Congres; De toekomst van de GGZ – 4 juni 2015, Burgers’ Zoo te Arnhem.

08:30 Ontvangst en inschrijving

09:30 *dhr. Arend Jan Heerma van Voss;* Introductie van de dag en het thema door de dagvoorzitter

09.45 prof. dr. Philippe Delespaul*;* De toekomst van de klinische GGZ: to boldly go where no man has gone before.

De GGZ is ontwikkeling, sommigen zeggen in een malaise. De zorgvraag overstijgt de aanwezige resources en de sector wordt afgerekend op een vermeende inefficiëntie. In ieder geval zijn we onvoldoende in staat het tegenargument te bieden, nl. dat we een professionele sector zijn die over de afgelopen jaren grote stappen genomen heeft om transparant en efficiënt te worden. Er is veel bereikt maar de maatschappelijke beoordeling blijft negatief.

Moderne GGZ zorg is een ‘zorg voor velen’ en dat betekent dat we efficiënter en minder protectionistisch met onze resources moeten omgaan. De te behandelen problemen zijn eerder kwetsbaarheden dan ziekten. Hulpverlening moet dus gericht zijn op de ontwikkeling van weerbaarheid. De relevante vraag wordt dan: wie heeft wanneer welke zorg nodig? En hierin biedt de evidence based literatuur geen antwoord. Verder zal de strategie gericht moeten zijn op de ontwikkeling van weerbaarheid waardoor het functioneren buiten de symptomatologie relevant wordt (positieve psychologie). De generalistische basis GGZ biedt mogelijkheden om deze uitdagingen aan te gaan.

10:45 **Koffie pauze**

11:15 *prof. dr. Jan Derksen*;De toekomst van de ambulante GGZ.

In deze bijdrage wordt er uitgebreid ingegaan op de geschiedenis van de ambulante GGZ in Nederland, de ontwikkelingen in deze GGZ, op de financiering en kom tot de conclusie dat niet zozeer de psychische aandoeningen zijn toegenomen, maar dat de vraag naar GGZ hulp en de invloed van de bestaande aandoeningen op onze cultuur en samenleving sterk zijn toegenomen. Hetgeen ik een 'GGZ-discours' noem is ontstaan tegen de achtergrond van sociaal culturele veranderingen die in de jaren zestig zijn ingezet. Het wegvallen van de zuilen en van de hulpen vanuit ideologieën om de opvoeding van kinderen vorm te geven en het toegenomen narcisme, hebben geleid tot een meer extraverte, naar buiten gerichte intrapsychische architectuur. Psychische kwetsbaarheden zijn veel meer centraal komen te staan en hulp ervoor is door de sterke ontwikkeling van de beroepsgroep veel meer en gemakkelijker beschikbaar geworden. Nu wordt door politici, beleidsmakers en verzekeraars getracht te bezuinigingen maar de manier waarop dit gebeurt lijkt niet de juiste wijze om een sluis die is opengezet weer dicht te laten. Met een andere aanpak met betrekking tot de inhoud en organisatie van de ambulante GGZ wordt deze bijdrage afgesloten.

12:15 Debat; met de sprekers en dr. Nel Draijer – NVP, prof. Dr. Giel Hutschemaekers – Radboud/Pro Persona, drs. Hans de Veen – RvB Mondriaan, en vertegenwoordigers NVvP, het NIP en GGZ Nederland.

13:00 **Lunch**

14:00 dr. Bertine Lahuis; Het organiseren van de Kinder- en jeugdpsychiatrie

Vanaf 1 januari 2015 valt de kinder,- en jeugdpsychiatrie onder de nieuwe Jeugdwet. Ondanks verzet van ouders, patiënten en professionals uit de psychiatrie is deze politieke beslissing genomen. Wat betekent deze wijziging naar decentrale beleidsverantwoordelijkheid nu voor de kinder,- en jeugdpsychiatrie?

In deze presentatie zal nader worden ingegaan op de te verwachten gevolgen (positief en negatief), en over wat tot op heden daarvan reeds merkbaar is. Er worden kanten belicht van effecten op zorginhoud en vernieuwing, veranderende professionele taken en verantwoordelijkheden, en de impact van zo’n majeure verandering op een GGZ organisatie. Theorie, voorspellingen en voorbeelden uit de praktijk. Hoe maakt de kinderpsychiatrie duidelijk en zichtbaar dat zij een meerwaarde heeft voor de zorg voor jeugd: met kennis en zorg. Een uitdaging voor een betere positionering van de GGZ in de samenleving!

14:45 *prof. Dr. Heleen Riper*; E-Health in de GGZ van de toekomst.

Depressies en angststoornissen komen vaak voor, gaan gepaard met een hoge lijdensdruk, verminderd dagelijks functioneren én met substantiële kosten. Cognitieve gedragstherapieën zijn bewezen effectieve interventies voor de preventie en behandeling van deze aandoeningen. Niet iedereen heeft echter (op tijd) toegang tot deze interventies en eveneens zijn deze interventies niet voor alle patiënten even effectief.

In deze presentatie wordt een ‘beyond state of the art’ gegeven van eMental-health vanuit wetenschappelijk en praktijk-perspectief. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat Internet-interventies mogelijk even effectief zijn als face-to-face behandelingen en dat deze tegen lagere kosten aangeboden kunnen worden. Ook hier geldt echter dat niet alle patiënten baat hebben bij Internet behandelingen. Deze presentatie richt zich vervolgens dan ook op de vraag hoe de effectiviteit van met name CGT behandelingen voor de veelvoorkomende psychische aandoeningen verhoogd kan worden middels personalisatie en innovatieve ICT toepassingen. Personalisatie betekent dat individuele en omgevingsfactoren van de patiënt meegenomen worden bij het vaststellen van de diagnose, het behandelaanbod en de voorspellingen over de te verwachten behandeleffecten. We verkennen of zelfmanagement, therapietrouw en behandeleffecten verbeterd kunnen worden door middel van persuasieve technologieën (‘serious gaming”, ‘virtual reality’ en sociale media) én door toepassing van ‘mobile ecological momentary assessment, intervention’ en onderzoeksmethoden (EMAs/EMIs/EMOs). Met behulp van deze laatste methoden monitoren patienten hun stemming en gerelateerde factoren in hun natuurlijke omgeving (“quantifying the self”). Deze metingen vormen een interactief onderdeel van behandeling (“quantifying the professional”) en van het informele netwerk van patienten (“quantifying the community”). Om dit onderzoek succesvol uit te voeren is multi-disciplinaire wetenschappelijke samenwerking nodig én samenwerking met stakeholders zoals patiënten, zorgverzekeraars, en productontwikkelaars. Ik begin en eindig mijn presentatie af met een aantal stellingen die ik aan de deelnemers voorleg. Deze stellingen zijn gecentreerd rondom drie kernbegrippen die de toekomstige GGZ zullen vormen. Deze zijn (1) de integratie van face to face én online preventie en behandeling (‘blending’), (2) het toepassen van persuasieve technologieën (‘engaging’) en (3) het delen (‘sharen’) van kennis en zorg tussen de patient, behandelaar en netwerk van beiden. Deze stellingen dienen als input voor de discussie waarmee ik mijn presentatie eindig.

15:30 **Thee Pauze**

16:00 prof. Dr. Richard Janssen; Transities in de zorg en betekenis voor de integrale GGZ organisatie.

In deze bijdrage zal aandacht gegeven worden aan de dynamiek achter de transities in de zorg en wat hiervan de betekenis voor de “externe organisatie” van de zorg is. In dit verband zal de dynamiek in de GGZ sector beschreven worden en welke implicaties dit heeft voor portfolio en organisatievraagstukken. Tot slot zal de betekenis geduid worden voor strategische vraagstukken.

16:45 2e Debat; met de sprekers van het middagprogramma, aangevuld met praktijkbeoefenaren binnen en buiten de GGZ.

17.30 *dhr. Arend Jan Heerma van Voss*; Dagafsluiting dagvoorzitter

17.45 **Borrel**