

***Toekomstige organisatie van de zorg voor  
bipolaire stoornissen in Nederland;  
het beste van twee werelden!***

*Position paper Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen*



**Kenniscentrum  
Bipolaire Stoornissen**

## Inhoud

• <b>Leeswijzer</b>	<b>3</b>
• <b>Deel 1</b>	<b>4</b>
○ Samenvatting	4
○ Aanbevelingen	4
• <b>Deel 2</b>	<b>6</b>
○ Aanleiding en achtergrond	6
○ Huidige situatie	8
○ Gewenste situatie	13
○ Aanbevelingen	14
○ Conclusie	15
• <b>Referentielijst</b>	<b>16</b>

## Leeswijzer

Het position paper 'Toekomstige organisatie van de zorg voor bipolaire stoornissen in Nederland; het beste van twee werelden!' is geschreven door de werkgroep 'organisatie van zorg' van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS)<sup>1</sup>.

Het paper dient het maatschappelijk en professioneel debat over de veranderende GGZ. Het schetst het kader voor de organisatie van zorg voor mensen met een bipolaire stoornis in Nederland in een snel veranderende context.

Dit position paper is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel bevat een samenvatting met aanbevelingen voor de praktijk. Het tweede deel geeft een bredere onderbouwing op basis waarvan tot de aanbevelingen is gekomen.

---

<sup>1</sup> 'Het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen streeft ernaar in Nederland de zorg voor mensen met een bipolaire (manisch-depressieve) stemmingsstoornis te verbeteren. Een tweede doel is de meest actuele kennis over deze aandoening te verzamelen, ontwikkelen en verspreiden.

## DEEL 1

### Samenvatting

#### Aanleiding en achtergrond

De zorg voor mensen met een bipolaire stoornis is in Nederland vormgegeven volgens de multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen 2015, in 2017 aangevuld met de zorgstandaard bipolaire stoornissen. Veel GGz-instellingen hebben specialistische teams voor de diagnostiek en behandeling van (bipolaire) stemmingsstoornissen waarin de zorg conform de zorgstandaard wordt aangeboden.

Kennis vanuit deze teams wordt gedeeld met en gevoed vanuit het landelijk Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS) en de patiëntenvereniging Plusminus. Er is een nauwe samenwerking tussen beide organisaties.

Nationaal zijn er twee met elkaar verbonden ontwikkelingen: een verschuiving van specialistische naar generalistische behandelteams en een verschuiving van diagnosegericht behandelen (symptomatisch en functioneel herstel) naar een behandeling die meer gericht is persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Deze ontwikkelingen nopen tot een heroriëntatie van de organisatie van zorg voor mensen met een bipolaire stoornis.

#### Gewenste situatie en aanbevelingen

KenBiS wil hetgeen in de afgelopen decennia verworven is steeds verder ontwikkelen, passend in de tijdsgeest. Deze paper kan dienen als opmaat naar de ontwikkeling van de vernieuwde zorgstandaard. Inhoudelijk vormen de landelijke multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen en de wettelijk vastgelegde zorgstandaard bipolaire stoornissen het uitgangspunt, met daarbij als doel een volledige integratie met generieke facetten van de herstelondersteunende zorg en de netwerkpsychiatrie. Persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn al (deels) verweven in de huidige behandelmethodiek en de zorgstandaard. Voor alles wordt er gestreefd naar het (verder) versterken van de eigen kracht en regie van de patiënten, inclusief de evidence-based en op de persoonlijke situatie toegespitste behandeling van de veelal complexe en rechtstreeks met de bipolaire stoornis samenhangende problematiek.

De doorontwikkeling op het gebied van de organisatie van zorg laat zich samenvatten in de volgende aanbevelingen:

- **Specialistische teams voor bipolaire stoornissen** zijn in alle regio's randvoorwaardelijk voor het handhaven van kwalitatieve goede zorg **conform de zorgstandaard en de richtlijn**.
- Het opzetten, onderhouden en handhaven van **regionale (hoog)specialistische netwerken**, waarin de specialistische teams voor bipolaire stoornissen leidend zijn, en waar huisarts, generalistische basis-ggz, en gespecialiseerde ggz advies kunnen inwinnen en consultatie kunnen vragen.
- *Voor de specialistische teams wordt aanbevolen:*
  - Elk team is **multidisciplinair** en bevat bij voorkeur minimaal de volgende disciplines:
    - Psychiater
    - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
    - Verpleegkundig specialist GGZ
    - Klinisch psycholoog of gz-psycholoog
    - (Indien mogelijk) Ervaringsdeskundige

- De professionals binnen het team besteden bij voorkeur **minimaal 50%** van hun patiëntgebonden tijd aan de **behandeling van mensen met een bipolaire stoornis** om voldoende **‘vliegueren’** te blijven maken, om expertise en ervaring op te bouwen en in stand te houden. De omvang van de caseload per team is minimaal 100 patiënten.
- *Voor de regionale netwerken wordt aanbevolen:*
  - De specialistische teams bipolaire stoornissen zijn inhoudelijk leidend voor de regionale netwerken.
  - De **omvang** van deze netwerken, om enige ‘volume’ te kunnen waarborgen, ligt tussen de **500-1500** patiënten per netwerk. Dat betekent dat in landelijke gebieden geografisch grotere netwerken zullen zijn dan in (rand)stedelijke gebied.
  - **Regionale samenwerking** met anderen partijen (zoals WMO-zorg, zelfregiecentra en andere behandelnetwerken ect.) is een vanzelfsprekendheid en is structureel verankerd.
  - Afgevaardigden van de specialistische teams bipolaire stoornissen die een spilfunctie vervullen in de regionale netwerken, komen samen in een **landelijk netwerk**, KenBiS, met daarin een vertegenwoordiging vanuit professionals, patiënten en naasten.
  - De netwerken hebben ook een belangrijke taak in kennisontwikkeling en verspreiding.
  - Er wordt gestreefd naar een netwerkstructuur waarin iedereen zich realiseert dat hij/zij altijd in een keten van netwerken opereert, die elkaar ondersteunen en versterken (van behandeltriade, eigen team, het regionale netwerk, KenBiS, plusminus en de ISBD)
  - Deze regionale netwerken (en dat is cruciaal) worden gefaciliteerd in tijd en geld zodat professionals daadwerkelijk de ruimte hebben om in het netwerk te participeren en samen met de netwerkpartners te werken.
- **Overige aanbevelingen:**
  - Het binnen een regionaal netwerk door de betrokken organisaties zoveel mogelijk gebruik maken van hetzelfde persoonsgebonden dossier of zorgnetwerk omgeving (ZNO).
  - Streven naar het optimaal benutten van digitale mogelijkheden.
  - Het uitvoeren van effectiviteitsonderzoek naar de organisatie van zorg, op basis van eerder gevonden evidentie in internationale onderzoeken.

### **Samenvattend**

Het doel is om symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel in hun samenhang te bevorderen, en te streven naar het best haalbare niveau van kwaliteit van leven.

Gezien de relatief lage prevalentie en hoge complexiteit van bipolaire stoornissen betekent dit: het handhaven van specialistische kennis van alle disciplines voor bipolaire stoornissen binnen regionale specialistische teams, het (nog verder) verbeteren van het landelijk netwerk en het inrichten van regionale netwerken, waarbinnen de specialistische centra consultatie en advies bieden aan de diverse GGZ- en maatschappelijke ketenpartners.

Inhoudelijk vormen de Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen en de wettelijk vastgelegde Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen het uitgangspunt, te integreren met de generieke facetten van de herstelondersteunende zorg en het werken in elkaar versterkende en lerende netwerken.

## DEEL 2

### Aanleiding en achtergrond

De zorg voor mensen met een bipolaire stoornis wordt al bijna twee decennia vormgegeven volgens de richtlijn bipolaire stoornissen (2003 eerste richtlijn, herzien in 2008, nieuwe multidisciplinaire richtlijn in 2015), in 2017 aangevuld met de zorgstandaard bipolaire stoornissen. In dezelfde periode hebben veel GGZ-instellingen zich volgens zorgprogramma's/zorgpaden georganiseerd waarbij veelal aparte specialistische teams de zorg voor bipolaire stoornissen zijn opgezet.

Professionals in deze teams hebben door de jaren heen een grote mate van kennis en expertise opgebouwd op het gebied van de diagnostiek en behandeling van bipolaire stoornissen. Deze kennis wordt gedeeld en gevoed vanuit het landelijk kenniscentrum bipolaire stoornissen (KenBiS) en de patiëntenvereniging plusminus. De inhoud van de zorg, innovatie en onderzoek domineren hierbij maar ook thema's op het gebied van de organisatie van de zorg komen hier, evenals in de richtlijn en zorgstandaard, aan bod. Door de jaren heen is KenBiS/Plusminus uitgegroeid tot een solide netwerk met eigen kwaliteitseisen en dito visitatieprogramma voor de aangesloten instellingen.

#### *Huidige ontwikkelingen*

Uiteraard vindt de behandeling voor bipolaire stoornissen niet geïsoleerd plaats maar in de dynamiek van maatschappelijke ontwikkelingen en meer specifiek in de context van de ontwikkelingen binnen de GGZ. Hierin zien we een stijging van ggz-hulpvragen en wachtlijsten ondanks een groter budget en aanbod van ggz-zorg. Dit terwijl de prevalentie van psychiatrische aandoeningen ongeveer gelijk blijft. De maatschappelijke en politieke waardering voor al het werk dat binnen de ggz verzet wordt is relatief laag. We doen óf te veel (een groot deel van het budget binnen de ggz gaat naar de behandeling van relatief lichte psychiatrische klachten (Prinsen, 2021; Koekoek, 2021) óf te weinig (discussie over wachttijden voor mensen met complexe problematiek en te geringe bijdrage aan oplossen van maatschappelijke overlast en onveiligheid door mensen met verward gedrag). Daarbij is de huidige organisatie van de ggz gefragmenteerd en aanbodgericht, met veel expertiseteams en specialistische centra (Scheepers, 2020 en 2021). Generalistisch werken en een holistische benadering van complexe zorgvragen kunnen zo in de verdrukking komen. Als de zorgvrager niet aan de specifieke criteria van een bepaalde classificatie voldoet, dan moet hij weer naar de volgende poli of het volgende expertisecentrum. Het inzicht dat psychiatrische problemen complex zijn en er meer maatwerk nodig is, vraagt om meer samenwerken, meer netwerkpsychiatrie.

Daarnaast is er, in aansluiting op het bovenstaande, discussie over het diagnose-specifiek versus herstelgericht werken. De huidige denk- en werkwijze rond diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek heeft beperkingen (Amelsvoort e.a., 2018). De beperkingen worden deels toegeschreven aan de diagnostische classificatie van DSM-5, die ten onrechte zou uitgaan van afgebakende ziekte-entiteiten en te weinig zegt over oorzaak, behandeling en prognose. Er zijn nationaal bewegingen om bovenstaande knelpunten te ondervangen. Om te beginnen is er een roep om een duidelijker onderscheid te maken tussen 'normale' psychische klachten (levensvragen) en psychische stoornissen en daar de zorg op aan te passen (Denys, 2020). Scheepers (2021) stelt dat psychische ontregeling benaderen als een ziekte waar een diagnose en behandeling bij past te kort doet aan de complexiteit ervan. Mentale eigenschappen zijn niet in categorieën of vakjes te vatten maar dimensioneel en psychische ontregeling is een uiting op die dimensie. Er is een tendens om de categorale benadering meer los te laten ten gunste van een meer dimensionele, diagnose-overstijgende benadering (Amelsvoort, 2018).

De herstelbeweging die de laatste jaren op gang gekomen is richt zich niet per se op genezen, wel op herstel van evenwicht en verder kunnen leven op een aanvaardbaar kwaliteitsniveau. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin van het leven. Hier wordt duidelijk een andere taal gebruikt dan die van de DSM-5 (Scheepers, 2020).

Het werken aan herstel vraagt van patiënten en professionals andere vaardigheden en een andere manier van kijken. Van Os (2020) schrijft over een diagnostische insteek waarbij 4 vragen centraal staan: Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Waar wil je naar toe? Wat heb je nodig? De vraag 'Wat heb je nodig?' kan centraal staan in plaats van het diagnostische 'Wat is er aan de hand?'

Als reactie op bovenstaande bewegen meer en meer instellingen zich naar een organisatievorm waarbij in meerdere of mindere mate het geclusterd specialistisch werken op diagnosegebied losgelaten wordt om plaats te maken voor generalistische zorg; al dan niet in wijkteams georganiseerd.

#### *Vraagstelling voor deze position paper*

KenBiS wil in de geschetste discussie en beleidsontwikkeling een antwoord vinden op de vraag; 'Wat zijn de kaders en uitgangspunten voor een goede organisatie van zorg in de huidige tendens naar generalistische teams waar het patiënten met een bipolaire stoornis betreft? Welke aanvullende organisatorische uitgangspunten zijn nodig om deze doelgroep van de noodzakelijke specialistische zorg te kunnen blijven voorzien, conform de zorgstandaard bipolaire stoornissen? Daaraan gekoppeld een advies over de verbinding naar het kwaliteitsstatuut met aandacht voor de complexiteit van de zorg en door wie deze in welke fase van de stoornis wordt uitgevoerd'.

#### *Inhoud en doel van deze position paper*

We zullen in het beantwoorden van de bovenstaande vraag, verder ingaan op de huidige situatie in de organisatie van zorg, het belang hoe de behandeling/zorg georganiseerd is voor mensen met een bipolaire stoornis (en hun naasten) en de link met het kwaliteitsstatuut maken.

We zullen niet met één 'zaligmakende' oplossing komen maar wel een context schetsen op welke wijze wij denken dat de zorg het beste georganiseerd kan worden, rekening houdend met de eerder geschetste ontwikkelingen.

Het position paper kan vervolgens als onderlegger gebruikt worden om de discussie te voeren op allerlei niveaus en media (denk hierbij aan: beleidsoverleg in de instelling, opiniërende artikelen in vaktijdschriften en andere media of voor het gesprek met teams, leidinggevende, cliëntenraden etc.). We willen hiermee een actieve bijdrage leveren aan de discussie en het standpunt vanuit ons oogpunt een duidelijke stem geven.

## Huidige situatie

Omdat we onmogelijk alle vormen organiseren van zorg bij de verschillende instellingen kunnen omschrijven, kunnen we de huidige situatie het best beschrijven aan de hand van de betreffende hoofdstukken van de richtlijn en de wettelijke vastgelegde zorgstandaard bipolaire stoornissen, aangezien daarin heldere uitgangspunten zijn geformuleerd.

### *Organisatie van zorg zoals beschreven in de zorgstandaard (2017)*

In de zorgstandaard is een apart hoofdstuk opgenomen over de organisatie van zorg. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in algemene aspecten van zorg en zorgstandaard specifieke aspecten.

Het position paper richt zich vooral op de zorgstandaard specifieke elementen, maar vanuit het algemene deel willen we niet het principe van 'matched care' onbenoemd laten. Voor het toepassen van matched care is een goede kennisinfrastructuur noodzakelijk om in alle echelons (BGGZ, SGGZ en HSGGZ) passende zorg te bieden.

### *Zorgstandaard specifieke aspecten*

De specifieke aspecten van de organisatie van zorg voor bipolaire stoornissen wordt geopend met de onderstaande stelling.

*'De zorg voor mensen met een bipolaire stoornis wordt geleverd door professionals met een specifieke expertise op het gebied van bipolaire stemmingsstoornissen. Bij voorkeur zijn zij werkzaam in een multidisciplinair behandelteam gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van bipolaire stemmingsstoornissen'.*

Bovenstaande impliceert een organisatie in specialistische (en diagnose gestuurde) teams. Specifieke kennis van de diagnostiek naar en behandeling van bipolaire stoornis is noodzakelijk om vervolgens tot maximale symptoomreductie te kunnen komen én de weg vrij te maken naar zo optimaal mogelijk persoonlijk en sociaal maatschappelijk herstel.

Ook de overige aanbevelingen in de zorgstandaard zijn geënt op het principe van de specialistische teams. Voorts wordt regelmatig verwezen naar beschrijving van de organisatie van zorg in de richtlijn (zie volgende paragraaf).

Tot slot geeft de zorgstandaard een optimale situatie weer;

- Het opzetten en handhaven van regionale hoogspecialistische teams waar huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz advies kunnen inwinnen en die consultatie verrichten.
- Het vaststellen van normen voor omvang en samenstelling van multidisciplinaire expertteams (aantal patiënten per team; aantallen per discipline: psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, klinisch psycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut, maatschappelijk werkende).
- Het gebruik maken van zoveel mogelijk een enkel persoonsgebonden dossier door de betrokken zorgverleners en organisaties.
- Financiering van de zorg zoals beschreven, inclusief zorg die afdelingen, instellingen, echelons of domeinen overstijgt.

Dit optimum keert terug in de overwegingen over de gewenste situatie.



## **De Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen (2015)**

Evenals de richtlijn in 2008 bevat de multidisciplinaire richtlijn een uitgebreid hoofdstuk met aanbevelingen hoe de zorg organisatorisch kan plaatsvinden. Deze aanbevelingen komen deels voort uit wetenschappelijk onderzoek maar zijn, bij gebrek aan relevant onderzoek, ook voor een groot deel gebaseerd op klinische ervaring en consensus.

Met betrekking tot herstel is in de richtlijn beschreven, dat één van de doelen van behandeling bij bipolaire stoornis gelegen is in “(...) het optimaliseren van het herstel van het (interepisodische) functioneren. (...)”: de herstelgedachte leeft kortom óók en al geruime tijd binnen het ‘bipolaire veld’ en sluit wat ons betreft specialistisch werken geenszins uit.

Bij de organisatie van de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis gelden de volgende algemene uitgangspunten.

- De behandeling is over het algemeen langdurig.
- De intensiteit van de behandeling kan (snel) wisselen naargelang de fase van de aandoening.
- De bipolaire stoornis gaat vaak gepaard met psychiatrische en somatische comorbiditeit, die dan een hoge zorgintensiteit vergen.
- De (lange termijn-) behandeling vindt veelal plaats in de specialistische ggz (sggz);
- De behandeling wordt bij voorkeur multidisciplinair en Multi methodisch uitgevoerd.
- Naastbetrokkenen hebben een actieve rol bij de behandeling.

### **Hieronder een samenvatting van de relevante<sup>2</sup> aanbevelingen vanuit de MDR-BS:**

#### ***Poliklinische zorg***

Patiënten met een bipolaire stoornis (of bij wie men een bipolaire stoornis vermoedt) worden bij voorkeur behandeld in een ambulante setting (polikliniek) met een specifieke expertise op het gebied van (bipolaire) stemmingsstoornissen.

- De behandeling dient multidisciplinair te zijn.
- Door het sterk wisselende verloop van de bipolaire stoornis moet de zorg flexibel kunnen worden aangeboden, waarbij de continuïteit in behandeling (en waar mogelijk in behandelaar) moet worden gewaarborgd.
- Een actieve follow-up is noodzakelijk wanneer patiënten uit beeld dreigen te raken, waarbij het mogelijk moet zijn om gedurende een beperkte periode outreachende zorg aan te bieden.

#### ***Fact***

- Outreachende sociaalpsychiatrische zorg, die met flexibele intensiteit ingezet kan worden, wordt aanbevolen voor patiënten met een bipolaire stoornis (of een schizo affectieve stoornis van het bipolaire type) met daarbij problematiek op meerdere levensgebieden, zeker voor hen die moeilijk in zorg te houden zijn.
- De richtlijncommissie adviseert om deze vorm van zorg deel te laten uitmaken van het aanbod voor alle patiënten met een bipolaire stoornis die daarvoor in aanmerking komen.

#### ***Crisiszorg***

- Crisisdiensten dienen een belangrijke rol te spelen bij de detectie en behandeling van de acute manie en de ernstige bipolaire depressie met suïcidaliteit.

---

<sup>2</sup> Relevant in het licht van het beoogde doel van de position paper, in breder perspectief zijn alle aanbevelingen uiteraard relevant.

- Om de continuïteit van zorg te waarborgen, dienen de vaste behandelaren en de crisisdienst nauw samen te werken.

### **Opname**

- Een opname is een tijdelijke onderbreking van een ambulante behandeltraject. De behandeling op een afdeling heeft als doelen een zo snel mogelijke remissie van symptomen van de stemmingsepisode met behulp van medicatie, en het bieden van een veilige, rustige, prikkelarme omgeving.
- Er dient tijdig aandacht te worden besteed aan een goede overgang tussen de verschillende behandelsettings.
- Ook tijdens een opnameperiode moet er vanuit het behandelend team voldoende aandacht zijn voor de naastbetrokkenen.

### **Basis versus specialistische GGZ**

- Diagnostiek en behandeling van een bipolaire stoornis dienen in eerste instantie te gebeuren binnen de specialistische ggz (sggz).
- Indien wordt overwogen om de behandeling aan de huisarts (en de poh-ggz) of de generalistische basis-ggz over te dragen, dient men een aantal factoren bij deze overweging te betrekken<sup>3</sup>.
- Binnen de specialistische ggz (sggz) wordt samen met de patiënt een signaleringsplan opgesteld met vroege signalen voor een stemmingsepisode en hoe te handelen in geval van dreigende terugval en/of crisis. Binnen de eerstelijnszorg dient hier aandacht aan geschonken te worden en moet men zich ervan bewust zijn dat zorg flexibel en snel toegankelijk moet zijn voor de patiënt en diens naastbetrokkene.
- Bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis wordt aanbevolen dat er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen enerzijds de huisartsenzorg of generalistische basis-ggz (bggz) en anderzijds de specialistische ggz (sggz).

### **Continuïteit van zorg**

- Vanwege de aard van de aandoening dient de zorg snel en laagdrempelig toegankelijk te zijn.
- Het wordt aanbevolen om de somatische zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis in nauwe samenwerking met de huisarts, de internist of een andere medisch specialist, de diëtist en het laboratorium te organiseren.
- Behandelaren moeten de patiënt en zijn naastbetrokkenen gedurende langere tijd kunnen begeleiden, om zodoende de continuïteit van zorg te waarborgen en ervaringen uit eerdere fasen van de behandeling optimaal te kunnen inzetten.

### **Naastbetrokkenen, triade en ervaringsdeskundigheid**

- De richtlijncommissie beveelt aan om de naastbetrokkene(n) in alle gevallen bij de behandeling te betrekken en de patiënt hiervoor te motiveren.
- Behandelaars moeten laagdrempelig beschikbaar zijn voor naastbetrokkenen.
- Psycho-educatiecursussen die aan patiënten en naastbetrokkenen gezamenlijk worden aangeboden.
- Er dient aandacht te zijn voor de eventuele kinderen van een patiënt met een bipolaire stoornis, vanwege de impact die het hebben van de stoornis binnen het gezin kan hebben.

---

<sup>3</sup> Hier niet uitgewerkt zie richtlijn, pagina 59

### **Kwaliteitstoetsing**

- De individuele behandeling dient regelmatig met de patiënt geëvalueerd te worden, aan de hand van het behandelplan, en bij voorkeur (ook) met behulp van meetinstrumenten.
- Het wordt aanbevolen om op afdelingsniveau het effect van de behandelingen en de kwaliteit van de geboden zorg regelmatig te toetsen met een expliciete set van kwaliteitsindicatoren.
- Ervan wetende dat de huidige bij het KenBiS aangesloten specialistische teams voor bipolaire stoornissen momenteel (grotendeels) volgens deze aanbevelingen werken, kunnen we een aantal knelpunten en mogelijkheden onderscheiden indien we de aanbevelingen naast uitgangspunten van de gevoerde discussie leggen.

### **Knelpunten en conflicterende punten**

- Hoewel de bipolaire stoornis gezien wordt als een complexe chronische psychiatrische aandoening, wordt in de transdiagnostische blik wel aan de meerwaarde van specialistische behandelteams getornd.
- De DSM-5 als classificatiemiddel staat onder grote druk, echter de huidige teams zijn op diagnoses georganiseerd in zorglijnen/zorgprogramma's.
- Het gevolg van het kleiner maken of het reduceren van psychiatrische aandoeningen tot uitvergroete levensvragen of problemen kan ook het effect hebben van nivelleren van de mate van ernst; dus in aanleg ernstige aandoeningen niet goed (genoeg) diagnosticeren en derhalve onderbehandelen. Daarnaast kan behandelen zonder het stellen van een adequate diagnose leiden tot grote schade voor het individu, naast en zorgen voor maatschappelijke overlast en onveiligheid. Daarbij komt dat dit (onjuiste) maakbaarheids-idee impliceert dat de patiënt die ernstige, sociaal- maatschappelijke en/of persoonlijke ontwrichtende stemmingsepisodes heeft doorgemaakt, onterecht hier volledig voor verantwoordelijk wordt gesteld. Hiermee zouden we decennia teruggaan in de tijd waarbij de delay tussen het ontstaan van eerste symptomen en onderkenning en behandeling daarvan weer kan toenemen. En kan ertoe leiden dat er minder expertise is voor vroegtijdige herkenning van stemmingsepisodes met als gevolg schade bij patiënten en naasten en hogere zorgkosten (opnames, intensive zorg). Derhalve kunnen we wel spreken van een bipolaire stoornis of kwetsbaarheid, die gerichte specialistische behandeling verdient.
- De hulpvraag volledig laten leiden door de patiënt zelf, vraagt van de patiënt/hulpvrager/cliënt op voorhand een grote mate van kennis over wat er ten aanzien van herstel mogelijk is (in de praktijk vaak meer dan patiënten ten tijde van intake denken) en ook een grote mate van zelfbewustzijn (wat vaak gaandeweg een adequate behandeling groeit). Nog los van het feit dat het de vraag is of patiënten dat zelf ook willen. De praktijk laat zien dat veel patiënten juist gezamenlijk de behandeling willen vormgeven en de kennis van de professionals een van de bronnen is.
- De combinatie van de relatief lage prevalentie van bipolaire stoornissen en de complexiteit van diagnostiek en behandeling is een belangrijk argument voor het behouden van een gespecialiseerd zorgaanbod. Behandelaren moeten voldoende exposure hebben aan patiënten met een bipolaire stoornis om hoogwaardig zorg te kunnen (blijven) leveren.

## Mogelijkheden

- Herstel als concept past in de fasegerichte behandeling van de bipolaire stoornis (symptomatisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel). Sterker, dit is expliciet onderdeel van de richtlijn en de zorgstandaard.
- De zorg voor mensen met een bipolaire stoornis is nu reeds op herstel gericht en niet op genezing van de aandoening (immers het is een episodisch verlopende aandoening met blijvende kwetsbaarheid)
- Zowel het (terecht) stellen van een diagnose bipolaire stoornis, als het (terecht) verwerpen ervan, helpt de behandelaar met het indiceren dan wel adviseren van de meest passende behandeling. Met meest passend wordt bedoeld dat dit een behandeladvies betreft waarmee de patiënt de grootste kans wordt geboden op zo optimaal mogelijk klinisch, persoonlijk en sociaal-maatschappelijk herstel.
- Behandelaren zijn zich ervan bewust dat de groep mensen die (terecht) zijn gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis een zeer heterogene groep betreft ten aanzien van frequentie, duur, ernst en polariteit van de bipolaire stemmingsepisodes alsook in de mate van behandelrespons en mate waarin iemand in staat is om adequaat zelfmanagement toe te passen. Juist op specialistische poliklinieken is de specifieke kennis voorhanden om behandeling/behandeladviezen op al deze parameters nader af te stemmen.
- Behandelaren zijn zich ervan bewust dat het stellen van een diagnose bipolaire stoornis vaak een grote impact heeft en gepaard gaat veel vragen en onzekerheden omtrent het eigen actuele functioneren ten aanzien van wat verwacht mag worden met betrekking tot het eigen functioneren in de toekomst (ook dit wordt vaak door patiënten onderschat bij intake op bipolaire poliklinieken); specialistische poliklinieken bieden de gelegenheid om te leren om te gaan met de diagnose, met de implicaties ervan voor het dagelijks leven en met het toewerken naar optimaal herstel op alle levensgebieden.
- In het verlengde van eerdergenoemde maatschappelijke ontwikkelingen kan ook de bipolaire doelgroep profiteren van een intensievere samenwerking met generalistisch/herstelgericht aanbod in het sociale domein. Een belangrijke pijler van een specialistisch behandelteam is het stroomlijnen/borgen van de continuïteit van zorg. Dit is bij patiënten met een bipolaire stoornis van groot belang aangezien zij door de wisselende zorgbehoefte op veel verschillende plekken binnen GGZ-instellingen in beeld komen
- Digitale innovatie maakt het mogelijk om collega's en patiënten op een laagdrempelige en efficiënte manier gebruik te laten maken van de kennis/expertise van een specialistisch behandelteam bipolaire stoornissen
- Nieuwe bekostiging; de zorgzwaarte voor mensen met een bipolaire stoornis ligt in het plotseling kunnen ontstaan van een episode en daarmee een plotseling toenemende zorgvraag. De bekostiging zal hierop ingericht moeten worden. Waarbij meegenomen dient te worden dat de continuïteit van behandelaar een bewezen effect heeft in het voorkomen van en in de behandeling van episoden (weten wat effectief is bij deze persoon), dus opschaling door eigen behandelaar heeft een sterke voorkeur (ook financieel economisch).
- Opnemen van (nieuwe) concepten (zoals positieve gezondheid) in herziening van zorgstandaard en richtlijn.
- Het kunnen specialiseren op doelgroep en het verbonden zijn met netwerken kan voor professionals een belangrijke waarde zijn die organisaties in staat stelt om mensen voor langere tijd te binden.

## Gewenste situatie

Het is verleidelijk om de uitgangspunten voor de organisatie van zorg, zoals geformuleerd in de zorgstandaard en de richtlijn leidend te laten zijn voor de gewenste situatie. Echter dan zouden we geen recht doen aan de discussies over de GGZ die van recentere datum zijn dan de richtlijn (2015) en de zorgstandaard (2017). We willen juist graag elementen toevoegen die een verrijking zijn voor de organisatie van zorg voor deze doelgroep. Een andere reden voor de doorontwikkeling van de reeds ingeslagen weg komt voort uit reeds bestaande evidence. Gespecialiseerde teams in de behandeling van bipolaire stoornissen leiden tot minder klinische opnamen, waarbij deze vorm van organisatie van zorg ook kosten effectiever is (Kessing e.a. 2013). Specialistische behandelprogramma's voor bipolaire stoornissen hebben een positieve invloed in het vóórkomen van (hypo)manieën (Simon, 2005).

## Doorontwikkeling

In de ontwikkeling van zorg voor mensen met een mentale kwetsbaarheid zijn eerder heen-en-weer bewegingen gezien; institutionalisering versus de-institutionalisering, de wijken in (multi functionele eenheden (MFE's) in de jaren '90, centralisering in zorgprogrammatisch teams in de jaren '00 naar wijkteams vanaf '15). Deze beweging heeft het principe van twee stappen vooruit een achteruit. Per saldo leverde het wel vooruitgang op, maar het kostte veel energie omdat in een later stadium eerder overboord gezette principes weer omarmd werden.

In plaats van een nieuwe, andere weg in te slaan stellen we voor om hetgeen verworven is door te ontwikkelen, passend in de tijdsgeest. Dat is dus iets anders dan radicale verandering of deze categorisch afwijzen.

Met deze gedachte komen we, in aanvulling op de reeds geschetste mogelijkheden, tot de volgende aanbevelingen om de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis vorm te geven in het huidige tijdsgewricht. Deze aanbeveling zijn geënt op de in de zorgstandaard geschetste optimale situatie.

## Gewenste situatie en aanbevelingen

KenBiS wil hetgeen in de afgelopen decennia verworven is steeds verder ontwikkelen, passend in de tijdsgeest. Deze paper kan dienen als opmaat naar de ontwikkeling van de vernieuwde zorgstandaard. Inhoudelijk vormen de landelijke multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen en de wettelijk vastgelegde zorgstandaard bipolaire stoornissen het uitgangspunt, met daarbij als doel een volledige integratie met generieke facetten van de herstelondersteunende zorg en de netwerkpsychiatrie. Persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn al (deels) verweven in de huidige behandelmethodiek en de zorgstandaard. Voor alles wordt er gestreefd naar het (verder) versterken van de eigen kracht en regie van de patiënten, inclusief de evidence-based en op de persoonlijke situatie toegespitste behandeling van de veelal complexe en rechtstreeks met de bipolaire stoornis samenhangende problematiek.

De doorontwikkeling op het gebied van de organisatie van zorg laat zich samenvatten in de volgende aanbevelingen:

- **Specialistische teams voor bipolaire stoornissen** zijn in alle regio's rand voorwaardelijk voor het handhaven van kwalitatieve goede zorg **conform de zorgstandaard en de richtlijn**.
- Het opzetten, onderhouden en handhaven van **regionale (hoog)specialistische netwerken**, waarin de specialistische teams voor bipolaire stoornissen leidend zijn, en waar huisarts, generalistische basis-ggz, en gespecialiseerde ggz advies kunnen inwinnen en consultatie kunnen vragen.
- *Voor de specialistische teams wordt aanbevolen:*
  - Elk team is **multidisciplinair** en bevat bij voorkeur minimaal de volgende disciplines:
    - Psychiater
    - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige,
    - Verpleegkundig specialist GGZ
    - Klinisch psycholoog of gz-psycholoog
    - (Indien mogelijk) Ervaringsdeskundige
  - De professionals binnen het team besteden bij voorkeur **minimaal 50%** van hun patiëntgebonden tijd aan de **behandeling van mensen met een bipolaire stoornis** (om voldoende '**vlieguren**' te blijven maken, om expertise en ervaring op te bouwen en in stand te houden. De omvang van de caseload per team is minimaal 100 patiënten.
- *Voor de regionale netwerken wordt aanbevolen:*
  - De specialistische teams bipolaire stoornissen zijn inhoudelijk leidend voor de regionale netwerken.
  - De **omvang** van deze netwerken, om enige 'volume' te kunnen waarborgen ligt tussen de **500-1500** patiënten per netwerk. Dat betekent dat in landelijke gebieden geografisch grotere netwerken zullen zijn dan in (rand)stedelijke gebied.
  - **Regionale samenwerking** met anderen partijen (zoals WMO-zorg, zelfregiecentra en andere behandelnetwerken ect.) is een vanzelfsprekendheid en is structureel verankerd.
  - Afgevaardigden van de specialistische teams bipolaire stoornissen die een spilfunctie vervullen in de regionale netwerken, komen samen in een **landelijk netwerk**, KenBiS, met daarin een vertegenwoordiging vanuit professionals, patiënten en naasten.
  - De netwerken hebben ook een belangrijke taak in kennisontwikkeling en verspreiding.
  - Er wordt gestreefd naar een netwerkstructuur waarin iedereen zich realiseert dat hij/zij altijd in een keten van netwerken opereert, die elkaar ondersteunen en versterken (van behandeltriade, eigen team, het regionale netwerk, KenBiS, plusminus en de ISBD)
  - Deze regionale netwerken (en dat is cruciaal) worden gefaciliteerd in tijd en geld zodat professionals daadwerkelijk de ruimte hebben om in het netwerk te participeren en samen met de netwerkpartners te werken.
- *Overige aanbevelingen:*
  - Het binnen een regionaal netwerk door de betrokken organisaties zoveel mogelijk gebruik maken van hetzelfde persoonsgebonden dossier of zorgnetwerk omgeving (ZNO).
  - Streven naar het optimaal benutten van digitale mogelijkheden.
  - Het uitvoeren van effectiviteitsonderzoek naar de organisatie van zorg, op basis van eerder gevonden evidentie in internationale onderzoeken.

## Conclusie

Er is in de afgelopen decennia veel bereikt op het gebied van de behandeling van de bipolaire stoornissen. Er is een netwerk van specialistische poliklinieken' opgebouwd, waarvan de meeste in KenBiS-verband samenwerken. In de richtlijn en de zorgstandaard is aandacht voor symptoomgerichte én herstelgerichte behandeling, en een herstelbenadering zit bovendien 'in de genen' van GGZ-professionals. Daarom pleiten we voor een doorontwikkeling van de huidige koers in plaats van radicaal het roer omgooien. Het kind moet niet met het badwater worden weggegooid. Dit betekent handhaven van specialistische kennis van alle disciplines voor bipolaire stoornissen, het (steeds verder) verbeteren van het landelijk netwerk en het inrichten van regionale netwerken waarbij het faciliteren daarvan een absolute randvoorwaarde is. Daarnaast bieden regionale specialistische centra consultatie en advies aan een brede kring van professionals binnen en buiten de GGZ.

Inhoudelijk vormen de Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen en de wettelijk vastgelegde Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen het uitgangspunt, volledig geïntegreerd met generieke facetten van de herstel ondersteunende zorg en de netwerkpsychiatrie.

Dit alles met een oogmerk om de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis en hun naasten optimaal vorm te geven om herstel te bevorderen en streven een passend niveau van kwaliteit van leven.

## Referenties

- Denys, D. (2020). Het tekort van het teveel (Vierde druk editie). Nijgh & Van Ditmar.
- Discussienota zorglandschap ggz:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/05/19/discussienota-toekomst-ggz>
- Kessing, L.V., Hansen, H.V., Hvenegaard, A., Christensen, E.M., Dam, H., Gluud, C.; Early Intervention affective disorder (EAI) Trial Group. (2003), Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder; randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 202, 212-219
- Koekoek, B., (2021), Psychiaters en psychologen, bevrijd jezelf uit het web van zelfbedachte labels. <https://www.trouw.nl/zorg/psychiaters-en-psychologen-bevrijd-jezelf-uit-het-web-van-zelfbedachte-labels~b62bd392/>
- Kupka, R.W., e.a. (2015) Richtlijn bipolaire stoornissen
- Prinsen, E., (2021) in Zorgvisie 19 maart 2021
- Scheepers, F. (2020). Mensen zijn ingewikkeld (Vierde druk editie, Vol. 2021). Arbeiderspers.
- Scheepers, F. (2021), We gooien al die breinen op één hoop.  
<https://www.groene.nl/artikel/we-gooien-al-die-breinen-op-een-hoop>
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Unützer, J., Bauer, M.S., Operskalski, B., & Rutter, C. (2005); Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder *Psychological Medicine*, 35, 13-24.
- Stender, M.J., Karst, A., Schutte, M., (2021); Durven we ons te bevrijden uit het zelfgenaaide strakke pak van stoornissen en specialisatie?, Dimence intern
- Trimbos in Zorgvisie 22 maart 2021
- Van Amelsvoort, T. A. J. M., Klaassen, M. C., & Van den Heuvel, O. A. (2018). Trans diagnostische psychiatrie: concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60 (3), 194–198.
- Volkskrant 26 maart 2021, column De huisarts
- <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/organisatie-van-zorg>
- Zorgstandaard bipolaire stoornissen (2017)





**Stichting Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, maart 2022**

Dit position paper is ontwikkeld door het landelijk Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen.

Het is het product van een intensieve samenwerking tussen het bestuur, raad van advies, leden van de deelnemersraad en in het bijzonder de grote inspanning van de werkgroep organisatie van zorg bestaande uit:

Bart Geerling, voorzitter  
Elvira Boere  
Rob Havermans  
Henk Mathijssen  
Rixt Riemersma  
Ronald Vonk  
Richard Wesseloo