

Levende richtlijn Psychosespectrum (2025)

Marieke Pijnenborg

Onderliggende documenten

Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005; 2012)

EBRO module vroege psychose' (2018)

Vertaling naar praktijk 'zorgstandaard Psychose' (2017)

Levende richtlijn

Modulair

Speciale aandacht voor chronische en recidiverende psychosen

Schizofrenie vervangen door 'psychosespectrum stoornis'

Geen onderscheid tussen stadium 3 en 4

Verbreding doelgroep met ZB en LVB

Uitgangspunt: gezamenlijk beslissen

Anoiksis, Ypsilon, NVvP, NIP, V&VN, FVB, en NVASP, deels bestaande uit en aangevuld met werkgroepleden van de EBRO module vroege psychose, de zorgstandaard psychose en de MDRS

Module 1 samenwerking (zorgstandaard naasten)

Triade patient, naastbetrokkene en zorg
(geen specifieke methodiek aanbevolen)

Uitgaan van verschillende werkelijkheden

Inzetten op goede therapeutisch relatie,
traumatische ervaringen te voorkomen en
'ziekte-inzicht te bevorderen' (persoonlijk
narratief)

Module 1 samenwerking naasten (2)

Hoe kunnen we kennis gebaseerd op richtlijnen en ervaringskennis van de patiënt zelf en zijn naastbetrokkenen beter integreren? (module 1: structureel aandacht voor, geen vaste methodiek)

Wat is de toegevoegde waarde van een netwerkgerichte aanpak? (module 2: zwak bewijs voor meerwaarde resourcegroepen)

Wat is de toegevoegde waarde van (verschillende vormen van) inzet van (familie) ervaringsdeskundigheid (ED) in de behandeling? (module 3: consensus over belang, maar meer onderzoek nodig)

Module 2

Diagnostiek

Individueel profiel als onderdeel van een diagnose bij patienten met terugkerende of chronische psychose

Leeftijd bij optreden eerste psychose als kenmerk in het individueel profiel

Zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke beperking als kenmerk in een individueel profiel

Screenen op zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking

Diagnostiek van een verstandelijke beperking

Categoriale en dimensionele diagnostiek van terugkerende of chronische psychose

Stabiliteit van een categoriale diagnose

Categoriale diagnostiek psychose bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

Module 3 psychosociale interventies voor chronische symptomen

- Welke niet-medicamenteuze behandelingen zijn effectief bij chronische positieve, negatieve en cognitieve symptomen?

Aanbeveling

- Voor patiënten met chronische *negatieve* symptomen kan men overwegen om muziektherapie, psychomotorische therapie, beeldende therapie, drama therapie, danstherapie of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in te zetten. Hierbij kan men aansluiten bij de voorkeur van de patiënt.
- Voor patiënten met chronische *positieve* symptomen kan men overwegen om CGT-psychose of muziektherapie in te zetten.
- Voor patiënten met chronische *cognitieve* symptomen kan men het gebruik van muziektherapie overwegen.

Module 4 Psychosociale interventies ter bevordering van sociaal functioneren bij mensen met terugkerende of chronische psychose

- Welke methoden en interventies zijn effectief in het versterken van de sociale relaties, het bevorderen van intimiteit en het verminderen van eenzaamheid van mensen met terugkerende/chronische psychose?
- **Aanbevelingen**
- De werkgroep beveelt aan dat er bij iedere patiënt aandacht dient te zijn voor sociale relaties, intimiteit en eenzaamheid. Hierbij kunnen worden overwogen sociale cognitie training, cognitieve remediatie training, cognitieve gedragstherapie, training emotieherkenning, psycho-educatie en vaktherapie (muziektherapie en psychomotorische therapie), waarbij ook een combinatie van interventies overwogen kan worden.
- Vaktherapeutische interventies zoals muziektherapie en psychomotorische therapie kunnen bijdragen aan het vergroten van het sociale netwerk.
- Om sociale relaties te verbeteren dient breed gekeken te worden naar passende oplossingen, ook buiten het domein van de specialistische GGZ.

Module 5

Kans op recidief psychose en bepalende factoren

1a. Wat is de kans dat iemand een recidief psychose krijgt

1b. Van welke factoren (demografisch, klinisch, sociaal) is bekend dat ze het risico op een recidief vergroten of verkleinen?

- **Aanbeveling**

- Heb aandacht voor potentieel beïnvloedbare risicofactoren in de behandeling: geringe sociale steun, kritische opmerkingen van verzorgers/ naasten, co-morbide stoornis in middelengebruik, tardieve dyskinesie, therapie-ontrouw, slechter algemeen functioneren en beperkt ziekte-inzicht. Dit zijn belangrijke risicofactoren voor een recidief.
- Het verdient aanbeveling om samen te werken met de naastbetrokkenen bij het voorkómen van een recidief. Zij vervullen significante rollen en taken tijdens de verschillende behandelfases, maar ook daarvoor en daarna.
- Heroverweeg ten minste halfjaarlijks het medicatiebeleid en bespreek dit met patiënt en met de naasten.

Module 6: Preventie van terugval: afweging en interventies

- *Uitgangsvraag 1a:*
- Hoe kunnen de voor en nadelen van een recidief tegen elkaar worden afgewogen?
- *Uitgangsvraag 1b:*

Welke interventies zijn effectief bij het voorkomen van een recidief bij personen met een episodische of aanhoudend psychotische stoornis?

Aanbeveling

Bepaal samen met de patiënt en naasten het belang van recidiefpreventie in relatie tot hersteldoelen. Weeg hierbij de ernst van eerdere psychotische episodes én de iatrogene schade door behandeling (bijwerkingen, gedwongen opnames, separaties) mee. Betrek bij wilsonbekwaamheid een wettelijk vertegenwoordiger.

- Bespreek de volgende opties en het bijbehorende bewijs:
- **Antipsychotica** verkleinen de kans op recidief en heropname. *(sterke aanbeveling)*
- **Standaarddosering** lijkt effectiever dan lage(re) doseringen. *(voorzichtige aanbeveling)*
- **Langwerkende injectables (LAI's)** lijken de kans op recidief/heropname te verkleinen ten opzichte van orale toediening. *(voorzichtige aanbeveling)*
- **Clozapine** lijkt de kans op heropname te verkleinen ten opzichte van andere orale antipsychotica. *(voorzichtige aanbeveling)*
- **Polyfarmacie** toont geen meerwaarde in RCT's, maar observationeel zijn er aanwijzingen voor minder heropnames. *(geen aanbeveling)*
- **Niet-farmacologische interventies** (CGT, familie-interventies, psycho-educatie) als aanvulling op standaardtherapie verlagen op de middellange termijn het recidiefrisico; geen bewijs voor verschil tussen de vormen onderling. *(voorzichtige aanbeveling)*

Module 7 Organisatie van zorg bij (voorkomen van) somatische co-morbiditeit bij patienten met terugkerende of chronische psychose

- Welke organisatie van zorg is nodig om de GGZ goed te laten aansluiten op de medische zorg / het medisch domein?

Aanbevelingen

- **Samenwerking en organisatie** Bied patiënten met een psychotische kwetsbaarheid in de klinische setting huisartsenzorg aan en betrek de eigen huisarts actief. In de ambulante setting wordt intensieve samenwerking tussen GGZ, huisartsenzorg en medisch specialistische zorg geadviseerd.
- **Somatische screening** Maak per patiënt een individueel screeningsbeleid (zie beslisboom) voor jaarlijkse somatische screening. Dit omvat minimaal cardiovasculaire/metabole screening, uitgebreid op basis van bestaande aandoeningen, voorgeschiedenis, familieanamnese, medicatie- en middelengebruik. Vraag ook naar deelname aan bevolkingsonderzoek.
- **Scholing** Leid psychiaters, huisartsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen op in somatisch screenen bij patiënten met een psychotische aandoening.
- **Bespreking met patiënt** Bespreek met de patiënt de somatische gezondheid, screeningsuitkomsten en de risico's van ongezonde leefgewoontes.
- **Leefstijlinterventies** Zet leefstijlinterventies pas in ná somatische screening en leefstijldiagnostiek. Hoewel ze primair gericht zijn op psychische klachten, is eerst zicht op de somatische situatie vereist.

Module 8 Aansluiting van de GGZ op het sociale domein

- Welke organisatie van zorg is nodig om de GGZ goed te laten aansluiten op de medische zorg / het medisch domein?

Aanbeveling

Organiseer een omgeving voor mentale gezondheid waarbij de beschikbare middelen zich niet beperken tot door overheidsgeld gefinancierde voorzieningen (zorgverzekeringswet, WMO of WLZ) maar waarbij alle maatschappelijke resources ontsloten worden (dus ook bijvoorbeeld wandelclubs, peer-supported initiatieven, sociale ondernemers, vrienden, familie en bekenden).



- <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum>