

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 07-02-2024 om 09:09. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/bipolaire-stoornissen>

Autorisatiedatum 09-08-2023 Beoordelingsdatum 09-08-2023

Zorgstandaard

Bipolaire stoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	7
1.1 Introductie	7
1.2 Leeswijzer	7
1.2.1 Gebruik van termen: professional-behandelaar-zorgverlener	7
1.2.2 Gebruik van termen: stoornis-aandoening	7
2. Over bipolaire stoornissen	8
2.1 Wat is een bipolaire stoornis	8
2.1.1 Kenmerken	8
2.1.2 Manische periode	8
2.1.3 Hypomanische periode	8
2.1.4 Depressieve episode	8
2.1.5 Psychotische verschijnselen	8
2.1.6 Subtypen van een bipolaire stoornis	8
2.1.7 Varianten van een bipolaire stoornis	8
2.1.8 Model voor fasering van de bipolaire stoornis	9
2.1.9 Model voor stadiëring van de bipolaire stoornis	9
2.1.10 Opmerkingen bij de modellen	9
2.1.11 Herstel binnen de fasen en stadia	9
2.1.12 Combinatie van modellen	10
2.1.13 Jeugdigen met een bipolaire stoornis	10
2.2 Prevalentie	10
2.3 Beloop	10
2.4 Gevolgen	10
2.4.1 Invloed op het maatschappelijk functioneren	10
2.4.2 Invloed op de persoon	10
2.4.3 Invloed op naastbetrokkenen	10
2.4.4 Invloed op de maatschappij	11
3. Vroege onderkenning en preventie	12
3.1 Vroege herkenning	12
3.1.1 Risicogroepen	12
3.1.2 Voortekenen (prodromen)	12
3.1.3 Vroege opsporing	12
3.1.4 Instrumenten voor vroege opsporing	12
3.2 Preventie	12
4. Diagnostiek en monitoring	14
4.1 Classificatie is geen diagnose	14

4.2 Uitdagingen bij diagnostiek	14
4.3 Hulpmiddelen diagnostisch onderzoek	14
4.4 Lichamelijke oorzaken	14
4.5 Comorbiditeit	14
4.6 Subtypen I en II	15
4.7 Varianten van een bipolaire stoornis	15
4.8 Rapid cycling	15
4.9 Twijfel over diagnose	15
4.10 Diagnostiek bij jeugdigen	15
4.11 Diagnostiek bij ouderen	15
4.12 Monitoring	15
4.12.1 Monitoring tijdens psychotherapie	16
5. Behandeling en begeleiding	17
5.1 Algemene aandachtspunten bij behandeling	17
5.1.1 Afbakening	17
5.1.2 Gezamenlijke besluitvorming	17
5.1.3 Betrekken van naasten	17
5.1.4 Rapportage in dossier	17
5.2 Individueel zorgplan	17
5.3 Behandeling in hoofdlijnen	17
5.3.1 Afhankelijk van fase en stadium	17
5.3.2 Behandelbeslissingen	18
5.3.3 Reguliere behandeling	18
5.3.4 Aandacht voor lichamelijke klachten	18
5.4 Acute behandeling	18
5.5 Voortgezette behandeling	18
5.5.1 Inzicht en vaardigheden vergroten	18
5.5.2 Leren omgaan met (het hebben van) de aandoening	18
5.5.3 Begeleiding naar zelfmanagement	19
5.6 Onderhoudsbehandeling	19
5.6.1 Begeleiding naar zelfmanagement	19
5.7 Somatische screening	19
5.8 Zelfmanagement	19
5.9 Psycho-educatie	20
5.9.1 Individuele psycho-educatie	20
5.9.2 Groepspsycho-educatie	20
5.9.3 Psycho-educatie door patiëntenorganisatie Plusminus	20
5.10 Eerste-stap interventies	20
5.11 Psychosociale behandeling	20
5.11.1 Ondersteuning bij het dagelijks leven	20

5.11.2 Aandacht voor naasten	20
5.11.3 Langdurige ondersteuning	21
5.11.4 Te betrekken organisaties	21
5.12 Psychologische en psychotherapeutische behandeling	21
5.12.1 Doel en effectiviteit	21
5.12.2 Acute fase	21
5.12.3 Voortgezette en onderhoudsfase	21
5.12.4 Specifieke therapievormen gericht op de bipolaire stoornis	21
5.12.5 Trauma	22
5.12.6 Behandeling van psychotische verschijnselen	22
5.13 Medicamenteuze behandeling	22
5.13.1 Wanneer medicatie en welke medicatie	22
5.13.2 Acute fase - manische episode	22
5.13.3 Acute fase - depressieve episode	22
5.13.4 Medicatie als onderhoudsbehandeling	23
5.13.5 Bloedonderzoek	23
5.13.6 Bijwerkingen	23
5.13.7 Veranderen of stoppen van medicatie	23
5.13.8 Gezamenlijke besluitvorming bij medicamenteuze behandeling	23
5.13.9 Behandeling zonder medicatie	24
5.14 Combinatiebehandeling	24
5.14.1 Lichttherapie	24
5.14.2 ECT	24
5.15 Vaktherapie	24
5.16 Innovatieve en experimentele behandelingen	24
5.17 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	24
5.17.1 Geen vervanging, maar wel van toegevoegde waarde	24
5.17.2 Rol behandelaar	25
5.18 Behandeling bij jeugdigen	25
5.19 Behandeling bij ouderen	25
5.20 Kinderwens en zwangerschap bij bipolaire stoornis	25
5.20.1 Kinderwens	25
5.20.2 Aanpassing behandeling	25
5.20.3 Rondom de bevalling	25
6. Herstel, participatie en re-integratie	27
6.1 Herstel	27
6.1.1 Maatschappelijk herstel	27
6.1.2 Persoonlijk herstel	27
6.1.3 Herstelondersteunende zorg	27

6.2 Participatie	28
6.3 Re-integratie	28
6.3.1 Specifieke aandachtspunten bij bipolaire stoornissen en re-integratie	28
7. Samenhang met andere zorgstandaarden	29
7.1 Zorgstandaarden	29
7.2 Relevante zorgstandaarden	29
7.2.1 Acute behandeling van een manische, hypomanische of depressieve episode	29
7.2.2 Voortgezette behandeling na de acute episode	29
7.2.3 Onderhoudsbehandeling	29
7.2.4 In alle fasen van de behandeling	29
8. Organisatie van zorg	30
8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	30
8.1.1 Echelonering en gepast gebruik	30
8.1.2 Regiebehandelaar	30
8.1.3 Overdracht & consultatie	31
8.1.4 Informatie-uitwisseling	31
8.1.5 Toegankelijkheid	31
8.1.6 Keuzevrijheid	31
8.1.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	32
8.1.8 Privacy	32
8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	32
8.2.1 Samenwerking in de zorgketen	33
8.2.2 Samenwerking in andere domeinen	34
8.3 Kwaliteitsbeleid	35
8.3.1 Kwaliteitsstatuut	35
8.3.2 Deskundigheidsbevordering	35
8.3.3 Voorwaarden voor optimale zorg	35
8.3.4 Kwaliteitscyclus per fase (indicatoren, evalueren, bijstellen)	35
8.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	36
8.4.1 Budget impact analyse	36
8.4.2 Resultaten kosteneffectiviteit	36
8.4.3 Resultaten budget impact analyse	36
8.4.4 Conclusie	36
8.5 Financiering	36
8.5.1 Algemeen	36
8.5.2 Specifiek	36
9. Kwaliteitsindicatoren	37
9.1 Inleiding	37
9.2 Uitkomstindicatoren	37

9.2.1 Inleiding	37
9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	37
9.2.3 Specifieke instrumenten	38
9.2.4 Generieke instrumenten	40
9.3 Procesindicatoren	43
9.4 Structuurindicatoren	43
10. Achtergronddocumenten	44
10.1 Referenties	44
10.2 Samenstelling werkgroep	44
10.3 Verslaglegging achterbanraadpleging	45
10.4 Gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk	49

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

De zorgstandaard Bipolaire stoornissen beschrijft goede zorg voor mensen met een bipolaire stemmingsstoornis, gezien vanuit de patiënt en naastbetrokkenen. Het is een algemeen raamwerk bedoeld voor alle partijen om inzichtelijk te maken wat patiënten kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject. De zorgstandaard is vastgesteld in 2017

vastgesteld in 2017: In 2022 beoordeelt Akwa GGZ of de standaard aan herziening toe is, tenzij daar eerder aanleiding toe is. Organisaties die aangesloten zijn bij Akwa GGZ kunnen daarvoor een verzoek indienen.

- Lees hier de [samenvatting van de standaard](#) voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de algemene [visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document [Totstandkoming en Methoden](#) vind je het overzicht van de werkgroep, de doelstelling van de standaard.
- De standaard is [goedgekeurd door](#) beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op Thuisarts vind je de [patiëntinformatie over bipolaire stoornissen](#), afgestemd op deze zorgstandaard.

De zorgstandaard gebruiken

Met de [interactieve keuzehulp bipolaire stoornissen](#) voor professionals kan je de standaard makkelijk toepassen. De keuzehulp geeft advies over behandelbeleid en passende behandelingen bij (signalen van mogelijk) bipolaire stoornissen. Vul alleen of samen je patiënt stap voor stap alle vragen in en krijg direct advies.

Op het tabblad [Hulpmiddelen](#) vind je nog meer hulpmiddelen voor gebruik van de standaard.

1.2 Leeswijzer

1.2.1 Gebruik van termen: professional-behandelaar-zorgverlener

De termen 'professionals', 'behandelaars' en 'zorgverleners' overlappen elkaar, maar zijn niet altijd inwisselbaar. Zo is een professionals niet in elke situatie ook een behandelaar. In de tekst worden de termen afwisselend gebruikt.

1.2.2 Gebruik van termen: stoornis-aandoening

Ook worden afwisselend de termen 'stoornis' en 'aandoening' gebruikt. Met 'stoornis' wordt de bipolaire stemmingsstoornis in engere zin bedoeld: het patroon van klachten en verschijnselen zoals beschreven in de zorgstandaard. De term 'aandoening' is in dit verband breder bedoeld en dekt ook de meer persoonlijke context en subjectieve betekenis van deze klachten. 'Stoornis' is daarmee een meer technische term, 'aandoening' een meer persoonlijke. Bovendien wordt in deze zorgstandaard ook de term 'problematiek' gebruikt, wat meer verwijst naar de persoonlijke thema's die bij de behandeling van belang kunnen zijn, en die niet per se voortkomen uit de stemmingsstoornis.

2. Over bipolaire stoornissen

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

2.1 Wat is een bipolaire stoornis

De bipolaire stoornis is een (meestal) terugkerende stemmingsstoornis, waarbij in de tijd afgebakende perioden (episoden genoemd) van manie, hypomanie en depressie elkaar afwisselen. Tussen deze episoden heeft iemand meestal perioden van een normale stemming. Men spreekt ook wel van 'manisch depressieve stoornis' of 'manisch depressiviteit'. De aard en vorm van de aandoening kan individueel zeer verschillen. In overeenstemming met internationale en nationale afspraken wordt in deze zorgstandaard gesproken over bipolaire stoornis of, zoals in de DSM-5, over bipolaire stemmingsstoornis.

2.1.1 Kenmerken

Een bipolaire stoornis wordt geconstateerd als iemand ten minste 1 manische of hypomanische episode heeft doorgemaakt, in de meeste gevallen voorafgegaan of gevolgd door 1 of meer depressies. Bij het vaststellen van de episoden wordt gekeken naar de criteria zoals beschreven in de DSM-5 (zie tabel hieronder). Tijdens een manische of depressieve episode is iemands persoonlijke, sociale en maatschappelijke functioneren verstoord. De duur van de klachten verschilt, en de ernst kan variëren van vrij licht tot dusdanig ernstig dat iemand moet worden opgenomen.

Tabel: Criteria van de stemmingsepisoden volgens DSM-5

2.1.2 Manische periode

Bij een manische episode (manie) is de stemming duidelijk veranderd en is iemand opvallend actiever dan gewoonlijk. Er is meestal een overmaat aan energie en wilskracht. Iemand slaapt vaak erg weinig, is uitgelaten, overschat zichzelf en is moeilijk te remmen. Daardoor krijgt men problemen met het dagelijks functioneren en in het contact met de mensen om zich heen. Vaak ontbreekt het ziekte-inzicht. Iemand met een ernstige manie moet meestal worden opgenomen.

Op Thuisarts.nl staat de [patiënteninformatie over de manische periode](#).

2.1.3 Hypomanische periode

Bij een hypomanische episode (hypomanie) heeft iemand dezelfde soort verandering van stemming en activiteit, maar in mindere mate dan bij de manie. Een hypomanische episode heeft daardoor geen grote gevolgen voor het dagelijks functioneren. Mensen met een hypomanie kunnen zelfs bovengemiddeld productief zijn en zich er prettig bij voelen.

2.1.4 Depressieve episode

Bij een depressieve episode (depressie) is iemand somber en veel minder actief dan gewoonlijk. Er is meestal een gebrek aan energie en wilskracht en men heeft een negatieve kijk op zichzelf en de toekomst. Iemand kan slaapproblemen hebben of een veranderde eetlust. Ook suïcidaal gedrag komt voor. Een depressieve episode kan zo ernstig zijn dat iemand moet worden opgenomen.

Soms kan iemand ook een episode doormaken, waarbij de kenmerken van manie (ontremming) en depressie (ontstemming) door elkaar lopen. Afhankelijk van wat op de voorgrond staat wordt dan gesproken van een manische of depressieve episode 'met gemengde kenmerken'.

Over de depressieve periode staat op Thuisarts.nl [meer uitleg voor patiënten](#).

2.1.5 Psychotische verschijnselen

Mensen met een bipolaire stoornis kunnen tijdens een manische of een depressieve episode ook psychotische verschijnselen krijgen, waarbij het contact met de werkelijkheid is verstoord (bijvoorbeeld grootheidswanen, schuldwanen, armoedewanen; minder vaak ook hallucinaties).

2.1.6 Subtypen van een bipolaire stoornis

Bij mensen die zowel depressieve als manische episoden hebben doorgemaakt, spreekt men van een bipolaire stoornis type I. Dit wordt vaak beschouwd als de meest typerende vorm van bipolaire stoornis, omdat daarbij hevige manische episoden kunnen optreden. Ook bij mensen die alleen één of meerdere manische episoden hebben doorgemaakt, wordt een bipolaire I stoornis geïdentificeerd.

Bij mensen die naast depressies alleen hypomanische episoden hebben doorgemaakt, spreekt men van een bipolaire stoornis type II. Mensen met een bipolaire II stoornis komen vooral in zorg vanwege depressies, omdat de hypomanie meestal niet tot problemen leidt. Als bij hen alsnog een volledige manie optreedt, wordt de diagnose veranderd in bipolaire I stoornis. Het is belangrijk de bipolaire II stoornis goed te onderscheiden van een unipolaire depressieve stemmingsstoornis en de daarbij passende zorg te bieden.

2.1.7 Varianten van een bipolaire stoornis

Bij sommige mensen is er wel sprake van een stemmingsstoornis met bipolaire kenmerken, maar voldoet deze niet aan de criteria van een bipolaire I of bipolaire II stoornis. Dan krijgt de stoornis volgens DSM-5 een andere classificatie. Een voorbeeld daarvan is de 'cyclothyme stoornis'. Bij deze variant

van de bipolaire stoornis treden er alleen afwisselend perioden met zeer lichte manische en depressieve verschijnselen optreden. Als de aard en het beloop van de klachten wel kenmerken hebben van een bipolaire stemmingsstoornis, maar niet voldoen aan de criteria voor een specifiek subtype daarvan, worden zij in DSM-5 geïnclassificeerd als een 'andere gespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis' of als een 'ongespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis'.

Bij een klein deel van de mensen met een bipolaire stemmingsstoornis blijven psychotische verschijnselen (zoals wanen, hallucinaties of verwardheid) ook na afloop van een manische of depressieve episode voortduren. Dit wordt beschouwd als een tussenvorm van psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen en wordt in DSM-5 geïnclassificeerd als 'schizoaffectieve stoornis van het bipolaire type'. De aangepaste behandeling daarvan valt buiten het kader van deze zorgstandaard. De behandeling van al deze subtypen van de bipolaire stoornis kan op onderdelen verschillen. In deze zorgstandaard zal het vooral gaan over de bipolaire I en II stoornis.

2.1.8 Model voor fasering van de bipolaire stoornis

De bipolaire stoornis kan op de korte en middellange termijn worden beschreven in verschillende fasen: een symptomatische fase (dat wil zeggen: tijdens een manische, hypomanische of depressieve episode) en een symptoomvrije fase (ook wel interval genoemd). De behandeling wordt op deze fasen afgestemd. In de praktijk overlappen deze fasen van behandeling elkaar (zie tabel hieronder).

- **Acute behandeling.** Deze is gericht op het zo snel mogelijk doen afnemen van symptomen van een manische of depressieve episode en het beperken van psychische, lichamelijke, relationele, materiele en sociale complicaties. Deze fase duurt meestal weken tot enkele maanden, waarbij soms verplichte zorg nodig is.
- **Voortgezette behandeling.** Deze is gericht op het voorkomen van terugval op korte termijn, verdere stabilisatie van de psychische toestand en het bevorderen van herstel na de episode. Deze fase duurt ten minste 2 maanden, maar vaak 6 tot 12 maanden.
- **Onderhoudsbehandeling.** Deze is gericht op het voorkomen van nieuwe episoden, het verder herstel van functioneren, leren leven met de aandoening en het oppakken van de sociale rollen. Ook kunnen bijkomende psychische klachten en aandoeningen worden behandeld. Deze fase duurt jaren en kent grote variatie in de aard en intensiteit van behandeling.

Figuur: Fasering van bipolaire stoornissen

Bovenstaand figuur geeft een schematisch beeld van de fasen van de bipolaire stoornis en de behandeling in de loop van de tijd. De stippellijn geeft aan hoe het verloop zonder behandeling zou zijn geweest. De gebruikte termen zijn in overeenstemming met internationale afspraken.

2.1.9 Model voor stadiëring van de bipolaire stoornis

Er wordt aangenomen dat de bipolaire stoornis zich in de meeste gevallen geleidelijk ontwikkelt en bij sommige patiënten na verloop van tijd een ernstiger vorm aanneemt. De Figuur Stadia van een bipolaire stoornis (zie hieronder) geeft een model waarin verschillende stadia van ernst van de stoornis gedefinieerd zijn. Dit model is vooralsnog hypothetisch, maar is bruikbaar in de praktijk om het langetermijnbeloop van de aandoening te beschrijven. De stadia zijn:

- **Stadium 0** (at risk/verhoogd risico op bipolaire stoornis). Iemand heeft een eerstegraads familielid met een bipolaire stoornis, maar heeft zelf geen klachten. Er is dus geen sprake van een psychische stoornis;
- **Stadium 1** (prodromaal/voortekenen). Iemand met een verhoogd risico heeft psychische klachten, zoals angst of somberheid. Deze klachten wijzen nog niet specifiek op een bipolaire stoornis, maar vergroten wel de kans daarop. Mogelijk wordt er in dit stadium wel een andere diagnose gesteld.
- **Stadium 2** (eerste (hypo-)manische episode). Bij het optreden van de eerste (hypo-)manische episode kan een bipolaire stoornis worden vastgesteld.
- **Stadium 3** (recidiverende/terugkerende episoden). Nadat de stoornis is vastgesteld zijn er opnieuw manische, hypomanische of depressieve episoden opgetreden, maar tussen deze episoden treedt steeds weer herstel op. Stadium 3 wordt onderverdeeld in 3a (een eerste recidief), 3b (meerdere recidieven met volledig herstel tussen de episoden) en 3c (meerdere recidieven, maar geen volledig herstel tussen de episoden).
- **Stadium 4** (chronische/aanhoudende bipolaire stoornis). Er zijn gedurende ten minste 1 jaar, maar vaak langer, aanhoudende stemmingsepisoden en er treedt geen tussentijds herstel op.

Figuur: Stadia van een bipolaire stoornis

2.1.10 Opmerkingen bij de modellen

Niet iedereen doorloopt alle stadia en bovendien kan iemand ook van een chronisch stadium 4 naar stadium 3 teruggaan, al dan niet door behandeling.

In stadium 2 moet snel een diagnose worden gesteld en met behandeling worden gestart. Zo kan vaak worden voorkomen dat mensen door vaker terugkerende stemmingsepisoden in een moeilijker behandelbaar volgend stadium terecht komen. In latere stadia van de aandoening zijn vaak complexere vormen van behandeling nodig en moeten voor herstel realistische (soms beperktere) doelen gesteld worden.

De hier geschetste modellen zijn bedoeld om een duidelijke ordening in de diagnostiek en behandeling aan te brengen. In werkelijkheid lopen de fasen van de behandeling en stadia van de bipolaire stoornis, in elkaar over. De behandeling wordt altijd op de individuele situatie afgestemd.

2.1.11 Herstel binnen de fasen en stadia

Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van herstel, die in de tijd vaak naast elkaar lopen:

- **symptomatisch herstel** is het doen verdwijnen of naar de achtergrond dringen van de (hypo)manische of depressieve (en bijkomende) ziekteverschijnselen;
- **functioneel herstel** is het bevorderen (revalideren) van lichamelijke, psychische en sociale functies die als gevolg van de aandoening zijn

verminderd;

- maatschappelijk herstel is het weer oppakken of verbeteren van iemands maatschappelijke rollen.

Een overkoepelende vorm van herstel is persoonlijk herstel: het weer greep krijgen op het eigen leven, daaraan betekenis kunnen geven en (nieuwe) doelen stellen, met op de achtergrond het besef van een blijvende kwetsbaarheid voor stemmingsepisoden. Deze vorm van herstel speelt in alle fasen en stadia een belangrijke rol.

2.1.12 Combinatie van modellen

Het figuur hieronder laat zien hoe de modellen voor fasering, stadiëring en herstel kunnen worden gecombineerd. Het beschrijft wat een haalbaar doel van de behandeling is. Uiteraard wordt er altijd gestreefd naar optimaal herstel. Het is belangrijk hierbij realistisch te zijn en geen onhaalbare doelen te stellen.

Niet iedereen doorloopt al deze stadia. Veel patiënten die in behandeling zijn passen qua beloop van de klachten in stadium 3b en kunnen tussen episoden weer goed functioneren. Patiënten in stadium 3b en 4 hebben meer blijvende klachten of beperkingen. In de behandeling is dan het streven om van stadium 4 terug te keren naar stadium 3c, en van stadium 3c naar 3b, met de bijbehorende hersteldoelen.

Figuur: Stadia van een bipolaire stoornis

2.1.13 Jeugdigen met een bipolaire stoornis

De bipolaire stoornis bij kinderen tot 12 jaar is een zeldzaam beeld indien dezelfde criteria worden gehanteerd als voor deze stoornis bij jeugdigen van 12 tot 18 jaar en volwassenen. De bipolaire stoornis komt bij ongeveer 1% van de jeugdigen voor; er is een hoge comorbiditeit met angststoornissen en middelenmisbruik. De leeftijd waarop een bipolaire stoornis wordt gediagnosticeerd is afhankelijk van de gehanteerde criteria. Per definitie is dit pas na de eerste manie, maar soms worden eerste gedragsproblemen (of chronisch geïrriteerde stemming) of eerste stemmingsstoornis als startpunt gehanteerd. Een vroeg begin van de bipolaire stoornis is geassocieerd met een ongunstige uitkomst, zowel wat betreft het aantal recidieven als wat betreft het functioneren.

2.2 Prevalentie

Naar schatting heeft 1,3% van de Nederlanders een bipolaire stoornis. Bij mannen en vrouwen komt de aandoening vrijwel even vaak voor. Mensen die eerstegraads familieleden hebben met de stoornis hebben een verhoogde kans deze zelf ook te krijgen.

2.3 Beloop

Vaak heeft iemand in de jaren voor de eerste (hypo-) manie al één of meer depressies doorgemaakt. Tot dat moment werd het ziektebeeld geïnterpreteerd als een depressieve stoornis. Het beloop van de bipolaire stoornis verschilt sterk van persoon tot persoon. Typisch voor de bipolaire stoornis is dat stemmingsepisoden komen en gaan. Tussen de episoden in zijn er meestal klachtenvrije perioden. Sommige mensen zijn vele jaren klachtenvrij, bij anderen volgen episoden van (hypo-) manie en depressie elkaar sneller op.

Er wordt vanuit gegaan dat iemand bij wie de stoornis voor het eerst is opgetreden gedurende zijn hele leven kwetsbaar blijft voor nieuwe stemmingsepisoden. Daarom is de behandeling niet alleen gericht op het bestrijden van bestaande klachten, maar ook op het voorkomen van toekomstige klachten en op het leren omgaan met de kwetsbaarheid. Mensen met een bipolaire stemmingsstoornis kunnen daarnaast ook last hebben van andere psychiatrische klachten of aandoeningen, zoals angstklachten, middelengebruik en persoonlijkheidsproblematiek.

2.4 Gevolgen

2.4.1 Invloed op het maatschappelijk functioneren

Cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) laten zien dat mensen met een bipolaire stoornis meer beperkingen ondervinden dan veel andere groepen mensen met ernstige lichamelijke of psychische aandoeningen. De bipolaire stoornis staat op de 17e plaats van meest beperkende ziektes. Dit heeft vooral te maken met de vaak jonge leeftijd waarop de stoornis begint en het terugkerende karakter van de episoden.

Een bipolaire stoornis heeft, afhankelijk van de ernst en duur van de stemmingsepisoden, invloed op veel verschillende levensgebieden. Ernstige episoden kunnen leiden tot tijdelijke of langdurige uitval op school, studie of het (vrijwilligers)werk. Een deel van de mensen met een bipolaire stoornis kan niet meer naar het oude werk terugkeren of moet minder uren gaan werken. Ook andere rollen, zoals die van verzorger, ouder of partner kunnen door de stoornis onder druk komen te staan. Het stigma op psychische aandoeningen kan maatschappelijke participatie nog verder bemoeilijken.

2.4.2 Invloed op de persoon

Naast de invloed op maatschappelijke rollen heeft de stoornis ook effect op de persoon zelf. De wetenschap een chronische psychische aandoening te hebben kan het zelfbeeld negatief beïnvloeden. Mensen kunnen zich minderwaardig of onzeker gaan voelen en zich schamen (zelfstigma, zie de zorgstandaard [Destigmatisering](#)). Ook doorloopt iemand vaak een rouwproces met verdriet over de diagnose en over de verliezen (zoals werk of toekomstmogelijkheden) die de aandoening met zich mee kan brengen. Verder kunnen de stemmingswisselingen het lastig maken om te bepalen wat de eigen identiteit is - wat iemand goed kan, leuk vindt, graag wil. Dit kan ook het maken van belangrijke keuzes in het leven bemoeilijken. Tot slot hebben mensen met een bipolaire stoornis een verhoogde kans op het ontwikkelen van suïcidaal gedrag, wat soms kan uitmonden in een suïcide, vooral tijdens episoden met gemengde kenmerken en ernstige depressies. Zie verder de zorgstandaard [Suïcidaal gedrag](#).

2.4.3 Invloed op naastbetrokkenen

Vaak merken naastbetrokkenen als eerste dat er sprake is van een (dreigende) nieuwe episode. Het is daarom van belang dat professionals signalen van naastbetrokkenen serieus nemen, snel onderzoeken en zo nodig ingrijpen.

Het wisselende karakter van de aandoening maakt het voor naastbetrokkenen vaak ingewikkeld hoe zij zich ten opzichte van iemand met een bipolaire stoornis moeten opstellen. Hun rol kan wisselen. Tijdens stemmingsepisoden kan van hen de rol van verzorger worden gevraagd. In stabiele periodes kan het hervinden van de autonomie en gelijkwaardigheid binnen de relatie soms een zoektocht zijn.

De aandoening veroorzaakt vaak ook een verstoring in het functioneren van het gezin en kan leiden tot overbelasting. Hier moet aandacht voor zijn in de behandeling. Behandelaars moeten er oog voor houden dat naastbetrokkenen hun oorspronkelijke rol (partner, ouder, vriend, etc.) in stand houden, naast hun tijdelijke rol(len) wat betreft signalering en mantelzorg. Tegelijkertijd hebben behandelaars ook naar naastbetrokkenen toe een beroepsgeheim en moeten dit bij het [Inwinnen en verstrekken van informatie](#) meewegen.

2.4.4 Invloed op de maatschappij

Maatschappelijk gezien kunnen de gevolgen van een bipolaire stoornis groot zijn door ziekteverzuim, verlies van werk of (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid met bijkomende financiële gevolgen. De bipolaire stemmingsstoornis behoort tot de vijf psychische aandoeningen die de meeste verzuimdagen veroorzaken. Ook is er vaker sprake van verminderd functioneren op het werk bij werknemers met bipolaire stoornissen dan bij andere werknemers.

3. Vroege onderkenning en preventie

Autorisatiedatum 13-01-2022 Beoordelingsdatum 13-01-2022

3.1 Vroege herkenning

3.1.1 Risicogroepen

Sommige mensen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een bipolaire stoornis. In de eerste plaats zijn dat mensen van wie de eerstegraads verwanten (ouders, broers of zussen of de eigen kinderen) een bipolaire stoornis hebben. In de tweede plaats zijn dat mensen met vaak terugkerende depressies bij wie nog geen (hypo-)manie is opgetreden. Ook is de kans op het ontwikkelen van een bipolaire stoornis groter bij vrouwen die een post partum depressie of psychose hebben doorgemaakt.

3.1.2 Voortekenen (prodromen)

Er zijn klachten die voortekenen kunnen zijn van een bipolaire stoornis (prodromen). Dit geldt met name bij mensen met een familiale belasting. De klachten zijn: slaapproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit, emotionele labiliteit, stemmingswisselingen, depressieve klachten, prikkelbaarheid, angst en paniek en psychotische verschijnselen. Dergelijke klachten kunnen echter ook van voorbijgaande aard zijn of samen blijken te hangen met een andere psychische aandoening.

3.1.3 Vroege opsporing

Screening op een bipolaire stoornis is alleen zinvol bij mensen met een verhoogd risico. Door tijdig gepaste behandeling en begeleiding aan te bieden kunnen ernstiger problemen worden voorkomen.

Iedereen die een patiënt onderzoekt of behandelt met stemmingswisselingen of depressieve klachten hoort na te vragen of iemand familieleden heeft met een bipolaire stoornis. Daarnaast moet ook herhaaldelijk worden gevraagd naar mogelijke hypomanische en manische episoden in het verleden. Zo mogelijk wordt er ook informatie van naastbetrokkenen meegenomen (heteroanamnese). Specifiek kunnen behandelaars alert zijn in de volgende situaties:

- Antidepressiva kunnen bij sommige mensen manische verschijnselen teweegbrengen. Bij het voorschrijven ervan bij mensen met een depressie moet er daarom, zeker in de eerste weken, goed op worden gelet of de patiënt niet drukker of hyperactief wordt. Ook bij het (plotseling) staken van een antidepressivum kunnen manische verschijnselen optreden. In dergelijke gevallen moet nader worden onderzocht of er sprake is van een bipolaire stoornis.
- Rondom kinderen van mensen met een bipolaire stoornis. De ouders zelf, leerkrachten, schoolartsen, de huisarts, ggz-zorgverleners en ook wijkteams kunnen hierin een actieve rol vervullen. Bij kinderen tot 12 jaar moeten ouders toestemming geven voor het inwinnen van informatie bij derden, bij jongeren van 12 tot 16 jaar moet naast de ouders ook de jongere zelf toestemming daarvoor geven. De kinderen kunnen vanaf een zekere leeftijd worden voorgelicht over de iets verhoogde kans op een stemmingsstoornis en vroege tekenen daarvan. Daarbij moeten zij worden gewaarschuwd voor het overmatig gebruik van alcohol en voor het gebruik van cannabis en andere drugs omdat dit de kans op ontregeling van de stemming vergroot. Als er signalen zijn dat deze kinderen depressieve klachten of angstklachten ontwikkelen of ontremd (te druk) gedrag is het raadzaam de huisarts te raadplegen. Deze kan dan met het kind en de ouders bespreken of het wenselijk is een psychiatrisch consult aan te vragen. Echter: onnodige bezorgdheid en overdiagnostiek moet worden voorkomen door duidelijke voorlichting over de genoemde risicofactoren. Een (voorlopige) diagnose moet pas worden gesteld als het beeld daarvoor voldoende aanwijzingen geeft.
- Bij mensen met terugkerende depressies moet altijd worden nagevraagd of er eerdere perioden zijn geweest van verhoogde stemming, toegenomen activiteit en/of ontremd (te druk) gedrag. Lichte manische symptomen zijn vaak moeilijk te onderscheiden van normaal functioneren en worden door de patiënt vaak niet herkend en gerapporteerd. Daardoor kan met name de bipolaire II stoornis over het hoofd worden gezien. Het wordt daarom aanbevolen om, met toestemming van de patiënt, ook familie en naastbetrokkenen te raadplegen (heteroanamnese). Bij psychiatrische diagnostiek, zeker als het gaat om gedrag dat niet rechtstreeks kan worden geobserveerd, is de heteroanamnese een essentiële aanvulling op het verhaal van de patiënt.

3.1.4 Instrumenten voor vroege opsporing

Bij een vermoeden van een bipolaire stoornis of een verhoogd risico daarop wordt aanbevolen om de Mood Disorders Questionnaire (MDQ) als hulpmiddel voor de screening te gebruiken. De MDQ is een zelfinvullijst die slechts enkele minuten vergt en ook online beschikbaar is (zie [Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen](#)). Bij een negatieve uitkomst kan een bipolaire stoornis vrijwel zeker worden uitgesloten. Bij een positieve uitkomst en/of anderszins vermoeden op een bipolaire stoornis is het sterk aan te raden om nader diagnostisch onderzoek te (laten) doen om te bepalen of er inderdaad sprake is van een bipolaire stoornis.

3.2 Preventie

- Universele preventie: er zijn geen interventies bekend die het ontstaan van een bipolaire stoornis kunnen voorkomen.
- Selectieve preventie: mensen uit risicogroepen kunnen leefstijladviezen krijgen. Zo is het aan te raden om te zorgen voor regelmaat en voldoende slaap, voorzichtig te zijn met alcohol en het gebruik van drugs geheel te vermijden.

- Geïndiceerde, tertiaire preventie: Preventie is vooral gericht op het voorkómen of beperken van de ernst van nieuwe episoden van (hypo-)manie en depressie nadat de diagnose is gesteld.

4. Diagnostiek en monitoring

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

4.1 Classificatie is geen diagnose

De term 'diagnose' wordt in de praktijk vaak gebruikt voor de classificatie van de klachten volgens de DSM-5. De term diagnose heeft echter een bredere betekenis.

Psychiatrische stoornissen worden gedefinieerd volgens duidelijk omschreven criteria en vervolgens *geclassificeerd* volgens het systeem DSM-5, zie [de beschrijving bipolaire stoornis](#). De classificatie beperkt zich tot de specifieke stoornis(sen), los van de persoonlijke oorzaken, aanleidingen en omstandigheden van de individuele patiënt.

De beschrijvende *diagnose* is daarentegen veel meer op de persoon toegesneden. Zij omvat, naast een of meerdere classificaties, ook:

- de omschrijving van symptomen;
- oorzaken;
- gevolgen;
- uitlokkende situaties en gebeurtenissen;
- de samenhang/onderliggende mechanismen daarvan bij de individuele problematiek.

Uitgangspunten voor de diagnose zijn: iemands persoonlijke verhaal, ziektegeschiedenis (anamnese), de kijk op de (ziekte) geschiedenis door familie of anderen (hetero-anamnese), observatie van de patiënt, en soms ook de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten (zie ook [Diagnostiek en Monitoring](#)).

Om tot de diagnose te komen wordt dus samen met de patiënt, en bij voorkeur ook met naastbetrokkenen, onderzocht wat de aard en het beloop van de huidige klachten en levensproblemen zijn, en wat daar eventueel aan vooraf is gegaan. Ook wordt gekeken naar de resultaten van en ervaringen met eerdere behandelingen.

Classificatie en diagnose vullen elkaar dus aan. Zij worden in de praktijk echter vaak niet naast elkaar, maar door elkaar gebruikt. Dit dient vermeden te worden.

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

4.2 Uitdagingen bij diagnostiek

Vaak zitten er jaren tussen de eerste klachten en het vaststellen een bipolaire stoornis. Dit kan komen doordat iemand in het begin van de aandoening wel depressieve episoden heeft maar pas (veel) later een eerste manie doormaakt. Een andere oorzaak is dat mensen tijdens een manische of hypomanische episode niet snel hulp zoeken. Tijdens zo'n episode ervaart men meestal geen klachten, maar voelt men zich juist goed. Iemand die de persoon niet goed kent kan dan soms moeilijk beoordelen of het gedrag voor deze persoon normaal is of niet. Sommige mensen zijn nu eenmaal van nature bijzonder goed gestemd, levendig en actief. In dat geval is het raadzaam om de mening van naastbetrokkenen te vragen. Vooral toegenomen (vaak nachtelijke) activiteit en de verminderde behoefte aan slaap moet bij naastbetrokkenen worden nagevraagd.

4.3 Hulpmiddelen diagnostisch onderzoek

Hulpmiddelen bij het psychiatrisch diagnostisch onderzoek kunnen zijn: het Composite International Diagnostic Interview (CID), het Structured Clinical Interview for DSM IV axis I (SCID-I) of het Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI plus). Specifiek voor kinderen en jeugdigen gebruikt men de Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime versie (K-SADS-PL).

We spreken van een bipolaire stoornis als iemand ooit ten minste één manische episode (en al dan niet een of meer depressieve episoden) of een hypomanische episode en tevens een of meer depressieve episoden heeft meegemaakt. Een enkele manie volstaat dus om de stoornis te classificeren, maar een enkele hypomanie niet. Om inzicht te krijgen in een mogelijk patroon van (hypo)manische perioden wordt aanbevolen om eerdere stemmingen in kaart te brengen met een stemmingsgrafiek (zoals de Life Chart Methode). Om een beeld te krijgen van stemmingen in het verleden kan worden gevraagd naar herinneringen rondom belangrijke gebeurtenissen in iemands leven. Ook kunnen oude agenda's en dagboeken worden gebruikt. Vragen naar toegenomen of afgenomen activiteit (wat iemand deed) is daarbij vaak eenduidiger dan een veranderde stemming (hoe iemand zich voelde).

4.4 Lichamelijke oorzaken

Psychische aandoeningen kunnen ook een lichamelijke oorzaak hebben, zoals bepaald medicijngebruik, een schildklierafwijking of een hersenaandoening. Zeker bij een eerste episode moet dit worden uitgesloten.

Daarnaast gaat de bipolaire stemmingsstoornis vaak gepaard met allerlei lichamelijke klachten. Het is daarom belangrijk om bij de diagnostiek ook een somatische screening uit te voeren en waar nodig te verwijzen naar huisarts of medisch specialist. Het wordt met name aanbevolen om mensen met een bipolaire stoornis te onderzoeken op hart- en vaatziekten.

4.5 Comorbiditeit

Mensen met een bipolaire stoornis hebben vaker dan gemiddeld ook één of meer andere stoornissen (multimorbiditeit). Het meest komen voor: angststoornissen, misbruik van alcohol of drugs, ADHD, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

4.6 Subtypen I en II

Bipolaire stoornissen kunnen worden onderverdeeld in subcategorieën. De belangrijkste zijn:

- Bipolaire I stoornis - waarbij mensen duidelijk een of meer manische episoden hebben doorgemaakt en meestal ook depressies
- Bipolaire II stoornis - gekenmerkt door perioden van hypomanie en depressie, maar nooit een volledige manie.

Mensen die alleen manische episoden hebben doorgemaakt, zonder depressies, krijgen ook de classificatie bipolaire I stoornis.

In de loop van de tijd kan de classificatie veranderen van bipolaire II naar bipolaire I stoornis, als er voor het eerst een manische episode optreedt bij iemand die voordien alleen hypomanieën had.

Veranderen van bipolaire I naar bipolaire II stoornis kan per definitie niet. Wie eenmaal een manie heeft doorgemaakt, houdt dus de classificatie bipolaire I stoornis, ook als latere episoden milder verlopen. Er blijft immers de gebleken kwetsbaarheid om manisch te worden.

4.7 Varianten van een bipolaire stoornis

4.8 Rapid cycling

Als iemand vier of meer stemmingsepisoden binnen een jaar doormaakt spreekt men van rapid cycling. Dit kunnen aaneengesloten episoden zijn (een constante afwisseling van depressie en manie/hypomanie) of losstaande episoden met een symptoomvrij interval ertussen. De episoden kunnen (soms) dagen tot (meestal) weken duren. In sommige gevallen kan de stemming zelfs op een dag sterk wisselen.

4.9 Twijfel over diagnose

Het kan moeilijk zijn een bipolaire stoornis te onderscheiden van depressieve stoornis, een persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis. Ook het gebruik van alcohol en drugs kan het beeld vertroebelen.

Bij twijfel of er wel sprake is van een bipolaire stoornis moet de patiënt soms langere tijd worden gevolgd door een specialistisch team (zie Organisatie van zorg) om met aanvullende informatie en observatie de diagnose alsnog te stellen dan wel te verwerpen. Hierbij moeten de nadelen van onderdiagnostiek (het ten onrechte niet vaststellen van de stoornis) en overdiagnostiek (het ten onrechte stellen van de diagnose) goed worden afgewogen.

Als het beeld zeer onduidelijk of complex is en een bipolaire stoornis niet kan worden bevestigd of uitgesloten, is verwijzing naar de hoogspecialistische ggz voor een second opinion aan te raden. Zie ook Organisatie van zorg.

4.10 Diagnostiek bij jeugdigen

De diagnostiek van de bipolaire stoornis bij jeugdigen is moeilijk. Naast uitgebreide interviews met de jeugdige, de ouders en andere personen uit de omgeving, moet het beloop van de klachten goed in kaart worden gebracht. Vooral de differentiaaldiagnose met ADHD, angststoornissen, psychotische stoornissen, middelenmisbruik en andere stoornissen waarbij emotieregulering een rol speelt, vormt een uitdaging. Als semi-gestructureerd interview kan de K-SADS worden gebruikt. Er zijn geen gevalideerde meetinstrumenten voor manie voor kinderen en jeugdigen. Vanaf 16 jaar kan de Young Mania Rating Scale (YMRS) worden gebruikt. Als aanvulling op de LifeChart bestaat er voor kinderen een [Kiddie-LifeChart](#). Op deze 'lifechart' wordt niet de stemmingsstoornis grafisch weergegeven, maar een scala aan internaliserende en externaliserende symptomen. Er wordt hier op symptoomniveau gekeken, omdat vooralsnog niet duidelijk is uit welke verzameling van symptomen de manie en depressie bij kinderen bestaat.

4.11 Diagnostiek bij ouderen

Het ouder worden kan gepaard gaan met lichamelijke aandoeningen en beperkingen, toename van gebruik van medicijnen, geestelijke achteruitgang en toenemende afhankelijkheid van zorg. Ook kunnen er specifieke thema's spelen in deze levensfase, zoals de eindigheid van het leven en verlieservaringen. Deze facetten kunnen van invloed zijn op de diagnostiek en behandeling van ouderen met een bipolaire stoornis.

4.12 Monitoring

Een bipolaire stoornis brengt een langdurige, vaak levenslange, kwetsbaarheid voor stemmingsepisoden met zich mee. Het wordt daarom sterk aanbevolen om het beloop te volgen met behulp van meetinstrumenten, zoals de Inventory of Depressive Symptoms, korte zelfinvolversie (QIDS-SR) en de Young Mania Rating Scale (YMRS). De Life Chart Methode biedt voor het dagelijks monitoren de beste mogelijkheden. Deze stemmingsgrafiek is in verschillende varianten beschikbaar en de patiënt kan hem zelf bijhouden. Als iemand te ziek of onrustig is kan een naastbetrokkene (of eventueel de behandelaar) dit doen. Met behulp van een dergelijke grafiek kunnen patiënt, naastbetrokkenen en zorgverlener veranderingen tijdig signaleren en inzicht krijgen in situaties die een manie of depressie kunnen uitlokken. Een andere mogelijkheid om de stemming regelmatig (bijvoorbeeld bij elk consult) vast te leggen is de Clinical Global Impressions scale, Bipolar version (cgi-bp), die door de behandelaar over de afgelopen week wordt ingevuld op basis van de bevindingen tijdens het consult.

Er zijn steeds meer eHealth instrumenten en apps beschikbaar om het beloop van stemmingswisselingen en andere klachten vast te leggen. Zie verder de zorgstandaard [eHealth](#).

4.12.1 Monitoring tijdens psychotherapie

Het wordt aangeraden dat er voor het begin van de psychotherapie een actueel signaleringsplan beschikbaar is en dat tijdens de behandeling de Life-Chart wordt bijgehouden. De stemming moet zorgvuldig worden gemonitord. Bij (dreigende) ontremming of ontregeling is het raadzaam de psychotherapie tijdelijk op te schorten en over te gaan op interventies gericht op terugvalpreventie en op het behandelen van de (hypo)manie.

De psychotherapie wordt uitgevoerd door een GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater, bij voorkeur iemand die ervaring heeft in het werken met mensen met een bipolaire stoornis.

5. Behandeling en begeleiding

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

5.1 Algemene aandachtspunten bij behandeling

5.1.1 Afbakening

De zorgstandaard Bipolaire stoornissen richt zich specifiek op de zorg rondom deze aandoening, de omstandigheden die hierop van invloed zijn en de gevolgen ervan. Het kan zijn dat de patiënt zorg nodig heeft op andere gebieden. Hiervoor verwijzen wij naar desbetreffende zorgstandaarden en richtlijnen. Zeker bij langer durende behandelingen is het van belang om steeds prioriteiten te stellen en haalbare doelen af te spreken.

5.1.2 Gezamenlijke besluitvorming

Tijdens het gesprek en bij het nemen van beslissingen wordt gewerkt volgens het principe van gezamenlijke besluitvorming. Daarbij is de patiënt (en eventueel een of meer naastbetrokkenen) deskundige op het gebied van de persoonlijke problematiek, de eigen behoeften en de eigen sterke en kwetsbare kanten. De zorgverlener geeft deskundig advies op het gebied van behandeling van de bipolaire stemmingsstoornis. Uiteindelijk beslist de patiënt, na goed geïnformeerd te zijn over de mogelijkheden, over de te volgen aanpak. Soms zal echter dwang of drang moeten worden toegepast (zie hiervoor de zorgstandaard [Acute psychiatrie](#)).

5.1.3 Betrekken van naasten

Naastbetrokkenen spelen een belangrijke rol bij diagnostiek, behandeling, evaluatie van de behandeling en zelfmanagement. Met toestemming van de patiënt moet er daarom zo veel mogelijk met hen worden samengewerkt. Mogelijkheden daarvoor zijn:

- houd een kennismakingsgesprek met de patiënt en een naastbetrokkene;
- stel gezamenlijk het zorgplan op;
- bied deelname aan psycho-educatiegroepen aan

Een bipolaire stoornis is ook voor naastbetrokkenen ingrijpend. De zorgverlener bespreekt met hen of er behoefte is aan lotgenotencontact en/of eigen individuele hulp. Soms is een partner-relatietherapie of een gezinsbehandeling geïndiceerd. Soms ook het preventie-aanbod voor kinderen of broers/zussen van een familielid met een bipolaire stoornis. Zie ook:

- de zorgstandaard [Naasten](#);
- de [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische en/of Verslavingsproblemen](#) (KOPP) van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming;
- de zorgstandaard [KOPP/KOV](#) van GGZ Standaarden.

5.1.4 Rapportage in dossier

De afspraken over behandeling en wat de patiënt zelf kan doen worden schriftelijk vastgelegd in een individueel zorgplan (IZP). Dit zorgplan omvat alle elementen van zorg, inclusief persoonlijke wensen van de patiënt. Afspraken over medische interventies worden vastgelegd in een behandelovereenkomst (deze laatste wordt ook wel behandelplan genoemd).

Bij iedere afspraak wordt in kaart gebracht of er verschijnselen zijn van een (beginnende) stemmingsepisode, en hoe het effect van de behandeling op dat moment is. Zo nodig worden de medicatie en andere onderdelen van de behandeling bijgesteld. Gebruik van een Life Chart, eventueel met [Sociaal Ritme Meter](#), is hierbij aan te bevelen.

5.2 Individueel zorgplan

Nadat in de beschrijvende diagnose de aard en omvang van de klachten zijn vastgesteld, zoeken de patiënt en behandelaar naar een passende aanpak. Zij bespreken samen aan welke hulp behoefte is en wat nodig is om de stemming op korte en lange termijn te stabiliseren. Bij voorkeur is, met toestemming van de patiënt, een naastbetrokkene bij dit gesprek aanwezig. Het gaat niet alleen om de klachten en symptomen die samenhangen met de bipolaire stoornis, maar ook om de zorgbehoeften en problemen op andere levensgebieden die het gevolg kunnen zijn van de aandoening. Ook worden ervaringen van de patiënt met eerdere behandelingen besproken en meegewogen.

Voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte kunnen als hulpmiddel de [Camberwell Assessment of Need](#) of de [Zorgbehoeftenlijst](#) worden gebruikt. Vervolgens wordt bekeken welke behandelingsmogelijkheden er zijn, welke ondersteuning er eventueel nodig is, wat iemand zelf kan doen (zelfmanagement) en wat van elke optie de voor- en nadelen zijn.

5.3 Behandeling in hoofdlijnen

Bij de behandeling zijn verschillende disciplines betrokken; zie [Organisatie van zorg](#). Ook wordt samengewerkt met naastbetrokkenen.

5.3.1 Afhankelijk van fase en stadium

De benodigde zorg hangt af van de fase en het stadium van de aandoening en van de persoonlijke situatie, zorgbehoeften en wensen van de patiënt ten aanzien van de behandeling. De zorg moet bovendien snel kunnen worden opgeschaald als de klachten toenemen. Het is daarom belangrijk dat de

zorg voor mensen met een bipolaire stoornis flexibel en op maat kan worden ingezet.

Ook de mogelijkheden van zelfmanagement hangen af van de zorgvraag van de patiënt, de ernst van de klachten en de fase en het stadium van de aandoening zoals hierboven beschreven.

De medicamenteuze behandeling verschilt op sommige punten tussen de bipolaire I en bipolaire II stoornis. Voor details wordt verwezen naar de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#) (2015).

5.3.2 Behandelbeslissingen

Bij een hypomanie of een lichte depressie kan men soms een enigszins afwachtend beleid hebben, maar als herstel uitblijft of de klachten verder toenemen, moet de behandeling daarop worden aangepast. Bij een manie of een ernstige depressie is zonder uitstel behandeling nodig. In sommige gevallen moet iemand zelfs onvrijwillig (via een crisismaatregel) worden opgenomen en/of behandeld om complicaties - zoals bij ernstig ontremd gedrag, suïcide of uitputting van de naastbetrokkenen - te voorkomen.

De zorg in de acute fase wordt gevolgd door een voortgezette behandeling en meestal een onderhoudsbehandeling (profyaxe). Mensen met een bipolaire stoornis blijven kwetsbaar voor nieuwe episoden van depressie of (hypo)manie. Daarom is het belangrijk hen te blijven volgen (monitoren).

5.3.3 Reguliere behandeling

De behandeling bestaat uit medicatie, somatische controles, psycho-educatie, sociaalpsychiatrische ondersteuning en de bevordering van zelfmanagement. Ook kan, meestal na de acute fase, psychotherapie worden toegepast. Psychotherapie kan zowel gericht zijn op de behandeling van de bipolaire stoornis als op comorbide aandoeningen of thema's van persoonlijk herstel.

Op [Thuisarts.nl](#) staat [meer informatie voor patiënten](#) over de behandeling van een bipolaire stoornis.

5.3.4 Aandacht voor lichamelijke klachten

Ook specifiek aandacht besteden aan lichamelijke klachten is een kernelement van de zorg. Mensen met een bipolaire stoornis hebben vaak last van lichamelijke klachten en hebben een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Zij kunnen ook als bijwerking van medicatie lichamelijke klachten krijgen (zie de zorgstandaard [Bijwerkingen](#)). Er hoort daarom een jaarlijks lichamelijk onderzoek plaats te vinden. Hierover moeten zo nodig duidelijke afspraken gemaakt worden met huisartsen en medisch specialisten. Dit kan per regio verschillen.

Voor de [patiënt staan de bijwerkingen beschreven](#) op [Thuisarts.nl](#).

5.4 Acute behandeling

In de acute behandelingsfase ligt het accent op het bestrijden van de symptomen en op bescherming tegen complicaties of zelfs suïcide (zie hiervoor de zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag). Deze fase duurt meestal enkele weken.

De behandeling gebeurt in de eerste plaats met medicijnen en vindt bij voorkeur plaats in de gespecialiseerde ggz. Bij een episode waarvoor klinische opname noodzakelijk is, is het van belang dat de ambulante behandelaar zo spoedig mogelijk contact heeft met de patiënt en de klinische behandelaar om de continuïteit van het totale zorgplan ook tijdens de opname te waarborgen.

Bij een (dreigende) stemmingsepisode moet aandacht worden besteed aan contragedrag. Dat wil zeggen aan het verminderen van prikkelende activiteiten bij een manie dan wel het bevorderen van gedoseerde activiteiten bij depressieve episode. Ook moet worden onderzocht welke stressvolle omstandigheden of gebeurtenissen hebben gespeeld of nog spelen. Zo nodig moet daarbij ondersteuning worden gegeven.

5.5 Voortgezette behandeling

In de voortgezette behandelingsfase staan stabilisatie van het symptomatisch herstel en verder herstel van functioneren centraal.

- Deze fase duurt ten minste 2 maanden maar neemt gewoonlijk 6 tot 12 maanden in beslag.
- Werkzame medicatie wordt voortgezet, eventueel kan de dosis worden aangepast als er hinderlijke bijwerkingen zijn.
- Somatische - en laboratoriumcontroles worden uitgevoerd conform de [multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen](#).
- In deze fase is psycho-educatie over de stoornis voor zowel de patiënt als naastbetrokkenen van groot belang.
- Het maken van een crisisplan en een signaleringsplan of het bijstellen van bestaande plannen kan ook in deze fase plaatsvinden.

5.5.1 Inzicht en vaardigheden vergroten

Daarnaast kan de patiënt in deze fase meer leren over specifieke uitlokkende factoren voor stemmingsepisoden en vaardigheden aanleren om nieuwe episoden te voorkomen. Inzicht hierin kan worden verkregen door het bijhouden van een stemmingsgrafiek (LifeChart) en/of de sociaal ritme matrix. Hierbij wordt de invloed van het sociaal ritme op de stemming en het effect van stressoren beter zichtbaar.

Er moet een passende dag- en weekstructuur opgezet worden en zo mogelijk een start worden gemaakt met maatschappelijke re-integratie, met name in studie en werk. Hiertoe moet tijdig overleg met bijvoorbeeld bedrijfsarts, decaan of mentor worden gevoerd.

5.5.2 Leren omgaan met (het hebben van) de aandoening

Patiënten in de voortgezette behandelfase kunnen aanvankelijk opluchting voelen over het feit dat er duidelijkheid is over wat hen mankeert. Ook komen gevoelens van rouw en verlies regelmatig voor. Hiervoor dient aandacht te zijn binnen de behandeling.

Bij voorkeur worden in deze fase al psychologische en psychotherapeutische interventies ingezet, gericht op bijvoorbeeld rouw, acceptatie en motivatie voor behandeling. Vooral na een manische episode moet aandacht worden besteed aan het herstellen van ontstane schade in relaties, werk en financiën, en gevoelens van verdriet, schaamte en schuld hierover.

5.5.3 Begeleiding naar zelfmanagement

Psycho-educatie, psychologische behandeling en psychotherapie kunnen helpen om de aandoening en de noodzaak tot langdurige behandeling te accepteren. In deze fase zullen veelal de vaardigheden op het gebied van zelfmanagement verder ontwikkeld worden. Ook bij deze behandelfase worden zo mogelijk de naastbetrokkenen betrokken.

Patiëntenvereniging Plusminus

Behandelaars informeren de patiënt in een vroege fase van de behandeling over Plusminus. Plusminus richt zich zowel op patiënten met een bipolaire stoornis als op hun naastbetrokkenen en heeft drie belangrijke aandachtsgebieden: voorlichting, belangenbehartiging en lotgenotencontact. Voorlichting wordt gegeven via brochures/folders en door de deelname van leden van Plusminus aan de psycho-educatiecursussen. Plusminus is ook betrokken bij de voorlichting aan zorgprofessionals. Belangenbehartiging kan bijdragen aan goede zorg voor mensen met een bipolaire stemmingsstoornis. Lotgenotencontact wordt aangeboden in de vorm van de lotgenotenlijn, op landelijke en regionale dagen en in de zogenoemde huiskamer groepen. Meer informatie is te vinden op de website van [Plusminus](#).

5.6 Onderhoudsbehandeling

Aan het einde van de voortgezette behandeling wordt beoordeeld of deze moet worden gevolgd door preventieve onderhoudsbehandeling. Bij de meeste mensen die meerdere episoden hebben doorgemaakt is dit het geval. In de onderhoudsfase ligt het accent op het zoveel mogelijk stabiel houden van de stemming, maatschappelijk herstel, de behandeling van individuele problematiek en op acceptatie en het inpassen van de stemmingsstoornis in het dagelijks leven.

Deze fase zal meestal jaren duren. De medicamenteuze behandeling moet soms worden aangepast met het oog op optimale preventieve effectiviteit, het zo mogelijk beperken van het aantal verschillende medicijnen, en het vinden van een optimale balans tussen werking en bijwerkingen. Regelmatig laboratoriumonderzoek conform de richtlijn en het actief monitoren van bijwerkingen gaan gedurende de gehele onderhoudsbehandeling door.

5.6.1 Begeleiding naar zelfmanagement

Psycho-educatie, psychologische behandeling en psychotherapie kunnen helpen om de aandoening en de noodzaak tot langdurige behandeling te accepteren. In deze fase zullen veelal de vaardigheden op het gebied van zelfmanagement verder ontwikkeld worden. Ook bij deze behandelfase worden zo mogelijk de naastbetrokkenen betrokken.

Patiëntenvereniging Plusminus

Behandelaars informeren de patiënt in een vroege fase van de behandeling over Plusminus. Plusminus richt zich zowel op patiënten met een bipolaire stoornis als op hun naastbetrokkenen en heeft drie belangrijke aandachtsgebieden: voorlichting, belangenbehartiging en lotgenotencontact. Voorlichting wordt gegeven via brochures/folders en door de deelname van leden van Plusminus aan de psycho-educatiecursussen. Plusminus is ook betrokken bij de voorlichting aan zorgprofessionals. Belangenbehartiging kan bijdragen aan goede zorg voor mensen met een bipolaire stemmingsstoornis. Lotgenotencontact wordt aangeboden in de vorm van de lotgenotenlijn, op landelijke en regionale dagen en in de zogenoemde huiskamer groepen. Meer informatie is te vinden op de website van [Plusminus](#).

5.7 Somatische screening

Bij mensen met een bipolaire stemmingsstoornis hoort regelmatig een somatische screening te worden gedaan, waarbij overlegd wordt met de huisarts en eventueel medische specialisten als de patiënt ook een lichamelijke aandoening heeft. Voor details over somatische screening wordt verwezen naar hoofdstuk 10 van de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen \(2015\)](#).

5.8 Zelfmanagement

Een goed zorgplan besteedt aandacht aan het bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid. Iemand kan zelf het nodige doen om de kwaliteit van leven te verbeteren en een nieuwe (hypo-)manische of depressieve episode te voorkomen. Bijvoorbeeld:

- inzicht krijgen in de bipolaire stoornis en hoe dit in de eigen situatie tot uiting komt;
- leren omgaan met de kwetsbaarheid voor stemmingsepisoden;
- op tijd en in de juiste dosering de afgesproken medicatie innemen;
- zorgen voor een gezonde leefstijl en een regelmatig dag- en nachtritme (het werken in onregelmatige werktijden zoals ploegendiensten wordt afgeraden);
- monitoren van de stemming en activiteiten (een stemmingsgrafiek bijhouden);
- contragedrag toepassen bij beginnende klachten of symptomen (bijvoorbeeld als men de neiging heeft druk te zijn juist rustiger aan doen of als men de neiging heeft passief te worden juist activiteiten ondernemen);
- gebruikmaken van het signaleringsplan of van de crisiskaart;
- deelnemen aan hersteltrainingen (zie [Herstel](#));
- goed contact houden met de naastbetrokkene die in het signaleringsplan of de crisiskaart wordt genoemd;

- zelf een dossier bijhouden met informatie over bijvoorbeeld bijwerkingen van medicijnen, doorgemaakte ziektes en stemmingsepisoden en wat toen heeft geholpen.

Door verdergaande communicatiemogelijkheden verandert ook de wereld van mensen met een bipolaire stoornis. Internationale uitwisseling van ervaringen en steun via internet zijn heel gewoon. eHealth-instrumenten en apps kunnen een goed hulpmiddel zijn bij zelfmanagement. Het is de taak van zorgverleners hen bij hun individuele zoektocht in dit steeds groter wordende aanbod te begeleiden.

- Meer informatie over het ondersteunen van zelfmanagement staat in de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#).
- Zie ook de zorgstandaard [Zelfmanagement](#) op GGZ Standaarden.
- Op Thuisarts.nl staat de [patiënteninformatie over wat je zelf kunt doen](#) om terugval te voorkomen.

5.9 Psycho-educatie

Psycho-educatie is een belangrijk element van de behandeling. Een beter begrip van de aandoening, de behandeling en de medicatie bevordert de acceptatie, het zelfmanagement, de samenwerking met de hulpverlening en de therapietrouw. Daardoor wordt het risico op terugval verminderd. Het is aan te bevelen om de psycho-educatie te volgen samen met een naastbetrokkene (partner, familielid, vriend).

5.9.1 Individuele psycho-educatie

Psycho-educatie kan in verschillende vormen worden aangeboden in elke fase van de behandeling:

- In de acute fase beperkt het zich meestal tot individuele uitleg over de stoornis en de acute behandeling. Ook wordt dan alvast een beeld geschetst van hoe de voortgezette behandeling eruit kan zien.
- Deelname aan groepspsycho-educatie is in de acute fase niet haalbaar of wenselijk vanwege de structuur en concentratie die dit vergt.

5.9.2 Groepspsycho-educatie

In de voortgezette behandelingsfase of tijdens de onderhoudsbehandeling kan psycho-educatie in groepsverband wel worden aangeboden. Meestal gaat het om een min of meer vast format van 6 tot 12 wekelijkse bijeenkomsten. Hierbij worden ook [ervaringsdeskundigen](#) of lotgenoten betrokken (bijvoorbeeld vanuit patiëntenvereniging [Plusminus](#)).

De gespecialiseerde ggz is verantwoordelijk voor de organisatie en de uitvoering van deze psycho-educatiegroepen. Het streven is dat elke patiënt ten minste éénmaal deelneemt aan een dergelijke groep. Als groepsbehandeling niet haalbaar of wenselijk blijkt te zijn, wordt psycho-educatie individueel gegeven. Ook kunnen er voorlichtingsbijeenkomsten worden georganiseerd.

5.9.3 Psycho-educatie door patiëntenorganisatie Plusminus

[Plusminus](#) speelt ook een rol bij psycho-educatie. Plusminus biedt behalve activiteiten, zoals als de landelijke en regionale bijeenkomsten en huiskamer groepen, het kwartaalschrift PLUSminus, de Lotgenotenlijn, een website en schriftelijk informatiemateriaal.

5.10 Eerste-stap interventies

Bij een dreigende stemmingsepisode moet direct worden ingegrepen. Het is zaak dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste behandeling bij de juiste zorgverlener krijgt (matched care).

In verschillende fasen of stadia is het wel belangrijk om goed te kijken naar het ritme van het dagelijkse leven. Daarbij staat een goed herstel van het dag- en nachtritme voorop. Het herstel van de episode en het stabiliseringsproces zullen daarmee worden ondersteund.

Het wordt ook sterk aangeraden voorzichtig te zijn met alcohol en drugs. Alcohol- en drugsgebruik hebben een negatieve invloed op het herstel. Als iemand alcohol- of drugsverslaafd is wordt aanbevolen om hiervoor tegelijkertijd met de start van de behandeling passende hulp aan te bieden. Gebeurt dit niet dan zal het herstel langer duren en is de kans op terugval in een nieuwe of verergerde episode mogelijk. Het is echter van belang om de behandeling van de bipolaire stoornis niet uit te stellen.

Ook meer algemene factoren zoals goede voeding, lichaamsverzorging, beweging en sociale steun door de naaste omgeving bevorderen het herstel. Een zinvolle daginvulling helpt omdat het stimuleert om op tijd op te staan, naar buiten te gaan en anderen te ontmoeten.

5.11 Psychosociale behandeling

5.11.1 Ondersteuning bij het dagelijks leven

Een bipolaire stemmingsstoornis kan gevolgen hebben voor alle levensgebieden en in alle levensfasen. Het is daarom vaak noodzakelijk om mensen ook hulp te bieden in de vorm van ondersteuning bij het dagelijks leven, huisvesting, huishouding, werk(hervatting) en schuldsanering. Al in de acute fase kunnen activiteiten buitenshuis opgestart worden en kunnen hulp en begeleiding in het huishouden geboden worden.

5.11.2 Aandacht voor naasten

Ook naastbetrokkenen kunnen bij (dreigende) overbelasting psychosociale hulp nodig hebben.

Kindcheck

De professional dient een [kindcheck](#) te doen. Jonge kinderen moeten mogelijk worden opgevangen. Zij kunnen anders worden belast met taken die niet bij hun leeftijd passen, zoals het steun geven aan hun ouder. Ook kunnen de heftige gebeurtenissen rond een ernstige manie (bijvoorbeeld conflicten) en depressie (bijvoorbeeld suïcidepogingen) voor kinderen traumatiserend zijn.

5.11.3 Langdurige ondersteuning

In de voortgezette behandelingsfase en bij een chronisch verlopende stemmingsstoornis kan psychosociale ondersteuning nodig blijven. Dit kan worden opgenomen in een [Wellness Recovery Action Plan](#) (WRAP): een zelfhulpplan dat iemand samen met een ervaringsdeskundige opstelt om aan herstel te werken. Voor meer informatie zie zorgstandaard [Ervaringsdeskundigheid](#).

5.11.4 Te betrekken organisaties

De bij psychosociale interventies te betrekken organisaties zijn: de gemeente (in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning), maatschappelijk werk, activeringscentrum, coach of woonbegeleiding die de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in kaart zullen brengen en de daarvoor nodige voorzieningen zullen treffen.

De regiëbehandelaar zal deze vormen van hulp coördineren. Het heeft de voorkeur om samen te werken met een wijkteam.

5.12 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

5.12.1 Doel en effectiviteit

Psychologische en psychotherapeutische behandelingen kunnen primair gericht zijn op de bipolaire stoornis, of meer algemeen gericht op andere problematiek en het bevorderen van persoonlijk herstel. De effecten van psychologische behandelingen en psychotherapie zijn alleen onderzocht bij mensen die ook medicatie gebruiken. Waarschijnlijk zijn behandelingen zonder medicatie onvoldoende om stemmingsepisoden te behandelen of te voorkomen.

Patiënten willen vaak een psychotherapeutische behandeling. Het is op dit moment nog onduidelijk welke vorm van psychotherapie in welke fase van de behandeling bij welke patiënten effectief is. In de klinische praktijk is de hulpvraag de leidraad voor de behandeling; afhankelijk hiervan worden doelen opgesteld en afspraken gemaakt over de vorm van behandeling.

5.12.2 Acute fase

In de acute fase kan iemand vaak niet deelnemen aan intensieve psychologische of psychotherapeutische behandelingen. Wel is het nodig dat er tijdens een opname voldoende begeleidende activiteiten en waar mogelijk (vak)therapieën worden aangeboden. Ook kan psycho-educatie en gezinsgerichte therapie (FFT; zie onder) worden ingezet om schade aan de relaties van de patiënt en diens omgeving zoveel mogelijk te beperken.

5.12.3 Voortgezette en onderhoudsfase

Tijdens de voortgezette en onderhoudsfase zijn psychotherapeutische behandelingen een goede aanvulling op de meer ondersteunende begeleiding en de medicamenteuze behandeling. Psychotherapeutische behandelingen zijn onder andere gericht op functioneel en persoonlijk herstel. Ze hebben een gunstig effect op depressies en verminderen de kans op nieuwe episoden. Psychotherapie kan ook helpen bij:

- het aanvaarden van en leren omgaan met psychische kwetsbaarheid;
- het verhogen van de weerbaarheid;
- problemen als gevolg van de stoornis zelf (zoals rouw, laag zelfbeeld) of als gevolg van traumatische ervaringen (zoals door verplichte zorg en/of afzondering in een manische episode);
- vermijdingsgedrag uit angst voor terugval;
- het omgaan met cognitieve beperkingen, zoals moeite met planning en concentratie.

Daarnaast kan psychotherapie van belang zijn bij het ondersteunen van de persoonlijkheidsontwikkeling van patiënten die op jeugdige leeftijd (adolescentie en vroege volwassenheid) een bipolaire stoornis ontwikkelen.

Bij het bepalen van de behandeldoelen en behandeling maken patiënt en behandelaar op grond van het verhaal van de patiënt en de expertise van de behandelaar een keuze voor de meest passende psychologische en/of psychotherapeutische behandelvorm en behandeling.

5.12.4 Specifieke therapievormen gericht op de bipolaire stoornis

De volgende therapievormen zijn specifiek gericht op de bipolaire stoornis:

- Een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) die is ontwikkeld voor mensen met een bipolaire stoornis, individueel of in groepsverband. Deze behandeling is vooral gericht op het doorbreken van gedrags- en denkpatronen voor en tijdens een episode.
- Interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie (IP-SRT) die zich richt op het leren omgaan met beperkingen door de ziekte en het verbeteren van relaties.
- Gezinsgerichte therapie (family focused treatment of FFT) is gericht op symptoomreductie van depressie, herstel en terugvalpreventie en in te zetten wanneer de stoornis de relatie met anderen in het gezin heeft beschadigd of dreigt te beschadigen.

- Sociaalritme en/of balanst trainingen/balanscursussen gericht op leefstijladviezen en zelfmanagement.
- Probleemoplossende behandeling (POB) kan een gunstig effect hebben op depressieve (rest-)verschijnselen.

5.12.5 Trauma

Patiënten kunnen ingrijpende gebeurtenissen in het verleden hebben doorgemaakt. Ook kunnen stemmingsepisoden voor ingrijpende ervaringen zorgen bij patiënten en hun naastbetrokkenen. Het is aan te bevelen hierop alert te zijn en zo nodig een adequate traumabehandeling te indiceren.

5.12.6 Behandeling van psychotische verschijnselen

Sommige patiënten hebben tijdens manische of depressieve episoden ook psychotische verschijnselen (meestal waanideeën, soms ook hallucinaties).

Psychotische verschijnselen worden in de eerste plaats medicamenteus behandeld. In veel gevallen zal deze antipsychotische medicatie verminderd of helemaal afgebouwd kunnen worden wanneer de psychotische verschijnselen niet meer aanwezig zijn. Tijdens een psychotische episode is het van belang dat de behandeling naast medicatie ook bestaat uit het aanbieden van intensieve zorg, het creëren van een veilige omgeving en structuur en ondersteuning van het systeem.

Rol van de inhoud van de psychose

Specifieke psychologische interventies gericht op de inhoud van de psychose zijn niet gebruikelijk bij bipolaire stoornissen. Dit komt omdat bij bipolaire stoornissen de psychotische verschijnselen vrijwel altijd van voorbijgaande aard zijn. Psychotherapie zoals die is ontwikkeld voor chronische psychotische klachten is dus niet geschikt in deze situatie.

Wel kan het van belang zijn om na een psychose aandacht te hebben voor de psychotische ervaringen, die soms nog veel impact kunnen hebben op een patiënt. Deze psychotische ervaringen kunnen als positief en betekenisvol worden ervaren, maar ook als negatief, beangstigend of traumatiserend. In al deze gevallen is het wenselijk om hierbij stil te staan in de behandeling, omdat zowel angst voor psychose of juist het verlangen naar de positieve psychotische ervaringen het gedrag kunnen beïnvloeden. Hierbij kan ingegaan worden op het feit dat iemand tijdelijk een psychose heeft meegemaakt. Ook kan worden ingegaan op de inhoud van de psychose, maar altijd met het doel om daarmee meer inzicht te krijgen in wat helpend is om het huidige functioneren te vergroten en toekomstige episodes te voorkomen. Een open houding van de therapeut ten aanzien van de psychotische ervaringen is hierbij van groot belang.

5.13 Medicamenteuze behandeling

5.13.1 Wanneer medicatie en welke medicatie

Een bipolaire stemmingsstoornis wordt zeker in de acute en voortgezette behandelfase ook behandeld met medicijnen. Het voorschrijven en monitoren van medicatie vereist specifieke kennis en ervaring. Bij de keuze van de medicatie staat de vanuit wetenschappelijk onderzoek bewezen effectiviteit voorop. Daarnaast wordt gekeken naar eerdere ervaringen van de patiënt met bepaalde medicatie (werking en bijwerkingen) en effecten van medicatie bij eventuele eerstegraads familieleden met een bipolaire stoornis.

Vaak kost het enige tijd en zoekwerk om met de patiënt uit te vinden of en welke medicatie effectief en acceptabel is. De medicamenteuze behandeling kent veel keuzemomenten en variaties en moet worden aangepast op de situatie van de individuele patiënt. Licht de patiënt en naastbetrokkenen goed in over de behandelmogelijkheden (strategie) en de medicatie die daarbij gebruikt kan worden. De psychiater zal vervolgens een advies geven over de voorkeursstrategie en andere mogelijkheden, waarna men gezamenlijk tot een keuze komt.

In deze zorgstandaard zijn een beknopte omschrijving van het gebruik van medicatie en enkele aandachtspunten opgenomen. Zie voor uitgebreide informatie de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen \(2015\)](#), hoofdstuk 6 tot en met 10.

5.13.2 Acute fase - manische episode

De acute behandeling van een manische episode gebeurt in de eerste plaats met een antipsychoticum (zoals haloperidol, olanzapine, quetiapine of risperidon, of een ander antipsychoticum waarmee de patiënt eerder gunstige ervaringen heeft opgedaan). Antipsychotica zijn ook werkzaam bij een manische episode zonder psychotische verschijnselen.

- Als de patiënt een antidepressivum gebruikt, wordt dit gestopt.
- Als de patiënt al een stemmingsstabilisator (lithium, valproïnezuur of carbamazepine) gebruikt, wordt eerst gekeken of dit volgens voorschrift is ingenomen en of de dosis (zo mogelijk gebaseerd op een recente bloedspiegel) voldoende hoog is.
- Bij een matig ernstige manie kan met herstellen van de inname of ophogen van de dosis worden begonnen. Bij een ernstiger manie wordt bovendien (tijdelijk) een antipsychoticum toegevoegd.
- Als de patiënt nog geen stemmingsstabilisator gebruikt, wordt in de eerste plaats behandeld met een antipsychoticum. In tweede instantie zal dan worden beslist of daaraan een stemmingsstabilisator wordt toegevoegd.

Het effect van de gekozen behandeling wordt na ongeveer 2 weken beoordeeld. Bij onvoldoende effect moet de behandeling worden aangepast. Als de manische verschijnselen effectief zijn behandeld (remissie) worden dezelfde medicijnen nog ten minste 2 tot 6 maanden voortgezet (voortgezette behandeling).

5.13.3 Acute fase - depressieve episode

De acute medicamenteuze behandeling van een depressieve episode in het kader van een bipolaire stemmingsstoornis (bipolaire depressie) is anders dan bij de unipolaire depressie. Net als bij de manische episode is van belang of de patiënt al een stemmingsstabilisator gebruikt en of deze op de

juiste wijze wordt ingenomen. Eventueel moet de dosis worden aangepast. Bij een ernstige depressie wordt een tweede middel toegevoegd.

- Als de patiënt nog geen stemmingsstabilisator gebruikt, wordt de depressie bij voorkeur behandeld met het antipsychoticum quetiapine of het antipsychoticum olanzapine in combinatie met het antidepressivum fluoxetine.
- Een patiënt met een depressie in het kader van een bipolaire II stoornis (dus nooit volledig manisch geweest, wel hypomanisch) kan ook met alleen een antidepressivum worden behandeld. Er moet dan wel worden opgelet of er vervolgens geen manische verschijnselen optreden.

Het effect van de gekozen behandeling wordt na ongeveer 4 tot 6 weken beoordeeld. Bij onvoldoende effect moet de behandeling worden aangepast. Als de depressieve verschijnselen effectief zijn behandeld (remissie) worden dezelfde medicijnen nog ten minste 2 tot 6 maanden voortgezet (voortgezette behandeling).

5.13.4 Medicatie als onderhoudsbehandeling

In de loop van de voortgezette behandeling moet een besluit worden genomen over het al dan niet instellen van een preventieve onderhoudsbehandeling voor de langere termijn. Dit hangt mede af van:

- het aantal eerder doorgemaakte manische, hypomanische of depressieve episoden (dat wil zeggen de gebleken kans op herhaling);
- de ernst van die episoden (dat wil zeggen de noodzaak om lijden en complicaties te voorkomen);
- de familiale belasting met bipolaire stoornissen.

De voorkeursmedicatie voor onderhoudsbehandeling is lithium. Daarnaast kan gekozen worden voor valproïnezuur, quetiapine, olanzapine, carbamazepine of lamotrigine. Ook kan een antipsychoticum worden gebruikt waarmee de patiënt eerder gunstige ervaringen op heeft gedaan.

Keuzeproces

De keuze van de meest geschikte onderhoudsmedicatie verschilt per persoon; soms wordt een combinatie van verschillende middelen gekozen. De onderhoudsbehandeling is altijd langdurig; ten minste 2 tot 5 jaar, vaak langer.

Zeker bij langdurige behandeling weegt de voorkeur van de patiënt zwaar, rond het al dan niet behandelen met onderhoudsmedicatie en de keuze van het middel. De voor- en nadelen van de geadviseerde behandeling moeten goed worden besproken. Dit is meestal een terugkerend thema in de behandeling.

Als niet wordt gekozen voor onderhoudsmedicatie of als deze voortijdig gestopt wordt, moet een andere vorm van ondersteunende behandeling of begeleiding worden aangeboden.

5.13.5 Bloedonderzoek

Bij veel medicijnen wordt regelmatig onderzoek gedaan naar het gehalte van het medicijn in het bloed ('bloedspiegel'). Ook worden metingen gedaan om de bloedsamenstelling, de nierfunctie, de schildklierfunctie en de leverfunctie te controleren. Soms wordt ook de urine onderzocht. Daarnaast wordt regelmatig het lichaamsgewicht en de bloeddruk gemeten.

Wat er moet worden gemeten en hoe vaak dat moet gebeuren verschilt per medicijn. Dit staat in detail beschreven in de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#).

5.13.6 Bijwerkingen

Veel medicijnen hebben ongewenste effecten (bijwerkingen). Als die zich voordoen (of als een klacht op een mogelijke bijwerking wijst) moet dit met de behandelaar worden besproken om naar een passende oplossing te zoeken. Dit vraagt om een actieve opstelling van zowel de patiënt als de behandelaar die zeker in het begin van de behandeling expliciet vraagt naar mogelijke bijwerkingen. Het verlagen van de dosis is vaak een eerste stap om bijwerkingen te verminderen. Sommige bijwerkingen kunnen met andere medicijnen worden bestreden.

Als de nadelen (bijwerkingen) van de medicatie groter worden dan de voordelen (het gewenste effect op de stemming) moet worden gezocht naar een ander middel. Zie verder de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#) en de zorgstandaard [Bijwerkingen](#).

5.13.7 Veranderen of stoppen van medicatie

Het verminderen, stoppen of veranderen van medicatie is in de behandeling een regelmatig terugkerend gespreksonderwerp. Zowel als het goed gaat, als bij aanhoudende stemmingsklachten (de medicijnen zijn dan kennelijk onvoldoende werkzaam) of als er te veel hinderlijke bijwerkingen zijn (het nadeel van de bijwerkingen weegt dan uiteindelijk zwaarder dan het voordeel van de werking).

Behandelaars nemen de wens om de medicatie te veranderen of te stoppen altijd serieus. Het moet de patiënt worden afgeraden om op eigen initiatief, zonder de behandelend psychiater te raadplegen, de medicatie te veranderen. Uiteindelijk bepaalt de patiënt, na geadviseerd te zijn door de psychiater en bij voorkeur in overleg met een naastbetrokkene, om de medicatie te blijven gebruiken dan wel te stoppen. In dat laatste geval moet de medicatie in de meeste gevallen geleidelijk worden afgebouwd over een termijn van minimaal 2 weken tot 3 maanden.

5.13.8 Gezamenlijke besluitvorming bij medicamenteuze behandeling

Als het lange tijd goed gaat en er geen nieuwe episoden meer optreden rijst vaak de vraag: is de medicatie niet meer nodig, of is dit juist mede het gunstige effect van de medicatie? Om tot een beslissing te komen worden hier meerdere gesprekken aan gewijd, waarbij bij voorkeur ook een naastbetrokkene zijn of haar visie geeft.

Als wordt besloten om medicatie af te bouwen, wordt de verdere behandeling nog geruime tijd voortgezet, juist om te bekijken of er geen tekenen van terugval zijn. Als dat toch gebeurt, moet de behandeling met medicatie zo spoedig mogelijk worden hervat.

Het is van groot belang dat zowel de behandelaar als de patiënt zelf alle individuele ervaringen met het nemen en afbouwen van medicatie goed vastleggen, zodat zij bij toekomstige beslissingen kunnen worden meegewogen.

5.13.9 Behandeling zonder medicatie

Hoewel zeker in de acute en voortgezette behandelfase medicatie een meestal onmisbare bijdrage levert aan het herstel van manische en depressieve verschijnselen, kan de patiënt de voorkeur uitspreken voor een behandeling zonder medicatie. Zeker tijdens een ernstige manische fase kan dit leiden tot grote problemen, wat een onvrijwillige opname (en soms zelfs onvrijwillige medicamenteuze behandeling) onvermijdelijk maakt. In alle andere gevallen bepaalt de patiënt uiteindelijk welk soort behandeling hij kiest.

Altijd wordt een duidelijke uitleg gegeven over het doel van een medicamenteuze behandeling, de voorziene duur ervan, en de voor- en nadelen. Ook wordt gewezen op voorlichtingsfolders en websites. Een keuze voor een behandeling zonder medicatie, ook als daar conform de richtlijn wel een indicatie voor is, wordt door de behandelaar geaccepteerd en betekent dus niet dat de behandeling beëindigd wordt. Het kan juist een reden zijn om het beloop intensiever te volgen.

5.14 Combinatiebehandeling

5.14.1 Lichttherapie

Bij patiënten met een bipolaire stoornis die een patroon van seizoensgebonden depressies doormaken (winterdepressie) kan lichttherapie worden overwogen. Het is sterk aan te bevelen om dan ook een stemmingsstabilisator of antimanisch middel voor te schrijven, om de kans op een stemmingsomslag naar (hypo)manie te beperken. Als lichttherapie effectief blijkt te zijn kan dit jaarlijks preventief worden toegepast. Het wordt aangeraden dat mensen op eigen initiatief lichttherapie toepassen.

5.14.2 ECT

Als medicijnen niet of onvoldoende werken kan bij een ernstige manie of depressie elektroconvulsie therapie (ECT) worden overwogen. Hiervoor moet de patiënt, zeker bij de eerste behandeling, worden opgenomen. Later kan ECT ook ambulante worden aangeboden. De behandeling vindt twee tot drie maal per week plaats gedurende enkele weken. Daarbij wordt iemand kortdurend onder narcose gebracht. ECT is in zijn moderne vorm een veilige en effectieve behandeling. Wel kunnen (meestal tijdelijke) geheugenstoornissen een bijwerking zijn. Na de behandeling moet er in de voortgezette behandelfase en onderhoudsbehandeling medicatie worden gegeven om terugval te voorkomen.

5.15 Vaktherapie

Mensen met een bipolaire stoornis kunnen baat hebben bij vaktherapieën, namelijk beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie of psychomotorische therapie (PMT). Het is belangrijk dat de vaktherapeut op de hoogte wordt gebracht van het signaleringsplan. Zie verder de zorgstandaard [Vaktherapie](#).

5.16 Innovatieve en experimentele behandelingen

Innovatieve behandeling op het gebied van bipolaire stoornissen betreffen in Nederland op dit moment vooral het kleinschalig toepassen van op de stoornis aangepaste psychologische interventies (zoals groepstherapieën, psycho-educatievormen, positieve psychologische interventies) die primair ontwikkeld zijn voor andere psychische stoornissen. Deze interventies zijn bedoeld als uitbreiding van het bestaande behandelarsenaal, niet speciaal voor patiënten met een therapieresistente bipolaire stoornis. Deze innovaties worden veelal onderzocht door of in samenwerking met afdelingen voor bipolaire stoornissen in de gespecialiseerde of hoogspecialistische ggz.

5.17 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Complementaire behandelingen zijn niet-medische behandelingen. Patiënten kunnen er, als aanvulling op de medische standaardbehandeling, symptomen van de ziekte of bijwerkingen van de behandeling mee opvangen en de hun levenskwaliteit mee verhogen. De bedoeling van een dergelijke therapie is niet de ziekte te genezen, maar wel om symptomen van de ziekte of nevenwerkingen van de behandeling te helpen verlichten.

De term alternatieve behandeling wordt gebruikt voor behandelingen of geneeswijzen waarvan men niet aanneemt dat het wetenschappelijk voldoende aangetoond is dat ze effectief zijn in de behandeling van een bepaalde ziekte en die in de plaats van de standaardbehandeling worden gebruikt.

5.17.1 Geen vervanging, maar wel van toegevoegde waarde

Veel mensen maken gebruik van complementaire en/of alternatieve behandelingen, zoals vitaminen, voedingssupplementen, homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur, manuele geneeskunde, meditatie en yoga.

- Er zijn aanwijzingen dat sommige complementaire behandelingen (zoals omega-3 vetzuren) een positief effect kunnen hebben bij het verminderen van depressieve verschijnselen.
- Voor wat betreft alternatieve geneeswijzen (als antroposofische geneeswijzen, homeopathie en acupunctuur) is er voornamelijk onvoldoende bewijs dat zij een positief effect hebben op een bipolaire stemmingsstoornis.

Complementaire en alternatieve behandelingen kunnen niet in de plaats komen van de reguliere behandeling. Wel kunnen zij voor de patiënt van toegevoegde waarde zijn en een bijdrage leveren aan het persoonlijk herstel. Net als manuele therapie, aanpassingen in het dieet, meditatie of mind-

body-oefeningen kunnen zij een gunstig effect hebben op de fysieke en mentale gezondheid en op het verminderen van stress.

5.17.2 Rol behandelaar

Behandelaars moeten openstaan voor de wens van de patiënt naar deze behandelingen, ook als hun competenties hier niet liggen. Zij moeten eventueel samen met hem nagaan wat de mogelijke voordelen en nadelen of risico's ervan kunnen zijn. Het is belangrijk dat patiënt en behandelaar hierover open kunnen spreken, informatie uitwisselen en zo nodig afspraken maken.

Als de patiënt zich wendt tot een complementair of alternatief therapeut of arts, wordt aangeraden deze laatste in samenspraak met de patiënt op de hoogte te stellen van de bipolaire stoornis en de behandeling daarvan. Overleg tussen reguliere en complementaire of alternatieve behandelaars is dan wenselijk, mits de patiënt daarin toestemt en de gebruikelijke regels van beroepsgeheim en intercollegiaal overleg gewaarborgd zijn.

5.18 Behandeling bij jeugdigen

Behandeling bestaat, net als bij volwassenen, uit psycho-educatie, leefregels en medicatie. Daarbij lijken naast de stemmingsstabilisatoren (lithium en valproïnezuur) de atypische antipsychotica effectief te zijn. De effectiviteit is echter alleen onderzocht op de korte termijn bij de manische episode. Er zijn geen onderhoudsbehandelingen onderzocht en ook ontbreekt onderzoek bij de bipolaire depressie bij jeugdigen (12-18 jaar).

5.19 Behandeling bij ouderen

Hoewel de behandeling van ouderen met een bipolaire stoornis in grote lijnen niet verschilt van jongere volwassenen, is er wel sprake van een aantal specifieke aandachtspunten.

- Bij het voorschrijven van psychofarmaca zijn leeftijd, lichamelijke conditie en het overige medicatiegebruik belangrijk. Ouderen zijn gevoeliger voor bijwerkingen en interacties met andere medicijnen. Behandelaars dienen daarom goed op de hoogte te zijn van al het medicatiegebruik en de wisselwerking daarvan met de medicijnen voor de stemming. Voor specifieke maatregelen m.b.t. het gebruik van lithium en andere stemmingsstabilisatoren wordt verwezen naar de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#).
- Veel ouderen hebben lichamelijke aandoeningen. Dit kan van invloed zijn op de stemming en stabiliteit. In de behandelcontacten dient er daarom aandacht te zijn voor lichamelijke aandoeningen, de beperkingen en de gevolgen daarvan voor het dagelijks leven. Samenwerking met de huisarts, apotheker of geriater kan hierbij belangrijk zijn.
- Een bipolaire stoornis kan gepaard gaan met (vaak milde) cognitieve beperkingen. Naarmate mensen ouder worden neemt de kans op geestelijke achteruitgang door andere oorzaken toe, bijvoorbeeld door hart- en vaat-aandoeningen. Het is van belang om het geestelijk functioneren regelmatig te bespreken tijdens de behandeling en hierbij ook de informatie van naastbetrokkenen mee te wegen. Het advies is om bij oudere patiënten ten minste eenmalig een neuropsychologisch onderzoek te verrichten.
- Door verschillende oorzaken (zoals overlijden van naasten, beperkte mobiliteit) hebben ouderen meer kans om in een isolement te raken. Dit kan een negatief effect hebben op de stemming of op therapietrouw. Waar nodig mag een actieve inzet verwacht worden van de behandelaar om het sociale netwerk of activiteitenpatroon te verbeteren. Mantelzorgers moeten ondersteund worden in hun dagelijkse zorg voor de patiënt. Samenwerking- en afstemming met andere zorgverleners is van belang.

5.20 Kinderwens en zwangerschap bij bipolaire stoornis

5.20.1 Kinderwens

Als een vrouw met een bipolaire stoornis een kinderwens uit, komt meestal een aantal vragen aan de orde: wat kan een zwangerschap en het hebben van kinderen betekenen voor haar stabiliteit; hoe groot is het risico dat een kind ook een stemmingsstoornis zal krijgen; wat moet er gebeuren met medicijnen tijdens de zwangerschap; hoe groot is het risico van een terugval tijdens de zwangerschap en na de bevalling?

Deze vragen moeten tijdig met de vrouw en haar eventuele partner worden besproken. Dit kan worden gedaan door de eigen behandelaar of (ook) door verwijzing voor advies naar een POP-poli (Psychiatrie-Obstetrie-Pediatrie). Daar werken psychiater, gynaecoloog en kinderarts met elkaar samen.

5.20.2 Aanpassing behandeling

Als de vrouw zwanger wil worden en bijvoorbeeld de anticonceptie staakt of al zwanger blijkt te zijn, moet de medicamenteuze onderhoudsbehandeling mogelijk worden aangepast. De vraag of de medicatie (tijdelijk) afgebouwd en gestopt kan worden hangt af van de actuele toestand en van het aantal en de ernst van eerdere episoden. Als wordt gekozen om onderhoudsmedicatie te blijven gebruiken, heeft lithium de voorkeur (tenzij eerder is gebleken dat de vrouw dit niet verdraagt of dat het duidelijk ineffectief was).

In alle gevallen (met of zonder onderhoudsmedicatie) wordt zo spoedig mogelijk het signaleringsplan aangepast en besproken welke maatregelen (inclusief medicatie) er worden genomen bij onverhoopte depressieve of manische verschijnselen tijdens de zwangerschap of na de bevalling.

5.20.3 Rondom de bevalling

Het wordt aanbevolen om samen te werken met de verloskundige en/of de gynaecoloog die de zwangerschap begeleidt. Zeker als de moeder medicatie gebruikt moet de bevalling klinisch plaatsvinden. Ook in andere gevallen kan een klinische bevalling en een klinisch kraambed geïndiceerd zijn, waarbij voor een prikkelarme omgeving en een goede nachtrust gezorgd moet worden. Als het kraambed (deels) thuis wordt doorgebracht, kan extra kraamzorg geïndiceerd zijn.

In de periode na de bevalling is er een verhoogde kans op een nieuwe manie of depressie. Ook als er tijdens de zwangerschap geen medicatie werd gebruikt, kan het daarom raadzaam zijn om preventieve medicatie meteen na de bevalling te herstarten. Dit kan consequenties hebben voor de mogelijkheid om borstvoeding te geven. Voor details over het beleid rondom een zwangerschap wordt verwezen naar de [multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen](#). De nadruk ligt op het voorkomen van oververmoeidheid en te weinig slaap in de eerste weken. In de eerste weken na de bevalling kan de laatste avond- of nachtvoeding door de partner of een andere naastbetrokkene gegeven worden.

6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

6.1 Herstel

Vanouds bedoelde men met herstel in de eerste plaats 'genezing'. Tegenwoordig wordt herstel op verschillende manieren opgevat. In deze zorgstandaard worden vier soorten herstel onderscheiden: symptomatisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.

Een bipolaire stemmingsstoornis kan grote gevolgen hebben op maatschappelijk en persoonlijk gebied. Het herstel op deze levensgebieden noemen we maatschappelijk en persoonlijk herstel. Deze dimensies van herstel spelen een rol in alle stadia van de aandoening. Het is van belang om vanaf het moment dat iemand in contact komt met de zorg, te inventariseren wat iemands persoonlijke, sociale en maatschappelijke situatie is en of daarbij ondersteuning nodig is. Bijvoorbeeld door middel van psychosociale interventies, zie [Psychosociale behandeling](#). De behandelaar moet het initiatief nemen om deze ondersteuning in gang te zetten en te coördineren.

6.1.1 Maatschappelijk herstel

De aandoening kan gevolgen hebben voor relaties, sociale contacten, werk, opleiding, financiën, wonen, zinvolle daginvulling en vrije tijdsbesteding. Ook kunnen de vele vooroordelen die bestaan over mensen met een psychische aandoening leiden tot maatschappelijke uitsluiting en isolement. Zie verder de zorgstandaarden [Destigmatisering](#), [Daginvulling en participatie](#) en [Herstelondersteuning](#).

Aandachtspunten

Maatschappelijk herstel is het herstel van het dagelijkse, sociale en maatschappelijke functioneren en het ontwikkelen of weer oppakken van sociale rollen. Dit betreft zowel de kring van lotgenoten, familie en vrienden als de bredere context van werk, studie en vrije tijdsbesteding. Bij mensen met een bipolaire stoornis zijn er bij deze vorm van herstel een paar specifieke aandachtspunten:

- Allereerst is er een globale volgorde in de tijd aan te geven. Bezien vanuit een acute manische of depressieve episode is dat: symptomatisch herstel - functioneel herstel - maatschappelijk herstel. Persoonlijk herstel speelt altijd een rol. Een acuut manische patiënt zal men bij het werk weghouden in plaats van laten re-integreren. Relatiegesprekken hebben in de acute fase betrekking op het hier en nu en nog niet op langer bestaande problemen die misschien hebben bijgedragen aan de episode. Een herstellende depressieve patiënt moet nog niet te zwaar worden belast.
- Er moet bij maatschappelijk herstel aandacht zijn voor mogelijke cognitieve beperkingen: problemen met concentratie, geheugen en het plannen. Deze problemen blijven na het symptomatische herstel van een episode vaak nog langere tijd bestaan en kunnen het functionele herstel vertragen. Het duurt vaak een jaar om na een ernstige episode weer op het oude niveau te kunnen functioneren. Bij sommige mensen zijn de beperkingen blijvend. Een gericht neuropsychologisch onderzoek kan inzicht geven de aard en ernst van de beperkingen.

6.1.2 Persoonlijk herstel

Psychiatrische aandoeningen hebben invloed op iemands zelfbeeld en zelfvertrouwen. Herstel op dit, overkoepelende, vlak wordt persoonlijk herstel genoemd. Een aantal processen speelt een grote rol bij persoonlijk herstel:

- hernieuwde betekenisgeving aan de eigen psychische klachten en het eigen levensverhaal;
- hervinden van een eigen, persoonlijke identiteit;
- hervinden van verbondenheid met anderen;
- hervinden van perspectief en hoop;
- hervinden van grip op het eigen leven.

Deze factoren zijn niet los van elkaar te zien. Bij herstelprocessen gaat het om psychologische en sociale deelprocessen die nauw met elkaar verweven zijn, voortdurend op elkaar inwerken en elkaar kunnen versterken. Persoonlijk herstel is een continu proces. Het speelt in alle fasen en stadia van de aandoening een rol.

6.1.3 Herstelondersteunende zorg

Er zijn de afgelopen jaren vele initiatieven gestart om meer op herstel gerichte zorg te realiseren. Een belangrijk patiëntgestuurd initiatief op het gebied van persoonlijk herstel is de [stichting HEE \(Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid\)](#). HEE richt zich op zingeving, participatie en burgerschap. HEE geeft cursussen en trainingen aan mensen met psychische aandoeningen en aan zorgverleners. Daarnaast zijn er andere initiatieven en ook methodieken gericht op herstelondersteuning. Bijvoorbeeld:

- [Herstellen doe je zelf, Wellness Recovery Action Plan \(WRAP\)](#);
- Herstelverhaal;
- [Individuele Rehabilitatie Benadering \(IRB\)](#);
- [Illness Management and Recovery \(IMR\)](#);
- lotgenotengroepen (huiskamergroepen).

De manier waarop herstelondersteuning is georganiseerd is divers. Dat komt doordat ook gemeenten, door verandering in wetgeving (Wet maatschappelijke ondersteuning en Participatiewet), mensen moeten ondersteunen bij het werken aan herstel. Herstel speelt zich dus zowel in het ggz-domein als in het sociaal domein af. Het is belangrijk dat er tussen deze domeinen op lokaal en regionaal niveau wordt samengewerkt, bijvoorbeeld in

de vorm van regionale herstelacademies.

6.2 Participatie

Bij het werken aan persoonlijk en in het bijzonder maatschappelijk herstel is participatie een belangrijk doel. Het kan zorgen voor structuur, sociale contacten, zelfvertrouwen en zingeving. Het deelnemen aan de samenleving kent volgens de Participatieladder 6 niveaus:

- Niveau 6: Betaald werk
- Niveau 5: Betaald werk met ondersteuning
- Niveau 4: Onbetaald werk
- Niveau 3: Deelname aan georganiseerde activiteiten
- Niveau 2: Sociale contacten buitenshuis
- Niveau 1: Geïsoleerd

Het streven is om op een zo passend mogelijk niveau te participeren. Voorwaarde is wel dat er rekening wordt gehouden met iemands mogelijkheden en beperkingen. In hoeverre participatie mogelijk is, is sterk afhankelijk van de mate waarin iemand last heeft van de aandoening:

- Sommige mensen ondervinden geen of nauwelijks beperkingen en kunnen op hoog niveau (blijven) functioneren.
- Een groep mensen zal een beroep moeten doen op een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering maar kan wel vrijwilligerswerk doen of andere maatschappelijke activiteiten ondernemen.
- Voor anderen is het aangaan van contacten buitenshuis al een hele uitdaging.

6.3 Re-integratie

Er zijn effectieve methodes om mensen met psychische aandoeningen te helpen bij participatie en meer specifieke bij het vinden van betaald werk. Bijvoorbeeld de [Individuele Rehabilitatie Benadering \(IRB\)](#) en [Individuele Plaatsing en Steun \(IPS\)](#). Met name IPS is een effectief gebleken re-integratiemethode om mensen met een ernstige psychische aandoening te ondersteunen in het vinden en houden van betaald werk. Bijzonder aan IPS is dat de IPS-trajectbegeleider deelneemt in het ggz-behandelteam bij wie iemand in zorg is en behandelaars goed op de hoogte van de arbeidsdoelen van de patiënt. Er wordt zo snel mogelijk gestart in een passende baan en eventuele training wordt bij voorkeur gegeven als de betrokkene al aan het werk is.

Meer algemene informatie over de ondersteuning bij (weer) aan het werk gaan is te vinden in de zorgstandaarden [Herstelondersteuning](#), [Destigmatisering](#), [Daginvulling en participatie](#) en [Arbeid als medicijn](#).

6.3.1 Specifieke aandachtspunten bij bipolaire stoornissen en re-integratie

- In het algemeen wordt bij mensen met een bipolaire stemmingsstoornis het werken op onregelmatige tijden en in nachtdiensten afgeraden vanwege de destabiliserende invloed van voortdurende verschuivingen van het slaap-waakritme (ook wel circadiane of 24-uursritme genoemd).
- Bij ziekteverzuim is het belangrijk dat ggz-zorgverleners nagaan of de patiënt behoefte heeft aan ondersteuning bij het contact met bedrijfsarts en leidinggevende.
- Na een acute episode is het wenselijk om de werkuren en de werkdruk geleidelijk op te bouwen. Bij het maken van afspraken over re-integratie moeten betrokkenen zich realiseren dat het na de werkhervatting nog lange tijd kan duren voordat de werknemer op het oude niveau kan functioneren. Vooral cognitieve taken zoals het plannen van werkzaamheden kunnen veel moeite kosten.
- Er kan sprake zijn van wisselende belastbaarheid door het episodische verloop van de aandoening. Soms moeten te hoge verwachtingen worden bijgesteld, doordat iemand tijdens een hypomanische episode tijdelijk bovenmatig heeft gepresteerd.
- Het komt vaak voor dat iemand na het doormaken van enkele episodische verlopen geen goede inschatting meer kan maken over zijn haalbare niveau van functioneren. Gesprekken met een arbeidsdeskundige, ergotherapeut of coach die bekend is met de uitwerking van de bipolaire stoornis bij de patiënt, zijn dan aangewezen.
- Tot slot moet aandacht worden besteed aan het dilemma in hoeverre iemand op het werk, bij sollicitaties, of in het sociale verkeer het hebben van een bipolaire stoornis ter sprake moet brengen. Zo kan er besproken worden wat iemand zou kunnen vertellen als er wordt gevraagd naar de reden van het ziekteverzuim.

7. Samenhang met andere zorgstandaarden

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

7.1 Zorgstandaarden

Deze zorgstandaard hangt samen met de [zorgstandaard Depressieve stoornissen](#) en de [zorgstandaard Psychose](#).

7.2 Relevante zorgstandaarden

De zorgstandaarden beschrijven vanuit het patiëntenperspectief de zorg voor het individu die voor meer dan één psychische stoornis relevant is (en daarmee generiek). Deze zorg kan gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie en/of op behandeling. Belangrijk aspect is de ondersteuning van zelfmanagement. Gegeven de complexiteit, de heterogeniteit en de duur van de aandoening, kunnen de meeste zorgstandaarden op enig moment van toepassing zijn op de patiënt met een bipolaire stoornis. Hieronder worden de meest relevante zorgstandaarden genoemd. Net als in andere delen van deze zorgstandaard wordt de inzet van een zorgstandaard zoveel mogelijk gerelateerd aan de fase van de aandoening en de behandeling.

7.2.1 Acute behandeling van een manische, hypomanische of depressieve episode

Voor de acute behandeling van een manische, hypomanische of depressieve episode zijn de volgende zorgstandaarden relevant:

- zorgstandaard [Acute psychiatrie](#);
- zorgstandaard [Assertieve en verplichte zorg](#);
- zorgstandaard [Suïcidaal gedrag](#).

7.2.2 Voortgezette behandeling na de acute episode

Voor de voortgezette behandeling, na de acute periode, zijn de volgende zorgstandaarden relevant:

- zorgstandaard [Comorbiditeit](#);
- zorgstandaard [Herstelondersteuning](#);
- zorgstandaard [Psychotherapie](#).

7.2.3 Onderhoudsbehandeling

Voor de onderhoudsbehandeling zijn de volgende zorgstandaarden relevant:

- zorgstandaard [Arbeid als medicijn](#);
- zorgstandaard [eHealth](#).

7.2.4 In alle fasen van de behandeling

De volgende zorgstandaarden zijn in alle fasen van de behandeling relevant:

- zorgstandaard [Zelfmanagement](#);
- zorgstandaard [Bijwerkingen](#);
- zorgstandaard [Naasten](#);
- zorgstandaard [Destigmatisering](#);
- zorgstandaard [Ernstige psychische aandoeningen\(EPA\)](#).

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

[Specifieke omschrijving stoornis](#) van de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen beschrijft uitvoerig de huidige organisatie van de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis beschreven en doet tal van aanbevelingen daarvoor. Deze zorgstandaard biedt onder [Zorgstandaardafhankelijke aspecten](#) een model voor de praktijk anno 2017. Kernbegrippen voor de organisatie van zorg bij bipolaire stoornissen zijn, gegeven het langdurige en wisselende beloop, 'continuïteit' en 'flexibiliteit'.

8.1.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

Om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen is de structuur van de ggz herzien (Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ). Het doel is om een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons te realiseren: meer zorg vanuit de gespecialiseerde ggz (S GGZ) en de generalistische basis ggz (GB GGZ) en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement. Zo kan de huisarts met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van eHealth- en consultatiemogelijkheden bij de GB GGZ en S GGZ meer patiënten met psychische klachten, waaronder patiënten met chronische problematiek, in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. In de GB GGZ worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de S GGZ is ambulantisering van de zorg mede als gevolg van afgesproken beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de S GGZ is de hoogspecialistische ggz (HS GGZ). Zie daarvoor [Overdracht & consultatie](#).

Gepast gebruik

Naast de echelonering is gepast gebruik van zorg een uitgangspunt binnen de zorgstandaard Bipolaire stoornissen. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling of begeleiding in lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Dit vraagt om de beschikbaarheid van goede, passende diagnostiek en eenvoudige (door)verwijzing in de hele keten, naast gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling waarbij naastbetrokkenen liefst partij zijn.

Zorgaanbieders scheppen hiervoor de voorwaarden in hun organisatie of praktijk, als volgt:

- Zij zorgen dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden.
- Zij werken op basis van principes van matched care.
- Zij meten de effectiviteit van de behandeling regelmatig. Uitkomsten van zorg en behandeling worden op basis van proces- en structuurindicatoren gemeten en geïntegreerd met Routine Outcome Monitoring. Zie hiervoor ook [Kwaliteitsbeleid](#) en [Kwaliteitsindicatoren](#).
- Zij sluiten behandelingen af wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald, door criteria te hanteren voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaard), via intervisie en peer reviews.
- Zij zorgen dat zorgverleners voldoende kennis hebben over het betrekken en ondersteunen van naastbetrokkenen, inclusief kennis van het gegeven dat veel informatie en ondersteuning kan worden gegeven zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naastbetrokkenen (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein.
- Zorgaanbieders in de curatieve ggz leveren hun ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz conform de geldende bestuurlijke afspraken.

8.1.2 Regiebehandelaar

Vanaf 2017 is binnen de zorg sprake van een regiebehandelaar:

regiebehandelaar:: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces en verantwoordelijk is voor de integraliteit van het behandelproces. Voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naastbetrokkenen, is hij het centrale aanspreekpunt. De afspraken over het regiebehandelaarschap kunnen per instelling verschillen. De algemene regels over wie als regiebehandelaar kunnen optreden staan beschreven in het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en zijn hieronder samengevat. Binnen deze kaders wordt de uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar gemaakt in overleg met de patiënt en vastgelegd in het behandelplan.

Generalistische basis ggz (GB GGZ)

In de GB GGZ mogen een gz-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch psycholoog en een klinisch neuropsycholoog optreden als regiebehandelaar, en dat geldt zowel voor vrijgevestigden als voor degenen werkzaam binnen ggz-instellingen. In de GB GGZ binnen instellingen

kunnen bovendien een verpleegkundig specialist ggz, een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (bij hoofddiagnose dementie), en een verslavingsarts KNMG (bij hoofddiagnose verslaving) als regiebehandelaar optreden.

Gespecialiseerde ggz (S GGZ)

In de S GGZ mogen een psychiater, een klinisch psycholoog, een klinisch neuropsycholoog en een psychotherapeut optreden als regiebehandelaar. Dat geldt zowel voor vrijgevestigden als voor degenen die werkzaam zijn binnen ggz-instellingen. In de S GGZ binnen instellingen kunnen bovendien ook een gz-psycholoog, een verpleegkundig specialist ggz, een specialist ouderengeneeskunde, een klinisch geriater, en een verslavingsarts KNMG als regiebehandelaar optreden.

Bij een klinische opname is een psychiater of een klinisch psycholoog in beginsel de regiebehandelaar, maar kan in overleg besloten worden dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname deze rol vervult.

Bij zorg aan jongeren die vanwege het bereiken van de leeftijdsgrens van 18 jaar overgaan van de Jeugdwet naar de ggz mag ook kinder- en jeugdpsycholoog (NIP of SKJ) en orthopedagoog-generalist (NVO of SKJ) optreden als regiebehandelaar.

8.1.3 Overdracht & consultatie

Voor overdracht en consultatie binnen de ggz gelden in deze zorgstandaard onverkort de aanbevelingen van de zorgstandaard Landelijke Samenwerkingafspraken tussen huisarts, GB GGZ en S GGZ (LGA), over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Deze zorgstandaard geldt als model voor lokale en regionale samenwerkingsafspraken. Voor specifieke aandachtspunten bij overdracht binnen de ggz-echelons zie [Samenwerking in de zorgketen](#). Rond overdracht tussen de verschillende zorgdomeinen en het sociale domein bij een bipolaire stoornis zie [Samenwerking in andere domeinen](#).

Regionale expertteams

Een aantal multidisciplinaire teams met een specifieke expertise op het gebied van de bipolaire stoornissen heeft een functie als rol als hoogspecialistische ggz-voorziening. Dit betreft veelal academische centra, hoospecialistische afdelingen of centra aangesloten bij het [Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen](#). Hoogspecialistische ggz betreft de diagnostiek en/of behandeling van complexe problematiek. Deze wordt ofwel ingezet als diagnostiek en/of behandeling in de gespecialiseerde ggz niet afdoende is gebleken, ofwel ingezet als de verwijzer inschat dat diagnostiek en/of behandeling in de S GGZ niet afdoende zal zijn.

Deze regionale expertteams moeten laagdrempelig beschikbaar zijn voor consultatie, second opinion, en (tijdelijke) overname van behandeling bij complexe situaties. Consultatie of second opinion kan 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 (hetzij gediagnostiseerd in de huisartsenpraktijk, hetzij in de GB GGZ of S GGZ);
- bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling in de GB GGZ of S GGZ;
- bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling bij onverwachte terugval;
- bij een adviesbehoefte over omgang met de patiënt of diens naastbetrokkene(n).

8.1.4 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom bevat een zorgstandaard een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden. Dit vereist onder meer eenheid van taal. Partijen zullen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorg- en hulpverleners. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Doel van de informatie-uitwisseling is een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel en het waarborgen van de continuïteit van zorg. Er worden geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om en zonder diens toestemming. De informatiestandaard besteedt ook aandacht aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

8.1.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners.

8.1.6 Keuzevrijheid

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 zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenoemde behandeling of onderzoek. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners 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 zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. 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 zorgverlener 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 gebruikelijke behandeling in een acute of noodsituatie.

Keuzemogelijkheden

De ggz is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent wordt recht gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De patiënt blijft in de gelegenheid zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen. 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 kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter een vereiste. Alle zorgverleners, 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, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naastbetrokkenen besproken.

8.1.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wmo expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke cliëntondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg.

Het gaat om '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 cliëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een cliëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenoemde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. Hij helpt dus om de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Deze omschrijving maakt ook duidelijk wat een cliëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun problemen op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén cliëntondersteuning genoemd.

Volgens het inspiratiedocument van de VNG kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle 3 de lagen:

1. Cliëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
2. Cliëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.
3. Cliëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

8.1.8 Privacy

De zorg wordt zo georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet beroepen individuele gezondheidszorg, BIG). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij of zij heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.

Wanneer een patiënt zijn naastbetrokkenen niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft om informatie met hen te delen, dient de zorgverlener dit te respecteren – behoudens voor het geval de naastbetrokkenen de vertegenwoordigers van de patiënt zijn (ouders met gezag tot 16 jaar, voogd tot 18 jaar of bijvoorbeeld de mentor). Als de naasten niettemin vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie 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, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naastbetrokkene (intern en extern bij bijvoorbeeld Plusminus of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

8.2.1 Samenwerking in de zorgketen

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. Deze teams werken meestal op poliklinieken in de gespecialiseerde ggz. Afhankelijk van de fase van de behandeling, de situatie van de patiënt en de aanwezigheid van expertise is het mogelijk dat de begeleiding in de generalistische basis ggz wordt aangeboden, bijvoorbeeld in de onderhoudsfase. Interventies, behandeling of begeleiding kunnen buiten het team (bijvoorbeeld bij huisarts/POH GGZ en vrijgevestigde behandelaars) worden belegd, maar het multidisciplinaire behandelteam blijft langdurig bij de zorg betrokken. Zie verder [Zorgstandaard onafhankelijke aspecten](#) voor de organisatie van de zorg.

Diagnose en reguliere zorg

In het gespecialiseerde multidisciplinaire team wordt de diagnose gesteld of bevestigd en vindt de reguliere zorg plaats. Overigens kunnen instellingen de zorg zo organiseren dat leden van dit behandelteam (met name verpleegkundig specialisten ggz) deze specifieke expertise voor zeer stabiele patiënten ook kunnen aanbieden in de generalistische basis ggz. Hierbij moet de continuïteit van dossiervoering wel gewaarborgd blijven en dient veelvuldig wisselen van behandelsetting te worden voorkomen.

In het kader van het multidisciplinaire diagnostisch proces wordt de DSM-5 classificatie 'bipolaire stemmingsstoornis (met nadere specificatie)' vastgesteld door de regiebehandelaar op basis van alle op dat moment beschikbare informatie (anamnese, heteroanamnese, oude gegevens over eerdere behandelingen, etc.). Zolang er behandeling nodig is om remissie (acute behandeling), herstel (voortgezette behandeling) en stabilisatie (onderhoudsbehandeling) te bereiken, blijft de zorg plaatsvinden in deze gespecialiseerde poliklinieken.

Acute fase

In de acute fase is in ernstige gevallen vaak zorg nodig van crisisdiensten, (gesloten) opname-afdelingen, of voorzieningen voor intensieve zorg aan huis. In aanvulling hierop kunnen ook vrijgevestigde behandelaars een rol spelen, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychotherapeut. De verschillende behandelaars maken duidelijke afspraken met elkaar en houden elkaar op de hoogte van de voortgang van de behandeling.

Onderhoudsbehandeling

Tijdens de onderhoudsbehandeling kunnen patiënten ook door een vrijgevestigde psychiater worden behandeld, mits er duidelijke afspraken zijn over hoe te handelen in crisissituaties. In de zorg voor sommige langdurig stabiele patiënten kan de huisarts met POH-GGZ een rol spelen, mits consultatie van de gespecialiseerde ggz op adequate wijze is geregeld.

Het multidisciplinaire behandelteam blijft langdurig bij de zorg voor de patiënt betrokken. In de onderhoudsfase kan de zorg dan bijvoorbeeld beperkt blijven tot een 2 of 4 keer per jaar een gesprek. Daarin kunnen patiënt en behandelaar diens situatie evalueren en worden medicatiecontrole en de bijbehorende somatische screening uitgevoerd. Zo blijft het team ook op de hoogte van belangrijke ontwikkelingen in het leven van de patiënt. Bij sommige patiënten kan ook bij een stabiele stemming intensievere behandeling noodzakelijk zijn, zoals bij (somatische) comorbiditeit of veel psychosociale problematiek. Bij een beginnende manie of depressie kan de zorg door hetzelfde team snel en adequaat geïntensiveerd worden. Zeker bij patiënten met een bipolaire I stoornis, of met een bipolaire II stoornis met ernstige (psychotische) depressies, is een continuering van de zorg bij deze multidisciplinaire teams in de gespecialiseerde ggz aangewezen.

Samenstelling kernteam

Zodra de diagnose is vastgesteld, stelt het multidisciplinaire team een kernteam samen rond de patiënt, geleid door de regiebehandelaar. Dit kernteam houdt in alle fasen van de aandoening de regie over de zorg die aan deze patiënt wordt geboden.

Een kernteam bestaat uit:

- de patiënt;
- een naastbetrokkene (indien de patiënt hierin toestemt);
- een psychiater;
- een psycholoog;
- een verpleegkundig specialist of sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

De huisarts blijft betrokken, zeker als de patiënt ook lichamelijke aandoeningen heeft.

Zorgproces

De goed geïnformeerde patiënt is leidend bij het opstellen van het individuele zorgplan. Daarbij wordt uitgegaan van zijn/haar wensen, verwachtingen en ervaringskennis. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de coördinatie tussen verschillende disciplines en het inhoudelijk beleid. Primair aanspreekpunt voor de patiënt is meestal de verpleegkundig specialist ggz of SPV. Met regelmaat vindt gezamenlijke besluitvorming plaats binnen het team. De frequentie van dit voortgangsoverleg hangt af van de persoonlijke situatie en de fase van de aandoening.

Uitvoering behandeling(en)

De verschillende behandelingen en interventies kunnen ook door anderen worden uitgevoerd, zoals andere disciplines binnen het eigen behandelteam of behandelaars buiten het behandelteam. Het kan daarbij gaan om een ambulant verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut, ervaringsdeskundige, maatschappelijk werkende of trajectbegeleider.

Intensivering

Zo nodig kan de zorg vanuit het kernteam tijdelijk worden geïntensiveerd door meer frequente behandelcontacten, intensieve thuisbehandeling of (dag) klinische behandeling.

Overdracht bij outreachende zorg

Als er sprake is van een structurele behoefte aan outreachende zorg, kan de zorg worden overgedragen aan een F-ACT-team. Bij tijdelijke overdracht van de zorg, houdt de ambulante regiebehandelaar contact met de patiënt en de behandelaars. Hij bewaakt de handhaving van de uitgestippelde behandelplan en stuurt deze zo nodig bij. Bij voorkeur is de patiënt en een naastbetrokkene bij deze besprekingen aanwezig. In elk geval vindt van tevoren afstemming plaats met de patiënt.

Informatie-uitwisseling

Vlotte informatievoorziening en laagdrempelig contact tussen de verschillende betrokkenen is essentieel. Er moet een dossier zijn waarin in elk geval opgenomen zijn: het individuele zorgplan, het signaleringsplan, en de medicatie en relevante laboratoriumwaarden. In samenspraak met de patiënt verzamelt het kernteam de informatie en legt deze vast. In het voortgangsoverleg wordt informatie waar nodig aangepast en bijgewerkt. Op basis van hiervan stelt het kernteam het verdere beleid vast. Uiteraard kan de patiënt altijd het eigen dossier inzien. Ook de naastbetrokkene kan - voor zover de patiënt dat wenst en de regelgeving op het gebied van privacy dat toelaat - inzage krijgen in diens dossier.

Individueel zorgplan & het elektronisch patiëntendossier (EPD)

Het individueel zorgplan is een dynamische set afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van de individuele zorgplanning.

Het is voor patiënt en zorgverleners van belang dat er één zorgplan per patiënt is. Het individuele zorgplan moet daarom bruikbaar zijn ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt in zorg is. Het individuele zorgplan is bij voorkeur digitaal te bewerken en te lezen. En het dient toegankelijk te zijn voor zowel patiënten als de betrokken zorgverleners.

Bij klinische opname

Als ambulante zorg (tijdelijk) niet toereikend is en een opname nodig is, moet de ambulante behandelaar actief zorgdragen voor een snelle overdracht van informatie naar de kliniek. Andersom neemt ook de kliniek zo spoedig mogelijk contact op met de ambulante behandelaar. Zo kan de behandeling van de acute fase al worden afgestemd op de voortgezette en onderhoudsfase en kunnen bestaande inzichten over de behandeling en de persoonlijke situatie van de patiënt adequaat worden meegewogen. Voor dergelijke essentiële overlegsituaties dient voor de ambulante behandelaar de financiële vergoeding adequaat geregeld te zijn, met name als deze in een andere instelling werkzaam is.

Medicatie instellen en controleren (monitoren)

Het zorgvuldig instellen op effectieve medicatie is bij een patiënt met een bipolaire stoornis vaak complex en hoort vanwege de benodigde expertise en ervaring thuis in de gespecialiseerde ggz. Het voorschrijven en bijstellen van de medicatie in de onderhoudsfase vereist bovendien een duidelijke organisatie. Zo moet bij het gebruik van lithium regelmatig laboratoriumcontrole plaats vinden, is het af en toe bijstellen van de dosering noodzakelijk en moet gelet worden op mogelijke bijwerkingen en complicaties. Dit geldt, zij het in iets mindere mate, ook voor andere stemmingsstabilisatoren.

Bij langdurig stabiel ingestelde patiënten kan het controleren en voorschrijven van onderhoudsmedicatie in sommige situaties ook elders plaatsvinden, zoals in de huisartspraktijk (zie [Overdracht & consultatie](#) en de zorgstandaard LGA). In de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen

Bron: Kupka RW, Goossens P, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, Dols A, Hillegers M, Hooglander A, Kulve E ter, Peetoom T, Schulte R, Stevens A & Duin D van (2015). Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen; Derde, herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut, De Tijdstroom.

worden hiervoor enkele randvoorwaarden genoemd.

Lithium

Voor de behandeling met lithium vergt een zorgvuldige monitoring. Zie achtergronddocument [Het gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk](#) en [Alles overlithium](#).

Op [Thuisarts.nl](#) staat de [patiënteninformatie over Lithium](#).

8.2.2 Samenwerking in andere domeinen

Relatie met het sociaal domein en re-integratie

Om maatschappelijk en persoonlijk herstel te bereiken, zijn goede afstemming en samenwerking tussen het kernteam en eventuele andere maatschappelijke voorzieningen belangrijk. Bijvoorbeeld rond betaald werk is gebleken dat integratie (afstemmen, samenwerken) van arbeidsbegeleiding en zorgaanbod effectief is bij mensen met ernstige psychische aandoeningen in het algemeen. Ook voor de andere levensdomeinen geldt vermoedelijk dat samenwerking tussen de zorg en het sociale domein meer kansen biedt voor mensen met bipolaire stoornissen om 'mee te doen' in wonen, werken en leven. Daarom moet de organisatie van zorg beschreven in deze standaard zo ingevuld worden dat soepele afstemming en integratie mogelijk is met de meer op maatschappelijk en persoonlijk herstel gerichte zorg en dienstverlening.

De Wmo en de Participatiewet spelen hierbij een belangrijke rol. Omdat dit thema alle mensen met psychische aandoeningen raakt, wordt verwezen naar de uitgewerkte visie in de zorgstandaarden [Ernstige psychische aandoeningen](#), [Herstelondersteuning](#) en [Arbeid als medicijn](#).

Continuïteit van behandeling en dossiervoering

Bij de zorg voor patiënten met een bipolaire stoornis zijn behalve zorgverleners of zorginstellingen vaak tal van andere organisaties betrokken. Bijvoorbeeld wijkteams, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, instellingen voor verslavingszorg en somatisch specialisten. Samenwerken met (inclusief het overdragen van de zorg naar andere organisaties, zoals de generalistische basis ggz en wijkteams, gaat vaak samen met het inschakelen van andere behandelteams en andere dossiers. Hierdoor kan waardevolle informatie verloren gaan, die juist nodig is bij een dreigende manie of depressie. Afstemming kan problemen geven en daarom moeten bij overdracht van zorg goede afspraken worden gemaakt. Juist bij een vaak onvoorspelbaar verlopende aandoening als de bipolaire stoornis zijn continuïteit van behandeling en dossiervoering essentieel.

8.3 Kwaliteitsbeleid

8.3.1 Kwaliteitsstatuut

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van toepassing op deze zorgstandaard.

8.3.2 Deskundigheidsbevordering

Het is van belang dat alle betrokken zorgverleners goede en actuele kennis hebben. 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 zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid en de juiste attitude hebben om de beschreven zorg te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

8.3.3 Voorwaarden voor optimale zorg

Voor optimale zorg voor mensen met een bipolaire stoornis moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- 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.

8.3.4 Kwaliteitscyclus per fase (indicatoren, evalueren, bijstellen)

De behoefte aan zorg verschilt per fase en stadium van de aandoening. Vanwege het episodische beloop van de bipolaire stoornis en de langdurige kwetsbaarheid, is het van belang dat steeds wordt geanticipeerd op een mogelijk volgende fase. Zo zal tijdens een acute manische fase al contact gelegd moeten worden met de behandelaars die de zorg in de voortgezette fase zullen overnemen. In de stabiele fase is het belangrijk dat een signaleringsplan aanwezig is om de kans op een volgende episode te verkleinen.

Per fase wordt een indicator vastgesteld voor het effect van de behandeling (1) en voor de wijze waarop de overgang naar de volgende fase wordt bevorderd (2).

Acute fase

1. Hoe snel wordt symptomatisch herstel bereikt? Zijn mogelijke complicaties voorkomen of beperkt gebleven? Is conform de richtlijn medicatie voorgeschreven?
2. Bij klinische opname: is contact gelegd met het ambulante team dat de voortgezette behandeling overneemt?

Voortgezette behandeling

1. Is terugval voorkomen? Hoe snel is volledig of optimaal functioneel herstel bereikt?
2. Zijn er duidelijke afspraken gemaakt over de onderhoudsbehandeling?

Onderhoudsbehandeling

1. Is er aandacht gegeven aan maatschappelijk herstel?
2. Indien de zorg bij langdurige stabiliteit wordt overgedragen naar de generalistische basisggz of de huisarts, zijn er dan afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz als opschaling noodzakelijk is?

8.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

8.4.1 Budget impact analyse

De werkgroep heeft besloten om de kosteneffectiviteit in relatie tot het beslag op de middelen (budget impact) te schatten van behandelingen gericht op de onderhoudsfase. Die schatting is gedaan voor de volgende behandelingen:

1. onderhoudsmedicatie met lithium;
2. individuele psychotherapie;
3. collaborative care (vooralsnog het best beschikbare model voor multidisciplinaire zorg).

Voor de analyse werd een gezondheidseconomisch model ontwikkeld om de gezondheidseffecten en de kosten van bepaalde behandelingen te berekenen. Dit model is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar het voorkomen en beloop van bipolaire stoornissen (epidemiologie), het effect van de genoemde behandelingen (klinische effectiviteit) en kosten. Als input voor het model is gezocht naar publicaties waarin kosten en effecten van behandelingen gericht op bipolaire stoornissen zijn onderzocht (zie [Budget impact analyse](#)).

Het gezondheidseconomisch model neemt als uitgangspunt patiënten in de onderhoudsfase die een terugval kunnen krijgen naar een acute depressie of acute manie. De kosten van de verschillende behandelingen werden berekend en afgezet tegen enerzijds een vermindering in kosten doordat er naar verwachting minder vaak een acute episode optreedt, en anderzijds een toename in kwaliteit van leven als gevolg van een verwachte verbetering in gezondheid.

8.4.2 Resultaten kosteneffectiviteit

Het model laat zien dat elk van de drie behandelingen (onderhoudsmedicatie met lithium, individuele psychotherapie en collaborative care) zeer waarschijnlijk kosteneffectief is.

8.4.3 Resultaten budget impact analyse

Het aanbieden van elk van de behandelingen kost een bepaalde hoeveelheid geld. Een terugval kost ook geld. Doordat de behandelingen gepaard gaan met minder terugval, wordt een deel van de kosten van de behandeling gecompenseerd. Het aanbieden van elk van de interventies aan ongeveer 2.000 personen (5% van de geschatte doelgroep) gaat bij benadering gepaard met de volgende verwachte verandering in budget:

- €2 miljoen kosten per jaar in geval van individuele psychotherapie;
- €750.000 kosten per jaar in geval van collaborative care;
- €70.000 kosten per jaar in geval van onderhoudsmedicatie.

8.4.4 Conclusie

Psychotherapie, collaborative care en onderhoudsmedicatie vergen dus enerzijds een hoger budget, maar leveren anderzijds dermate veel gezondheidswinst (kwaliteit van leven) op, dat elk van de interventies met grote kans kosteneffectief is.

8.5 Financiering

8.5.1 Algemeen

Een zorgstandaard 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 zorgstandaard 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 zorgstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

8.5.2 Specifiek

De financiering van de zorg voor mensen met een bipolaire stoornis is grotendeels geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en, in het geval van jongeren tot 18 jaar, in de Jeugdwet. Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken, sinds zij vanuit de Wmo en de Participatiewet verantwoordelijk zijn voor de integrale ondersteuning van kwetsbare burgers, zoals bij wonen, daginvulling of werk. Voor mensen die langdurig opgenomen zijn, is financiering geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz).

9. Kwaliteitsindicatoren

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

9.1 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 'monitoring bipolaire stoornissen' leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk is op 3 maart 2020 toegevoegd aan deze zorgstandaard in het Register van het zorginstituut Nederland

Register van het zorginstituut Nederland: Niet alle partijen die de zorgstandaard 'bipolaire stoornissen' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven: Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

9.2 Uitkomstindicatoren

9.2.1 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.

9.2.2 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 Bipolaire Stoornissen. 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 voor volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen. Als een instrument alleen geschikt is voor ouderen, staat deze in de kolom voor ouderen.

De werkgroep stelt een aantal stoornisspecifieke kwaliteitsindicatoren voor, mede gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen

(2015). Voor de uitkomstindicatoren betreft dit:

- Remissie: het percentage patiënten zonder episoden of zonder heropnamen in een jaar.
- Ernst van (rest)symptomen en comorbide problemen (gemeten met een meetinstrument).
- Aantal opnamedagen per patiënt.

9.2.3 Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

Volwassenen:

De *Clinical Global Impression, bipolar version (CGI-BP)*

Bron: Spearing M.K., Post R.M., Leverich G.S., Brandt D., Nolen W.; Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP; *Psychiatry Res.* 1997 Dec 5;73(3):159-71.

is een instrument om periodiek de stemming van de patiënt vast te leggen. De CGI-BP vraagt naar de ernst van de manie, depressie en algehele bipolaire stoornis (schaal van '1 Normaal, niet ziek' tot 7 'zeer ernstig ziek'), gecombineerd met verandering ten opzichte van de vorige beoordeling (schaal van '1 Zeer veel verbeterd' tot 7 'zeer veel slechter', met een niet van toepassing optie). De CGI-BP is de klinische beoordeling van de behandelaar over de stemming van de patiënt in de afgelopen week.

De *Life Chart*

Bron: National Institute of Mental Health-Life-Chart Method (NIMH-LCM)

Denicoff KD, Leverich GS, Nolen WA, Rush AJ, McElroy SL, Keck PE, Suppes T, Altshuler LL, Kupka R, Frye MA, Hafez J, Brotman MA, Post RM. Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCM-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychol Med.* 2000 Nov;30(6):1391-7

Denicoff KD, Ali SO, Sollinger AB, Smith-Jackson EE, Leverich GS, Post RM. Utility of the daily prospective National Institute of Mental Health Life-Chart Method (NIMH-LCM-p) ratings in clinical trials of bipolar disorder. *Depress Anxiety.* 2002;15(1):1-9

wordt wereldwijd gebruikt om stemmingen, levensgebeurtenissen en medicatie bij te houden. De patiënt houdt erin bij wanneer ontregelingen plaatsvonden, onder welke omstandigheden en wat hielp om eruit te komen. Van de Life Chart

Bron: Post, R.M., 2002, Nederlandse vertaling Altrecht GGZ / Nolen, W.A.

methode worden de onderstaande het meest gebruikt:

- Life Chart Method Clinician – prospectief 1 maand
- Life Chart Method Clinician – prospectief 3 jaar
- Life Chart Method Clinician – retrospectief 3 jaar
- Life Chart Method Self-Rating – prospectief 1 maand
- Life Chart Method Self-Rating – retrospectief 3 jaar

De *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Bron: Montgomery & Asberg 1979, Svanborg & Asberg 1994. Nederlandse vertaling: Hartong & Goekoop 1985

meet de ernst van depressieve symptomen. De schaal bestaat uit 10 items

10 items: Deze 10 items zijn geselecteerd uit de 65 elementen van de Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) ontwikkeld door Asberg et al. in 1978. De geselecteerde items zijn diegene die het meest frequent werden vastgesteld en die het gevoeligst zijn voor verandering.

en wordt ingevuld door de behandelaar. De vragenlijst scoort binnen en 7-punt-schaal met schaalankerpunten (two-points-interval) wat betekent dat de

beoordelaar moet beslissen of de score op de gedefinieerde stappen ligt (0, 2, 4, 6) of er tussen in (1, 3, 5). Er is ook een zelfbeoordelingschaal (MADRS-S) met 9 vragen.

De *Hamilton Depression Rating Scale-17 (HDRS-17)*

Bron: Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56–62; Nederlandse versie: Dijkstra (1974), Bech P. (1989), de Jonghe F (1994)

meet de mate van depressie voor, gedurende en na de behandeling. De vragenlijst kijkt naar lichamelijke- en gedragssymptomen die zijn voorgekomen in de afgelopen week. De onderwerpen van de items hebben onder andere betrekking op depressieve stemming, schuldgevoelens, retardatie, ziekte-inzichtverlies, suïcide en interesseverlies. De HDRS-17 bestaat uit 17/21 vragen en wordt ingevuld door de behandelaar.

De *Depression Anxiety Stress Scale - 21*

Bron: Schippers G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2007)

(ook wel bekend als Module 10 of MATE-Q2) is bedoeld om patiënten op te sporen waarbij mogelijke behandeling voor angst-, stemmings-, of stresssymptomen is geïndiceerd. De lijst bestaat uit 21 vragen waarbij steeds een keuze gemaakt wordt uit vier antwoordmogelijkheden van "Helemaal niet of nooit van toepassing" tot "Zeer zeker of meestal van toepassing". De terugvraagperiode is 7 dagen. De DASS-21 is een zelfbeoordelingslijst.

De *Beck Depression Inventory-second editon (BDI-II)*

Beck Depression Inventory-second editon (BDI-II): <https://www.pearsonclinical.nl/bdi-ii-nl-r-beck-depression-inventory-second-edition-nederlands-herziene-editie>

meet cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve symptomen bij depressie. De BDI is een zelfrapportage-vragenlijst van 21 vragen die de mate van depressiviteit inventariseert. Deze items meten de mate van hopeloosheid, prikkelbaarheid, schuldgevoelens en fysieke symptomen, zoals moeheid, slaapproblemen of gewichtsverlies in de afgelopen 2 weken. De BDI-II is ontworpen voor gebruik vanaf 13 jaar.

De *Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM)*

Bron: Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM. The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry*. 1997 Nov 15;42(10):948-55. Nederlandse vertaling: J.W. Renes en R.W. Kupka, Altrecht GGZ, versie oktober 2009

meet in 5-items de aanwezigheid en/of ernst van manische symptomen. De vijf items (over geluk en vrolijkheid, zelfverzekerdheid, slaapbehoefte, praten, activiteit) worden gescoord op een olopende schaal van 0 'niet anders dan gewoonlijk' tot 4 'extreem, voortdurend etc. De terugvraagperiode is de afgelopen 7 dagen en de patiënt vult de vragenlijst zelf in. Als de ASRM wordt gebruikt als maat voor effectiviteit van de behandeling, worden voor, tijdens en na de behandeling steeds de somscores met elkaar vergeleken.

De *Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)*

Bron: Rush, Gullion en Basco (1996); Nederlandse versie: Akkerhuis (1997)

meet alle negen DSM-symptoomdomeinen van een depressie (depressieve stoornis), melancholische en atypische symptomen, en vaak met depressie geassocieerde symptomen zoals angst en pijn. De IDS kent twee versies: een door een clinicus afgenomen gestandaardiseerd en gestructureerd interview (IDS-C) en een zelfbeoordelings-vragenlijst (IDS-SR)

Bron: <http://www.ids-qids.org/about.html>

. De structuur van de IDS-C en de IDS-SR is hetzelfde. De respondenten wordt standaard gevraagd hoe men zich de afgelopen 7 dagen heeft gevoeld. De IDS-C/SR bestaat uit 30 antwoorditems die gescoord worden op een schaal van 0-3.

De *Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR)* is een verkorte versie van de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

De *Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL)*

Bron: Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39:538-47.

helpt om psychische klachten bij cliënten in kaart te brengen. Het geeft inzicht in de klacht op basis van vier dimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. Deze dimensies worden uitgevraagd met 50 vragen, die beantwoord worden in de range 'nee' (0), 'soms' (1) of regelmatig / vaak / heel vaak voortdurend (2). De terugvraagperiode is een zeven dagen en de patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De **Clinical Global Impression Scale (CGI)**

Bron: AZG Groningen; Nolen, W.A.

meet de globale ernst van psychopathologie alsmede de verandering daarin over in de tijd. De vragenlijst telt twee items die scoren zijn met een cijfer tussen de 1 en de 7 (van 'normaal, niet ziek' tot 'zeer ernstig ziek' en van 'zeer veel verbeterd' tot 'zeer veel slechter'). De CGI is de klinische beoordeling van de behandelaar.

De **Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM)**

Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM): <https://www.coresystemtrust.org.uk/instruments/core-om-information/>

meet de vooruitgang van patiënten tijdens de behandeling. De CORE-OM (wordt vaker de CORE 34 genoemd) kent 4 subschalen (Welzijn, Problemen & symptomen, Functioneren, Risico), die worden uitgevraagd door 34 stellingen voor te leggen aan de patiënt met de vraag deze te scoren over de afgelopen week. De scoring van items loopt van 0 'nooit tot 4 '(bijna) altijd'.

Er bestaan ook twee verkorte varianten van de CORE-OM, namelijk de CORE-5 en de CORE-10, waarin respectievelijk 5 of 10 stellingen uit de CORE-OM worden voorgelegd.

Jongeren:

De **Young Mania Rating Scale**

Young Mania Rating Scale: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/Young-Mania-Rating-Scale-Measure-with-background.pdf>

is de Altman Self-Rating Mania Scale versie voor adolescenten. De lijst bestaat uit elf meerkeuzevragen vragen waarbij de ernst van manische episodes van de jeugdige in kaart wordt gebracht.

9.2.4 Generieke instrumenten

Mate van functioneel herstel

Volwassenen:

MATE-IC, ook wel bekend als module 7, is een onderdeel van de MATE gebaseerd op het ICF.

het ICF.: De Mate 7 is gebaseerd op de Internationale classificatie van het menselijk functioneren, de ICF. (International Classification of Functioning, disability and health) Menselijk functioneren verwijst in de ICF naar functies en anatomische eigenschappen, maar ook naar activiteiten en participatie, dat wil zeggen naar de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Module 7 wordt gebruikt voor het vaststellen van de mate van sociale (des)integratie en is bij uitstek geschikt voor het meten van verandering in functioneren in de tijd. Module 7 beoordeelt op de 19 'Activiteiten en Participatie' domeinen de beperking in de uitvoering, ofwel de moeite die de persoon heeft met de betrokken activiteit of participatie. Dit loopt van geen beperking tot volledige beperking. De terugvraagperiode is 30 dagen. Module 7 is een beoordelingschaal.

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)**

WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2): 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 **Functioning Assessment Short Test, Nederlandse vertaling (FAST-NL)**

Bron:
https://www.researchgate.net/publication/6280446_Validity_and_reliability_of_the_Functioning_Assessment_Short_Test_FAST_in_bipolar_disorder

is ontworpen om mogelijke problemen in het functioneren te meten bij psychiatrische patiënten, in het bijzonder bipolaire patiënten. De FAST een vragenlijst welke per interview wordt afgenomen bij de patiënt, bestaande uit 24 items die 6 specifieke onderdelen van sociaal functioneren weergeven: autonomie, functioneren op het werk, cognitief functioneren, financiële zaken, interpersoonlijke relaties en vrije tijdsbesteding. De stellingen worden gescoord van 0 'geen probleem' tot 3 'ernstig probleem'.

De **Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)**

Bron: <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/publicaties/signalerings/signalerings-herstel-herstelondersteuning/herstel-herstelondersteuning-2014/>

vraagt naar de vijf domeinen van het herstelproces: verbondenheid, hoop, identiteit, betekenis en empowerment. De vragenlijst bestaat uit 15 items die mensen vraagt naar aspecten van herstel die voor hen persoonlijk zinvol zijn. De originele QPR was een vragenlijst bestaande uit 22 items waarbij elk item wordt gescoord met een Likert-schaal van 5 punten, variërend van 0 (helemaal mee oneens) tot 4 (helemaal mee eens). De eerste versie bestond uit twee subschalen: QPR intrapersoonlijk (17 items) (bereik 0–68) en QPR interpersoonlijk (5 items) (bereik 0-20), met hogere scores die wijzen op een verhoogd herstel op beide subschalen.

Jongeren:

MATE-Y-IC, ook wel bekend als module 7.

MATE-Y-IC, ook wel bekend als module 7.: <https://www.mateinfo.nl/index.html>

Bron: Schippers, G. M., & Broekman, T. G.. (2013). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Bêta Boeken

Deze module is gebaseerd op de MATE-IC, maar vraagt de mate van beperking en de aspecten die van toepassing zijn voor jongeren uit.

De **HoNOS-CA**

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

is de HoNOS voor jongeren. De uitkomst op de HoNOS-CA geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt in de GGZ op een bepaald ogenblik is. De HoNOS kan op meerdere momenten voor, tijdens of na een behandeling ingevuld worden, zodat de verandering in klachten in kaart gebracht wordt. Het doel van de HoNOS is dan ook het evalueren van de behandeling of begeleiding. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De terugvraagperiode is 2 weken. De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald.

Mate van verandering van kwaliteit van leven

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 **EuroQoL-5 (EQ-5D)** is een gestandaardiseerd instrument

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

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.

De **Short Form – 36 (SF-36)**

Bron: Ware JE, Sherbourne CD (1990); Nederlandse versie: SF-36: Aaronson N (1998)

wordt gebruikt voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Het instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De schalen kennen allemaal een eigen wijze van scoren. Er wordt gevraagd naar een vergelijking met een jaar geleden en naar de toestand de afgelopen 4 weken. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

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.

De **Session Rating Scale (SRS)** meet het gevoel dat de cliënt overhoudt aan het behandelcontact. De vragenlijst kent vier thema's ('Relatie/contact', 'doelen en onderwerpen', 'aanpak/werkwijze' en 'over het geheel') De patiënt kan met behulp van een visueel analoge schaal een score aangeven van uitermate positief tot uitermate negatief over de sessie

Bron: <http://www.scottdmiller.com/>

. De SRS wordt vaak gecombineerd met de Outcome Rating Scale (ORS) .

9.3 Procesindicatoren

De werkgroep stelt een aantal stoornisspecifieke kwaliteitsindicatoren voor, mede gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (2015). Voor de procesindicatoren betreft dit:

- Percentage patiënten met een vast kernteam.
- Percentage patiënten bij wie regelmatig (bijvoorbeeld 2x /jaar) contact is met een naastbetrokkene.
- Percentage patiënten bij wie gebruik wordt gemaakt van meetinstrumenten zoals een life-chart en gevalideerde stemmingsvragenlijsten.
- Percentage patiënten dat een psycho-educatiecursus heeft gevolgd.
- Percentage patiënten met een actueel signaleringsplan.
- Percentage patiënten dat is ingesteld op farmacotherapie in de onderhoudsfase conform de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (2015).
- Frequentie van contact tussen het multidisciplinaire team en een vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging (PlusMinus).

9.4 Structuurindicatoren

De werkgroep stelt een aantal stoornisspecifieke kwaliteitsindicatoren voor, mede gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (2015). Voor de structuurindicatoren betreft dit:

- Er is in een regio van (nader te bepalen aantal) inwoners minimaal één gespecialiseerd expert team operationeel
- Er is per (nader te bepalen aantal) regio's tenminste één hoogspecialistische afdeling op het gebied van bipolaire stoornissen beschikbaar.

10. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 19-10-2017

10.1 Referenties

Boertien D, Bakel Mv, & Weeghel Jv (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland. Een herstelmethodie bij psychische ontwrichting. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 5, 276-284.

Erp Nv, Michon H, Duin Dv & Weeghel Jv (2013). Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn 'Werk en ernstige psychische aandoeningen'. Tijdschrift voor Psychiatrie 55 (3), 193 – 202.

Gezondheidsraad (2014). Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2014/14).

Huber, M. (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'. December 2014

Kroon H (2003) De zorgbehoefte: een vragenlijst voor het meten van zorg en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kupka RW, Goossens P, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, Dols A, Hillegers M, Hooglander A, Kulve E ter, Peetoom T, Schulte R, Stevens A & Duin D van (2015). Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen; Derde, herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut, De Tijdstroom.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J & Slade M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry 199(6):445-52.

Michon H, Busschbach JT van, Stant AD, Vugt MD, Weeghel Jv & Kroon H (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for People with Severe Mental Illness in the Netherlands: a 30 months Randomized Controlled Trial. Psychiatric Rehabilitation Journal 37 (2) 129-136.

Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P & Hayward P (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. British Journal of Psychiatry. 167(5):589-595.

Sarris J, Lake J, Hoenders HJR. Bipolar disorder and complementary medicine: current evidence, safety issues, and clinical considerations. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2011, 17(10), 881-890.

Qureshi NA, AL-Bedah AM (2013) Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. Neuropsychiatry Disease and Treatment, 9: 639-658.

10.2 Samenstelling werkgroep

Leden van de werkgroep	
Voorzitter	Dhr. Ralph Kupka
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Mw. Marieke van Eijkelen
DFZ (agenda lid)	Dhr. Paul Felix
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Dhr. Rocco Hoekstra
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Dhr. John Huijg
Tekstschrijver	Mw. Anneke Huson
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Mw. Amati de Jong
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Manja Koenders
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Dhr. Henk Mathijssen
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Mw. Catrien Reichart
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Dhr. Sicco Steenhuisen
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Irene Tolner
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Thea van Troost

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 zorgstandaard is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden 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 zorgstandaard. 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 adviesgroep	
Persoonlijke titel	Dhr. Kees Aaldijk
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Mischa van Bendegem
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Mw. Thea Daggenvoorde
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Mw. Martine Daniels
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Mw. Annemieke Dols
Persoonlijke titel	Dhr. Rick Dooremalen
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Dhr. Peter Goossens
Landelijke Vereniging POH-GGZ	Mw. Mieke van der Heijden
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Mw. Manon Hillegers
Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)	Mw. Anneke Hoogelander
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Mw. Loes Kaarsgaren
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Dhr. René Keet
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Dhr. Tim Peetoom
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Dhr. Janwillem Renes
GGZ Nederland	Mw. Lisette Rops
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Dhr. Raphael Schulte
Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP)	Mw. Anja Stevens
Adviesgroep	
Projectgroep Trimbos-instituut	
Projectleider	Dhr. Harry Michon
Adviseur, Programmahoofd Zorginnovatie	Mw. Daniëlle van Duin
Budget Impact Analyse	Dhr. Joran Lokkerbol
Review	Dhr. Matthijs Oud
Search	Mw. Angita Peterse
Conjunct Analyse	Dhr. Bob van Wijngaarden
Projectassistentie	Mw. Nelleke van Zon
Projectgroep	

10.3 Verslaglegging achterbanraadpleging

Om inzichten te krijgen in de meningen van mensen met een bipolaire stoornis en naastbetrokkenen over de zorg rondom bipolaire stoornis, is een achterbanraadpleging uitgevoerd. Hieronder worden het werkproces en vervolgens de resultaten per hoofdstuk van de zorgstandaard beschreven.

Werkproces achterbanraadpleging

Een belangrijk onderdeel bij het opstellen van de zorgstandaard bipolaire stoornissen is het uitgaan van de perspectieven van mensen met een bipolaire stoornis. Dit gebeurt onder andere door deelname van 3 mensen met een bipolaire stoornis, dan wel naastbetrokkenen, aan de werkgroep zorgstandaard bipolaire stoornissen. Daarnaast is er een uitgebreide achterbanraadpleging gedaan. Hierbij hebben onderzoekers gebruik gemaakt van diverse methodieken om op een systematische wijze meningen van mensen met een bipolaire stoornis en naastbetrokkenen over de zorg te verkrijgen. De werkwijze om tot een gedegen achterbanraadpleging te komen zal hieronder worden beschreven.

Fase 1: Verkenning

In fase 1 is onder een groep leden van de Vereniging van Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB) breed geïnventariseerd wat aandachtspunten zijn in de zorg rondom bipolaire stoornissen. Dit is gedaan door een knelpunt-inventarisatie en een eerste klankbordgroep bijeenkomst.

- Knelpunt-inventarisatie

Door middel van de knelpunt-inventarisatie is aan 170 leden van de VMDB gevraagd wat er op dit moment niet goed gaat in de zorg rondom bipolaire stoornissen en wat er verbeterd kan worden hieromtrent. Hieruit kwam een lijst van 17 thema's. Deze lijst is vervolgens besproken in de 1e klankbordgroep.

- Eerste klankbordgroep bijeenkomst

Voor de 1e fase van de achterbanraadpleging is er een klankbordgroep samengesteld. Deze groep bestond uit naastbetrokkenen en mensen met een bipolaire stoornis die voor de klankbordgroep geselecteerd zijn via de VMDB. In een sessie met de klankbordgroep leden is, naar aanleiding van de knelpunt-inventarisatie, gesproken over veranderpunten in de zorg. Na het formuleren van de verbeterpunten zijn er oplossingen voor deze punten geformuleerd. Deze verbeterpunten zijn geclusterd, wat een breed scala aan thema's op heeft geleverd. Al deze thema's zijn uitgeschreven en toegelicht in een verslag. Om de resultaten van de klankbordgroep te koppelen aan de werkgroep, is dit verslag gestructureerd volgens de hoofdstukken van de zorgstandaard: 'zorg rondom specifieke stoornis', 'individueel zorgplan en behandeling' en 'herstel, participatie en & re-integratie'.

Het merendeel van de besproken thema's waren onder te brengen onder een van deze hoofdstukken.

Fase 2: Verdieping

In de verdiepende fase zijn deze verder uitgediept. Dit is via 2 sporen gedaan: focusgroepdiscussies en een 2e klankbordgroep bijeenkomst.

- Focusgroep discussies

In de 2e fase van de achterbanraadpleging zijn focusgroepen gehouden. Focusgroepen zijn groepsinterviews met als doel inzage in de perspectieven van een bepaalde groep ten aanzien van een bepaald onderwerp en de redeneringen die daaraan ten grondslag liggen. Doordat dit plaatsvindt in groepscontext kunnen de deelnemers elkaar stimuleren en aanvullen.

Door middel van focusgroepen werd informatie verzameld over hoe de participanten tegen de zorg voor bipolaire stoornis aankijken. In totaal zijn er 6 focusgroepen gehouden met een totaal van 41 deelnemers. De groepsomvang varieerde van 4 tot 10 mensen. Participanten werden gerekruteerd via zorginstellingen aangesloten bij het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS).

In de focusgroep discussies zijn de onderwerpen die bij de klankbordgroep naar voren kwamen verder besproken en uitgediept. In elke focusgroep werden 1 tot 2 van de 3 thema's ('zorg rondom specifieke stoornis', 'individueel zorgplan en behandeling' en 'herstel, participatie en & re-integratie') besproken, zodat elk thema 3 a 4 keer aan bod is gekomen. In de groepsdiscussies werd ingegaan op belangrijke aspecten binnen dat thema volgens de participanten.

- Tweede klankbordgroep bijeenkomst

In deze bijeenkomst zijn naast de terugrapportage van de bespreking in de werkgroep (zie 3.1) vooral 4 thema's die in de 1e klankbordgroep naar voren kwamen verder besproken en uitgediept middels 4 uitgewerkte notities: 'Isoleren en separeren', 'de psychiater anno 2016', 'complementaire en alternatieve geneeswijzen' en 'politie & GGZ'. Uiteindelijk zijn alle knel- en verbeterpunten op een rij gezet en verwezen voor verwerking in de Zorgstandaard Bipolaire aandoeningen.

Fase 3: Rapportage en verwerking in de werkgroep

Een belangrijk doel van de achterbanraadpleging is het voeden van de werkgroep met de ervaringen van cliënten en naastbetrokkenen met de ggz. Dit is op verschillende momenten gebeurd:

- na de 1e klankbordgroep is het verslag volgens de opbouw van de zorgstandaard verstuurd naar en besproken in de werkgroep, evenals de resultaten van de 1e drie focusgroepen. In de werkgroep werden er vragen gesteld ter verheldering en verdieping. Deze vragen zijn teruggeleegd bij de deelnemers van de volgende drie focusgroepdiscussies en in de 2e Klankbordgroepsbijeenkomst;
- na alle focusgroepdiscussies is een eindrapportage geschreven, waarin ook zoveel mogelijk de resultaten van de Klankbordgroep verwerkt zijn. Beide vormen van achterbanraadpleging zijn mondeling in de werkgroep gerapporteerd en is er een uitvoerige discussie over een aantal punten gevoerd.

De resultaten

- *Zorg rondom specifieke stoornis*

Tijdens de discussie met cliënten wordt er veel gesproken over brede diagnostiek, waarmee wordt bedoeld dat cliënten prefereren dat er buiten het kader van een bepaalde (DSM)classificatie gekeken en gehandeld moet worden. Hiermee wordt bedoeld dat er niet in classificatie-hokjes gedacht moet worden, maar dat er gekeken moet worden naar de persoon in zijn geheel.

Vroege onderkenning

Door mensen met een bipolaire stoornis wordt het belang van vroeg herkenning onderschreven. Volgens de deelnemers kan er veel leed voorkomen worden door het vroegtijdig herkennen van wat er gaande is, onder andere omdat het zowel voor cliënten als voor naastbetrokkenen fijn is datgene wat er gebeurd is te kunnen verklaren met een diagnose.

Deelnemers dragen aan dat ook bij een eerste depressie al gekeken moet worden naar een mogelijke aanwezigheid van een manische of hypomane stemmingsepisode. Dit zou het beste bij de huisarts kunnen gebeuren door middel van een goede anamnese of een screeningslijst. Hierbij zou er gevraagd moeten worden naar periodes van uitbundigheid en vooral hoe men zich toen gedroeg. Daarnaast moet bij signalen als agitatie, weinig slapen, drukte en een overflow aan ideeën gedacht worden aan de mogelijkheid van een bipolaire stoornis.

Diagnostiek

Bij de diagnostiek worden 2 belangrijke problemen besproken: een te late of een verkeerde classificatie. Volgens de deelnemers hebben beide problemen grote gevolgen, omdat er hierdoor verkeerde behandeling wordt ingezet. Volgens de deelnemers zijn een aantal aspecten belangrijk tijdens het diagnostisch proces om deze problemen te verhelpen en snel tot de juiste classificatie te komen.

Het eerste dat van belang is, is de verbetering van herkenning bij de huisarts en doorverwijzing. Bij verdenking op een bipolaire stoornis zou de huisarts door moeten verwijzen, zodat de classificatie in de specialistische GGZ gesteld kan worden. Doorverwijzen is op dit moment echter vaak een probleem door lange wachttijden, niet alleen van huisarts naar specialist, maar ook van bijvoorbeeld een afdeling depressie naar de afdeling bipolaire stoornis. Dit zou makkelijker en sneller moet gebeuren om de snelheid van het diagnostisch proces te verbeteren.

Ten tweede wordt bij het classificeren benoemd dat het van belang is om achtergrond informatie te verzamelen en de classificatie niet te baseren op 1 gesprek. Hierbij moet niet alleen gekeken worden naar de symptomen, maar ook naar wat er verder speelt in het leven van de betreffende persoon. Deelnemers vinden het van belang dat er in de intake procedure ook gekeken wordt naar werk en relaties en waar de cliënt mogelijk op vastloopt. Sommigen hebben bijvoorbeeld uit zichzelf hun levensloop op papier gezet omdat er niet specifiek naar gevraagd werd en het wel zeer belangrijke informatie kan opleveren. Een ander aspect van het verzamelen van achtergrondinformatie is het betrekken van naastbetrokkenen. Naastbetrokkenen weten en zien soms meer of andere dingen die erg van belang kunnen zijn bij het stellen van de diagnose. Het betrekken van naastbetrokkenen vindt echter niet iedereen prettig en zal dus, waar mogelijk, altijd in overleg moeten gebeuren. Echter, in crisissituaties kan het zijn dat dit niet mogelijk is en kan in sommige gevallen familie wel betrokken worden zonder te overleggen met de cliënt. Een derde aspect dat benoemd wordt is dat er gevraagd zou moeten worden naar de familiegeschiedenis. Hier wordt op dit moment niet altijd naar gevraagd.

Ten derde wordt het breed gedragen dat er een mogelijkheid moet zijn tot een second opinion. Hierbij wordt het ideaal geacht als dit kan plaatsvinden in een multidisciplinaire setting, waarbij de cliënt op 1 dag door meerdere disciplines wordt gezien.

Een vierde punt dat deelnemers aandragen over de diagnostiek is het belang van het formuleren van een goed onderbouwde diagnose. Hiermee wordt bedoeld dat de classificatie bipolaire stoornis definitief gesteld moet worden op basis van een goede onderbouwing. Deze onderbouwing dient ook vast gelegd te worden om te voorkomen dat dit bij een wisseling van behandelaar verloren gaat.

Als laatste is communicatie over en bejegening tijdens het diagnostisch proces benoemd. Het wordt prettig bevonden als tijdens het diagnostisch proces besproken wordt waaraan wordt gedacht en de cliënt hierbij niet in het ongewis wordt gelaten. De manier waarop verteld wordt wat de classificatie is, is van belang om het effect van het opgelegd krijgen van deze classificatie, en de mogelijk daarbij gepaard gaande angst en schrik, wat te verminderen. Het is van belang om meteen uit te leggen wat het inhoudt, en wat het kan betekenen voor de desbetreffende persoon. Daarnaast werd besproken dat de classificatie ook in samenspraak gesteld moet worden en niet alleen achter de rug van de cliënt om. Hierbij is het bespreken van de onderzoeksresultaten van belang. Omdat het diagnosticeren een samenspel is tussen behandelaar en cliënt is een klik hebben met je behandelaar essentieel.

- *Individueel zorgplan en behandeling*

Tijdens de achterbanraadpleging is er veel gesproken over behandeling. De deelnemers benadrukken hierbij dat het per persoon verschilt wat de juiste therapieën en behandelingen zijn. Het is daarom van belang om te kijken naar de vraag en behoeftes van de desbetreffende persoon, hierbij zorg op maat aan te bieden en dit te formuleren in een individueel behandelplan. Hier is het belangrijk dat er een overzicht bestaat van de behandelingen die beschikbaar zijn bij de desbetreffende instelling, maar ook landelijk. Verder is het van belang dat naastbetrokkenen op verzoek van de cliënt betrokken kunnen worden bij het behandeltraject.

Zelfmanagement

Deelnemers benoemen het belang van aandacht voor zelfmanagement in de behandeling. Dit hangt samen met de wens voor empowerment en aandacht voor sterke punten in plaats van alleen voor de symptomen. Zelfmanagement wordt ook gezien als doel om te komen tot herstel. Dit wordt verder toegelicht in herstel.

Psycho-educatie

Deelnemers zien groot belang in het aanbieden van een psycho-educatie training in de behandeling. Er worden een tweetal aspecten benoemd waar aandacht aan besteed dient te worden. Zo onderstrepen cliënten het belang van het aanbieden van een psycho-educatie cursus aan vrienden en naastbetrokkenen. Dit kan ook plaatsvinden in de behandelkamer waarbij de behandelaar vrienden of naastbetrokkenen uitnodigt om mee te komen en uitleg over de bipolaire stoornis te krijgen. Het tweede belangrijke aspect is dat in de behandeling ten tijde van een zwangerschap en erna veel ruimte is voor psycho-educatie.

Eerste stap interventies

Deelnemers noemen het positieve effect dat sport en beweging kan hebben op hun stemming. Enkele deelnemers hebben ervaring met running therapy en beschouwen dit als prettig. Het is tijdens een depressie voor hen een stok achter de deur om toch de deur uit te gaan en om contact te hebben met anderen. Daarnaast werd ook yoga en fitness benoemd, zowel tijdens een stabiele fase als tijdens een depressieve episode.

Er werd een tweetal apps beschreven die bijdragen aan positievere denkpatronen, waar een enkeling een positieve ervaring mee had, namelijk mood mind en psych me up. Daarnaast werd gesproken over een gezondheidsarmband die via een app verbonden is aan een telefoon, die slaap, stemming, hartslag en beweging monitort.

Psychosociale behandeling

Deelnemers benoemen het belang van psychosociale behandeling. Naast een brede focus bij de diagnostiek, wordt er ook beschreven dat er binnen de behandeling een brede focus zou moeten zijn, waarbij er ook aandacht is voor het algemeen functioneren in bijvoorbeeld werk en relaties. Participanten benoemen dat het prettig is om hiervoor een SPV te hebben die tijd en ruimte heeft om bij het algemeen functioneren van een cliënt stil te kunnen staan. Er wordt echter ook benadrukt dat er aandacht moet zijn voor naastbetrokkenen in het behandelproces, zowel in de vorm van psycho-educatie (zie eerder) als voor de signalering van een eventuele nieuwe episode. Daarnaast kan een naaste hulp gebruiken bij de vraag hoe ze het beste kunnen omgaan met een cliënt ten tijde van een episode.

Psychologische behandeling

Er worden twee aandachtsgebieden behandeling beschreven door de deelnemers, namelijk aandacht voor rouwverwerking en aandacht voor trauma. De deelnemers benadrukken dat trauma op verscheidene momenten kan ontstaan. Zo kunnen mensen getraumatiseerd raken tijdens een opname, maar ook door het doormaken van een psychose, of vroeg in het beloop, voordat de diagnose is gesteld en er al veel schade is ontstaan. Deze aspecten zouden aan bod mogen komen tijdens psychologische behandeling.

Daarnaast vinden de deelnemers rouwverwerking een belangrijk thema in de behandeling van een bipolaire stoornis. Deelnemers beschrijven veel pijn en verdriet te hebben ervaren ten tijde van de diagnose. Deze pijn en verdriet verdient volgens hen ook aandacht in de behandeling.

Zowel stoornis specifieke interventies als probleem georiënteerde interventies worden als relevant beschouwd.

Medicamenteuze behandeling

Deelnemers erkennen het belang van medicatie in de behandeling van een bipolaire stoornis. Het wordt ook als prettig ervaren dat er ook medicijnen beschikbaar zijn om bijwerkingen te verminderen. Er dient echter aandacht te zijn voor samenspraak in het bepalen van het medicamenteuze beleid, waarbij de cliënt ook inbreng zou moeten hebben in het beleid. Hierbij is er behoefte aan het praten over de medicatie, waarbij duidelijk de verschillende opties en de bijwerkingen worden besproken en samen wordt nagedacht over het te volgen beleid.

Een tweede punt dat wordt besproken is dat een apotheek soms ineens wisselt van medicijnen, omdat een andere variant goedkoper is. Dit zou niet zomaar moeten gebeuren, omdat het in sommige gevallen heel nauw komt welke medicatie en in welke samenstelling medicijnen worden gebruikt.

Combinatiebehandeling

Veel deelnemers hebben behoefte aan combinatiebehandeling, waarbij medicamenteuze behandeling wordt aangevuld met aanvullende therapieën die inspelen op de vraag en behoeftes van dat moment. Behandelingen die genoemd worden zijn: een cursus omgaan met stemmingswisselingen, CGT en psychotherapie, sporten, creatieve therapie, EMDR, running therapie, life goals groep, ritmetraining, lichttherapie, mindfulness en KOPP training voor kinderen. Deze zijn afhankelijk van de situatie en de behoefte van de cliënt.

Biologische behandeling

Enkele deelnemers hebben ervaring met ECT. Dit was effectief gebleken, maar er zitten voor hen ook nadelige effecten aan in de vorm van geheugenverlies.

Een enkele deelnemer had ook ervaring met lichttherapie. Dit wordt beschreven als een prettige en relatief eenvoudige behandeling. Het is echter ook bekend dat je hiermee hypomaan of manisch kunt worden en er wel voorzichtigheid bij is geboden.

Vaktherapie

Er is weinig gesproken over vaktherapie. Bij navraag denken deelnemers dat een ergotherapeut een meerwaarde zou hebben in de behandeling. Er is hier echter weinig ervaring mee.

Complementaire behandeling

Deelnemers onderstrepen het belang van ruimte voor complementaire behandelingsvormen in de regulier behandeling. Een vorm die wordt benoemd is dat er aandacht en ruimte moet kunnen zijn voor spiritualiteit in de behandeling, bijvoorbeeld door middel van begeleiding door een geestelijk verzorger. In de huidige behandeling wordt deze ruimte door cliënten niet altijd ervaren, omdat het een gebied is waar niet iedere behandelaar bekend en comfortabel bij is. Het merendeel van de deelnemers vindt het niet een taak van de behandelaar om hen te wijzen op de verschillende vormen van alternatieve behandelvormen, maar zou het wel prettig vinden als het mogelijk is het gesprek met hun behandelaar hierover aan te gaan.

Een andere vorm van complementaire behandeling die deelnemers belangrijk achten is ervaringsdeskundigheid. Ze benoemen dat ervaringsdeskundigheid een meerwaarde kan zijn bij de voorlichting van cliënten zelf, bij de voorlichting van naastbetrokkenen over hoe om te gaan met een bipolaire stoornis, maar ook richting instanties die in aanraking komen met mensen met een bipolaire stoornis, zoals ziekenhuizen en politie.

Overig

Deelnemers onderschrijven de meerwaarde van thuiszorg/begeleiding ten tijde dat het niet goed gaat. Hierbij wordt gedacht aan intensive home treatment en het FACT. Ook wordt ten tijde van een episode een meerwaarde gezien in acute deeltijd behandeling, waarbij er aandacht is voor het behouden van ritme en dag invulling. Deze opties worden gezien als middelen om een opname te voorkomen.

- *Herstel, participatie en re-integratie*

Herstel

De deelnemers aan de achterbanraadpleging hebben verschillende ideeën over herstel. Een aantal deelnemers geeft aan dat herstel niet mogelijk is, omdat ze de bipolaire stoornis altijd zullen houden en altijd medicatie zullen moeten blijven slikken. Voor anderen is herstel echter niet hetzelfde als genezen. Voor sommige deelnemers houdt herstel in dat er toegewerkt wordt naar empowerment en zelf management. Voor empowerment moet iemand vanuit zijn kracht worden benaderd en niet vanuit ziektesymptomen. Zo werd er ook benoemd dat herstel bij een bipolaire stoornis niet per definitie is dat er geen stemmingswisselingen meer plaatsvinden, maar dat er geen sprake meer is van destructieve kanten van de stemmingswisselingen. Veel deelnemers beschrijven herstel als 'het bereiken van stabiliteit', 'je leven inrichten op de manier die bij je past, rekening houdend met je beperkingen' en 'het moment waarop je blik op de wereld weer helder wordt', maar ook 'kijken naar mogelijkheden, wensen en behoeftes', 'doen wat jou gelukkig maakt' en 'het gevoel krijgen dat je weer op je zelf kan bouwen'. Bij herstel moet er worden uitgegaan van de mogelijkheden van de mens en niet alleen van de kwetsbaarheden. Om dit te bereiken moet te allen tijde de cliënt centraal staan en moet de regie van de behandeling in handen liggen van de cliënt. De deelnemers benadrukken regie te willen hebben in alle leefgebieden zoals gezondheid, werk en leefomgeving. Hierbij moet er per cliënt gekeken worden wat voor hem of haar van belang is.

Er is ook een rol voor de zorg in het bereiken van herstel. Hieronder wordt besproken wat de zorg doet of zou kunnen doen om te helpen bij het bereiken/bevorderen van herstel.

Ten eerste werd het belang van het bespreken van herstel onderstreept. Hiermee werd bedoeld dat het van belang is om stil te staan bij wat herstel voor de desbetreffende persoon inhoudt en wat hij of zij zou willen bereiken op het gebied van werk en sociale contacten. Dit zou regelmatig opnieuw besproken moeten worden, omdat doelen kunnen veranderen. Daarnaast werd benoemd dat herstel begint met medicatie en goede informatie over de bipolaire stoornis en over zelfmanagement. Daarnaast moet er aandacht zijn voor eigen regie van de cliënt in de behandeling.

Om herstel te bevorderen is het van belang tijdens de behandeling stil te staan bij de acceptatie van de diagnose. Dit zou eventueel bereikt kunnen worden samen met een ervaringsdeskundige. Daarnaast is aandacht voor rouwverwerking (van het krijgen van de diagnose, de gemiste jaren, gebeurtenissen tijdens episodes) van belang. Ook wordt onderstreept dat vanaf het allereerste begin met mensen gepraat moet worden over wat er is gebeurd, ten tijde van een crisis of psychose.

Contact met een SPV wordt als een belangrijk onderdeel gezien voor het herstel. De redenen hiervoor zijn dat de SPV een vinger aan de pols houdt en op de hoogte is van hoe het gaat, waarbij het contact eventueel frequenter kan worden ingezet als dit nodig is. Ook werd benoemd dat de SPV er voor kan zorgen dat je je gesteund voelt, maar de SPV kan ook stimuleren om bepaalde dingen op te pakken (vrijwilligerswerk, sport, sociale contacten).

Hierbij kan het heel nuttig zijn als de tips die aangereikt worden meetbaar zijn, zodat er in het contact daarna gekeken kan worden of het gelukt is.

Ten vierde werd er gesproken over (zelf)hulpmiddelen die behulpzaam kunnen zijn bij het bevorderen van herstel. Hiermee wordt onder andere bedoeld: life chart, signaleringsplan, weekschema, energiebalans schema, aandacht voor ritme. Hierbij is het belangrijk dat deze bij de contacten met de SPV ook weer worden besproken.

Een vijfde belangrijke onderdeel van herstel waarbij de zorg zou kunnen helpen is zingeving en dag invulling. Zo zou er aandacht moeten zijn voor werk en re-integratie, of vrijwilligerswerk, eventueel door middel van een jobcoach. Echter, niet iedereen vindt dat de zorg hierbij een rol heeft.

Overige dingen die van belang werden geacht bij het bereiken van herstel is contact met lotgenoten, sport, mindfulness, psychotherapie voor bewustwording en ambulante woonbegeleiding. Dit zou aangedragen kunnen worden vanuit de zorg. Ook zou de zorg kunnen wijzen op alternatieve therapieën.

Re-integratie

Zoals beschreven bij psychosociale behandeling en herstel, benadrukken sommige deelnemers het belang van aandacht voor werk gedurende het gehele behandeltraject. Hierbij wordt specifiek benadrukt dat ook tijdens een eventuele opname aandacht besteed dient te worden aan de werksituatie van de cliënt. Voor cliënten is het fijn als het lijntje richting werk open gehouden wordt, omdat je er naast geld ook voldoening uit kan halen. Ook benoemen sommige deelnemers dat er aandacht besteed kan worden aan hoe en wat ze het beste kunnen communiceren naar de werkgever. Aandacht voor werk wordt echter niet door iedereen beschouwd als een taak voor de zorg.

Participatie

Alle deelnemers onderschrijven het belang van participatie in de behandeling. Zoals al eerder beschreven bij herstel, willen cliënten de regie van hun behandeling in eigen handen houden. Ze willen gehoord worden in de besluitvorming over de medicatie en over hun verdere wensen ten aanzien van de behandeling zodat er een individueel behandelplan ontstaat.

- *Organisatie zorg*

Op het gebied van de zorgorganisatie wordt er door de deelnemers een aantal aandachtspunten benoemd. Zo zijn deelnemers van mening dat de zorg zo snel mogelijk overgenomen moet worden door een specialistisch team. Alleen bij langdurige stabiliteit en met de garantie dat ze terug kunnen naar hun behandelend psychiater indien nodig, zou terugverwijzing naar de huisarts eventueel een mogelijkheid zijn.

Een tweede punt dat wordt aangedragen is de communicatie tussen zorginstellingen, politie en opname afdelingen. Deelnemers benoemen dat er vaak sprake is van een slechte samenwerking tussen deze verschillende instanties. Daarbij is er te weinig kennis bij de politie over psychiatrische aandoeningen en over de juiste bejegening. De ervaring is dat er te vaak agressief wordt opgetreden door de politie. Dit zou gedeeltelijk opgelost kunnen worden door het verbeteren van de kennis bij de politie en de samenwerking tussen crisisdienst en politie.

Een derde punt dat wordt aangehaald zijn de regelmatig lange wachttijden in de wachtkamer door de werkdruk bij behandelaars. Door deze werkdruk zijn behandelaars niet goed bereikbaar wat als vervelend wordt ervaren. Goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorgverleners is zeer belangrijk.

Het laatste punt is dat er vanuit cliënten de behoefte wordt geuit dat er meer gewezen moet worden op de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon binnen de instelling.

Algemeen

Een deel van de discussie met cliënten is gegaan over hierboven beschreven thema's. Echter, er werd ook een groot deel van de tijd gesproken over aspecten van de zorg die niet in thema's van de zorgstandaard vallen en ook niet stoornis specifiek zijn. Toch willen wij deze hieronder benoemen, omdat het aspecten van de zorg zijn, die door mensen met een bipolaire stoornis wel als zeer belangrijk worden ervaren. Het gaat hierbij met name om de interactie tussen behandelaar en cliënt.

Een goede behandelaar is belangrijk voor het al dan niet slagen van een behandeling. Goede behandelaars hebben specialistische kennis en ook een brede blik waarbij ze verder kijken dan de symptomen en diagnose. Er moet gekeken worden naar de persoon in zijn geheel en naar het functioneren op meerdere vlakken. Hierbij is goed luisteren en een persoon aankijken belangrijk. Een ander belangrijk onderwerp dat is besproken is 'gelijkwaardigheid'. Cliënten willen een gelijkwaardige relatie met hun behandelaars waarbij de behandelaar zijn expertise inbrengt en de cliënt zijn ervaringsdeskundigheid. Dit betekent volgens deelnemers dat de behandelaar zich niet autoritair op moet stellen en de cliënt niet moet stigmatiseren door betuttelend te zijn. Het wordt ook onderschreven dat een klik met de behandelaar van belang is voor een goede behandelrelatie. Een barrière die hierbij wordt genoemd is de snelle wisseling van behandelaars waardoor het moeilijk wordt een vertrouwensband op te bouwen. Het is daarom van belang om de mogelijkheid te hebben te wisselen van behandelaar als er geen klik is.

Over de benaming van bipolaire stoornis en van patiënt is er discussie. Sommige deelnemers geven aan het niet prettig te vinden om te praten over een stoornis, maar praten liever over een aandoening of een kwetsbaarheid. Andere deelnemers geven te kennen het geen probleem te vinden om het een stoornis te noemen, omdat dit soms juist ook kan helpen in de communicatie naar derden als verklaring waarom het soms niet goed gaat. Vrij algemeen wordt er de voorkeur aangegeven te spreken over cliënt en niet over patiënt, omdat 'je méér bent dan je aandoening, niet alleen lijdend subject, maar ook klant in de zorg' en om redenen van stigmatisering.

10.4 Gebruik van lithium in de huisartsenpraktijk

Prof dr. R.W. Kupka, psychiater, hoogleraar bipolaire stoornissen,

VU Medisch Centrum Amsterdam

Wie gebruikt lithium?

Lithium is een element dat in de vorm van het zout lithiumcarbonaat (als specialité: Camcolit of Priadel) wordt gebruikt bij de behandeling van stemmingsstoornissen. In Nederland is lithium geregistreerd voor

1. de acute behandeling van de manische fase van een bipolaire stemmingsstoornis (= manisch depressieve stoornis);
2. de preventie van manische en depressieve fasen bij onderhoudsbehandeling van een bipolaire stoornis;
3. de preventie van recidiverende unipolaire depressieve episoden. Daarnaast wordt het toegepast als augmentatie van antidepressiva bij de acute behandeling van therapieresistente unipolaire depressies.

Uit de meest recente meta-analyses blijkt dat lithium het meest effectieve middel is bij de preventieve onderhoudsbehandeling van de bipolaire stoornis. In de huisartsenpraktijk zal dit de enige toepassing zijn. Het indiceren en initiëren van lithiumbehandeling is immers werk voor de medisch specialist, i.c. de psychiater, gegeven de complexiteit van de achterliggende psychiatrische problematiek en van het instellen op lithium. De patiënt die lithium gebruikt en naar de huisarts wordt terugverwezen is doorgaans in een langdurig stabiele fase van de bipolaire stemmingsstoornis, waarbij is gebleken dat lithium hieraan bijdraagt en goed wordt verdragen. De patiënt (en een naastbetrokkene) is meestal goed op de hoogte van de aandoening en gemotiveerd voor de lithiumbehandeling. Soms wordt lithium langdurig gecombineerd met andere psychofarmaca.

Waarop moet gelet worden?

Inname: eenmaal daags.

Monitoring: de lithiumspiegel wordt tenminste 2 x/jaar bepaald, samen met andere parameters (zie onder). De lithiumspiegel wordt vaker bepaald als daar klinisch aanleiding toe is, zoals het starten of stoppen van interacterende medicatie of verslechterende nierfunctie. Lithium heeft een nauwe therapeutische breedte, waarbij een 12-uurs (+/- 30 minuten) dalspiegel wordt nagestreefd met referentiewaarden voor onderhoudsbehandeling tussen 0.6 - 0.8 mmol/l, bij sommige patiënten lager (0.4-0.6) of hoger (0.8-1.0). De individuele dosis c.q. spiegel hangt af van een optimale balans tussen effectiviteit en bijwerkingen. Deze waarden gelden voor alle leeftijden, maar oudere patiënten hebben vaak een lagere orale dosis nodig om deze spiegel te bereiken.

Labmonitoring: tenminste 2x per jaar nierfunctie (creatinine, ureum, GFR/MDRD). Tenminste 1x/jaar bepaalt men bovendien de schildklierfunctie (TSH, evt. vrij T4), de bijnierschilddrievulking (Ca) en het bloedbeeld. Bij afwijkingen is overleg met een specialist (psychiater of internist) geïndiceerd.

Voorzorgen: een progressief afnemende nierfunctie levert bij handhaving dosis lithium het risico op (ir)reversibele schade ten gevolge van lithium toxiciteit. Factoren die de water- en zouthuishouding of de nierfunctie beïnvloeden (zoals overmatig zweten, braken, diarree, zoutloos dieet; gebruik van medicatie zoals o.a. diuretica, NSAID's) kunnen de lithiumspiegel acuut verhogen met het risico van een intoxicatie. NSAID gebruik is in principe gecontra-indiceerd, zo nodig gebruik van diuretica (bv furosemide) moet vermeden worden. Starten/stoppen en wijzigen van potentieel interacterende medicatie met lithium vereist intensieve lithium spiegel monitoring en zeker in geval van thiazide diuretica een preventieve aanpassing van de lithiumdosis (tijdelijke) dosisverlaging.

Hoe lang moet lithium worden gebruikt?

Bij een juiste indicatiestelling, gunstig effect en geen significante bijwerkingen moet lithium voor onbepaalde tijd worden voortgezet ('levenslang'), omdat de kwetsbaarheid voor recidief immers niet verdwijnt.

Hoewel de meeste patiënten hiervan op de hoogte zijn, kan juist als het lang goed gaat de wens geuit worden om de lithiumprofylaxe te stoppen. Als dit een terugkerende vraag is, is dit een reden om de patiënt voor advies naar de psychiater terug te verwijzen om de voor- en nadelen te bespreken en bij eventuele afbouw een alternatieve behandeling te kiezen.

In geen geval moet lithium abrupt worden gestopt, dit verhoogt de kans op recidief. Vanzelfsprekend is een (dreigend) recidief manie of depressie een reden voor overleg met en terugverwijzing naar de psychiater.

Literatuur

Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen (2015), hoofdstuk 8.4 en 10.3

Website

www.allesoverlithium.nl