

D1 De nieuwe NvVP-Richtlijn: implementatie van Farmacogenetica en Therapeutic Drug Monitoring (TDM) in de Psychiatrie

dr. Rozemarijn van Westrhenen ^{p1} / professor dr. Ron van Schaik ^{p2} / professor dr. Teun van Gelder ^{p3} / drs. Marga van Weelden ^{p4} / professor dr. Witte Hoogendijk ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. ErasmusMC
2. Hoogleraar Farmacogenetica, Afdeling Klinische Chemie, ErasmusMC
3. Hoogleraar Klinische Farmacologie, Apotheek ErasmusMC
4. Apotheek Ermel, Ermelo
5. Hoogleraar en Afdelingshoofd Psychiatrie, ErasmusMC, Rotterdam

Inhoud (wat)

De meerderheid van geneesmiddelen wordt afgebroken door cytochroom P450 (CYP) enzymen. Voor psychotrope geneesmiddelen zijn de 5 belangrijkste subenzymen: CYP3A4 (betrokken bij afbraak van ca. 40-50% van alle geneesmiddelen), CYP2D6 (25 à 30%), CYP2C9 (5 à 10%), CYP2C19 (5-10%), en CYP1A2 (ca. 5%). Er is sprake van interindividuele variatie in CYP-activiteit en daarom aanzienlijk verschil in werkzaamheid van medicatie en ook een verschil in risico op bijwerkingen. Geneesmiddelen hebben bijwerkingen, en meestal wordt via een trial-and-error-benadering gezocht naar een geneesmiddel in een dosering, die de individuele patiënt het beste verdraagt. Genetische polymorfismen spelen een rol in de farmacodynamiek en -kinetiek van geneesmiddelen die van invloed kunnen zijn in de werkzaamheid en bijwerkingen. Er werd op grond van de huidige beschikbare wetenschappelijke literatuur een landelijke richtlijn ontwikkeld in opdracht van de NvVP, waarin naast farmacogenetica ook TDM werd meegenomen. In deze discussiegroep zal de conceptrichtlijn gepresenteerd worden waar het publiek de gelegenheid krijgt om met de panelleden te discussiëren en suggesties te doen op de voorgestelde plannen van aanpak.

Vorm (hoe)

1. Setting de scene: Algemene introductie,
2. Presentatie concept Richtlijn, met feedback vanuit het publiek en ruimte voor discussie en vragen,
3. Implicaties voor de praktijk,
4. Bespreken Stellingen:
 1. De richtlijn geeft genoeg handreiking om als behandelaar te weten bij welke patiënten en wanneer farmacogenotypering aan te vragen
 2. Spiegelbepaling van geneesmiddelen is voldoende om op individueel patiënten niveau farmacotherapie te kunnen toepassen.

Leerdoelen

1. Bekendheid met de status quo van farmacogenetica en psychotropica in het algemeen, in Nederland en internationaal,
2. Kennis voor de mogelijkheden van het toepassen van farmacogenetica in de klinisch psychiatrische praktijk.

Literatuurverwijzing

1. Bousman CA, Forbes M, Jayaram M, Eyre A, Reynolds CF, Berk M, Hopwood M, Ng C. Antidepressants prescribing in the precision medicine era: a prescriber's primer on pharmacogenomics tools. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):602. Siest G, Auffray C, Taniguchi N, Ingelman-Sundberg M, Murray H, Visvikis-Siest S, Ansari M, Marc J, Jacobs P, Meyer U, Van Schaik RH, Müller MM, Wevers RA, Simmaco M, Kussmann M, Manolopoulos VG, Alizadeh BZ, Beastall G, Németh G. Systems medicine, personalized health and therapy. *Pharmacogenomics*. 2015;16(14):1527-39

D2 Dwangtoepassing in de ambulante behandeling, evidence versus ervaring

Prof. Dr. Niels Mulder ^{p1,2} / Dr. Yolande Voskes ^{p3,4} / Dr. Frank van der Heijden ^{p5} / Drs Dieuwertje de Waardt-Morsink ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassiagroep
2. Erasmus MC afd. Psychiatrie
3. VUmc, afdeling Metamedica
4. GGZ Breburg
5. Vincent van Gogh

Inhoud (wat)

Met de komst van de wet Verplichte GGZ bestaat straks ook in Nederland de mogelijkheid om dwang toe te passen in de ambulante behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis. In veel Westerse landen, zoals de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Australië, wordt al gewerkt met deze vorm van behandeling. Het doel van het invoeren van deze vorm van dwangtoepassing is veelal om (her)opnames te voorkomen. Er zijn drie grote RCT's gedaan naar de werkzaamheid van ambulante dwangtoepassing (Steadman e.a. 2001, Swartz e.a. 1999, Burns e.a. 2013). Uit deze drie onderzoeken kan worden geconcludeerd dat ambulante dwangtoepassing niet leidt tot een significante verandering in het gebruik van zorg, sociaal functioneren, tevredenheid met zorg, psychische gezondheid of de kwaliteit van leven in vergelijking met vrijwillige zorg. Toch is ambulante dwangtoepassing in een groot aantal landen geïntroduceerd en behandelaren lijken over het algemeen wel vertrouwen te hebben in deze maatregel (Romans e.a. 2004, Manning e.a. 2011). Dit blijkt ook uit de resultaten van ons recente onderzoek onder Nederlandse behandelaren. Wat veroorzaakt nu de discrepantie tussen de klinische ervaring van behandelaren en de resultaten van de RCT's? En wat is dan de waarde van de uitkomsten van die RCT's? Zouden we niet moeten kijken naar de uitkomst op individueel niveau?

Vorm (hoe)

Een discussiegroep, waarbij er eerst een overzicht zal worden gegeven van de uitkomsten van de RCT's en van een aantal onderzoeken naar de visie van behandelaren. Hierbij zullen ook de resultaten worden gepresenteerd van recent onderzoek onder Nederlandse behandelaren naar hun visie op ambulante dwang. Daarna zal er een discussie plaatsvinden waarbij er aan de hand van een aantal stellingen ook de interactie zal worden gezocht met het publiek. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van Mentimeter.

Leerdoelen

- Uiteenzetten van de discrepantie tussen de evidence die er is voor de werkzaamheid van ambulante dwangtoepassing en de verwachting die behandelaren hebben.
- Gezamenlijk stilstaan bij de waarde van de uitkomsten van RCT's in verhouding tot de klinische ervaring van behandelaren.
- De discussie aangaan over de waarde van de n=1 studie. Waarbij we ons de vraag stellen: als een interventie niet werkzaam is voor een grote groep, maar wel voor bepaalde individuen, moeten we die interventie dan toch uitvoeren?

Literatuurverwijzing

• Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M e a. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet* 2013; 381: 1627-33. • Manning C, Molodynski A, Rugkasa J, Dawson J, Burns T. Community treatment orders in England and Wales: national survey of clinicians' views and use. *The Psychiatrist* 2011; 35: 328-333. • Romans S, Dawson J, Mullen R, Gibbs A. How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 836-841. • Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, e. a. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 330-6. • Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1968-75.

D3 Bouwstenen personen met verward gedrag: wat is een goed antwoord op bouwsteen 5: de voorziening voor beoordeling en risicotaxatie?

MD Elnathan Prinsen ^{p1} / MD Maykel Michiels ^{p2} / MD Emile Barkhof ^{p2} / MD Koos Westendorp ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Dimence
2. Rivierduinen

Inhoud (wat)

Op 01-10-2018 zullen in elke veiligheidsregio en alle gemeenten de bouwstenen voor de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag geïmplementeerd moeten zijn. Overall wordt tussen lokale overheden, politie en GGZ meer of minder intensief samengewerkt om dit te realiseren. Het tussenrapport van het schakelteam personen met verward gedrag is echter niet onverdeeld optimistisch. Er is nog weinig integratie en samenhang tussen alle initiatieven en op het gebied van preventie is nog erg veel te doen. Ook wordt veelal het commitment van bestuurders gemist. Mede door de ervaringen van de SPOR in Amsterdam en de OVP in Den Haag is in GGZ Rivierduinen per 15-06-2017 de Psychiatrische Eerste Hulp (PEH) van start gegaan. Dit is een opvang- en triageruimte in de directe nabijheid van een GGZ-afdeling, waar personen met verward gedrag en verdenking op een psychiatrische stoornis kunnen worden gebracht door de politie. In Dimence is gekozen voor het model van streettriage, waarbij hulpverleners op vragen van politie personen met verward gedrag beoordelen binnen de context van de persoon zelf. De ervaringen van streettriage en PEH worden gepresenteerd en gebruikt om te debatteren over 3 fundamentele vragen: 1. Wat is nu het goede antwoord is op deze prangende maatschappelijke vraag om beoordeling en risicotriage? 2. Wat zijn de (medisch) inhoudelijke voorwaarden om binnen het huidige stelsel personen met verward gedrag te onderzoeken en naar de juiste zorg toe te leiden, en in welke fase van het proces is de GGZ aan zet? 3. Wie draagt nu eigenlijk de verantwoordelijkheid voor zo'n opvangs- en beoordelingslocatie, alsmede het vervoer naar- en van deze locatie, en wie behoort dit te financieren? Wat is nu precies de positie van de GGZ in dit speelveld?

Vorm (hoe)

De discussie zal gevoerd worden in de zaal. Het panel, dat uit experts van beide organisaties bestaat zal de discussie voeden. Er zullen drie inleidingen worden gehouden die uitmonden in een debat over de drie vragen.

Leerdoelen

Na de discussiegroep zullen de deelnemers een breed overzicht hebben van de stand van zaken rond implementatie van bouwsteen 5 (beoordeling en risicotaxatie) van het plan van aanpak van het aanjaagteam personen met verward gedrag, en zullen ze voorbeelden van opvanglocaties hebben kunnen toetsen aan hun eigen initiatieven. Er zal meer zicht zijn op de verschillende argumenten ten aanzien van de positie van de GGZ in dit speelveld

Literatuurverwijzing

C.L. Mulder, J. van Weeghel, A. Wierdsma, J. Zoeteman, A. Schene
Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood, 537 - 545
Tussenrapportage Schakelteam: Niemand tussen Wal en Schip Oktober 2017

D4 Psychische gezondheid toevoegen aan publieke volksgezondheid: de weg er naar toe

MD PhD Roberto Doornebal-Bakker ^{p1,2} / MD PhD Machteld Marcelis ^{p3,2} / MD Delphine Ambe ^{p1} / MD PhD Jim van Os ^{p4,5}

P: Debatleider / panelleden

1. GGz Centraal
2. Universiteit Maastricht
3. GGz Eindhoven
4. Universitair Medisch Centrum Utrecht
5. King's College London

Inhoud (wat)

De belangrijkste peilers van de volksgezondheid zijn gezondheidsbevordering en 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 (Huber 2011) introduceerden een nieuw concept voor gezondheid: "the ability to adapt and to self manage". Deze definities maken geen onderscheid tussen psychische en lichamelijke gezondheid. In de discussiegroep tijdens het afgelopen voorjaarscongres waren de discussianten het eens dat in de psychiatrie de bevordering van de publieke (psychische) volksgezondheid nogal onderbelicht is: de psychiatrie richt zich vooral op de hoog-risico-aanpak (selectieve en geïndiceerde preventie) en beduidend minder op de populatie-aanpak (universele preventie). Gezien de maatschappelijke impact van een geslaagde populatie-aanpak, is het tijd om de pijlen te richten op publieke psychische volksgezondheid.

Vorm (hoe)

Wij geven een presentatie over psychische volksgezondheid – de huidige stand van zaken vertrekkend vanuit een terugblik op de uitkomsten van de discussiegroep tijdens het afgelopen voorjaarscongres. Wij bediscussiëren de mogelijkheden om de psychische volksgezondheid de komende jaren te verbeteren. Aan de hand van een aantal stellingen zullen wij het debat voeren met u.

Leerdoelen

- U maakt kennis met aspecten van de publieke psychische volksgezondheid en hoe deze te bevorderen.
- Het debat maakt u meer bewust omtrent de rol van de psychiatrie in het verbeteren van de psychische volksgezondheid.
- De discussiegroep geeft inzicht in concrete mogelijkheden voor universele preventie en gezondheidsbevordering.

Stellingen: Psychische volksgezondheid wordt bevorderd door:

- universele, geïndiceerde en geselecteerde preventie
- landelijk campagnes
- voorlichting tijdens elk behandelcontact
- het een vast onderdeel te laten zijn in het curriculum van de opleiding psychiatrie
- meer onderzoek in de algemene populatie

Literatuurverwijzing

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

D5 Intelligentie (verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid): startpunt of sluitstuk van psychiatrische diagnostiek en behandeling

dr. Erik Mulder ^{p1} / dr. Jannelien Wieland ^{p2,3} / drs. Jeanet Nieuwenhuis ^{p4} / drs. Karlijn Vermeulen ^{p5,6,7,8} / dr. Mascha ten Doesschate ^{p9}

P: Debatleider / panelleden

1. Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGz Drenthe
2. Cordaan
3. Poli+
4. GGNet
5. Karakter
6. Radboud UMC
7. Dondersinstituut
8. CCE
9. Verslavingszorg Noord Nederland

Inhoud (wat)

Sinds enige tijd is er meer aandacht binnen de psychiatrie (Nieuwenhuis ea 2017, Heemskerk 2017) en in de publieke opinie (Volkskrant, dd 19 augustus 2017) voor verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid bij mensen die in aanraking komen met de geestelijke gezondheidszorg. De publicatie van collega Nieuwenhuis met betrekking tot het voorkomen van een ontwikkelingsachterstand bij mensen die worden opgenomen binnen High Intensive Care units heeft geleid tot hernieuwde en verdiende aandacht voor de kwaliteit van de zorg binnen de GGz aan mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. In deze discussie is aandacht voor het herkennen van een verstandelijke beperking én vooral ook het aanpassen van bejegening en behandeling aan het begripsvermogen van mensen die in de GGz belanden. Hierin bleek een verschil in benadering van dit probleem in de klinische praktijk. Namelijk: is intelligentie en de inschatting / meting van het niveau een sluitstuk van diagnostiek? Dus wanneer men het psychiatrisch ziektebeeld niet rond krijgt. Of is de inschatting van intelligentie en evt. screening op een beperking juist het startpunt van psychiatrische diagnostiek? En dat pas diagnostiek, bejegening en behandeling van de patiënt met in acht neming van het cognitief niveau kan worden vormgegeven. De leden van het panel bepleiten, vanuit hun eigen ervaring, vooral het laatste standpunt. Met nadruk worden collega's uitgenodigd die intelligentieonderzoek meer zien als het sluitstuk van psychiatrische diagnostiek om deel te nemen aan de discussiegroep.

Vorm (hoe)

Inleiding door panelleden en vervolgens discussie met de zaal, met nadruk worden collega's uitgenodigd die intelligentie-onderzoek meer zien als het sluitstuk van psychiatrische diagnostiek om deel te nemen aan de discussiegroep.

Leerdoelen

- Bewustzijn creëren mbt belang van meenemen van intelligentieniveau bij diagnostiek en behandeling in de psychiatrie;
- Bewustzijn vergroten mbt belang van aansluiten bij en hebben van tools en skills in het praten met alle soort mensen;
- Benaderen van consensus over wanneer het werken met lage intelligentieniveaus behoort tot de normale dagelijkse zorg en competentie van de psychiater en wanneer een specialistische centrum dient te worden betrokken.

Literatuurverwijzing

Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLoS One. 2017 Feb 2;12(2):e0168847Heemskerk R. Zwakbegaafde patiënten moeten terechtkunnen in de reguliere ggz. De Psychiater. 2017, 24, 6, 12-14Timmermans M. Waarom behandelaren een laag IQ vaak over het hoofd zien. Volkskrant, 19 augustus 2017

D6 Translatieproblemen in de autismehulpverlening: beter af zonder de GGZ?

dr. Bram Sizoo ^{P1} / dr. Derek Strijbos ^{P1} / dr. Patricia van Wijngaarden ^P / ervaringsdeskundige, nog te benaderen ntb ntb / SPV/autismecoach Ben van de Barg ^P

P: Debatleider / panelleden

1. Dimence

Inhoud (wat)

Veel volwassenen met een autismespectrumstoornis die intensieve begeleiding nodig hebben, lopen vast in de GGZ (Sizoo et al. 2013). De richtlijn voor hulpverlening aan volwassenen met ASS (Kan et al.) zorgt voor verbetering, maar de wijze waarop de hulpverlening in de GGZ is georganiseerd sluit vaak niet goed aan op de specifieke problemen waar deze mensen mee kampen op veel terreinen in hun dagelijks leven (Gezondheidsraad, 2009). Het gevolg is een vaak jarenlange, iatrogene en soms traumatiserende tocht door de GGZ waarbij keer op keer de vertaalslag van hulpverlening naar het leven thuis onvoldoende gestalte krijgt – deels door gebrek aan kennis over de uitdagingen die dit behelst voor mensen met een autismespectrumstoornis, deels door het gebrek aan mogelijkheden om passende ondersteuning te bieden bij deze vertaalslag. Welke kennis en vaardigheden worden gemist in de GGZ door ervaringsdeskundigen? Is de GGZ überhaupt wel de juiste plek voor mensen met ASS? Is coaching niet veel beter dan hulpverlening van de GGZ? Hoe kunnen we de hulpverlening anders organiseren om tegemoet te komen aan de behoeften van deze doelgroep?

Vorm (hoe)

Panelleden introduceren verschillende problemen en uitdagingen in de huidige autismehulpverlening vanuit verschillende posities. Hierbij komen ook nadrukkelijk het perspectief van ervaringsdeskundige(n) en naastbetrokkenen aan bod. Dit dient als input voor een scherp debat over tekortkomingen en kansen t.a.v. de organisatie en inhoud van autismehulpverlening in Nederland.

Leerdoelen

- Inzicht krijgen in de problemen waar mensen met autisme tegen aan lopen in de vertaalslag van hulpverlening naar de thuissituatie
- Verkennen van mogelijkheden voor verbetering van de organisatie van zorg en begeleiding, zoals e-health, transmurale coaching, samenwerking tussen coaching en GGZ.

Literatuurverwijzing

GEZONDHEIDSRAAD 2009. Autismespectrumstoornissen: Een leven lang anders. Den Haag. KAN, C. C., GEURTS, H., BOSCH, K. V. D., FORCEVILLE, E. J. M., MANEN, J. V., SCHUURMAN, C. H., SIZOO, B., STEKELENBURG, F., VELDBOOM, E., VERBEECK, W. J. C., VRIJMOED, D. & DUIN, D. V. 2013. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, Utrecht, De Tijdstroom. Sizoo, B., Eijgelaar, J., Reijden, M. Van der, Voorst, G., Klinische Behandelingen, in: Behandelingen van volwassenen met een autismespectrum stoornis, Schuurman, Blijd-Hoogewys, en Gevers (red), Hogrefe, 2013.

D7 Intensieve (crisis)zorg op het grensvlak van jeugd-GGz en JeugdzorgPlus

dr. Pierre Herpers ^{p1} / Drs. Jean Paul de Rijk ^{p2} / Prof. dr. Arne Popma ^{p3,4} / Ir. Marion Smit ^{p5} / Dr. Heddeke Snoek ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Karakter
2. O.G. Heldringstichting
3. VUmc
4. Universiteit Leiden
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud (wat)

Deze discussiegroep richt zich op hoe de jeugd-GGz met Jeugdzorg-organisaties de afstemming kan zoeken en vinden betreffende een kleine groep van adolescenten die ernstig zelfdestructief en onbehandelbaar gedrag vertoont. Deze jongeren vertonen vaak emotie-regulatieproblemen, waarbij in de praktijk veel zelfbepalend gedrag wordt gezien om vermijdingsgedrag te kunnen continueren. Deze groep jongeren lijkt niet alleen ouders machteloos te maken. Jeugd-GGz ziet zich machteloos vanwege de gedragsproblemen, terwijl jeugdhulpverlening en –zorg zich onvoldoende uitgerust ziet om passende medisch-psychiatrische zorg te bieden. Dat maakt het van belang om binnen deze groep (1) nog meer afstemming en samenwerking te vinden tussen psychiatrische en jeugdzorg-organisaties, (2) meer gericht onderzoek te doen naar de fenomenologie en behandel mogelijkheden, (3) ook op de verschillende beleidsniveaus de complexiteit van deze problematiek goed onder de aandacht te krijgen.

Vorm (hoe)

Vier panelleden zullen in een korte presentatie (5-10 min. per spreker) het onderwerp vanuit een verschillend perspectief belichten:

- 1) de jeugd-GGz,
- 2) JeugdzorgPlus,
- 3) wetenschappelijk onderzoek en
- 4) overheid.

Na afloop kan gediscussieerd worden aan de hand van dilemma's die gezien worden bij diagnostiek en behandeling van deze doelgroep, m.n. gericht op het overbruggen van de dilemma's die gezien worden in de intersectorale samenwerking.

Leerdoelen

Deelnemers hebben meer zicht op de aard en de ernst van de problematiek. Deelnemers hebben meer zicht op de mogelijkheden om intersectoraal samen te werken.

Literatuurverwijzing

- Ministerie van VWS. Kamerbrief over passende hulp voor jongeren met complexe psychische problemen.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Integrale Specialistische Jeugdhulp: Een gemeenschappelijk kader met leidende principes.
- <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Integrale-jeugdhulp/Algemeen-37>.

D8 Interview van de medisch leider (in uzelf)

drs Audrey van Schaik ^{p1,2} / drs Afra van der Markt ^{p3} / drs Alexej Kuiper ^{p4} / drs Marc van Heteren ^{p5}

P: Debatleider / panelleden

1. SHDH
2. NVvP, beroepsbelangencommissie
3. GGZ inGeest
4. Arkin
5. GGZinGeest/VUmc

Inhoud (wat)

Het huidige werkveld vraagt van elke psychiater de transitie van behandelaar naar een medisch expert met steeds meer leiderschapskwaliteiten. De psychiater van de toekomst zou een duidelijke visie moeten hebben en uitdragen. Binnen teams wordt er van de psychiater verwacht dat ze als regiebehandelaar een leidinggevende rol op zich nemen. Ook op bestuurlijke niveaus is het nodig dat de psychiatrie betrokken is bij besluiten die in de zorg worden genomen. Maar kan iedereen deze rol wel op zich nemen? Sommige psychiaters lijken geboren leiders, maar is dat wel echt zo of hebben ze hard moeten werken om te worden wie ze nu zijn? Wat hebben ze ontwikkeld? Om deze vragen te beantwoorden hebben AIO's video-interviews afgenomen bij, in hun ogen, medisch leiders. Deze medisch leiders houden zichzelf een spiegel voor in het interview. De deelnemers gaan vervolgens met elkaar in gesprek over de leiderschapskwaliteiten die zij tegenkomen in de interviews en bij zichzelf.

Vorm (hoe)

Door middel van fragmenten uit de interviews die AIO's hebben afgenomen bij medisch leiders willen we met het publiek in discussie gaan over de vraag wat medisch leiderschap is en wat het vraagt van psychiaters in hun (persoonlijke) ontwikkeling. Drie AIO's die voor het psychiatrieonderwijs de module beleid en management volgen en een interview afnamen zijn betrokken bij de discussiegroep.

Leerdoelen

Deelnemers kunnen zich verder oriënteren op benodigde competenties voor een medisch leider en waar zij zelf staan op dit domein. Mn is de discussie geschikt voor AIO's en beginnende psychiaters

Literatuurverwijzing

◦Medical leadership in changing times. Bhugra, D, 2011. Asian Journal of Psychiatry◦Artsen met verstand van zaken. M. Levi. De Tijdstroom, 2016

D9 Omgaan met adolescenten met ASS in crisis: buigen of barsten?

drs. Liesbeth Hoekstra ^{p1} / dr. Els van den Ban ^{p1} / dr. Pierre Herpers ^{p1,1} / dr. Lianne Stone ^{p1} / drs. Eline Geerlings ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Karakter

Inhoud (wat)

Uit de multidisciplinaire richtlijn ASS voor jongeren blijkt dat voor geen enkele gedragsmatige behandeling evidentie bestaat (Schothorst et al., 2009), laat staan dat er evidentie is voor de werkzaamheid van behandelingen gericht op het gezin, zoals systeemtherapie (Spain et al., 2017). Dit gegeven belet jongeren met ASS evengoed niet om gedragsmatig in de knel te komen. Dit gebeurt met name in de adolescentie wanneer hun autonomiebehoefte toeneemt en zij de rol die ouders vanaf hun vroege kindertijd hebben aangenomen niet langer accepteren. Ouders zijn vaak in een patroon van volgen en toegeven geraakt om agressie en conflicten te voorkomen waardoor het gedrag steeds bepalender is geworden en ouders en kind dit niet meer doorbroken krijgen. In de praktijk moeten we deze jongeren en hun ouders natuurlijk helpen, maar wat is wijsheid wanneer de wetenschappelijke stand van zaken hierin geen richting geeft? Dit probleem speelt des te meer een rol wanneer er thuis crisissituaties ontstaan en de dagstructuur en –invulling verstoord zijn geraakt. In deze discussiegroep wordt de vraag gesteld wat een passende aanpak kan zijn voor deze jongeren en hun gezin aan de hand van de netwerktheorie (e.g., Borsboom, 2017) en hoe gepersonaliseerde opname vervangende behandeling (zoals bijv. Intensive Home Treatment waarbij de focus ligt op de systemische factoren en hoe deze het gedrag van de jongeren kunnen versterken en verzwakken) een rol kan spelen.

Vorm (hoe)

Panelleden zijn kinder- en jeugdpsychiaters en GZ-psychologen. Zij hebben (daarnaast/ook) een verschillende (neuro)wetenschappelijke, orthopedagogische en psychologische achtergrond. Vanuit diverse invalshoeken zullen stellingen belicht worden. In interactie met het publiek zal geprobeerd worden om meningen voor zich te winnen en er zal getracht worden een gezamenlijke eindconclusie te formuleren.

Leerdoelen

- Deelnemers hebben meer zicht op de dynamiek die veelal ontstaat tussen jongere met ASS en ouders, en welke factoren deze dynamiek in stand houden
- Deelnemers hebben handvatten hoe om te gaan met emotie-regulatieproblematiek tijdens de adolescentie bij jongere met ASS en hun ouders
- Deelnemers hebben inzicht in de rol van pedagogische begrenzing en de vernieuwende aanpak die Intensive Home Treatment daarin hanteert

Literatuurverwijzing

- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World psychiatry*, 16(1), 5-13.
- Schothorst, P. F., van Engeland, H. van der Gaag, R. J., Minderaa, R. B., Stockmann, A. P. A. M., Westermann, G. M. A., & Floor-Siebelink, H. A. (2009). Richtlijn diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen. NVVP, Utrecht.
- Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., Prunty, J. E., Chalder, T., ... & Happé, F. G. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. *The Cochrane Library*.

D10 Hoe kunnen we de ernstige gevolgen van een psychiatrische stoornis voorkomen?

drs. Kees Lemke ^{p¹} / prof.dr. Jaap van Weeghel ^{p^{2,3,4}} / prof.dr. Niels Mulder ^{p^{5,6}} / Olena Trompert ^{p⁷}

P: Debatleider / panelleden

1. GGNet
2. Kenniscentrum Phrenos
3. Parnassia Groep
4. Tilburg University
5. Parnassia Groep, Bavo Europoort
6. Erasmus Medisch Centrum
7. GGZ InGeest

Inhoud (wat)

Veel ggz-patiënten herstellen mede dankzij de geboden behandeling goed van hun stoornis, krijgen geen ernstige terugval en kunnen hun leven naar wens hervatten. Helaas verloopt het niet altijd zo voorspoedig. Niet iedereen herstelt duurzaam van zijn symptomen, en nog minder patiënten bereiken volledig maatschappelijk herstel. Zo behoren vele jonge ggz-patiënten volgens Britse onderzoekers tot de zogeheten NEET-jongeren: Not in Education, Employment, or Training (Hodgekins e.a., 2015). Veel is al bekend over factoren die met een slechte prognose samenhangen, zoals slecht premorbide functioneren, vroeg begin van de stoornis, geen steunend netwerk en veel negatieve symptomen. Moeten we de marginalisering van deze patiënten als een gegeven accepteren? Of kunnen we eraan bijdragen dat de ernstige, blijvende gevolgen die een psychiatrische stoornis nu vaak heeft in het leven van patiënten - denk aan publiek- en zelfstigma, somatische ziekten, functionele beperkingen, werkloosheid, demoralisatie en sociaal isolement - tot een minimum beperkt blijven? Preventie van ernstige psychiatrische aandoeningen is één van de twee strategieën die volgens het landelijk plan van aanpak Over de brug (projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) moeten worden ingezet om een derde minder ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in Nederland te realiseren. Echter, in dat plan heeft de andere strategie - het bieden van de best mogelijke behandeling aan mensen die al tot de EPA-groep behoren – veruit de meeste aandacht en uitwerking gekregen. Het wordt tijd om nu ook het voorkómen van EPA serieus ter hand te nemen. We richten ons dan op personen die al bij de GGz bekend en in behandeling zijn. Het gaat om tertiaire- of zorggerelateerde preventie: ‘voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte’. We doelen hierbij op preventieve activiteiten die in principe binnen het bereik van de GGz(-professionals) liggen. Daarnaast is een ander aspect van preventie van belang, namelijk het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen die ontstaan ten gevolge van een chronische ziekte. Kenniscentrum Phrenos heeft a.d.h.v. interviews met experts en een review van onderzoeksliteratuur kennis verzameld over: 1) risicofactoren en -groepen voor gestagneerde herstelprocessen; 2) effectief gebleken interventies en good practices die gericht zijn op het voorkómen van (de nadelige gevolgen van) EPA. We zullen de belangrijkste bevindingen van deze studie presenteren. Verder is sinds 2016 het actieplatform Herstel voor iedereen! gestart, waaraan 16 ggz-instellingen deelnemen. Zij hebben aan elkaar en aan een panel van ervaringsdeskundigen en vakspecialisten hun actieplannen gepresenteerd. We besteden aandacht aan de plannen die betrekking hebben op de preventie van EPA.

Vorm (hoe)

Debat waar de auteurs aan de hand van enige voorzetten de deelnemers uitnodigen om, mede op geleide van eigen praktijkervaringen, mee te denken over effectieve en uitvoerbare programma's om de negatieve gevolgen van een ernstige psychiatrische stoornis tegen te gaan. Deze programma's worden vanuit wetenschappelijk-, klinisch- en ervaringsdeskundig perspectief tegen het licht gehouden en bediscussieerd.

Leerdoelen

Deelnemers delen de kennis over effectieve interventies en programma's m.b.t. de secundaire preventie bij ernstige psychische aandoeningen. De uitkomsten van het debat worden daarna voorgelegd aan de voorhoede van actief aan herstel werkende ggz-instellingen in Nederland.

Literatuurverwijzing

Hodgekins, J. e.a. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: a latent class growth analysis. *British Journal of Psychiatry* 207, 536-543. Projectgroep Plan van aanpak EPA (2014). *Over de brug: plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning van ernstig psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

D11 Zien roken doet roken, de hoogste tijd voor een rookvrije GGZ?!

MD Jentien Vermeulen ^{p1} / MD Hiske Becker ^{p1} / MD Marieke Helmus ^{p2} / MD Robert van de Graaf ^{p3} / Professor, MD Wiepke Cahn ^p

P: Debatleider / panelleden

1. AMC
2. Jellinek
3. Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

Inhoud (wat)

In Australië en Engeland zijn grote successen geboekt na de invoering van een rookvrije zorg in psychiatrische ziekenhuizen. Patiënten en medewerkers roken minder, voor stoppers is het risico op hart- en vaatziekten met 50% afgenomen, angst- en somberheidsklachten verminderen en er komt minder agressie tijdens opname voor(1-3). In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zijn we nog lang niet zo ver. Ondanks het feit dat er in Nederland zo'n 20.000 tabak-gerelateerde sterfgevallen zijn per jaar (Trimbos, 2015), wordt een rookverslaving in de GGZ meestal niet gediagnosticeerd, laat staan behandeld. Sterker nog, tijdens een acute opname heerst vaak het motto: 'Dat moet je hen nu niet ook nog afnemen'. Dit terwijl psychiatrische patiënten tot 25 jaar korter leven door tabaksmisbruik(4) Voor bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie geldt COPD als belangrijkste doodsoorzaak(5). Naast veel patiënten, rookt een fors aantal van de medewerkers in de GGZ. Ongeveer 70% van de patiënten met schizofrenie(6) rookt, terwijl veel van hen graag willen stoppen(7). Is het de hoogste tijd voor een rookvrije GGZ?

Vorm (hoe)

Discussiegroep. Binnen de discussie zullen de voor- en tegenstanders elkaar uitdagen om te beargumenteren waarom het (on)mogelijk is om de gehele GGZ rookvrij te krijgen. Onder de panelleden bevindt zich een aantal deskundigen die hun organisatie rookvrij hebben gekregen, een aantal bij wie dat (nog) niet gelukt is. Het is de bedoeling om tot een gezamenlijk standpunt te komen.

Leerdoelen

- Opdoen van kennis over de gevolgen van roken voor somatische aandoeningen en psychofarmaca gebruik voor psychiatrische patiënten.
- Inzicht krijgen in de te nemen verantwoordelijkheid van de GGZ hierin.
- Opdoen van kennis over de 8 stappen van het Engelse implementatiemodel van een rookvrije organisatie .
- Opdoen van kennis over succesfactoren en barrières uit Engeland, Australië en de pioniers in Nederland.
- Opdoen van kennis over Nederlandse wet- en regelgeving omtrent roken op het werk.

Literatuurverwijzing

1. Metse AP, Wiggers J, Wye P, Wolfenden L, Freund M, Clancy R, et al. Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2017;51(4):366-81.
2. Robson D, Spaducci G, McNeill A, Stewart D, Craig TJK, Yates M, et al. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017.
3. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj-Brit Med J*. 2014;348.
4. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009;374.
5. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015:1-10.
6. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(3):248-54.
7. Tidey JW, Rohsenow DJ. Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric controls. *Schizophrenia research*. 2009;115(2-3):310-6.

D12 WMO-plichtig onderzoek in de periferie: kan dat eigenlijk wel? Lessen uit de Inspectie WMO-plichtig onderzoek in de GGZ

Ellen Willemsen ^{p1} / Prof. Dr. Niels Mulder ^{p1,2} / Joop de Jong ^{p3} / Dr. Judith Haffmans ^{p4,5}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. Erasmus MC Rotterdam
3. PsyQ Psychotrauma
4. PsyQ
5. Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen

Inhoud (wat)

In 2017 voerde de Inspectie voor de geestelijke Gezondheidszorg (IGZ) een inspectie uit bij diverse GGZ-instellingen naar onderzoek dat valt onder de Wet Mensgebonden Onderzoek (WMO). De WMO stelt hoge eisen aan de organisatie en uitvoering van wetenschappelijk onderzoek. Het niet naleven van de WMO is in de wet geclassificeerd als een misdrijf, dus de consequenties kunnen vergaand zijn. In deze discussiegroep zal allereerst een overzicht worden gegeven van de belangrijkste bevindingen van het Inspectiebezoek. Vervolgens zal de hoofdonderzoeker van een van de geïnspecteerde onderzoeken vertellen over zijn ervaringen met het inspectiebezoek, en zal een overzicht worden gegeven wat op instellingsniveau de consequenties zijn (geweest). Vervolgens is ruimte om met elkaar in discussie te gaan: Wie heeft welke rol bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek? Waar moet aan voldaan worden? Welke rol speelt de Commissie Medische Ethiek? Hoe kan een instelling zorgen voor voldoende overzicht op onderzoek? Hoe houden we de balans tussen vertrouwen en controle? Kan een perifere GGZ-instelling eigenlijk wel WMO-plichtig onderzoek uitvoeren?

Vorm (hoe)

Inleiding met paneldiscussie

Leerdoelen

Na het volgen van deze discussiegroep weet u-Wat de Wet Mensgebonden onderzoek (WMO) is en waar deze wet in grote lijnen betrekking op heeft-Waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op let bij het inspecteren van WMO-plichtig onderzoek in de GGZ-Welke overwegingen een rol kunnen spelen bij het al dan niet (doen) uitvoeren van WMO-plichtig onderzoek in uw GGZ-instelling

Literatuurverwijzing

<http://wetten.overheid.nl/BWBR0009408/2017-03-01>

D13 Zijn patiënten met schizofrenie wilsbekwaam voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek?

MD Selene Veerman ^{p1} / PhD, MD Dan Cohen ^{p2} / Mette Lanssen ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. GGZ NHN
2. GGZ NHN
3. Anoksis, vereniging voor en door psychosegevoelige mensen

Inhoud (wat)

Inleiding Schizofrenie en beeldvorming hebben een moeizame verhouding. Schizofrenie is een relatief zeldzame aandoening met een prevalentie van 0,4%, wat vermoedelijk bijdraagt aan de onbekendheid in de algemene bevolking. Sociaal-psychologische factoren als chronische vernedering, pesten, sociale uitsluiting of seksueel misbruik dragen bij aan de ontwikkeling van schizofrenie. Omgekeerd leidt onbekendheid vaak tot vooroordelen, discriminatie en uitsluiting, die op hun beurt het zelfvertrouwen, de hoop op herstel en de kwaliteit van leven van patiënten negatief beïnvloeden. Vooroordelen zijn mede het gevolg van berichtgeving, die zich vrijwel uitsluitend richt op de zeer zeldzame geweldsincidenten, daarmee de suggestie wekkend dat schizofrenie gelijk staat aan bedreiging en gevaar. Wilsbekwaamheid over deelname aan wetenschappelijk onderzoek is een ander vooroordeel, dat leidt tot uitsluiting en een rem vormt op wetenschappelijk onderzoek bij schizofrenie. Aanleiding Bij schizofrenie kan sprake zijn van sprake van een ernstige denk- en/of waarnemingsstoornis. Daarmee doet zich de vraag voor hoe zich dat verhoudt tot wils(on)bekwaamheid voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Deze kwestie werd actueel door berichtgeving over klachten rond een lopend wetenschappelijk onderzoek (effectiviteit van memantine-additie bij clozapineresistente schizofrenie). De berichtgeving was voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanleiding tot een diepgaand onderzoek. In haar rapport neemt de IGZ stelling over de wilsbekwaamheid van patiënten met schizofrenie: 'vanwege de kwetsbaarheid van de patiëntengroep zou het te verkiezen zijn geweest als de instelling niet alleen de patiënten maar ook hun familie of naastbetrokkenen had geïnformeerd over de memantine studie, en ook van hen toestemming zou hebben.' Het uitgangspunt van de IGZ was in dit geval dat het onduidelijk was of de patiënten gedurende de hele studie in staat zouden zijn tot een redelijke waardering van hun belangen. Doel van de bijeenkomst 1. Uitwisseling van argumenten voor en tegen de stelling van de IGZ. 2. Wetenschappelijk onderbouwde eigen stellingname.

Vorm (hoe)

Aan de hand van stellingen worden verschillende standpunten vanuit de media, de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO) met mensen, de IGZ, Anoksis, vereniging voor en door psychosegevoelige mensen, onderzoekers en behandelend psychiaters ter discussie gesteld. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek worden gepresenteerd ter onderbouwing van aanbevelingen voor het verkrijgen van informed consent inzake wetenschappelijk onderzoek.

Leerdoelen

1. Bekendheid met de argumenten voor en tegen wils(on-)bekwaamheid van patiënten met schizofrenie.
2. Bekendheid met de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar wils(on-)bekwaamheid van patiënten met schizofrenie (en psychose in het algemeen) voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek.
3. Bekendheid met mogelijkheden om wilsbekwaamheid te objectiveren bij twijfel of een patiënt de voor- en nadelen van deelname aan wetenschappelijk redelijk kan waarderen of zelfstandig hierover kan beslissen.

Literatuurverwijzing

1. Appelbaum PS, Grisso T. MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research. Sarasota, Fla Professional Resource Press 2001.
2. Carpenter WT, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, e.a. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 533-8.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inspectieonderzoek naar de uitvoering van de MAOTC studie. 2016. <http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=memantine>.
4. Jeste DV, Palmer BV, Appelbaum PS, Golshan S, Glorioso D, Dunn LB, e.a. A new brief instrument for assessing decisional capacity for clinical research. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 966-74.
5. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 67-76.
6. Morán-Sánchez I, Luna A, Pérez-Cárceles MD. Assessment of capacity to consent to research among psychiatric outpatients: Prevalence and Associated Factors. *Psychiatr Q*. 2016; 87: 89-105.
7. Prentice KJ, Gold JM, Carpenter Jr. WT. Optimistic bias in the perception of personal risk: Patterns in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 507-12.
8. Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull*. 2013; 39: 1180-6.
9. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennet KM, e.a. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res* 2015; 230: 487-95.
10. Veerman SR, Schulte PF, Smith JD, de Haan L. Memantine augmentation in clozapine refractory schizophrenia: a randomised, double-blind, placebo-controlled crossover study. *Psychol Med* 2016; 46: 1909-21.

D14 Samenwerking en gegevensuitwisseling tussen partijen in de Wet verplichte GGZ: de ultieme translationele uitdaging

Pieter Prins ^{p1,2} / Oswald Bloemen ^{p1,3} / Chris Vleugels ^{p1,4} / Jan Pieter Maes ^{p1,5} / Leontine ten Hoopen ^{1,6}

P: Debatleider / Panelleden

1. Commissie Wet- en Regelgeving NVvP
2. Altrecht
3. GGZ Centraal
4. FPC De Rooyse Wissel
5. Yulius
6. Erasmus MC

Inhoud (wat)

Het lijkt er nu echt van te komen, na ruim 20 jaar wordt afscheid genomen van de wet BOPZ en wordt deze opgevolgd door de Wet verplichte GGZ (WVGGZ). Aan deze wet is ruim tien jaar gewerkt met een aantal ingrijpende wijzigingen. Oorspronkelijk was de bedoeling dat deze wet, meer dan de huidige wet, zou gaan fungeren als een behandelwet. Het debat over verwarde personen en het rapport van de Commissie Hoekstra hebben ertoe geleid dat de wet volgens sommigen teveel het karakter van een veiligheidswet heeft gekregen. De oorspronkelijke bedoeling van de wet was de voorkeuren en wensen van de patiënt en de omgeving centraal te stellen. Dit kan nog steeds middels een zogenaamd Plan van Aanpak dat voorkomt dat gedwongen zorg zal worden toegepast. Maar straks kan iedereen bij de gemeente een melding doen met betrekking tot personen die mogelijk verplichte zorg nodig hebben. Het college van burgemeester en wethouders wordt dan verantwoordelijk voor het instellen van een verkennend onderzoek. Verder hebben de officier van justitie en de geneesheer-directeur prominente rollen in de WVGGZ. Maar wie krijgt de meest prominente rol? De rechter kan in deze nieuwe wet zelfstandig de doelen en de vorm van gedwongen zorg aanpassen in een zorgmachtiging. Het aantal betrokkenen neemt sterk toe met daarmee ook de wens of zelfs plicht(!) tot uitwisseling van gegevens. Begrijpen wij elkaars taal al voldoende en hoe komen we tot een verantwoordelijke uitwisseling van gegevens, waarbij de patiëntrechten centraal en intact blijven? Of gaat de taal van 'law en order' de boventoon voeren? Treedt er verbetering op met de nieuwe WVGGZ, ook na de laatste amendementen die de Tweede Kamer heeft doorgevoerd en het schrappen van de observatiemaatregel? Kortom, dit levert ethische en juridisch interessante en noodzakelijke discussies op in de aanloop tot invoering van de nieuwe wetgeving. Graag gaan we dit debat met onze beroepsgroep aan, 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. Zicht op de spanning tussen veiligheid en belangen van de maatschappij enerzijds en de belangen/rechten van de patiënt en zorg bij samenwerking en gegevensuitwisseling anderzijds.

Literatuurverwijzing

Derde nota van wijziging Wet verplichte ggz. Integrale versie te vinden op www.dwangindezorg.nl

D15 Stoppen met roken in de GGZ

Drs. Paul Höppener ^{p1} / drs. Cassandra Steenkist ^{p2} / drs Céline de Weerdt ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Reinier van Arkel
2. Dimence

Inhoud (wat)

Roken is een controversieel onderwerp in de GGZ. Diverse onderzoeken hebben overtuigend aangetoond dat de prevalentie van roken van tabak beduidend hoger is onder mensen met een psychiatrische stoornis (53%) dan onder de gezonde populatie (37%). Het is algemeen bekend dat roken slecht is voor de gezondheid. Uit onderzoek komt naar voren dat rokers een hogere risico lopen op psychiatrische aandoeningen onder andere depressieve stoornissen en verslavingsstoornissen. Verder laten steeds meer studies positieve effecten zien van het stoppen met roken op de behandeluitkomst van psychiatrische stoornissen en verslavingsstoornissen. Ondanks deze bevindingen zijn er nog maar weinig GGZ-instellingen die een rookbeleid voeren dat gericht is om patiënten te ondersteunen om te stoppen met roken. Kennelijk is er veel weerstand om beleid te maken op het stoppen met roken. Vaak gehoorde reden om de patiënten te laten roken is: "roken is het enige wat ze nog hebben en het biedt ontspanning". In de discussiebijeenkomst staan we stil bij de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ.

Vorm (hoe)

In de bijeenkomst bediscussiëren we de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ zoals een algeheel niet roken beleid, een motiveren tot stoppen beleid en/of een gedoogbeleid . .

Leerdoelen

- 1) U leert de verschillende aspecten van een rookbeleid in de GGZ
- 2) U kunt na de discussiebijeenkomst bepalen wat het standpunt is tav rookbeleid op uw afdeling.
- 3) U staat stil bij de gevolgen van het stoppen met roken bij psychiatrische patiënten

Literatuurverwijzing

- 1) Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 14(5) 478-85.
- 2) Blankers M, Ter Weijde W, van Laar M (2015). Rookbeleid in de GGZ. De Stand van zaken in de Nederlandse instellingen. Trimbos

D16 Transitie in de GGZ

MD Gwen Dieleman ^{p1} / dr. Kirstin Greaves-Lord ^{p1,2} / Prof. dr. Therese van Amelsvoort ^{p3,2} / Larissa van Bodegom ^p / dr. Anneke Louwerse ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Erasmus MC – Sophia, Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Rotterdam, Nederland
2. Yulius Academie, Yulius GGZ, Barendrecht, Nederland
3. Maastricht Universitair Medisch Centrum, Psychiatrie, Maastricht, Nederland

Inhoud (wat)

Tussen het 12 en 25e levensjaar is de incidentie en prevalentie van psychiatrische problemen het grootst. Mogelijk zorgen de vele veranderingen in deze levensfase op het gebied van scholing, werk, (intieme) relaties en zelfstandigheid voor een te hoge druk en psychische klachten. GGZ instellingen lijken hier onvoldoende op in te kunnen springen. Jongvolwassenen gebruiken bijna twee keer zo weinig zorg binnen de ggz als kinderen en adolescenten. Twee derde van de jongvolwassenen hebben een zorgbehoefte, maar krijgen niet de juiste zorg. Initiatieven als MILESTONE, de Academische Werkplaats 'Samen Doen' en Headspace proberen in kaart te brengen hoe de zorg voor deze groep wordt vormgegeven en hoe dit beter kan. Ook zijn er ontwikkelingen in het onderzoek naar transitie bij jongeren met een depressie en jongeren met een verstandelijke beperking. In de discussiegroep wisselen we over deze initiatieven van gedachten.

Vorm (hoe)

De panelleden geven inzicht in de transities die jongeren en jongvolwassenen doormaken, hierbij komen onderzoekers van MILESTONE, Headspace en de Academische werkplaats Autisme 'Samen Doen' aan het woord. MILESTONE richt zich op de transitie van de jeugd GGZ naar volwassenen GGZ, de Academische Werkplaats Samen Doen is gericht op transities die mensen met een autismespectrumstoornis doormaken. Deze ervaringen en de ervaringen vanuit de zaal worden gedeeld.

Leerdoelen

1. Vergroten van bewustwording over transitie tussen verschillende levensfasen en bijpassende GGZ.
2. Kennis delen over en vanuit MILESTONE en de Academische Werkplaats Samen Doen.
3. Vergroten van bewustzijn: groep met meeste problemen wordt het minst gezien in de huidige GGZ? Wat gaat hier mis?

Literatuurverwijzing

- Raballo, A., Poletti, M., McGorry, P. (2017) Architecture of change: rethinking child and adolescent mental health, 4, 656-657.
- Eytre, O., Thapar, A. (2014) Common adolescent mental disorders: transition to adulthood. 383, 1366-68.
- Copeland WE, Shanahan L, Davis M, et al. (2015) Increase in untreated cases of psychiatric disorders during the transition to adulthood. Psychiatr Serv 66:397-403.

D17 Alles is translatie - transdiagnostisch denken, precisie-geneeskunde, en netwerk-benaderingen tussen neurosciëntisme en neuroscepticisme

Prof. Dr. Gerrit Glas ^{p1,2,3} / Prof. Dr. Christine van der Feltz-Cornelis ^{p4,5} / Prof. Dr. Floor Scheepers ^{p6} / Dr. Derek Strijbos ^{p7,8}

P: Debatleider / Panelleden

1. VUmc, afdeling anatomie en neurowetenschappen
2. Dimence Groep, Zwolle
3. VUmc, afdeling geesteswetenschappen
4. GGZ-Breburg
5. Universiteit Tilburg
6. UMC-Utrecht
7. Dimence Groep, Deventer
8. Radboud Universiteit

Inhoud (wat)

Net als de neurowetenschap (Glas 2017) heeft ook de psychiatrie een groot translatie probleem. De DSM blijkt geen oplossing als het gaat om het verbinden van wetenschap en praktijk. Als vervanging dienen zich allerlei alternatieven aan:

- (1) dimensionele diagnostiek en onderzoek;
- (2) 'staging and profiling';
- (3) precisie geneeskunde
- (4) Research Domain Criteria; ROAMER
- (5) neo-mechanistische en interventionistische benaderingen van causaliteit
- (6) netwerkbenaderingen
- (7) dynamische systeembenaderingen.

In dit symposium worden met name benadering 3 t/m 7 tegen het licht gehouden. Dit gebeurt tegen de achtergrond van de vraag wat translatie is, Bestaat er wel wetenschap zonder translatie? Wat is de rol van metaforen? Is de veel besproken 'gap' tussen wetenschap en praktijk wel echt zo'n gap? Brengen nieuwe vormen van samenwerking tussen wetenschap en klinische praktijk niet alleen een eigen discours met zich mee maar scheppen ze niet tegelijk ook een eigen realiteit? Wat betekent dit voor TOPGGz?

Vorm (hoe)

Korte introducties gevolgd door plenair debat

Leerdoelen

Het doel van de discussiegroep is samen na te denken over de vraag welke kant het op moet met wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie. Daarbij wordt ingegaan op vragen als

- Welke paradigma's bestaan er in wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie?
- Wat valt er te zeggen over transdiagnostische, precisie- c.q. persoonsgerichte, en netwerkbenaderingen van psychopathologie
- Wat houdt de term translatie in?
- Bestaat er wel wetenschap zonder translatie?
- Wat is de rol van metaforen?
- Wat te denken van de allianties tussen verschillende paradigma's, met name onderzoek waarin wetenschap vervlochten is met de klinische praktijk? Deelnemers zullen oa ook worden over ROAMER, ook in relatie tot RDoC, over de potentiële betekenis van data-mining voor de psychiatrie en over pogingen tot meer gepersonaliseerde vormen van diagnostiek en behandeling.

Literatuurverwijzing

Borsboom D., Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology* 9:91–121. Craver, C.F., Darden, L. (2013). In search of mechanisms. *Discoveries across the life sciences*. Chicago: Univ. of Chicago Press. Fernandes, B.S., Williams, L.M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A.F. & Berk, M. (2017). The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Medicine* (2017) 15:80-85. Glas, G. (2017). *Touching a nerve – Filosofie in de neurowetenschappen*. Oratie Vrije Universiteit, Amsterdam. Haan, S. de (2015). *An enactive approach to psychiatry*. Doctoral dissertation, University of Heidelberg. Haro J.M., Ayso-Mateos J.L., Bitter I., et al. (2014). ROAMER: a European roadmap for mental health research. *Int J Methods Psychiatr Res* 23 Suppl 1:1–13. Insel, Th. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 171:4, 395–397. Kendler, K.S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 165, 695–702. Kendler, K.S. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine* 39, 1935–1941. Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press. Schumann G, Binder EB, Holte A, et al. (2014). Stratified medicine for mental disorders. *European Neuropsychopharmacology* 24:55–60. Van der Feltz-Cornelis, C.M. et al. (2014). Towards Horizon 2020: challenges and advances for clinical mental health research – outcome of an expert survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 10: 1057–1068.

D18 Is de psychiatrie klaar voor de meelezende patiënt?

Drs. Sisco van Veen ^{p1,2} / Mr. Drs. Menno Mostert ^{p1} / Dr. Lot de Witte ^{1,2,3} / Dr. Metten Somers ¹

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Utrecht
2. De Jonge Psychiater
3. mt. Sinai Hospital, New York

Inhoud (wat)

Binnen enkele jaren mogen alle Nederlandse patiënten elektronisch hun dossier inzien. Dit ligt vastgelegd in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze nieuwe regelgeving valt samen met een internationale trend om patiënten online toegang te bieden tot hun dossier. De Nederlandse academische ziekenhuizen werken al met online toegankelijke dossiers, waarbij in de meeste gevallen een tijdsbuffer van bijvoorbeeld één of twee weken is ingebouwd. (Smulders & Metselaar 2017) In het UMC Utrecht kunnen patiënten echter direct hun dossier inzien, met uitsluiting van diagnostische overwegingen en gegevens van derden. Een recent overzichtartikel van Verstraete et al. beschrijft de precieze werking van dit patiëntenportaal en onderzocht de eerste ervaringen binnen enkele somatische specialismen. (Verstraete & Koehorst 2016) Of online inzage leidt tot betere gezondheidsuitkomsten is nog niet duidelijk, maar de eerste ervaringen van patiënten en behandelaren wereldwijd zijn positief. (Goldzweig et al. 2013) Zo daalt het aantal fouten in de dossiervoering en draagt online inzage bij aan duidelijke communicatie tussen patiënt en behandelaar. Daarentegen worden wel zorgen geuit over privacybescherming en de nadelige effecten voor patiënten die bijvoorbeeld, zonder artsenbegeleiding, naar uitslagen van aanvullend onderzoek kijken. (Shah et al. 2015; Smulders & Metselaar 2017; Verstraete & Koehorst 2016; Vodicka et al. 2013) De Nederlandse eHealth monitor toont dat het idee van online inzage begint te wennen bij medisch specialisten. Waar in 2015 nog 49% van de ondervraagde specialisten online inzage ongewenst vonden, daalde dit aantal in 2016 naar 33%. Onder huisartsen veranderde de mening over online inzage niet; ongeveer 40% is voor en 40% is tegen. (Krijgsman 2016) Wat deze trend zal betekenen voor de psychiatrie is een onderwerp waar nog weinig aandacht voor is. (Ritter 2014; Kahn et al. 2014) Een op psychiatrie gerichte discussie is wel nodig, met name omdat er regelmatig sprake is van complex behandelcontact. Stelt u zich voor: hoe gaat de gedwongen opgenomen paranoïd-psychotische patiënt zonder ziekte-inzicht om met online inzage? En wat betreft de poliklinische patiënt onder behandeling voor een borderline persoonlijkheidsstoornis? Om meer helderheid te verkrijgen over dit onderwerp hebben we de ervaringen van de vakgroep psychiatrie in het UMCU geïnventariseerd doormiddel van een vragenlijst en een discussiebijeenkomst. Op basis hiervan hebben we vier thema's geïdentificeerd die waarschijnlijk zullen veranderen ten gevolge van deze ontwikkeling: verbeterde toegankelijkheid, patiëntenbeplichting, veranderend behandelcontact en een gewijzigde rol van verslaglegging. Al deze thema's verdienen verdere exploratie en kunnen gezien worden als goede beginpunten voor een brede discussie binnen de GGZ.

Vorm (hoe)

De discussiebijeenkomst zal opgedeeld worden in vier delen:

- We beginnen met een interactief onderdeel waarbij verschillende klinische vignetten en dilemma's langs komen waar het publiek op kan reageren.
- Hierna volgt een presentatie van ons artikel in 20 minuten. (Is de psychiatrie klaar voor de meelezende patiënt? Geaccepteerd voor publicatie in het maartnummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie).
- Aansluitend volgt een debat van ongeveer 30 minuten met een panel van deskundigen, behandelaren en ervaringsdeskundigen die verschillende zienswijzen vertegenwoordigen.
- Afsluitend is er 20 minuten ruimte voor vragen en discussie met de zaal.

Leerdoelen

- We moeten ons als psychiatrie beseffen dat er een brede trend bestaat in de gezondheidszorg om de patiënt meer centraal te stellen, het medisch dossier online voor patiënten open te stellen is hier onderdeel van.
- Deze trend wordt de komende jaren vertaald in (Europese) wetgeving die het delen van het dossier voor alle hulpverleners verplicht maakt.
- Werken met een gedeeld dossier brengt bijzondere voor- en nadelen mee voor de psychiatrie.
- Door bewust met het gedeelde dossier om te gaan kan het bijdragen aan een effectieve en gelijkwaardige behandelrelatie.

Literatuurverwijzing

Goldzweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N.M., Towfigh, A.A., Haggstrom, D.A., Miake-Lye, I., et al., 2013. Electronic Patient Portals: Evidence on Health Outcomes, Satisfaction, Efficiency, and Attitudes. *Annals of Internal Medicine*, 159(10), p.677. Kahn, M.W., Bell, S.K., Walker, J., Delbanco, T., 2014. Let ' s Show Patients Their Mental Health Records. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Volume 311(13), p.1291. Krijgsman, J., Swinkels, I., van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R. et al. 2016. Meer dan techniek, eHealth-monitor 2016. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL. Ritter, J.T., 2014. Transparency in the delivery of mental health care. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, Volume 312(6), p.650. Shah, S.G.S., Fitton, R., Hannan, A., Fisher, B., Young, T., Barnett, J., 2015. Accessing personal medical records online: A means to what ends? *International Journal of Medical Informatics*, 84(2), pp.111–118. Smulders, Y. & Metselaar, S., 2017. Direct inzage in epd niet in belang van patiënt. *Medisch Contact*, pp.34–35. Verstraete, E. & Koehorst, A.M., 2016. Is patiënt gebaat bij directe inzage in zijn dossier ? *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(325), pp.1–6. Vodicka, E., Mejilla, R., Leveille, S.G., Ralston, J.D., Darer, J.D., Delbanco, T., 2013. Online access to doctors' notes: Patient concerns about privacy. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), pp.1–13.

D19 Herstel voor iedereen: eerste ervaringen met grootschalig herdiagnostiek bij chronische (EPA) patiënten. Translationeel werken in een vergeten groep

MD Phd Eric Noorthoorn ^{p1,2} / Mpsy Katinka Franken ^{p1} / Md Jeanet Nieuwenhuis ^{p1} / Md Mike Veereschild ^{p1} / Md Kees Lemke ^{p1}

P: Debateleider / panelleden

1. GGnet
2. SBGGZ

Inhoud (wat)

In de GGZ is ongeveer een kwart van de patiënten langdurig zorg afhankelijk (Delespaul et al, 2013). Recente cijfers laten zien dat deze patiënten ruim de helft van de zorg consumeren als gekeken wordt naar het aantal ligdagen (Noorthoorn et al, 2016). Het bevorderen van de integratie van deze patiënten in de maatschappij kan in belangrijke mate bijdragen tot het beheersen van kosten. In deze discussiegroep worden in het kort 3 projecten besproken die zich binnen een instelling richten op de implementatie van landelijke richtlijnen (Evidence based werken) in de dagelijkse praktijk bij langdurig zorgafhankelijke patiënten. Vervolgens wordt besproken hoe informatie uit de registratiesystemen kan bijdragen tot het identificeren bij wie een nieuwe kijk op de diagnose leidt tot een verandering van de soms jarenlange aanpak van de patiënt. Hoe kun je de EPA doelgroep identificeren? Welke gegevensbronnen kun je daarin combineren? Tenslotte wordt met de deelnemers aan de discussie groep ingegaan op de betekenis van deze systematische aanpak voor de eigen praktijk. In het eerst project zijn 42 verblijfpatiënten opnieuw gediagnosticeerd. In 59% (n=25) van de onderzochte patiënten leidde dit tot een verandering van de hoofdgroep binnen de DSM-IV. In deze groep veranderde de hoofd diagnose schizofrenie in een 7 gevallen in een verstandelijke beperking en in 8 gevallen in ADHD, Asperger of autisme. Behandeling volgens huidige richtlijnen werd vervolgens ingezet. 2 jaar na dato bleken bij deze patiënten de zorgopbrengsten met ruim 40% afgenomen, vooral doordat patiënten met ontslag waren gegaan. Honos voor en na waren niet significant verschillend. In het tweede project zijn alle patiënten in zorg bij 2 ambulante FACT teams (n=276) onderzocht aan de hand van de Screener voor Intelligentie en Licht verstandelijke beperking (SCIL). 108 (39%) lieten een score onder 19 zien, indicatief voor een licht verstandelijke beperking (Nieuwenhuis et al, 2017). Een lage SCIL was geassocieerd met een hoge score op de HONOS (OR 2.1, p<0.001), vaker opnames (22% v.s. 12% Chi-square=4.9, p<0.05) en meer zorgopbrengsten in categorie E tot G (€ 6943 v.s. € 2785 f=19.5, p<0.05). In het derde project zijn 646 ambulante langdurig (>2 jaar) zorg afhankelijke patiënten opnieuw gediagnosticeerd. Verschillende screeningsinstrumenten werden toegepast, zoals de SCIL, de Trauma Screening Questionnaire (TSQ), de Audit en de Dudit voor alcohol en middelengebruik en AQ-SRS A voor autisme. Bij 47% leidde dit tot een verandering van hoofdgroep binnen de DSM-IV. Na herdiagnostiek werd veel minder vaak geen diagnose (OR 0.36, p<0.005) en minder vaak angst en depressieve stoornissen (OR 0.6, p<0.05) vastgesteld. Er werd vaker een bipolaire stoornis (OR 3.5, p,0.001), vaker schizofrenie (OR 2.5, p,0.001), vaker ADHD, Asperger of autisme (OR 2.4, p,0.005) en vaker PTSS (OR 2.3 p,0.005) vastgesteld. In deze groep wordt in 2018 en 2019 zorgopbrengsten afgezet tegen de HONOS.

Vorm (hoe)

Na 30 minuten presentatie van de projecten wordt aan de hand van een paneldiscussie besproken of het beeld wat uit deze bevindingen naar voren komt herkend wordt bij de deelnemers van de discussiegroep. Wij betogen vooral bij alle patiënten in de zorg Screeners in te zetten. We laten zien hoe dat op een eenvoudige wijze gemonitord kan worden. De discussie gaat in op wat een dergelijke aanpak betekent voor de eigen instelling.

Leerdoelen

- Identificatie van de chronische patiënt in de eigen populatie
- Opzet van systematische herdiagnostiek – Screeners eerst, dan de DSM
- Het belang van standaard inzet van Screeners in de zorg
- Het belang van opnieuw kijken naar diagnose
- De betekenis van een (deze) nieuwe diagnose (s) voor de behandeling
- Toepassen van dergelijke informatie in het bepalen van beleid
- Betekenis van deze informatie voor de landelijke ontwikkeling van 'herstel van iedereen'

Literatuurverwijzing

1. Delespaul P., et al, 2013. Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor psychiatrie 55, 427 – 438.
2. Noorthoorn E.O., et al, 2016 Seclusion Reduction in Dutch Mental Health care: did hospitals meet their goals? Psychiatr Serv. 1;67(12):1321-1327.
3. Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLoS One. 2017 Feb 2;12(2):e0168847. doi: 10.1371/journal.pone.0168847.

D20 Het afbouwen van antidepressiva: een consensusdocument van NVvP-NHG-KNMP-MIND 2018

dr. Henricus Ruhé ^{p1,2} / Dr. Mariëlle van Avendonk ^{p3} / Dr. Hèlen Woutersen-Koch ^{p4} / Drs. Marlies Roosjen-de Feiter ^{p5} / Annemieke Horikx ^p

P: Debatleider / panelleden

1. Radboudumc
2. University of Oxford
3. NHG
4. KNMP
5. Stichting MIND

Inhoud (wat)

Het afbouwen van antidepressiva is regelmatig een lastige opgave voor de arts en de patiënt. Tijdens het afbouwen kunnen onttrekkingsverschijnselen (tot bij 50% van de gebruikers), angst voor terugval en daadwerkelijke recidieven optreden, wat een goede begeleiding van behandelaren vraagt. Veelal voelen behandelaren zich echter onvoldoende geëquipeerd om de afbouw te begeleiden. Dit is niet vreemd omdat er beperkt onderzoek bestaat naar de beste methoden van afbouwen van antidepressiva. Hierdoor worden er ook geen concrete aanbevelingen in de huidige multidoesdisciplinaire richtlijnen en NHG standaarden gedaan, alleen dat afbouw geleidelijk in tijd en dosering moet plaatsvinden. als een poging om af te bouwen met antidepressiva mislukt zal een volgende poging minder kans van slagen hebben wat chronisch gebruik van antidepressiva in de hand werkt. Het afbouwen van antidepressiva is vooral lastig bij middelen met een korte eliminatiehalfwaardetijd (bijv. paroxetine en venlafaxine), maar ook bij (es-)citalopram, sertraline en duloxetine zijn onttrekkingsverschijnselen beschreven. Wat hierbij problematisch kan zijn is dat kleinere doseereenheden dan de gebruikelijke tabletten nodig zijn waarvoor thans het in kleine stukken delen van tabletten, druppels, en zogn. taperingsstrips worden gebruikt. Welke eenheden hierbij gewenst zijn is onvoldoende duidelijk. Kennis over de farmacologie van deze middelen kan hierbij helpen. In het najaar van 2017 is er in een samenwerkingsverband tussen NVvP, NHG, KNMP en MIND gewerkt aan een consensusdocument voor de afbouw van antidepressiva. Hierin worden de karakteristieken van de antidepressiva en de patiënten die relevant zijn voor de afbouw geïdentificeerd en worden voor de verschillende antidepressiva voorstellen gedaan voor afbouwschema's. Hierin wordt aangegeven in welke tijd en met welke doseringsstappen een afbouw van antidepressiva kan worden gerealiseerd en welke voorlichting en begeleiding hierbij noodzakelijk is. Omdat delen van dit consensusdocument op beperkte wetenschappelijke literatuur kan worden gebaseerd zal een mogelijkheid worden ingebouwd om het consensusdocument naar aanleiding van gebruikerservaringen te verbeteren.

Vorm (hoe)

In de discussiegroep wordt het consensusdocument afbouwen van antidepressiva op hoofdlijnen gepresenteerd, waarna in een discussie tussen het publiek en de panelleden die de betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigen wordt gesproken over de ervaringen met de dagelijkse praktijk van afbouwen en de benodigde aanpassingen voor het consensusdocument.

Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep:

- is de deelnemer op de hoogte van de hoofdlijnen van het consensusdocument afbouw van antidepressiva
- zijn praktische ervaringen en aanvullende suggesties over de afbouw van antidepressiva voor de verdere aanscherping van het consensusdocument besproken
- is met de discussiegroep bijgedragen aan de implementatie van het consensusdocument

Literatuurverwijzing

O.a.- Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuationsyndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry*. 1998;44:77-87.- van Geffen EC, Hugtenburg JG, Heerdink ER, van Hulten RP, Egberts AC. Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;61:303-7.- Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2015;84:72-81.

D21 Identiteit als professional: de crisis voorbij

MD Piet Verhagen ^{p1} / Prof. Gerrit Glas ^{p2,3} / Dr. Derek Strijbos ^{p2} / Dr. Heddeke Snoek ^{p4} / MD Nicky van London ^{p4}

P: Debatleider / panelleden

1. GGz Centraal
2. Dimence GGZ
3. Vrije Universiteit, Amsterdam
4. Karakter Kinder & Jeugdpsychiatrie

Inhoud (wat)

In het visiedocument 'Medisch Specialist 2015' van de Federatie Medisch Specialisten zijn de lijnen voor de beroepsbeoefenaren en hun wetenschappelijke verenigingen duidelijk en met enthousiasme uitgezet. Maar zoals wel vaker met medische zaken is een nadere uitwerking voor de psychiater en diens vakgebied nodig, gegeven de eigen aard van de medische discipline psychiatrie. Voeg daarbij de kennelijke crisis waarin de psychiater zich zegt te bevinden, althans volgens velen, dan is er genoeg reden voor het bestuur van de NVvP om een werkgroep (panelleden en dr. J. Tijdink) in te stellen (september 2017), om zich met de identiteitsvraag bezig te houden en een discussienota op te stellen. In deze discussiegroep staat de nota centraal; deze nota is ruim van tevoren beschikbaar voor de deelnemers aan de discussiegroep.

Vorm (hoe)

De discussienota dient als uitgangspunt voor het debat, dat aan de hand van enkele stellingen ingeleid en gevoerd zal worden.

Leerdoelen

Het doel van de discussie is tweëërlei:

- 1) bewustwording van de complexiteit van de identiteitskwestie;
- 2) draagvlak creëren voor de gekozen oplossing(srichting).

Literatuurverwijzing

Glas, G. Psychiatry as normative practice. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* (accepted). (De tekst van deze publicatie is tevoren voor deelnemers beschikbaar.) Timmermans, M. (2017). Hebben GGZ-Instellingen hun langste tijd gehad? *De Psychiater*, 6, 18-21. (Daarnaast meerdere artikelen in *De Psychiater* over het onderwerp; zie de website <https://depsychiater.nl>) Federatie Medisch Specialisten (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025. www.demedischspecialist.nl.

D22 Hoe vertaalt het HIC model zich naar jeugd?

drs. Jeroen Steenmeijer ^{p1,2} / Pierre Herpers ^{p3} / Tineke de Vos ^{p4} / Peter Erkelens ⁵ / Joost Waas ⁶

P: Debatleider / panelleden

1. De Bascule
2. De Jonge Psychiater
3. Karakter
4. Projectzorg
5. Curium
6. Accare

Inhoud (wat)

Afgelopen jaar is vanuit de expertisenetwerk kinder- en jeugdpsychiatrie (EKJP) nagedacht over het vertalen van het in het HIC Werkboek (van Mierlo et al., 2013) beschreven High- & Intensive Care (HIC)-model naar de zorg aan jongeren. Inmiddels wordt het HIC-model gezien als nieuwe zorgstandaard, is het breed geïmplementeerd binnen de volwassenenzorg en vindt het zijn weg naar wet- en regelgeving (Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016). Het werkboek is echter vooral gericht op de zorg aan volwassenen en biedt slechts beperkte richtlijnen en adviezen ten aanzien van de praktische uitvoering van een HIC. De situatie bij jongeren is doorgaans anders, onder andere door de mate waarin ouders betrokken zijn als verantwoordelijken in de opvoeding, maar ook door de sinds de invoering van de jeugdwet veranderde financiering. Vanuit de EKJP is een visiedocument met enkele praktische adviezen over het toepassen van HIC-model bij jongeren (HIC-J) als aanvulling op het HIC Werkboek geschreven. Ook in de HIC-J is de ambulante behandeling leidend en kan er naar behoefte van de patiënt snel opgeschaald worden naar kortdurende klinische zorg, maar is specifieke aandacht voor leeftijdsfase, begeleiding van het systeem, rooming-in en financiering. Daarnaast zal in worden gegaan op de samenwerking met belangrijke partijen in het veld, zoals de (gesloten) jeugdzorg en wijkteams.

Vorm (hoe)

Discussiegroep De werkgroep zal in een korte presentatie (ongeveer 20-30 minuten) het HIC model presenteren en aan de hand van het document aandachtspunten voor jongeren uitlichten. Na afloop zal er samen met een ervaringsdeskundig panel van zowel collega's als patiënten en beleidsmakers gediscussieerd worden aan de hand van dilemma's die verwacht kunnen worden bij de vertaling naar kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij specifieke aandacht voor implementatie.

Leerdoelen

- Het doel van deze discussiegroep is om deelnemers meer inzicht te geven in de mogelijkheden voor HIC zorg aan jeugd
- Handvatten en praktische adviezen bieden voor de implementatie van HIC zorg binnen de bestaande kinder- en jeugdpsychiatrische zorg of instelling.

Literatuurverwijzing

- Werkboek HIC, van Mierlo 2013
- HIC voor jongeren, visie en ervaringsdocument, EKJP 2017
- Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016

D23 Subdifferentiatie van suïcidaal gedrag

MD PhD Remco de Winter ^{p1} / MD Anne van den Bos ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep/ VU University Amsterdam
2. Rivierduinen Leiden

Inhoud (wat)

In de literatuur zijn er weinig studies te vinden die suïcidaliteit subdifferentiëren en in het wetenschappelijk onderzoek wordt suïcidaliteit bijna altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd (Colpe e.a. 2014; Bernanke e.a. 2017). Er is weinig onderzoek naar differentiatie bij suïcidaal gedrag. En indien dit al plaats vindt, wordt er vooral bij specifieke groepen gedifferentieerd (zoals studenten, adolescenten, patiënten met een bipolaire stoornis of patiënten met een psychotische stoornis. In de psychiatrische praktijk zien we echter verschillende vormen van suïcidaal gedrag over de GGZ populatie en is ons handelen in de regel op een klinisch oordeel gebaseerd. Ook bepaalt het handelen uiteraard weer de uitkomst van het suïcidale gedrag. Methodologisch en ethisch is het ingewikkeld om dit valide te onderzoeken. De auteurs hebben op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond een model ontwikkeld waarin er een differentiatie van 4 vormen van suïcidaal gedrag is. Suïcidaal gedrag op basis van: 1) perceptuele desintegratie, 2) primair depressieve cognitie 3) psychosociale "entrapment" 4) inadequate communicatie en coping Bovenstaande differentiatie leidt tot een meer afgemeten risicotaxatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de hulpverlener ook varieert. Daarnaast kan er een meer op maat toegesneden behandeling plaatsvinden (Jobes 2016). Dit model is middels intercollegiaal overleg ontwikkeld en bijgeschaafd. Er is echter nu een grote behoefte om het model breder uit te leggen en te bediscussiëren met psychiaters voordat er verder wordt gegaan met een vanuit de praktijk ondersteunde valideringsstudie van het model.

Vorm (hoe)

Tijdens de discussiegroep zal het model worden gepresenteerd en aan de hand van casuïstiek verder uitgelegd worden! De casuïstiek zal tot discussie leiden welke noodzakelijk is om het model verder aan te scherpen. Verder willen we toetsen in hoeverre de psychiaters behoefte hebben aan een praktisch georiënteerde differentiatie van het concept suïcidaal gedrag?

Leerdoelen

- Besef van de heterogeniteit van het concept suïcidaal gedrag.
- Leren om suïcidaal gedrag te differentiëren en eigen professionele verantwoordelijkheid op waarde te kunnen schatten.
- Een meer op maat gerichte aanpak bij suïcidaal gedrag kunnen inzetten.

Literatuurverwijzing

Colpe LJ, Pringle BA. Data for building a national suicide prevention strategy: what we have and what we need. *Am J Prev Med.* 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S130-6. Bernanke J, Galfalvy HC, Mortali MG, Hoffman LA, Moutier C, Nemeroff CB, Stanley BH, Clayton P, Harkavy-Friedman J, Oquendo MA. Suicidal ideation and behavior in institutions of higher learning: A latent class analysis. *J Psychiatr Res.* 2017 Sep 9;95:253-259. Jobes DA. *Managing Suicidal Risk. Second Edition A Collaborative Approach.* Guilford press 2016

D24 Discussiegroep: Onderzoek tijdens de opleiding psychiatrie

MD MSc PHd Roberto Doornebal-Bakker ^{p1} / MSc Nadine van der Burg ^{p1} / Anne Koopmans ^{p2} / Khalid Qaderdan ^p / Beatrijs Lammers ^p

P: Debatleider / panelleden

1. Ggz Centraal
2. Parnassia

Inhoud (wat)

De opleiding tot psychiater is uitdagend waarbij allerlei verschillende levensinvullingen moeten worden uitgevoerd en gecombineerd: werk, onderwijs, diensten, familie, kinderen, hobby's, sociale contacten etc. Wetenschap daarmee combineren lijkt ingewikkeld en slechts 10% van alle psychiaters promoveert. Onderzoek doen is essentieel om vooruitgang te boeken in ons vak. Er zijn ontzettend veel onderwerpen waar vooruitgang op behaald kan worden in ons nog altijd ontwikkelend vak. Wat houdt de aios dan tegen om onderzoek te doen dan wel een promotietraject te starten? Vaak roept dit onderwerp de volgende reacties op: "ik kan alleen promoveren op een onderwerp dat ik bij voorbaat interessant vind. Ik denk niet dat ik onderzoek kan doen, want onderzoek is heel ingewikkeld. Ik vind onderzoek saai en lang niet zo spannend als kliniekwerk. Ik kan alleen onderzoek doen als ik veel van statistiek weet. Ik kan onderzoek en opleiding niet combineren, helemaal niet met een gezin. Ik moet erg hard werken als ik onderzoek doe. Ik moet heel veel discipline hebben om onderzoek te doen."

Vorm (hoe)

Na een korte inleiding door de discussieleider komen de verschillende aios aan het woord waarbij stellingen rondom onderzoek doen worden besproken. Naast dat er promovendi aan de discussie meedoen, doen ook aios mee die (nog) geen wetenschap bedrijven. Stellingen: De patiënt profiteert mee van de wetenschappelijke deskundigheid van de aios en psychiater De aios heeft met wetenschap pas een compleet opleidingspakket

Leerdoelen

Kennismaken met de wereld van wetenschap, vooroordelen over onderzoek doen kritisch bekijken en de aiosen/psychiaters in de zaal enthousiasmeren voor het doen van onderzoek.

Literatuurverwijzing

Geen

D25 Is het aantal van 2000 patiënten dat jaarlijks in Nederland met de MAO-remmer tranylcypromine wordt behandeld, niet te klein?

Prof.dr. Willem Nolen ^{p1} / Dr. Tom Birkenhäger ^{p2}

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Groningen, Groningen
2. Erasmus MC, Rotterdam

Inhoud (wat)

In Nederland krijgen jaarlijks zo'n 1500-2000 patiënten een behandeling met de klassieke irreversibele MAO-remmer tranylcypromine. Jarenlang kon dit alleen via een bewustzijnsverklaring met het niet-geregistreerde Parnate[®] dat de status had van weesgeneesmiddel. Sinds 2016 is echter Tracydal[®] geregistreerd, waarmee tranylcypromine nu wel tot de regulier voor te schrijven antidepressiva behoort. Het aantal van 2000 lijkt - gezien de ruim 1.000.000 patiënten die in Nederland jaarlijks een 'gewoon' antidepressivum krijgen- veel minder dan wat er conform de richtlijnen voor in aanmerking zou komen. Zo is in de multidisciplinaire richtlijn depressie (update 2013) tranylcypromine vóór ECT als vierde stap opgenomen, en voor patiënten met een atypische depressie zelfs als één van de opties in de tweede stap. In de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (2015) is het één van opties in de derde stap voor patiënten met een depressieve episode. Een waarschijnlijke verklaring voor deze ogenschijnlijke discrepantie is dat nog steeds veel psychiaters onvoldoende vertrouwd zijn met de mogelijkheid hun patiënten met tranylcypromine te behandelen en het als een "gevaarlijk" antidepressivum beschouwen, zelfs nu het een geregistreerd geneesmiddel is. De twee sprekers/panelleden -beiden expert in de behandeling met tranylcypromine- gaan niet zozeer met elkaar in debat als wel met de toehoorders: Hoe komt het dat in Nederland relatief zo weinig patiënten met tranylcypromine worden behandeld? En wat moet daar dan aan gedaan worden?

Vorm (hoe)

Na twee korte presentaties over (1) de geschiedenis en de toepassing van tranylcypromine bij de medicatieresistente, chronische depressie (Willem Nolen) en (2) de toepassing van tranylcypromine bij de atypische en bipolaire depressie (Tom Birkenhäger) gaan beide sprekers in debat met de toehoorders in de zaal.

Leerdoelen

Vertrouwd worden met de indicatiestelling en de toepassing (interacties, dosering, omgaan met bijwerkingen) van tranylcypromine.

Literatuurverwijzing

Alle relevante praktische informatie voor voorschrijvers en patiënten is te downloaden via <http://dalecopharma.nl> Nolen W.A. Klassieke monoamineoxidaseremmers: niet geregistreerd, maar wel een plaats in de behandeling van depressies. Ned Tijdschr Geneesk, 2003; 147: 1940-1943. Vos AM, Akkerhuis GW, Nolen WA. De behandeling van een therapieresistente depressie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2003; 45: 703-708.

D26 (Vroege) interventies bij de bipolaire stoornis in translationeel perspectief: vanuit ‘wetenschappelijk’ risicoprofiel of ‘eigen’ veerkracht?

Dr. Max de Leeuw ^{p1,2} / Drs. Marc Lochmann van Bennekom ^{p3} / Dr. Eline Regeer ^{p4} / Bart Geerling ^{p5} / Prof. dr. Manon Hillegers ^{p6}

P: Debatleider / panelleden

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

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, het translationele proces van vertalen van deze uit wetenschappelijk onderzoek verkregen kenmerken naar de klinische praktijk (en vice versa) is complex, in het bijzonder als het gaat om de weging van beschermende factoren. Onderzoek naar veerkracht (resilience) is schaars, waarbij veerkracht meer is dan alleen het ontbreken van risicofactoren. Het dilemma tussen ‘wetenschappelijk’ risicoprofiel of ‘eigen’ veerkracht in de beslisvorming rondom (vroege) interventies, de duur en mate van intensiteit van onderhoudsbehandeling verdient meer aandacht.

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. Tevens zal aan de hand van de literatuur risico en beschermende factoren worden toegelicht binnen het kader van het veerkracht-model voor bipolaire stoornis.

Leerdoelen

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

Literatuurverwijzing

- Kemner SM, Mesman E, Nolen WA, Eijckemans MJ, Hillegers MH. The role of life events and psychological factors in the onset of first and recurrent mood episodes in bipolar offspring: results from the Dutch Bipolar Offspring Study. *Psychol Med.* 2015;45(12):2571-81.
- 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.
- 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.

D27 The elephant in the room: implementatie van een gezondere leefstijl in de langdurige zorg

Prof. Dr. Wiepke Cahn ^{p1} / Dr. Frederike Jörg ^{p2,3} / Prof. Dr. Berno van Meijel ^{p4,5,6} / Shanna de Freitas ^{p7} / MSc Jeroen Deenik ^{p7,8}

P: Debatleider / panelleden

1. UMC Utrecht
2. Rob Giel Onderzoekscentrum, UMC Groningen
3. GGz Friesland
4. VUmc
5. Hogeschool Inholland
6. Parnassia Groep
7. GGz Centraal
8. Maastricht University

Inhoud (wat)

Ongezonde eetgewoonten en weinig fysieke activiteit spelen een grote rol in het ontstaan van aandoeningen (o.a. metabool syndroom) die bijdragen aan de 10-20 jaar verkorte levensduur bij mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) [1]. Ondanks meer aandacht voor en onderzoek naar het probleem afgelopen jaren, blijkt structurele verandering echter lastig; richtlijnen worden onvoldoende opgevolgd [2], interventies blijken op de langere termijn niet effectief [3] en de gezondheidsstatus lijkt weinig veranderd. Een multidisciplinaire geïntegreerde aanpak is succesvol gebleken [4], maar vergt veel inspanning. Wat maakt het zo lastig om onze somatische zorg te verbeteren? Waarom worden richtlijnen niet opgevolgd? Hoe verhouden 'eigen regie' en gezondere leefstijl zich met elkaar? Welke rol spelen wij als hulpverleners in het probleem en speelt fatalistisch gedachtegoed een rol bij deze doelgroep? In deze discussiegroep willen we vanuit verschillende perspectieven van de langdurige zorg leren van mislukte pogingen en successen en knelpunten bespreken, om de ongeschijnlijke status quo te doorbreken.

Vorm (hoe)

Debatleider: Wiepke Cahn (hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen en hoofd onderzoek van het zorgprogramma Lijf & Leven) Panelleden (ieder een korte presentatie/inleiding, gevolgd door een aantal stellingen)

- Frederike Jörg (postdoc onderzoeker) heeft ervaring met studies gericht op het vormgeven en implementeren van een leefstijlgerichte aanpak in klinische en beschermde woonvormen en bij FACT patiënten. Wat zijn de 'lessons learned' van interventies die het gewenste effect niet of maar ten dele bereikt hebben?
- Berno van Meijel (hoogleraar en lector GGZ-verpleegkunde) was o.a. betrokken bij de richtlijnen omtrent somatische screening en leefstijl bij mensen met EPA en zal vanuit zijn ervaring de kansen en uitdagingen vanuit verpleegkundig perspectief benaderen.
- Shanna de Freitas is ervaringsdeskundige bij GGz Centraal, heeft de afgelopen jaren zelf geworsteld met het thema leefstijl en helpt inmiddels mede-cliënten op weg. Zij zal delen wat volgens haar belemmerend en helpend is en het gesprek aangaan over knelpunten.
- Jeroen Deenik (gezondheidspsycholoog en promovendus) deed o.a. onderzoek naar een multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling in de langdurige zorg. Deze bleek erg succesvol op de lange termijn. Aan de hand van een implementatie-evaluatie kaart hij aan wat er volgens hem nodig is om de leefstijl in de langdurige zorg te verbeteren.

Mogelijke stellingen

- Leefstijl is onderdeel van de behandeling en als zodanig een verplicht element
- Geïntegreerde aandacht voor leefstijl is haalbaar op mijn afdeling
- Gezondere leefstijl van cliënten en medewerkers moet beloond worden
- Ik ben zelf de sleutelpersoon als het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl van mijn patiënten.

Leerdoelen

Deelnemers leren

- (1) wat niet effectief is in het veranderen van leefstijl(beleid) in de langdurige zorg,
- (2) wat de kansen en voorwaarden zijn voor verbetering en
- (3) welke rol zij hierin zelf (kunnen) spelen

Literatuurverwijzing

1. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry*. 2015;72(4):334-341.
2. Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, Bruggeman R, Jorg F. Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry*. 2017.
3. Jörg F, Looijmans A, Stiekema A, Van der Meer L, Schoevers R, Corpeleijn E. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2017;41:S267-S268.
4. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiatry*. 2015;72(4):334-341.
5. Bruins J, Pijnenborg GH, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis AA, Bruggeman R, Jorg F. Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *J Clin Psychiatry*. 2017.
6. Jörg F, Looijmans A, Stiekema A, Van der Meer L, Schoevers R, Corpeleijn E. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: ELIPS, a randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2017;41:S267-S268.
7. Deenik J, Tenback D, Tak E, Rutters F, Hendriksen I, van Harten P. Effects of a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment on physical and psychiatric health in in patients with severe mental illness: the MULTI study I. Submitted.

D28 De toekomst van de psychiatrie - een discussiegroep georganiseerd door psychiatrienet.nl

prof.dr. Wijbrand Hoek ^{p^{1,2,3}} / prof.dr. Peter van Harten ^{p^{4,5}} / prof.dr. Wim Veling ^{p²} / prof.dr. Floor Scheepers ^{p⁶} / prof.dr. Walter van den Broek ^{p⁷}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassia Groep
2. Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen
3. Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA
4. GGz Centraal Innova
5. Maastricht University
6. Hersencentrum, afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht, Universiteit Utrecht
7. institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR), Afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam

Inhoud (wat)

De kunstmatige intelligentie en robotisering zullen de komende 20 jaar de samenleving nog ingrijpender veranderen dan de komst van de auto en de wasmachine in de jaren vijftig en het internet en de mobiele telefoon in de jaren negentig. Robots worden net zo gewoon als smartphones dat momenteel zijn. Daniela Rus, directeur van de Computer Science and Artificial Intelligence Laboratory (CSAIL) van het Massachusetts Institute of Technology (MIT), claimt dat robots de dokters niet zullen vervangen maar dat robots van elke dokter een topexpert maken. De dokter beslist nog steeds maar krijgt betere informatie. Ook in de psychiatrie verwachten we dat kunstmatige intelligentie veel van onze taken zal overnemen. Afgelopen jaar is daar een discussiegroep aan gewijd waarbij een toekomstig scenario geschetst werd waarbij robots vele toekomstige taken zouden gaan overnemen zoals voorschrijven van medicatie, beeldherkenning, en waarin platforms een deel van de zorg gaan overnemen. In deze discussiegroep blijven we wat dichterbij. Vier panelleden geven een inleiding over wat al in hun praktijk gebruikt wordt en we vragen hen om een toekomstvisie: wat wordt de waarde als dit zich verder door ontwikkelt. Wim Veling bespreekt hoe augmented en virtual reality psychiatrische symptomen kan beïnvloeden. Peter van Harten demonstreert hoe wearables de diagnostiek buiten de spreekkamer (in real life) brengt. Floortje Scheepers vertelt hoe big data op individueel niveau voorspellingen kunnen doen. Walter van den Broek zal voorbeelden geven van de technologische vernieuwingen in de opleiding van artsen en specialisten. Wijbrand Hoek zal als discussieleider, evenals vorig jaar het publiek stimuleren om actief mee te discussiëren over de ontwikkelingen die ons werk en de zorg ingrijpend zullen wijzigen.

Vorm (hoe)

In deze discussiegroep laten de sprekers zien welke vormen van kunstmatige intelligentie zij al gebruiken en wat de waarde ervan zal zijn in de toekomst. Daarna zullen zij met u hierover in discussie gaan.

Leerdoelen

Aan het einde van de discussiegroep kent de deelnemer een aantal nieuwe en belangrijke technologische ontwikkelingen, die ons vak in de naaste toekomst sterk zullen gaan beïnvloeden. Daarnaast vragen we de deelnemers mee te denken hoe bestaande tools op het gebied van kunstmatige intelligentie in de dagelijkse praktijk toegepast kunnen worden.

Literatuurverwijzing

<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/08/robots-naar-mars-sturen-is-makkelijker-dan-robots-de-was-laten-vouwen-12901939-a1572794><http://danielarus.csail.mit.edu/index.php/category/research/><https://vrmentalhealth.nl/><https://www.artsenauto.nl/big-data-brengt-individu-in-kaart/><https://www.channelweb.nl/artikel/achtergrond/datamanagement/5821397/5249068/video-de-impact-van-big-data-op-zorg-en-psychiatrie.html>

D29 Werken met zorgstandaarden in de praktijk

prof.dr. Niels Mulder ^{p1} / Prof.dr. Ralph Kupka ^{p2} / Prof.dr. Anton van Balkom ^{p3}

P: Debatleider / panelleden

1. Parnassiagroep / Erasmus MC
2. GGz Ingeest / VUMC
3. GGZ Ingeest / VUMC

Inhoud (wat)

In 2017 zijn er 48 zorgstandaarden en generieke modules gereed gekomen. Deze vinden nu hun weg naar de praktijk, maar hoe loopt dat? Waar lopen we tegenaan bij de implementatie? Zijn de standaarden bekend en uitvoerbaar? Wat doen we wanneer dit niet lukt of niet kan? Wat is de juridische status van een zorgstandaard en hoe verhoudt die zich tot de richtlijnen? We hebben evidence-based kennis, professionele kennis en kennis vanuit ervaringsdeskundigheid. Niet altijd is helder in de standaarden wat het zwaarst weegt en waarom. Hoe gaan we om met deze onzekerheid in onze dagelijkse praktijk? In de zorgstandaarden worden aanbevelingen gedaan voor de organisatie van zorg en het stellen van prioriteiten. Is dit werkbaar en hoe kunnen we deze producten gebruiken bij het verder optimaliseren van onze behandelingen? Wat moet er veranderen bij een volgende versie van de standaarden? Kom naar de discussiegroep en praat mee over deze belangrijke ontwikkelingen bij de uitvoering van ons vak.

Vorm (hoe)

Vier korte presentaties door collega's die betrokken zijn bij het ontwikkelen en implementeren van de zorgstandaarden / generieke modules en vervolgens discussie met de mensen in de zaal.

Leerdoelen

Kennis nemen van de status van zorgstandaarden / generieke modules, gesprek aangaan over de mogelijkheden / beperkingen ervan in de praktijk en hoe we deze producten kunnen gebruiken voor het verder optimaliseren van onze behandelingen.

Literatuurverwijzing

De zorgstandaarden en generieke modules zoals die bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) op de website staan.

D30 Zijn wij als psychiaters goed genoeg geschoold in het Status Mentalis-Onderzoek?

MSc Michiel Rietveld ^{p1} / Dr. Jeroen Lijmer ^{p2} / Dr. Rien Van ^{p1} / Prof.Dr. Michiel Hengeveld ^{p3} / Drs. Lisette van Grastek ^{p1}

P: Debatleider / panelleden

1. Arkin
2. OLVG
3. Praktijk Hengeveld

Inhoud (wat)

Elke psychiater verricht dagelijks een Status Mentalis-Onderzoek (SMO). Tegelijkertijd is er nauwelijks onderzoek naar betrouwbaarheid van het SMO. Evenmin heeft het wel een plaats in onderwijs van medisch studenten, maar niet in opleidingsplannen voor psychiaters. De vraag is of dat terecht is en niet leidt tot een grotere variatie in interpretatie tussen psychiaters dan wenselijk. In deze discussiegroep presenteren we de resultaten van een enquête-onderzoek onder 402 psychiaters en aios naar gebruik van het SMO. Het blijkt dat er een sterke behoefte is aan extra (na)scholing in het SMO. Tevens blijkt dat in de dagelijkse praktijk slechts een deel van het 24-items tellende SMO wordt gebruikt. Dit terwijl de Nederlandse richtlijn stelt dat items die niet ingevuld worden als niet beoordeeld worden beschouwd. In deze discussiegroep willen we de discussie voeren of systematische onderwijs in het SMO voor de psychiater nodig is en wat dat kan opleveren. Tevens laten we zien hoe dergelijk onderwijs er uit zou kunnen zien.

Vorm (hoe)

Interactieve inleiding waarin in gegaan zal worden op de historie van het SMO, de beschikbare evidentie en het huidige gebruik in Nederland. Aan de hand van video fragmenten zullen de 24 verschillende items van het SMO beoordeelen en bespreken. Panel discussie met experts uit onder meer de richtlijn-commissie psychiatrisch diagnostiek. Tevens is er ruimte voor discussie betreffende de huidige vorm, het belang en de positie van het SMO in Nederland. Tot slot zal besproken worden of SMO-onderwijs een vast onderdeel moet worden van het curriculum in de opleiding tot psychiater.

Leerdoelen

- Vergroten van achtergrondkennis betreffende het SMO.
- Inzicht vergroten in scholingsmogelijkheden voor alle items van het SMO.
- Discussie betreffende de rol van het SMO in de opleiding tot psychiater en in bij en nascholing.

Literatuurverwijzing

- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek (3de, geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2003
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. <http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrischediagnostiek-2015>.
- Rodenhauser P, Fornal RE. How important is the Mental Status Examination? Psychiatric Hospital 1996; 22(1): 21-24- Sno HN. Het psychiatrisch onderzoek tegen de achtergrond van evidence-based medicine. Tijdschrift voor psychiatrie 2008; 50(6): 353-358

D31 SAP-discussiepanel: translationele uitdagingen in de opleiding

MSc Peter Mulders ¹ / Don van Zanten _p / Eveline Ackermans _p / Carmen van Geel _p / Esther Vroege _p

P: Debatleider / panelleden

1. RadboudUMC

Inhoud (wat)

Translationele uitdagingen binnen de psychiatrie vragen om psychiaters die de kennis en kunde hebben om die uitdagingen aan te gaan. Dit vraagt dan weer om een opleiding die de psychiaters van de toekomst hierin schoolt. Voortschrijdende inzicht over psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld over comorbiditeit, maakt dat transdiagnostisch denken hierin steeds frequenter nodig is. Maar hoe zorgen we ervoor dat de opleiding hierin meegroeit? Is de huidige manier van opleiden hierin beperkend, of biedt het juist veel mogelijkheden? Moet kennis worden verdiept binnen de huidige lijnen, of moeten we juist de inhoud ontschotten en naar een nieuwe manier van denken en opleiden? Het SAP wil, samen met experts die stellingen zullen aandragen, graag met u hierover in discussie.

Vorm (hoe)

Zoals eerdere edities, zullen zowel AIOS als psychiaters die nauw verbonden zijn met het onderwijs een stelling presenteren, waarbij er met de aanwezigen in discussie wordt gegaan. Dit wordt ondersteund met digitale stem-systemen.

Leerdoelen

Door middel van de stellingen en discussie zullen de aanwezigen meer zicht krijgen op de verschillende aspecten die binnen de opleiding spelen, alsook dat we gezamenlijk een beeld kunnen vormen van hoe de opleiding in de toekomst ingericht kan worden in lijn met de veranderingen binnen het vak.

Literatuurverwijzing

n.v.t.