht op de behoeften van de klant en hebben hulpverleners in hun attitude de bevelshuishouding ingewisseld voor de onderhandelingshuishouding. Het gevolg hiervan is dat sterk gestructureerde afdelingen in het reguliere aanbod van de GGZ geen plaats meer hebben en de erbij behorende kennis verloren is gegaan. Patiënten die een dergelijke afdeling nodig hebben, worden of geplaatst in één van de klinieken voor Intensieve Zorg van een forensisch psychiatrisch centrum of ze lopen vast in wetsovertredingen en belanden in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum. Het gevangeniswezen lijkt de taken van de GGZ over te nemen en patiënten uit het forensische circuit blijken zeer moeilijk over te plaatsen naar de GGZ. De nieuwe wetgeving beoogt de sterke zorggrenzen tussen GGZ en forensische psychiatrie te versoepelen. Dat betekent dat de GGZ zich weer moet richten op de behandeling van complexe, sterk onregelde en onregelende patiënten. Heeft de GGZ de veerkracht om dit te laten slagen? Of misschien beter geformuleerd: wat is er voor nodig om dit te laten lukken? Biedt een systeem wat gericht is op continuïteit en duurzame behandelrelaties een perspectief voor chronische patiënten?

### **Vorm (hoe)**

De panelleden zullen tijdens een korte inleiding van maximaal 10 min. het thema vanuit hun werkveld beschrijven en de problemen die zij ervaren bij overplaatsing van forensische patiënten naar de GGZ. Bovendien zullen de sprekers de argumenten die voor de beantwoording van deze vragen (zie hierboven) van belang zijn, over het voetlicht brengen en het publiek uitnodigen om mee te denken over oplossingsrichtingen.

### **Leerdoelen**

1. De deelnemers zijn zich na het volgen van de discussiegroep bewust van de mogelijke implicaties en risico's van de nieuwe wetgeving voor de GGZ en de zorg voor chronisch complexe patiënten.
2. De deelnemers zijn geïnspireerd door een systeem voor chronische complexe forensische patiënten dat gericht is op crisispreventie door het opbouwen van duurzame behandelrelaties.

### **Literatuurverwijzing**

wetsvoorstellen: "Wet Verplichte GGZ" en "Wet op de Forensische Zorg"

## **D13 De NVvP, een vereniging voor en door leden: hoe houden we u actief?**

Ariëtte van Reekum <sup>1,2</sup> / Dr. Bertine Lahuis <sup>3,4</sup>

P: Debatleider

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
2. GGZ Breburg
3. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
4. Karakter

### **Inhoud (wat)**

Leden zijn de spil van de vereniging. Hun kennis en ervaring zijn voor de vereniging van groot belang. We hebben ze dan ook hard nodig als we aan tafel zitten bij verschillende partijen en bij de uitwerking van diverse (kwaliteits-)plannen. Andersom is een actief lidmaatschap voor leden een goede manier om veel kennis en ervaring op te doen en te bouwen aan een breed netwerk. Een win-win situatie dus. Toch lijkt het anno 2017 steeds moeilijker te zijn om leden actief in te zetten voor de vereniging. Hoe kan dit en wat kunnen we er als vereniging aan doen om het tij te keren?

### **Vorm (hoe)**

De discussieleaders geven een korte introductie op de vereniging en mogelijkheden voor een actief lidmaatschap binnen de vereniging. In een discussie met het publiek staat vervolgens de vraag centraal wat er anno 2017 nodig is om leden actief bij de vereniging te betrekken en ze ook daadwerkelijk actief te krijgen. De zaal zal actief bevraagd worden.

### **Leerdoelen**

Het verkrijgen van inzicht in de belemmerende factoren voor een actief lidmaatschap en het benoemen van mogelijke oplossingen hiervoor.

### **Literatuurverwijzing**

N.V.T.

## **D14 Gender & Mental Health: vrouwspecifieke aspecten van psychiatrische aandoeningen**

Dr. Janneke Zinkstok <sup>1,2</sup> / Prof.dr. Therese van Amelsvoort <sup>2,3,4</sup> / Dr. Danielle Cath <sup>5,6</sup> / Dr. Sandra Kooij <sup>7</sup> / Dr. Machteld Marcelis <sup>8,2</sup> / Dr. Caroline Sonnenberg <sup>9</sup> / Dr. Patricia van Wijngaarden-Cremers <sup>10</sup>

P: Debatleider

1. Vincent van Gogh
2. Maastricht Universiteit
3. Mondriaan
4. Virenze
5. GGZ Drenthe
6. Universiteit Utrecht
7. PsyQ
8. GGzE
9. GGZinGeest
10. Dimence

### **Inhoud (wat)**

Er is nationaal en internationaal groeiende belangstelling voor de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen als het gaat om gezondheid. Vrouwen leven langer maar zijn vaker en langer ziek terwijl er tegelijk maar relatief weinig bekend is over beloop en behandeling van aandoeningen bij vrouwen. Zo is bijvoorbeeld het merendeel van de wetenschappelijke basis voor onze richtlijnen gebaseerd op onderzoek in mannen. Het thema "gender & health" staat hoog op de agenda van o.a. de World Health Organization. Ook in De Kennisagenda die vorig jaar werd gepresenteerd, een initiatief van de Alliantie Gender en Gezondheid, komt naar voren dat nog veel kennis over vrouwen in de gezondheidszorg ontbreekt en dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen. In maart 2016 werd bekend dat Minister Edith Schippers (Volksgezondheid) de komende jaren 12 miljoen euro uittrekt voor onderzoek naar gezondheid van vrouwen. Deze discussiegroep sluit hierbij aan door 1) kennisoverdracht te bieden op het gebied van genderspecifieke aspecten van diagnose, behandeling en beloop van psychiatrische aandoeningen; en 2) een forum te bieden voor uitwisseling van kennis en voor discussie om daarmee initiatieven te stimuleren die de behandeling en zorg voor vrouwen met psychiatrische aandoeningen verbeteren.

### **Vorm (hoe)**

De bijeenkomst bestaat uit twee delen. Gedurende de eerste helft zullen 5 a 6 experts kort (max 8 minuten) iets vertellen over vrouwspecifieke aspecten van psychiatrische stoornissen met telkens aansluitend kort gelegenheid tot (informatieve) vragen. Aan bod komen o.a. psychose, depressie, angst, ADHD, autisme en EPA. Vervolgens zullen de experts en deelnemers discussiëren aan de hand van stellingen, discussiepunten, en inbreng van de deelnemers.

### **Leerdoelen**

Het doel van deze discussiegroep is om: - Kennis en vaardigheden m.b.t. vrouwspecifieke aspecten van veelvoorkomende psychiatrische aandoeningen te vergroten; - Aandacht te vragen voor gender specifieke benadering van psychiatrische stoornissen om daarmee 'zorg op maat' en/of 'personalized medicine' te stimuleren; - Te inventariseren of er behoefte is aan een platform en/of kennisnetwerk om dit thema nader uit te werken.

### **Literatuurverwijzing**

van der Leeuw C, Habets P, Gronenschild E, Domen P, Michielse S, van Kroonenburgh M, van Os J, Marcelis M; for G.R.O.U.P. Testing the estrogen hypothesis of schizophrenia: associations between cumulative estrogen exposure and cerebral structural measures. *Schizophr Res.* 2013 Oct;150(1):114-20. 2016;58(6):432-3. Kooij J.J.S. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. 3e druk, 2010. Pearson Assessment and Information, Amsterdam. Sonnenberg CM, Deeg DJ, van Tilburg TG, Vink D, Stek ML, Beekman AT. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *Int Psychogeriatr.* 2013 Jan;25(1):61-70. Van Wijngaarden-Cremers P.J.M., van Eeten E., Groen W.B., Van Deurzen P.A., Oosterling I.J., Van der Gaag R.J., (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*, Mar;44 (3):627-35. Wilson CE, Murphy CM, McAlonan G,

Robertson DM, Spain D, Hayward H, Woodhouse E, Deeley PQ, Gillan N, Ohlsen JC, Zinkstok J, Stoencheva V, Faulkner J, Yildiran H, Bell V, Hammond N, Craig MC, Murphy DG. Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism*. 2016 Oct;20(7):808-19.



## **D15 Financiering van de ziekenhuispsychiatrie. Hoe blijf je veerkrachtig?**

Duuk Sierink <sup>1</sup> / Drs. Boudewijn de Pont <sup>2</sup> / Chris Schubart <sup>1</sup>

P: Debatleider

1. Tergooi
2. Rijnstate

### **Inhoud (wat)**

Het ziekenhuis psychiatrische bedrijf van kliniek (PAAZ, MPU, PUK) tot poli en PCD gebruikt zowel de DBC GGZ als de DOT maar de wijze waarop dat gebeurt verschilt sterk tussen de diverse ziekenhuizen. Verschillen zijn er onder andere in het gebruik van de DOT (alleen klinisch of ook poliklinisch?), afspraken over acute DBC's en de financiering van de MPU (via DBC-GGZ, medisch specialistische zorg-MSZ, of ook beiden?) en integratie met de medische psychologie. In 2016 is de generieke module ziekenhuispsychiatrie ontwikkeld. Hiermee is een standaard voor kwaliteit neergezet. Deze module is in samenwerking met vertegenwoordigers van patiënten en verzekeraars ontwikkeld. Bij de zorg inkoop en onderhandelingen zullen de kwaliteitscriteria die benoemd zijn in deze module een rol gaan spelen. De verwachting is dat de psychiater meer in de lead zal zijn en minder afhankelijk wordt van de verschillende inkoopcriteria van zorgverzekeraars. Naast discussie over kwaliteit zal ook de discussie over kosten beter onderbouwd kunnen worden aan de hand van beschreven normen bijvoorbeeld ten aanzien van de formatie verpleegkundigen op een MPU. Niet alleen in het gesprek met zorgverzekeraars is deze kennis nodig. Ook de opkomst van het medisch specialistisch bedrijf vraagt om goede onderbouwing van de noodzaak en kosten van de ziekenhuispsychiatrie. Mede ook omdat zij de onderhandelingen voeren over de DOT's omdat die onder de MSZ vallen.

### **Vorm (hoe)**

In deze discussiegroep zullen wij ter inleiding de complexe financiering van MPU, poli en PCD doornemen. Daarna willen we in discussie met de zaal ingaan op ieders lokale oplossingen. Landelijke problemen die worden signaleerd zullen aan het bestuur van de ACZP en NVvP worden doorgespeeld.

### **Leerdoelen**

Deze discussiegroep beoogt bij te dragen aan de veerkracht van de ziekenhuis psychiatrie ten behoeve van de patiënt met complexe comorbiditeit en heeft als leerdoelen: -De kennis van financieringsregels in de ziekenhuispsychiatrie te vergroten -Kennis te nemen van verschillen in uitwerking en lokale best practices - Kennis te vergroten over de zorginkoop in contact met verzekeraars extern en het MSB en de RvB intern

### **Literatuurverwijzing**

Geen

## **D16 Verwarde personen en de rol van de psychiatrie**

Prof.dr. Niels Mulder <sup>1,2</sup> / Prof.dr. Aart Schene <sup>3</sup> / Prof.dr. Jaap Weeghel <sup>4</sup> / Drs. Jeroen Zoeteman <sup>5</sup>

P: Debatleider

1. Parnassia Groep
2. ESPri, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC
3. Radboud UMC, afdeling Psychiatrie
4. Tranzo, Universiteit van Tilburg
5. Arkin, Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

Verwarde personen is een verzamelterm voor een groep mensen die overlast veroorzaken in de openbare ruimte. De term is in 2014 geïntroduceerd door de politie, en wordt momenteel ook breder gebruikt voor mensen die zichzelf niet kunnen redden vanwege diverse redenen. Een belangrijk deel van deze groep heeft een psychiatrische aandoening. Deze groep vertoont veel overlap met groepen die in het verleden bekend stonden onder namen als 'zorgwekkende zorgmijders' en 'verkommerden en verloederden'. Uit een literatuuroverzicht van documenten over deze groepen van de afgelopen 20 jaar blijkt dat de omvang ongeveer 1000 - 5000 mensen in Nederland betreft (afhankelijk van de definitie). Mogelijk neemt de omvang toe de laatste jaren. We concluderen dat het gaat om een groep mensen die altijd in een bepaalde mate in de samenleving aanwezig is geweest en waar we, als psychiatrie samen met andere partijen (gemeente, politie), beleid op kunnen maken. Onze stelling is dat de psychiatrie in de frontlinie zou moeten opereren bij diagnostiek en behandeling. Vanuit een multidisciplinaire samenwerking kan door middel van case-finding, sociale ondersteuning, verleiding, drang en dwang de groep in kaart worden gebracht en hun situatie worden verbeterd. Hierdoor neemt niet alleen de kwaliteit van leven toe van de doelgroep, maar zal ook de overlast afnemen.

### **Vorm (hoe)**

Vier korte presentaties gevolgd door een discussie in de vorm van een Lagerhuis debat

### **Leerdoelen**

Standpunten uitwisselen, discussiëren en kritische kanttekeningen plaatsen met betrekking tot de rol van de psychiatrie bij de preventie en aanpak van de problematiek rondom "verwarde personen".

### **Literatuurverwijzing**

Doorpakken. Eindrapportage van het aanjaagteam 'Verwarde Personen, VNG 2016.

## **D17 Hoe werkt de Zorgstandaard Psychose in de praktijk?**

Dr. Wim Veling <sup>1</sup> / Dr. Harm Gijsman <sup>2</sup> / Drs. Margreet de Pater / Drs. Daniëlle van Duin <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. UMCG
2. Pro Persona
3. Trimbos Instituut

### **Inhoud (wat)**

De Zorgstandaard Psychose is voorjaar 2017 af. De kwaliteitsstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele zorg. Preventie, zorg, ondersteuning bij zelfmanagement, organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren zijn er in beschreven. Nu moet de Zorgstandaard in uw praktijk gebruikt gaan worden. Door u als behandelaar of leidinggevende, samen met uw patiënten en hun naasten. Het is niet vanzelfsprekend dat dit gebeurt. Sommige aanbevelingen staan op gespannen voet met hoe de zorg in uw instelling is georganiseerd, uw praktijkervaring zegt soms toch echt wat anders dan wat er in de Zorgstandaard staat, de problematiek van uw patiënten is complexer dan zich laat vangen in een Zorgstandaard, en de huidige financiering van de zorg staat uitvoering van de Zorgstandaard in de weg. In deze discussiegroep wordt de inhoud van de Zorgstandaard Psychose onder de loep genomen, en wordt u uitgedaagd de vertaalslag te maken naar de dagelijkse praktijk in uw instelling.

### **Vorm (hoe)**

De discussiegroep heeft drie blokken: 'zorginhoud', 'organisatie van zorg' en 'uw dagelijkse praktijk'. Drie werkgroep leden en de projectleider van de Zorgstandaard Psychose leiden de blokken kort in aan de hand van stellingen, begeleiden de discussie, zorgen aan het einde van het blok voor een samenvatting en destilleren de belangrijkste aandachtspunten uit de discussie. Stellingen zullen worden afgeleid van de reacties uit het veld die tijdens de commentaarfase van de Zorgstandaard zijn ingebracht. U leest van te voren de Zorgstandaard Psychose en bereidt bij elk blok één discussiepunt voor waarvan u vindt dat het besproken moet worden.

### **Leerdoelen**

Na deze discussiegroep: 1. Bent u op de hoogte van de hoofdpunten van de Zorgstandaard Psychose 2. Is u duidelijk welke inhoudelijke, organisatorische en financiële knelpunten er zijn rond de Zorgstandaard 3. Weet u hoe u een vertaling kan maken van Zorgstandaard naar uw dagelijkse praktijk

### **Literatuurverwijzing**

Zorgstandaard Psychose. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016. <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/standaarden/>

## **D18 De nieuwe werkelijkheid van de psychiatrie: de gevolgen van de vierde industriële revolutie**

Prof.dr. Peter van Harten <sup>1,2</sup> / Prof.dr. Jim van Os <sup>3</sup> / Prof.dr. Iris Sommer <sup>4</sup> / Prof.dr. Wijbrand Hoek <sup>5,6,7</sup> / Prof.dr. Damiaan Denys <sup>8</sup>

P: Debatleider

1. Maastricht University
2. GGz Centraal
3. Maastricht University Medical Centre
4. University Medical Centre Utrecht
5. Parnassia groep
6. Rijksuniversiteit Groningen / UMCG
7. Columbia University, New York
8. University of Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

Industry 4.0 ofwel de 'Vierde industriële revolutie' was het overkoepelend thema van het World Economic Forum (WEF) 2016 wat jaarlijks in Davos plaatsvindt. Kernbegrippen zijn kunstmatige intelligentie (bijv. zelfrijdende auto's, voorraadbeheer, magazijnbeheer zonder personeel, domotica, autonoom werkende robots), internet of things (waardoor de meerderheid van de internetgebruikers zal bestaan uit (semi)intelligente apparaten), big data en platforms/sharing economy (bijv. Airbnb, Uber, Peerby, webwinkels). Tijdens het WEF 2016 en ook op verschillende TED lezingen wordt benadrukt dat deze revolutie zich met een enorme snelheid ontwikkelt en als een tsunami op ons afkomt. Voorspeld wordt een groot verlies aan banen in de zorg-, de energie- en de financiële sector. Het zal niet alleen de wereld in hoog tempo veranderen, maar ook onszelf in de manier waarop we leven, werken en met elkaar omgaan. Het opent voor de zorg ook volstrekt nieuwe mogelijkheden. Een voorbeeld: een intelligente database met miljoenen foto's van huidandoeningen zal de diagnostische vaardigheden van een dermatoloog overbodig maken en mini robots met sensoren kunnen autonoom opereren. Ook de ontwikkeling van 'slimme pillen', die naast het medicijn gevuld zijn met chips en sensoren, zullen de zorg ingrijpend gaan wijzigen en hebben mogelijk een enorme meerwaarde door bijv. continue analyses van lichaamswaarden ('lab on a chip'). De centrale vraag in deze discussiegroep is 'Wat zijn de mogelijke gevolgen van de vierde industriële revolutie voor de psychiatrie'. In ons vak lijkt contact essentieel maar zou een 3D geprojecteerde 'persoon' met kunstmatige intelligentie in staat zijn om een anamnese af te nemen die tot een diagnose leidt? Is behandelen met Virtual Reality Brillen mogelijk? Hoe kunnen 'wearables' die onze activiteit, gemoedstoestand, psychiatrische symptomen en non-mental signs continu meten ingezet worden? Kunnen de big data die daarmee vrijkomen direct leiden tot individuele adviezen voor patiënten of een behandelprogramma? Zouden inwendige chips die onder meer dopaminespiegels meten, patiënten kunnen alarmeren op een dreigende psychotische relaps? Wat zou de invloed zijn van platforms waar patiënten elkaar ontmoeten en helpen? Vragen waar nog geen antwoorden op zijn maar waarbij discussie helpt om meer voorbereid te zijn. Uw (biological) intelligence is daar zeker voor nodig!

### **Vorm (hoe)**

In deze discussiegroep spreken vier hoogleraren psychiatrie elk 10 minuten over de van de psychiatrie gezien vanuit de vierde industriële revolutie toekomst. Daarna volgt een discussie met de aanwezigen in de zaal.

### **Leerdoelen**

Meedenken over de grote veranderingen in de psychiatrische zorg door de kunstmatige intelligentie, big data en platforms om daar beter op voorbereid te zijn.

### **Literatuurverwijzing**

[https://www.weforum.org/agenda/2016/01/the-fourth-industrial-revolution-what-it-means-and-how-to-respond/http://www3.weforum.org/docs/Media/KSC\\_4IR.pdf](https://www.weforum.org/agenda/2016/01/the-fourth-industrial-revolution-what-it-means-and-how-to-respond/http://www3.weforum.org/docs/Media/KSC_4IR.pdf)[https://www.ted.com/watch/ted-institute/ted-bcg/markus-lorenz-industry-4-0https://www.ted.com/talks/susan\\_etlinger\\_what\\_do\\_we\\_do\\_with\\_all\\_this\\_big\\_data](https://www.ted.com/watch/ted-institute/ted-bcg/markus-lorenz-industry-4-0https://www.ted.com/talks/susan_etlinger_what_do_we_do_with_all_this_big_data)

## **D19 Opvang van verwarde personen: een kwestie van samenwerken?**

Drs. Erik Sikkens <sup>p1</sup> / Drs. Jeroen Zoeteman <sup>1</sup> / Jolien Ang <sup>2</sup> / Mr.drs. Rembrandt Zuiderhoudt <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. GGZ Arkin
2. Openbaar Ministerie Amsterdam
3. Zuiderhoudt Consultancy

### **Inhoud (wat)**

De opvang van verwarde personen binnen de OGGZ staat sterk in de belangstelling sinds Bart van U. en het rapport van de commissie Hoekstra. Het heeft geleid tot het instellen van een Aanjaagteam Verwarde Personen. Het voorkomen van ernstige incidenten en het verlenen van adequate zorg komen hier samen, waarbij diverse ketenpartners proberen hier zo goed mogelijk vorm aan te geven. Politie, OM, GGZ, justitiële zorgverleners en andere relevante partners hebben met eigen werkwijzen en belangen te maken, waardoor dit soms tot lastige situaties kan leiden. Een goede samenwerking tussen alle ketenpartners is dan ook van groot belang. Hoe dit te realiseren is nog geen sinecure. In Amsterdam start eind 2016 een pilot waarin het komen tot een goede gezamenlijke aanpak centraal staat. Deze discussiegroep wil de eerste resultaten met u delen en met u in discussie of deze aanpak toegevoegde waarde heeft in de zorg voor deze doelgroep.

### **Vorm (hoe)**

In een drietal presentaties wordt de problematiek en de opzet van de pilot geschetst, het standpunt van de ketenpartners (middels een bijdrage van het OM) en wordt een specifiek onderwerp (informatie/uitwisseling in relatie tot privacy en het beroepsgeheim) nader besproken.

### **Leerdoelen**

Inzicht verschaffen in een keten aanpak voor de opvang van verwarde personen middels de pilot in Amsterdam  
Inzicht geven in welke dilemma's in de keten-samenwerking aan de orde komen  
Inzicht geven in de relevante juridische regels m.b.t. informatie-uitwisseling in een dergelijke keten-samenwerking

### **Literatuurverwijzing**

1. Het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U., R. Hoekstra et. al, 20152. Rapport 'Rake Vlakken', Harmoniseren van indicatiestellingen ZVW, WMO, WLZ en WFZ, NIFP, februari 20163. Samen verder doorpakken, Tweede tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen, juli 2016

## **D20 Veerkrachtige psychiaters anno 2017: hoe houd je patiënt, manager, zorgverzekeraar, maar vooral jezelf tevreden?**

Drs. Arjan Schroder <sup>1</sup> / Drs. Simone Schopman / Drs., M.B.A. Frans Que <sup>2,3</sup> / Dr. Marc Blom <sup>4</sup> / Alan Ralston <sup>5</sup>

P: Debatleider

1. GGZ inGeest
2. QTM
3. Berends-Que-Performance
4. PsyQ Parnassia Groep
5. Dijk en Duin

### **Inhoud (wat)**

Met de invoering van het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap is het zorglandschap volop in beweging en is de vraag hoe alle ballen in de lucht te houden. Hoofbehandelaar? Medisch expert? Therapeut? Of juist speelbal? Lijstjes-afvinker? Administrateur? Secretaresse? Psychiater zijn of worden anno 2017 lijkt steeds complexer. Hoe zorg je dat je vakkennis op peil blijft, alles geregistreerd hebt, maar behoud je ook het plezier? En vooral: hoe raak je niet uitgeblust en opgebrand? Hoe maak je afwegingen? Hoeveel invloed heb je en zou je willen hebben op het proces? Middels deze discussiegroep hopen we meer zicht te krijgen op de belangrijke factoren om succesvol patiënten te behandelen zonder de huidige randvoorwaarden uit het oog te verliezen.

### **Vorm (hoe)**

Verdieping en uitwisseling over hoe we ons vak het beste kunnen uitoefenen door middel van het poneren van tegenstellingen, waarbij de aanwezigen actief uitgenodigd worden om bij te dragen via de fishbowl methode.

### **Leerdoelen**

Na deze discussiegroep zijn de aanwezigen veerkrachtiger en geïnspireerd om hun werk zo in te richten dat zij met zo min mogelijk inspanning zo groot mogelijk resultaat bereiken, waarbij de patiënt centraal staat.

### **Literatuurverwijzing**

<https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/https://km4meu.wordpress.com/2011/09/26/a-tiny-little-bowl-full-of-talking-fish-a-sharefair-day-0-session/http://slitoolkit.ohchr.org/data/downloads/fishbowl.pdf>

## **D21 Behandeling van een bipolaire stoornis: vanuit veerkracht of risicoprofiel?**

Dr. Max de Leeuw<sup>1,2</sup> / Dr. Eline Regeer<sup>3</sup> / Drs. Marc Lochmann van Bennekom<sup>4</sup> / Bart Geerling<sup>5</sup> / Dr. Manon Hillegers<sup>6</sup>

P: Debatleider

1. Polikliniek Bipolaire Stoornissen Rivierduinen
2. Leids Universitair Medisch Centrum
3. Altrecht Bipolair
4. Pro Persona
5. Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen Dimence
6. Universitair Medisch Centrum Utrecht

### **Inhoud (wat)**

Op basis van longitudinale en retrospectieve studies naar de ontwikkeling en behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis, is inmiddels een risicoprofiel te identificeren. De elementen van dit risicoprofiel zijn opgebouwd vanuit biologische, psychologische, symptomatische en cognitieve kenmerken. Echter, in de klinische praktijk worden beslismomenten in de behandeling vaak mede genomen op intuïtief aanwezige beschermende factoren van de patiënt, welke voortkomen uit dezelfde bovengenoemde domeinen. Deze veerkracht van individuen en hun omgeving verdient meer aandacht in de beslisvorming rondom (vroeg) interventies, de duur en mate van intensiteit van onderhoudsbehandeling.

### **Vorm (hoe)**

In deze discussiegroep zal op basis van 3 casussen in verschillende fases van ziekte de dilemma's besproken worden zoals hierboven geschetst. Tevens nodigen we een panel van ervaringsdeskundigen uit om hierover mee te discussiëren. De discussieleiders met een multidisciplinaire achtergrond zullen vanuit verschillend perspectief de discussie leiden, waarbij ook de persoonskenmerken van het behandelteam aan bod zullen komen. Tevens zal aan de hand van de literatuur ten aanzien van risico en beschermende factoren het veerkracht-model voor bipolaire stoornis worden besproken.

### **Leerdoelen**

Bewustwording van de gevolgen van het vertrekpunt in de behandeling: veerkracht of risico. Meer kennis van risico en beschermende profielen vanuit de literatuur. Meer zicht op patiëntperspectief ten aanzien van deze benadering.

### **Literatuurverwijzing**

- Kesebir S, Ünübol B, Tatlıdil Yaylacı E, Gündoğar D, Ünübol H. Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2015 Feb 24;3:3. doi: 10.1186/s40345-015-0023-3.- Iasevoli F, Valchera A, Di Giovambattista E, Marconi M, Rapagnani MP, De Berardis D, Martinotti G, Fornaro M, Mazza M, Tomasetti C, Buonaguro EF, Di Giannantonio M, Perugi G, de Bartolomeis A. Affective temperaments are associated with specific clusters of symptoms and psychopathology: a cross-sectional study on bipolar disorder inpatients in acute manic, mixed, or depressive relapse. *J Affect Disord*. 2013 Nov;151(2):540-50. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.041.

## **D22 Kinder- en jeugdpsychiatrie in transformatie: is er voldoende veerkracht?**

Dr. Heddeke Snoek <sup>1</sup> / Dr. Ingeborg Lindhout <sup>2</sup> / Merijn Snoek <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. Karakter
2. Triversum
3. Gemeente Haarlem

### **Inhoud (wat)**

Vanaf 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Gemeente hebben de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij het probleemoplossend vermogen van de burgers en hun directe sociale omgeving meer wordt aangesproken. De verschillende instanties zijn op zoek naar de juiste verbindingen met elkaar om op het juiste moment de juiste hulp te bieden. De kinder- en jeugdpsychiater zoekt naar de juiste positionering in het veld: de specialistische expertise is niet alleen voorbehouden aan de spreekkamer! Waar en hoe zet je je kennis en kunde op de juiste manier in? Is de opleiding van de AIOS voldoende in het vizier? Een krimpend budget brengt vertraging van nieuwe ontwikkelingen met zich mee of leidt het juist tot meer creatieve inzet van de expertise? De vraagstukken rondom privacy, haalbaarheid van passend onderwijs, zorg voor 18plussers en verbinding met de sommaties blijven onderwerp van gesprek. Als kinder- en jeugdpsychiater word je verondersteld op verschillende (beleids-)niveaus te kunnen meewerken en -denken. In deze discussiegroep willen we in gesprek gaan met ervaren, onervaren en toekomstige collega's; met ouders, collega's in de jeugdhulpverlening, de kinderarts en een wethouder willen we ervaringen, uitdagingen en wensen uitwisselen. Tonen we voldoende veerkracht om ons vak de juiste positie in het veld te geven?

### **Vorm (hoe)**

Middels een korte introductie wordt door een kinder- en jeugdpsychiater, een ouder, een kinderarts, een wijkteammedewerker en wethouder de huidige stand van zaken met zijn kansen en uitdagingen uiteengezet. Daarna is ruim te tijd om aan de hand van stellingen en ervaringen met elkaar en het panel in gesprek te gaan.

### **Leerdoelen**

- Deelnemers krijgen een beeld van de huidige situatie en de rol(len) die zijn kunnen innemen als kinder- en jeugdpsychiater- Deelnemers verkrijgen inzicht over welke (deel)vaardigheden de toekomstige kinder- en jeugdpsychiater moet beschikken en waar de opleiding op maat moet worden gemaakt om toekomstbestendige psychiaters af te leveren- het doel van deze workshop is jonge kinder- en jeugdpsychiater en AIOS KJP te ondersteunen in de transitie naar medisch specialist.

### **Literatuurverwijzing**

- Rapport ' inventarisatie Jeugdhulp: 'transformatie Jeugd nog in de Kinderschoenen', Transitiecommissie Sociaal Domein, juni 2016-' Als alles verandert' TSD, [www.transitiecommissiesociaaldomein.nl](http://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl)- Besluit Jeugdwet. VWS 2014- Naar een toekomstbestendige psychiatrie Beleidsplan NVvP 2014-2017



## **D23 Pillen in de psychiatrie onder vuur: terecht of onterecht?**

Dr. Martijn Figee <sup>1</sup> / Dr. mr. Christiaan Vinkers <sup>2</sup> / Dr. Eric Ruhé / Pierre Bet <sup>3</sup>

P: Debatleider

1. AMC Amsterdam
2. UMC Utrecht
3. VUMC Amsterdam

### **Inhoud (wat)**

Het voorschrijven van psychiatrische medicatie ligt aanhoudend onder vuur in de populaire en wetenschappelijke media. Kinderen met aandachtsproblemen zouden veel te snel stimulantia voorgeschreven krijgen, antidepressiva zouden niet beter werken dan placebo en aanzetten tot agressie, en antipsychotica zouden de hersenen doen krimpen. Ook het wetenschappelijke bewijs voor pillen in de psychiatrie ligt onder vuur, waarbij we steeds maar horen dat medicatietrials selectief gepubliceerd worden of zelfs frauduleus zijn. Hoe moeten wij als psychiater omgaan met deze kritiek? Noopt ze tot bescheidenheid over de mogelijkheden van ons vak, moeten we op zoek naar betere interventies of kan de kritiek prima weerlegd worden? En wat vertellen we de patiënt die deze onzekerheden als geen ander meekrijgt? In dit debat zullen aansprekende voor- en tegenstanders van de kritiek op pillen onderbouwd hun mening geven en met elkaar en de zaal in discussie treden. Aan bod zullen in ieder geval komen de stem van de psychiater, de wetenschapper, de farmacoloog en de patiënt.

### **Vorm (hoe)**

Debat.

### **Leerdoelen**

Je als psychiater een onderbouwde mening vormen over de mogelijkheden en beperkingen van psychiatrische medicatie, zodat je realistische voorlichting kan geven aan je patiënten, collega's en de media.

### **Literatuurverwijzing**

-

## **D24 Veerkrachtig opleiden: middels bekwaam verklaren (EPA's) naar individualiseren**

Drs. Nikander Rühl<sup>1</sup> / Drs. Emily Chatrou<sup>2</sup> / Drs. Beatrijs de Leede<sup>3,4</sup> / Geke Beugels<sup>5</sup> / Drs. Anne Oosterling<sup>5</sup>

P: Debatleider

1. GGZ inGeest
2. Mondriaan
3. project Realisatie Individualisering Opleidingsduur
4. LUMC
5. Karakter

### **Inhoud (wat)**

Welke aios geef ik als opleider korting? Hoe krijg ik als aios zicht op mijn bekwaamheden en leercurve? Kan ik als supervisor deze beroepsactiviteit toevertrouwen aan mijn aios? Hoewel de individualisering van de opleiding tot psychiater op papier al lang een feit is, blijkt het in de dagelijkse praktijk erg lastig om de verschillende CanMEDS-competenties zorgvuldig te beoordelen. Een geschikt hulpmiddel om competentiegericht op te leiden zijn de Entrustable Professional Activities (EPA's). Een EPA is een kenmerkende beroepsactiviteit die een supervisor toevertrouwt aan een aios (om met beperkte supervisie uit te voeren) zodra de aios de benodigde competenties heeft verworven. Het competentieprofiel van de psychiater wordt hiermee omgezet naar dagelijkse activiteiten op de werkvloer, die voor aios en supervisor makkelijk herkenbaar en beter toetsbaar zijn. Voorbeelden zijn: suicidaliteit beoordelen, een consult doen. Als supervisor maakt u reeds dagelijks, weliswaar grotendeels impliciet, een inschatting over het bekwaamheidsniveau van de aios. Middels EPA's wordt dit proces meer expliciet, uniform en daarmee inzichtelijk. Als aios geeft het zicht op je eigen leercurve, handvatten hoe je opleidingstraject te optimaliseren en geleidelijk tot meer zelfstandigheid in je werk te komen. Bij meer dan 20 medisch specialistische opleidingen in Nederland zijn de afgelopen jaren EPA's ontwikkeld of in ontwikkeling, en worden deze nu toegepast in de praktijk. In de zomer van 2015 hebben het Concilium en het NVvP-bestuur besloten om EPA's deel uit te laten maken van de nieuwe visie op de opleiding tot psychiater. Als werkgroep zijn wij gevraagd om EPA's te ontwikkelen voor de opleiding psychiatrie (algemene deel en later voor de aandachtsgebieden) en deze te gaan testen in de praktijk. Essentiële vragen hierbij zijn: 'Welke beroepsactiviteiten kenmerken ons vak als psychiater?' 'Welke bekwaamheden moet een aios minimaal verworven hebben gedurende het algemene deel van de opleiding?' 'Welke competenties heeft de psychiater van de toekomst nodig?' Hierover willen we tijdens het voorjaarscongres met u discussiëren, om gezamenlijk tot een set van kenmerkende beroepsactiviteiten te komen, op basis waarvan een tiental EPA's voor het algemene deel van onze opleiding psychiatrie kunnen worden ontwikkeld.

### **Vorm (hoe)**

Discussiegroep op initiatief van de landelijke werkgroep ontwikkeling EPA's. Na uitleg over het concept bekwaam verklaren/EPA's middels korte inleidingen door de panelleden wordt er input gevraagd van de zaal en met elkaar gediscussieerd over wat de meest kenmerkende beroepsactiviteiten zijn van ons vak, en wellicht ook over het nut van bekwaam verklaren in de opleiding.

### **Leerdoelen**

- Inzicht in het concept bekwaam verklaren / EPA's en hoe dit kan bijdrage aan de individualisering van de opleiding
- Inzicht in nieuwe ontwikkelingen m.b.t medische vervolgoopleidingen
- Zicht op hoe EPA's toegepast kunnen gaan worden in de opleiding tot psychiater
- Beargumenteren welke beroepsactiviteiten kenmerkend zijn voor ons vak

### **Literatuurverwijzing**

- Cate TJ, Knape JTA. Nog altijd te oud, te knap, te duur. Medisch contact. 2010;13:582-585.- Oosterling A. Entrustable Professional Activities - Competenties duidelijker in kaart brengen. De Psychiater. 2016; 22-06, 31-33.- Website SOM: [www.specialistenopleidingopmaat.nl](http://www.specialistenopleidingopmaat.nl). Filmmateriaal, tools en ervaringen van aios/supervisors/opleiders/onderwijskundigen met EPA's.

## **D25 In gesprek met het NVVP-Verenigingsbestuur**

Prof. dr. Damiaan Denys <sup>1,2</sup> / Prof. dr. Wiepke Cahn <sup>1,3</sup>

P: Debatleider

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
2. AMC
3. UMC Utrecht

### **Inhoud (wat)**

De ledenraad, het verenigingsbestuur en strategische commissies zijn aan diverse tafels de belangrijkste vertegenwoordigers van de vereniging. Wij spreken daar namens u. Maar zitten we wel aan de goede tafels? Brengen we de relevante punten in? En moeten we daar brullen of beschaafd doen? Om dat te achterhalen hielden we het afgelopen jaar vier ledenbijeenkomsten verspreid over het land. De input die hieruit naar voren kwam is zeer waardevol gebleken. Toch is het aantal leden dat we gesproken hebben beperkt. Daarom willen we hier tijdens het Voorjaarscongres gevolg aan geven.

### **Vorm (hoe)**

Tijdens deze bijeenkomst wordt een aantal stellingen geformuleerd die betrekking hebben op de vraag of we aan de goede tafels zitten en of we de goede punten naar voren brengen. Per stelling kan gestemd worden en vervolgens wordt over de stellingen gediscussieerd.

### **Leerdoelen**

Aan het eind van de discussiegroep zijn de deelnemers en de vertegenwoordigers beter in staat om te formuleren waar de accenten moeten liggen als we aan tafel zitten bij belangrijke partijen en welke keuzes gemaakt moeten worden.

### **Literatuurverwijzing**

Uitkomst ledenenquête 2016: <http://www.nvvp.net/ledennet/nieuws/2016/hoe-waarderen-leden-de-nvvp-resultaten-van-het-ledenonderzoek-bekend>

## **D26 Psychische gezondheid toevoegen aan algemene volksgezondheid**

PhD MD Machteld Marcelis<sup>1,2</sup> / PhD MD Roberto Bakker<sup>3,2</sup> / MD Delphine Ambe<sup>3,2</sup> / Prof. PhD MD Jim van Os<sup>2,4</sup>

P: Debatleider

1. GGz Eindhoven
2. Universiteit Maastricht
3. GGz Centraal
4. King's College London

### **Inhoud (wat)**

De belangrijkste functie van de volksgezondheid is zowel gezondheidsbevordering als ziektepreventie in de algemene bevolking. De Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) definieert volksgezondheid als "all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole". Huber et al introduceerden een nieuw concept voor gezondheid: "the ability to adapt and to self manage". Deze definities maken geen onderscheid tussen psychische en lichamelijke gezondheid. Toch is in de psychiatrie de bevordering van de algemene (psychische) volksgezondheid nogal onderbelicht: de psychiatrie richt zich vooral op de hoog-risico-aanpak (selectieve en geïndiceerde preventie) ten nadele van de populatie-aanpak (universele preventie). Bovendien zijn er nauwelijks campagnes die de algemene bevolking informeren hoe psychisch gezond te blijven, ondanks dat er al evidentie bestaat voor een aantal causale factoren. Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is de verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg verschoven naar de gemeenten (GGZ Nederland 2009) en is er sindsdien geen duidelijk nationaal beleid psychische volksgezondheid, wat een groot probleem is aangezien driekwart van de zorg binnen de GGz uit algemeen voorkomende psychische ziekten bestaat. Een gemiste kans dus. Dit zorgt voor een onevenwichtigheid in de bevordering van algemene volksgezondheid. De psychiatrie zou dit tij kunnen keren door meer onderzoek te doen naar universele preventie en door de algemene bevolking meer te betrekken bij psychische volksgezondheid.

### **Vorm (hoe)**

Wij geven een presentatie over psychische volksgezondheid – de stand van zaken – en schetsen hoe wij denken dat psychische volksgezondheid de komende jaren eruit zou moeten zien. Aan de hand van een aantal stellingen zullen wij een debat voeren samen met u als publiek. U heeft hierin dus een belangrijke stem.

### **Leerdoelen**

Het debat zet ons en u aan het denken wat de meerwaarde is van psychische volksgezondheid. Het debat maakt ons en u meer bewust omtrent de rol van de psychiatrie in het bevorderen van de psychische volksgezondheid en het betrekken van de algemene bevolking hierin. U maakt kennis met verschillende vormen van volksgezondheid, waaronder de psychische volksgezondheid.

### **Literatuurverwijzing**

Machteld Huber et al (2011): How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

## **D27 Dwang in de thuissituatie: een goede zaak!?**

Dr. Yolande Voskes <sup>p1</sup> / Drs. Laura van Melle <sup>1</sup> / Prof.dr. Niels Mulder <sup>2,3</sup>

P: Debatleider

1. VU MC, afdeling Meta Medica
2. Parnassia Groep
3. Epidemiological and Social Psychiatric Research institutue (ESPRi), Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC

### **Inhoud (wat)**

Binnen het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is ambulante dwang als mogelijkheid opgenomen. Dit verruimt de behandelmogelijkheden voor psychiaters in de ambulante setting. Met deze verruiming van de mogelijkheden worden nieuwe praktische en ethische dilemma's opgeworpen voor behandelaren. Ook komen vragen naar boven over hoe ambulante dwang in de praktijk (b.v. in de thuissituatie) goed, veilig en op ethische wijze toegepast kan worden. Op verzoek van de NVvP, in opdracht van het ministerie van VWS, heeft het VUmc onderzoek verricht naar standpunten in het veld (psychiaters, verpleegkundigen, cliënten en hun naasten) om zo een door het veld gedragen set kwaliteitscriteria voor toepassing van ambulante dwang te ontwikkelen, met oog voor ethische vraagstukken.

### **Vorm (hoe)**

Korte presentatie van de definitieve onderzoeksresultaten gevolgd door een interactieve discussie met het publiek aan de hand van stellingen.

### **Leerdoelen**

Het met elkaar van gedachten wisselen over de toepassingsmogelijkheden en beperkingen bij het toepassen van ambulante dwang, over de ethiek achter dwangbehandeling, en zo meer bewustwording bij behandelend psychiaters te creëren van de overwegingen en argumenten die hier (impliciet) aan ten grondslag liggen.

### **Literatuurverwijzing**

Er is nog geen geschikte literatuur voorhanden over dit onderwerp.