

## **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

- I: De bipolaire stemmingsstoornis toen en nu**
- II: De herziene richtlijn: Farmacotherapie**
- III: Psychologische behandelingen en zelfmanagement**
- IV: Samenwerking in de triade**
- V: Organisatie van zorg voor mensen met bipolariteit**

## Potentiele Belangenverstrengelingen Ralph Kupka

Voorzitter Werkgroep Herziening MDR Bipolaire Stoornissen

Lid Werkgroep Herziening Zorgstandaard Bipolaire Stemmingstoornissen

Voorzitter Raad van Advies KenBiS

Lid Raad van Bestuur Akwa GGZ



# **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

**I: De Bipolaire Stemningsstoornis toen en nu**

# Pollvraag 1

‘Manie’ is het best op te vatten als een:

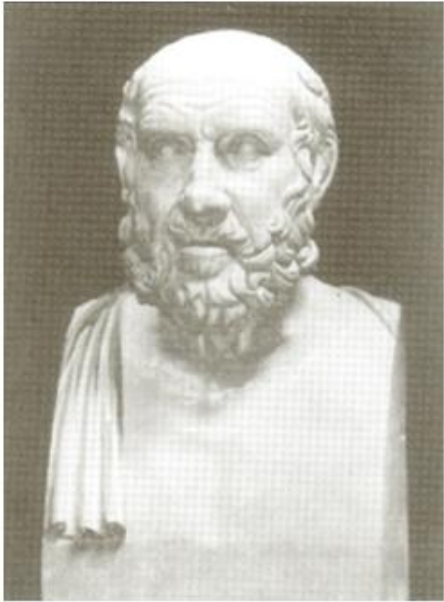
A: Symptoom

B: Syndroom

C: Classificatie

D: Ziekte (Stoornis/Aandoening)

# Manisch-depressiviteit is iets van alle tijden en alle mensen



**Hippocrates**  
(ca. 400 BC)

**Mania en  
Melancholia**



**Herman Boerhaave**  
(1741)

**Droefgeestigheid  
en Dolligheid**



**Emil Kraepelin**  
(1896)

**Manisch-  
Depressieve  
Psychose**



**Jules Angst**  
(1966)

**Unipolair en  
Bipolair zijn  
verschillend**

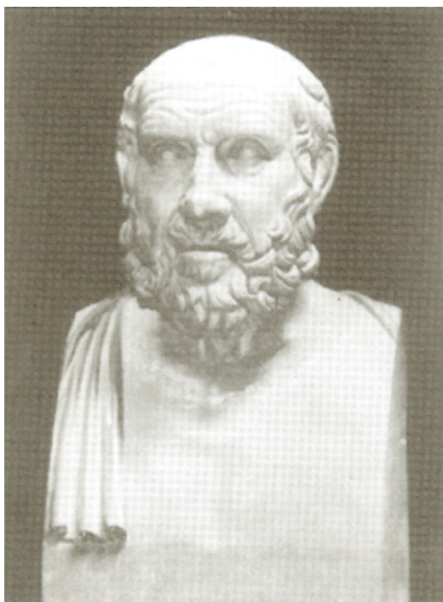


**DSM-5 en ICD-11**  
(heden)

**Unipolaire en  
Bipolaire  
stemmingsstoornissen**

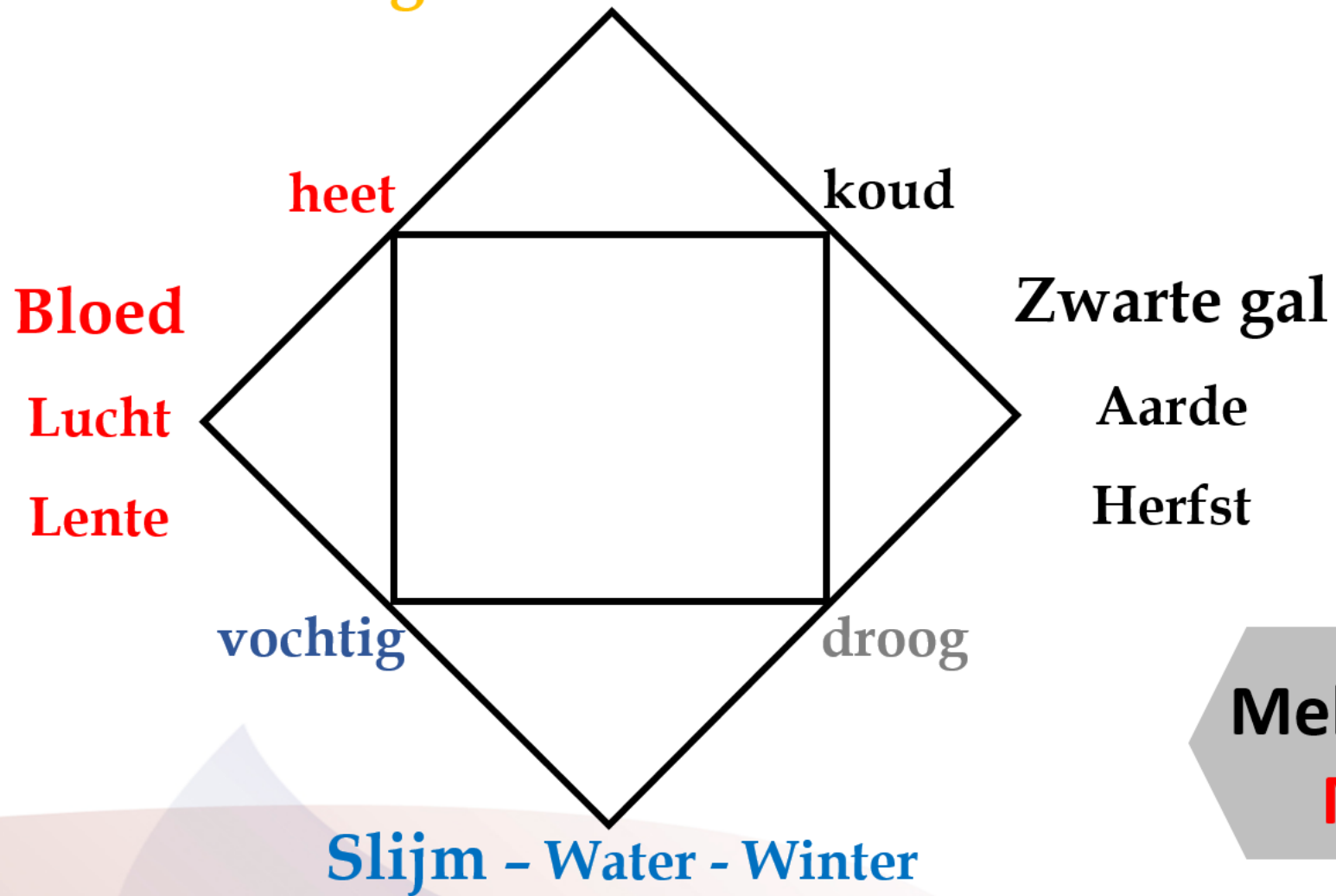
Primair verklarende psychopathologie

Primair beschrijvende psychopathologie



Hippocrates  
(ca. 400 BC)  
Mania en  
Melancholia

**Gele gal - Vuur - Zomer**



**Melancholia**  
**Mania**



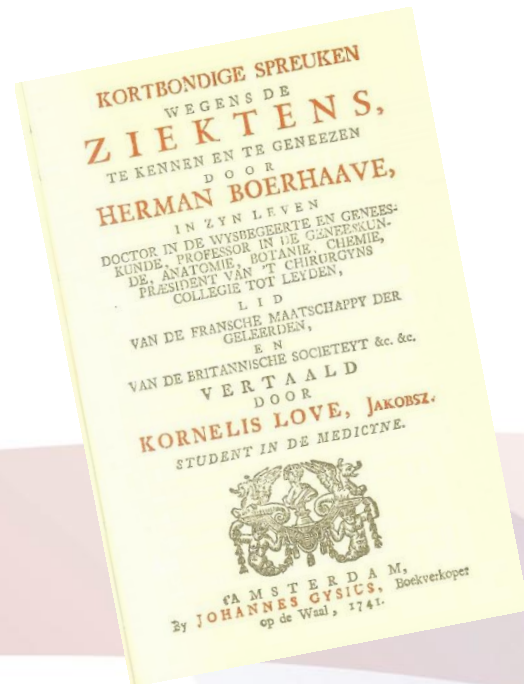
Herman Boerhaave  
(1741)

Droefgeestigheid  
en Dolligheid

## (d) DE DROEFGEESTIGHEID.

1089. *Melancholia* word van de Geneeskundigen genoemd die ziekte, in welke de zieke lang en hardnekkig sijft zonder koorts, op een en de zelve gedagten zynde byna altyd gevestigd.

1090. Deze ziekte komt voort uit die kwaadaardigheid van bloed en vochtigheden, welke de ouden noemden de zwarte gal; en weder die zelve ziekte van de ziel zyn begin nemende maakt in 't kort in een gezond Lichaam zelfs de zwarte gal.

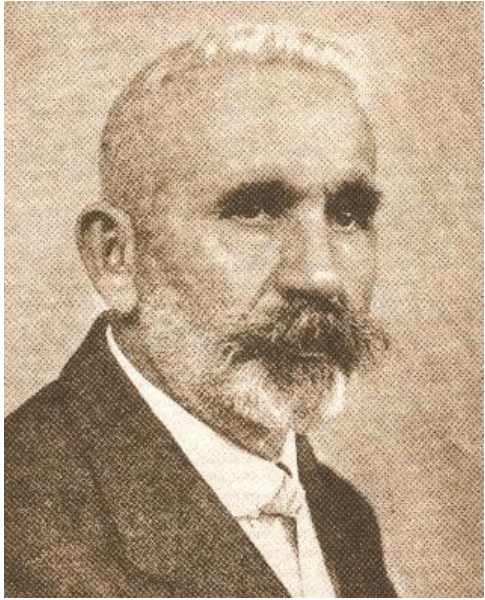


## (a) DE DOLLIGHEID.

1118. Indien de droefgeestigheid (1089.) tot zo ver inwafcht, dat 'er zo groote een schudding van 't hersenvoigt komt, waar door in een wreede verwoedheid gedreven word, werd dolligheid genaamt.

1119. Welke maar in trap verschild van een droevige *Melancholy*, is een spruit van deze, komt uit dezelve oorzaken voort, pleeg byna met dezelve geneesmid delen genesen werden.

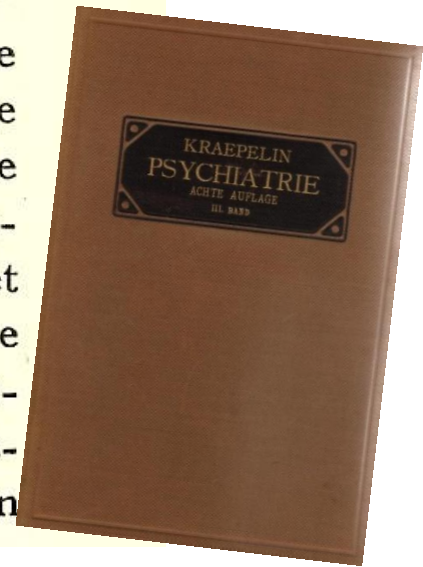
1120. In welke ziekte als 't meeste is de onbepaalde kracht der spieren, ongeloofelyke slaapeloosheid, wonderlyke verdraging van onttrekking van spyze, en koude, schrikkelyke verbeeldingen, van (b) *Wolfsbeet*, (c) *bontsbeet* enz.



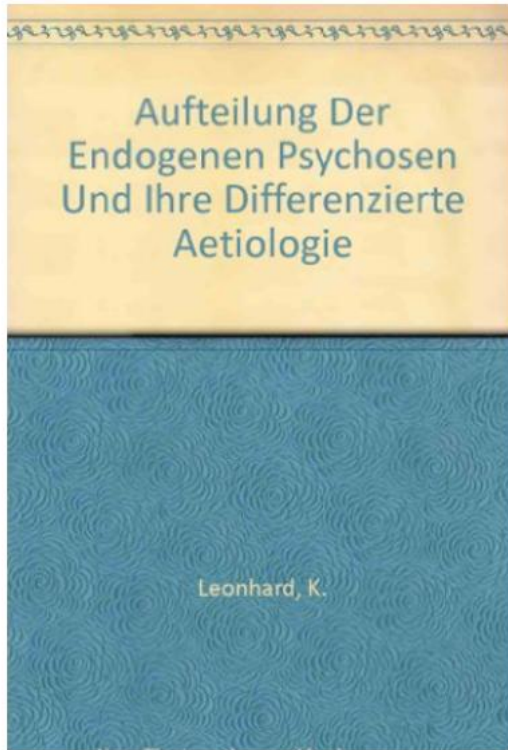
**Emil Kraepelin**  
**(1896)**  
**Manisch-  
Depressive  
Psychose**

## XI. Das manisch-depressive Irresein.\*)

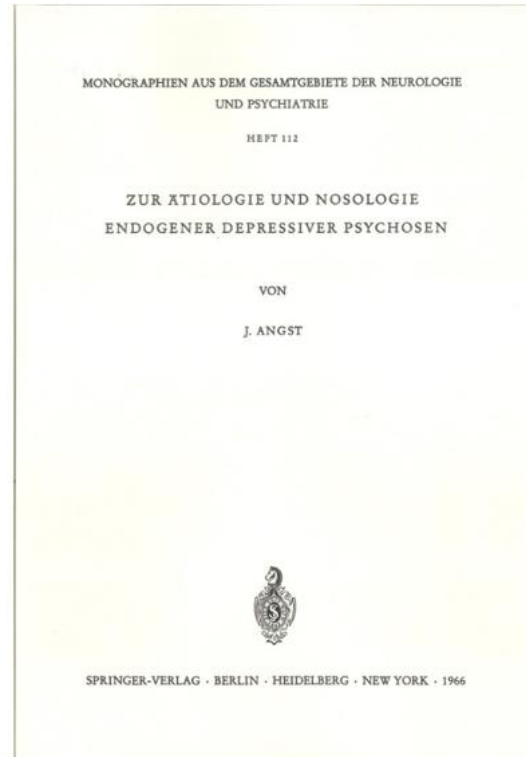
Das manisch-depressive Irresein, wie es in diesem Abschnitte geschildert werden soll, umfaßt einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und zirkulären Irreseins, andererseits die einfache Manie, den größten Teil der als „Melancholie“ bezeichneten Krankheitsbilder und auch eine nicht unerhebliche Anzahl von Amentiafällen. Endlich rechnen wir hierher gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils dauernde krankhafte Stimmungsfärbungen, die einerseits als Vorstufe schwererer Störungen anzusehen sind, andererseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen. Im Laufe der Jahre habe ich mich mehr und mehr davon überzeugt, daß alle die genannten Bilder nur Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges darstellen. Möglich ist es freilich, daß sich späterhin



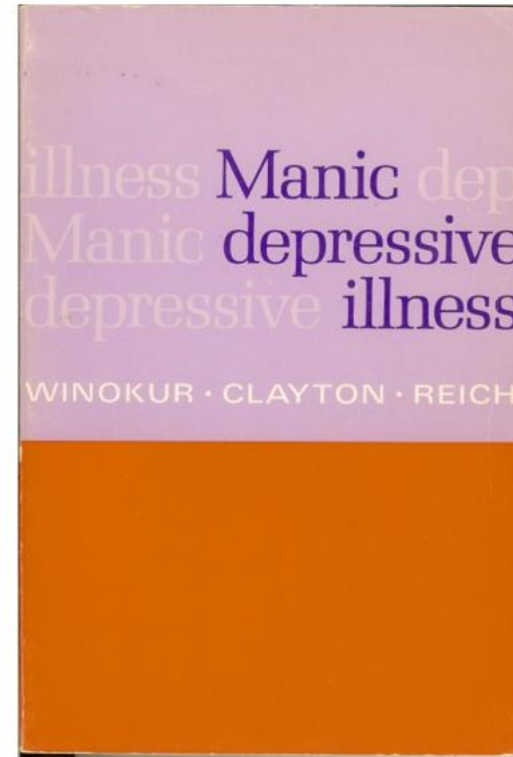
## Bipolaire stoornissen worden onderscheiden van unipolaire depressies



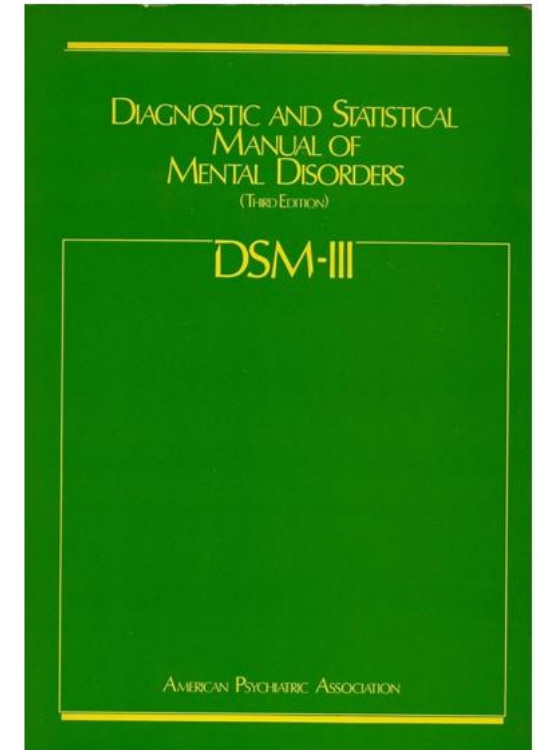
**Karl Leonhard  
(D, 1957)**



**Jules Angst  
(CH, 1966)**

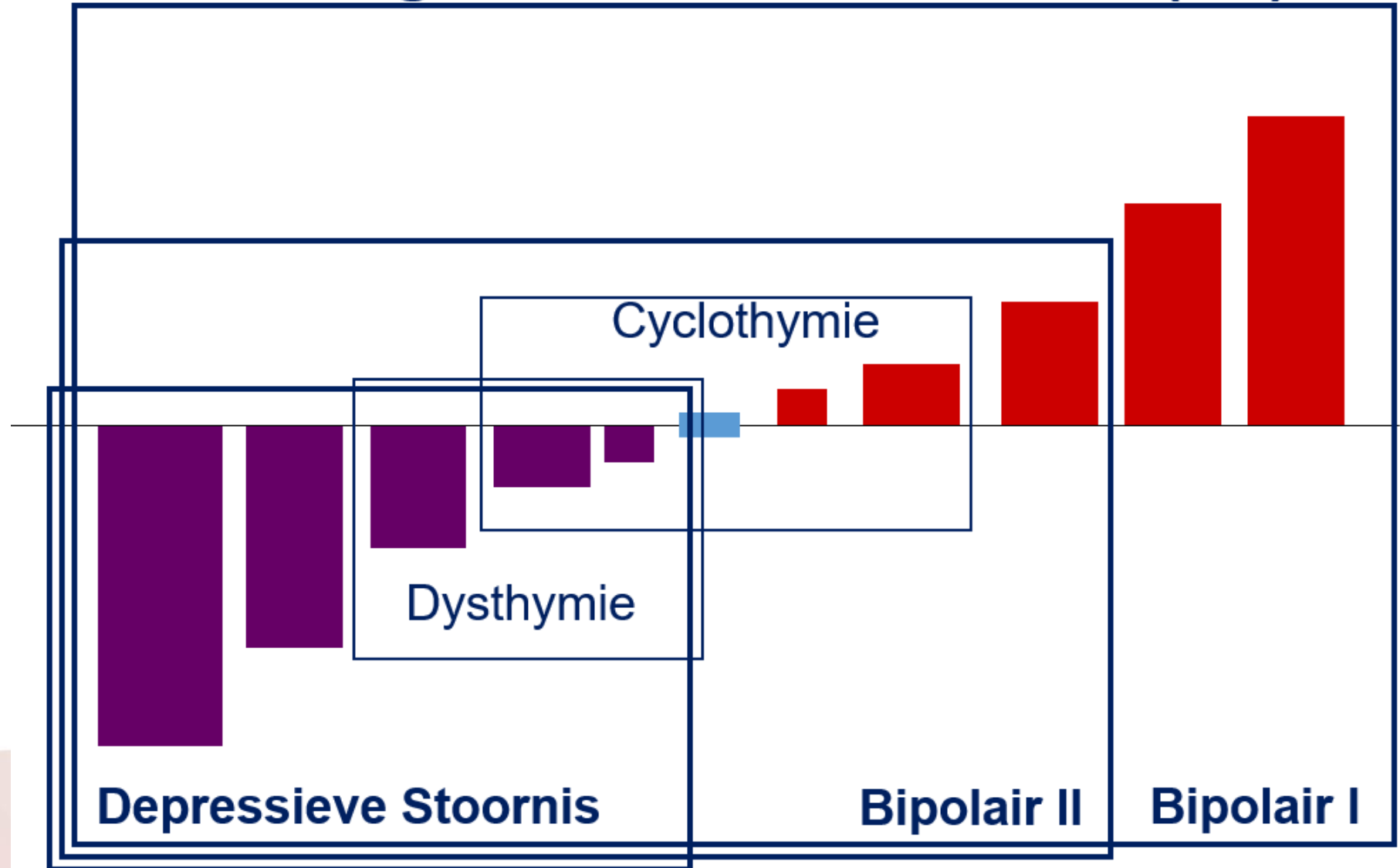
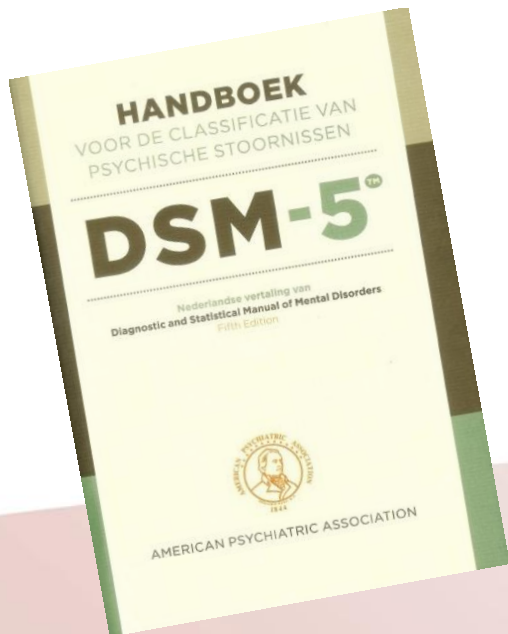


**George Winokur  
(USA, 1969)**

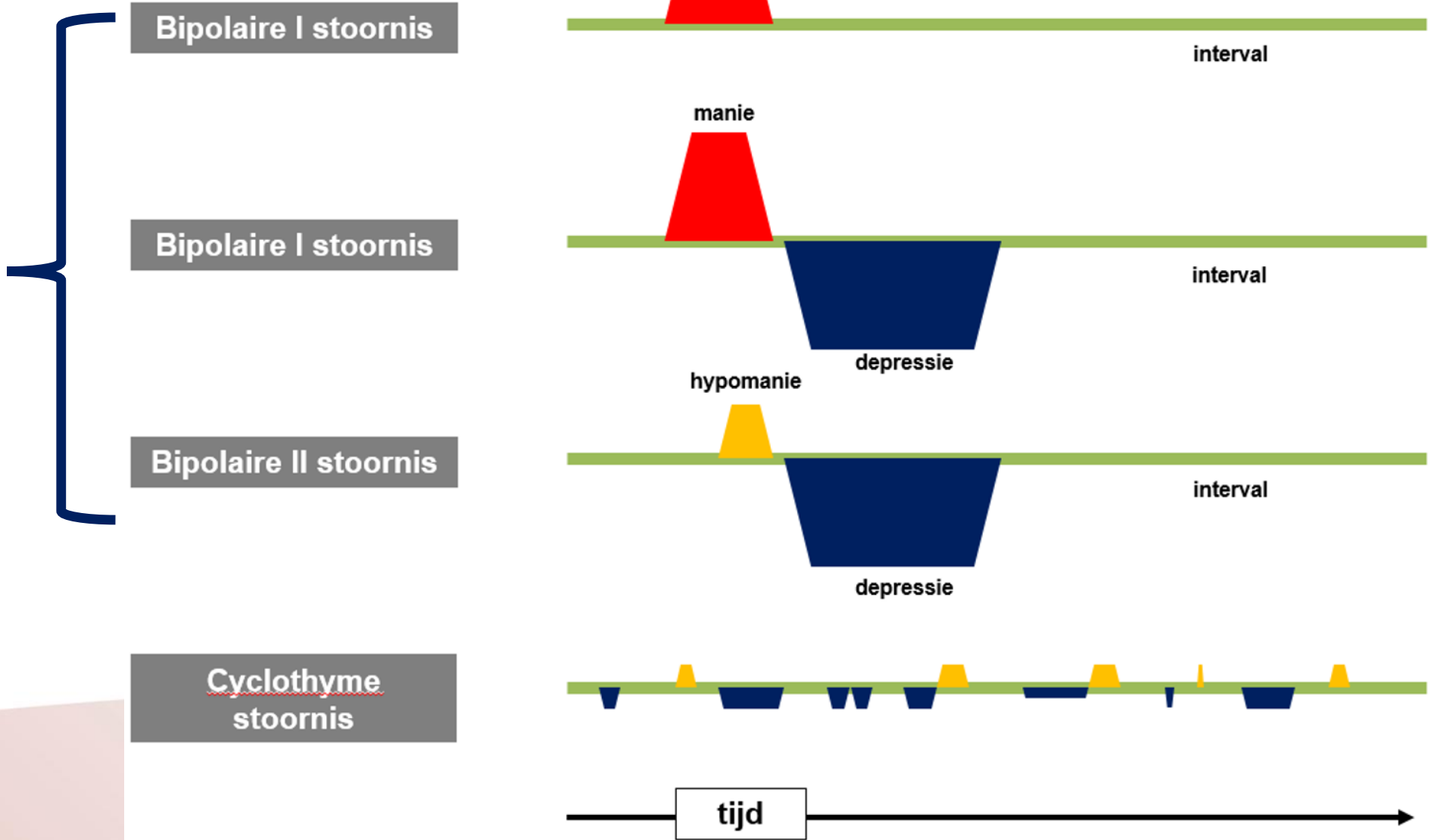


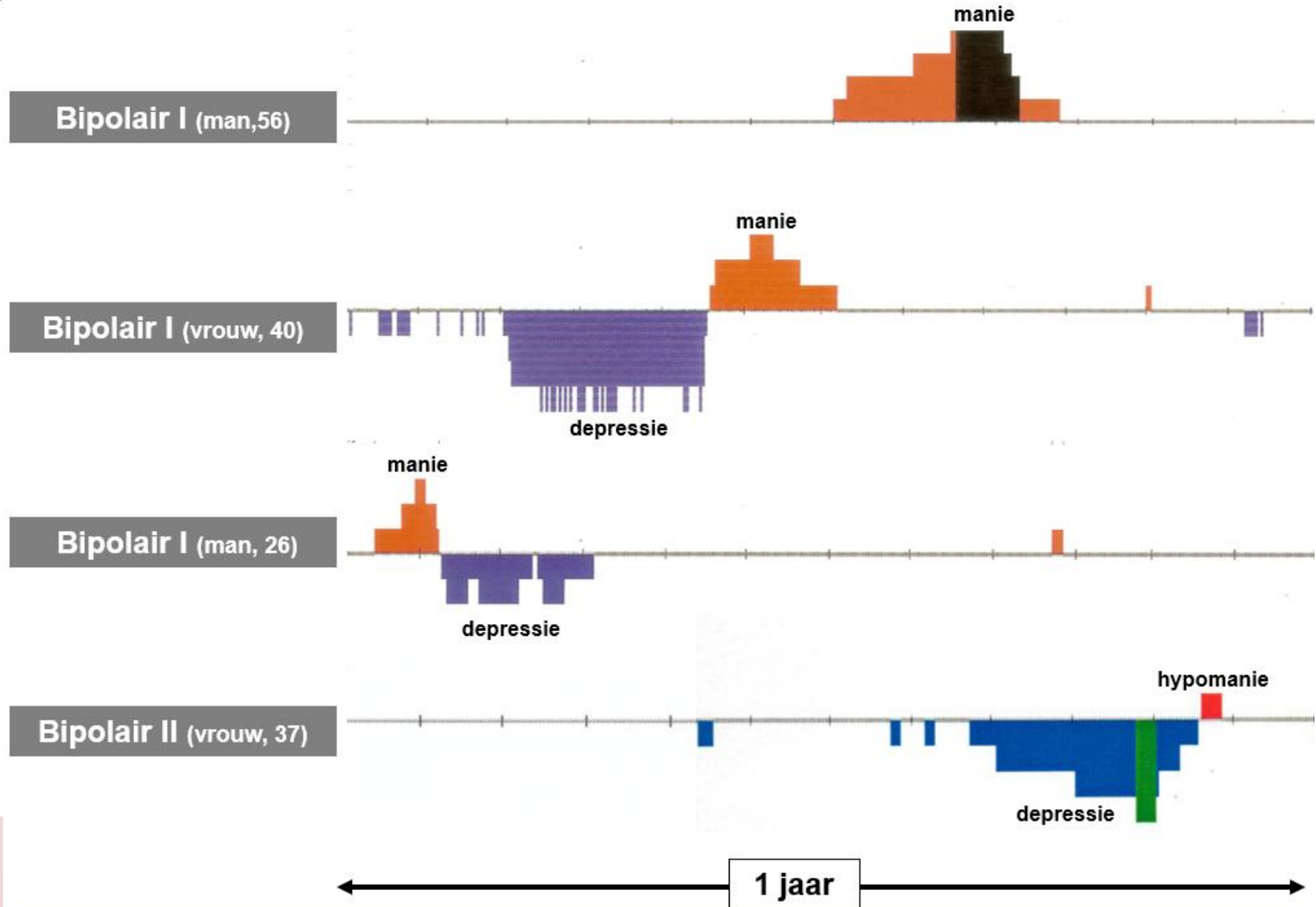
**DSM-3  
(1980)**

# Stemmingsstoornissen in DSM-5 (TR)

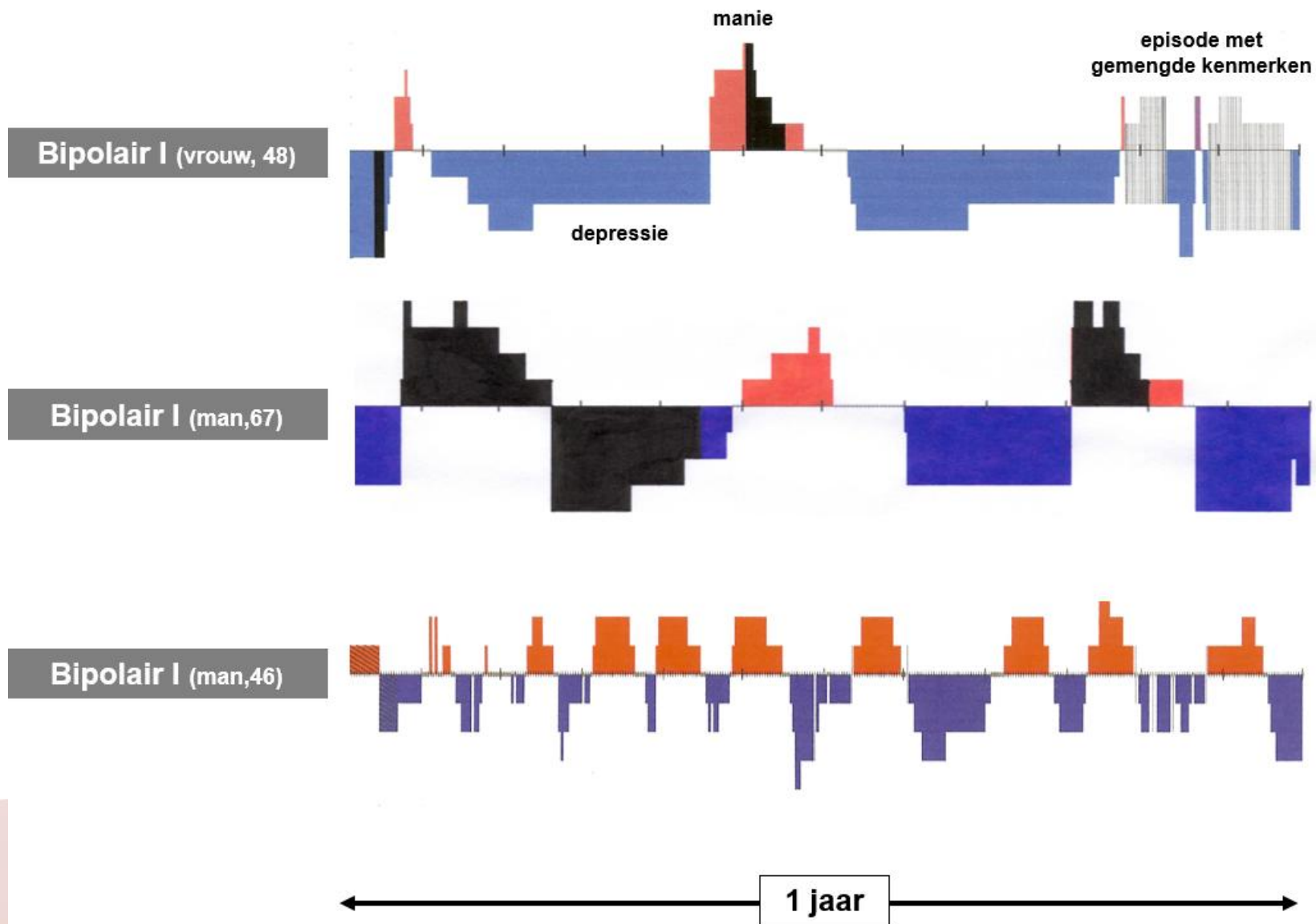


MDR-BS:  
Bipolaire  
Stoornissen  
in de GGZ





NIMH-LifeCharts® from the Stanley Foundation Bipolar Network



NIMH-LifeCharts® from the Stanley Foundation Bipolar Network

## Twee syndromen: **Manie** en **depressie**



- eufore / prikkelbare / expansieve stemming
- toegenomen activiteit / energie
- toegenomen zelfvertrouwen / grootheidsideeën
- roekeloos gedrag
- afgenomen slaapbehoefte
- verlies van inzicht

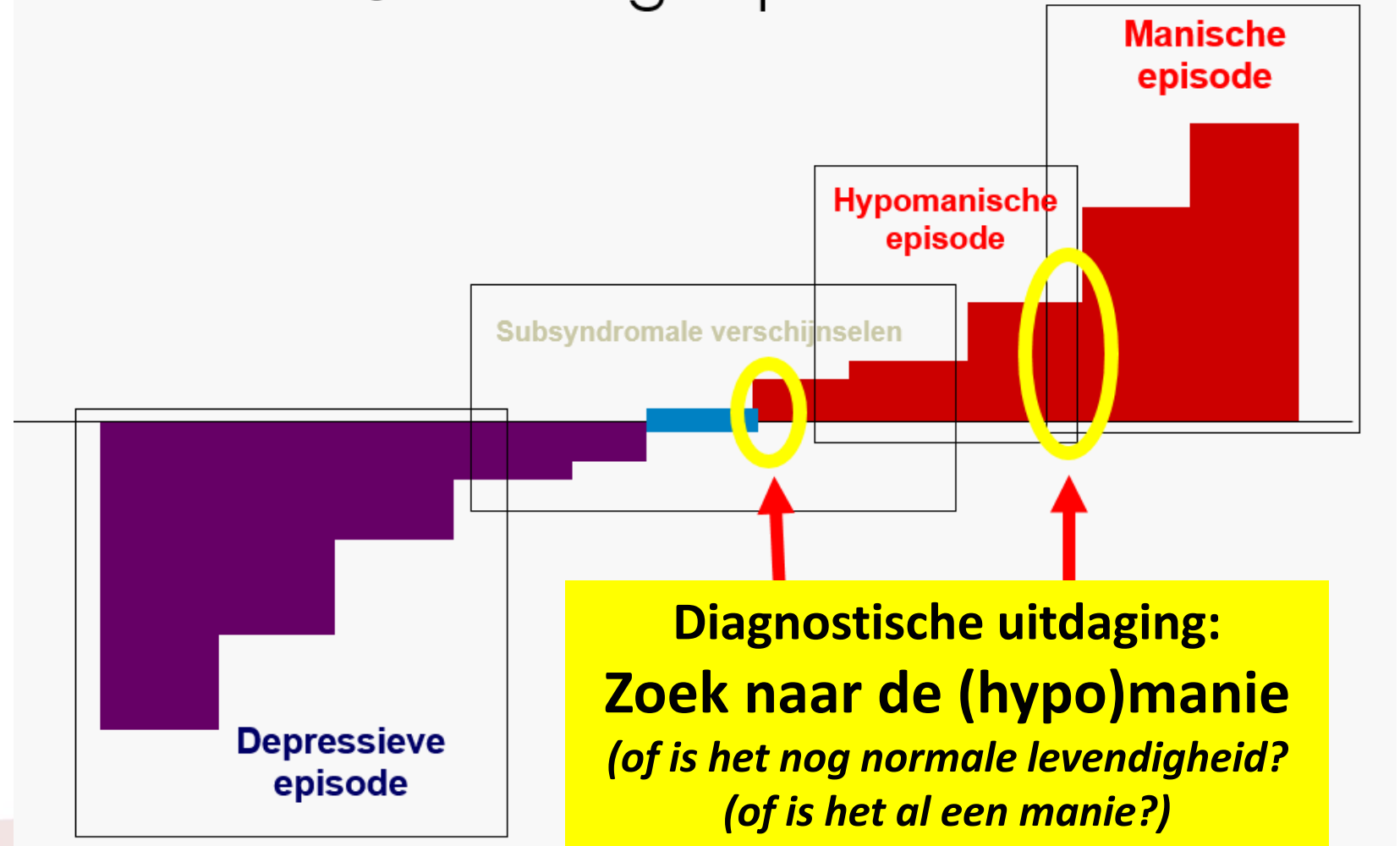
Overweldigende vitaliteit

Verlies van vitaliteit

- depressieve stemming
- verlies van plezier
- waardeloosheid en schuldgevoel
- initiatiefloosheid en gebrek aan energie
- slapeloosheid
- suïcidaliteit



# Stemmings-episoden



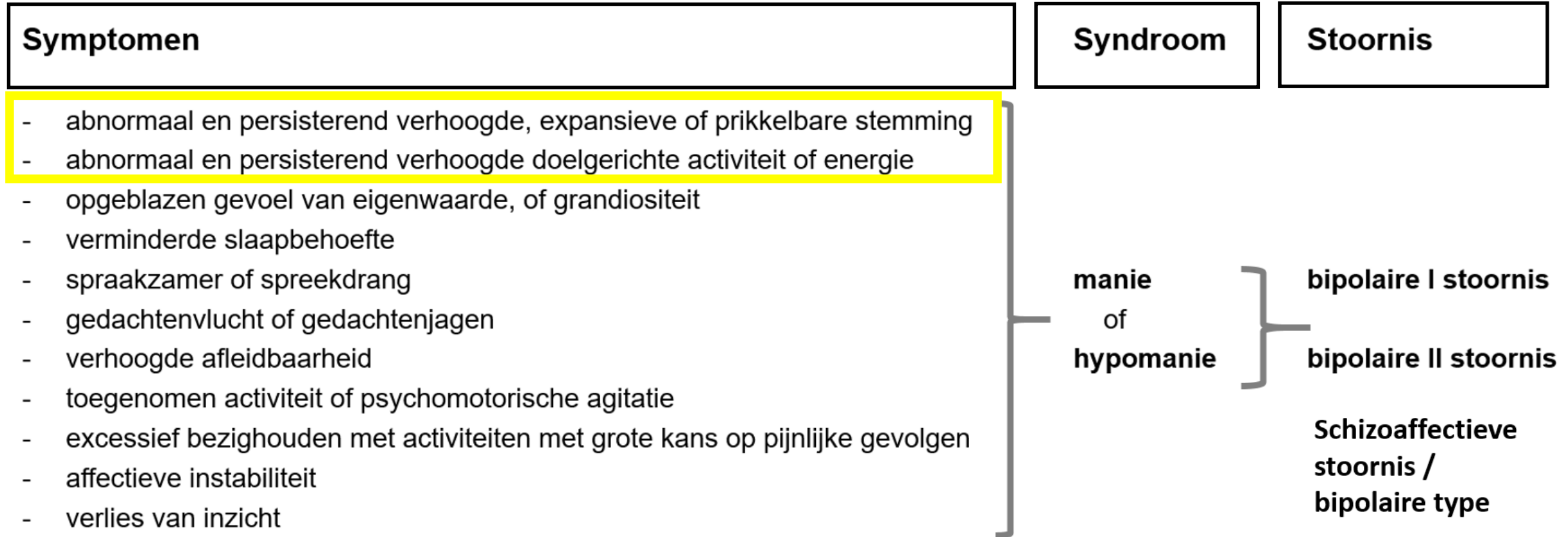
# Antwoord op Pollvraag 1

‘Manie’ / ‘hypomanie’ is het best op te vatten als een syndroom

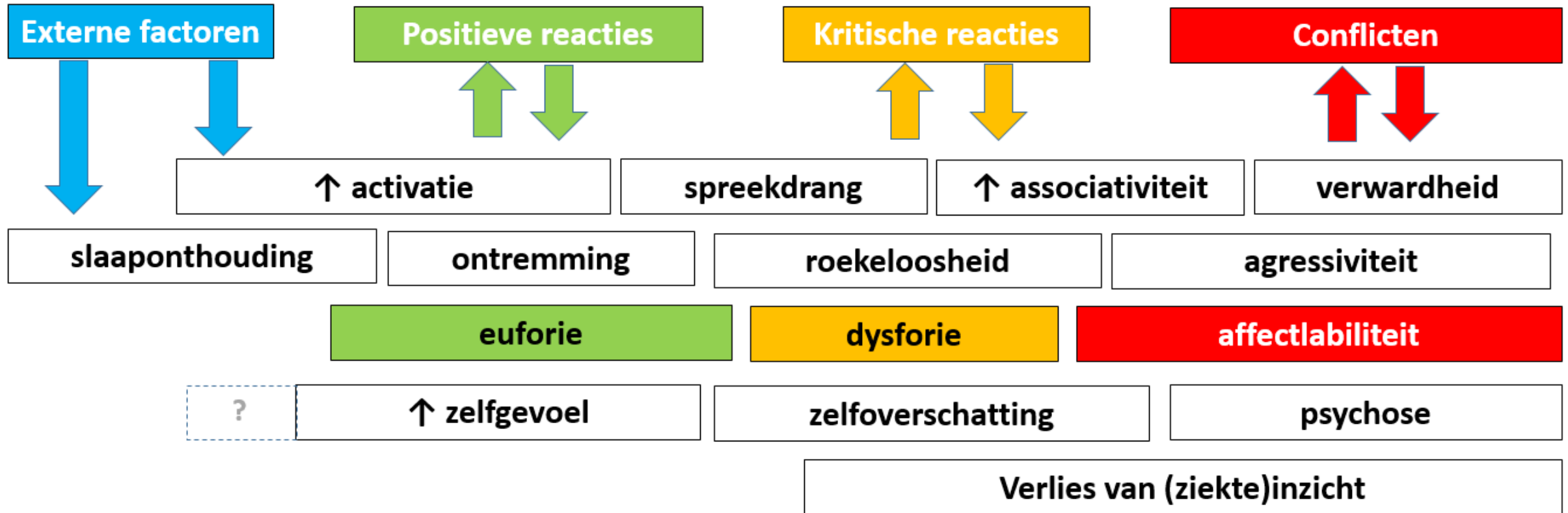
**Manisch / hypomanisch syndroom** heeft drie dimensies:

- Veranderde stemming: eufoor / dysfoor / prikkelbaar / ‘expansief’ / labiel
- Veranderde activiteit: toegenomen mentaal en fysiek (onrust; doelgericht)
- Veranderde cognitie: formele (versnelling) en inhoudelijke (grootheid) denken

## DSM-5-TR (2022) criteria voor (hypo)manische episode



# Ontwikkeling van manie: mogelijke samenhang in de tijd tussen symptomen





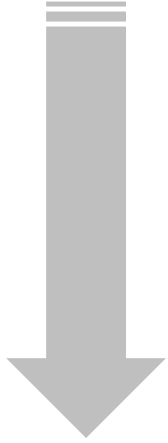
# **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

## **II: Farmacotherapie in de Multidisciplinaire Richtlijn 2026**

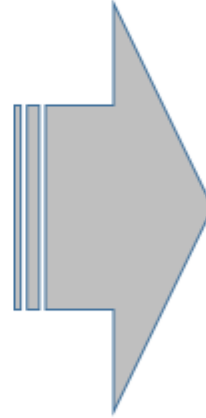
## Pollvraag 2

De richtlijn beveelt aan om de medicatie die tijdens een acute manie of depressie wordt gegeven, en die nadien niet zal worden voortgezet als onderhoudsmedicatie...

- A. ...tijdens de acute behandeling geleidelijk af te bouwen
- B. ...tijdens de voortgezette behandeling geleidelijk af te bouwen
- C. ...aan het begin van de onderhoudsbehandeling geleidelijk af te bouwen
- D. ...in het eerste jaar van de onderhoudsbehandeling geleidelijk af te bouwen

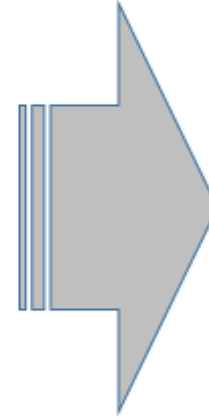
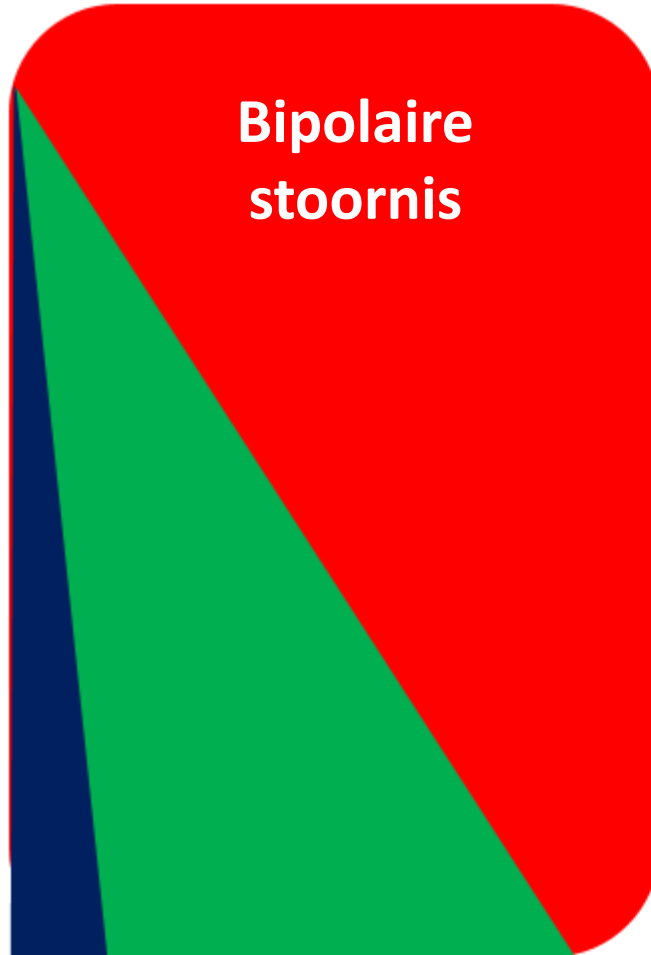
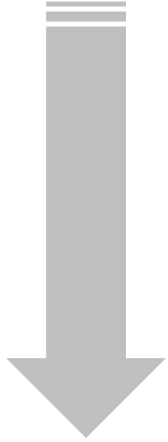


**Richtlijnen /  
Zorgstandaarden**



**Gepersonaliseerde  
behandeling**

**Acute  
behandeling**



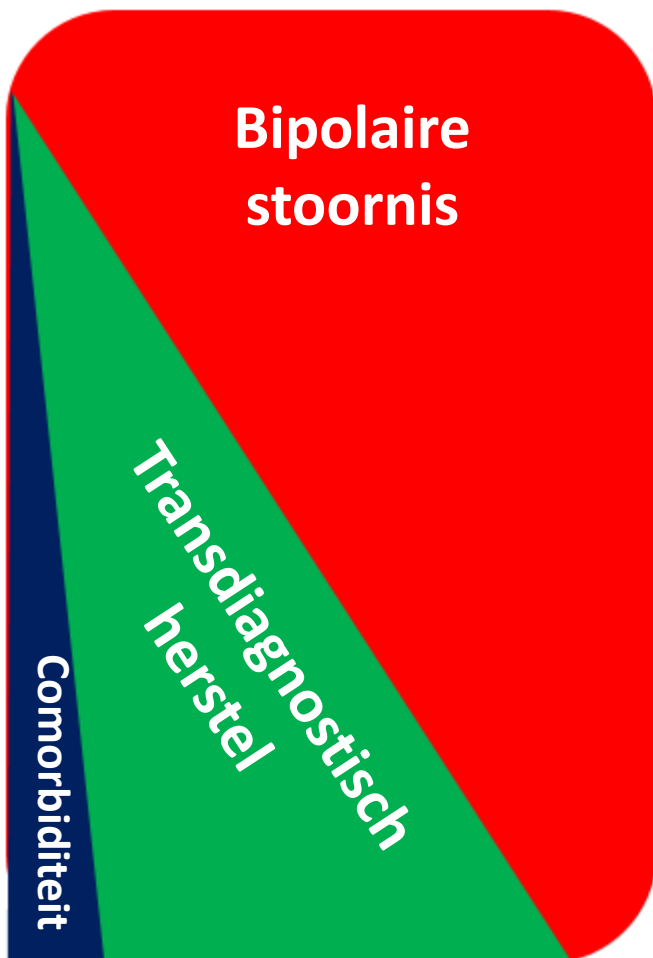
**Richtlijnen /  
Zorgstandaarden**

**Gepersonaliseerde  
behandeling**

Acute  
behandeling



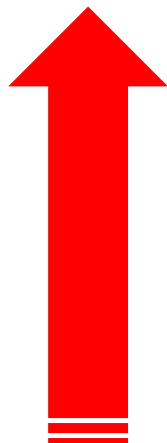
Onderhouds-  
behandeling



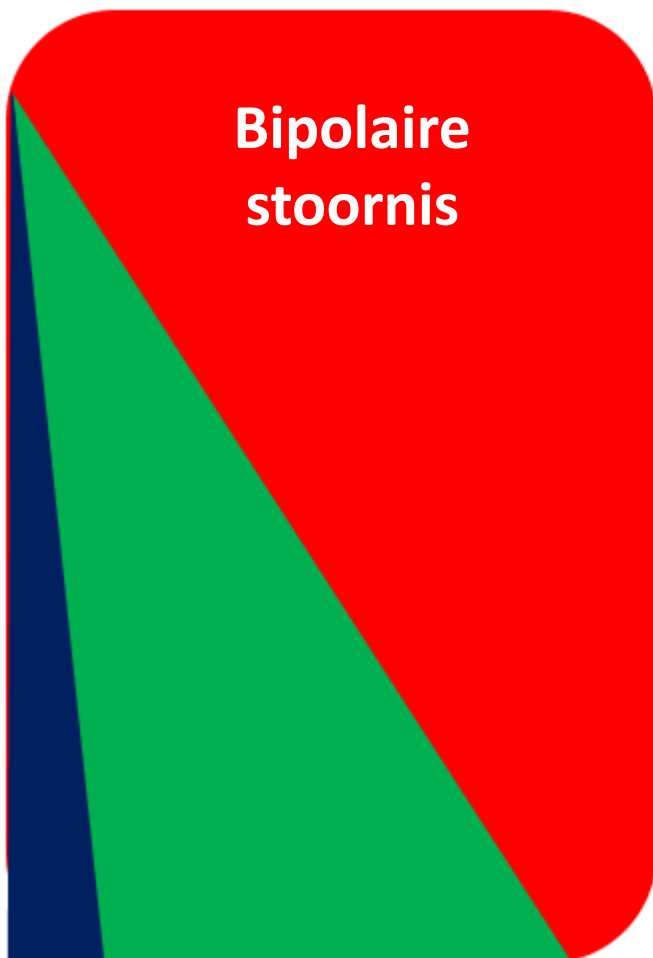
Richtlijnen /  
Zorgstandaarden

Gepersonaliseerde  
behandeling

**Acute  
behandeling**



**Onderhouds-  
behandeling**



**Bipolaire  
stoornis**



**Gepersonaliseerde  
behandeling**

**Richtlijnen /  
Zorgstandaarden**

← Terug naar zoekresultaten

## Bipolaire stoornissen

Initiatief: NVvP psychiatrie

Aantal modules: 58

+ VOLGEN

Download richtlijn

Multidisciplinaire  
richtlijn  
bipolaire  
stoornissen

de Tijdstroom

### Bipolaire stoornissen

Zoeken binnen deze richtlijn



Alles openklappen



#### 1. Startpagina - Bipolaire stoornissen

### Startpagina - Bipolaire stoornissen

Publicatiedatum: 18-09-2015

Beoordeeld op geldigheid: 01-01-2015

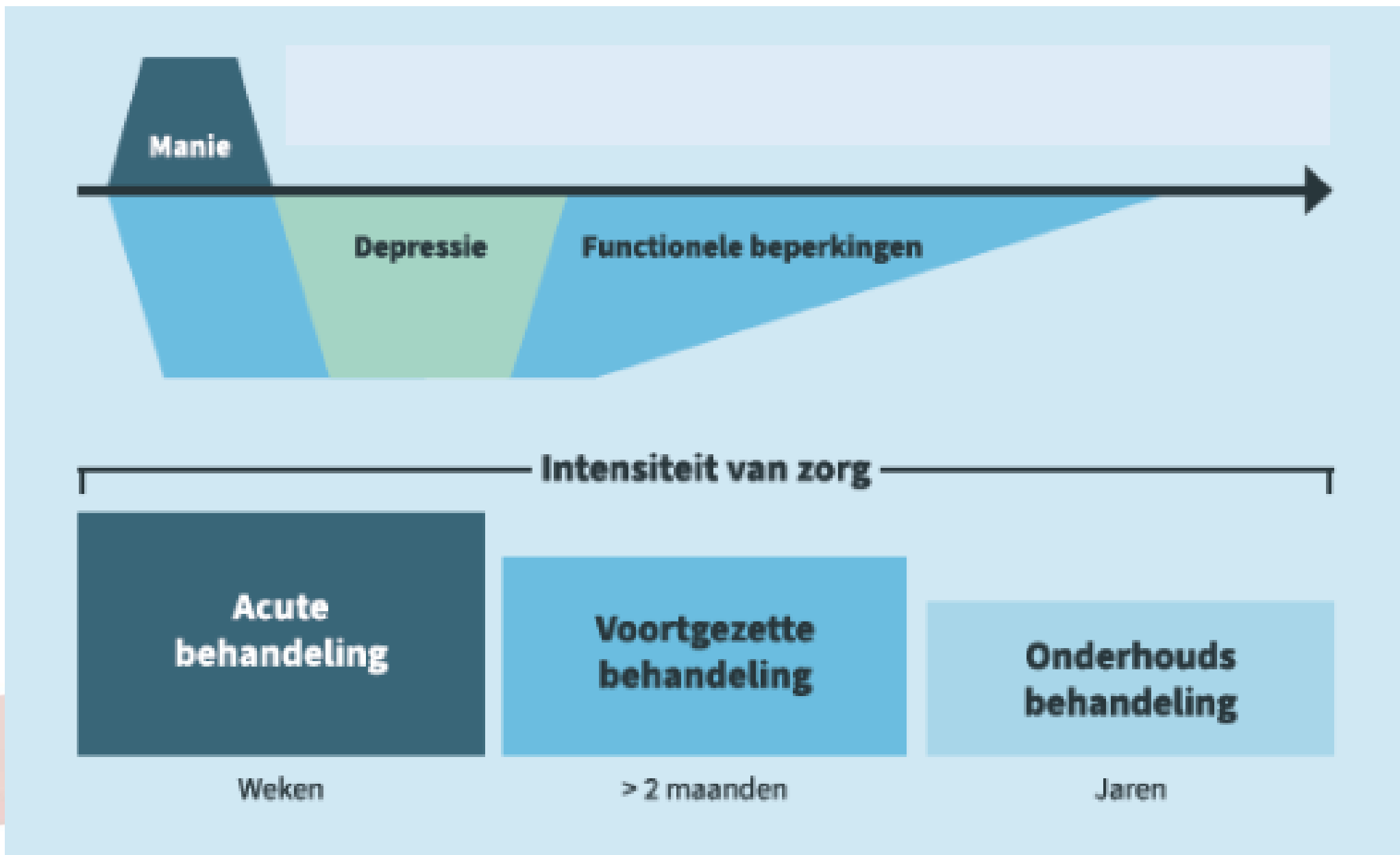
#### Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor patiënten met een bipolaire stoornis. In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- De organisatie van de zorg rondom bipolaire stoornissen
- Screening en onderzoek voor het herkennen en vaststellen van een bipolaire stoornis bij volwassenen
- Ondersteuning van patiënten met een bipolaire stoornis en hun naasten, ter bevordering van de zelfregie en

Richtlijnen worden niet meer gedrukt maar zijn op het internet te raadplegen zodat je steeds de actuele versie ziet

# Dit blijft het grondplan voor de behandeling



## Dit zijn de onderdelen van de behandeling

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

## Herziene onderdelen van de Multidisciplinaire Richtlijn

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

## Verloop en behandeling bipolaire stemmingsstoornis

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

Manie

Depressie

Functionele beperkingen

Intensiteit van zorg

Acute  
behandeling

Voortgezette  
behandeling

Onderhouds  
behandeling

Weken

> 2 maanden

Jaren

## Verloop en behandeling bipolaire stemmingsstoornis

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

Manie

Depressie

Functionele beperkingen

Intensiteit van zorg

Acute  
behandeling

Voortgezette  
behandeling

Onderhouds  
behandeling

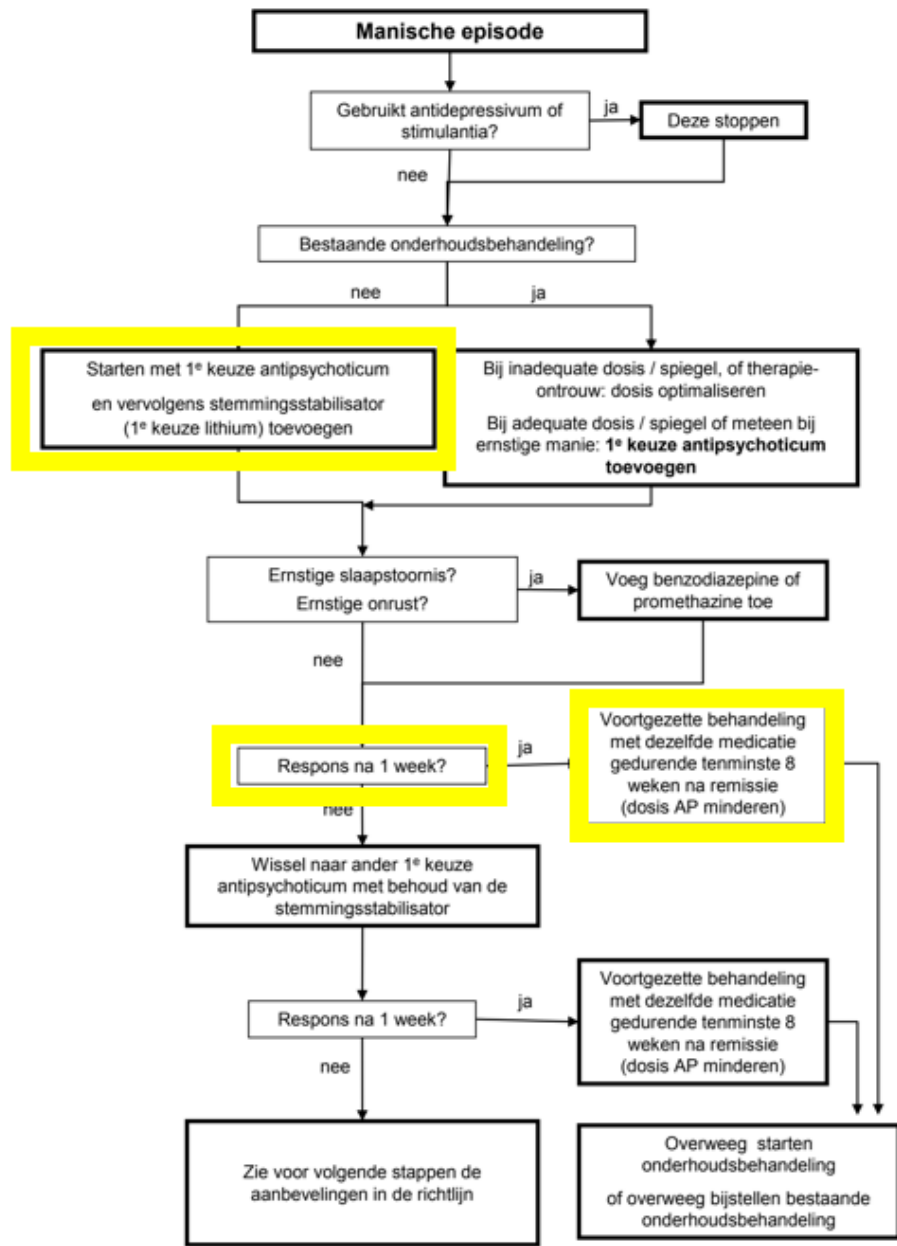
Weken

> 2 maanden

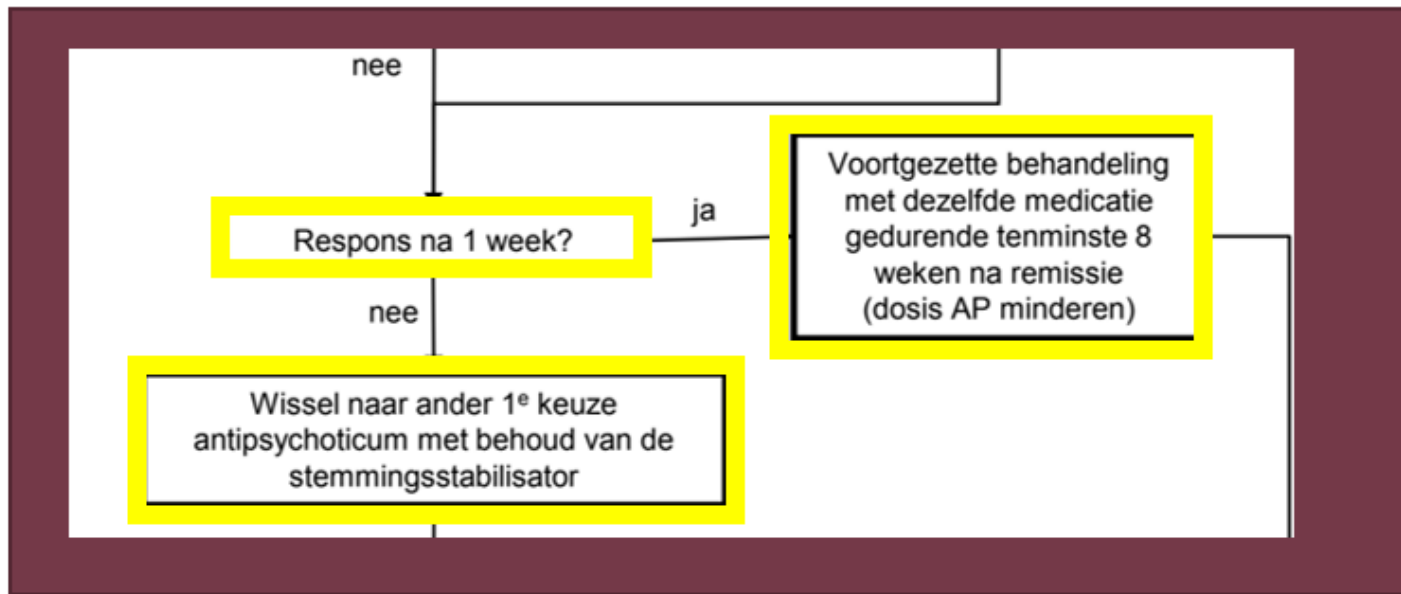
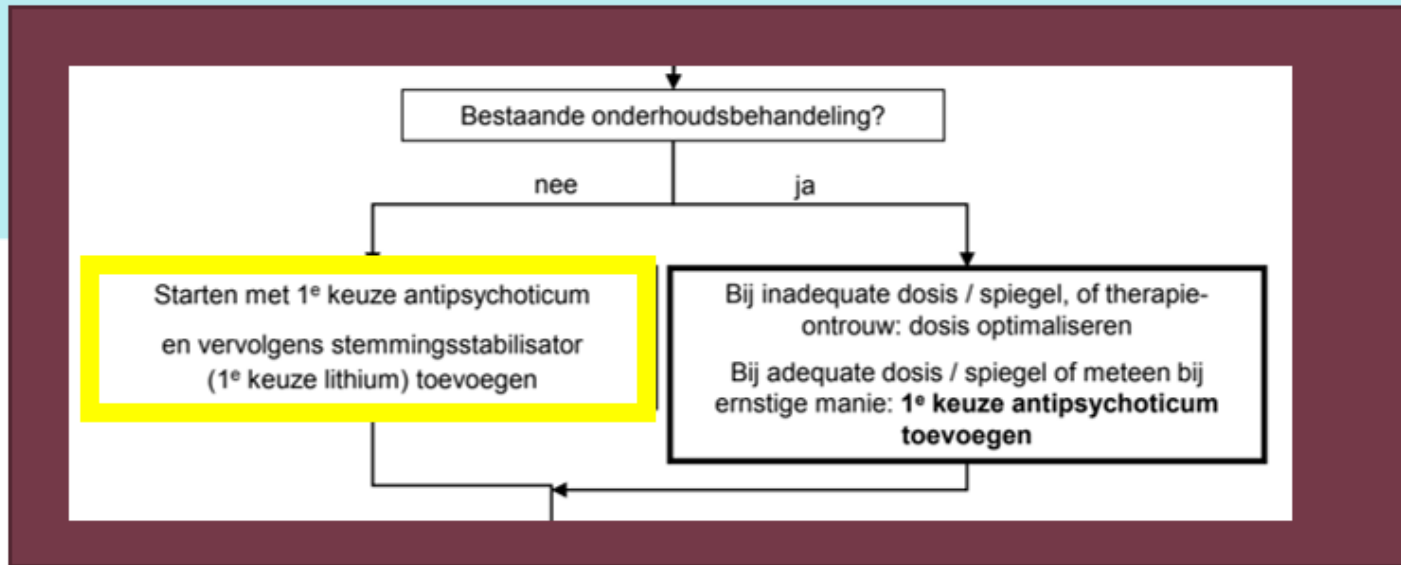
Jaren



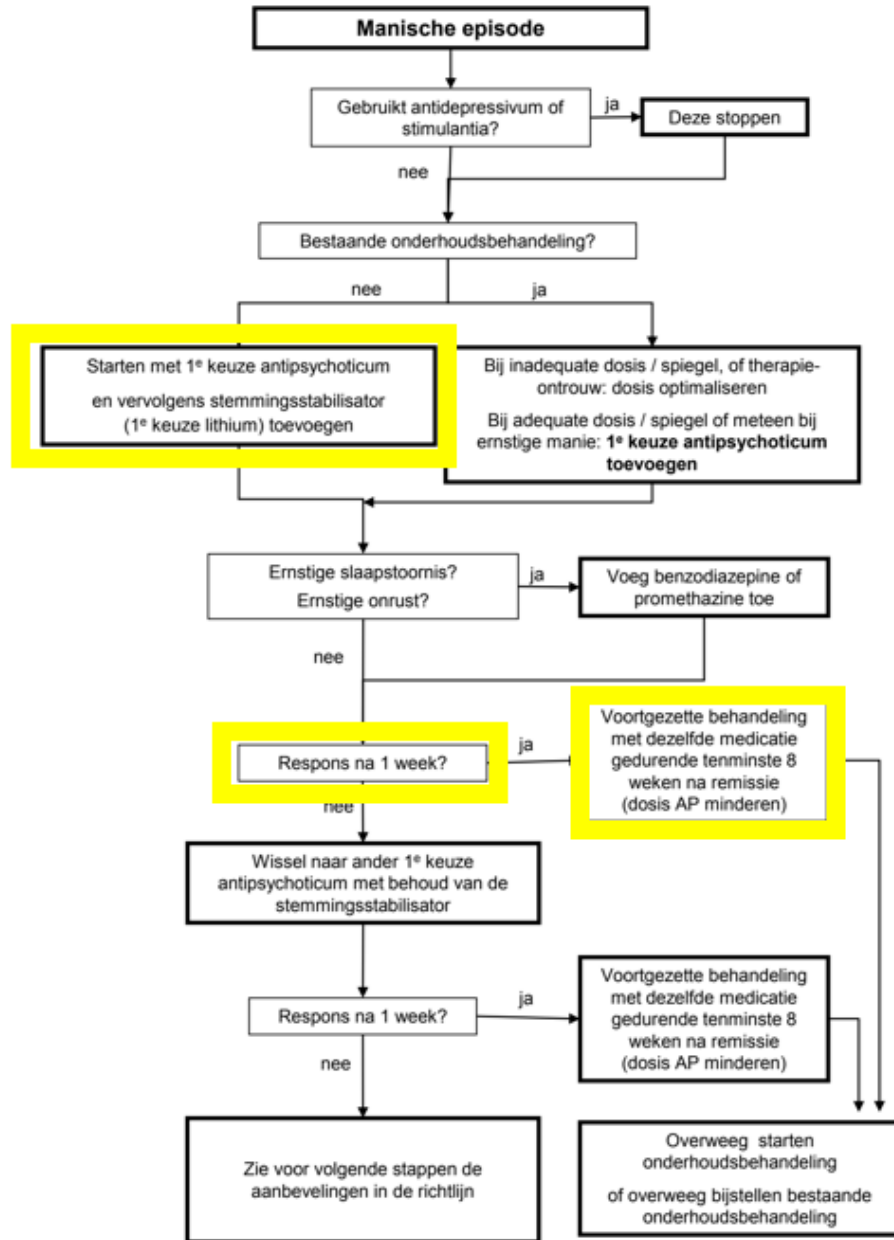
## Beslisboom farmacotherapie manie bij volwassenen



## MANIE



## Beslisboom farmacotherapie manie bij volwassenen

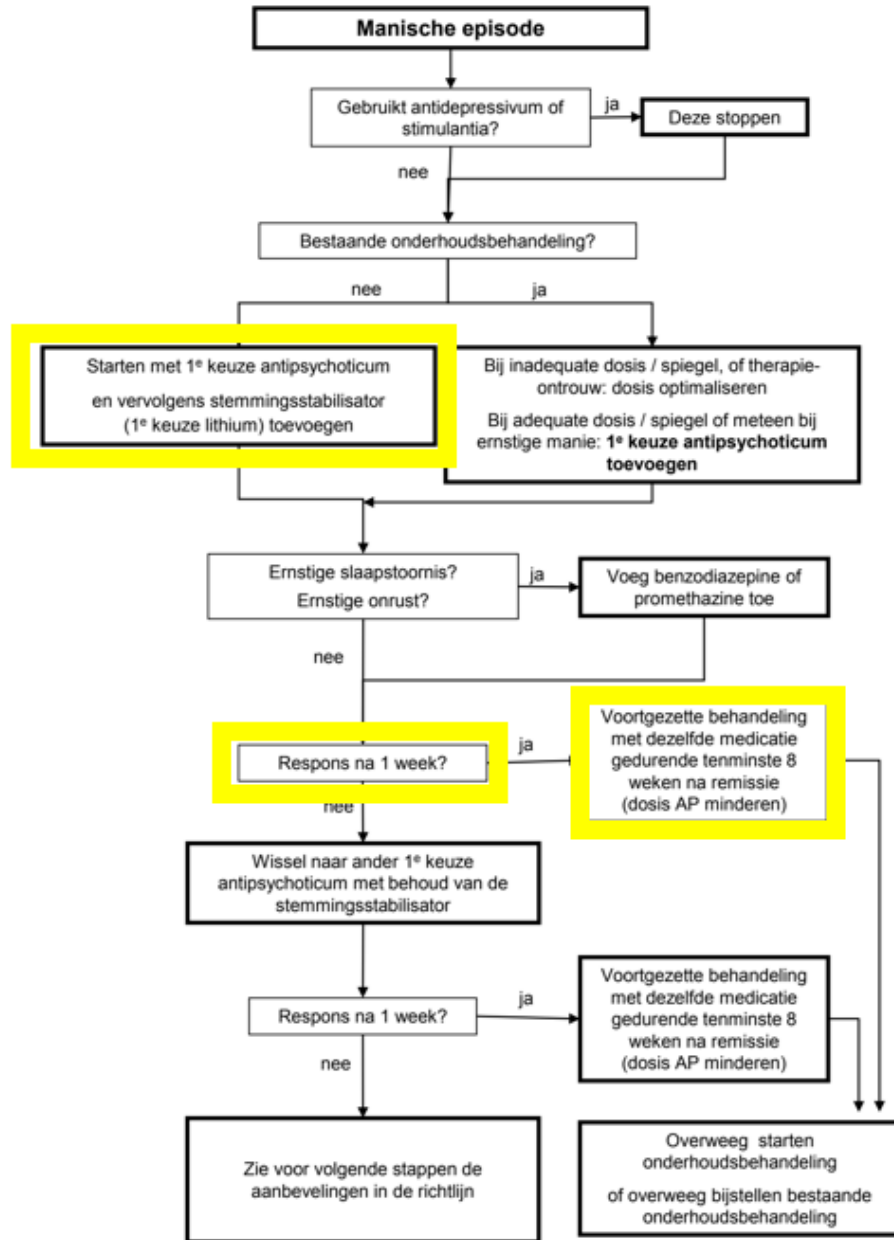


Uit een recente netwerkmeta-analyse blijkt dat de **combinatie van een antipsychoticum en een stemmingsstabilisator** bij acute manie effectiever is dan monotherapie met een van beide.

Vanwege het acute karakter van het beeld en de noodzaak om snel in te grijpen wordt aangeraden om eerst te starten met een **antipsychoticum** en vervolgens, als de toestand van de patiënt een gesprek en besluit hierover mogelijk maakt, een **stemmingsstabilisator** toe te voegen.

Dit geldt met name bij een eerste manische episode of indien de patiënt nog geen stemmingsstabilisator gebruikt.

## Beslisboom farmacotherapie manie bij volwassenen



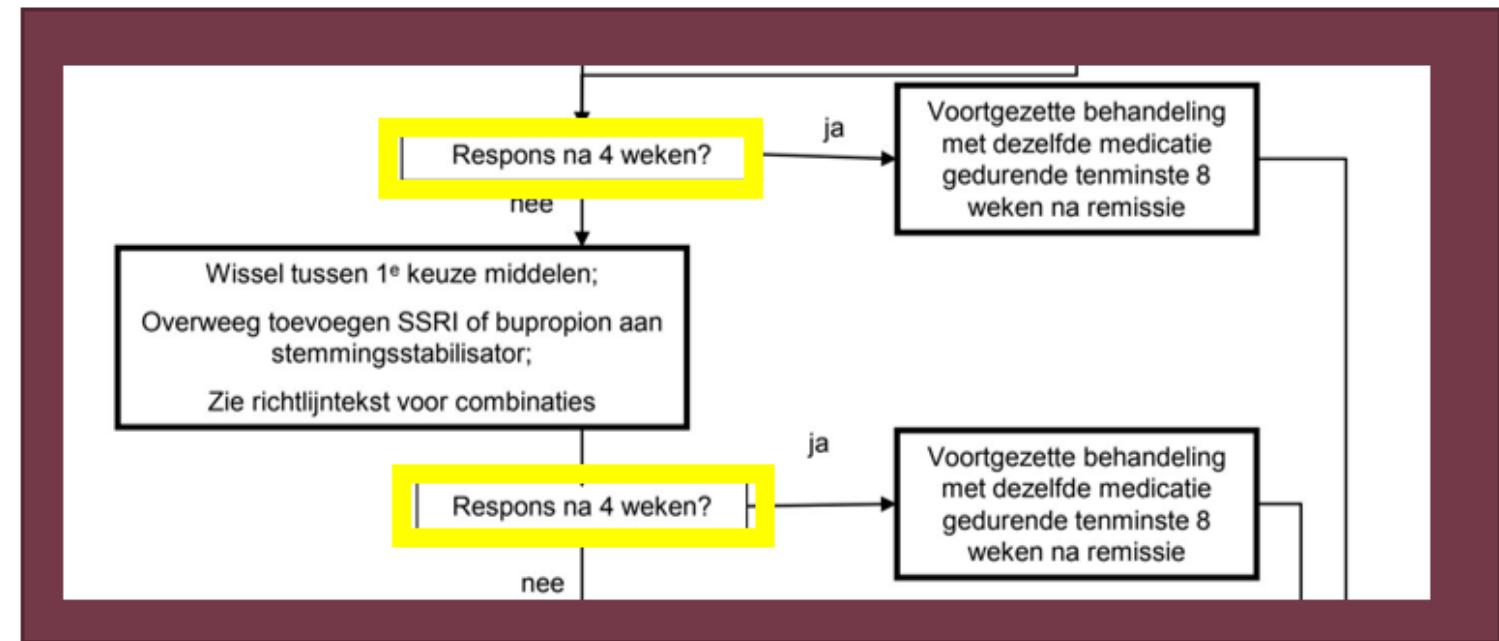
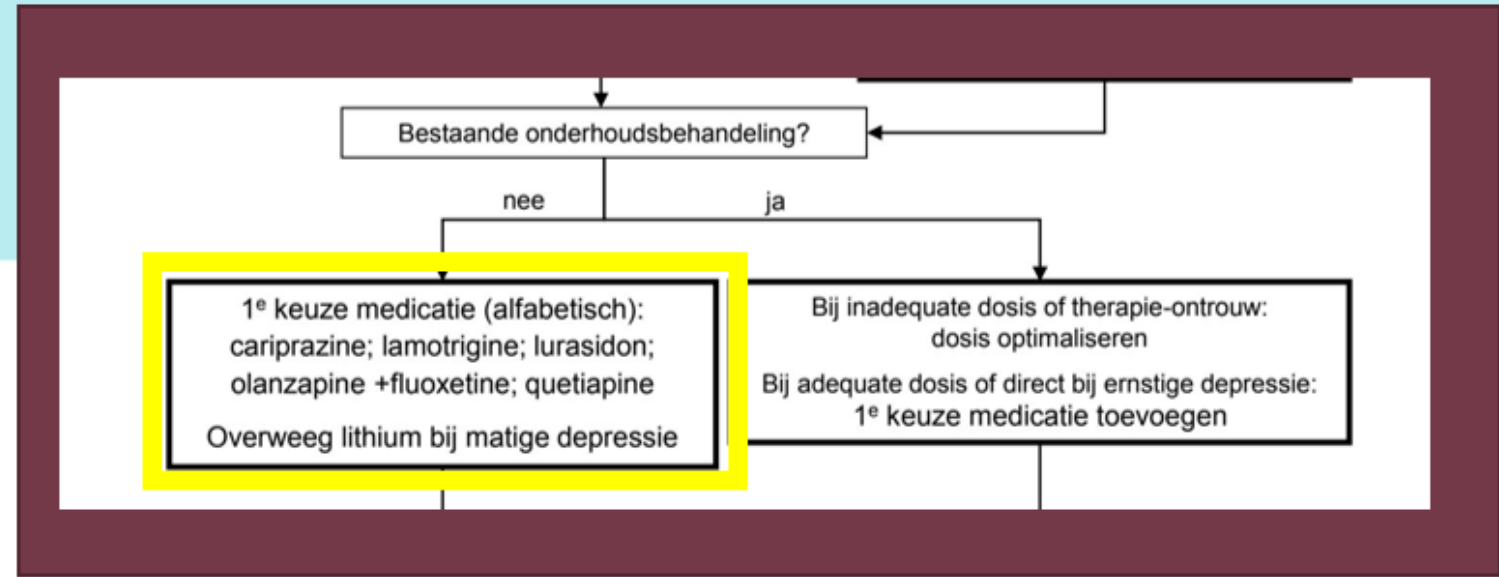
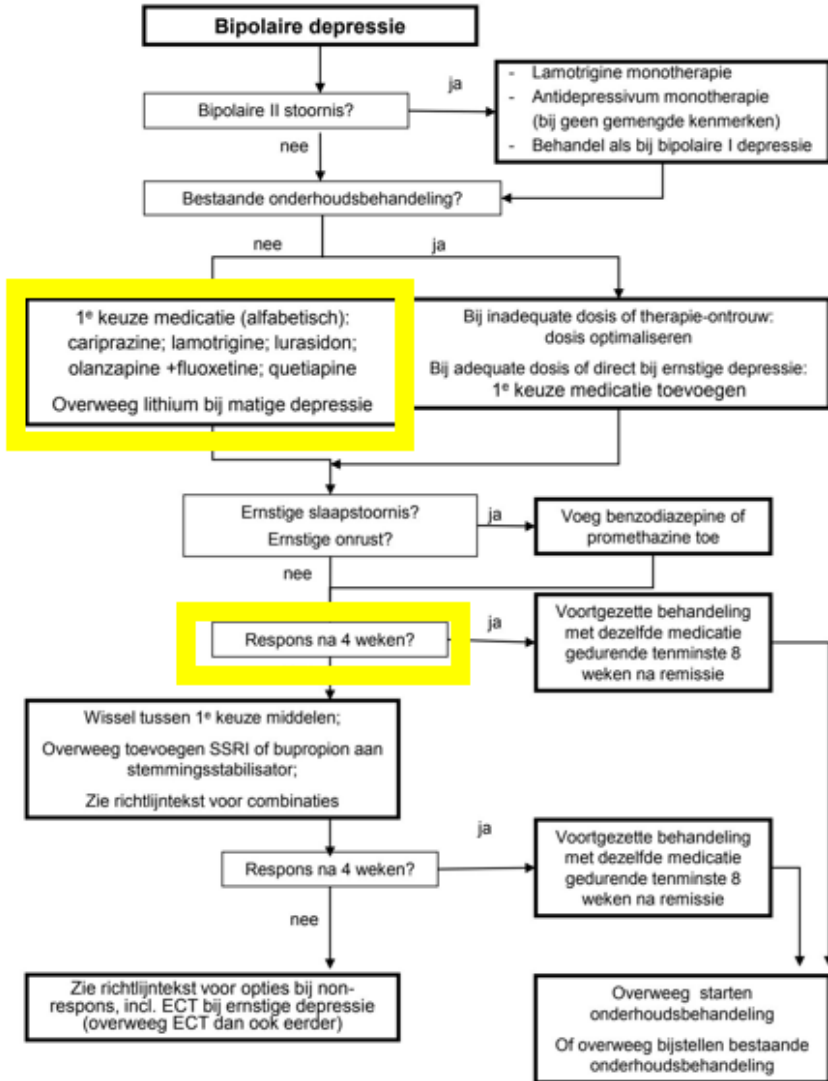
De **acute behandeling** van een manische episode wordt na symptomatische remissie in alle gevallen gevolgd door een **voortgezette behandeling** gedurende minstens 8 weken (maar meestal langer, tot ca. 6 maanden).

Tijdens deze voortgezette behandeling worden dezelfde middelen gebruikt als in de acute fase, maar wordt de dosering van het **antipsychoticum geleidelijk verminderd** op geleide van het klinische beeld en eventuele bijwerkingen.

Bij een combinatie met een **stemmingsstabilisator** wordt die altijd voortgezet tot het einde van de voortgezette behandeling, anticiperend op een mogelijke **onderhoudsbehandeling** met de stemmingsstabilisator.

# BIPOLAIRE DEPRESSIE

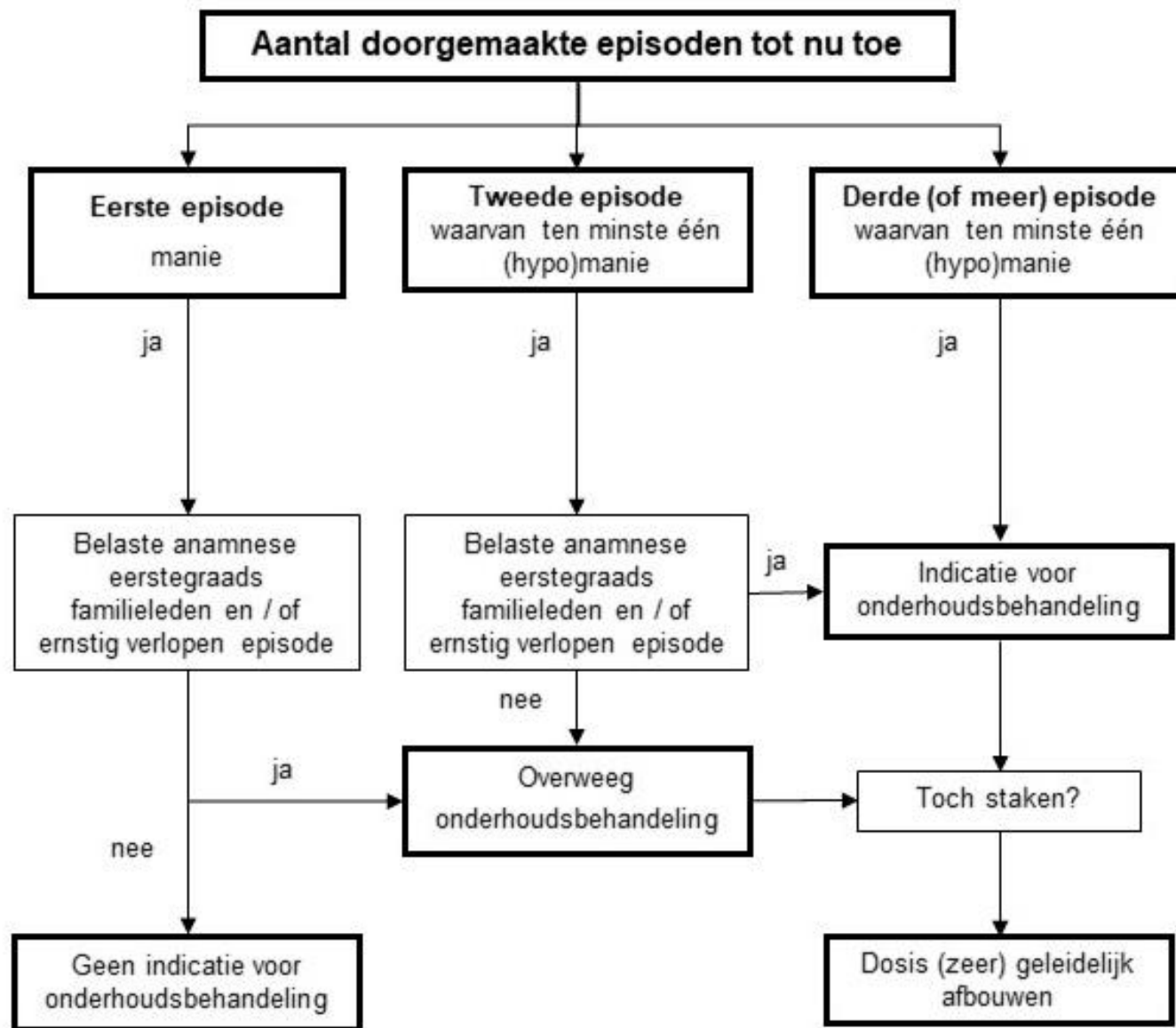
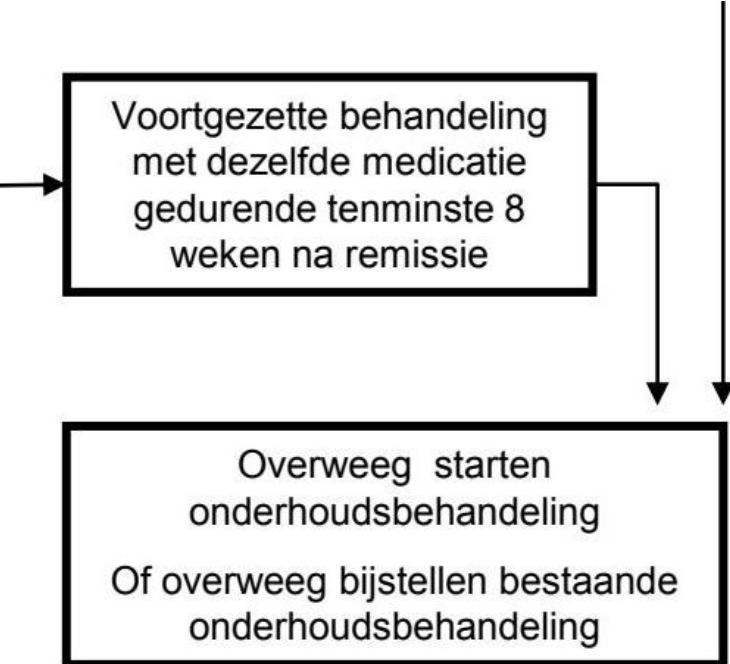
## Beslisboom farmacotherapie van bipolaire depressie bij volwassenen



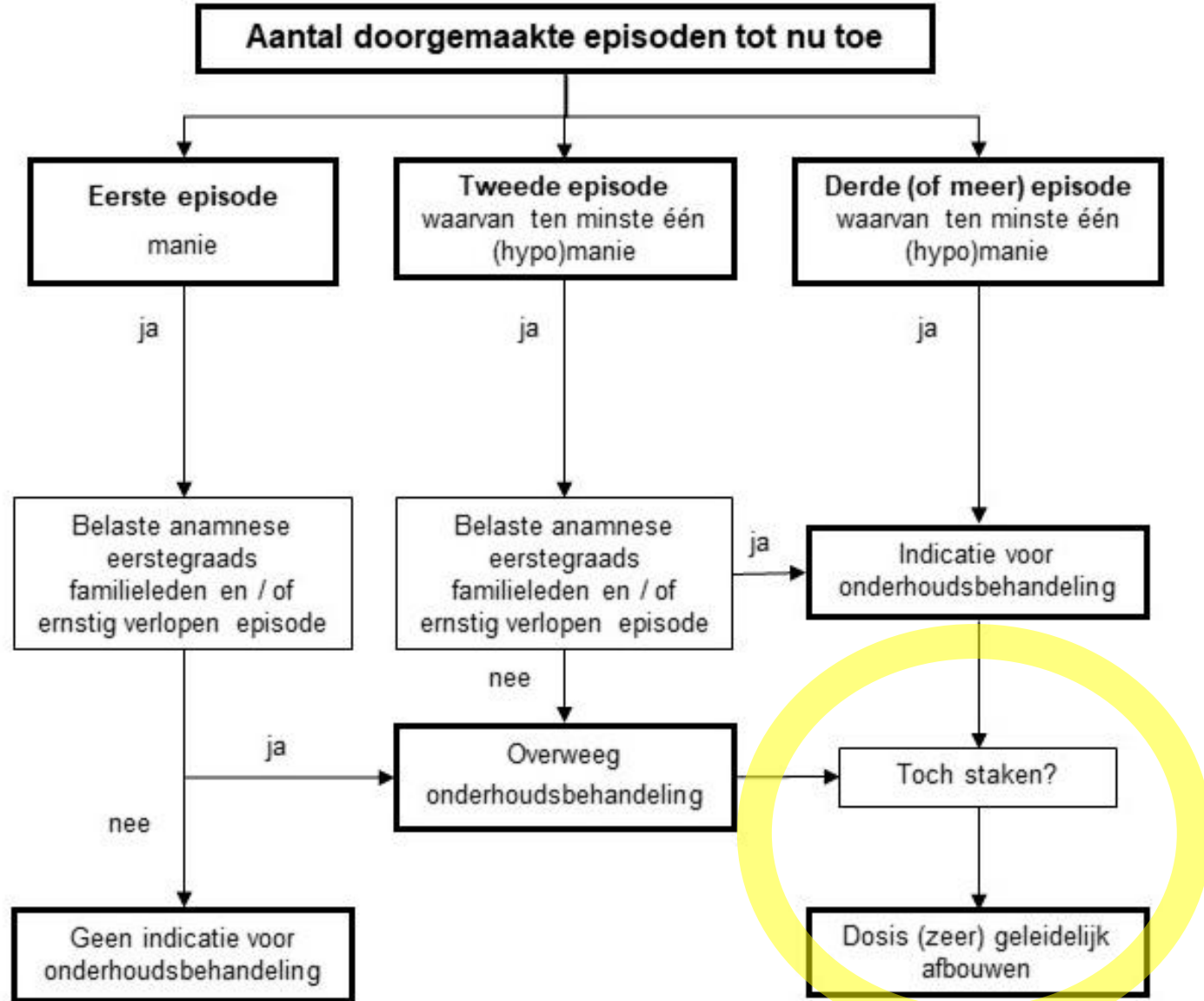
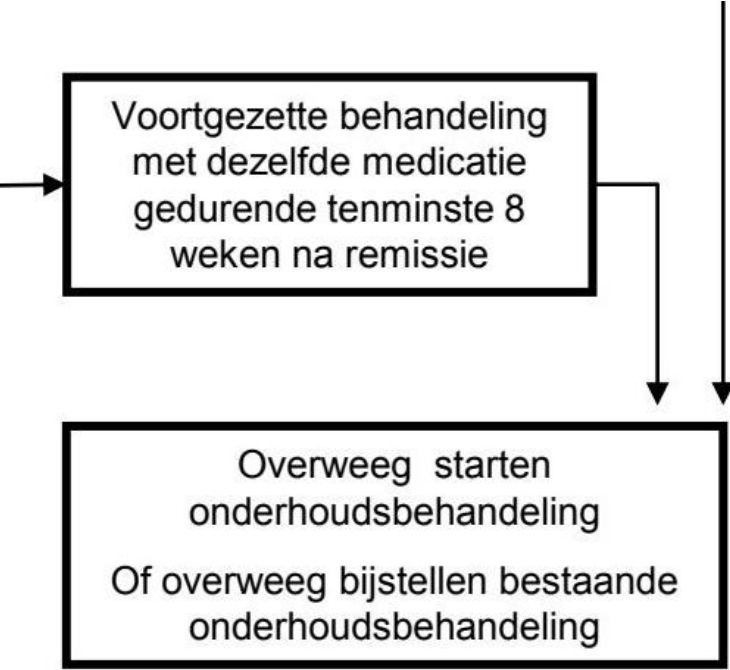
# Antwoord op Pollvraag 2

De richtlijn beveelt aan om de medicatie die tijdens een acute manie of depressie wordt gegeven, en die nadien niet zal worden voortgezet als onderhoudsmedicatie tijdens de voortgezette behandeling geleidelijk af te bouwen.

## Beslisboom indicatie voor onderhoudsbehandeling



# Beslisboom indicatie voor onderhoudsbehandeling



- **Onderhoudsmedicatie kan worden gestaakt om medische redenen** (onacceptabele bijwerkingen of lange termijn complicaties) of **op verzoek van de patiënt**; altijd moeten de motivatie, de voor- en nadelen en mogelijke risico's van stoppen, en eventuele alternatieven uitgebreid met de patiënt en naaste(n) worden besproken.
- Indien om welke reden dan ook wordt besloten om de onderhoudsmedicatie te staken, wordt geadviseerd om de dosis **zeer geleidelijk** en stapsgewijs te verlagen over een periode van tenminste 3 maanden, en het effect van elke dosisverlaging zorgvuldig te monitoren.
- Indien de onderhoudsmedicatie wordt afgebouwd en gestaakt, wordt aangeraden om de **overige (niet-medicamenteuze) behandelingen nog gedurende minstens twee jaar nadien voort te zetten**.
- Bij een onderhoudsbehandeling zonder preventieve medicatie moet er in de actuele **signalerings- en crisisplannen** de middelen staan vermeld die op basis van eerder gebleken effectiviteit voor de acute behandeling van een eventueel recidief manie of depressie moeten worden toegepast.



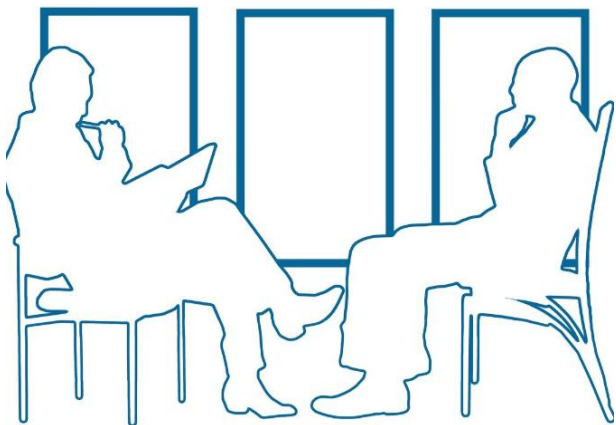
# **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

## **III: Psychologische behandelingen en zelfmanagement in de Multidisciplinaire Richtlijn 2026**

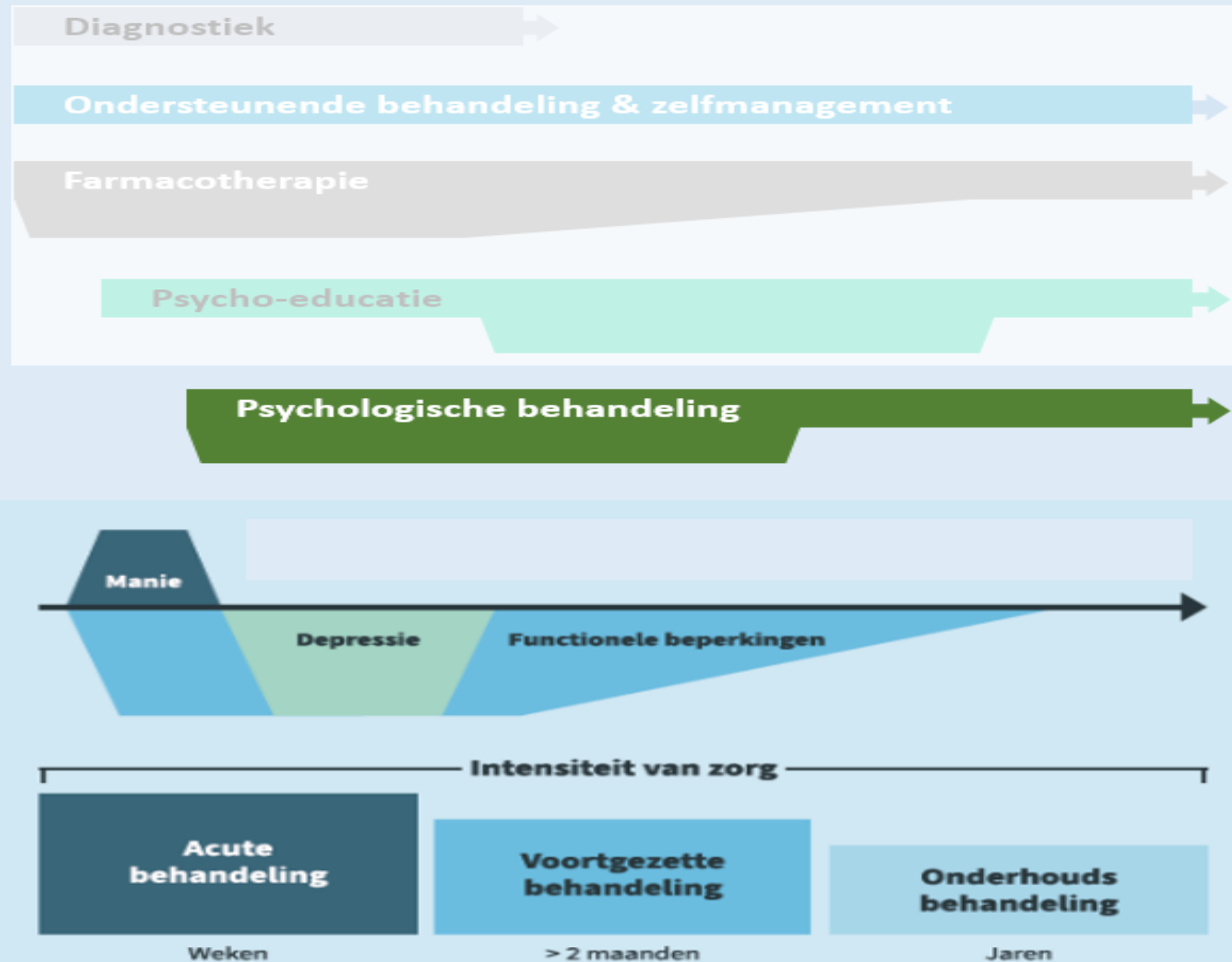
## Pollvraag 3

Voor welke behandelfase zijn geen specifieke psychotherapeutische interventies beschikbaar:

- A. de bipolaire depressie
- B. de acute manie
- C. de onderhoudsbehandeling
- D. er zijn voor alle fasen van de bipolaire stoornis specifieke psychotherapieën beschikbaar



## Verloop en behandeling bipolaire stemmingsstoornis



## Psychologische behandeling bij acute manie of (kort) daarna

Er zijn **geen evidente psychologische behandelingen** voor de acute manie. De eerste keus behandeling in deze fase is farmacotherapie en steunend/structurerend contact.

Een deel van de patiënten met een bipolaire stoornis ervaart hun **manische beleving** als betekenisvol, religieus of spiritueel. Men kan behoefte hebben om zowel tijdens als na de manie deze thema's te bespreken en uit te diepen.

In een latere fase kan psychologische behandeling gericht op **verwerking** van trauma-gerelateerde klachten of psychotische belevingen gerelateerd aan de doorgemaakte manische episode ingezet worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan EMDR, imaginaire exposure, gesprekstherapie.

## Psychologische behandeling bij bipolaire depressie

Combinatiebehandeling met **farmacotherapie** en **psychologische behandeling** is de meest effectieve behandeling van bipolaire depressie. Het inzetten van een psychologische behandeling tijdens de acute fase van een depressie is daarom sterk aan te bevelen naast farmacotherapie en **leefstijlinterventies**.

De eerste keus psychologische behandelingen bij een acute bipolaire depressie zijn cognitieve gedragstherapie (**CGT**), interpersoonlijke en sociaal-ritmeth therapie (**IPSRT**) of mindfulness-based cognitieve therapie (**MBCT**). Aangezien deze vormen van psychotherapie, zowel individueel als in groepsverband, vergelijkbare resultaten geven, bevelen we aan om bij de keuze voor een bepaalde psychologische interventie uit te gaan van de **voorkeuren van de patiënt en diens naasten**.

## Psychologische interventies in de onderhoudsbehandeling zijn gericht op:

Terugvalpreventie: (groepsgewijze) psycho-educatie; signaleringsplan; CGT/MBCT

Leefstijl en dag-nachtritme: IPSRT / SRT

Co-morbide psychische aandoeningen of persoonlijkheidsproblematiek.

Trauma-gerelateerde klachten / PTSS (*ook*: trauma van opname voor manie).

Cognitieve functiestoornissen: cognitieve remediatie.

Maatschappelijk herstel / beroepsmatig functioneren.

Persoonlijk herstel

# Antwoord op Pollvraag 3

Voor de acute manie zijn geen specifieke psychotherapeutische interventies beschikbaar

# Verloop en behandeling bipolaire stemmingsstoornis

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

Manie

Depressie

Functionele beperkingen

Intensiteit van zorg

Acute  
behandeling

Voortgezette  
behandeling

Onderhouds  
behandeling

Weken

> 2 maanden

Jaren



# Bevorderen van zelfmanagement (I)

- In het behandelplan worden doelen opgenomen op de vier hersteldomeinen: symptomatisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.
- Voor elke patiënt wordt, in samenwerking met naasten, een signaleringsplan voor de bipolaire stoornis opgesteld en binnen de behandeling toegepast.
- Patiënten en naasten worden ondersteund bij het maken van keuzes in de behandeling.
- In de behandeling wordt toegewerkt naar een toenemende eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor het herstel.
- Voor het bewerkstelligen van persoonlijk herstel worden alle beschikbare vormen van zorg ingezet, zowel binnen als buiten de ggz.

## Bevorderen van zelfmanagement (II)

- Bij het aanleren van zelfmanagementvaardigheden wordt rekening gehouden met verschillen tussen patiënten en naasten; de professional speelt hierin een rol bij het overbruggen van deze verschillen en het bevorderen van wederzijds begrip.
- De effecten van de behandeling worden zichtbaar gemaakt d.m.v. regelmatige ROM, en de uitkomsten daarvan worden met de patiënt besproken.
- Bij (interventie)onderzoek worden uitkomstmaten opgenomen op het gebied van zelfregie en empowerment, en dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.
- Er wordt onderzoek verricht naar welke interventies helpend zijn voor patiënten in het toewerken naar herstel.

## Bevorderen van zelfmanagement (III)

### *Balans tussen gewenste en ongewenste effecten*

Zelfmanagement kan confronterend zijn omdat men zich ook buiten ziekte-episoden bewust moet zijn van het hebben van een bipolaire kwetsbaarheid, en hiermee in het dagelijks leven rekening moet houden.

Problemen met acceptatie en rouw om verlies van het gezonde zelf kunnen belemmerend zijn bij het toepassen van zelfmanagementtechnieken.

### *Patiëntenperspectief*

Zelfmanagement en zelfregie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Een belangrijke succesfactor is het vertrouwen van de patiënt in de eigen mogelijkheden en het vermogen om te gaan met de uitdagingen die het leven met een bipolaire aandoening met zich meebrengt en inzicht in welke triggers kunnen leiden tot instabiliteit.



# **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

## **IV: Multidisciplinaire samenwerking in de triade**

# Pollvraag 4

De richtlijn beveelt aan dat bij behandeling in de specialistische GGZ een patiënt met een bipolaire stoornis tenminste eenmaal per jaar wordt gezien door:

- A. een psychiater
- B. een verpleegkundig specialist
- C. een psychiater of een verpleegkundig specialist
- D. een klinisch psycholoog

# Verloop en behandeling bipolaire stemmingsstoornis

Diagnostiek

Ondersteunende behandeling & zelfmanagement

Farmacotherapie

Psycho-educatie

Psychologische behandeling

psychiater / psycholoog / verpleegkundige

verpleegkundige

psychiater / verpleegkundig specialist

verpleegkundige / ervaringsdeskundige

psycholoog

Manie

Depressie

Functionele beperkingen

Intensiteit van zorg

Acute  
behandeling

Voortgezette  
behandeling

Onderhouds  
behandeling

Weken

> 2 maanden

Jaren



# Patiënt

*Patiënten  
perspectief*

*Het is in nog zoeken naar de rol van  
een ervaringsdeskundige bij de  
individuele behandeling*

*psychiater / arts  
verpleegkundige / verpleegkundig specialist  
psycholoog / psychotherapeut  
ervaringsdeskundige*



*partner  
familie  
vrienden  
(...)*

# Behandelaar(s)

*Professioneel  
perspectief*

# Naaste(n)

*Naasten  
perspectief*

In elke module van de richtlijn staan de volgende rubrieken:

- **Uitgangsvragen**
- **Aanbevelingen**
- **Overwegingen**
  - ✓ Inleidende tekst
  - ✓ Kwaliteit van het bewijs
  - ✓ Balans tussen gewenste en ongewenste effecten
  - ✓ Patiënten perspectief
  - ✓ Naasten perspectief
  - ✓ Professionele perspectief
  - ✓ Middelenbeslag
  - ✓ Organisatie van zorg
- **Wetenschappelijke onderbouwing**

## *Het professionele perspectief*

- De behandeling van een **acut manische patiënt**, en de daarbij te nemen beslissingen, soms tegen de wil van de patiënt in, kunnen belastend zijn voor de professionals die bij de behandeling betrokken zijn; intervisie is daarbij belangrijk.
- Na remissie van de manie moet aandacht besteed worden aan een eventueel verstoorde **behandelrelatie** door het ingrijpen in de acut manische fase.
- De behandeling van een **ernstig depressieve patiënt** kan door diens wanhoop, uitzichtloosheid en potentiële suïcidegevaar belastend zijn voor de professionals die bij de behandeling betrokken zijn; intervisie is daarbij belangrijk.

## *Het professionele perspectief*

- **Psychologische behandelingen** in alle fasen van de bipolaire stoornis dienen door opgeleide zorgprofessionals, zoals (GZ- of klinisch) psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten, arts-assistenten of psychiaters, aangeboden te worden.
- Als de behandelaars van de patiënt met een bipolaire stoornis een specifieke psychologische behandeling niet zelf kunnen uitvoeren, **verwijzen** zij voor medebehandeling naar een hiervoor gekwalificeerde behandelaar binnen of buiten de eigen setting.

## *Patiëntenperspectief*

- Bij de communicatie tussen behandelaar, patiënt en naasten is het van belang om een goede balans te vinden tussen het bewaren van vertrouwelijkheid en het bevorderen van een optimale uitwisseling van informatie, om effectief te kunnen (be)handelen zonder de onderlinge (werk-) relaties te schaden.
- Alle besluiten over medicamenteuze behandeling moeten in overleg met de patiënt en naasten worden genomen. Hierbij wordt rekening gehouden met een vaak beperkt ziekte-inzicht en daardoor beperkte motivatie voor behandeling bij de manische patiënt.

## Naastenperspectief (I)

- Zeker bij een manische episode dienen naasten steeds bij de behandeling betrokken te worden, zowel in de ambulante als de klinische setting.
- Naasten hebben vooral in de thuissituatie goed zicht op de toestand van de manische patiënt; hun beoordeling daarvan moet worden meegewogen in het te voeren beleid.
- Naasten moeten ook vanuit de behandelaars ondersteuning krijgen in de omgang met de manische patiënt en de daaruit voortkomende problemen op korte en lange termijn, zowel emotioneel (trauma, hechting, schaamte) als praktisch (schulden, schade, echtscheiding).
- Als in het gezin van de manische patiënt ook kinderen zijn moet er zowel in de acute fase als nadien aandacht zijn voor het effect van het manische gedrag of een opname op het kind en op de ouder-kind relatie

## Naastenperspectief (II)

- Een manische episode kan voor naasten zeer belastend zijn door het ontremde, vijandige, seksueel ontremde en soms gevaarlijke gedrag, en het verlies van contact met de patiënt.

Het gebrek aan inzicht bij de patiënt kan overleg over diens situatie en de te nemen maatregelen in de weg staan, waardoor het onmogelijk wordt om daarover overeenstemming te bereiken.

- Naasten kunnen in een conflict van belangen terecht komen als zij tegen de wens van de manische patiënt om professionele hulp willen vragen. Dit kan ook voorkomen in een lopende behandeling bij een dreigende manische ontregeling.

Het wordt aanbevolen om een dergelijke situatie al in het begin van de behandeling met de patiënt en naasten te bespreken en daarover afspraken te maken.

# Antwoord op Pollvraag 4

De richtlijn beveelt aan dat bij behandeling in de specialistische GGZ een patiënt met een bipolaire stoornis tenminste eenmaal per jaar wordt gezien door:

een psychiater of een verpleegkundig specialist



# **Bipolaire Stoornissen: *wie doet wat, en wanneer?***

**V: Organisatie van zorg voor bipolaire stoornissen**

## Pollvraag 5

De zorg voor een langdurig stabiele patiënt met een bipolaire stoornis die preventieve onderhoudsmedicatie gebruikt kan naar de huisarts worden overgedragen:

- A. als de behandelend psychiater dat geïndiceerd acht
- B. als de patiënt hiermee akkoord gaat
- C. als de huisarts zich hiertoe competent acht
- D. als aan a, b en c wordt voldaan

## Doelgroep richtlijn

De richtlijn is primair bestemd voor alle zorgverleners in de GGZ die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met bipolaire stoornissen. Daarnaast kan de richtlijn informatief zijn voor andere zorgverleners die te maken krijgen met patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis.

*[De richtlijn is dus niet bedoeld voor huisartsen; met het NHG zijn wel duidelijke afspraken gemaakt over de voorwaarden voor overname van de behandeling van langdurig stabiele patienten.]*

# Antwoord op Pollvraag 5

De zorg voor een langdurig stabiele patiënt met een bipolaire stoornis die preventieve onderhoudsmedicatie gebruikt kan naar de huisarts worden overgedragen:

- ✓ als de behandelend psychiater dat geïndiceerd acht,
- ✓ de patiënt hiermee akkoord gaat,
- ✓ en de huisarts zich hiertoe voldoende competent acht.

# Specialistische GGZ

**‘Transdiagnostische GGZ’**

**Regioteams / Wijkteams**

**‘Gespecialiseerde GGZ’**

**en**

**Hoog-Specialistische GGZ**



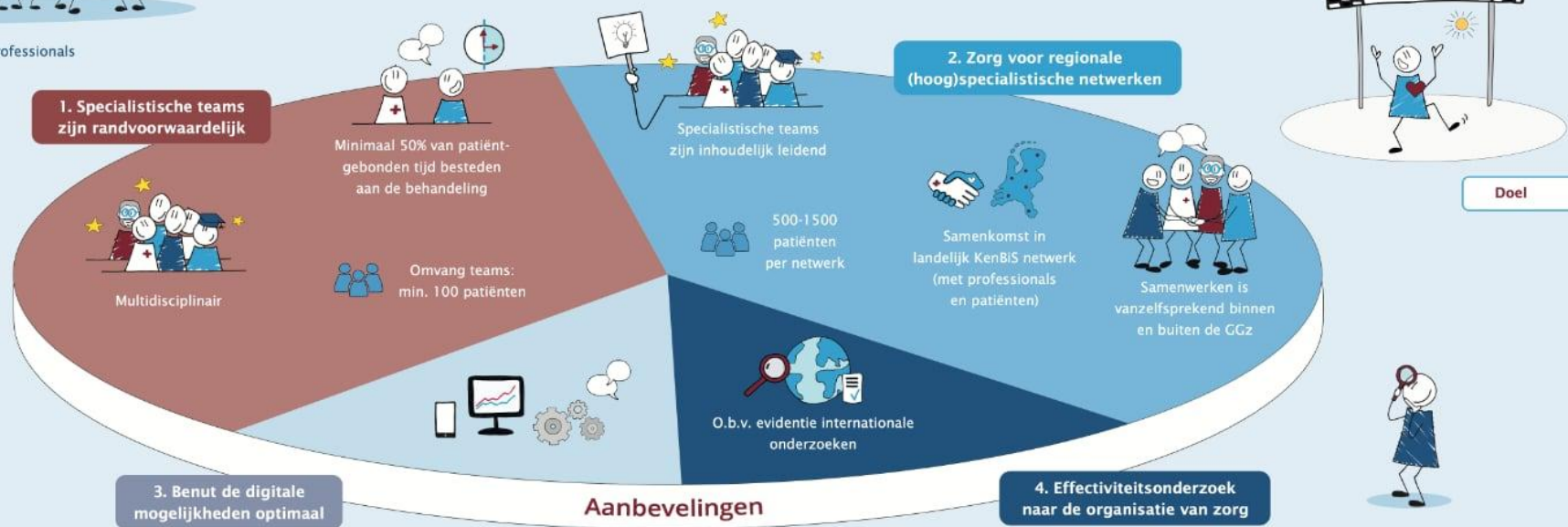
**Huisarts / POH ggz**

**Basis GGZ**

Het beste van twee werelden



**Triade** Patiënt, naaste(n), professionals



LEES ONS VOLLEDIGE POSITION PAPER

# De Zorgstandaard is gelijktijdig herzien (*thans in autorisatie fase*)

Organisatie van zorg staat vooral uitgewerkt in de Zorgstandaard

## GGZ Standaarden

☰ Zorgstandaarden A-Z   📄 Hulpmiddelen   🎓 Voor docenten

# Bipolaire stoornissen

📄 Download PDF   📄 Samenvatting

Zorgstandaard

Hulpmiddelen

Aanvullend

Status

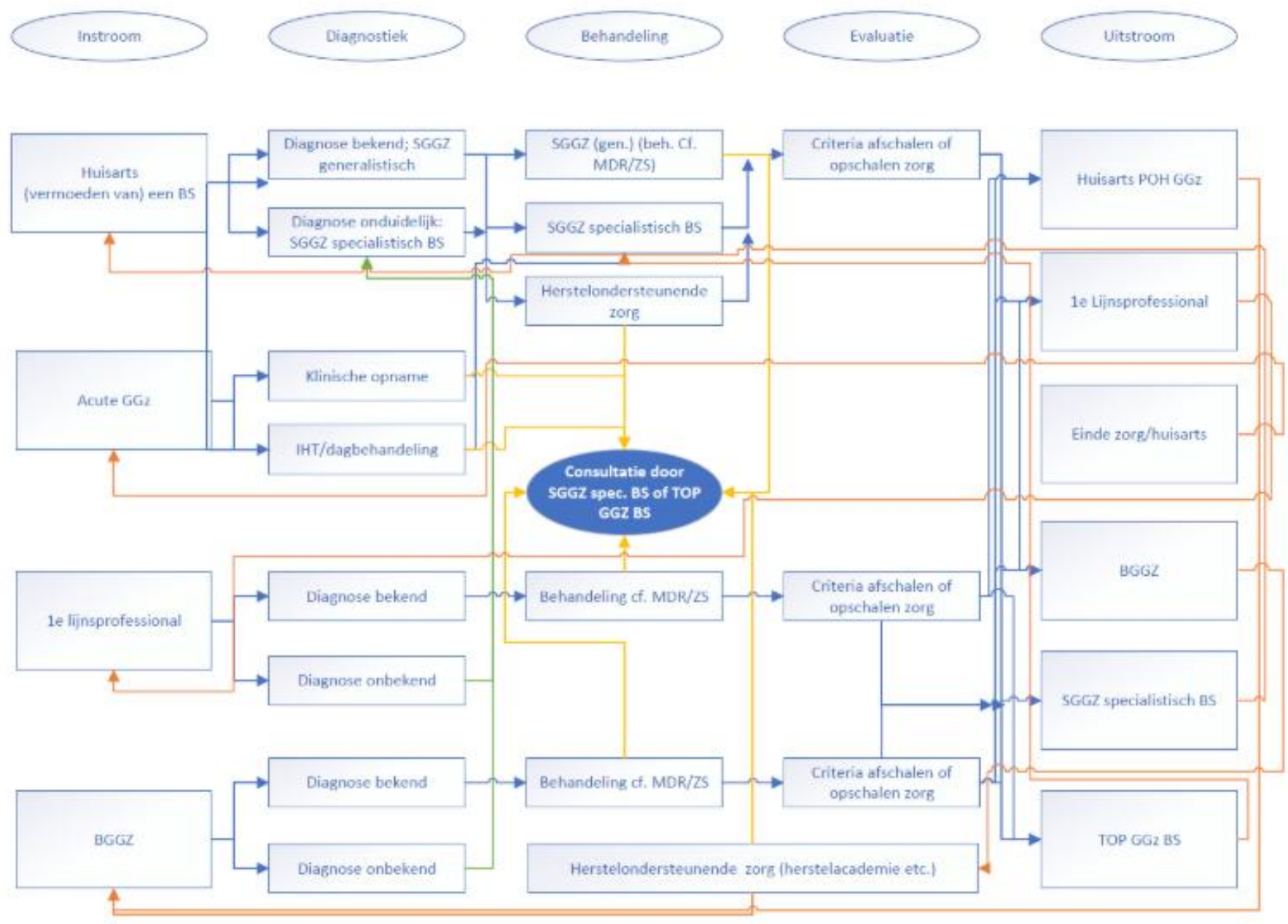
## Organisatie van zorg vanuit patiënten- en naastenperspectief

Het zorgproces begint altijd bij de patiënt, de mens die zorg nodig heeft. Behalve de professional kunnen ook naasten een cruciale rol vervullen bij het herstel van patiënten om zelfstandig te kunnen functioneren. De zorg voor de patiënt moet dus zo georganiseerd worden dat deze rol goed wordt ingevuld.

Patiënten en naasten spelen een belangrijke rol bij diagnostiek, behandeling, evaluatie van de behandeling en zelfmanagement.

Naast de rol die naasten (kunnen) vervullen moet er ook aandacht zijn voor de impact van de aandoening van op de naaste.

Samenwerking met naasten benadrukt de wederkerigheid. Het sluit aan op de gewenste triade van patiënt, naaste en professional. Zo wordt het proces van herstel van de patiënt bevorderd en geborgd en kunnen knelpunten besproken worden. Het is belangrijk om structureel aandacht te hebben voor de ouder-kind-dynamiek.



**Legenda**

|        |  |
|--------|--|
| Blauw  | Patiëntreis                              |
| Geel   | Consultatie                              |
| Oranje | Verwijsstromen na/tijdens (S)GGZ traject |
| Groen  | Verwijsstroom diagnostische vragen       |



## Wanneer welke professional? (I)

In de **fase van diagnostiek** zijn idealiter betrokken:

- een **psychiater**
- een **SPV of een verpleegkundig specialist**
- en een **GZ- of klinisch psycholoog**.

Er moeten altijd tenminste 2 van deze 3 beroepsgroepen betrokken zijn. Elk van hen levert een bijdrage aan het diagnostische proces vanuit het eigen domein.

## Wanneer welke professional? (II)

In de **acute- en de voortgezette behandeling** zijn in elk geval betrokken een psychiater en een verpleegkundige (SPV/VS) en of een psycholoog (Gz/KP) bij voorkeur aangevuld met een ervaringsdeskundige.

- De **psychiater en de VS** richten zich op het gebied van de farmacotherapie en symptomatisch herstel,
- De **verpleegkundige** richt zich op het gebied van zelfmanagement en persoonlijk herstel.
- De **psycholoog/ psychotherapeut** houdt zich bezig met psychotherapie en functioneel herstel.
- De **ervaringsdeskundige** is betrokken bij het persoonlijk herstel.

Alle aandachtsgebieden hebben overlap met elkaar en zijn niet exclusief voor de beroepsgroepen.

## Wanneer welke professional? (III)

In de **onderhoudsbehandeling** in de specialistische GGZ wordt de patiënt tenminste eenmaal per jaar gezien door een **psychiater** of een **verpleegkundig specialist**.

Daarnaast worden **andere professionals op indicatie** bij de onderhoudsbehandeling betrokken.

Binnen de specialistische ggz zijn er bij voorkeur **minimaal twee disciplines** betrokken.

## *Regionale Expertteams*

Consultatie of second opinion kan aan deze (regionale) expertteams worden gevraagd:

- Bij (complexe) diagnostische vragen;
- Bij complexe somatische en/of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling;
- Bij twijfels over diagnostiek en behandeling;
- Bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling in de GB GGZ of SGGZ;
- Bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling bij onverwachte terugval;
- Op verzoek van de persoon met een bipolaire stoornis en/of zijn naaste(n).



# *Wrap-up*

# Evaluatie

