

VU Research Portal

De toekomst van de psychiatrie

Sommer, I.E.; Tijdink, J.K.; Hillegers, M.; Selten, J.-P.; Van Beveren, N.; Schoevers, R.

published in

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
2019

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Sommer, I. E., Tijdink, J. K., Hillegers, M., Selten, J.-P., Van Beveren, N., & Schoevers, R. (2019). De toekomst van de psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(51), [D4448]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-toekomst-van-de-psychiatrie-1>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

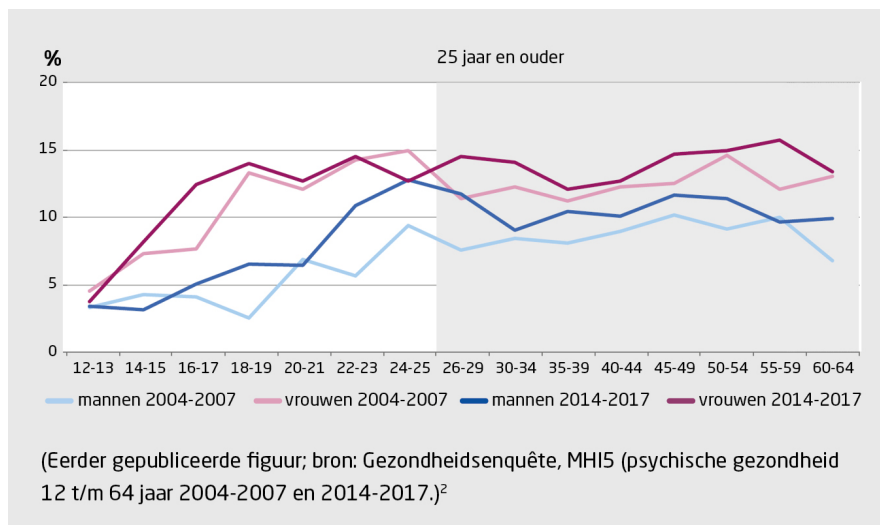
De toekomst van de psychiatrie

Iris E. Sommer, Joeri K. Tijdink, Manon Hillegers, Jean-Paul Selten, Nico van Beveren en Robert Schoevers

Samenvatting

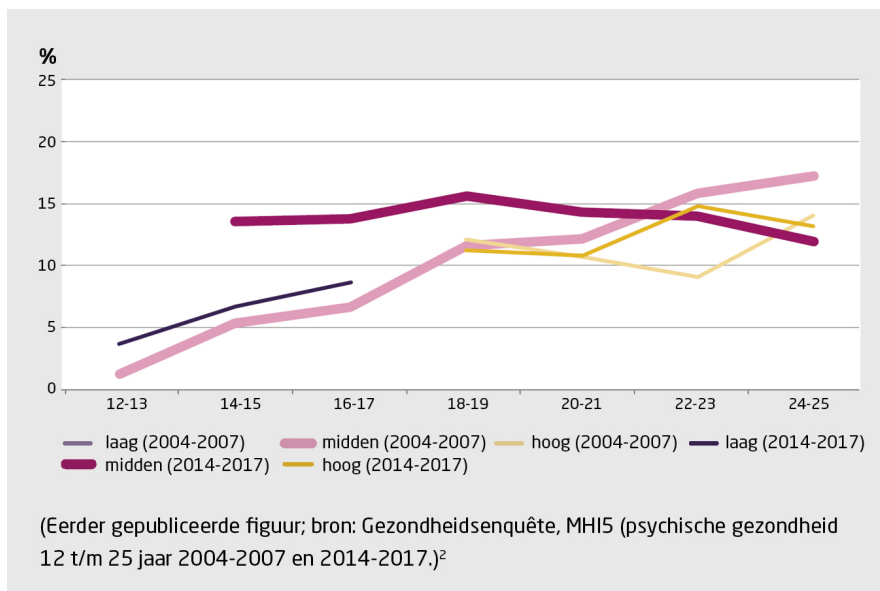
De psychiatrie is een mooi vak, maar ook een jong en complex vak. Dat betekent dat er nog veel ruimte is voor groei en ontwikkeling. In de afgelopen tien jaar vond een aantal verschuivingen plaats in de organisatie van psychiatrische zorg, met als gevolg minder aandacht voor de evidence-based behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, en meer geld voor laag-specialistische behandeling van lichtere vormen van psychopathologie. Er waren belangrijke wetenschappelijke bevindingen die meer inzicht verschaften in de mechanismen achter psychiatrische aandoeningen, mechanismen die de basis kunnen vormen voor daadwerkelijke vernieuwing en verbetering van de behandelingen, waarvan we hopen dat die het komend decennium de behandelkamer bereiken. Daarnaast is het agenderen en prioriteren van preventie op jonge leeftijd noodzakelijk, in eerste instantie voor kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen. Beide doelen: nieuwe behandelingen en preventie zijn binnen handbereik, maar zijn afhankelijk van goede samenwerking tussen partijen binnen regionale netwerken, en tussen klinici, onderzoekers, onderwijs- en gemeentelijke instellingen.

Het begin van een nieuw decennium is een mooi moment om terug te kijken op wat achter ons ligt, de balans op te maken over wat goed gegaan is en wat niet. Het is ook een goed moment om vooruit te blikken. Welke kansen zijn er in het nieuwe decennium, en hoe kunnen we die benutten? Welke voetangels en klemmen moeten we daarbij vermijden?



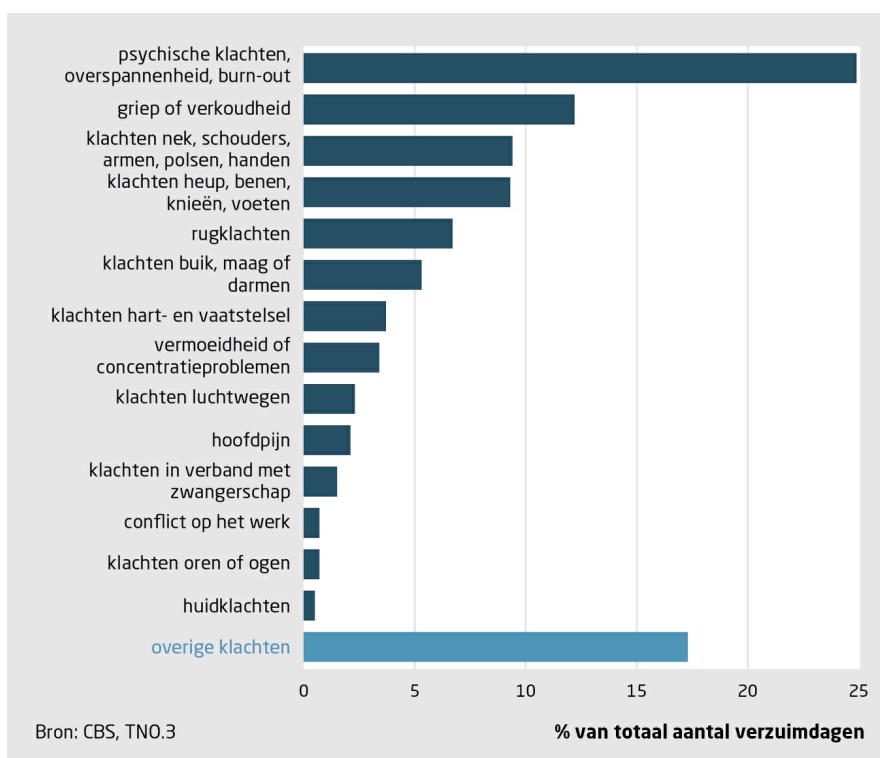
Figuur 1
Het aantal mensen met psychische problemen nam in het afgelopen decennium licht toe

De psychiatrie is een jong vak in ontwikkeling, waarin nog veel onbekend is. Dat betekent dat er veel ruimte is voor verbetering. Die verbetering is hard nodig, want psychische klachten veroorzaken veel lijden en er is een hoge maatschappelijke ziektebelasting. In Nederland treedt bij 42,7% van de bevolking ooit in het leven een psychische stoornis op.¹ De afgelopen jaren is dit percentage licht gestegen (zie figuur 1). Het aantal jongeren (12-25 jaar) dat psychisch ongezond is steeg de afgelopen 10 jaar licht, waarbij psychische problemen op jongere leeftijd beginnen, vooral bij meisjes (figuur 2).²



Figuur 2
Psychische problemen bij meisjes en vrouwen van 12-25 jaar naar opleidingsniveau, vergeleken met 10 jaar geleden

Psychische stoornissen vormen in Nederland inmiddels de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid (figuur 3).³



Figuur 3
Verzuim werknemers in 2017
Ingedeeld naar klacht bij het laatste verzuim

Wat ging goed?

Meer openheid, minder taboe

Patiënten met psychiatrische stoornissen worden steeds beter herkend, en krijgen eerder zorg. Dat gaat hand in hand met een grotere openheid en een geleidelijke afname van het taboe over psychische klachten; in de spreekkamer, onder bekenden, op de werkplek en in allerlei media. In diverse campagnes is er aandacht geweest voor depressie en voor suïcide (figuur 4).

Landelijke campagne 113 Zelfmoordpreventie weer van start

22 mei 2018



Let op: het telefoonnummer van de zelfmoordpreventielijn is 0900-0113. De overheid heeft het nummer 113 tot nu toe niet vrij willen geven voor dit doel.

Figuur 4
Voorbeeld van een campagne van 113.nl

Nieuwe inzichten

Het psychiatrisch onderzoeksgebied is volop in ontwikkeling. Nederland doet het wereldwijd uitstekend op het gebied van onderzoek naar psychische stoornissen. Dat is toe te schrijven aan zeer goed klinisch en fundamenteel onderzoek, maar zeker ook aan succesvolle langlopende cohortstudies zoals NESDA, Generation R, TRAILS en GROUP.^{4,5}

Ook internationaal is er veel gebeurd, waarbij grote wereldwijde genetica consortia in het oog springen.⁶ Zo werd bijvoorbeeld aangetoond dat de erfelijke aanleg overlapt tussen verschillende psychiatrische aandoeningen, zoals autisme, schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie en angststoornissen.⁷ Het symptoom-overstijgend diagnostisch denken doet zijn intrede in de wetenschap en spreekkamer. De genetica bracht meer inzichten die nieuwe therapeutische opties kunnen opleveren. Denk hierbij aan specifieke moleculaire mechanismen voor fundamenteel vernieuwende behandelingen, zoals de associatie tussen psychische stoornissen en inflammatie, calciumkanalen en glucosemetabolisme.⁶

De laatste jaren is meer belangstelling ontstaan voor de werking van psychoactieve stoffen als MDMA (bij PTSS), ketamine en psilocybine (bij depressie). In Nederland lopen nationale en internationale trials op dit gebied. Deze middelen kunnen, naast directe effecten op bijvoorbeeld stemming, ook een versnelling en verdieping geven van psychotherapeutische processen.⁸

Wat ging niet goed?

Het gat tussen wetenschap en praktijk

De diagnose van een psychische stoornis is nog steeds relatief subjectief en kan gemakkelijk worden opgerekt. De behandeling met een antidepressivum of antipsychoticum berust nog steeds op trial-and-error, bij gebrek aan goede biomarkers die de werkzaamheid voorspellen. In de spreekkamer heeft de psychiater nog onvoldoende handvatten om een wereld van hersenonderzoek, genetica en 'personalized medicine' om te zetten in effectieve behandelingen. Daarnaast wordt de psychiater geconfronteerd met voortdurende reorganisaties, veranderingen en transities in de zorg. Het gevolg is een kloof tussen wetenschap en praktijk.

Dit gold ook voor het breed opgezette Routine Outcome Monitoring (ROM), waarbij patiënten regelmatig vragenlijsten invullen over symptomen en functioneren. Opgezet als instrument om zorg te evalueren en verbeteren, werd het (te) snel overgenomen en misbruikt door verzekeraars als contracteringsinstrument. Uiteindelijk is het ROM gestrand op privacybezwaren.^{9,10} Maar wie weet resteert een unieke infrastructuur die geschikt is om samen met patiënten systematisch uitkomsten te meten. Een meetinstrument dat past bij Value Based Healthcare.¹¹

Reorganisatie

In 2015 is er een harde knip aangebracht in de financiering van psychiatrische zorg voor jongeren. Dat is juist de leeftijdsfase

waarin ernstige psychiatrische ziekten ontstaan en continuïteit van zorg essentieel is. Dit zorgde voor behandelingsverschillen per gemeente, langere wachttijden, grote schaarste aan gespecialiseerde zorg, een forse toename in bureaucratie en een uittocht aan ervaren kinder- en jeugdpsychiaters.¹² Ook de volwassenpsychiatrie heeft een beddenreductie ondergaan, die ingezet werd om kosten te besparen, maar niet gecompenseerd werd met voldoende gespecialiseerde ambulante zorg. In een aantal regio's is de 'gang naar de wijk' omarmd, met als gevolg een wildgroei aan 'keukentafelgesprekken' en verlies van zorgvuldig opgebouwde specialistische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Daarbij zijn de effecten van de marktwerking niet altijd positief. Het is voor instellingen financieel aantrekkelijk om relatief eenvoudige psychiatrische stoornissen te behandelen, en het is beduidend minder winstgevend om de meest zieke patiëntengroep te behandelen. We zien collega's ggz-instellingen verruilen voor eigen praktijken of werk op freelancebasis, waardoor kerntaken van de psychiatrie, waaronder de 24-uurszorg voor de ziekste patiënten, in het gedrang komen. Als psychiaters kunnen we een voorbeeld nemen aan de huisartsen, die met de actie 'Het roer moet om' hebben aangetoond wat de enorme negatieve impact is van overmatige bureaucratie op efficiënte patientenzorg.¹³

Kentering in onderzoek

Gelijktijdig met deze nieuwe vermaatschappelijking van de psychiatrie vond een kentering plaats in het Nederlands psychiatrisch onderzoek. Van meer fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, naar direct toepasbaar onderzoek gebaseerd op vragen vanuit de praktijk. Directe toepasbaarheid houdt in dat we voortbouwen op de (beperkte) mechanismen die we al kenden. Dat betekent kleine verbeteringen in bestaande behandelingen, bejegening en dagbesteding, maar geen wezenlijke vernieuwing of verbetering. De patiënt kreeg een betere plek in het onderzoek: zowel bij het prioriteren als het uitvoeren als onderzoeker-ervaringsdeskundige, een positief punt. Toch heeft dit niet geleid tot een grotere participatie in wetenschappelijk onderzoek. Lopende klinische studies hebben vaak grote moeite om deelnemers te includeren.

Het nieuwe decennium

Wet Bopz

In het nieuwe decennium kan alles beter worden, al zijn er wel valkuilen. We beginnen direct per 1 januari 2020 met de Wet verplichte ggz, ter vervanging van de Wet Bopz. Wanneer dwang nodig is, mag dat ook buiten instellingen toegepast worden, wat gedwongen medicamenteuze behandeling thuis mogelijk maakt.¹⁴ Misschien een stap vooruit, maar wel met een veel grotere administratieve belasting, die wringt met de praktische uitvoerbaarheid.

Preventieprogramma's

Epidemiologisch onderzoek van het afgelopen decennia heeft ons een schat aan kennis opgeleverd over risicofactoren voor psychiatrische problematiek. De komende jaren is onze uitdaging deze kennis te vertalen naar preventieprogramma's die zich richten op het terugdringen van bijvoorbeeld emotioneel trauma op de kindertijd, alcohol- en drugsgebruik op jonge leeftijd en het bevorderen van een gezonde levensstijl. Ook werd duidelijk dat kinderen van ouders met een psychiatrische aandoening zeer kwetsbaar zijn en dat onderzoek nodig is naar de effecten van psycho-educatie en preventief verbeteren van copingstrategieën voor deze groep.^{15,16} Psychiaters kunnen een belangrijke initiërende rol spelen in preventieprogramma's en coalities aangaan met politiek, onderwijs en somatische zorg voor een bredere inbedding in de samenleving.¹⁷

Moleculaire mechanismen

Naast preventie is het tijd om behandelingen te ontwikkelen op basis van nieuw verworven kennis van moleculaire mechanismen die morbiditeit en mortaliteit verlagen. Er zijn sterke aanwijzingen voor een vroege rol van het immuunsysteem, de glucosehuishouding en ionkanalen bij verschillende psychiatrische aandoeningen.¹⁸ Grote GWAS-studies wezen concrete loci aan voor moleculaire mechanismen die nieuwe inzichten verschaffen. Sommige van deze loci zijn direct 'drugable' dat wil zeggen direct met geneesmiddelen te behandelen, omdat er al geneesmiddelen geregistreerd zijn die reeds op de target-moleculen aangrijpen.¹⁹ Zulke repurposing geneesmiddelen (zoals selectieve oestrogenreceptor-modulatoren, minocycline, bumetanide en calciumkanaalantagonisten) hebben een groot voordeel omdat veiligheid en dosering bij mensen al bekend zijn, wat de ontwikkelingskosten met 90% vermindert.²⁰⁻²⁴ Dit zijn studies die onderzoekers met financiering van bijvoorbeeld ZonMW of EU kunnen uitvoeren, zonder sponsoring van de farmaceutische industrie. Nieuwe methoden, die rap in prijs dalen, bieden de mogelijkheid voor genetica 2.0, waarbij kwantificatie van farmaco-genetica, microbiom en stresssysteem op individueel niveau kunnen worden toegepast voor zorg op maat.²⁵⁻²⁷ Zo kan bijvoorbeeld de combinatie van erfelijke aanleg en darmflora de werking en bijwerking van medicatie voorspellen.²⁸ We verwachten dat hiermee de komende 10 jaar een individueel profiel kan worden

opgesteld dat de rationale vormt voor de keuze van farmacotherapie en psychotherapie; de lang beloofde behandeling op maat ('personalised medicine') komt nu echt dichterbij.

Integraal Psychiatrie Centrum Nederland

Onderzoek naar effectievere behandelingen zijn veelbelovend, maar de uitvoering is niet eenvoudig. De academische centra zijn te klein om grotere trials alleen uit te voeren en de samenwerking met ggz-instellingen is essentieel. Bovendien moeten de onderzoeksresultaten zo snel mogelijk in de praktijk toegepast worden. Voor een mooie samenwerking tussen de tweede en derde lijn mag de psychiatrie spieken bij de oncologie. Het Integraal Kanker Centrum Nederland registreert de gegevens van alle patiënten met kanker in Nederland, analyseert de gegevens en deelt de resultaten.²⁹ De oncologie is er op deze wijze in geslaagd een zeer effectieve kenniscyclus van onderzoek, implementatie en onderwijs te realiseren. Laten we dit voorbeeld het komend decennium volgen in de psychiatrie. Er zijn recent twee grote landelijke studies gestart naar het afbouwen van antipsychotica (HAMLETT) en antidepressiva (OPERA) die een netwerk opzetten tussen de eerste, tweede en derde lijn. Dat lijkt ons een mooie basis voor het 'Integraal Psychiatrie Centrum Nederland'.³⁰

Psychiatrie is een prachtig vak. Maar het is ook een jong en complex vak, waarin nog veel te ontdekken valt. Dat kan alleen als vooruitgang wordt gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van klinici en onderzoekers, samen met, en voor patiënten.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4448
- Rijksuniversiteit Groningen-UMC Groningen, Groningen.Afd. Biomedische wetenschappen: prof.dr. I.E. Sommer, psychiater.Universitair Centrum Psychiatrie: prof.dr. R.A. Schoevers, psychiater.Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Metamedica, Amsterdam: dr. J.K. Tijdink, psychiater.Erasmus MC-Sophia kindziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie/psychologie, Rotterdam: prof.dr. M. Hillegers, psychiater.GGZ Rivierduinen, Leiden: prof.dr. J.P. Selten (tevens: School for mental health and neuroscience, Universiteit Maastricht).Antes-Parnassia Center for Mental Health Care: dr. N. van Beveren (tevens: Department of Psychiatry, Erasmus Medical Center en Department of Neuroscience, Erasmus Medical Center, Rotterdam).
- Contact: I.E. Sommer (i.e.c.sommer@umcg.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 8 november 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D4448

Literatuur

1. De Graaf R, ten Have M, van Dorselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
2. Schoemaker C, Kleinjan M, Van der Borg W, et al. De mentale gezondheid van jongeren; enkele cijfers en ervaringen. Bilthoven: RIVM; 2019.
3. Ziekteverzuim volgens werknemers naar klachten, 2017. www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/25/ziekteverzuim-volgens-werknemers-naar-klachten-2017, geraadpleegd op 13 november 2019.
4. Kooijman MN, Kruithof CJ, van Duijn CM, et al. The Generation R Study: design and cohort update 2017. Eur J Epidemiol. 2016;31:1243-64. [doi:10.1007/s10654-016-0224-9](https://doi.org/10.1007/s10654-016-0224-9). [Medline](#)
5. ZonMw. Programma Geestkracht. www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/ggz-programma-geestkracht/publicaties/, geraadpleegd op 13 november 2019.
6. Gaspar HA, Breen G. Drug enrichment and discovery from schizophrenia genome-wide association results: an analysis and visualisation approach. Sci Rep. 2017;7:12460. [doi:10.1038/s41598-017-12325-3](https://doi.org/10.1038/s41598-017-12325-3). [Medline](#)
7. Anttila V, Bulik-Sullivan B, Finucane HK, et al.; Brainstorm Consortium. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. Science. 2018;360(6395). [Medline](#)
8. Schoevers RA, Chaves TV, Balukova SM, aan het Rot M, Kortekaas R. Oral ketamine for the treatment of pain and treatment-resistant depression. Br J Psychiatry. 2016;208:108-13. [doi:10.1192/bjp.bp.115.165498](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165498). [Medline](#)
9. Maassen H. [ROM onder vuur: feiten en meningen](#). Medisch Contact, 7 februari 2017.
10. Oosterom R. [Omstreden dataset met ggz-gegevens tóch vernietigd](#). Trouw, 10 augustus 2019.
11. Schoevers RA, Beekman ATF. Van 'stop ROM' naar 'hier met die ROM!'. Tijdschr Psychiatr. 2017;59:245-6. [Medline](#).
12. Hillegers M.H.J. Onze kostbare kinderen. Rotterdam: Erasmus MC; 2018.
13. Het roer moet om. <https://hetroermoetom.nu>, geraadpleegd op 13 november 2019.
14. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet verplichte ggz (Wvvgg). www.dwangindezorg.nl/wvvgg, geraadpleegd op 13 november 2019.
15. Mesman E, Nolen WA, Reichart CG, Wals M, Hillegers MH. The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. Am J Psychiatry.

- 2013;170:542-9. [doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030401](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030401). [Medline](#)
16. Maciejewski D, Hillegers M, Penninx B. Offspring of parents with mood disorders: time for more transgenerational research, screening and preventive intervention for this high-risk population. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31:349-57. [doi:10.1097/YCO.0000000000000423](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000423). [Medline](#)
 17. Muñoz RF, Bunge EL. Prevention of depression worldwide: a wake-up call. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:306-7. [doi:10.1016/S2215-0366\(15\)00555-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00555-6). [Medline](#)
 18. Mørch RH, Dieset I, Færden A, et al. Inflammatory markers are altered in severe mental disorders independent of comorbid cardiometabolic disease risk factors. *Psychol Med*. 2019;49:1749-57. [doi:10.1017/S0033291718004142](https://doi.org/10.1017/S0033291718004142). [Medline](#)
 19. Sullivan PF, Agrawal A, Bulik CM, et al; Psychiatric Genomics Consortium. Psychiatric Genomics: An Update and an Agenda. *Am J Psychiatry*. 2018;175:15-27. [doi:10.1176/appi.ajp.2017.17030283](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030283). [Medline](#)
 20. De Boer J, Prikken M, Lei WU, Begemann M, Sommer I. The effect of raloxifene augmentation in men and women with a schizophrenia spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Schizophr*. 2018;4:1. [doi:10.1038/s41537-017-0043-3](https://doi.org/10.1038/s41537-017-0043-3). [Medline](#)
 21. Çakici N, van Beveren NJM, Judge-Hundal G, Koola MM, Sommer IEC. An update on the efficacy of anti-inflammatory agents for patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49:2307-19. [doi:10.1017/S0033291719001995](https://doi.org/10.1017/S0033291719001995). [Medline](#)
 22. Schulte JT, Wierenga CJ, Bruining H. Chloride transporters and GABA polarity in developmental, neurological and psychiatric conditions. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;90:260-71. [doi:10.1016/j.neubiorev.2018.05.001](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.001). [Medline](#)
 23. Atkinson LZ, Colbourne L, Smith A, et al. The Oxford study of Calcium channel Antagonism, Cognition, Mood instability and Sleep (OxCaMS): study protocol for a randomised controlled, experimental medicine study. *Trials*. 2019;20:120. [doi:10.1186/s13063-019-3175-0](https://doi.org/10.1186/s13063-019-3175-0). [Medline](#)
 24. Strous JFM, van den Brink W. [Nieuwe indicaties voor bestaande geneesmiddelen. 'Repurposing' in de psychiatrie en de verslavingsgeneeskunde](#). *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2018;162:D2354.
 25. Vinkers C. [Farmacogenetica in de psychiatrische praktijk: een kritisch overzicht](#). *De Jonge Psychiater*, september 2018.
 26. Vandeputte D, Kathagen G, D'hoë K, et al. Quantitative microbiome profiling links gut community variation to microbial load. *Nature*. 2017;551:507-11. [doi:10.1038/nature24460](https://doi.org/10.1038/nature24460). [Medline](#)
 27. Villada C, Hidalgo V, Almela M, Salvador A. Individual differences in the psychobiological response to psychosocial stress (Trier Social Stress Test): The relevance of trait anxiety and coping styles. *Stress Health*. 2016;32:90-9. [doi:10.1002/smi.2582](https://doi.org/10.1002/smi.2582). [Medline](#)
 28. Aziz RK, Hegazy SM, Yasser R, Rizkallah MR, ElRakaiby MT. Drug pharmacomicrobiomics and toxicomicrobiomics: from scattered reports to systematic studies of drug-microbiome interactions. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2018;14:1043-55. [doi:10.1080/17425255.2018.1530216](https://doi.org/10.1080/17425255.2018.1530216). [Medline](#)
 29. Integraal Kankercentrum Nederland. www.iknl.nl/home. geraadpleegd op 13 november 2019.
 30. ZonMw. Congres Goed Gebruik Geneesmiddelen. <https://publicaties.zonmw.nl/congres-goed-gebruik-geneesmiddelen-2019-programma/>. geraadpleegd op 13 november 2019.