

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 07-02-2020 om 10:10. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/preview>

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

Zorgstandaard

Persoonlijkheidsstoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Samenvatting	6
1.1 Samenvattingskaart	6
1.1.1 De stoornis	6
1.1.2 De epidemiologische kenmerken	6
1.1.3 Vroege onderkenning en preventie	7
1.1.4 Diagnostiek	7
1.1.5 Behandeling en begeleiding	8
1.1.6 Herstel, participatie en re-integratie	9
1.1.7 Organisatie van zorg	9
2. Visie op zorg: gezondheid als perspectief	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich	11
2.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact	11
2.4 Gepast gebruik van labels	12
2.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken	12
2.6 Samenwerken aan zorg en herstel	12
3. Inleiding	14
3.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	14
3.1.1 Zorgstandaard	14
3.1.2 Generieke module	14
3.1.3 Richtlijn	14
3.1.4 Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen	15
3.2 Patiënt- en familieparticipatie	15
3.2.1 Gebruikte methodiek	15
3.2.2 Samenvatting belangrijkste aandachts- en verbeterpunten	15
3.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	17
3.4 Uitgangspunten	17
3.4.1 Algemeen	17
3.4.2 Specifiek	17
3.4.3 Afbakening	18
4. Specifieke omschrijving persoonlijkheidsstoornissen	19
4.1 Inleiding	19
4.1.1 Kenmerken	19
4.1.2 Box: Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis	19
4.1.3 Box: A-,B- en C-persoonlijkheidsstoornissen	20
4.1.4 Prevalentie	21
4.1.5 Oorzaken en risicofactoren	21

4.1.6 Het beloop	21
4.1.7 Comorbiditeit	22
4.1.8 Kwaliteit van bestaan	22
4.1.9 Invloed op maatschappelijk functioneren	22
4.1.10 Invloed op omgeving (familie en andere naasten)	23
4.1.11 Maatschappelijke gevolgen	23
4.2 Doelstelling	23
4.3 Doelgroep	24
5. Zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen	25
5.1 Inleiding	25
5.1.1 Gezamenlijke besluitvorming	25
5.1.2 Transparantie	25
5.1.3 Afstemming en overdracht	25
5.1.4 Rol van de naasten	26
5.2 Vroege onderkenning en preventie	26
5.2.1 Vroege onderkenning	26
5.2.2 Preventie	26
5.3 Diagnostiek en monitoring	27
5.3.1 Diagnostiek	27
5.3.2 Kennismaking en inventarisatie	27
5.3.3 Classificatie	28
5.3.4 Diagnostische formulering	29
5.3.5 Onderscheid	29
5.3.6 Monitoring	30
6. Individueel zorgplan en behandeling	31
6.1 Zelfmanagement	31
6.1.1 Crisisplan en signaleringsplan	31
6.1.2 Crisis en setting	32
6.1.3 Gezonde levensstijl	32
6.1.4 Realistische doelen, kleine stappen, mild zijn voor zichzelf	32
6.1.5 Actief informatie opzoeken en vragen formuleren	32
6.1.6 Hulp en steun zoeken	32
6.1.7 Herstelbevorderende werkgroepen/cursussen	32
6.2 Behandeling en begeleiding	33
6.2.1 Individueel zorgplan	33
6.2.2 Samenwerken met familie en andere naasten	33
6.2.3 Aandacht voor de (minderjarige) kinderen van de patiënt	33
6.2.4 Competenties van de behandelaar	34
6.2.5 Kenmerken van het netwerk, de behandeling en de behandelaar	35

6.2.6 Psycho-educatie	35
6.2.7 Eerste stap interventies	36
6.2.8 Psychosociale behandeling	36
6.2.9 Psychologische en psychotherapeutische behandeling	38
6.2.10 Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen	41
6.2.11 Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, i.h.b. borderline-persoonlijkheidsstoornis	41
6.2.12 Cluster C en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen	45
6.2.13 Medicamenteuze behandeling	47
6.2.14 Combinatiebehandeling	49
6.2.15 Biologische behandeling	50
6.2.16 Vaktherapieën	50
6.2.17 Innovatieve en experimentele behandelingen	50
6.2.18 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	51
6.2.19 Tabel: Setting, duur en format/frequentie van onderzochte varianten van DGT, MBT, ST en TFP	51
7. Herstel, participatie en re-integratie	52
7.1 Herstel	52
7.2 Participatie	52
7.3 Re-integratie	53
8. Generieke modules	54
8.1 Inleiding	54
9. Organisatie van zorg	55
9.1 Inleiding	55
9.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	55
9.2.1 Echelonering en gepast gebruik	55
9.2.2 Regiebehandelaar	56
9.2.3 Overdracht en consultatie	56
9.2.4 Betrekken van naasten	57
9.2.5 Informatie-uitwisseling	57
9.2.6 Toegankelijkheid	57
9.2.7 Keuzevrijheid	58
9.2.8 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	59
9.2.9 Privacy	60
9.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	60
9.3.1 Samenwerking	60
9.3.2 Randvoorwaarden behandeling	61
9.4 Kwaliteitsbeleid	62
9.4.1 Routine Outcome Monitoring	62
9.4.2 Frequentie van ROM	62
9.4.3 ROM-Instrumenten	62
9.4.4 Terugkoppeling	63

9.4.5 Kwaliteitsstatuut	63
9.4.6 Deskundigheidsbevordering	63
9.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	64
9.6 Financiering	64
9.6.1 Algemeen	64
9.6.2 Specifiek	64
10. Kwaliteitsindicatoren	66
10.1 Inleiding	66
10.2 Uitkomstindicatoren	66
10.2.1 Inleiding	66
10.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	67
10.2.3 Specifieke instrumenten	69
10.2.4 Generieke instrumenten	72
10.3 Procesindicatoren	77
10.4 Structuurindicatoren	78
11. Achtergronddocumenten	79
11.1 Samenstelling werkgroep	79
11.2 Organisatie van zorg	81
11.3 Referentielijst boeken	84
11.4 Overzicht ROM-instrumenten	85

1. Samenvatting

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

1.1 Samenvattingskaart

Van deze zorgstandaard kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. De stoornis
2. De epidemiologische kenmerken
3. Vroege onderkenning en preventie
4. Diagnostiek
5. Behandeling en begeleiding
6. Herstel, participatie en re-integratie
7. Organisatie van zorg

1.1.1 De stoornis

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen met identiteit (zelfbeeld), zelfsturing, verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties). Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en sociale contacten. Er zijn 10 verschillende persoonlijkheidsstoornissen:

Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen: paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizoïde-persoonlijkheidsstoornis en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen: antisociale-persoonlijkheidsstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale) en narcistische-persoonlijkheidsstoornis.

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve-compulsieve).

Bij een andere gespecificeerde en ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis wordt wel voldaan aan de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar niet volledig aan de criteria van één 10 specifieke persoonlijkheidsstoornis.

1.1.2 De epidemiologische kenmerken

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Nederland wordt geschat van 5 tot 10%. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn de borderline-, vermijdende- en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis.

De pathogenese van persoonlijkheidsstoornissen verschilt van persoon tot persoon. Vaak is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid in combinatie met negatieve levenservaringen of een omgeving die de psychische ontwikkeling ongunstig heeft beïnvloed. Deze problemen ontstaan vaak in de adolescentie en zijn van relatief lange duur.

Het natuurlijk beloop (zonder behandeling) van een persoonlijkheidsstoornis verschilt sterk per persoon en per type stoornis. Na het 30ste tot 40ste levensjaar nemen de klachten van sommige persoonlijkheidsstoornissen af, maar niet bij iedereen. Ook verbeteren de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie in de meeste gevallen slechts tot op zekere hoogte. Adequate behandeling kan het beloop gunstig beïnvloeden, maar vaak blijft een zekere kwetsbaarheid bestaan.

1.1.3 Vroege onderkenning en preventie

Via screening wordt problematiek zo spoedig mogelijk herkend, om de patiënt in een vroeg stadium behandeling aan te kunnen bieden. In de huisartsenpraktijk wordt via een gesprek of vragenlijst over symptomen gescreend op de aanwezigheid van algemene psychopathologie. In de generalistische basis ggz wordt het vermoeden van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis geobjectiveerd via screeningsvragenlijsten. NB: op basis van screeningsvragenlijsten kan geen diagnose worden gesteld.

De preventie van persoonlijkheidsstoornissen is nog in ontwikkeling en is op dit moment vooral gericht op jongeren met een verhoogd risico of vroege ziekteverschijnselen, zoals bij Mentalized-Based Treatment for Parents (MBT-P) en Mentalized-Based Treatment Early (MBT-Early).

1.1.4 Diagnostiek

Fase 1: inventarisatie

In deze fase vertelt de patiënt over zijn klachten, formuleren de behandelaar en de patiënt samen de hulpvraag en inventariseert de behandelaar in welke mate de patiënt problemen in het functioneren ervaart. Er wordt gekeken of de klachten voldoen aan de diagnostische criteria van een persoonlijkheidsstoornis. De behandelaar probeert de mogelijke relatie tussen klachten en persoonlijkheid te herkennen en bespreekbaar te maken.

Fase 2: classificatie

Classificatie heeft als doel om te bepalen of de klachten passen bij een bepaalde DSM-5 categorie. Eerst wordt gekeken of de klachten toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis. Nadat eventuele andere psychische stoornissen zijn geclassificeerd, is het belangrijk om ook de persoonlijkheidsstoornis te specificeren. Dit kan met behulp van een semigestructureerd interview, dat afgenomen wordt door een specifiek hierin getrainde en ervaren professional.

Fase 3: diagnostische formulering

De diagnostische formulering beschrijft de problemen van de patiënt in zijn unieke individuele context. Relevante factoren zijn onder meer de voorgeschiedenis, woonsituatie, financiën, opleiding en/of werk, kwaliteit van het sociale netwerk en sociale relaties, zorg voor kinderen en naasten, lichamelijke gezondheid, somatische comorbiditeit en medicatiegebruik. Voor een goede

diagnostische formulering kan het nodig zijn om de diagnostiek verder te verfijnen, bijvoorbeeld door het uitvoeren van psychologisch (test)onderzoek.

1.1.5 Behandeling en begeleiding

Gezien de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen is er een gespecialiseerde behandeling nodig. De behandeling wordt gestuurd vanuit een behandelplan, waarin via gezamenlijke besluitvorming tussen de behandelaar en de patiënt doelen zijn geformuleerd. Tevens kan samenwerken met naasten belangrijk zijn. Bovendien dienen behandelaars aandacht te hebben voor kinderen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Het wordt aanbevolen de patiënt in een gezamenlijk besluitvormingsproces een belangrijke stem te geven in de keuze voor een van deze behandelingen.

Psychotherapie

Psychotherapie is de behandeling van eerste keus. Er zijn verschillende specifieke vormen van psychotherapie.

- Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen: aanbevolen wordt om de adviezen voor cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen aan te houden.
- Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. Voor BPS bestaan veel verschillende soorten behandelingen. De voorkeur verdienen de zogeheten 'specifieke BPS behandelingen', namelijk Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Schema Therapy of Schematherapie (ST) en Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Deze zijn ontwikkeld voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis, maar kunnen ook worden toegepast bij andere cluster-A en B-persoonlijkheidsstoornissen.

Er zijn ook behandelingen met een meer generiek behandelmodel, namelijk: Structured Clinical Management (SCM), General Psychiatric Management (GPM), Supportive Psychotherapy (SPT) en Client-Centered Therapy (CCT). In Nederland bestaat de Geïntegreerde Richtlijn Behandeling (GRB) als generieke behandeling. Generieke behandelingen staan in de belangstelling omdat ze (a) makkelijk zouden kunnen worden geïmplementeerd en (b) belangrijke algemene ingrediënten van een goede psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bevatten. Er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van generieke behandelingen, al blijken de specifieke behandelingen (iets) effectiever dan de generieke.

- Cluster-C en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen. Speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde psychotherapieën werken beter dan psychotherapieën die niet speciaal voor deze stoornissen ontwikkeld zijn. De bekendste vormen zijn: psychodynamische psychotherapie, Schematherapie (ST) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

Sociaalpsychiatrische behandeling

Sociaalpsychiatrische behandeling gaat ervan uit dat de meeste psychische problemen ontstaan in interactie tussen individu en omgeving. Deze vorm van behandeling is praktisch georiënteerd en richt zich op het bevorderen van het weerstandsvermogen bij patiënt en omgeving. Er zijn twee varianten:

1. Als alternatieve behandelvorm voor patiënten waarbij psychotherapie (nog) niet mogelijk is.

2. Als ondersteunende behandelvorm, die de uitvoering van een psychotherapie mogelijk maakt.

Farmacotherapie

Er bestaan geen geneesmiddelen die voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn geregistreerd. Farmacotherapie richt zich alleen op behandelbare deelaspecten of symptomen die samenhangen met de stoornis.

- Breng met zorgvuldige anamnese en psychiatrisch onderzoek in kaart welke symptomen voor farmacotherapie in aanmerking zouden kunnen komen.

1.1.6 Herstel, participatie en re-integratie

Herstel

De meeste psychotherapeutische interventies zijn gericht op 'herstel' door het op gang brengen van persoonlijke ontwikkeling en mentale groei. Essentieel daarbij is het ontdekken en het stimuleren van de veerkracht en de vitaliteit, zodat iemand zich (weer) kan handhaven in zijn omgeving.

Participatie

Door de ernst van de problematiek en de duur van de behandeling voelen veel patiënten zich vervreemd van de maatschappij. Ze hebben begeleiding en ondersteuning nodig om hun sociale en maatschappelijke rollen te (her)vinden. Van behandelprogramma's en behandelaars wordt een actieve rol verwacht, te beginnen bij het expliciet vertalen van dit thema in een of meer behandeldoelen.

Re-integratie

De re-integratie van mensen met een persoonlijkheidsstoornis verloopt vaak moeizaam. Veel van hen zijn arbeidsongeschikt en bang om weer deel te nemen aan het arbeidsproces. De eventuele druk vanuit het UWV, de werkgever of de maatschappij om betaald werk te verrichten of het aantal arbeidzame uren per week uit te breiden werkt vaak averechts. Anderzijds kan werk bijdragen aan een beter gevoel van eigenwaarde en biedt het een dagstructuur.

- Sla de weg van re-integratie geleidelijk in.
- Vrijwilligerswerk kan een opstap zijn voor versteviging van het zelfbeeld en opdoen van positieve ervaringen.

1.1.7 Organisatie van zorg

De setting waarin de patiënt behandeld wordt hangt af van de aard, ernst en omvang van de problemen, de voorkeur van de patiënt en de mogelijkheden van de setting. De behandeling vindt bij voorkeur ambulant plaats.

Onafhankelijk van de setting geldt dat behandelaars deel moeten uitmaken van een netwerk, waarin de volgende elementen beschikbaar zijn:

- Deskundigheid ten aanzien van psychotherapie, farmacotherapie, systeemtherapie en

sociaalpsychiatrische zorg.

- Crisisinterventie, inclusief het opstellen en gebruik van signaleringsplannen.
- Intercollegiale toetsing (interview) en waarneming in geval van afwezigheid.

Ten behoeve van het herstel zal er bovendien geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met externe partners, zoals: jeugdzorg, trajectbegeleiding, UWV en politie/wijkagent.

Een regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het behandelproces en voor adequate communicatie met andere betrokken behandelaars en dienstverleners. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt en evalueert hij met hen de voortgang van de behandeling.

Naasten worden indien gewenst vanaf het begin bij de behandeling betrokken. Uitgangspunt is dat er wordt samengewerkt met de naaste(n) en gekeken of deze zelf ook ondersteuning nodig heeft.

Patiënten hebben het recht om beargumenteerd betrokkenheid van naasten te weigeren.

2. Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

2.1 Inleiding

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke-, professionele- en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

2.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Machteld Huber. (2014). Proefschrift 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food'.

Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel, ontwikkeling en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Soms zal de regie tijdelijk door anderen overgenomen moeten worden. Professionals zullen samen met patiënten en naastbetrokkenen een evenwicht moeten vinden tussen hun draaglast en draagkracht om de meest passende weg richting herstel en ontwikkeling te vinden.

2.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en

weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven richting aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering.

Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) één van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naastbetrokkenen zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

2.4 Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

2.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoordde zorgzaamheid' gezien worden.

2.6 Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naastbetrokkenen nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz

te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basisggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naastbetrokkenen en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naastbetrokkenen zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten.

naasten.: Patiënten- en familieorganisaties in het Landelijk Platform GGz hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

3.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen zijn alle 3 kwaliteitsstandaarden. Een kwaliteitsstandaard geeft aan welke handelingen zorgaanbieders en behandelaars onder welke omstandigheden zouden moeten verrichten opdat patiënten en hun naasten de huidige zorg door de juiste behandelaars op het juiste moment krijgen met behoud van continuïteit van zorg. Een kwaliteitsstandaard is afgestemd op de waarden en voorkeuren van patiënten en hun naasten en is gebaseerd op professionele richtlijnen.

3.1.1 Zorgstandaard

Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk dat op hoofdlijnen de behandeling voor mensen met een bepaalde aandoening beschrijft. Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de zorg. Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (inclusief meetinstrumenten). De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de regionale en landelijke aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om hier in zorgprogramma's uitvoering aan te geven.

3.1.2 Generieke module

Een generieke module beschrijft onderwerpen die relevant zijn voor meerdere aandoeningen. In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen.

3.1.3 Richtlijn

Een richtlijn is een op systematische wijze ontwikkeld document, dat voor behandelaars en patiënten behulpzaam kan zijn bij het nemen van beslissingen over adequate (effectieve en doelmatige) zorg bij een specifiek gezondheidsprobleem. De richtlijn is een advies dat het 'wat, wanneer en waarom' beschrijft en is, evenals de zorgstandaard, gekoppeld aan een specifieke aandoening. De richtlijn vormt de input voor een zorgstandaard.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, veelal

een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van behandelaars en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

3.1.4 Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen

Deze zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, gezien vanuit het patiëntenperspectief. Dit betekent dat de zorg aansluit op de behoeftes en verwachtingen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis en dat deze bijdraagt aan hun kwaliteit van leven.

Het is een algemeen raamwerk om inzichtelijk te maken wat patiënten kunnen en mogen verwachten in de zorg. In de tekst hebben wij ons zo veel mogelijk beperkt tot wat specifiek van belang is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Veel onderdelen van goede zorg zijn echter stoornis-overstijgend, ofwel generiek. Hiervoor verwijzen we naar [Generieke modules](#).

3.2 Patiënt- en familieparticipatie

3.2.1 Gebruikte methodiek

Bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard hebben, naast vertegenwoordigers van betrokken beroepsverenigingen en deskundigen, 2 patiënt- en familievertegenwoordigers vanuit MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid deelgenomen aan de werkgroep.

Om de ervaringen van patiënten te inventariseren hebben de patiënten- en familievertegenwoordigers aanvullend een online vragenlijst uitgezet onder patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Het doel hiervan was om te inventariseren wat volgens patiënten met BPS wel en niet helpt bij het onder controle krijgen van hun klachten en problemen en het weer op de rails krijgen van hun leven. Daarnaast kwamen thema's aan de orde zoals het betrekken van en steun voor naasten en hulp en ondersteuning bij de opvoeding van kinderen voor een ouder met BPS. In totaal hebben 329 patiënten de vragenlijst (deels) ingevuld. Daarnaast is ervaringskennis rondom persoonlijkheidsstoornissen van zowel patiënten als familie gebruikt, zoals beschreven in systematisch verzamelde documenten van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. De uitkomsten van deze vragenlijsten en de documenten van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid zijn gebruikt voor het schrijven van deze zorgstandaard.

3.2.2 Samenvatting belangrijkste aandachts- en verbeterpunten

In deze zorgstandaard is het patiënten- en naastenperspectief zoveel mogelijk geïntegreerd in de teksten. Los van de onderwerpen die specifiek samenhangen met de goede zorg voor patiënten met de diagnose persoonlijkheidsstoornis, is er ook een meer algemene visie die vanuit patiënten- en naastenperspectief wezenlijk wordt gevonden. Nu worden enkele aspecten uit deze visie kort uitgelicht.

Behandeldoelen

Vanuit het patiëntenperspectief gezien gaat het bij gezondheid, inclusief geestelijke gezondheid, over veerkracht en vitaliteit. Patiënten moeten een leven kunnen leiden dat geleefd kan worden binnen de grenzen van de mogelijkheden en ondanks eventuele ziekten en/of gebreken. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes voor doelen in het leven. Gezondheid is hier geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder aandoeningen of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. Vanuit dit perspectief gezien, zou het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van patiënten het doel van professionele behandeling en ondersteuning moeten zijn.

Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. In lijn hiermee zou volgens patiënten behandeling moeten leiden tot het verhelpen van klachten en problemen, een vermindering van de lijdensdruk en een verbetering van het functioneren, waardoor enerzijds de ziektelast afneemt en anderzijds de kwaliteit van leven toeneemt. Hierbij benadrukken patiëntenvertegenwoordigers dat er in de behandeling veel aandacht dient te zijn voor het stimuleren van de eigen kracht en het nemen van de eigen regie en verantwoordelijkheid.

Herstel

Vanuit patiënten- en naastenperspectief wordt veel waarde gehecht aan het herstelconcept, waarbij naast symptomatisch herstel ook het belang van functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel wordt benadrukt. Behandeling en ondersteuning gericht op persoonlijke ontwikkeling en herstel van gezondheid stellen de wensen en de behoeften van het individu centraal en richten de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid.

Kwaliteit van zorg

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg. Er kan een verschil in de kwaliteitsperceptie bestaan tussen patiënt en behandelaar. Beiden treffen elkaar met een eigen deskundigheid en proberen elkaar te bereiken in een gemeenschappelijke probleemomschrijving, het formuleren van behandeldoelen, de indicatiestelling voor behandeling en een individueel zorgplan. Dit is een onderhandeling met inzet van beide partijen. De werkgroep raadt bovendien aan om, voordat de behandeling start, helderheid te scheppen over de verwachtingen van de patiënt en de behandelaar ten aanzien van de behandeling en de effecten ervan. Tot slot kan een verschil in kwaliteitsperceptie een teken zijn van problemen in de therapeutische relatie. Daarom is het belangrijk om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie.

Gezamenlijke besluitvorming

De werkgroepleden onderschrijven unaniem het belang van het patiëntenperspectief bij de inrichting van de zorg en de communicatie met patiënten en hun naasten. Dat betekent dat besluiten in het kader van hulpverlening of zorgtrajecten altijd samen met de patiënt worden genomen (gezamenlijke besluitvorming). Dit geldt bijvoorbeeld voor het vaststellen van de wensen en behoeften met betrekking tot de behandeling en het vaststellen van de behandeldoelen. Om het commitment, de motivatie en het vermogen tot zelfmanagement van patiënten te bevorderen verdient het aanbeveling

dat behandelaars zich flexibel, transparant en empathisch opstellen in de relatie met patiënten.

Iedereen die deze zorgstandaard leest of gebruikt wordt gevraagd dit vanuit het hierboven beschreven patiëntenperspectief te benaderen.

3.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevant zijn voor meerdere psychische stoornissen en/of lichamelijke aandoeningen. Zie het [overzicht van de generieke modules](#) die specifieke relevantie hebben voor de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen.

3.4 Uitgangspunten

3.4.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.4.2 Specifiek

Deze zorgstandaard is gebaseerd op:

- Een update van de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Persoonlijkheidsstoornissen uit 2008.
- De 4 EBRO-modules betreffende BPS (2016):
 - screening en diagnostiek
 - psychotherapie
 - farmacotherapie
 - sociaalpsychiatrische zorg
- De basisset kwaliteitscriteria ggz uit 2015.
- Aanvullende literatuur en praktijk- en ervaringskennis aangeleverd door de werkgroepleden.

De EBRO-modules en de zorgstandaard zijn in de periode mei 2014 – december 2016 tot stand gekomen. In januari t/m maart 2017 zijn een commentaarronde en praktijktest uitgevoerd. Via een commentaarronde is de zorgstandaard voor consultatie voorgelegd aan alle relevante beroepsgroepen en koepelorganisaties. De praktijktest bestond uit een startbijeenkomst, gebruik van de zorgstandaard in de praktijk en een terugkoppeling n.a.v. vragenlijsten, resulterend in een implementatieplan (Definitieve tekst na praktijktest). Het commentaar uit de commentaarronde en praktijktest is zorgvuldig bestudeerd door de werkgroep, hetgeen heeft geleid tot diverse aanpassingen.

3.4.3 Afbakening

Er is in deze zorgstandaard geen specifieke aandacht voor antisociale-persoonlijkheidsstoornis, levensloopperspectief en diversiteit. Hieronder wordt deze afbakening meer in detail toegelicht:

- Deze zorgstandaard heeft betrekking op alle persoonlijkheidsstoornissen, met uitzondering van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Dit is besloten omdat hiervoor specifieke expertise nodig is vanuit het forensische en justitiële veld.
- De leeftijdsafbakening is 18 tot 65 jaar. Deze afbakening is bij de start van het project gemaakt. Tegelijkertijd is deze relatief arbitrair en waar mogelijk zullen in de zorgstandaard dan ook aanbevelingen worden gegeven voor kinderen en ouderen. In het onderzoek is er echter niet op een systematische manier gezocht naar wetenschappelijk bewijs voor de diagnostiek en behandeling van deze groepen. Bij een volgende update van deze zorgstandaard is het wenselijk dat kinderen en ouderen worden meegenomen in de verzameling van bewijs.
- Er is niet op een systematische manier gezocht naar wetenschappelijke kennis over de relatie tussen diversiteit (bijvoorbeeld culturele identiteit, leeftijd, gender, comorbiditeit) en persoonlijkheidsstoornissen. De expertise was ook niet in voldoende mate aanwezig in de werkgroep. Bij een volgende update van deze zorgstandaard is het wenselijk om voldoende aandacht te hebben voor diversiteit, in het bijzonder comorbiditeit. De keuze om BPS als focus voor de 4 EBRO-modules te nemen, is vanwege het feit dat alleen voor BPS na het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn (2008) voldoende nieuwe wetenschappelijk bewijs was verschenen om volwaardige EBRO-modules te rechtvaardigen.

4. Specifieke omschrijving persoonlijkheidsstoornissen

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

4.1 Inleiding

4.1.1 Kenmerken

Een persoonlijkheidsstoornis is een complexe psychische stoornis. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen op het gebied van:

- identiteit (zelfbeeld);
- zelfsturing (het behalen van persoonlijke doelen);
- en/of verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties).

Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en andere sociale contacten. Deze problemen ontstaan vaak al in de adolescentie en zijn vaak van relatief lange duur.

Om vast te stellen of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis gebruikt een daartoe bevoegde en bekwame zorgprofessional de diagnostische criteria zoals omschreven in de DSM-5, het classificatiesysteem van psychische stoornissen dat ook in Nederland wordt gebruikt (zie [Box Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis](#)).

Bron: American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom.

In veel gevallen hebben mensen last van meerdere persoonlijkheidsstoornissen tegelijkertijd.

Naast deze algemene problemen op het vlak van cognities, gevoelens, interpersoonlijk functioneren en impulsbeheersing, zijn er vaak bijkomende klachten, zoals angsten, depressie, verslaving en eetproblemen. We spreken in dat geval van psychische comorbiditeit.

In de DSM-5 worden 10 persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, verdeeld over 3 hoofdgroepen (zie [Box A-, B- en C-persoonlijkheidsstoornissen](#)).

4.1.2 Box: Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis

DSM-5 Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis

- A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene wordt verwacht. Dit patroon komt op 2 (of meer) van de volgende terreinen tot uiting:
- B. Het duurzame patroon is inflexibel en komt tot uiting in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties.
- C. Het duurzame patroon veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. Het patroon is stabiel en van lange duur, en het begin ervan kan worden herleid tot op zijn laatst de adolescentie of de jonge volwassen leeftijd.
- E. Het duurzame patroon kan niet worden verklaard als een uiting of gevolg van een andere psychische stoornis.
- F. Het duurzame patroon kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (een drug of medicatie) of aan een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma).

4.1.3 Box: A-,B- en C-persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van wantrouwen en achterdocht waarbij de motieven van anderen als kwaadwillend worden geïnterpreteerd.
- Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en een beperkt scala van emotionele uitingen.
- Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van direct gevoeld ongemak in intieme relaties, met vervormingen in het denken en waarnemen, en met excentriek gedrag.

Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen

- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van gebrek aan respect voor de rechten van anderen en schending daarvan.
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties, en duidelijke impulsiviteit.
- Histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale): een aanhoudend patroon van excessieve emotionaliteit en aandacht vragend gedrag.
- Narcistische-persoonlijkheidsstoornis: een aanhoudend patroon van grandiositeit, behoefte aan bewondering en een gebrek aan empathie.

Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen

- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (voorheen ontwijkende): een aanhoudend patroon van sociale geremdheid, gevoelens van tekortschieten en overgevoeligheid voor een mogelijk negatief oordeel.
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis: een aanhouden patroon van onderdanig en aanklampend

gedrag dat samenhangt met een overmatige behoefte om verzorgd te worden.

- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (voorheen obsessieve-compulsieve): een aanhoudend patroon van gepreoccupeerd bezig zijn met ordelijkheid, perfectionisme en controle.

Andere gespecificeerde en ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

- In dit geval wordt wel voldaan aan de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (zie box Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis), maar niet volledig aan de criteria van één van de 10 specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Veelal zijn er kenmerken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen aanwezig.
- Bij een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis heeft een behandelaar nog onvoldoende informatie om de stoornis te kunnen classificeren.

4.1.4 Prevalentie

In Nederland heeft vooralsnog geen prevalentieonderzoek plaatsgevonden naar het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. In de NEMESIS-studie wordt de prevalentie van BPS geschat op 1,1%. Deze schatting ligt aan de onderkant van de internationale bevindingen die vooral uit de Verenigde Staten afkomstig zijn. Ook andere studies lijken er op te wijzen dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Europa iets lager liggen dan in de Verenigde Staten, waar de prevalentie geschat wordt op meer dan 10 procent. Het lijkt daarom reëel om te veronderstellen dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Nederland moet worden geschat in de range van 5 tot 10 procent. Bij mensen die behandeld worden voor een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld angst, depressie, verslaving, eetstoornis, dissociatieve stoornis en complexe posttraumatische stressstoornis) liggen deze percentages beduidend hoger. 30 tot 50 procent van de patiënten in de ggz voldoet aan de algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Voor veel van deze mensen is de persoonlijkheidsstoornis evenwel niet de primaire hulpvraag. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen in de ggz zijn de borderline-, vermijdende- en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis.

4.1.5 Oorzaken en risicofactoren

De oorzaken die bijdragen aan de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis zijn niet altijd even duidelijk en verschillen van persoon tot persoon. Vaak is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid (erfelijke aanleg of vroege ontwikkeling) in combinatie met negatieve levenservaringen of een omgeving die de psychische ontwikkeling ongunstig heeft beïnvloed. In wetenschappelijk onderzoek worden risicofactoren genoemd zoals lichamelijke mishandeling, seksueel en emotioneel misbruik, emotionele verwaarlozing, onveilige gehechtheid, overbescherming en een gebrekkige opvoeding. Andere factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis zijn psychische problemen bij ouders, het verlies van ouders door overlijden of echtscheiding, een pestverleden en armoede.

4.1.6 Het beloop

Het natuurlijk beloop (zonder behandeling) van een persoonlijkheidsstoornis kan sterk verschillen per persoon en per type stoornis. Klachten en problemen kunnen variëren in aard en ernst. Na het 30ste tot 40ste levensjaar nemen de klachten of verschijnselen van sommige persoonlijkheidsstoornissen

af, maar dit is lang niet bij iedereen het geval. Bovendien verbeteren de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie in de meeste gevallen slechts tot op zekere hoogte. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben een verlaagde levensverwachting. Dit komt onder andere doordat de kans op zelfdoding bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis verhoogd is. Voor BPS worden suïcidepercentages opgegeven van 5 tot 10%. Andere factoren die bijdragen aan een lagere levensverwachting zijn een slechtere lichamelijke gezondheid samenhangend met een ongezonde levensstijl, chronische stress en bijwerkingen van medicatie. De slechtere lichamelijke gezondheid leidt gemiddeld tot een 18 jaar kortere levensverwachting, exclusief suïcides. Adequate behandeling kan het beloop gunstig beïnvloeden. Maar ook dan blijft er veelal wel een zekere kwetsbaarheid bestaan. Naar schatting treedt bij een derde van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis volledige remissie op en globaal een derde vertoont (sterke) verbetering in het functioneren. Bij een derde heeft de persoonlijkheidsstoornis een chronisch en/of recidiverend beloop.

4.1.7 Comorbiditeit

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis die behandeling zoeken, hebben vaak last van lichamelijke gezondheidsproblemen of van andere psychische problemen zoals angst, depressie, verslaving, eetprobleem, ADHD of posttraumatische stressstoornis (PTSS). De relatie tussen de persoonlijkheidsstoornis en de comorbide stoornis(sen) is veelal complex. Grofweg zijn 3 onderscheiden relaties mogelijk, die ook in combinatie kunnen voorkomen:

1. de comorbide aandoeningen wordt mede veroorzaakt door de persoonlijkheidsstoornis;
2. de comorbide stoornis draagt bij aan het ontstaan, de instandhouding en/of de verschijningsvorm van de persoonlijkheidsstoornis;
3. er is een derde, onderliggende oorzaak die bijdraagt aan het ontstaan van zowel de persoonlijkheidsstoornis als de comorbide stoornis.

Comorbiditeit is een belangrijk, maar tegelijkertijd ook zeer omvangrijk en complex onderwerp. In de update van de zorgstandaard dient hier voldoende aandacht aan te worden besteed.

4.1.8 Kwaliteit van bestaan

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak problemen op het gebied van relaties (zoals relatiebreuken, huiselijk geweld, eenzaamheid, vechtscheiding), huisvesting en financiën (schulden) en opleiding en werk (afgebroken studies, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en regelmatig wisselen van baan). Ze lijden meestal onder emotionele problemen, zoals zich angstig, gespannen, ongelukkig, boos, wantrouwend, eenzaam, minderwaardig of buitengesloten voelen. Ze ervaren een grote 'ziektelast', vaak net zo ernstig als mensen met chronische lichamelijke aandoeningen zoals reuma, de ziekte van Parkinson of kanker.

4.1.9 Invloed op maatschappelijk functioneren

De mate waarin en de manier waarop mensen met een persoonlijkheidsstoornis belemmeringen in hun functioneren ervaren en de mate waarin ze kunnen (en willen) participeren in de maatschappij verschilt sterk per persoon en per type stoornis. Het maatschappelijk functioneren hangt ook af van de steun vanuit de omgeving, het hebben van een dagstructuur en zinvolle activiteiten en de

(effectiviteit van de) behandeling. Vooroordelen over psychische problemen maken dat werkgevers, zeker in economisch zwakke tijden, niet snel iemand met een psychiatrisch verleden in dienst zullen nemen. Patiënten zelf kunnen ook redenen hebben om langer dan nodig is maatschappelijke participatie te vermijden. Langdurig ziekteverzuim vanwege psychische klachten kan leiden tot ontslag.

4.1.10 Invloed op omgeving (familie en andere naasten)

Een persoonlijkheidsstoornis is ook ingrijpend voor naasten. Zij kunnen overbelast en uitgeput raken of zelf psychische klachten ontwikkelen. In de samenleving neemt het beroep op naasten toe. Niet functionele gedragspatronen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis vormen een bedreiging voor de ontwikkeling van kinderen die aan hun zorg zijn toevertrouwd.

4.1.11 Maatschappelijke gevolgen

Persoonlijkheidsstoornissen hebben grote maatschappelijke gevolgen. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis maken veelvuldig gebruik van zorgvoorzieningen, zowel voor psychische als lichamelijke klachten. Zij maken relatief vaak hun schoolopleiding niet af of vallen uit op het werk. Voor de maatschappij betekent dit hogere zorgkosten en meer uitkeringen. Sommige behandelvormen nemen aspecten van maatschappelijke deelname expliciet op in hun behandeling. Ook is het soms belangrijk dat er extra veiligheidsmaatregelen genomen worden voor de persoon zelf, diens omgeving (partner/kinderen) en/of de maatschappij (bij overlast, suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag, agressie en crimineel gedrag).

4.2 Doelstelling

Het doel van de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen is het bieden van een kader voor kwaliteit van zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De zorgstandaard beschrijft de wenselijke inhoud, organisatie en kwaliteit van de zorg. Meer specifiek gaat het bij de doelstelling om de volgende aspecten:

1. het beschrijven van goede zorg die patiënten helpt de stagnatie in hun ontwikkeling op te heffen, de regie te 'hervinden' en hun leven verder inhoud en richting te geven;
2. het bevorderen van de kwaliteit van de zorg;
3. het bevorderen van effectieve en doelmatige zorg;
4. het bevorderen van transparantie in het zorgproces;
5. het bevorderen van de communicatie tussen patiënten, naasten en behandelaars;
6. het bevorderen van zelfmanagement en ondersteuning van de patiënt als regisseur van zijn eigen leven met zijn eigen verantwoordelijkheid;
7. het bevorderen van het samenwerken met naasten indien deze zorg dragen voor de patiënt, en van het ondersteunen van naasten zodat zij die zorg beter kunnen uitvoeren en zelf gezond kunnen blijven;
8. het bevorderen van de kwaliteit van de interactie tussen patiënt en behandelaar(s);
9. het stimuleren van Routine Outcome Monitoring (ROM) c.q. de rapportage en terugkoppeling van tussentijdse resultaten en feedback aan patiënten;
10. het verkrijgen van een helder inzicht in de uitkomsten van zorg.

4.3 Doelgroep

De zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen is bedoeld voor patiënten en hun naasten, behandelaars, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, beroepsverenigingen, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Voor de verschillende doelgroepen beoogt de zorgstandaard het volgende:

- patiënten en hun naasten weten wat ze van de zorg mogen verwachten en welke bijdrage ze zelf in besluitvorming en zelfmanagement kunnen leveren;
- behandelaars en vrijwilligers weten welke zorg ze kunnen bieden en welke voorwaarden nodig zijn om te komen tot optimale kwaliteit van zorg;
- zorgorganisaties weten wat goede zorg is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis en welke zorg zij dus op een kwalitatief goede manier geacht worden te organiseren en te waarborgen;
- zorgverzekeraars en beleidsmakers weten wat goede zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis inhoudt.

5. Zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

5.1 Inleiding

De behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis doorloopt een proces waarin opeenvolgende fasen te onderscheiden zijn. Dit proces begint met diagnostiek om de aard en ernst van een persoonlijkheidsstoornis vast te stellen. De intakefase wordt gevolgd door indicatiestelling, namelijk het in samenspraak met de patiënt en eventueel diens naasten bepalen van de meest passende vorm van behandeling. De intakefase wordt afgerond met het opstellen van een individueel zorgplan, waarna de behandeling voor de patiënt met een persoonlijkheidsstoornis vorm gegeven kan worden. Tussentijdse evaluaties en monitoring spelen een belangrijke rol in het waar nodig bijstellen van de diagnose, de indicatiestelling en/of het individuele zorgplan.

5.1.1 Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming (ook wel 'Shared Decision Making' genoemd) is een proces waarin behandelaar en patiënt gezamenlijk beslissingen nemen over de behandeling. De achterliggende gedachte is dat de patiënt zijn wensen en voorkeuren kenbaar moet (kunnen) maken, waarop de behandelaar hem moet helpen om de juiste keuzes te maken bij de diagnostiek, de indicatiestelling en het opstellen van een individueel zorgplan. Het bieden van bedenktijd en verwerkingstijd over grote keuzes is aan te raden.

Behandelaars en patiënten zijn ieder expert op hun eigen gebied: behandelaars weten veel van psychische stoornissen en de behandeling daarvan, patiënten hebben ervaringskennis over hun specifieke klachten en over het eigen leven waarin de behandeling geïntegreerd moet worden. Naasten kunnen als informant aangeven hoe de omgang met de patiënt gaat, wat zij ervaren en hoe het met hen zelf gaat. Patiënt en behandelaar brengen hun specifieke expertise in en beslissen vervolgens samen over het behandeltraject. Schriftelijke keuze-informatie en (digitale) keuzetools kunnen voor de patiënt van grote waarde zijn.

5.1.2 Transparantie

Bij de behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is transparantie erg belangrijk. Het advies is om begrijpelijke uitleg over de diagnose en de behandelopties te geven (psycho-educatie). Dan is de patiënt beter op de hoogte van de mogelijkheden, voelt hij zich meer betrokken en kan hij zijn problemen beter begrijpen. Vervolgens wordt samen met de behandelaar een individueel zorgplan opgesteld.

5.1.3 Afstemming en overdracht

Bij voorkeur worden zo min mogelijk verschillende professionals betrokken bij het intakeproces. Anderzijds kan het nodig zijn dat er meerdere professionals betrokken zijn (bijv. een psychiater voor

(medisch) psychiatrisch onderzoek, een psycholoog voor psychologisch onderzoek en een regiebehandelaar). In dat geval is goede afstemming en overdracht tussen degene(n) die diagnostisch onderzoek uitvoeren en de behandelaar van belang. Dit geldt zowel voor de vraagstelling als voor de uitkomsten van het onderzoek. Het wordt dan ook aanbevolen dat de bij het intakeproces betrokken professionals zoveel mogelijk allen aanwezig zijn bij de terugkoppeling aan de patiënt.

5.1.4 Rol van de naasten

Indien nuttig worden naasten laagdrempelig betrokken bij het proces van diagnostiek. Naasten hebben recht op algemene informatie over (omgaan met) persoonlijkheidsstoornissen en de behandelingsmogelijkheden. Betrokkenheid bij de specifieke behandeling van de patiënt vindt plaats op indicatie en met toestemming van de patiënt. Bij gedwongen opname en ontslag worden naasten waar mogelijk op de hoogte gebracht, en worden uitsluitend met toestemming van de patiënt medische persoonsgegevens gedeeld. De behandelaar biedt naasten ruimte voor het stellen van vragen, waarbij de behandelaar zich bewust is van zijn beroepsgeheim.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

5.2.1 Vroege onderkenning

Screening is bedoeld om mensen bij wie het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis bestaat en die in aanmerking komen voor uitgebreidere diagnostiek, vroegtijdig te identificeren. Het doel hiervan is om de problematiek zo spoedig mogelijk te herkennen en zo in een vroeg stadium behandeling aan te kunnen bieden.

Vroege onderkenning van (specifieke) persoonlijkheidsstoornissen door middel van screeningsvragenlijsten wordt niet aanbevolen in de algemene bevolking. In de huisartsenpraktijk (waarmee huisarts én praktijkondersteuner ggz, POH-GGZ, wordt bedoeld) kan eventueel gescreend worden op de aanwezigheid van algemene psychopathologie, door middel van een gesprek of vragenlijst over symptomen. Bij het vermoeden van een psychische stoornis kan verwezen worden naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz. Hiervoor kan de [generieke module Landelijke Samenwerkingsafspraken GGZ](#) gevolgd worden. In de generalistische basis ggz kunnen screeningsvragenlijsten ingezet worden om het vermoeden van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis enigszins te objectiveren. Op basis van de screeningsvragenlijsten kan geen diagnose worden gesteld. Zie ook [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#).

5.2.2 Preventie

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen preventie gericht op de algehele populatie (universeel), preventie gericht op mensen met een verhoogd risico (selectief) en preventie gericht op mensen met vroege ziekteverschijnselen (geïndiceerd). De preventie van persoonlijkheidsstoornissen is nog in ontwikkeling en is op dit moment vooral gericht op mensen met een verhoogd risico en mensen met vroege ziekteverschijnselen.

Bij universele preventie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het stimuleren van een veilig

opvoedingsklimaat tijdens de jeugd en het voorkomen van pesten op school.

Bij selectieve preventie gaat het bijvoorbeeld om online voorlichting van patiëntenverenigingen of ervaringsdeskundigen (zie bijvoorbeeld [Stichting borderline](#)) en het aanbieden van hulp aan kinderen van een ouder met een psychische stoornis in de vorm van een KOPP-cursus. Een ander voorbeeld is Mentalization-Based Treatment for Parents (MBT-P). Dit is een interventie voor ouders met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) en jonge kinderen (0 tot 4 jaar). Het doel van deze interventie is om te voorkomen dat de kinderen zelf (later) een psychische stoornis ontwikkelen.

Bij geïndiceerde preventie kan gedacht worden aan Mentalization-Based Treatment Early (MBT-Early). Dit is een interventie voor jongeren van 14 tot 18 jaar bij wie de eerste kenmerken en symptomen van BPS optreden. Het doel van deze interventie is om te voorkomen dat zij daadwerkelijk BPS of een andere psychische stoornis ontwikkelen.

5.3 Diagnostiek en monitoring

5.3.1 Diagnostiek

Een diagnostisch proces bestaat uit:

1. en inventarisatie van klachten en hulpvraag;
2. het vaststellen van een classificatie (oftewel stellen van een diagnose) mede op basis van differentiaal diagnostische overwegingen en;
3. het opstellen van een biografische anamnese en diagnostische formulering (de beschrijving van de patiënt en zijn problemen in de individuele context, ook wel casus-conceptualisatie genoemd).

De verantwoordelijkheid voor het volledige proces - waaronder ook wordt verstaan de weging van de verschillende bronnen en instrumenten, de integratie van informatie en het eventueel tijdelijk inschakelen van externe deskundigheid - ligt bij de bevoegde (BIG-geregistreerde) en daartoe bekwame behandelaar.

In het diagnostisch proces kan gebruik gemaakt worden van uiteenlopende informatiebronnen (patiënt, naasten en voorgaande behandelingen) en instrumenten (interviews, gesprekken en vragenlijsten). Deze worden vaak toegepast dan wel toegankelijk gemaakt door verschillende professionals. Het stellen van een diagnose en de keuze voor de behandeling kan echter nooit enkel worden gebaseerd op de uitkomst van een diagnostisch instrument of een gesprek met een naaste.

5.3.2 Kennismaking en inventarisatie

Bij aanvang van het diagnostisch proces maken de behandelaar en de patiënt kennis met elkaar. Tijdens deze kennismaking en inventarisatie vertelt de patiënt over zijn klachten, formuleren de behandelaar en de patiënt samen de hulpvraag en inventariseert de behandelaar in welke mate de patiënt problemen in het functioneren ervaart. De klachten en de hulpvraag van patiënten verwijzen lang niet altijd direct naar een persoonlijkheidsstoornis, terwijl deze wel aanwezig kan zijn. Daarom wordt gekeken of de klachten en de (inter)persoonlijke en maatschappelijke problemen voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis (volgens de DSM-5), zie [box Box: Algemene criteria voor](#)

[een persoonlijkheidsstoornis](#). De behandelaar probeert de mogelijke relatie tussen klachten en persoonlijkheid te herkennen en bespreekbaar te maken. Hier kunnen één of meer gesprekken met één of meer professionals voor nodig zijn.

Er wordt hierbij ook onderzocht of de klachten of problemen misschien beter passen bij een andere psychische aandoening (differentiële diagnostiek) en of de behandeling in eerste instantie daar op moet worden gericht. Dat kan het geval zijn als er bijvoorbeeld sprake is van een acute psychose of een dusdanig ernstige depressie of verslaving dat diagnostiek en/of behandeling van de persoonlijkheidsstoornis onmogelijk is. In dat geval kan (voorlopig) afgeweken worden van de reguliere vervolgstappen voor classificatie en diagnostiek van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Aan het eind van deze inventarisatie besluiten patiënt en behandelaar samen over eventuele verdere diagnostiek.

Tijdens de inventarisatiefase dient het risico van suïcidaal en ander potentieel zelfdestructief gedrag te worden ingeschat. Bij een (sterk) verhoogd risico dienen de benodigde maatregelen te worden getroffen. Zie ook de [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).

5.3.3 Classificatie

De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen op basis van de criteria zoals omschreven in de DSM-5 is van belang voor de behandeling ervan. Classificatie bevordert de communicatie tussen behandelaars, patiënten en naasten. Het stimuleert de inzet van wetenschappelijk onderbouwde kennis en behandelingen. Hierbij dient men zich te realiseren dat de 10 specifieke persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 niet volledig dekkend zijn. Dat betekent dat wanneer een individu volgens DSM-5 geen gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis heeft, er wel sprake kan zijn van een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis die behandeling behoeft.

Classificatie heeft als doel om te bepalen of de klachten passen bij een bepaalde DSM-5 categorie. Eerst wordt gekeken of de klachten wellicht toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis. Aanbevolen wordt gebruik te maken van een semigestructureerd interview. Bijvoorbeeld het Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) of de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). In een dergelijk interview worden alle specifieke symptomen stap voor stap uitgevraagd in een min of meer vaste volgorde en met vastgelegde vervolgvragen. Op deze manier wordt voorkomen dat specifieke symptomen of psychische stoornissen over het hoofd worden gezien. Dit is van belang voor de differentiële diagnostiek en voor het vaststellen en classificeren van comorbiditeit. Voor uitgebreide informatie over het vaststellen van comorbiditeit kunt u de Richtlijn psychiatrische diagnostiek raadplegen.

Nadat eventuele andere psychische stoornissen zijn geclassificeerd, is het belangrijk om ook de persoonlijkheidsstoornis te specificeren. Dit kan met behulp van een semigestructureerd interview, dat dient te worden afgenomen door een specifiek hierin getrainde en ervaren professional. Omdat de diagnostische criteria voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen hetzelfde zijn als in de DSM-IV, kan daartoe een van de volgende instrumenten worden gebruikt: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I), International Personality Disorder Examination (IPDE) of Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). Alle kenmerken van de persoonlijkheidsstoornissen uit DSM-5 worden hierbij uitgevraagd. De professional beperkt zich dus niet tot één van de specifieke stoornissen. Het wordt sterk ontraden om een DSM

persoonlijkheidsstoornis te classificeren op basis van slechts één ongestructureerd gesprek (zonder goede voorafgaande gedetailleerde aanvullende informatie). Het wordt ook sterk afgeraden om persoonlijkheidsstoornissen te classificeren op basis van alleen zelfbeoordelingvragenlijsten.

5.3.4 Diagnostische formulering

De diagnostische formulering is een beschrijving van de patiënt en zijn problemen in zijn unieke individuele context, ook wel de casusconceptualisatie genoemd. Voor de indicatiestelling is het van groot belang om naast de classificatie ook het persoonlijke verhaal van de patiënt en diens sociale en maatschappelijke context in kaart te brengen. Deze kunnen de mogelijkheden voor behandeling bepalen en het beloop ervan beïnvloeden (verfijnde diagnostiek). Relevante factoren zijn onder meer de voorgeschiedenis (bijvoorbeeld vroegkinderlijke traumatisering, schoolervaringen, recente levensgebeurtenissen), woonsituatie, financiën (schulden), opleiding en/of werk, kwaliteit van het sociale netwerk en sociale relaties, zorg voor kinderen en naasten, lichamelijke gezondheid, somatische comorbiditeit en medicatiegebruik.

Voor een goede diagnostische formulering of casusconceptualisatie kan het nodig zijn om de diagnostiek verder te verfijnen, bijvoorbeeld door het uitvoeren van psychologisch (test)onderzoek. Er zijn verschillende persoonlijkheidsmodellen en daarbij behorende meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden voor verfijnde diagnostiek. Veelvuldig gebruikt en goed gevalideerd zijn de zogeheten trekkenmodellen, op basis waarvan belangrijke aspecten van persoonlijkheid worden gemeten (met instrumenten zoals PID-5, DAPP-BQ en NEO-PI-R). Ook zijn er instrumenten om de sterke en kwetsbare kanten c.q. adaptieve en disadaptieve persoonlijkheidskenmerken in kaart te brengen, zoals de Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118), de STiP-5.1, General Assessment of Personality Disorders (GAPD), het Structureel Interview en het Ontwikkelingsprofiel.

Ten slotte kunnen observaties van naasten, huisarts, praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), verpleegkundigen, vaktherapeuten en sociotherapeuten van groot belang zijn om een diagnose persoonlijkheidsstoornis te bevestigen en de zorgbehoefte nader vast te stellen.

Vanaf de start van het diagnostisch proces is de behandelaar alert op de wijze van contact maken, de interactie met de patiënt, het appel dat de patiënt op de behandelaar doet en de eventuele (tegen)overdracht. Ook tracht de behandelaar zicht te krijgen op de kwaliteit van de hechting en de beleving van de patiënt van belangrijke anderen, ouders, partners, vrienden en vorige behandelaars. Deze observaties en informatie gebruikt de behandelaar bij de hypothesevorming over de problematiek van de patiënt en de diagnostische formulering.

5.3.5 Onderscheid

Bij de indicatiestelling bepalen patiënt en behandelaar gezamenlijk welke behandeling het beste past bij de persoon en de persoonlijke situatie. Indicatiestelling is een complex maatwerkproces, dat waar mogelijk ambulant en zo nodig (dag)klinisch (zie [Psychologische en psychotherapeutische behandeling](#)) plaatsvindt. Hiervoor zijn vooralsnog geen (gevalideerde) instrumenten beschikbaar. Aandachtspunten in de indicatiestelling zijn onder andere:

- focus van behandeling, bijv. klachtgericht of persoonsgericht;
- theoretisch model, bijv. cognitief gedragstherapeutisch of psychodynamisch;

- mate van benodigde stabilisatie om niet te veel uit balans te geraken;
- mate van benodigde ontregeling om tot verandering te kunnen komen;
- setting, bijv. ambulant, dagklinisch (deeltijd) of klinisch;
- format, bijv. individueel of in de groep;
- frequentie, bijv. aantal sessies of dagdelen per week;
- verwachte duur en belasting;
- eventuele ondersteunende en/of aanvullende interventies naast de psychotherapeutische behandeling, zoals farmacotherapie, psycho-educatie, systeemtherapie of nonverbale interventies.

Er is nog te weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar indicatiestelling om op basis van specifieke patiëntkenmerken tot een eenduidig evidence-based advies te komen. Voor zover we beschikken over welomlijnde ideeën over indicatiestelling is deze informatie opgenomen onder de desbetreffende paragrafen over behandeling (zie bijvoorbeeld nadere overwegingen voor de indicatiestelling en het op- en afschalen bij [Psychologische en psychotherapeutische behandeling](#)). Bij twijfel of bij patiënten met ingewikkelde, zeldzame of moeilijk behandelbare klachten wordt aanbevolen de patiënt in intervisie met collega's te bespreken of een beroep te doen op de hoogspecialistische ggz (zie ook [Echelonnering en gepast gebruik](#)).

Bij de indicatiestelling en de uiteindelijke keuze voor behandeling dient de behandelaar nadrukkelijk ook de wens en voorkeur van de patiënt mee te wegen (zie ook [Inleiding](#)). Daarom is het verstrekken van informatie aan de patiënt over de verschillende behandelmodellen van belang. Een op de patiënt afgestemde uitleg over de relevante DSM-5 classificatie en de behandelmogelijkheden zijn vanzelfsprekende onderdelen van het indicatiegesprek.

5.3.6 Monitoring

Sterk aanbevolen wordt om het beloop van symptomen, het sociale functioneren, de kwaliteit van leven en de patiënttevredenheid regelmatig te beoordelen. Evaluatie wordt door de daartoe bevoegde en bekwame behandelaar en de patiënt samen gedaan. Er wordt aanbevolen om dit, afhankelijk van de duur en intensiteit van de behandeling, minstens eens per 3 tot 6 maanden te doen. Zo kan tijdig worden gesignaleerd als de behandeling niet (meer) tot verbetering of wellicht zelfs tot verslechtering leidt. Het is dan van belang om te achterhalen wat de oorzaken hiervan kunnen zijn. Wordt de behandeling wel uitgevoerd zoals beoogd en in voldoende dosering? Op welke punten kan de behandeling worden bijgestuurd? Indien nodig dienen de diagnose, het individuele zorgplan en de behandeling bijgesteld te worden om een optimale behandeling te kunnen leveren. In geval van stagnatie is het aan te bevelen de behandeling uitsluitend te vervolgen indien patiënt en behandelaar overeenstemming hebben over de reden van stagnatie en de veranderingen die nodig zijn om de stagnatie op te heffen. Overweeg bij stagnerende behandeling of de diagnose klopt en of er relevante comorbiditeit of andere therapie-belemmerende factoren zijn. Overleg met een collega kan aangewezen zijn, of eventueel een second opinion bij een afdeling of instelling in de hoogspecialistische ggz (zie ook [Echelonnering en gepast gebruik](#)).

Sociaal functioneren, kwaliteit van leven, de ernst van de klachten en symptomen, patiënttevredenheid en persoonlijkheidsfunctioneren kunnen een verschillend beloop hebben. Het is daarom belangrijk om deze factoren afzonderlijk en in onderlinge samenhang te evalueren. [Kwaliteitsbeleid](#) geeft meer informatie over de instrumenten die u hierbij kunt gebruiken.

6. Individueel zorgplan en behandeling

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

6.1 Zelfmanagement

In de [generieke module Zelfmanagement](#) wordt zelfmanagement gedefinieerd als acties en vaardigheden gericht op:

- het leren omgaan met de symptomen en psychosociale gevolgen van de aandoening;
- het zelf omgaan met factoren die de symptomen kunnen verergeren (risicofactoren);
- het zelf werken aan leefstijlveranderingen;
- het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in de behandeling;
- het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel;
- het zo veel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid dragen zowel in de behandeling als in het leven met een aandoening;
- de regie voeren over het leven dat iemand wil hebben of krijgen.

Bij zelfmanagement werkt de patiënt toe naar meer eigen regie en verantwoordelijkheid. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten en met ondersteuning van professionals.

Zelfmanagementondersteuning gaat uit van het principe dat mensen zoveel mogelijk voor zichzelf zorgen met als uitgangspunt de 'kracht' in plaats van de 'klacht' en met aandacht voor het zelfvertrouwen en de kwetsbaarheden van de patiënt en zijn naasten. Zelfmanagement mag niet verward worden met een patiënt de boodschap geven dat hij het alleen moet doen. Het blijft van groot belang dat de behandelaar de patiënt een veilige, steunende omgeving biedt. Voorwaarden voor zelfmanagement zijn: de bereidheid en het vermogen van de patiënt om aan zelfmanagement te werken (hangt af van de ernst en aard van de problematiek) en de juiste ondersteuning.

De focus van het zelfmanagement verandert in de opeenvolgende fases van de behandeling. In de diagnostische fase en de begin van de behandeling ligt de focus veelal op het raadplegen van informatie over (de behandeling van) de stoornis en het opstellen van een crisisplan. Vervolgens verschuift de aandacht naar de herkenning van vroege signalen, wat te doen als de klachten verergeren en hoe om te gaan met de aandoening en de eventuele aanpassingen in levensstijl. Weer later in de behandeling wordt vaak gefocust op het zoveel mogelijk in het dagelijks leven verankeren van de in therapie aangeleerde vaardigheden en het maatschappelijk en persoonlijk herstel. Herstelbevorderende werkgroepen/cursussen kunnen hierbij helpend zijn.

6.1.1 Crisisplan en signaleringsplan

Als iemand crisisgevoelig is, kan met de patiënt en indien mogelijk met de naasten een crisisplan worden uitgewerkt, zodat alle betrokken weten wat te doen in geval van crisis. Als degene er aan toe is, kan het plan worden uitgewerkt tot een signaleringsplan, zodat een crisis voorkomen kan worden of minder heftig wordt. Een crisisplan en signaleringsplan kunnen de persoon het gevoel geven weer

greep op de situatie te krijgen, zeker als degene de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het plan krijgt.

6.1.2 Crisis en setting

De behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vindt bij voorkeur ambulant plaats. In geval van acute suïcidaliteit kan het voor zijn eigen veiligheid noodzakelijk zijn om de patiënt voor korte tijd op te nemen. Algemeen geldt dat de werkgroep ongerichte psychiatrische opnames met een open einde ontraadt. Een beperkt aantal patiënten heeft afspraken met de regiebehandelaar en de staf van een klinische voorziening om op eigen initiatief gebruik te maken van een ultrakorte opname, zoals een bed op recept (BOR). Zie voor een uitgebreidere rapportage over de setting de [EBRO-module](#) hierover.

6.1.3 Gezonde levensstijl

Een behandelaar kan iemand erop wijzen dat een gezonde levensstijl, zoals voldoende slaap, voldoende beweging, een goed dag- en nachtritme, gezond eten, zo min mogelijk middelengebruik en het vermijden van teveel stress en overprikkeling, niet alleen van belang is voor de fysieke maar ook voor de psychische gezondheid.

6.1.4 Realistische doelen, kleine stappen, mild zijn voor zichzelf

Een belangrijk punt is dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen er voor moeten waken zichzelf te overvragen. Psychische problematiek en behandeling kunnen veel van iemand vragen. Bij het stellen van doelen, zoals meer bewegen of de financiën op orde brengen, is het van belang dat deze zo realistisch mogelijk worden geformuleerd. Het kan de persoon helpen het plan om het doel te bereiken onder te verdelen in kleine stappen. Het is goed als iemand mild is voor zichzelf, zichzelf de ruimte gunt fouten te maken en het niet of slechts gedeeltelijk behalen van doelen niet ziet als een bewijs van falen en mislukken.

6.1.5 Actief informatie opzoeken en vragen formuleren

Om een beter ziekte-inzicht te verkrijgen en goed geïnformeerd het gesprek over de keuze van een behandeling in te gaan, kan iemand voorafgaand aan het gesprek met een behandelaar vragen formuleren en op zoek gaan naar informatie over de (behandeling van de) persoonlijkheidsstoornis.

6.1.6 Hulp en steun zoeken

Hulp en steun zoeken kan voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, die meestal problemen in het intermenselijk contact ervaren, erg lastig zijn. Als iemand dit als een doel formuleert, waarin in kleine stappen naar toe wordt gewerkt, wordt het misschien eenvoudiger stappen in deze richting te maken.

6.1.7 Herstelbevorderende werkgroepen/cursussen

Na de behandeling kunnen werkgroepen of cursussen gericht op het maatschappelijke en persoonlijk

herstel, het zelfmanagement van mensen bevorderen. Zo bestaan er groepsbijeenkomsten, waarin patiënten een begin met hun zogeheten Wellness Recovery Action Plan (WRAP; een plan voor zelfhulp) maken. Daarnaast bestaat er de cursus 'Herstellen doe je zelf' en zijn er 'Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid' (HEE) werkgroepen. Meer informatie hierover is te vinden in [Herstel](#). Ook in de [generieke module Zelfmanagement](#) is meer informatie over zelfmanagement te vinden.

6.2 Behandeling en begeleiding

6.2.1 Individueel zorgplan

De behandeling wordt gestuurd vanuit een individueel zorgplan, waarin via gezamenlijke besluitvorming tussen de behandelaar en de patiënt doelen zijn geformuleerd. Er zijn vaste evaluatiemomenten en evaluatiecriteria overeengekomen met de patiënt. Een primair doel in de behandeling is om de patiënt actief te betrekken bij zijn/haar eigen behandeling, hem of haar te motiveren en hinderpalen voor betrokkenheid bij de behandeling weg te werken of te bespreken. De behandelaars gebruiken methodieken zoals motiverende gespreksvoering voor het bevorderen van de motivatie.

6.2.2 Samenwerken met familie en andere naasten

Samenwerken met naasten kan belangrijk zijn, omdat juist bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis de relatie met naasten vaak verstoord is en de situatie kan verergeren. Andersom kan de situatie voor naasten zo zwaar zijn dat zij zelf niet overeind blijven. Ondersteuning kan hen hierbij helpen.

Naasten worden vanaf het begin bij de behandeling betrokken. Daarin hanteren behandelaars het "ja, tenzij" principe. Patiënten kunnen echter, soms met goede redenen, het betrekken van de omgeving weigeren. De behandelaar blijft gebonden aan zijn beroepsgeheim en dient de privacy van de patiënt te allen tijde te respecteren. Ook de naasten zelf zijn soms niet bereid om bij de behandeling betrokken te worden.

6.2.3 Aandacht voor de (minderjarige) kinderen van de patiënt

Niet functionele gedragspatronen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van kinderen die aan hun zorg zijn toevertrouwd. De behandelaars hebben aandacht voor kinderen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het wordt aanbevolen om in de behandeling disfunctionele gedragspatronen in relatie tot de kinderen bespreekbaar te maken en daar acties op in te zetten. De behandelaars hebben aandacht voor de kinderen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis en brengen de opvoeding regelmatig actief ter sprake. Bij het vermoeden van bedreigingen wordt de zogeheten kindcheck uitgevoerd. De kindcheck is een methode waarmee een behandelaar bij zorgen over een ouder met een persoonlijkheidsstoornis nagaat of hij de zorg heeft voor minderjarige kinderen en of deze veilig kunnen opgroeien. Als dit niet (goed) kan worden vastgesteld, moet de professional op basis van stap 4 van de 'Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' van Veilig Thuis consulteren. Professionele organisaties op het gebied van gezondheidszorg, educatie en veiligheid zijn verplicht

een meldcode te hebben. De meldcode kent de volgende 5 verplichte stappen:

1. in kaart brengen van signalen;
2. overleg met collega en raadpleeg eventueel Veilig Thuis;
3. gesprek met cliënt;
4. wegen van het geweld of de kindermishandeling, bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen;
5. beslissen: hulp organiseren of melden.

Daarnaast worden ouders met een persoonlijkheidsstoornis bij voorkeur gevraagd of ze ondersteuning kunnen gebruiken bij de opvoeding van hun kinderen.

6.2.4 Competenties van de behandelaar

In de behandeling wordt de interpersoonlijke kwetsbaarheid van mensen met een persoonlijkheidsstoornis bij uitstek zichtbaar. Hieruit blijkt de noodzaak van adequate competenties, basishouding (zie achtergronddocument [Organisatie van zorg](#)) en gespreksvaardigheden van iedere behandelaar:

- **crisishantering:** Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogde kans om (plotseling) in een crisis (bijvoorbeeld overweldigd raken door emoties, suïcidaliteit) te raken. Dit kan leiden tot gevaar voor de patiënt en/of anderen en het kan de voortgang van de behandeling verstoren. Behandelaars dienen deskundig te zijn in de behandeling van crises en in het opstellen en actueel houden van een crisis- en signaleringsplan. Indien mogelijk werken behandelaars ook samen met de naasten.
- **therapeutische relatie:** De behandelaar dient in staat te zijn om de interpersoonlijke patronen die onderdeel zijn van de persoonlijkheidsstoornis therapeutisch te benutten. Er moet altijd gestreefd worden naar een goede samenwerkingsrelatie. Behandelaars zijn gespitst op (tegen)overdracht, het signaleren van breuken in de therapeutische relatie en het bewaken van grenzen. Zij zijn vaardig om deze breuken, ook wanneer ze gepaard gaan met heftige emoties (zoals woede), te herstellen. Gezien het interpersoonlijke karakter van de aandoening vergt dit bijzondere zorg en deskundigheid om de samenwerking tussen verschillende behandelaars te handhaven, ook als er verschillen van inzicht ontstaan.
- **systemisch werken:** Behandelaars van mensen met persoonlijkheidsstoornissen dienen over competenties te beschikken om de context (naasten en relevante en betrokken instanties) van de patiënt mee te nemen in de behandeling.
- **zelfreflectie:** Gedurende de behandeling helpt de behandelaar de patiënt om stil te staan bij zijn eigen gedrag, gedachten en gevoelens en nodigt de patiënt uit om stil te staan bij gedrag, gedachten en gevoelens van anderen.
- **balans tussen stabiliseren en veranderen:** De behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een balans tussen ondersteunen en valideren enerzijds en veranderingsgericht werken anderzijds. Als persoonlijkheidsverandering en groei de doelen van behandeling zijn, dan zijn beide noodzakelijk. Behandelaars dienen het brede scala van benodigde interventies te beheersen (zie achtergronddocument [Organisatie van zorg](#)).
- **gespreksvaardigheden:** Gelet op hun interpersoonlijke kwetsbaarheid is bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis het belang van de toepassing van specifieke gespreksvaardigheden groter dan bij patiënten met diverse andere stoornissen. Dit geldt bijvoorbeeld voor (a) het stellen van open vragen die uitnodigen tot exploratie, (b) aandachtig luisteren en reflecteren op wat de patiënt zegt, (c)

aanvaarden van hoe de patiënt zich voelt, (d) niet bekritisieren van het perspectief van de patiënt, (e) niet in discussie gaan en niet meteen oplossingen aanreiken, (f) de pogingen van de patiënt om oplossingen te zoeken of problemen hanteerbaar te maken onderzoeken en valideren en (g) verhelderen en samenvatten wat de patiënt heeft gezegd; deze samenvattingen en interpretaties worden de patiënt als suggesties voorgelegd.

6.2.5 Kenmerken van het netwerk, de behandeling en de behandelaar

In de behandeling wordt de interpersoonlijke kwetsbaarheid van mensen met een persoonlijkheidsstoornis bij uitstek zichtbaar. Hieruit blijkt de noodzaak van adequate competenties, basishouding (zie achtergronddocument [Organisatie van zorg](#)) en gespreksvaardigheden van iedere behandelaar. Naast de competentie van de behandelaar zijn er voorwaarden verbonden aan het functioneren van het netwerk (of het team), de geboden structuur en de attitude van alle behandelaars in het netwerk. Deze kenmerken zijn opgenomen in achtergronddocument [Organisatie van zorg](#).

6.2.6 Psycho-educatie

Psycho-educatie (het geven van voorlichting) is belangrijk voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis en hun naasten. Psycho-educatie kan groepsgewijs of individueel worden gegeven en eventueel worden aangepast aan de ernst van de problematiek. Daarnaast kunnen patiënten zelf informatie verzamelen door folders, boeken of ervaringsverhalen te lezen, internet te raadplegen, eHealth modules te volgen en/of contact op te nemen met een patiëntenvereniging. Een vorm van psycho-educatie is ook het aanbod van de behandelaar om de patiënt en zijn naaste(n) actief te begeleiden in de zoektocht naar informatie over de aandoening en behandeling. Psycho-educatie gaat over de aard en ernst van de persoonlijkheidsstoornis, de oorzaken, het beloop van de aandoening, de behandelmogelijkheden, een gezonde levenswijze en het omgaan met de gevolgen. Een goed geïnformeerde patiënt heeft kennis over en inzicht in zijn aandoening en de mogelijkheden en beperkingen van behandeling. Goede psycho-educatie over alle facetten van de persoonlijkheidsstoornis stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid te nemen voor zijn levenswijze, keuzes te maken ten aanzien van de therapie en de kwaliteit van zijn leven te verbeteren of zo goed mogelijk te houden.

Op de website van het [kenniscentrum persoonlijkheidsstoornis](#) is informatie over persoonlijkheidsstoornissen te vinden. Tevens zijn hier de folders van Borderline Task Force (BTF) over behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis te downloaden. Via de website van de [NVVP](#) kan een beknopte folder over borderline persoonlijkheidsstoornis worden gedownload. Via de website van [NKOP](#) is een folder beschikbaar voor behandelaars werkzaam in de ouderenzorg over het omgaan met suïcidaliteit bij ouderen, inclusief stappenplannen. Daarnaast organiseert de [Stichting borderline](#) elk jaar een Publieksdag met informatieve lezingen. In achtergronddocument [Referentielijst boeken](#) vindt u een lijst met voorbeelden van informatieve en zelfhulpboeken en eHealth over persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante onderwerpen.

Het is van groot belang dat, indien zowel patiënt als naasten dit wensen, ook de naasten psycho-educatie krijgen, zodat zij het gedrag van de patiënt beter leren begrijpen. Deze psycho-educatie zou gevolgd kunnen worden door een training waarin naasten (beter) leren omgaan met de

persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt. Indien de patiënt bezwaar heeft tegen samenwerking met naasten, wordt aanbevolen om de naasten in ieder geval niet-patiëntgebonden informatie, zoals algemene informatie over de stoornis, instellingen en behandelaanbod, en over het aanbod van cursussen te verschaffen en hen te wijzen op het bestaan van een familieraad en familievertrouwenspersoon. In beide gevallen kan informatie worden gevonden door familie en naasten op de websites van bijvoorbeeld [Stichting Borderline](#) en [Labyrint-In Perspectief](#) (voor naasten).

Binnen relaties en/of gezinnen met persoonlijkheidsstoornissen is de communicatie vaak ontregeld. Het reguleren van deze onderlinge gespreksvaardigheden is belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld met “non-aggressive communication”.

6.2.7 Eerste stap interventies

Gezien de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen is in beginsel gespecialiseerde behandeling nodig.

1. Psychologische en psychotherapeutische behandeling is de behandeling van eerste keus bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.
2. Sociaalpsychiatrische behandeling is een alternatieve behandeling voor die gevallen waarin psychotherapie niet mogelijk is of een ondersteunende behandelvorm die de uitvoering van een psychotherapie mogelijk maakt.
3. Medicamenteuze behandeling richt zich niet op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis als zodanig, maar op behandelbare deelaspecten of symptomen die samenhangen met de stoornis. Farmacotherapie kan ook ondersteunend zijn aan een psychotherapeutische behandeling of sociaalpsychiatrische behandeling.
4. Vaktherapieën kunnen een onderdeel vormen van een psychotherapeutische of sociaalpsychiatrische behandeling.

6.2.8 Psychosociale behandeling

Psychosociale behandeling wordt bij persoonlijkheidsstoornissen voornamelijk gegeven in de vorm van sociaalpsychiatrische behandeling. Sociaalpsychiatrische behandeling richt zich op de patiënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context en is gebaseerd op de gedachte dat de meeste psychische problemen ontstaan in interactie tussen individu en omgeving. Deze vorm van behandeling is overwegend praktisch georiënteerd en is gericht op het bevorderen van het weerstandsvermogen bij de patiënt en zijn omgeving. Er worden 2 varianten onderscheiden:

- stand alone variant: Sociaalpsychiatrische behandeling als een op zichzelf staande behandelvorm (met mogelijk daarnaast farmacotherapie) die erop gericht is om een adequate behandelomgeving te creëren. De volgende patiënten komen hiervoor in aanmerking:
- patiënten die (nog) niet met psychotherapie kunnen beginnen (vanwege bijvoorbeeld een groot aantal sociale problemen, onvoldoende motivatie en/of zeer grote crisisgevoeligheid);
- patiënten die niet meer in psychotherapie zijn (vanwege uitval uit psychotherapie of afronding van psychotherapie) met nog wel een noodzaak tot begeleiding.
- ondersteunende variant: Sociaalpsychiatrische behandeling als een ondersteunende behandelvorm (met mogelijk daarnaast farmacotherapie) die voorziet in zorgelementen die noodzakelijk zijn voor de

adequate uitvoering van psychotherapie, maar die geen deel uitmaken van de psychotherapie. De volgende patiënten komen hiervoor in aanmerking:

- Patiënten die naast psychotherapie hulp nodig hebben op het vlak van maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld bij sociale problemen, werk en/of daginvulling of aanvullende crisisinterventie.

Sociaalpsychiatrische behandeling is slechts voor een deel van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis noodzakelijk. Veel mensen kunnen (een deel van) de bovengenoemde problemen zelfstandig of met behulp van naasten oplossen, terwijl mensen in psychotherapie slechts incidenteel aanvullende sociaalpsychiatrische behandeling nodig hebben. Met name veel mensen met een persoonlijkheidsstoornis die voldoen aan de criteria voor een ernstige psychische aandoening (EPA) zullen deze vorm van behandeling nodig hebben. Zie [generieke module Ernstige Psychische aandoeningen](#).

Voor ouders met een persoonlijkheidsstoornis zijn er interventies die de ouder-kind relatie verbeteren. Hoe effectief deze interventies zijn, is nog niet voldoende wetenschappelijk onderzocht, maar een vorm van psycho-educatie waarbij de ouders leren kijken naar hun kinderen en daarbij hun behoeften beter leren aanvoelen (tegelijkertijd met aandacht voor de hechtingsproblematiek van de ouders zelf) wordt aanbevolen. Interventies gericht op opvoedingstechnieken van de ouders en communicatievaardigheden in het hele gezin worden ook aangeraden.

Bij sociaalpsychiatrische behandeling zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- communiceer duidelijk;
- stel helder geformuleerde en concrete doelstellingen;
- maak goede afspraken tussen behandelaar(s), patiënt en naasten over crisis en crisisinterventie en -preventie (als onderdeel van een individueel zorgplan en een therapeutisch kader). Bij bezwaren van de patiënt of naasten tegen samenwerking met naasten wordt nagegaan waar deze bezwaren uit bestaan. De professional dient in gesprek te blijven met de patiënt met als doel te zoeken naar mogelijkheden om naasten (alsnog) te betrekken;
- informeer kinderen van ouders met een persoonlijkheidsstoornis over de problematiek en ga na in welke mate het kind problemen ervaart (parentificatie, onthechting, problemen op school, et cetera) en of daar ondersteuning bij nodig is;
- inventariseer welke ondersteuning naasten nodig hebben in het omgaan met de patiënt, zodat ook bij hen balans tussen draagkracht en draaglast behouden blijft. Afhankelijk van de ondersteuningsvraag biedt de behandelaar de mogelijkheid aan tot het voeren van voldoende gesprekken;
- wees extra alert bij het onderscheiden van acuut en chronisch risico op suïcide. Geadviseerd wordt om het inzetten/aanbieden van Intensive Home Treatment (IHT) te overwegen, vooral bij acute suïciditeit. In geval van crisis met impulsief en suïcidaal gedrag verdient een kortdurende opname met een vooraf overeengekomen doelstelling de voorkeur boven een langer durende opname zonder duidelijk omschreven doelstelling. Bij crisisopnames is het zeer aan te raden om een crisis/veiligheidsplan te maken;
- blijf als behandelaar op de hoogte van en bied de patiënt duidelijkheid over behandelmogelijkheden voor comorbiditeit. Deze deelbehandelingen kunnen gelijktijdig of sectioneel met de lopende behandeling van de persoonlijkheidsstoornis worden aangeboden. In alle gevallen dient de continuïteit en samenhang van de behandeling te worden gewaarborgd.

6.2.9 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Psychologische en psychotherapeutische behandeling worden hier als synoniem gezien. In het vervolg wordt alleen over psychotherapie gesproken.

Psychotherapie is de behandeling van eerste keus bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. In deze paragraaf worden verschillende specifieke vormen van psychotherapie beschreven die kwalitatief als gelijkwaardig kunnen worden beschouwd. Het is nadrukkelijk wel van belang om een specifieke variant te kiezen en deze op de bedoelde wijze uit te voeren, al spelen zeker ook diverse generiek werkzame elementen een belangrijke rol.

De verschillende psychotherapeutische methoden maken, elk op een onderscheidende wijze, systematisch gebruik van de therapeutische relatie in combinatie met specifieke psychotherapeutische technieken. Daarbij is de inzet van de patiënt even belangrijk als de deskundigheid van de behandelaar. Voor een patiënt is psychotherapie vaak hard werken en het proces gaat doorgaans gepaard met ups en downs. Daarom moeten zowel de patiënt als de behandelaar vooraf instemmen met de richting van de beoogde verandering. Het uiteindelijke behandelresultaat is afhankelijk van de aard van de problemen en iemands eigen mogelijkheden. Lees voor meer informatie de generieke module Psychotherapie.

Het meeste onderzoek heeft plaatsgevonden bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), cluster C persoonlijkheidsstoornissen en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen. Toch zijn er voldoende aanwijzingen in de literatuur en klinische praktijk dat psychotherapie gunstige behandelresultaten oplevert bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen, dus ook cluster A en andere cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Op psychotherapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen zijn de volgende algemene uitgangspunten van toepassing.

Voorwaarden voor psychotherapie en exclusiecriteria

Het indiceren voor een bepaalde vorm van psychotherapie vereist een zorgvuldige afweging door patiënt en behandelaar. Hiervoor bestaan weinig tot geen harde exclusiecriteria.

Het kan soms verstandig zijn om de patiënt of diens omgeving eerst te stabiliseren, bijvoorbeeld door middel van een crisisinterventie, medicatie, sociaalpsychiatrische zorg of een systeeminterventie. Dit is aan de orde bij bepaalde ernstige, niet-gestabiliseerde vormen van psychiatrische comorbiditeit zoals een op de voorgrond staande psychotische stoornis, ernstige bipolaire-I stoornis, detoxificatie-behoevende verslaving en ernstig ondergewicht.

Ook kan het nodig zijn om eerst sociaal-economische ontregeling (bijvoorbeeld dakloosheid en problematische schulden) of voortdurende bedreiging aan te pakken alvorens met de psychotherapie te starten. Richt in die gevallen de behandeling in eerste instantie niet zozeer op de persoonlijkheidsstoornis maar op genoemde problematiek. Dit soort situaties vraagt altijd om maatwerk.

Ten slotte zijn er enkele harde exclusiecriteria, zoals een ernstige verstandelijke beperking. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking zijn wel aangepaste behandelingen in ontwikkeling, al worden die nog lang niet overal toegepast.

Keuze van behandeling

Voor een optimale werkzaamheid van de behandeling is het van belang dat gekozen wordt voor een begrijpelijk, coherent en eenduidig therapiemodel en dat dit consistent wordt toegepast. Er is momenteel onvoldoende evidentie dat binnen de specifiek voor persoonlijkheidsstoornis ontwikkelde vormen van psychotherapie het ene therapiemodel effectiever is dan het andere. Aangeraden wordt de patiënt waar mogelijk een grote stem te geven in de keuze van de specifieke vorm en intensiteit van psychotherapie, op basis van goede voorlichting (zie ook [Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornis](#)). Voor meer informatie over psychotherapie, inclusief een beschrijving van de verschillende behandelvormen, verwijzen we naar de Generieke module Psychotherapie.

Dosering

In het algemeen behoeven patiënten met persoonlijkheidsstoornissen een psychotherapie met een relatief hoge dosering. Bij deze behandelingen dient eerder in een jaar of jaren gedacht te worden dan in maanden. In ernstige gevallen gaat het om trajecten die meerdere jaren kunnen duren. Onderzoek laat zien dat effecten veelal zichtbaar worden na een jaar behandeling, maar dat stabiele verandering op belangrijke uitkomstmaten bij ernstige persoonlijkheidsproblematiek vaak pas na 2 tot 3 jaar bereikt wordt. In individuele gevallen kan de optimale dosering behoorlijk uiteenlopen. Hierbij zijn de volgende principes richtinggevend:

- behandelingen dienen in ieder geval in een dosering en wijze worden gegeven zoals ze ook zijn onderzocht en niet in een 'verdunde' vorm;
- passende zorg: zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig en afstemming van dosering op patiëntvariabelen zoals probleemernst, psychologische capaciteiten, comorbiditeit en sociale inbedding;
- in specifieke gevallen kunnen de volgende praktische overwegingen een rol spelen: beschikbaarheid van behandel faciliteiten, reistijd en verplichtingen van de patiënt als ouder of werknemer.

Andere kenmerken van behandeling

Naast een relatief hoge dosering worden effectieve behandelprogramma's gekenmerkt door een hoge mate van structuur en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren, zoals motivatie, therapietrouw, het consistent toepassen van een coherent theoretisch kader, de kwaliteit van de therapeutische alliantie en een actieve en empathische houding van de behandelaar. Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, wordt aanbevolen om de behandel fasering zo nodig in te richten volgens het zogeheten 'step-down-principe' c.q. de hoofdbehandeling te laten vervolgen door (intensieve) vervolgbehandeling of nazorg. Daarbij is terugvalpreventie binnen het gehanteerde therapiemodel van belang.

Behandel doelen

Het welslagen van psychotherapie hangt af van wederzijdse overeenstemming tussen patiënt en behandelaar over de behandel doelen. Hierbij kunnen motiverende interviewtechnieken en diagnostiek op therapeutische basis van grote waarde zijn. In het bijzonder bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die niet van meet af aan gemotiveerd zijn om een proces van verandering in te gaan. De psychotherapie kan onder andere worden gericht op de volgende

behandeldoelen:

- herstel (leren omgaan met (blijvende) kwetsbaarheden) of aanzienlijke vermindering van de persoonlijkheidsproblemen c.q. disfunctionele patronen in het denken, voelen en handelen;
- herstel of aanzienlijke vermindering van (bijkomende) klachten en problemen;
- verbetering van het sociaal-emotioneel functioneren;
- verbetering van het beroepsmatig en intermenselijk functioneren en participatie in de samenleving;
- weer op gang brengen van een gestagneerde leeftijdsadequate ontwikkeling;
- persoonlijke ontwikkeling en zelfontplooiing;
- hanteerbaar maken van de (resterende) persoonlijkheidsproblemen;
- verbetering van de kwaliteit van leven;
- vermindering van intergenerationele overdracht van psychische problemen.

Voortgangsevaluatie

Het is van belang om de voortgang van de behandeling samen met de patiënt bij te houden. Afhankelijk van de duur en intensiteit van de behandeling dient minimaal eens per 3 tot 6 maanden in een voortgangsbespreking, in aanwezigheid van de patiënt en indien gewenst de naaste(n), de voortgang in de behandeling te worden geëvalueerd. Bij voorkeur worden hiertoe Routine Outcome Monitoring (ROM) gegevens ter ondersteuning gebruikt. Deze monitoring draagt bij aan de doelmatigheid van behandeling door verschillende mechanismen:

- bevorderen van de doelgerichtheid en daarmee het rendement van de behandeling;
- tijdig stoppen zodra de behandeldoelen zijn bereikt;
- tijdig stoppen en/of doorverwijzen als de behandeling stagneert c.q. geen toegevoegde waarde meer heeft;
- voorkomen van gezondheidsschade in geval van negatieve bijwerkingen.

Naasten

Waar mogelijk (bij instemming van de patiënt en bereidheid van naasten tot medewerking) wordt aanbevolen om de naasten in het behandelproces te betrekken. Systeemtheoretische benaderingen kunnen waardevol of noodzakelijk zijn in aanvulling op (maar niet ter vervanging van) de behandeling van de individuele patiënt middels psychotherapie. Bij de wijze waarop hieraan wordt vorm gegeven dient een balans te worden gezocht tussen de wensen en autonomie van de patiënt en de behoeften van de naasten. Er zijn verschillende opties die, in het belang van zowel patiënt als naaste(n), in overleg kunnen worden overwogen:

- voor naasten: steungroepen of psycho-educatie;
- voor partners: partnergroepen of partner-relatietherapie;
- voor gezinnen: systeemtherapie (zie ook zorgstandaard afhankelijke aspecten);
- voor kinderen: KOPP zorg (bijv. ondersteunen van de ouders en/of de kinderen bij het regelen van een speel/studieplek van de kinderen bij vrienden/buren/familie). Zie ook richtlijn KOPP/KVO.

Kwaliteitseisen

Bij de uitvoering van psychotherapie gelden de volgende kwaliteitseisen:

- het is van belang dat psychotherapieën bij persoonlijkheidsstoornissen worden uitgevoerd door

specifiek getrainde en dus bekwame en bevoegde behandelaren;

- daarnaast dienen behandelaars over voldoende expertise te beschikken om naasten te kunnen betrekken en ondersteunen. Wanneer behandelaars in opleiding zijn, dienen zij gesuperviseerd te worden door erkende supervisors;
- de specifieke psychotherapieën kennen elk een via internet te raadplegen register waarin behandelaars te vinden zijn die succesvol een passende opleiding hebben gevolgd. Ook gekwalificeerde supervisors zijn hierin te vinden (zie Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornis, Register MBT, Schematherapie);
- vrijgevestigde behandelaars dienen over een adequaat collegiaal netwerk te beschikken (zie ook: GGZkwaliteitsstatuut);
- ten slotte dient (dag)klinische psychotherapie te worden uitgevoerd door een multidisciplinair team, dat ten minste bestaat uit een klinisch psycholoog en/of psychotherapeut (evt. aangevuld met een gz-psycholoog), een psychiater, sociotherapeut(en) en vaktherapeut(en).

6.2.10 Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen

Onder cluster A vallen de paranoïde-, schizotypische- en schizoïde-persoonlijkheidsstoornis. Mensen die uitsluitend lijden aan een of meer van deze aandoeningen melden zich minder vaak aan voor hulpverlening dan mensen die last hebben van andere persoonlijkheidsstoornissen. Dat kan onder meer te maken hebben met wantrouwen jegens de hulpverlening, onvoldoende inzicht in de relatie tussen de eigen persoonlijkheid en ervaren problemen of het ontbreken van lijdensdruk. Mede daarom is er weinig literatuur over de effectiviteit van behandeling voor deze specifieke groep. Tegelijkertijd zien we in studies naar andere persoonlijkheidsstoornissen wel vaak comorbiditeit van cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn aanwijzingen dat mensen met cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen in gelijke mate profiteren van psychotherapeutische behandeling als mensen met andere persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep adviseert om voorlopig de adviezen en aanbevelingen voor cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen (zie [Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen](#)) ook voor cluster A te volgen. Hierbij is er extra aandacht nodig om het vertrouwen van deze groep te winnen en vast te houden en voor het aangaan en bestendigen van een werkrelatie.

6.2.11 Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, i.h.b. borderline-persoonlijkheidsstoornis

Onder cluster B vallen de borderline-, histrionische- en narcistische-persoonlijkheidsstoornis. De antisociale-persoonlijkheidsstoornis wordt weliswaar ook tot cluster B gerekend, maar valt buiten het bestek van deze zorgstandaard omdat hiervoor veelal specifieke expertise nodig is vanuit het forensische en justitiële veld (zie [Uitgangspunten: afbakening](#)). Dit laat overigens onverlet dat antisociale gedragingen onderdeel kunnen uitmaken van de symptomatologie van andere vormen van persoonlijkheidsstoornissen en dan geïntegreerd behandeld kunnen worden. De meeste studies hebben specifiek betrekking op de behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). De aanbevelingen hieronder hebben specifiek betrekking op BPS, maar kunnen voor een belangrijke deel ook worden toegepast op cluster-A- en andere cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. De verklaring is dat mensen met deze persoonlijkheidsstoornissen, al zijn de specifieke symptomatische manifestaties anders, vaak kampen met gelijkaardige onderliggende persoonlijkheidsproblemen, bijvoorbeeld in termen van hechtingsstijl, cognitieve schemata of persoonlijkheidsorganisatie.

Aanbevolen behandelingen

Voor BPS bestaan veel verschillende soorten behandelingen (zie EBRO-module [Psychotherapie](#)). De voorkeur verdienen de zogeheten ‘specifieke BPS behandelingen’, die de volgende kenmerken hebben:

- speciaal ontwikkeld voor de behandeling van BPS;
- gebaseerd op een welomschreven behandelmodel dat het ontstaan en de instandhouding van BPS en de werkzame behandelingsmechanismen beschrijft;
- met een nauwkeurig gestandaardiseerd protocol dat de therapeutische relatie, de toe te passen technieken en de fasen van therapie beschrijft;
- behandelaars zijn experts in de behandeling van BPS.

Vier specifieke vormen van psychotherapie voor BPS voldoen aan bovenstaande kenmerken en worden daarom aanbevolen:

- Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT);
- Mentalization-Based Treatment (MBT);
- Schema Therapy of Schematherapie (ST);
- Transference-Focused Psychotherapy (TFP).

Onderzoek heeft uitgewezen dat door het volgen van een van deze therapieën ongeveer de helft van de geïndiceerde patiënten (volledig) herstelt van de diagnose persoonlijkheidsstoornis en ongeveer twee derde (grote) vooruitgang boekt op (meerdere) behandeldoelen. Naast een grotere effectiviteit hebben DGT, MBT, ST en TFP nog 2 andere voordelen boven alternatieve behandelingen: (1) het zijn de meest voorkomende en daarmee de meest toegankelijke behandelingen in Nederland, en (2) voor deze behandelingen is in Nederland kwaliteitsborging geregeld, bijvoorbeeld middels het aanbod van trainingen, supervisies en registers voor gekwalificeerde behandelaars. In het kader van kwaliteitsborging is het verder van belang om voldoende grote teams te vormen (bijv. met minimaal 5 behandelaars). Behandelingen die niet in instellingen plaatsvinden worden in intervisieverband besproken. Benadrukt wordt wel dat er ten tijde van het verschijnen van deze zorgstandaard voor de genoemde behandelingen veelal lange wachtlijsten bestaan en dat de capaciteit fors uitgebreid dient te worden om een acceptabele toegankelijkheid te borgen.

Dialectische Gedragstherapie (DGT)

Dialectische Gedragstherapie (DGT) is gebaseerd op gedragstherapeutische principes gecombineerd met zen-boeddhistische en dialectische principes. De behandeling richt zich op het aanleren van adequate vaardigheden, in te delen in 4 groepen: emotieregulatie, stresstolerantie, interpersoonlijke en mindfulness vaardigheden. DGT was oorspronkelijk een ambulante behandeling bestaande uit de combinatie van wekelijkse vaardigheidstraining in een groep, wekelijkse individuele psychotherapie, en 24-uurs telefonische bereikbaarheid van een DGT behandelaar. Er is ook een klinische variant van DGT ontwikkeld.

Schematherapie (ST)

Schematherapie (ST) is een integratieve psychotherapie waarin inzichten, methoden en technieken uit een breed scala van therapiescholen en theorieën in een cognitief theoretisch raamwerk zijn

geïntegreerd. Bij persoonlijkheidsstoornissen wordt gewerkt met het schemamodusconcept: een modus beschrijft de op een bepaald moment geactiveerde schema's en coping. De patiënt kan sterk wisselen in emoties, overtuigingen en gedrag, wat met het modusconcept wordt begrepen. Schematherapie kan in een ambulante of (dag)klinische setting, zowel individueel en/of in groepsverband, worden aangeboden.

Mentalisation-Based Treatment (MBT)

Mentalisation-Based Treatment (MBT) is een behandeling voortgekomen uit een psychoanalytisch en hechtingstheoretisch kader. MBT is gebaseerd op de aanname dat BPS gekenmerkt wordt door beperkingen in het vermogen om goed te kunnen mentaliseren, d.w.z. de intenties, emoties en andere mentale toestanden van de ander en zichzelf te begrijpen, met name tijdens stress. Er zijn diverse ambulante en dagklinische varianten, alle bestaande uit een combinatie van individuele en groepstherapie.

Transference-Focused Psychotherapy (TFP)

Transference-Focused Psychotherapy (TFP) is gebaseerd op de objectrelatietheorie waarin BPS gekenmerkt wordt door niet-geïntegreerde representaties van het zelf en van anderen, hetgeen in stand gehouden wordt door het gebruik van primitieve afweermechanismen: splijting, zwart- wit denken over zichzelf en anderen en externaliseren. TFP is een vorm van psychodynamische psychotherapie waarin gefocust wordt op wat de patiënt ervaart in de therapeutische relatie in het hier en nu, omdat ervan uitgegaan wordt dat de problemen die de patiënt met andere mensen ervaart zich ook in de therapie zullen openbaren en daar bewerkt kunnen worden. TFP wordt overwegend als een ambulante behandeling aangeboden.

Aandachtspunten bij de behandeling

- Voor de vorm van de behandeling gelden de volgende uitgangspunten: DBT, MBT, ST en TFP worden bij voorkeur aangeboden in dezelfde vorm als die waarvan de effectiviteit is bewezen (zie Tabel).
- Verreweg de meeste behandelingen bij BPS duren 12-36 maanden.
- Ambulante therapie heeft bij de meeste patiënten de voorkeur, omdat dit enerzijds minder ingrijpend is voor de patiënt, anderzijds biedt ambulant de mogelijkheid om te blijven werken of voor kinderen te zorgen. Aanbevolen wordt om in de intensieve fase van behandeling, die circa 12-18 maanden duurt, minimaal 2 psychotherapeutische sessies per week te overwegen, waarvan minimaal één in een individueel format. Na de eerste fase kan in veel gevallen worden afgeschaald naar één sessie per week of minder.
- (Dag)klinische psychotherapie kan overwogen worden wanneer eerdere kwalitatief goede ambulante psychotherapie onvoldoende effectief is geweest, patiënten op allerlei levensgebieden vastgelopen zijn en/of patiënten onvoldoende sociale steun en dagbesteding hebben.
- (Dag)klinische psychotherapie bestaat naast de primaire psychotherapie uit vaktherapie(en) en sociotherapie die hetzelfde psychotherapeutische referentiekader hanteren als de primaire behandeling. Dit kan naar behoefte worden aangevuld met vaardigheidstrainingen en specifieke modules voor traumabehandeling of andere problemen. De verschillende behandelcomponenten en –processen zijn ingebed in een veilig therapeutisch behandelmilieu.
- In (dag)klinische psychotherapie dient de balans tussen enerzijds stabiliserende (en dus steunende) en anderzijds veranderingsgerichte (en dus ontregelende) interventies nauwkeurig

afgestemd te worden op de draagkracht van de patiënt. Bij BPS is de draagkracht overwegend beperkt, waardoor deze groep meestal is geïndiceerd voor de meer stabiliserende varianten met een langere (dag)klinische behandel fase, variërend van 9-12 maanden voor klinische psychotherapie tot 12-18 maanden voor dagklinische psychotherapie. Vanwege het risico van negatieve bijwerkingen en drop-out is voorzichtigheid geboden bij het stellen van indicaties voor de meer veranderingsgerichte en/of in tijd gelimiteerde (3 tot 6 maanden) varianten.

- De frequentie van (dag)klinische psychotherapie kan worden gelimiteerd tot circa 2 tot 3 dagen/week door de intensieve behandel fase een plaats te geven in een langer behandeltraject met ambulante voor- en/of nabehandeling. Hierbij zijn groepspsychotherapie en/of ondersteuning bij resocialisatie en maatschappelijke re-integratie veelbelovende vormen van vervolgbehandeling. Deze helpen ook om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties.
- Het flexibel op- en afschalen binnen een setting, tussen settings en tussen echelons moet mogelijk zijn, met behoud van het therapiemodel, zodat continuïteit van behandeling wordt bevorderd.
- Bij psychiatrische (crisis)opname dient de primaire psychotherapie zoveel mogelijk gecontinueerd te worden. Ook bij op- en afschalen van de intensiteit van de behandeling wordt gepleit om de continuïteit te handhaven, dat wil zeggen vanuit eenzelfde model te blijven werken.

Gezamenlijke besluitvorming

Er is momenteel onvoldoende bewijs dat de genoemde 4 specifieke behandelingen voor BPS onderling verschillen in termen van kosteneffectiviteit. Het wordt daarom aanbevolen de patiënt in een gezamenlijk besluitvormingsproces een belangrijke stem te geven in de keuze voor een of meer van deze behandelingen. In die zin is diversiteit van therapieaanbod van belang om de patiënt een keuzemogelijkheid te kunnen geven, al zal een keuze in de praktijk lang niet altijd tot de mogelijkheden behoren.

Nadere informatie

Informatie over de 4 specifieke behandelvormen voor patiënten is te vinden bij de website van het [Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen](#) en op specifieke websites:

- DGT = Dialectische Gedragstherapie
- MBT = Mentalization-Based Therapy
- ST = Schematherapie
- TFP = Transference-Focused Psychotherapy

Behandelaars dienen goed van de aard van deze verschillende behandelingen op de hoogte te zijn en in staat te zijn om hun patiënten hier goed over te informeren. Ook dienen behandelaars de beperkingen van hun eigen behandel aanbod te kennen.

Generieke BPS behandelingen

Indien een van de 4 specifieke BPS behandelingen onvoldoende beschikbaar of toegankelijk is kan een zogeheten generieke BPS behandeling worden overwogen. De generieke BPS behandelingen (zie EBRO module [Psychotherapie](#)) mogen zich verheugen in een toenemende belangstelling. In vergelijking tot de genoemde specifieke BPS behandelingen hanteren deze behandelingen een meer generiek behandelmodel. In de wetenschappelijke literatuur komen de volgende varianten voor:

- Structured Clinical Management (SCM);
- General Psychiatric Management (GPM);
- Supportive Psychotherapy (SPT);
- Client-Centered Therapy (CCT).

In deze zorgstandaard worden generieke BPS behandelingen, die duidelijk psychotherapeutisch van aard zijn, nadrukkelijk onderscheiden van de meer praktisch georiënteerde [Psychosociale behandeling](#). In Nederland kennen we de Geïntegreerde Richtlijn Behandeling (GRB). Deze kan onder de noemer van generieke BPS behandelingen geplaatst worden, al stelt de werkgroep vraagtekens bij de naam GRB die ten onrechte suggereert alsof het een behandeling van eerste keus is.

Generieke behandelingen staan in de belangstelling omdat ze (a) makkelijk zouden kunnen worden geïmplementeerd en (b) belangrijke algemene ingrediënten van een goede psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen bevatten. Er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van generieke behandelingen, al blijken de specifieke behandelingen (iets) effectiever dan de generieke (zie EBRO-module [Psychotherapie](#)). De zorgaanbieder vermeldt op de website welke behandelingen in de instelling/praktijk beschikbaar zijn.

Trainingen voor patiënten met BPS

Bij de psychologische behandelingen horen tenslotte ook de specifieke BPS trainingen die aangeboden kunnen worden naast een individuele behandeling. In Nederland is de VERS-training bekend (ook bekend als “STEPPS”). De VERS-training kent een hoog educatief karakter, is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische methoden, en is gericht op het aanleren van emotieregulatie technieken, probleemoplossingsvaardigheden en een gezonde levensstijl. Er is bewijskracht voor de effectiviteit van de VERS-training, maar alleen indien deze wordt toegepast naast een individuele behandeling. Voor toepassing gelden dezelfde uitgangspunten als voor specifieke BPS behandelingen: de training dient aangeboden te worden in dezelfde vorm als die waarvan de effectiviteit is bewezen, dus alleen in combinatie met individuele behandeling, in dosis en frequentie als getest, door erkende trainers of trainers in opleiding die supervisie ontvangen. VERS kent ook trainingen voor naasten en voor ouders met BPS gericht op de omgang met hun kinderen. Voor informatie zie: [Verstraining](#).

6.2.12 Cluster C en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen

Onder cluster C vallen de vermijdende-, afhankelijke- en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Bij deze doelgroep bestaat een grote variatie in ernst en complexiteit. We rekenen andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen ook tot deze categorie; de ervaring leert dat daarvoor meestal dezelfde uitgangspunten bij indicatiestelling gelden. Ook voor cluster C geldt dat speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde psychotherapieën overwegend betere resultaten boeken dan psychotherapieën die niet speciaal voor deze groep stoornissen ontwikkeld zijn. De bekendste vormen zijn:

- Psychodynamische psychotherapie (Let wel: er bestaan veel verschillende varianten van psychodynamische psychotherapie, die bovendien onder verschillende benamingen voorkomen);
- Schematherapie (ST);

- Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

Qua behandelresultaten in termen van kans op herstel of vooruitgang doen behandelingen bij deze doelgroep niet onder voor de specifieke behandelingen voor BPS.

Aandachtspunten bij de behandeling

- Ambulante therapie heeft bij de meeste patiënten de voorkeur, omdat dit enerzijds minder ingrijpend is voor de patiënt en anderzijds meer mogelijkheden biedt om te blijven werken of voor kinderen te zorgen. De frequentie dient afgestemd te worden op de patiënt. Vaak is één sessie per week voldoende, maar soms is een hogere frequentie aangewezen. Dit hangt meer af van de ernst van de persoonlijkheidsstoornis en de mate van comorbiditeit dan van het soort persoonlijkheidsstoornis. Qua format geniet individuele ambulante psychotherapie de sterkste wetenschappelijke bewijskracht.
- Groepspsychotherapie is een optie voor mensen met persoonlijkheidsproblemen en minder ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn verschillende vormen van groepspsychotherapie, variërend van kortdurende gestructureerde varianten (circa 20-30 sessies, duur 6-12 maanden) tot aan langdurige minder gestructureerde varianten (circa 40-80 sessies, 12-24 maanden). In verreweg de meeste gevallen is één psychotherapeutische sessie per week voldoende.
- Voor de meest kwetsbare patiënten wordt ontraden om groepspsychotherapie als stand alone behandeling aan te bieden. In die gevallen waarin groepspsychotherapie toch geïndiceerd is, dient deze te worden gecombineerd met individuele behandeling.
- (Dag)klinische psychotherapie kan overwogen worden wanneer eerdere kwalitatief goede ambulante psychotherapie onvoldoende effectief is geweest, patiënten op allerlei levensgebieden vastgelopen zijn en/of patiënten onvoldoende sociale steun en dagbesteding (meer) hebben.
- (Dag)klinische psychotherapie bestaat naast de primaire psychotherapie uit vaktherapie(en) en sociotherapie die hetzelfde psychotherapeutische referentiekader hanteren als de primaire behandeling. Dit kan naar behoefte worden aangevuld met vaardigheidstrainingen en specifieke modules voor traumabehandeling of andere problemen. De verschillende behandelcomponenten en –processen zijn ingebed in een veilig therapeutisch behandelmilieu.
- De intensiteit en duur van de (dag)klinische behandelfase hangt af van de mate waarin de behandeling is gericht op stabilisatie respectievelijk verandering. De balans tussen enerzijds stabiliserende (en dus steunende) en anderzijds veranderingsgerichte (en dus ontregelende) interventies dient nauwkeurig afgestemd te worden op de draagkracht van de patiënt. Zo lijken meer veranderingsgerichte en in tijd gelimiteerde (3 tot 6 maanden) varianten beter aan te sluiten bij patiënten met een betere draagkracht, terwijl de meest kwetsbare patiënten juist meer kunnen profiteren van stabiliserende varianten met een langere klinische behandelfase (6 tot 9 maanden).
- De frequentie en duur van (dag)klinische psychotherapie kunnen ook worden gelimiteerd tot circa 2 tot 3 dagen/week respectievelijk 3 tot 6 maanden door de intensieve behandelfase een plaats te geven in een langer behandeltraject met ambulante voor- en/of nabehandeling. Hierbij zijn groepspsychotherapie en/of ondersteuning bij resocialisatie en maatschappelijke re-integratie veelbelovende vormen van vervolgbehandeling. Deze helpen ook om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties.
- Het flexibel op- en afschalen binnen een setting, tussen settings en tussen echelons moet mogelijk zijn, met behoud van het therapiemodel, zodat continuïteit van behandeling wordt bevorderd. Bij een goed aanbod in de regio moet het ook mogelijk zijn in een vrijgevestigde setting.

- Bij psychiatrische (crisis)opname dient de primaire psychotherapie zoveel mogelijk gecontinueerd te worden. Ook bij op- en afschalen van de intensiteit van de behandeling wordt aanbevolen om de continuïteit te handhaven, dat wil zeggen vanuit eenzelfde behandelmodel te blijven werken.

6.2.13 Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is om meerdere redenen complex. De wetenschappelijke kennis over werkzame geneesmiddelen bij specifieke symptomen van persoonlijkheidsstoornis is beperkt en ook weinig onderzocht. Verder spelen, net als bij psychotherapie, interpersoonlijke symptomen van persoonlijkheidsproblematiek geregeld door in de werkrelatie. Overdracht en tegenoverdracht kunnen het voorschrijfgedrag van de behandelaar en de beleving van de patiënt beïnvloeden. Medicamenteuze behandeling bij persoonlijkheidsstoornis dient daarom uitsluitend uitgevoerd te worden door behandelaars die de benodigde competenties hiervoor hebben verworven. Zij moeten naast specialistische farmacotherapeutische kennis beschikken over de vaardigheden om een goede werkrelatie op te bouwen waarbinnen de medicamenteuze behandeling vorm gegeven wordt.

Er bestaan wereldwijd geen geneesmiddelen die voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn geregistreerd. Farmacotherapie richt zich niet op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis als zodanig, maar op behandelbare deelaspecten of symptomen die samenhangen met de stoornis. Het doel is om specifieke klachten te verlichten of draaglijk te maken, suïcidegevaar af te wenden, een crisis te bezweren of te voorkomen en/of een psychotherapeutische behandeling mogelijk te maken of te bevorderen. Hierbij dient de behandelaar steeds alert te zijn op de tegenoverdrachtelijke neiging om 'iets te willen doen' voor de patiënt, bijvoorbeeld omdat deze wanhopig is, terwijl ondersteunende bewijskracht voor farmacotherapie in die gevallen (soms) ontbreekt.

Alvorens psychofarmaca te overwegen bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, wordt met behulp van zorgvuldige anamnese en psychiatrisch onderzoek in kaart gebracht welke symptomen voor farmacotherapie in aanmerking zouden kunnen komen. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen 2 typen symptomen:

- Symptomen die om een directe, korte of krachtige interventie vragen, zoals oplopende spanning, angst, tijdelijke verwardheid, denk- of waarnemingsstoornissen (cognitief-perceptuele symptomen) en slaapproblemen, al dan niet in een crisis. In dit geval zal meestal behoefte zijn aan rust middels enige sedatie. Hierdoor kunnen het angst- en spanningsniveau doorbroken en de nachtrust verbeterd worden, waardoor de acute klachten of crisis fors verminderen. Hierbij gelden de volgende overwegingen:
 - het wordt aangeraden om het gebruik van benzodiazepinen te beperken (dit in verband met een verhoogde kans op gewenning en ontregeling, ofschoon er geen wetenschappelijk bewijs is dat deze gecontraïndiceerd zijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis);
 - het tijdelijk gebruik van een sederend antihistaminicum (zoals promethazine) of een lage dosering van een antipsychoticum met sederende eigenschappen (zoals quetiapine) kan hierbij worden overwogen. Antidepressiva en stemmingsstabilisatoren zijn niet geschikt als acute interventie, omdat de werking hiervan pas in de loop van de weken geleidelijk op gang komt of omdat zij geleidelijk moeten worden opgebouwd.
- Symptomen die op langere termijn om behandeling vragen. De symptomen blijven de kwaliteit van

leven beperken of de voortgang van een (psychotherapeutische) behandeling bemoeilijken. In dit geval kan op basis van de specifieke symptoomdomeinen gekozen worden uit behandelalgoritmes. Hierbij gelden de volgende overwegingen:

- de antipsychotische, stemmingverbeterende of stabiliserende werking van psychofarmaca komt over het algemeen geleidelijk (in de loop van weken) op gang. Dergelijke medicatie dient bovendien geleidelijk te worden opgebouwd, op zoek naar een optimale dosering;
- uiteindelijk dienen de voordelen van het middel (effectiviteit) op te wegen tegen de nadelen (met name de bijwerkingen en gevaren) op korte en langere termijn.

Aanbevolen wordt terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychofarmaca ten behoeve van klachten of gedragingen die terug te voeren zijn op andere persoonlijkheidsstoornissen dan BPS of schizotypische-persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt zeker wanneer er geen sprake is van een andere psychische symptoomstoornis die medicamenteuze behandeling behoeft.

Ook binnen de behandeling van BPS heeft farmacotherapie slechts een beperkte plaats. Het kan ingezet worden bij acute symptomen om verlichting te geven of bij persisterende symptomen om andere vormen van behandeling (met name psychotherapie) mogelijk te maken. Bijwerkingen (emotionele vervlakking, sufheid, gedragsontregeling) kunnen echter ook het effect van psychotherapie verminderen of ondermijnen.

Farmacotherapie kan bij (alle) persoonlijkheidsstoornissen ook geïndiceerd zijn bij de behandeling van op de voorgrond staande of bijkomende (comorbide) symptoomstoornissen, zoals ADHD, depressie, angststoornissen, slaapstoornissen of psychotische symptomen. Deze dienen als zodanig conform de desbetreffende zorgstandaarden te worden behandeld.

Bij mensen met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis kunnen antipsychotica geïndiceerd zijn voor denk- en waarnemingsproblemen (cognitief-perceptuele symptomen). In verband met de bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven en klachtenreductie alsmede bijwerkingen goed te monitoren. Ook wordt geadviseerd te overwegen de behandeling met antipsychotica weer binnen enkele maanden te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

Aandachtspunten bij farmacotherapie

- respecteer elkaars autonomie tijdens het hele proces. Stel gezamenlijk een farmacotherapeutisch behandelplan op, als geïntegreerd onderdeel van het individuele zorgplan. Dit vergroot de kans op een gezamenlijk gedragen beleid waarin het risico beperkt wordt van polyfarmacie, therapieontrouw, 'shoppen', misbruik of opsparen van de medicatie of gevaarlijke overdoseringen;
- zoek samen naar interventies waarvan wetenschappelijk aannemelijk is gemaakt dat ze effectief (kunnen) zijn voor dat specifieke doel. Het is belangrijk om hierbij de effectiviteit af te zetten tegen de bijwerkingen, gevaren en kosten van de farmacotherapie;
- heb oog voor de grote individuele verschillen tussen patiënten wat betreft de beoogde werking van medicatie, de benodigde dosering, de onverhoopte bijwerkingen, mogelijk averechtse effecten en eventuele klachten tijdens het afbouwen;
- volg samen behandelalgoritmes die richting geven aan het voorschrijfbeleid en die overmatig medicijngebruik of onnodige bijwerkingen helpen voorkomen;
- monitor de gewenste en ongewenste effecten van medicatie regelmatig (aanvankelijk wekelijks).

Ook tijdens het afbouwen van medicatie is regelmatige controle gewenst omdat patiënten daarbij ernstig onregelmatig kunnen raken;

- controleer samen of ongewenste effecten en bijwerkingen optreden. Speciale aandacht dient hierbij uit te gaan naar de preventie en behandeling van het metabool syndroom, met name bij het gebruik van atypische antipsychotica. Ook indien de patiënt behandeld wordt in de huisartsenzorg of generalistische basis ggz dient hierop regelmatig gecontroleerd te worden. Laboratoriumgegevens die hierop betrekking hebben dienen uitgewisseld te worden tussen huisartsenzorg, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz;
- overweeg samen om medicatie waar mogelijk weer tijdig af te bouwen, ook indien het effect ervan (aanvankelijk) positief was;
- stel samen ook een plan op voor medicamenteuze interventies voor onverhoopt voorkomende crisissituaties en neem dit op in het individuele zorgplan en het crisissignaleringsplan. Dit voorkomt dat onder druk van de actualiteit en tijdens chaotische situaties medicatie moet worden voorgeschreven door artsen die de patiënt niet kennen;
- monitor suïcidaliteit expliciet en zorg ervoor dat medicatie indien nodig (tijdelijk) niet in eigen beheer wordt gehouden. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor het saneren van overtollige medicatie die niet meer wordt gebruikt, juist ook indien de patiënt in rustiger vaarwater verkeert;
- heb bij vrouwen met een kinderwens specifiek aandacht voor het feit dat de meeste psychofarmaca tijdens de zwangerschap ongewenst kunnen zijn;
- heb samen oog voor de specifieke betekenis van medicatie, in positieve zin (zoals erkenning, hoop) of in negatieve zin (zoals controleverlies, een negatief stigma of de associatie met een mogelijk slechtere prognose);
- heb samen oog voor de mogelijke ongewenste effecten van psychofarmaca op de rijvaardigheid;
- volg als voorschrijvend arts de wettelijke regels voor het off-label voorschrijven van medicatie. De patiënt dient er expliciet van op de hoogte te worden gebracht en uitleg te krijgen, moet ook toestemming geven en er dient een aantekening te worden gemaakt in het behandeldossier. Bovendien moet hierover met de apotheker worden overlegd, tenzij de geneesmiddelen worden voorgeschreven conform een geldende Nederlandse behandelrichtlijn;
- handel als voorschrijvend arts, psychiater of verpleegkundig specialist in goed overleg met andere betrokken disciplines. Goede ervaringen zijn opgedaan met de principes van 'split treatment' waarbij de patiënt 2 (of meer) behandelaars krijgt aangewezen welke als een team samenwerken en middels duidelijke afspraken elkaar aanvullen en elkaar vervangen. Voorkom dat op basis van achtereenvolgende crisissituaties steeds nieuwe psychofarmaca worden toegevoegd of dat doseringen onnodig worden opgehoogd. Een dergelijke 'cocktail' kan aanzienlijke iatrogene schade veroorzaken doordat het juist symptomen induceert en gedrag onregelt en bovendien het effect van psychotherapeutische interventies ondermijnt. Een goed bewakingssysteem in een apotheek en één verantwoordelijk voorschrijvend arts zijn hierbij essentieel;
- wijk tijdens vervanging en in diensten niet af van het beschikbare crisisplan voor medicamenteuze interventies, tenzij daar een noodzaak toe bestaat.

6.2.14 Combinatiebehandeling

Het is nog onvoldoende duidelijk uit wetenschappelijk onderzoek of de effecten van psychotherapie en farmacotherapie elkaar versterken in combinatie met elkaar of dat het effect van psychotherapie juist kan verminderen onder invloed van farmacotherapie.

Mits beperkt en juist toegepast kan farmacotherapie soms aangewend worden om aanhoudend storende symptomen te verminderen, een crisis af te wenden of een bijkomende stoornis te behandelen, en daarmee psychotherapie mogelijk te maken of te ondersteunen.

6.2.15 Biologische behandeling

Afgezien van [Medicamenteuze behandelingen](#) zijn andere biologische behandelingen zoals Electroconvulsieve Therapie (ECT), Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) of Deep Brain Stimulation (DBS) onvoldoende onderzocht en daardoor niet aangewezen voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis.

6.2.16 Vaktherapieën

Onder vaktherapieën worden gerekend: beeldende therapie, dramatherapie, danstherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Vaktherapieën hebben een ervaringsgerichte, handelingsgerichte en/of creatieve kwaliteit. Ze maken methodisch en doelgericht gebruik van diverse werkvormen, materialen, instrumenten en attributen, bijvoorbeeld met juist veel of weinig structuur. Gevoelens, gedachten en gedragspatronen die via vormgeving, spel of beweging naar voren komen, bieden aanknopingspunten voor (zelf)reflectie. Dit verloopt via waarneming en contact met anderen hierover, impuls- en emotieregulatie, het aan de orde stellen van patronen in voelen, denken en handelen, het oefenen met nieuwe rollen en vaardigheden.

Vaktherapieën kunnen een onderdeel vormen van de behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ze kunnen aanvullend, zowel individueel als groepsgewijs, op maat en modulair aangeboden worden. Dit gebeurt vaak in een consistent en gemeenschappelijk gehanteerd kader dat aansluit bij specifieke psychotherapeutische behandelmethoden, zoals Dialectische Gedragstherapie (DGT), Schematherapie (ST) en Mentalization-Based Treatment (MBT) of focale psychodynamische psychotherapie.

Door hun ervaringsgerichte en mentaliseren-bevorderende karakter zijn vaktherapieën in dit samenspel vaak aanjagers dan wel bestendigers van de psychotherapie. Vaktherapieën worden gezien als aanvulling op de psychotherapeutische behandeling, onder andere om toegang te krijgen tot emoties bij patiënten die zich (emotioneel) moeilijk laten bereiken. Ook zijn sommige patiënten verbaal minder vaardig of kunnen ze met woorden hun eigen emoties niet goed uiten, waardoor er in de psychotherapie minder gericht aan verandering gewerkt kan worden. Vaktherapie kan hier uitkomst bieden.

Vaktherapieën worden vaak hoog gewaardeerd door patiënten en het belang ervan wordt in de multidisciplinaire samenwerking in de (vrijgevestigde) praktijk onderkend. Het is van belang dat vaktherapieën worden uitgevoerd door een gekwalificeerd vaktherapeut met daartoe erkende opleiding. Het is doorgaans individueel verschillend welke vaktherapie voor wie geïndiceerd is. Voor meer informatie over vaktherapieën verwijzen we naar de [generieke module Vaktherapie](#).

6.2.17 Innovatieve en experimentele behandelingen

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelt zich momenteel snel. Van bestaande behandelingen worden nieuwe varianten ontwikkeld en op (kosten)effectiviteit onderzocht. (bijv. een

lichte ambulante variant van MBT). Een belangrijke ontwikkeling wordt gevormd door de toepassing van eHealth-modules (bijv. de DGT-app of ST-app) als aanvulling op of gedeeltelijke vervanging van psychotherapie. Vanzelfsprekend zullen deze modules eerst op (kosten)effectiviteit moeten worden getoetst alvorens ze breed in te voeren in de reguliere zorg. Daarnaast worden bestaande behandelingen toegepast bij nieuwe doelgroepen zoals adolescenten, ouderen of mensen met complexe vormen van comorbiditeit, terwijl deze doelgroepen voorheen niet in aanmerking kwamen voor deze behandelingen. Of er worden combinaties gemaakt met andere behandelingen voor gevallen waarin sprake is van comorbiditeit (bijvoorbeeld psychotherapie in combinatie met EMDR). Ten slotte worden er nog steeds nieuwe behandelingen ontwikkeld en onderzocht.

6.2.18 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Patiënten maken soms gebruik van andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Het gaat hier om complementaire of aanvullende behandelwijzen, zoals homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, kruiden, acupunctuur en manuele geneeskunde. Hierover kunnen patiënt en de verschillende betrokken behandelaars informatie uitwisselen en gezamenlijk afspraken maken. Er bestaat geen wetenschappelijk bewijs voor de invloed van deze aanvullende behandelwijzen op de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Een uitzondering wordt gevormd door visolie, waarvan het gebruik mogelijk stabiliserend werkt bij stemmingsproblemen en impulsiviteit, zoals bij BPS.

Aanvullende behandelwijzen waarbij zaken als bovennatuurlijke krachten en/of spiritualiteit centraal staan, kunnen bij de schizotypische- en paranoïde-persoonlijkheidsstoornis soms tot verergering leiden van de klachten van de patiënt. Bij deze mensen helpt dit type interventies niet om het zwakke realiteitsvermogen te verstevigen, maar loop je het risico dat excentrieke ideeën of betrekkingsswanen versterkt worden. Terughoudendheid bij het indiceren ervan lijkt daarom het meest raadzaam, al moeten deze zaken wel in alle openheid bespreekbaar blijven en dient een al te bevoogdende houding vanuit de behandelaar voorkomen te worden.

6.2.19 Tabel: Setting, duur en format/frequentie van onderzochte varianten van DGT, MBT, ST en TFP

Therapie	Setting	Duur	Format/ frequentie intensieve fase
DGT	Ambulant	Intensieve fase 12 maanden, gevolgd door 12-24 maanden vervolgbehandeling	Individuele therapie (1x/week) en groepsvaardigheidstraining (1x/week)
MBT	Ambulant of deeltijd	Intensieve fase 12-18 maanden, gevolgd door 12-24 maanden ambulante vervolgbehandeling	Individuele (1x/week), groepstherapie (1x, 2x of 3x/week) en sociotherapie (bij deeltijd ook vaktherapie 3x/week)
ST	Ambulant	Intensieve fase 12-36 maanden	Individuele of groepstherapie of een gecombineerde vorm: in het eerste jaar 2x/week, daarna 1x/week
TFP	Ambulant	Intensieve fase 12-36 maanden	Individuele therapie (2x/week)

7. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

7.1 Herstel

De meeste psychotherapeutische interventies zijn gericht op 'herstel' door het op gang brengen van persoonlijke ontwikkeling en mentale groei. Herstel kan hierbij worden gezien als een individueel proces gericht op het (her)vinden van de persoonlijke identiteit en het (her)nemen van de regie op het leven. Herstel reikt over de grenzen van een stoornis heen naar een volwaardig en zinvol leven. Een fundamenteel aspect van herstel is de zoektocht naar een balans tussen kwetsbaarheden en weerbaarheden, zodat iemand zijn kwetsbaarheden leert te accepteren of te overwinnen en weet te integreren met zijn weerbaarheden. Een essentieel element bij herstel is het ontdekken en het stimuleren van de veerkracht en de vitaliteit, zodat iemand zich (weer) kan handhaven in zijn omgeving.

De herstelvisie onderscheidt 4 aspecten van herstel die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

- symptomatisch herstel: gericht op de reductie en de remissie van de symptomen;
- functioneel herstel: gericht op het ontwikkelen van de executieve functies voor de dagelijkse routines;
- maatschappelijk herstel: gericht op het hervinden van een plaats in de maatschappij en het vervullen van sociale rollen zoals die van werknemer, partner en buurtgenoot. Indien van toepassing dient speciale aandacht uit te gaan naar de verantwoordelijkheden van de rol van ouder;
- persoonlijk herstel: gericht op het leren anticiperen op en hanteren van de symptomen en stressvolle gebeurtenissen, het toenemen van eigenwaarde, regievoering door het individu en zingeving.

Door herstelgericht te werken wordt het herstelproces van het individu gestimuleerd en gefaciliteerd. Herstelgericht betekent uitgaan van de wensen en de behoeften van het individu inclusief herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren en vervolgens werken aan het wegnemen van drempels en obstakels. Extra informatie is te vinden in de [generieke module Herstelondersteuning](#).

7.2 Participatie

Participatie is een onderdeel van het herstelproces. Het betreft het maatschappelijk herstel, waarbij de patiënt het vermogen ontwikkelt om zelfstandig (met zo min mogelijk professionele hulp) een dagelijks leven te leiden en volwaardig deel te nemen aan de maatschappij. Het gaat om zaken zoals sociale redzaamheid, persoonlijke zorg, huishoudelijke taken, dagstructuur, dagactiviteiten, maatschappelijk leven, onderwijs, (vrijwilligers)werk en (zelfstandig) wonen. Door de ernst van de problematiek en de duur van de behandeling ervaren veel patiënten een vervreemding van de maatschappij en behoeven zij begeleiding en ondersteuning om hun sociale en maatschappelijke rollen te (her)vinden.

Van behandelprogramma's en behandelaars wordt een actieve rol verwacht. Ze moeten het thema opnemen in het individuele zorgplan en zelf actief aan de slag. Aanbevolen wordt om daarbij samen te werken met bijvoorbeeld bedrijfsartsen en andere relevante partners. Er zijn diverse instellingen die hulp kunnen bieden. Een paar voorbeelden van interventies die deze instellingen toepassen zijn Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en Liberman-modules. In de databanken Effectieve Sociale Interventies ([Movisie](#)) en Effectieve Jeugdinterventies ([Nji](#)) zijn meer voorbeelden van interventies te vinden. Het [Participatiewiel](#) is een door Movisie ontwikkelde leidraad voor integrale participatiebevordering en kan als hulpmiddel worden toegepast om problemen op het terrein van functioneren en participeren in kaart te brengen.

7.3 Re-integratie

De re-integratie van mensen met een persoonlijkheidsstoornis verloopt niet zelden moeizaam. Veel van hen zijn arbeidsongeschikt en bang om weer deel te nemen aan het arbeidsproces. De eventuele druk vanuit het UWV, de werkgever of de maatschappij om betaald werk te verrichten of het aantal arbeidzame uren per week uit te breiden heeft regelmatig een averechts effect. Tegelijkertijd kan werk bijdragen aan een gevoel van eigenwaarde en biedt werk een dagstructuur.

Het is belangrijk om de weg van re-integratie geleidelijk in te slaan, waarbij vrijwilligerswerk als stap kan dienen om het zelfbeeld te verstevigen en positieve ervaringen op te bouwen. Een trajectbegeleider of jobcoach kan de patiënt ondersteunen in het re-integratieproces en samen met de patiënt onderzoeken wat deze nodig heeft om stapsgewijs de afstand tot de arbeidsmarkt te overbruggen. De specifieke aanpak van re-integratie staat beschreven in de [generieke module Arbeid als Medicijn](#) en de [generieke module Daginvulling en participatie](#). Een voorbeeld van een specifieke interventie is Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Het uitgangspunt van IPS is dat iedere patiënt die dat wil betaald werk kan doen.

8. Generieke modules

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

8.1 Inleiding

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Deze componenten of onderwerpen kunnen gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorg gerelateerde preventie en/of op behandeling. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene aandoening toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere aandoening in meerdere fasen. Belangrijk aspect is in alle fasen en omstandigheden de ondersteuning van zelfmanagement.

Een zorgstandaard kan meer dan één generieke module bevatten. De werkgroep heeft 9 generieke modules en 1 richtlijn geselecteerd als meest relevant voor de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen:

1. Acute psychiatrie.
2. Psychotherapie.
3. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
4. Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.
5. Zelfmanagement.
6. Vaktherapie.
7. Arbeid als medicijn.
8. Herstelondersteuning.
9. Ouderen met psychische aandoeningen.
10. Richtlijn KOPP/KVO.

9. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

9.1 Inleiding

De setting waarin de patiënt behandeld wordt hangt onder andere af van de aard, ernst en omvang van de problemen, de voorkeur van de patiënt en de mogelijkheden van de setting. De behandeling vindt bij voorkeur ambulant plaats. Naarmate de problemen ernstiger en complexer zijn, ligt het meer voor de hand om de behandeling in een teamverband uit te voeren. Dit kan in een instelling, maar ook door een vrijgevestigde behandelaar plaatsvinden. De zorgstandaard-onafhankelijke aspecten die in Organisatie van zorg aan de orde komen zijn:

- Echelonnering & gepast gebruik
- Regiebehandelaar
- Overdracht & consultatie
- Betrekken van naasten
- Informatie-uitwisseling
- Toegankelijkheid van de zorg
- Keuzevrijheid
- Privacy

9.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

9.2.1 Echelonnering en gepast gebruik

Echelonnering

Zowel in de huisartsenzorg als in de generalistische basis ggz komen veel mensen met een persoonlijkheidsstoornis voor, maar worden daar veelal behandeld voor andere somatische en psychische klachten. In de gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz vindt de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij voorkeur ambulant en met gebruikmaking van bewezen effectieve interventies plaats. Bij verandering van behandelintensiteit/setting zijn de zorgbehoefte van de patiënt en diens voorkeuren steeds richtinggevend. Een onderdeel van de gespecialiseerde ggz is de hoogspecialistische ggz, die zich richt op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de gespecialiseerde ggz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de hoogspecialistische ggz. In de hoogspecialistische ggz werken behandelaars met zeer gespecialiseerde kennis over diagnostiek en/of behandeling. Hoogspecialistische ggz wordt onder andere, maar niet uitsluitend, geboden in afdelingen of instellingen met het TOPGGz keurmerk (zie [TOPGGz](#)). Hoogspecialistische ggz wordt incidenteel ook geboden door vrijgevestigde experts. Als van behandeling en begeleiding in de hoogspecialistische ggz geen meerwaarde meer valt te verwachten, wordt de patiënt terugverwezen naar de eerste lijn met afspraken over eventueel voort

te zetten begeleiding en behandeling.

Gepast gebruik

Naast deze echelonering is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen deze zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over het kiezen van de meest passende interventie(s) en behandelsetting bij de kenmerken van de patiënt (matched care), maar ook over het kiezen van de juiste behandelintensiteit. De volgende aspecten zijn van belang:

- passende diagnostiek en behandeling zijn beschikbaar. Deze dienen te worden ingekocht (door zorgfinanciers) en geleverd (door zorgaanbieders);
- gezamenlijke besluitvorming is het middel om tot een goede indicatiestelling te komen;
- tijdens de behandeling vindt steeds evaluatie van de voortgang plaats en analyseren behandelaar en patiënt gezamenlijk eventuele stagnatie van de behandeling;
- desgewenst en wanneer mogelijk betrekken behandelaar en patiënt naasten bij de diagnostiek en behandeling.

Zorgaanbieders scheppen daarom de volgende voorwaarden:

- behandelaars zijn bevoegd en bekwaam, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en houden hun deskundigheden op peil;
- behandelaars die specifieke psychotherapie uitvoeren voldoen aan de kwaliteitseisen zoals vastgelegd in het desbetreffende register;
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten (zie Kwaliteitsbeleid);
- behandelaars hebben voldoende kennis over en vaardigheden in het betrekken en ondersteunen van naasten, specifiek voor de doelgroep van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein.

9.2.2 Regiebehandelaar

Een regiebehandelaar draagt verantwoordelijkheid voor het behandelproces en dus ook voor adequate communicatie met andere betrokken behandelaars en dienstverleners die relevant zijn voor de zorg van de patiënt, waaronder altijd de huisarts. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt en evalueert hij met hen de voortgang van de behandeling. De regiebehandelaar is bij voorkeur passend bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komen diverse disciplines in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen. Zie voor de voorwaarden het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Indien zorg door één behandelaar wordt verleend, is hij per definitie ook de regiebehandelaar.

9.2.3 Overdracht en consultatie

In een aantal generieke modules staan specifieke afspraken over overdracht en consultatie. Zo worden in de [Landelijke GGZ Samenwerkingafspraken](#) (LGA) tussen huisartsenzorg, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, (terug)verwijzing, taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Conform deze LGA maken behandelaars afspraken met andere professionals.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van overdracht tussen verschillende zorgdomeinen, bijvoorbeeld met het sociale domein. Verwezen wordt naar de relevante generieke modules. Zeker in crisissituaties worden ook naasten indien gewenst geïnformeerd. Voor consultatie en second opinion staat vanuit de gespecialiseerde ggz onder andere de weg naar de hoogspecialistische ggz open. Ook kan een vrijgevestigde expert worden geconsulteerd.

9.2.4 Betrekken van naasten

Naasten worden indien mogelijk vanaf het begin bij de behandeling betrokken. Daarin hanteren behandelaars het 'ja, tenzij principe'. Patiënten hebben het recht om beargumenteerd betrokkenheid van naasten te weigeren. Het is de taak van behandelaars deze weigering ter sprake te brengen en de redenen voor de weigering te onderzoeken en te zoeken naar wegen om de naasten alsnog bij de behandeling te betrekken. Daarbij houden behandelaars er rekening mee dat de weigering verband kan houden met mishandeling, misbruik en/of verwaarlozing (in het verleden), wat het betrekken van naasten problematisch of zelfs ongewenst kan maken. Uitgangspunt is dat er wordt samengewerkt met de naaste(n) en gekeken of deze zelf ook ondersteuning nodig heeft gelet op zijn draaglast of -kracht. Familie heeft in alle gevallen recht op niet-patiëntgebonden informatie (zie ook [Privacy](#)).

9.2.5 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is een adequate mondelinge en schriftelijke uitwisseling en overdracht van informatie tussen behandelaars onderling en tussen de behandelaar en patiënt. Dit vereist onder meer eenheid van taal tussen behandelaars onderling, en aansluiten bij de taal van de patiënt.

Patiënt en behandelaar maken afspraken over welke gegevens worden vastgelegd in het dossier en welke gegevens worden uitgewisseld tussen behandelaars en zorgverleners. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (nl. een optimale ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en worden er geen gegevens uitgewisseld aan niet-behandelaars zonder expliciete toestemming van de patiënt. Van deze regel kan alleen worden afgeweken indien het niet verschaffen van informatie naar alle waarschijnlijkheid tot aanzienlijke schade aan derden (of aan de patiënt zelf) kan leiden en deze schade niet op enige andere wijze kan worden afgewend. Overigens dient ook in die gevallen de patiënt van het verschaffen van die informatie op de hoogte te worden gesteld.

In de informatiestandaard wordt ook aandacht besteed aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen behandelaar zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

9.2.6 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt met een persoonlijkheidsstoornis behoort goede en toegankelijke zorg beschikbaar te zijn. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van behandelaars. De volgende algemene regels zijn van toepassing:

- voor de wachttijden zijn de Treeknormen van toepassing;
- de zorglocatie/praktijk is goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;

- de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- de behandelaar stemt dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- de wachttijd in de wachtkamer van de behandelaar is beperkt;
- de behandelaar informeert de patiënt over problemen met de uitvoering van de behandeling en zoekt naar oplossingen daarvoor;
- behandelaars benaderen de patiënt actief. In het geval van dreigende drop-out wacht de behandelaar niet af tot de patiënt opnieuw verschijnt, maar neemt hij/zij het initiatief na overleg met collega's;
- de behandeling verloopt gestructureerd. Dat is niet alleen te herkennen aan de samenstelling van het programma maar ook aan de uitwerking ervan in de dagelijkse praktijk.

Een belangrijk aspect van toegankelijkheid is continuïteit van zorg. Behandelaars dragen zorg voor continuïteit. Die continuïteit betreft de volgende elementen:

- de inhoud van zorg: de geboden vormen van zorg zijn dekkend voor de hulpvraag van de patiënt en overlappen elkaar niet. Naast ambulante voorzieningen staan er intensievere settings zoals klinische voorzieningen ter beschikking. Ze zijn goed op elkaar afgestemd;
- de tijd: de zorg voor de patiënt is qua opbouw in de tijd adequaat gecoördineerd en afgestemd;
- de wijze van benadering: behandelaars hebben – in een netwerk – een gemeenschappelijke visie op de problemen van de patiënt, werken vanuit één individueel zorgplan en hanteren eenzelfde attitude;
- een goede overdracht: niet alleen binnen de organisatie, maar ook in de communicatie met bijvoorbeeld andere instanties of de huisarts;
- de behandelaar: één patiënt heeft zoveel mogelijk dezelfde behandelaar(s);
- behandelaar en team: het aantal behandelaars waar de patiënt mee te maken krijgt wordt beperkt tot het minimum noodzakelijke.

Ofschoon het streven moet zijn om wachttijden te voorkomen, zal dit niet altijd haalbaar blijken. Indien er sprake is van een wachttijd, draagt de verwijzer zorg voor adequate zorg en ondersteuning ter overbrugging daarvan. Voor wachttijden binnen de behandeling, na intake, draagt de behandelaar deze verantwoordelijkheid.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Waar nodig of wenselijk wordt in samenspraak tussen patiënt en behandelaar een andere setting overeengekomen. Omdat de privacy van patiënten ook ruimtelijk maximaal gegarandeerd dient te worden, is aan te bevelen om in een voldoende geluidsdichte ruimte te werken.

9.2.7 Keuzevrijheid

Informed consent

Uitgangspunt van de zorgstandaard is gezamenlijke besluitvorming, onderdeel daarvan is het 'informed consent'. Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of onderzoek. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig

toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een behandelaar, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informeren over de voorgenomen behandeling of onderzoek. De informatieplicht van de behandelaar en het toestemmingsvereiste vormen een tweeenheid. Dit wordt informed consent genoemd. Het naleven door behandelaars van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de behandelaar de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling of onderzoek. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De behandelaar mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.

Keuzemogelijkheden

Een patiënt dient de keuze te krijgen uit de voor hem of haar meest passende en effectieve opties van zorg en ondersteuning. Desgewenst kan de patiënt een behandelaar in een andere regio kiezen, bijvoorbeeld als die een behandeling biedt die in zijn/haar eigen regio niet beschikbaar is. Daarbij dient hij zich te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes. Om als patiënt zelf keuzes te maken, is inzicht in aanbod en kwaliteit van zorg een vereiste. Alle behandelaars, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig en betrouwbaar;
- de informatie speelt ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

De behandelaar is ervan op de hoogte of de gemeente waar de patiënt woont beschikt over onafhankelijke patiëntondersteuning en hoe de patiënt daarmee in contact kan komen. Voor advies over de behandeling kan de patiënt ook terecht bij landelijke en eventueel regionale patiëntorganisaties zoals [Stichting Borderline](#).

9.2.8 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' inhoud te geven is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet, Participatiewet en Wet langdurige zorg (Wlz) expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. Patiëntondersteuning is in de wet omschreven als onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.

In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Een patiëntondersteuner begeleidt mensen dus niet om hun problemen op te lossen. Volgens het inspiratiedocument van de

VNG zouden gemeenten aandacht moeten hebben voor 3 aspecten:

- patiëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven;
- patiëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein;
- patiëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

9.2.9 Privacy

Conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is de zorg zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd. Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels.

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) is beschreven dat behandelaars een beroepsgeheim hebben. Bij besluiten over behandeling en overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in, correctie van en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de behandelaar de volgende informatie aan naasten geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiëntgebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie en wet- en regelgeving;
- indien aanwezig, informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familieorganisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

9.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

9.3.1 Samenwerking

Aangezien er bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis soms sprake is van complexe, samengestelde problemen geldt onafhankelijk van de setting dat behandelaars deel moeten uitmaken van een netwerk, waarin de volgende elementen beschikbaar zijn:

- deskundigheid ten aanzien van psychotherapie, farmacotherapie, systeemtherapie en sociaalpsychiatrische zorg;
- crisisinterventie, inclusief het opstellen en gebruik van signaleringsplannen;
- intercollegiale toetsing (interview) en waarneming in geval van afwezigheid.

Ten behoeve van het herstel zal er bovendien geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met externe partners die voor continuïteit en maatschappelijk herstel van belang zijn, zoals: jeugdzorg,

maatschappelijke dienstverlening, trajectbegeleiding, UWV, politie/wijkagent en overige behandelaars in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. De behandelaar dient zich daarbij steeds te realiseren dat externe behandelaars meestal niet BIG-geregistreerd zijn en geen behandelverantwoordelijkheid dragen. Deze zorgstandaard is niet op hen van toepassing.

Samenwerkende behandelaars dienen een gemeenschappelijke algemene visie op de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis te hebben. Per patiënt moeten ze bovendien overeenstemming hebben over het probleem en over de doelen en de inhoud van de behandeling. Indien de zorg vanuit een grotere organisatie wordt geleverd dienen raden van bestuur, directies en managers de visie van de behandelaars te delen en dienen ze er zorg voor te dragen dat de behandelaars over de middelen beschikken om kwalitatief goede zorg efficiënt uit te voeren.

9.3.2 Randvoorwaarden behandeling

Onafhankelijk van de setting dient de behandeling uitgevoerd te worden door voor de betreffende taak gekwalificeerde behandelaars die hun deskundigheid op peil houden door nascholing. De kwaliteit van de diagnostiek en behandeling wordt ook geborgd door de beroepsgroep, die op naleving toeziet.

Behandelaars van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dienen over voldoende middelen te beschikken en met de juiste professionals samen te werken om de behandeling omvattend en adequaat over langere duur uit te voeren. Voor de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis dienen de volgende randvoorwaarden gerealiseerd te worden:

- Behandelaars krijgen algemene training in de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en nemen deel aan intervisie. Vanwege het belang van de adequate crisisbehandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis besteedt de behandelaar hier specifiek aandacht aan. Hij informeert de crisisdienst over de werkwijze, de beschikbaarheid van crisisplannen en de toegang tot het (elektronisch) patiëntendossier en maakt desgewenst op individueel niveau aanvullende afspraken.
- Voor ggz-instellingen: de organisatie bevordert en bewaakt samenwerking met (a) andere afdelingen of teams binnen de eigen organisatie zoals de zorgprogramma's voor (ondersteuning bij) de behandeling van comorbiditeit en de opnameafdeling voor het gebruik van een bed op recept (BOR) of kortdurende opnames, (b) andere professionals uit de ggz zoals PAAZ-en, (c) andere professionals uit de algemene gezondheidszorg zoals medewerkers van de SEH's en de huisarts en (d) externe, niet primair medische organisaties die aanvullende diensten leveren, inclusief re-integratieprofessionals en het eigen sociale netwerk van de patiënt.
- De vrijgevestigde behandelaar bevordert en bewaakt zelf de samenwerking met andere behandelaars uit de gespecialiseerde of hoogspecialistische ggz, andere professionals uit de algemene gezondheidszorg zoals medewerkers van de SEH's en de huisarts, externe, niet primair medische organisaties die aanvullende diensten leveren en het sociale netwerk van de patiënt.
- Patiënten en behandelaars streven naar een goede samenwerkingsrelatie en dragen daar een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor.
- Voor een beschrijving van de competenties en meest passende attitude van behandelaars voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zij verwezen naar Behandeling en begeleiding.

9.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Voor de behandelaar staat het verlenen van een optimale kwaliteit van zorg centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), die in samenhang met de zorgstandaard als hulpmiddel dient tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, behandelaars en andere stakeholders met als missie de continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

9.4.1 Routine Outcome Monitoring

In het kader van een individueel zorgtraject is Routine Outcome Monitoring (ROM) een belangrijk element om de werkzaamheid van de behandeling te volgen. ROM-gegevens bieden waardevolle informatie over de voortgang van de behandeling. Met ROM-gegevens kunnen stagnaties in de behandeling tijdig zichtbaar worden. Dat kan aanleiding zijn om behandeldoelen en/of -interventies aan te passen. Dit wordt altijd gedaan in overleg tussen de behandelaar en de patiënt.

Op dit moment lenen ROM-gegevens zich nog niet voor andere doeleinden, zoals benchmarking, keuzeinformatie of zorginkoop. Algemeen geldt dat als ROM-gegevens voor andere doeleinden worden gebruikt dan voor het volgen van de behandeling, de patiënt hiermee expliciet moet instemmen.

Het is belangrijk om de ROM in te bedden in het zorgtraject. Het invullen van de ROM moet makkelijk zijn voor patiënten, bijvoorbeeld door de instrumenten online aan te bieden of afname te koppelen aan een afspraak. De behandelaar moet de waarde erkennen van ROM voor het evalueren van de behandelvoortgang om zijn patiënten te kunnen motiveren de ROM-instrumenten in te vullen. Hiertoe kan de behandelaar bijvoorbeeld uitleg geven over het nut van ROM en het belang van samenwerking tussen behandelaar en patiënt hierbij. Tenslotte is het belangrijk om de ROM-gegevens terug te koppelen aan de patiënten.

9.4.2 Frequentie van ROM

De frequentie van ROM is afhankelijk van de intensiteit en duur van de behandeling. Bij kortdurende behandelingen tot een jaar dient een minimumfrequentie van 3 maanden te worden aangehouden, bij langdurende behandelingen een minimumfrequentie van 6 maanden. Vooral in de beginfase van een behandeling is het zinvol om vaker ROM metingen te verrichten. Hierdoor kunnen stagnaties in de behandeling vroegtijdig zichtbaar gemaakt worden. Het wordt daarom aanbevolen om de ROM resultaten te gebruiken in de behandelbespreking met de patiënt en eventuele naasten, ook omdat daarmee voor de patiënt het nut van de ROM zichtbaar is.

9.4.3 ROM-Instrumenten

De keuze voor een ROM-instrument hangt onder andere af van wat de behandelaar wil meten. Dat

kan variëren van symptomen en het dagelijks functioneren tot persoonlijkheid en persoonlijkheidsverandering. Daarnaast beïnvloedt de verwachte duur van de behandeling de keuze van het ROM-instrument. Voor een beknopte beschrijving en een overzicht van voor de hand liggende ROM-instrumenten verwijzen we naar achtergronddocument [Overzicht ROM-instrumenten](#).

9.4.4 Terugkoppeling

Het terugkoppelen van de ROM-gegevens zonder interpretatie en gesprek kan bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen een negatief effect hebben. Invullen van de ROM gebeurt bij voorkeur zo kort mogelijk voorafgaand aan het gesprek en de ROM-gegevens dienen overzichtelijk en duidelijk gepresenteerd te worden (bijvoorbeeld met grafieken of kleuren). In het voortgangsgesprek worden ook de indrukken van de patiënt, eventuele naasten en het behandelteam over de behandelvoortgang besproken. Eventuele verschillen tussen ROM-gegevens en deze indrukken worden onderzocht en zo mogelijk verklaard. De taak van de behandelaar is vooral om de reflectie van de patiënt en zijn/haar naasten ten aanzien van (het ontbreken van) de behandelvoortgang te stimuleren.

9.4.5 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 is het zogeheten (model) kwaliteitsstatuut ggz van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te kunnen verlenen. Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) behandelaars en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder heeft de volgende doelstellingen:

- het maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de behandelaar aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- het dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- het stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

9.4.6 Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is goede en actuele kennis bij alle betrokken behandelaars. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de behandelaars wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de

hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. De opleiding en nascholing van behandelaars is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen behandelaars aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

9.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

In een recent uitgevoerd systematisch literatuuronderzoek is de kosteneffectiviteit van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in kaart gebracht. Er zijn 18 studies meegenomen waarin de kosten en effecten werden vergeleken tussen 2 of meer interventies (waaronder psychotherapie) bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De auteurs concludeerden dat psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis over het algemeen kosteneffectief zijn ten opzichte van de vergelijkingscondities.

Voor deze zorgstandaard is de kosteneffectiviteit in kaart gebracht en is ook een Budget Impact Analyse (BIA) uitgevoerd voor de behandeling van patiënten met BPS. Uit deze analyses blijkt dat psychotherapie bij mensen met BPS weliswaar gepaard gaat met hoge zorgkosten (die deels worden gecompenseerd door lagere kosten in andere zorgdomeinen), maar ook dat deze behandeling (zeer) effectief en daarmee kosteneffectief is. De gemiddelde kosten per gewonnen levensjaar in goede gezondheid (QALY) bedraagt circa €28.000. Het aanbieden van effectieve psychotherapie aan 1.000 patiënten met BPS gaat over een periode van 12 maanden gepaard met een verwachte toename in het benodigde zorgbudget van ±€2,4 miljoen.

Het is onbekend wat de impact is op de langere termijn, al kan verwacht worden dat de uitkomsten dan nog gunstiger uitvallen. De investering is op dat moment gemaakt, terwijl de daling in de overige zorgkosten (naast de interventiekosten) langer aan zou kunnen houden. Wanneer aangenomen wordt dat de daling in de overige zorgkosten minimaal 15 maanden na het einde van de interventie aanhoudt, dan zouden de additionele kosten van de interventie zelfs volledig worden gecompenseerd door een daling in overige zorgkosten.

9.6 Financiering

9.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

9.6.2 Specifiek

De zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis wordt gefinancierd vanuit verschillende bronnen, afhankelijk van de context en het type zorg. Meestal is er sprake van financiering op basis van de Jeugdwet (met name preventie en behandeling voor jongeren tot 18 jaar) of de Zorgverzekeringswet (Zvw; met name zorg voor volwassenen vanaf 18 jaar, gericht op genezing). Ook wordt er gefinancierd op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo; bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding of beschermde woonvormen) of de Wet langdurige zorg (Wlz; bijvoorbeeld klinische zorg voor mensen met een laag zelfredzaam vermogen). Een aandachtspunt bij de financiering van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder psychotherapie, is er dat voldoende van wordt ingekocht. Op het moment van het verschijnen van deze zorgstandaard bestaan er op veel plaatsen lange wachtlijsten voor psychotherapeutische behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen.

10. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 07-02-2020 Beoordelingsdatum 07-02-2020

10.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de [paragraaf monitoring](#) leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk wordt binnenkort

binnenkort: In februari 2020 zal dit hoofdstuk worden aangeboden aan het register van het zorginstituut als aanvulling op de huidige standaard.

Niet alle partijen die de zorgstandaard 'persoonlijkheidsstoornissen' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV):
hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

aangeboden aan het register van het zorginstituut.

10.2 Uitkomstindicatoren

10.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt

de patiënt: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

10.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard 'Persoonlijkheidsstoornissen'. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

De instrumenten genoemd bij volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen, alleen als er een specifiek instrument is ontwikkeld dan staat deze specifiek benoemd in de tabel.

Overzicht van instrumenten per indicator en doelgroep			
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel (voor persoonlijkheidsstoornissen)	Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118 / SIPP-SF)		
	General Assessment of Personality Disorders (GAPD83/22)		
	Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)		
	Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)	BPDSI-ado (14-18 jaar)	
	Inventory of Interpersonal Problems (IIP)		
	Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)		
	Inventory of Personality Organization (IPO-83/16)		
	Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OVP)		
Symptomatisch herstel (generiek)	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)		
	Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)		
	Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)		
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	symptom checklist 90 (SCL-90)		
	Korte Klachtenlijst (KKL)		
Functioneel herstel	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)	HoNOS-CA	HoNOS 65+
	WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)		
Kwaliteit van leven	Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)		
	Mental Health Quality of Life questionnaire (MHQoL)		
	EuroQol-5D (EQ-5D)		
Doelrealisatie			
Patiënt-ervaringen	Consumer Quality Index (CQi)	Consumer Quality Index (CQi) (vanaf 16 jaar)	

Bij korte behandelingen kunnen korte, veranderingsgevoelige instrumenten gekozen worden die gericht zijn op symptomen van (on)welbevinden, zoals de Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Bij langere behandelingen beveelt de werkgroep aan om zowel generieke als stoornisspecifieke instrumenten te gebruiken. Samen bieden deze instrumenten een beter beeld van de behandelvoortgang. In DSM-5 wordt de World Health Organization Disability Assessment Schedules (WHODAS) voorgesteld om het functioneren van patiënten op diverse levensgebieden te beoordelen. Voor mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis zijn ook de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) en de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) goed toepasbare instrumenten.

Het is van belang om ook instrumenten te gebruiken die veranderingen in persoonlijkheidspathologie meten. Zeker bij persoonlijkheidsstoornissen duurt het echter vaak enige tijd voordat verandering

blijvend is. Het is dan ook niet raadzaam om bij een minimale verandering de behandeling al in de eerste maanden te stoppen. Binnen een jaar dient er wel zichtbare vooruitgang te worden geboekt. Alle in de tabel genoemde stoornisspecifieke instrumenten zijn geschikt om persoonlijkheidsaspecten te meten. Voor de SIPP-118 is aangetoond dat dit instrument gevoelig is voor het meten van veranderingen in persoonlijkheidsaspecten gedurende de behandeling. Ten slotte zijn er instrumenten die veranderingen in de ernst van een specifieke persoonlijkheidsstoornis ('typespecifiek', bijvoorbeeld BPS) of onderliggende veranderingsmechanismen ('methodespecifiek', bijvoorbeeld mentaliserend vermogen) meten. De behandelaar dient echter niet meer instrumenten in te zetten dan strikt noodzakelijk is om de behandelvoortgang te evalueren.

10.2.3 Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

Volwassenen:

De ***Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118)***

Bron: Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A., Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. *Psychological Assessment*, 20, 23- 34.

Feenstra, D.J., Hutsebaut, J., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2011). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) in adolescents: reliability and validity. *Psychological Assessment*, 23(3), 646-655

richt zich op persoonlijkheidskenmerken die aanwezig zijn bij alle persoonlijkheidsstoornissen. De vragenlijst bestaat uit 118 stellingen die gescoord worden op een 5-puntsschaal lopend van (1) volledig mee oneens tot (5) volledig mee eens. Er worden 5 schalen onderscheiden; zelfcontrole, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid, relationele capaciteiten en sociale concordantie. De stellingen moeten beantwoord worden over de afgelopen 3 maanden. De vragenlijst wordt door patiënt zelf ingevuld.

De ***Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)*** is een verkorte versie van de SIPP-118 en richt zich op persoonlijkheidskenmerken die aanwezig zijn bij alle persoonlijkheidsstoornissen. De SIPP-SF bestaat uit 60 stellingen.

De ***General Assessment of Personality Disorders (GAPD)***

Bron: De auteursrechten van de GAPD liggen bij W.J. Livesley (2006), de officiële en door de auteur geautoriseerde Nederlandse vertaling is van H. Berghuis.
<https://hanberghuis.nl/gapd>

is een vragenlijst waarmee kerncomponenten van persoonlijkheidsdisfunctioneren kunnen worden gemeten. De GAPD bestaat uit 83 items, met een Likert-schaal lopend van 'helemaal oneens', 'eens', 'neutraal', 'eens', tot 'helemaal eens'. De GAPD heeft twee hoofdschalen, te weten 'Disfunctioneren van het zelf' en 'Interpersoonlijk disfunctioneren'. De vragenlijst wordt door patiënt zelf ingevuld.

Een verkorte versie van de GAPD met 22 items kent dezelfde twee hoofdschalen en is momenteel in onderzoek

Bron: <https://hanberghuis.nl/gapd>

De *Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)*

Bron: W. John Livesley, M.D., Ph.D., & Douglas N. Jackson, Ph.D. © 2009
<https://www.sigmaassessmentsystems.com/assessments/dimensional-assessment-of-personality-pathology-basic-questionnaire/>

is ontwikkeld om het hele spectrum aan persoonlijkheidsstoornissen in kaart te brengen. De specifieke kenmerken van persoonlijkheidspathologie staat centraal. De vragenlijst bestaat uit 290 vragen die samen 4 domeinen op verschillende dimensies uitvragen; emotionele disregulatie, niet-sociaal gedrag, inhibitie, compulsiviteit. Het betreft een 5-puntsschaal die door de patiënt zelf ingevuld wordt. Bij de Nederlandse bewerking van de DAPP-BQ is ook een screeningsversie ontwikkeld. De DAPP screening bestaat uit 136 items waarmee dezelfde achttien dimensies kunnen worden beoordeeld.

De *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)*

Bron: Arnoud Arntz, Marije van den Hoorn, Jurgen Cornelis, Roel Verheul, Wies M.C. van den Bosch, Arthur J.H.T. de Bie, (2003). Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 17, No. 1, pp. 45-59. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.1.45.24053>

wordt gebruikt om ernst van manifestaties van borderline vaststellen. De BPDSI is een semi-gestructureerd klinisch interview naar de ernst van kenmerken van Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Er zijn verschillende versies beschikbaar, voor jongeren van 14 tot en met 18 jaar, voor ouders en voor volwassenen. Het interview dient te worden afgenomen door een klinisch geschoolde interviewer, omdat een klinisch oordeel voor de scoring noodzakelijk is. De terugvraagperiode is 3 maanden, waarin naar gedragingen wordt gevraagd en in welke frequentie deze aanwezig zijn. Alle frequentievragen worden op 10-puntsschalen gescoord (0=nooit; 10=dagelijks).

Interpersoonlijke problemen zijn de kern van persoonlijkheidsproblematiek. ***De Inventory of Interpersonal Problems (IIP)***

Bron: van Dijk, L. M., Timmerman, M. & Hafkenscheid, A., 2019, In : Tijdschrift voor Psychotherapie. 45, 5, p. 299-311 13 p.

brengt deze in kaart. De vragenlijst telt 64 items (en de verkorte versie 32), die zijn verdeeld over 8 schalen, deze zijn: Dominerend/Controlerend, Wraakzuchtig/Zelfgericht, Koud/Afstandelijk, Sociaal geïnhibeed, Onderworpen Opstellend, Overmatig accommoderend, Zelfopofferend en Opdringerig/Behoeftig. De items scoren op een Likertschaal van 0 t/m 4. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De ***Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)***

Bron: Van der Heijden, P., Ingenhoven, T., Berghuis, H., & Rossi, G. p / a Uitgeverij Boom, Amsterdam. Nederlandstalige bewerking van The Personality Inventory for DSM-5® (PID-5) — Adult, 2011.

is bedoeld voor het beoordelen en diagnosticeren van de zes soorten persoonlijkheidsstoornissen die worden vermeld in de DSM-5, evenals kenmerkspecifieke aandoeningen. De vragenlijst telt 220 items die worden gescoord op een vierpunt likertschaal, lopend van 0 (helemaal/vaak niet waar) tot 3 (helemaal/vaak waar). De vragen gaan over hoe je jezelf als persoon omschrijft, er is geen specifieke terugvraag periode. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De ***Inventory of Personality Organization (IPO)***

Bron: Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G., & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). Bulletin of the Menninger Clinic, 73(1), 44-60. doi: 10.1521/bumc.2009.73.1.44

geeft inzicht in de structurele organisatie van de persoonlijkheid. De IPO (IPO-83-NL) omvat drie hoofdschalen (samen 57 items) en twee aanvullende schalen (samen 26 items). De hoofdschalen omvatten Identiteitsdiffusie (ID, 21 items), Primitieve Afweer (PD, 16 items) en Verstoorde Realiteitstoetsing (RT, 20 items). De twee aanvullende schalen verwijzen naar de thematiek van bovenmatige Agressie (AG, 18 items) en het ontbreken van Morele waarden (MV, 11 items). De stellingen worden op een vijfpuntsschaal gescoord, lopend van (1) 'nooit juist' tot (5) 'altijd juist'. De patiënt vult de vragenlijst zelf in. Inmiddels is een Duitsland een verkorte versie van de IPO ontwikkeld met 16 items waarvan ook normgetallen beschikbaar zijn gekomen. Op basis van selectie van deze 16 items is nu ook een Nederlandse versie beschikbaar: de IPO-16-NL

Bron: Zimmermann e.a., 2015

De **Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OVP)** is bedoeld om inzicht te krijgen in sterke en kwetsbare kenmerken van een persoon. De OVP

OVP: <https://www.ontwikkelingsprofiel.nl/>

genereert scores over negen Ontwikkelingsniveaus, drie adaptieve niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en zes disadaptieve Ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit. De OVP kent 108 items, die worden gescoord op een vierpuntsschaal lopend van 0 = Helemaal niet op mij van toepassing; 1 = In beperkte mate op mij van toepassing; 2 = Duidelijk op mij van toepassing; 3 = Zeer duidelijk of helemaal op mij van toepassing. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

10.2.4 Generieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel

De **Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9)**

Bron: Pfizer Inc., Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke et al.

kan gebruikt worden om de aanwezigheid en ernst van depressieve gevoelens te toetsen. De vragenlijst bestaat uit 9 gesloten vragen waarbij de frequentie van een probleem wordt vastgelegd. De score loopt van 0 (helemaal niet) tot 4 (bijna elke dag). Daarnaast is er een aanvullende vraag over de mate waarin de problemen een belemmering zijn voor het dagelijkse functioneren. (van helemaal niet moeilijk tot extreem moeilijk). De terugvraagperiode betreft de afgelopen 2 weken. De

vragenlijst kan samen met de patiënt of door patiënt zelf worden ingevuld.

De **Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)** is een screening- en uitkomstinstrument om behandeling te monitoren en behandelaars feedback te geven over voortgang behandeling van patiënt. De OQ-45

OQ-45: <http://www.oqmeasures.com/>

meet niet alleen lichamelijke klachten maar ook algemeen functioneren. Er zijn 45 vragen die gescoord worden van nooit (0) tot bijna altijd (4), waarbij sommige items gespiegeld zijn. De score wordt bepaald door de somscore van de items te middelen. De OQ heeft de 3 subschalen:

- Symptomatische Distress (SD): 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst, en alcohol/drugsverslaving.
- Interpersoonlijke Relaties (IR): 11 items die het functioneren in relaties met partner, familie en vrienden in kaart brengen.
- Sociale Rol (SR): 9 items die het functioneren op school, werk en vrije tijd meten.

NB: In de Nederlandse versie wordt ook de Angst en Somatische Distress schaal onderscheiden (valide).

De **Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)**

Bron: Carlier, I. et al (2012). Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 904-910.

is een vragenlijst (zelfrapportage) die gebruikt kan worden om algemene psychopathologie (angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten) te meten. De SQ-48 bestaat uit 48 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De SQ-48 heeft 7 schalen (angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, somatische klachten, vijandigheid, cognitieve klachten) en 2 subschalen (vitaliteit en werk). De terugvraagperiode is 1 week.

De **Brief Symptom Inventory (BSI)**

Bron: De Beurs, E. (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

is een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Tevens

geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is 1 week. De BSI heeft 9 subschalen (somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY).

De *symptom checklist 90 (SCL-90)*

Bron: Arrindell, W.A., Ettema, J.H.M. (1975, 1986, 2005). Symptom checklist: handleiding bij multidimensionale psychopathologie-indicator. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V

is een multidimensionale klachtenlijst, die weergeeft in welke mate de onderzochte de afgelopen periode last had van verschillende psychische en/of lichamelijke klachten. De SCL-90 is een klachtenlijst bestaande uit 90 vragen die 8 subschalen uitvragen; agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit, slapeloosheid. De vragen worden gescoord op een 5-puntsschaal lopend van "helemaal niet = 1" tot "heel erg = 5". De SCL-90 wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De *Korte Klachtenlijst (KKL)*

Bron: Lange, A. & Appelo M. (2007). Handleiding Korte Klachten Lijst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

geeft snel en betrouwbaar een valide indicatie van de mate waarin iemand psychisch lijdt. Het gaat hierbij om de volgende klachten: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen. De KKL bestaat uit 14 items, die worden gescoord op een vijfpuntsschaal van 0 (geen) tot 4 (heel erg). De patiënt vult deze vragenlijst zelf in.

Functioneel herstel

De *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*

Bron: Wing et al. (1998) Engelse Ministerie van Volksgezondheid Vertaling uitgegeven door het Trimbos instituut: HoNOS-12 (2001) N. Mulder, J. Loos, A. Wierdsma & H. Poodt; HoNOS-CA (2003) T. Staring, E. Hofman & N. Mulder; HoNOS-65+ (2003) T. Staring, J. Stobbe & N. Mulder

kent 3 varianten voor; de HoNOS voor volwassenen, de HoNOS-CA voor jongeren en de HoNOS 65+ voor de ouderen. De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS bestaat uit 12 schalen die alle gebieden van het dagelijks leven (mentaal, sociaal, emotioneel, vaardigheden) bestrijken waarbij de schalen zijn toegespitst op de leeftijdscategorie. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald. Het gaat om problemen die zich de afgelopen 2 weken hebben voorgedaan. De HoNOS is een observatielijst en wordt dus niet door de cliënt zelf, maar door de behandelaar ingevuld.

De **WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2)**

Bron: De WHODAS2 is integraal opgenomen in het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®), in het hoofdstuk 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling'.

is een meetinstrument om beperkingen vast te stellen in het functioneren van mensen met een gezondheidsprobleem. Dit instrument bestaat uit 36 items en meet beperkingen bij volwassenen vanaf 18 jaar. De WHODAS meet op zes domeinen van het functioneren of er sprake is van een beperking: begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten (huishoudelijk en op het werk/op school) en deelname aan de samenleving. De vragenlijst richt zich op de laatste 30 dagen en de scoring is gebaseerd op gemiddelde waarden van de antwoorden die vervolgens in een standaardschaal omgezet worden. Voor de afname van de lijst is een uitgebreide training vereist.

Bron: World Health Organization. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

De WHODAS-2 kan gebruikt worden bij volwassenen ongeacht culturele achtergrond en voor alle aandoeningen, inclusief fysieke, mentale en verslavingsaandoeningen.

Bron: Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, editors. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1

De mate van verandering van kwaliteit van leven

Volwassenen:

De **Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa12/16)**

Bron: Van Nieuwenhuizen Ch, Schene AH, Koeter MWJ. Manchester – verkorte Kwaliteit van Leven meting. Eindhoven: GGzE. 2000.

is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld om de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan, woning, algehele gezondheid en dergelijke. De vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen waarbij de tevredenheid wordt vastgesteld over leefomstandigheden. Bij de MANSA 16 zijn 4 extra items over veiligheid en vriendschap toegevoegd. Bij de antwoorden kan steeds een keuze gemaakt worden uit zeven mogelijkheden lopend van “kan niet slechter” tot “kan niet beter”. De vragenlijst richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De **Mental Health Quality of Life questionnaire (MHQoL)**

Bron: <https://www.imta.nl/mhqol/>

is een gestandaardiseerde kwaliteit van leven vragenlijst gericht op mensen met psychische problemen. De MHQoL bestaat uit twee delen: een beschrijvend gedeelte, de MHQoL-7D en een visueel-analoge schaal, de MHQoL-VAS. De MHQoL-7D bestaat uit zeven vragen die elk een dimensie van kwaliteit van leven meten (zelfbeeld, onafhankelijkheid, stemming, relaties, dagelijkse activiteiten, lichamelijke gezondheid, toekomst). Iedere vraag kent vier antwoordcategorieën, bijvoorbeeld variërend van heel tevreden tot heel ontevreden. De MHQoL-7D

MHQoL-7D : De MHQoL-7D wordt op moment gewaardeerd. Op basis van het hieruit voortkomende tarief kan een gewogen somscore, gebaseerd op de voorkeuren van het algemeen publiek, worden berekend. Het MHQoL-7D-tarief is naar verwachting eind 2020 beschikbaar. <https://www.imta.nl/mhqol/>

totaalscore kan variëren van 0 tot 21, waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven. De MHQoL-VAS registreert het zelfgewaardeerde algemeen psychologisch welzijn van de respondent op een horizontale schaal variërend van nul "slechtst voorstelbare psychisch welzijn") tot tien (best voorstelbare psychisch welzijn"). De MHQoL richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De **EuroQol-5D (EQ-5D)**

Bron: <https://euroqol.org/euroqol-2/anbi-nederlands/>

is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score wordt gegeven. Verder moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart. Om de lijst goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk dat de zorgverlener bekend is met de demografische gegevens van de patiënt. De vragenlijst gaat over hoe de patiënt zich vandaag voelt en is een zelfbeoordelingsschaal.

Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie

De **Consumer Quality Index (CQi)**

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek
<https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

10.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met persoonlijkheidsproblemen. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

10.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaarden heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren vast te stellen die specifiek gelden voor mensen met persoonlijkheidsproblemen. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

11. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 20-11-2017

11.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Leden van de Werkgroep

Voorzitter	Dr. R. Verheul
Vice-voorzitter	Dr. A. Kaasenbrood
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid – Stichting Borderline	Ing. E. Beekhuizen
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid - Labyrint-In Perspectief	Ir. F.G. Goedhart
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid – Stichting Borderline	P. Ulrich (tot september 2016)
Persoonlijke titel	Prof. dr. A.R. Arntz
Persoonlijke titel	Prof. dr. W. van den Brink
Persoonlijke titel	Dr. S. Colijn
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Dr. N. Draijer
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Dr. T.J.M. Ingenhoven
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Prof. dr. J.H. Kamphuis
Op persoonlijke titel	Dr. B. Koekkoek
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVPP)	Drs. J. van Mosel vanaf februari 2015
Nederlands Huisarts Genootschap (NHG)	Drs. M. Jacobs, vanaf mei 2015
Zorgverzekeraars (ZN)	Drs. S. Verduijn

Adviesgroep

Leden van de Adviesgroep

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Prof. dr. S.P.J. van Alphen
Persoonlijke titel	Drs. D. Bales
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Dr. L.M.C. van den Bosch
Federatie vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Drs. S.W. Haeyen en Drs. M.M. van de Kamp
Persoonlijke titel	Dr. A. Hafkenscheid
Persoonlijke titel	Drs. M.G.C. de Leeuw
Persoonlijke titel	Drs. Th.J.W. van Lierop
Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT)	Dr. M. Nadort
Persoonlijke titel	J. Oltvoort
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	H.W. Oranje
Persoonlijke titel	Drs. A. van Reekum
Persoonlijke titel	Drs. W. Struijs
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVPP)	Drs. W. Wouters

Projectgroep

Projectgroep Trimbos-instituut

Projectleider	Dr. I. de Graaf (vanaf januari 2015) Dr. G. van de Glind (tot december 2014)
Adviseur, Programmahoofd Zorginnovatie	Drs. D. van Duin
Budget Impact Analyse	Dr. J. Lokkerbol
Review	Drs. M. Oud Dr. M. Hermens
Search	Mw. A. Peterse
Conjunct Analyse	Dr. B. van Wijngaarden
Projectassistentie	Mw. N. van Zon
Tekstschrijvers	Dr. V. Krones (Qualicura: versie 1) Dr. M.K. Martens en Dr. W. Kuijpers (ResCon: versie 2)

11.2 Organisatie van zorg

Verantwoordelijkheid van de leden van een netwerk dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis behandelt:

- De betrokken behandelaars werken vanuit eenzelfde missie en visie en nemen de daaruit voortkomende taken en verantwoordelijkheden op zich.
- De betrokken behandelaars zien erop toe dat de probleemomschrijving, de behandeldoelen en het

behandelplan in samenspraak en in overeenstemming met de patiënt tot stand komen en worden uitgevoerd.

- De regiebehandelaar bewaakt dat de zorg van de patiënt toegesneden is op de persoon.
- De betrokken behandelaars werken per patiënt vanuit hetzelfde behandelplan.
- De behandelaars van het netwerk dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor een dekkend, niet overlappend aanbod van diensten dat er per patiënt anders kan uitzien.
- De behandelaars van het netwerk maken afspraken over de samenwerking, verdelen de taken en spreken af wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe de samenwerking er in de dagelijkse gang van zaken uit ziet (waaronder afspraken over de wijze van communiceren). Behandelaars stemmen regelmatig aard, samenstelling en nadien voortgang van de behandeling af.
- Er vinden op regelmatige basis behandelplanbesprekingen plaats.
- Behandelaars van een netwerk vallen terug op intervisie en/of supervisie om de werkkrelatie te bewaken.
- De positie en rol van eventuele externe behandelaars wordt duidelijk bepaald.
- De regievoerder stuurt het netwerk rond de patiënt aan.
- De regiebehandelaar betreft relevante behandelaars bij de zorg.
- Behandelingen die gelijktijdig plaatsvinden sluiten goed op elkaar aan: continuïteit in tijd. Ditzelfde geldt ook voor behandelingen die op elkaar volgen.
- Raden van bestuur, directie en management van ggz-instellingen die mensen met persoonlijkheidsstoornissen behandelen, delen de missie en visie van het behandelteam.
- Binnen de ggz-instelling zijn er duidelijke afspraken over het overdragen van behandelverantwoordelijkheid tussen de verschillende afdelingen.
- Een patiënt heeft zoveel mogelijk te maken met dezelfde behandelaar en indien van toepassing hetzelfde behandelteam: continuïteit van behandelaar.

Een behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis verloopt gestructureerd. Hierbij zijn de volgende elementen van belang:

- Duidelijke afspraken over sessies (wanneer, waar, bij wie). Zorgen voor continuïteit tijdens afwezigheid.
- Bereikbaarheid van behandelaars en behandelteam of van waarnemende leden van het samenwerkingsverband, inclusief afspraken over crisis.
- Duidelijkheid over de grenzen van de behandeling, de beschikbaarheid van behandelaars en de acties bij grensoverschrijdingen van het kader.
- Duidelijke plannen/protocollen voor ernstige klinische incidenten, zoals suïcidepogingen of geweld.
- Duidelijke afspraken over privacy en uitwisseling van informatie:
- Bij samenwerking met naasten.
- Bij samenwerking met andere instanties en behandelaars buiten het samenwerkingsverband.
- Informatie, afspraken, behandelplannen, et cetera, staan ook op papier.
- Vermijd veranderingen in staf of betrekken van nieuwe behandelaars zonder expliciet hun rollen en verantwoordelijkheden in de behandeling te verduidelijken.
- Structuur houdt ook in dat de behandelprincipes, klinische processen, basishouding en interventies ook beschreven worden in een handleiding. De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:
- De behandeling staat duidelijk beschreven.
- De patiënt kan beschikken over gemakkelijk toegankelijke, geschreven informatie over de

behandeling, afdeling en instelling.

Houding van de behandelaar

De attitude van behandelaars van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis heeft de volgende kenmerken:

- Onderzoekend en nieuwsgierig. De niet-wetende attitude is de basishouding: not knowing but wanting to know. Te snel begrijpen en reiken naar oplossingen stagneert het therapeutisch proces. Een nieuwsgierige, onderzoekende attitude voorkomt misvattingen.
- Enthousiast en stimulerend.
- Actief: een behandelaar van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis voert regie over het gesprek, stelt actief onderwerpen aan de orde en stimuleert de patiënt tot eigen verantwoordelijkheid in de behandeling.
- Bereid om in de behandeling samen te werken met andere behandelaars.
- Hoopvol in die zin dat de behandelaar de focus vooral legt op hoop en perspectief en dit ook actief communiceert.
- Het vermogen om op de subjectieve ervaring van de patiënt te focussen.
- Interesse in de dagelijkse leefomgeving van de patiënt, zoals naasten.
- Authentiek en open:
- De patiënt moet de behandelaar als 'persoon' ervaren, iemand die reageert en natuurlijk is.
- Als behandelaar maak je actuele mentale processen over de patiënt transparant, bespreek je openlijk waar je aan dacht, laat je onzekerheden en twijfel zien, maar ook een zoeken om te begrijpen.
- Zorg dat de focus steeds weer uitgaat naar de gevoeligheid van de patiënt en zijn assumpties over anderen en de evidentie waarop ze zich baseren om de intenties van anderen te begrijpen.
- Valideer wanneer de patiënt accuraat vat wat er in de mind van de patiënt leeft.
- Neem verantwoordelijkheid voor je fouten. Geef fouten toe.
- Empathisch:
- Het vermogen om de realiteit van de patiënt te ervaren en waar te nemen en hierop begripvol te reageren zonder je eigen realiteit op te leggen.
- Wees er je bewust van dat je gevoelens voortkomen van je patiënt en ageer ze niet uit.
- Validerend:
- Observeer actief, reflecteer en valideer vanuit een niet-beoordelende houding.
- Valideer de last en de moeite om te veranderen.
- Positief:
- Toon warmte (glimlachen, warme toon, oogcontact, humor, echte betrokkenheid, hoopvol blijven).
- Zoek actief naar wat je graag mag aan de patiënt, maar ook wat je niet mag.
- Steunend:
- Help de patiënt om te gaan met dagelijkse problemen.
- Biedt informatie over rechten en organisatiestructuren.
- Help de patiënt brieven te schrijven of afspraken te regelen.
- Help de patiënt zich voor te bereiden om bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, psychiaters, politie, etc. te ontmoeten.
- Leg relaties met de familie, de mantelzorg, wettelijke vertegenwoordigers, etc.
- Laat de patiënt zoveel mogelijk zelf doen.
- Steun houdt ook in: (a) actief geruststellen, (b) verklaren van moeilijkheden in psychologische en

psychiatrische termen, (c) informatie opzoeken, (d) richting geven wanneer een probleem onopgelost blijft, (e) suggesties hoe bepaalde problemen op te lossen en (f) toelaten om gevoelens over zichzelf en anderen uit te drukken.

Op grond van bovenstaande aspecten van werkwijze en attitude is het van belang dat behandelaars voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervoor kiezen om met deze doelgroep te werken. Niet iedereen is hier geschikt voor.

11.3 Referentielijst boeken

Behary, W (2009). "Waarom gaat het altijd over jou?" Omgaan met narcisme en egocentrisme bij anderen. ISBN 9789079729098.

Berretty, E (2002). Leven met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. ISBN 9789031338771.

Berretty, E, Korrelboom K (2003). Leven met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. ISBN 9789031340910.

Berretty, E (2005). Leven met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. ISBN 9789031345816.

De Neef, M (2010). Negatief zelfbeeld. ISBN 9789085069645.

De Neef, M (2013). Ik? Ik stel niks voor. ISBN 9789461058669.

De Neef, M. Negatief zelfbeeld online.

Dewulf, D (2013). Jezelf accepteren. Met mindfulness en compassie. ISBN 9789401406925

Giesen-Bloo, J (200%). Leven met een borderline persoonlijkheidsstoornis. ISBN 9789031335633.

Greenberger, D, Padesky, C (2004). Je gevoel de baas. Leer je negatieve denkpatronen veranderen. ISBN 9789026515644.

Korrelboom, K (2011). Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen. Een werkboek voor de cliënt. ISBN 9789031390571.

Kreger, R (2009). De borderline-gids. Omgaan met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. ISBN 9789057122989.

Krook, K (2015). Borderline de baas. Gids voor naastbetrokkenen. ISBN 9789006951028.

Pol, S (2013). Ik ben geweldig! Of toch niet? Over gezond en problematisch narcisme. ISBN 9789461055392.

Saradjian, J, Smith, G & Cox D (2004). Vrouwen en zelfbeschadiging. Zelfverminking begrijpen, ermee omgaan, ervan herstellen. ISBN 9789066655584.

Schalkwijk, F. (2016). Onvolmaakt tevreden. Omgaan met je innerlijke criticus. ISBN 9789058755629.

Spaans, J, van Meekeren, E (2010). Borderline. ISBN 9789085063667.

Van Dijk, S (2012). Je gevoel in balans. Effectieve vaardigheden om met overweldigende emoties om te gaan. ISBN 9789079729760.

Van der Heijden, K (2011). Borderline Belevenissen. Ervaringen van mensen met borderline en hun naasten. ISBN 9789079729418.

Van Emmerik, de Klerk, S & van Giezen, A (2010). Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag. ISBN 9789031383344.

Van Gameren, S (2006) Leven met een psychisch zieke ouder. ISBN 9789031348312.

Van Genderen, H, Jacob, G & Seebauer L (2012). Patronen doorbreken. Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen. ISBN 9789057123559.

Van Meekeren, E. Borderline online. Online cursus voor begeleide zelfhulp.

Van Meekeren, E, de Jong, H (2010). Omgaan met borderline. Een praktische gids voor naastbetrokkenen. ISBN 9789461050403.

Webb, L (2015). Vergroot je emotionele veerkracht. ISBN 9789044740592.

Young, JE, Klosko J (2002). Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen. ISBN 9789026515699.

11.4 Overzicht ROM-instrumenten

Generieke instrumenten

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
- Symptom CheckList (SCL-90)
- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Symptom Questionnaire (SQ-48)
- Korte Klachten Lijst (KKL)
- Outcome Questionnaire (OQ-45)
- EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)
- World Health Organization Disability Assessment Schedules (WHODAS)
- Health of the Nation Outcome Scales (HONOS)
- MANchester Short Assessment of quality of life (MANSA)

Stoornisspecifieke instrumenten

- Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)
- Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118)
- General Assessment of Personality Disorders (GAPD)
- Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)
- Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)
- Inventory of Interpersonal Problems (IIP)
- Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)

Bij korte behandelingen kunnen korte, veranderingsgevoelige instrumenten gekozen worden die gericht zijn op symptomen van onwelbevinden, zoals de Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Bij langere behandelingen beveelt de werkgroep aan om zowel generieke als stoornisspecifieke instrumenten te gebruiken. Samen bieden deze instrumenten een beter beeld van de behandelvoortgang. In DSM-5 wordt de World Health Organization Disability Assessment Schedules (WHODAS) voorgesteld om het functioneren van patiënten op diverse levensgebieden te beoordelen. Voor mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis zijn ook de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) en de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) goed toepasbare instrumenten.

Het is van belang om ook instrumenten te gebruiken die veranderingen in persoonlijkheidspathologie meten. Zeker bij persoonlijkheidsstoornissen duurt het echter vaak enige tijd voordat verandering blijvend is. Het is dan ook niet raadzaam om bij een minimale verandering de behandeling al in de eerste maanden te stoppen. Binnen een jaar dient er wel zichtbare vooruitgang te worden geboekt. Alle in de tabel genoemde stoornisspecifieke instrumenten zijn geschikt om persoonlijkheidsaspecten te meten. Voor de SIPP-118 is aangetoond dat dit instrument gevoelig is voor het meten van veranderingen in persoonlijkheidsaspecten gedurende de behandeling. Ten slotte zijn er instrumenten die veranderingen in de ernst van een specifieke persoonlijkheidsstoornis ('typespecifiek', bijvoorbeeld BPS) of onderliggende veranderingsmechanismen ('methodespecifiek', bijvoorbeeld mentaliserend vermogen) meten. De behandelaar dient echter niet meer instrumenten in te zetten dan strikt noodzakelijk is om de behandelvoortgang te evalueren.