

Samenvatting

Herziene Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen

Februari 2022

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
1.1	Richtlijn.....	4
1.2	Samenvatting	4
2	Aanbevelingen Preventie en Vroegsignalering	6
3	Aanbevelingen Screening, Diagnostiek en Classificatie.....	7
3.1	Algemene aanbevelingen	7
3.2	Aanbevelingen Jeugd en Jongvolwassenen.....	8
3.3	Aanbevelingen Ouderen.....	8
3.4	Aanbevelingen Forensische Setting	8
4	Aanbevelingen Indicatiestelling	9
5	Aanbevelingen Psychotherapie	10
5.1	Algemene aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornis	10
5.2	Specifieke aanvullingen voor de behandeling van borderline- persoonlijkheidsstoornis	11
5.3	Specifieke aanvullingen voor de behandeling van antisociale- persoonlijkheidsstoornis.....	11
5.4	Specifieke aanvullingen voor de behandeling van vermijdende- persoonlijkheidsstoornis	12
5.5	Specifieke aanvullingen voor de behandeling van schizotypische- persoonlijkheidsstoornis.....	12
6	Aanbevelingen Farmacotherapie	13
6.1	Algemene aanbevelingen	13
6.2	Aanbevelingen bij borderline-persoonlijkheidsstoornis	13
6.2.1	Cognitief-perceptuele symptomen	14
6.2.2	Impulsieve gedragsontregeling.....	14
6.2.3	Affectieve dysregulatie	14
6.3	Aanbevelingen bij de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis	15
6.4	Aanbevelingen bij de antisociale-persoonlijkheidsstoornis	15
6.5	Aanbevelingen bij de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis	15
6.6	Aanbevelingen bij jongeren en adolescenten	15
6.7	Aanbevelingen bij ouderen	15
6.8	Aanbevelingen in de forensische setting.....	16
7	Aanbevelingen Vaktherapie	17
8	Aanbevelingen Sociaal-psychiatrische Interventies	18
8.1	Aanbevelingen Verpleegkundige diagnostiek	18
8.2	Aanbevelingen Algemene aspecten van sociaal-psychiatrische interventies	18
8.3	Aanbevelingen Verpleegkundige attitude, kennis en competenties	18

8.4	Aanbevelingen Crisisinterventie.....	19
8.5	Aanbevelingen Verpleegkundige interventies bij zelfbeschadigend gedrag.....	19
8.6	Aanbevelingen Ouderrol	20
8.8	Aanbevelingen Ouderen met persoonlijkheidsstoornis.....	20
9	Aanbevelingen Herstel en Rehabilitatie	21
9.1	Aanbevelingen Herstel en Rehabilitatie	21
9.2	Aanbevelingen Werk	22
10	Aanbevelingen Systeeminterventies en Naasten.....	23
11	Aanbevelingen Comorbiditeit	24
11.1	Algemene aanbevelingen	24
11.1.1	Aanbevelingen Jeugd	24
11.1.2	Aanbevelingen Ouderen	24
11.2	Aanbevelingen Depressie	24
11.3	Aanbevelingen Posttraumatische-stressstoornis (PTSS)	25
11.4	Aanbevelingen Aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis (ADHD en ADD)	25
11.5	Aanbevelingen Middel-gerelateerde en Verslavingsstoornissen	26
11.6	Aanbevelingen Eetstoornissen	26
12	Aanbevelingen Organisatie van Zorg.....	27

1 Inleiding

1.1 Richtlijn

Het doel van deze richtlijnherziening was om de Multidisciplinaire richtlijn uit 2008 te actualiseren en uit te breiden met een aantal specifieke aandachtsgebieden

Het kernthema van deze richtlijn 'verbreding'. Verbreding naar de antisociale problematiek en het forensisch domein. Verbreding naar jeugdigen en ouderen. Verbreding naar eenvoudigere en meer generieke behandelmodellen. Maar ook: Welke mogelijkheden zien we als het gaat om rehabilitatie en herstel in bredere zin? Hoewel het antwoord op al deze vragen nog niet volledig is uitgekristalliseerd, kunnen we in deze richtlijn handvatten voor goede zorg bieden. Deze handvatten zijn gebaseerd op de beste evidentie die beschikbaar is, aangevuld met de expertise van zorgprofessionals, patiënten en hun naasten.

Deze verbreding leidt tot een aantal nieuwe en gewijzigde aanbevelingen ten opzichte van de richtlijn uit 2008. Belangrijk is allereerst om persoonlijkheidsstoornissen te bezien vanuit een levensloopperspectief. Het zijn stoornissen die in de ontwikkeling ontstaan, door een combinatie van biologische kwetsbaarheid en omgevingsinvloeden. Het is belangrijk zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornissen waar mogelijk in een vroeg (voor)stadium te detecteren en te behandelen, om gevolgschade zo veel mogelijk te beperken. Ook geeft deze richtlijn handreikingen voor diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De aanbeveling om psychotherapeutische behandeling aan te bieden voor persoonlijkheidsstoornissen is met meer onderzoeksresultaten onderbouwd dan in 2008 en de bemoedigende resultaten uit onderzoek naar vormen van generieke psychotherapie hebben hun weg gevonden naar de aanbevelingen voor de praktijk. Aanbevelingen voor het behandelen vanuit een 'systemische blik' komen op veel meer plaatsen in de richtlijn terug. Er is meer aandacht voor herstel in bredere zin in de behandeling, en er zijn aanbevelingen opgenomen om vanaf het begin van een behandeling oog te hebben voor verbetering van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Dat vraagt ook samenwerking met partijen buiten de GGz.

Als een rode draad lopen aanbevelingen voor het bevorderen van een goede samenwerkingsrelatie met de patiënt en zijn of haar naasten door deze richtlijn. Waar in 2008 het "patiënten en familie-perspectief" nog in een apart hoofdstuk was opgenomen, komen deze perspectieven nu in vrijwel alle hoofdstukken expliciet aan de orde. Een andere rode draad vormen de aanbevelingen om behandeling zoveel mogelijk te integreren, de onderdelen van een behandeling goed op elkaar af te stemmen, en te streven naar continuïteit in de zorg.

1.2 Samenvatting

De samenvatting volgt globaal de hoofdstukindeling van de richtlijn, alleen de twee inleidende hoofdstukken, Inleiding en Methodologische Inleiding, worden in deze samenvatting niet verder uitgewerkt. Van de rest van de hoofdstukken worden de aanbevelingen weergegeven.

Het mag duidelijk zijn dat een samenvatting beperkt is. Voor een volledige versie wordt dan ook verwezen naar de integrale tekst. In deze tekst is ook de verantwoording (de mate van evidence) te vinden voor de aanbevelingen.

De integrale richtlijntekst is te vinden op de website:

<http://www.kenniscentrums.nl/nieuws/commentaarversie-mdr-persoonlijkheidsstoornissen>.

2 Aanbevelingen Preventie en Vroegsignalering

Het is te overwegen om bij jongeren die hulp zoeken voor psychische klachten systematisch ook de kenmerken van BPS zoals beschreven in de DSM-5 in kaart te brengen, zodat beginnende persoonlijkheidsproblematiek sneller gedetecteerd kan worden.

Het valt te overwegen om bij een combinatie van één of meer kenmerken van BPS en aanwezige risicofactoren: interpersoonlijk trauma, impulsieve zelfbeschadiging of suïcidaliteit, auditieve hallucinaties, middelengebruik en/of het ontbreken van actuele steun, te verwijzen naar de specialistische GGz voor consultatie of nadere diagnostiek en gepaste (preventieve) interventie.

Het is aan te bevelen om bij jongeren met verhoogd risico op het ontwikkelen van persoonlijkheidspathologie in (preventieve) interventie bijzondere aandacht te hebben voor het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling.

Het is aan te bevelen om ouders en andere belangrijke naasten actief te betrekken in preventieve interventie, zodat zij de jongere zo goed mogelijk kunnen ondersteunen bij diens psychosociale ontwikkeling.

Specifiek voor vroege detectie en preventie is een actieve samenwerking tussen professionals vanuit onderwijs, gemeente en (jeugd)GGz gewenst waardoor jongeren die at-risk zijn voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis met alertheid gevolgd en ondersteund kunnen worden in hun ontwikkeling.

3 Aanbevelingen Screening, Diagnostiek en Classificatie

3.1 Algemene aanbevelingen

Zorgvuldig en adequaat uitgevoerde diagnostiek is een essentieel onderdeel van de zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het wordt aanbevolen de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen vanuit een aantal te onderscheiden uitgangspunten en stappen te bezien.

Stap 1

Het is aan te bevelen bij patiënten met een (mogelijke) persoonlijkheidsstoornis eerst de precieze hulpvraag te exploreren en na te gaan of er voldoende aanwijzingen zijn dat deze terug te voeren is op de aanwezigheid van een psychische stoornis, en vermoedelijk van een persoonlijkheidsstoornis.

Stap 2

Het is aan te bevelen het identificeren van een persoonlijkheidsstoornis en het onderscheid van persoonlijkheidsstoornissen met andere psychische stoornissen (differentiaal diagnostiek) te baseren op een gedegen diagnostisch onderzoek middels een klachtenanamnese, een biografische anamnese en onderzoek van de sociale context.

Het is aan te bevelen bij het classificeren van een persoonlijkheidsstoornis een semigestructureerd interview (bij voorkeur IPDE of, SCID-5-P) te gebruiken.

Het is te overwegen (om tijd te besparen) eerst een screenende vragenlijst (ADP-IV, PDQ-4+, SCID-5-PV of VKP-5) door de patiënt te laten invullen en alleen de delen van het semigestructureerd interview af te nemen behorend bij de stoornissen waarvoor aanwijzingen zijn gevonden in klinisch interview of screeningsvragenlijst

Het is aan te bevelen in het diagnostisch proces het sociaal en maatschappelijk functioneren in kaart te brengen, bijvoorbeeld ondersteund met de WHODAS.

Stap 3

Indien verdiepende diagnostiek nodig is, wordt aanbevolen om de aard en ernst van persoonlijkheidspathologie nader te onderzoeken zoals omschreven in het Alternatief model voor Persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5. Gebruik daarvoor klinische diagnostiek, waar nodig ondersteund met daarvoor geschikte diagnostische instrumenten.

Stap 4

Het is aan te bevelen om bij complexe beelden aanvullend specialistisch psychodiagnostisch en/of psychiatrisch onderzoek uit te (laten) voeren.

3.2 Aanbevelingen Jeugd en Jongvolwassenen

Net als bij volwassenen, is het bij jongeren voorafgaand aan elke interventie van belang dat er naast een zorgvuldige beschrijvende diagnose helderheid over de gekozen DSM-5 classificatie geschetst wordt. Hierbij gelden dezelfde aanbevelingen als bij volwassenen.

Het is aan te bevelen om bij jongeren ook aandacht te hebben voor de specifieke kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, ook als deze nog niet voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis.

Het is aan te bevelen om ouders en andere belangrijke naasten te betrekken. bij de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie bij jongeren.

Het is specifiek bij jongeren aan te bevelen zorgvuldigheid te betrachten in het bespreken van de diagnose en verhullend taalgebruik te vermijden.

Het is aan te bevelen rekening te houden met ontwikkelingen in het diagnostisch beeld en een remissie ook expliciet vast te leggen.

3.3 Aanbevelingen Ouderen

Bij ouderen met beperkte psychische of somatische belastbaarheid is het aan te bevelen om gefaseerde diagnostiek te verrichten. (Fase 1: screenend/classificerend, Fase 2: voortgezet/dimensionaal, Fase 3: specifiek/therapiegericht), waar nodig ondersteund met relatief korte, eenvoudige en tevens voor ouderen gevalideerde meetinstrumenten.

Bij ouderen met ernstige cognitieve stoornissen is het aan te bevelen om nadrukkelijk aandacht te hebben voor diagnostiek op basis van informantinformatie.

3.4 Aanbevelingen Forensische Setting

Het is aan te bevelen om bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen binnen forensische context gebruik te maken van zoveel mogelijk informatiebronnen.

4 Aanbevelingen Indicatiestelling

Het is aan te bevelen indicatie voor behandeling te baseren op zorgvuldige diagnostiek, waarbij de aard, ernst en complexiteit van de persoonlijkheidsproblematiek wordt afgewogen naast de sociale factoren en de behoeften en capaciteiten van een patiënt.

Het is aan te bevelen de voorkeur van een patiënt voor een bepaalde behandeling in belangrijke mate mee te laten wegen in de keus voor een behandeling. De patiënt dient voldoende informatie te krijgen om samen tot een weloverwogen keuze te komen.

Het is aan te bevelen zo mogelijk (uiteraard in samenspraak met de patiënt) naasten te betrekken bij de indicatiestelling en hierbij hun draagkracht en hun draaglast in ogenschouw te nemen.

Het is aan te bevelen om bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen waar mogelijk een psychotherapeutische behandeling aan te bieden..

Het is aan te bevelen om bij versturende en ontwrichtende problemen en situaties de behandelfocus bij aanvang te richten op stabilisatie van de problemen of de situaties alvorens de focus te verschuiven naar het omgaan met stressoren uit de leefwereld of het aanpakken van factoren van de persoonlijkheid. Dit gebeurt bij voorkeur binnen een geïntegreerd traject, waarbij een meer persoonlijkheidsgerichte behandeling (desgewenst) kan aansluiten op een meer stabiliserende of klachtgerichte fase van de behandeling.

Het is aan te bevelen om de behandeling regelmatig te evalueren, en nadrukkelijk de mogelijkheid open te houden van bijstelling of wijziging van de indicatie

Het is aan te bevelen om de behandeling in beginsel ambulant aan te bieden.

Het valt te overwegen, wanneer ambulante vormen van behandeling als onvoldoende effectief wordt ingeschat dan wel de thuissituatie onvoldoende structuur biedt, intensivering van behandeling middels een (dag)klinische programma aan te bieden.

Het is aan te bevelen om, wanneer een bepaald aanbod dat het meest passend lijkt voor de betreffende patiënt niet beschikbaar is, de optie van een doorverwijzing aan te bieden

5 Aanbevelingen Psychotherapie

De eerste reeks van aanbevelingen gelden voor alle types van persoonlijkheidsstoornis. Daarna volgen aanvullingen telkens per type persoonlijkheidsstoornis.

5.1 Algemene aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een goed opgezette, reguliere psychotherapeutische behandeling¹ aan te bieden. Deze behandeling is te verkiezen boven niet-psychotherapeutische standaardzorg.

Het is aan te bevelen geen patiënten a priori uit te sluiten van psychotherapeutische behandeling, noch vanwege de ernst van hun persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld EPA patiënten, gekenmerkt door meervoudige problemen op diverse gebieden), noch vanwege het type van persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld antisociale-persoonlijkheidsstoornis).

Het is aan te bevelen om de specifieke voorkeuren van een patiënt een prominente rol te geven in het proces van samen beslissen over de behandelopties.

Het is aan te bevelen om de behandelduur en -intensiteit in overleg met de patiënt te bespreken, afgestemd op de kenmerken van de patiënt en zijn of haar hulpvraag. Dit geldt ook voor beslissingen over de voortzetting van de behandeling op geleide van het behaalde resultaat. Indien de focus van de behandeling gericht is op het duurzaam veranderen van de kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis, is het aan te bevelen uit te gaan van een voldoende lange behandeling (minimaal 40-50 sessies, 8-12 maanden, doorgaans 12-18 maanden).

Het is aan te bevelen om jongeren met beginnende persoonlijkheidsproblematiek in een vroeg stadium te detecteren en te behandelen met een psychotherapeutische behandeling, met inachtneming van het stadium van de problematiek, de ontwikkelingsfase van de jongere en de kenmerken van het systeem.

Het is aan te bevelen om ouderen eveneens psychotherapeutische behandeling aan te bieden, met inachtneming van de leeftijdsspecifieke aspecten, zoals ernstige somatische of cognitieve comorbiditeit en/of het ontbreken van een systeem.

Het is aan te bevelen om in de behandeling actief de behandelfocus te richten op sociaal-maatschappelijk herstel en generalisering van behandelresultaten in het dagelijks leven.

¹ Zie hiervoor ook de Generieke Module Psychotherapie ([link](#))

Het is aan te bevelen om patiënten een voldoende langdurig nazorgtraject met terugvalpreventie aan te bieden, inclusief de mogelijkheid om de zorg tijdelijk opnieuw op te schalen (episodische of intermitterende behandeling).

5.2 Specifieke aanvullingen voor de behandeling van borderline-persoonlijheidsstoornis

Het is aan te bevelen patiënten met een borderline-persoonlijheidsstoornis een specifieke of generieke psychotherapeutische behandeling aan te bieden die is gebaseerd op een duidelijk concept van persoonlijkheidsstoornis en rekening houdt met de specifieke beperkingen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (DBT, MBT, SFT, TFP, SCM, GPM, GCC, GIT-PD, CAT of VERS als onderdeel van een breder psychotherapeutisch behandelprogramma). Deze behandeling is te verkiezen boven overige psychotherapie die niet uitgaat van een model van persoonlijkheidsstoornissen.

Het valt te overwegen om de specifieke behandelvormen (zoals DBT, MBT, SFT, TFP) bij voorkeur in te zetten voor patiënten met ernstige en complexe persoonlijkheidsstoornissen, gedefinieerd als patiënten met naast de persoonlijkheidsstoornis(sen) ook meervoudige psychische en maatschappelijke problemen.

Het is aan te bevelen om in het bijzonder bij borderline-persoonlijheidsstoornis systematisch te screenen in de loop van de puberteit bij jongeren die zich aanmelden voor behandeling, in het bijzonder wanneer er sprake is van kernsymptomen zoals suïcidaliteit en/of zelfverwonding, en indien nodig een van de genoemde generieke of specifieke interventies in te zetten.

Het valt te overwegen om patiënten met een borderline-persoonlijheidsstoornis ambulante te behandelen. Uitzonderingen kunnen worden gemaakt bij ernstige acute ontregeling in combinatie met een tekortschietende sociale omgeving. In dat geval kan een korte opname met duidelijke doelen gericht op stabilisering aangewezen zijn.

5.3 Specifieke aanvullingen voor de behandeling van antisociale-persoonlijheidsstoornis

Het is aan te bevelen om de psychotherapeutische behandeling bij mensen met een antisociale-persoonlijheidsstoornis te richten op de vermindering van agressie en ander antisociaal gedrag (risicomanagement), middelengebruik of psychotraumata. Specifieke behandelingen die hiervoor kunnen worden gebruikt zijn DBT, SFT, CBT en CM

Het is valt te overwegen om jongeren met ernstige symptomen van antisociaal gedrag een systeeminterventie zoals MDFT, MST of FFT aan te bieden

5.4 Specifieke aanvullingen voor de behandeling van vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen in de behandeling van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis gebruik te maken van een specifieke psychotherapeutische behandeling, zoals Cognitive Behavioral Therapy (CBT), kortdurende psychodynamische psychotherapie (STDP), Schema Focused Therapy (SFT) of Affect-fobie therapie (AFT).

Het valt te overwegen in de behandeling van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis op te schalen naar een kortdurende klinische behandeling om hardnekkige patronen van vermijding in gedrag en relaties te doorbreken, wanneer eerdere ambulante behandelingen onvoldoende effect hebben gesorteerd.

5.5 Specifieke aanvullingen voor de behandeling van schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen om bij schizotypische-persoonlijkheidsstoornissen diverse psychotherapeutische, herstelgerichte en farmacotherapeutische interventies te integreren.

6 Aanbevelingen Farmacotherapie

Op basis van wetenschappelijk onderzoek, professionele kennis en praktijkervaring komt de werkgroep tot een aantal algemene aanbevelingen omtrent de plaats van farmacotherapie binnen het behandel aanbod van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

6.1 Algemene aanbevelingen

Aanbevolen wordt om farmacotherapie, waar nodig, een duidelijke plaats te geven binnen het behandel aanbod voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het kan tijdelijk verlichting geven gedurende een crisisachtige periode of verlichting van klachten zoals oplopende gespannenheid, verwardheid, dysforie, angstklachten of slaapproblemen. Waar nodig ondersteunt het mogelijk de patiënt tijdens een psychotherapeutische behandeling indien specifieke symptomen hinderlijk persisteren.

Aanbevolen wordt om medicatie primair te richten op de meest op de voorgrond staande hinderlijke symptomen, en waar mogelijk slechts tijdelijk voor te schrijven.

Aanbevolen wordt om waar mogelijk comorbide psychische stoornissen te behandelen binnen een geïntegreerd behandel(stappen)plan, conform de desbetreffende geldende multidisciplinaire behandelrichtlijnen.

Aanbevolen wordt om bij persoonlijkheidsstoornissen de farmacotherapie waar mogelijk op geleide van behandelalgoritmen te richten op vooraanstaande symptoomdomeinen zoals cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling of affectieve dysregulatie.

Aanbevolen wordt om bij acute interventies, of in een crisisachtige situatie, terughoudend zijn met het voorschrijven van medicatie, en zich indien nodig te beperken tot het tijdelijk voorschrijven van een sederend middel in beperkte dosering.

Aanbevolen wordt om de autonomie van de patiënt (en diens naasten) zoveel mogelijk te respecteren, een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen, voldoende uitleg te geven over de mogelijkheden en beperkingen van farmacotherapie, en middels "Shared Decision Making" te komen tot een gezamenlijk opgesteld farmacotherapeutisch behandelplan, als geïntegreerd onderdeel van het totale behandelplan.

6.2 Aanbevelingen bij borderline-persoonlijkheidsstoornis

In aanvulling op de algemene aanbevelingen betreffende farmacotherapeutische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen worden op basis van de wetenschappelijke en professionele kennis de volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot de keuze van farmacotherapie gericht op specifieke symptoomdomeinen bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

6.2.1 *Cognitief-perceptuele symptomen*

Wanneer besloten wordt tot medicamenteuze behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij BPS (en voor de behandeling van schizotypische trekken) worden antipsychotica aanbevolen. Ze kunnen in relatief lage dosering voor een korte periode (dagen tot weken) worden voorgeschreven, dan wel intermitterend bij exacerbaties in het beloop van de stoornis.

Zowel klassieke als atypische antipsychotica zijn effectief. Daarom wordt aanbevolen de keuze van het antipsychoticum (eerste of tweede generatie) mede te maken op grond van de te verwachte bijwerkingen.

Indien in verband met slaapproblemen farmacotherapeutische interventies zijn aangewezen kan tijdelijk gebruik van een sederend antipsychoticum overwogen worden, in relatief lage dosering (bijvoorbeeld zo nodig 25 of 50 mg quetiapine A.N.).

6.2.2 *Impulsieve gedragsontregeling*

Indien op korte termijn (uren, dagen) effect moet worden gesorteerd lijkt een antipsychoticum aangewezen, in relatief lage dosering.

Wil men effect op middellange termijn bewerkstelligen dan blijkt als eerste keuze topiramaat of lamotrigine aangewezen; als tweede keuze valproïnezuur. Bij onvoldoende resultaat kan vervolgens een antipsychoticum worden overwogen (derde keuze).

Het gebruik van Omega-3-vetzuren als voedingssupplement kan ter ondersteuning van de behandeling bij impulsiviteit worden aanbevolen.

6.2.3 *Affectieve dysregulatie*

Bij persisterende invaliderende stemmingswisselingen wordt geadviseerd een proefbehandeling te overwegen met een SSRI (stap 1), lamotrigine (stap 2) of een atypisch antipsychoticum (stap 3).

Bij aanhoudende klachten van somberheid in het kader van een depressieve stoornis wordt een SSRI of SNRI aanbevolen. Indien echter geen sprake is van een comorbide depressie in engere zin wordt geadviseerd een proefbehandeling te overwegen met een tweede generatie antipsychoticum of met lamotrigine.

Bij aanhoudende boosheid en vijandigheid wordt geadviseerd een proefbehandeling te overwegen met lamotrigine of topiramaat (stap 1). Als alternatieve keuze wordt valproaat of een tweede generatie antipsychoticum aanbevolen (stap 2).

Bij persisterende angstklachten wordt geadviseerd een proefbehandeling te overwegen met een SSRI of een antipsychoticum in lage dosering. Met gepaste terughoudendheid kan ook (op zo nodig basis) tijdelijk een benzodiazepine worden voorgeschreven.

Het gebruik van Omega-3-vetzuren als voedingssupplement kan ter ondersteuning van de behandeling van affectieve dysregulatie klachten worden aanbevolen.

6.3 Aanbevelingen bij de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Een antipsychoticum in relatief lage dosering (tot 4 mg haloperidol equivalent) kan worden overwogen in de behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij patiënten met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.

6.4 Aanbevelingen bij de antisociale-persoonlijkheidsstoornis

Bij patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis en impulsieve agressie kunnen farmacotherapeutische interventies min of meer conform dezelfde aanbevelingen als bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis, overwogen worden

6.5 Aanbevelingen bij de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

Bij patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen om persisterende sociale angstklachten te behandelen met een SSRI of SNRI.

Aanbevolen wordt om bij persoonlijkheidsstoornissen de farmacotherapie waar mogelijk op geleide van behandelalgoritmen te richten op vooraanstaande symptoomdomeinen zoals cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling of affectieve dysregulatie (zoals ook beschreven bij de aanbevelingen voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

6.6 Aanbevelingen bij jongeren en adolescenten

Geadviseerd wordt om bij jongeren ten aanzien van farmacotherapie een nog grotere terughoudendheid te betrachten dan bij volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

6.7 Aanbevelingen bij ouderen

Geadviseerd wordt om bij ouderen ten aanzien van farmacotherapie een nog grotere terughoudendheid te betrachten dan bij jongvolwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

6.8 Aanbevelingen in de forensische setting

Geadviseerd wordt om in de (klinische) forensische setting extra terughoudendheid en voorzichtigheid te betrachten bij het voorschrijven van benzodiazepinen en kortwerkende psychostimulantia.

7 Aanbevelingen Vaktherapie

Het is aan te bevelen dat een behandelprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ook vaktherapie in haar aanbod heeft.

Het is te overwegen om binnen een behandelprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beeldende therapie of een andere vorm van vaktherapie aan te bieden, onafhankelijk van leeftijd, sekse of specifieke diagnostische kenmerken.

Het is aan te bevelen om patiënten voor te lichten over de verschillende vaktherapieën en voorkeuren van de patiënt mee te nemen in het proces van samen beslissen over de indicatie voor vaktherapie.

Het is aan te bevelen om binnen een (dag- of poli-)klinische behandeling psychotherapeutische verbale en vaktherapeutische methoden te integreren om zo optimaal aan te kunnen sluiten bij patiënten met verschillende affiniteiten, mogelijkheden en leerstijlen.

Het is te overwegen om vaktherapie in te zetten ten behoeve van het (emotioneel) in contact komen met moeilijk bereikbare aspecten van de belevingswereld van patiënten..

Het is te overwegen om vaktherapie een bijdrage te laten leveren aan het diagnostisch proces, aan de probleemanalyse via observatie en aan het vaststellen van behandelindicatie en behandeldoelen.

8 Aanbevelingen Sociaal-psychiatrische Interventies

8.1 Aanbevelingen Verpleegkundige diagnostiek

Het is aan te bevelen een inschatting te maken van het functioneren en de functionele beperkingen van een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis met een instrument als de WHODAS/ICF.

Het is te overwegen om gebruik te maken van de NANDA, NIC en NOC om de verpleegkundige zorg aan mensen met een persoonlijkheidsstoornis te formuleren, bespreken en evalueren. Bij voorkeur in samenspraak met naasten.

8.2 Aanbevelingen Algemene aspecten van sociaal-psychiatrische interventies

Het is aan te bevelen verpleegkundige interventies aan te bieden binnen een multidisciplinaire context met een eenduidig theoretisch kader (bijvoorbeeld psychodynamisch of cognitief-gedragstherapeutisch).

Het is aan te bevelen om patiënten psycho-educatie aan te bieden met aandacht voor probleemoplossende vaardigheden.

Het is te overwegen om bij chronische en/of ernstige problematiek een gestructureerde aanpak zoals de Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Behandeling of Collaborative Care Programma in te zetten, of een methodiek zoals FACT, RACT of ART.

Het is aan te bevelen om waar mogelijk en in samenspraak met de patiënt, naasten te betrekken bij de behandeling met het oog op het generaliseren van behandelresultaten.

8.3 Aanbevelingen Verpleegkundige attitude, kennis en competenties

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen en andere hulpverleners die werken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen voortdurend scholing, vaardigheidstraining en intervisie volgen.

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen met hun houding herstel van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis stimuleren door hoop uit te stralen, present te zijn, aan te sluiten bij de patiënt en diens kracht, en gericht te zijn op het verlichten van lijden en vergroten van autonomie.

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen voortdurend de therapeutisch relatie bewaken en waar nodig herstellen, en dat zij over de competenties beschikken zoals deze zijn geformuleerd in de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen.

8.4 Aanbevelingen Crisisinterventie

Het is aan te bevelen om dialectische gedragstherapie in te zetten om vaardigheden aan te leren voor het omgaan met of voorkomen van crisissituaties.

Het is aan te bevelen om samen met patiënt en naasten het ontstaan van crisis in kaart te brengen en te bespreken of in geval van crisis gekozen wordt voor opname voorkomende interventies (zoals IBT), kortdurende opname of opname op een HIC.

Het is aan te bevelen in geval van een crisis de mogelijkheid van IBT te onderzoeken alvorens een opname op een HIC te overwegen.

Het is aan te bevelen om samen met patiënt en naasten een signaleringsplan en /of crisiskaart op te stellen.

Het is te overwegen een kortdurende opname of bed op recept regeling in te zetten bij een crisissituatie. Het is van belang dat hier een duidelijk behandelplan aan ten grondslag ligt gericht op het zo groot mogelijk houden van de autonomie van de patiënt en er gelegenheid is tot dagelijkse gesprekken.

8.5 Aanbevelingen Verpleegkundige interventies bij zelfbeschadigend gedrag

Het is aan te bevelen om zelfbeschadigend gedrag te bespreken binnen het multidisciplinaire team en een eenduidig beleid vast te stellen en zelfbeschadiging niet als criterium voor het weigeren of beëindigen van zorg te hanteren.

Het is aan te bevelen dat de verpleegkundige het zelfbeschadigende gedrag in open dialoog met de patiënt bespreekt en daarbij aandacht geeft aan de beleving van de patiënt. De verpleegkundige maakt hierbij respectvol contact en heeft een niet-oordelende houding.

Het is aan te bevelen bij zelfbeschadiging te onderzoeken wat de onderliggende problematiek is en deze te behandelen. De keuze om te stoppen met zelfbeschadiging kan alleen maar gemaakt worden door de patiënt zelf.

Het is aan te bevelen (indien nodig) zorg te dragen voor somatische zorg volgens de geldende richtlijnen.

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen training volgen in het omgaan met mensen met zelfbeschadigend gedrag. Bij voorkeur zijn ervaringsdeskundigen betrokken bij de training.

8.6 Aanbevelingen Ouderrol

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen actief vragen naar de ouderrol. De kindcheck is hierbij een verplicht onderdeel van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling die op vaste momenten in de behandeling gedaan moet worden.

Het is aan te bevelen om verpleegkundigen te trainen en handvatten te geven om in gesprek te komen met patiënten over de ouderrol, opvoeding en ontwikkeling van het kind.

8.8 Aanbevelingen Ouderen met persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen bij ouderen het CoMBI-protocol te gebruiken om de zorg in kaart brengen en uit te voeren.

Het is aan te bevelen om naasten en de omgeving te betrekken in de behandeling, vooral als het ouderen betreft.

9 Aanbevelingen Herstel en Rehabilitatie

9.1 Aanbevelingen Herstel en Rehabilitatie

Het is aan te bevelen om de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis in belangrijke mate te richten op het functioneren buiten de therapeutische setting; op het herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen.

Het is aan te bevelen om vanaf de start van diagnostiek en behandeling nauwgezet in kaart te brengen waar de mogelijkheden en beperkingen liggen wat betreft gewenste ontwikkeling, met aandacht voor alle aspecten van herstel: klinisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel.

Het valt te overwegen om specifieke instrumenten zoals de NEL of I.ROC te gebruiken om de beperkingen en de ontwikkelingen in het (persoonlijk/maatschappelijk) functioneren in kaart te brengen.

Het valt te overwegen om in bepaalde gevallen rehabilitatieinterventies in te zetten om het persoonlijk functioneren en het maatschappelijk participeren te verbeteren.

Het is aan te bevelen om in behandelingen interpersoonlijke kwetsbaarheden en vaardigheden buiten de behandelsetting (familie, partner, vrienden, huisgenoten, collega's, leidinggevend, ed.) als kernelement te zien, net zoals de therapeutische relatie dat is binnen die behandeling.

Het is aan te bevelen altijd te vragen naar wensen op het terrein van sociaal netwerk, opleiding - werk, financiële middelen, woonomstandigheden, fitheid/lichamelijke gezondheid, stigmatisering en uitsluiting, en zingeving.

Het valt te overwegen om ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact in te zetten met het oog op erkenning en herkenning.

Het is aan te bevelen om te bepalen welke interventies gericht op vereiste en gewenste psychische (executieve) functies - zoals trainingsprogramma's, e-health modules, ed. - binnen de therapeutische setting kunnen worden aangeboden, en wat beter uitbesteed kan worden.

Het is aan te bevelen pro-actief samenwerking te zoeken met op herstelgerichte programma's. Streef daarbij naar het overbruggen van de kloof tussen programma's die specifiek gericht zijn op klinisch herstel en programma's die specifiek gericht zijn herstel, rehabilitatie en re-integratie.

Het wordt aanbevolen om in het belang van de patiënt, en altijd in samenspraak met de patiënt, adequate informatie te verstrekken aan derden.

Zie het bovenstaande als essentiële onderdelen van een volwaardige behandeling met uiteenlopende elementen in het kader van duurzaam herstel, rehabilitatie en terugvalpreventie. Bij alles geldt uiteraard dat de patiënt uiteindelijk bepalend is in wat, waar en hoe aan de orde komt, waar hij bij geholpen wil worden en waarbij niet. Essentieel blijft het aan de orde stellen, zoals je bij een goed psychologisch of psychiatrisch onderzoek doet.

9.2 Aanbevelingen Werk

Het is aan te bevelen scholing, opleidingen en (vrijwilligers of betaald) werk structureel te bespreken en gewenste doelen in het behandelplan op te nemen.

Het is aan te bevelen om – als het binnen de behandelsetting onvoldoende lukt – samen te werken met externe deskundigen zoals jobcoaches, re-integratiebureaus of de interventie Individual Placement and Support (IPS) in te zetten.

Het is aan te bevelen om (samen met patiënt) de diverse beschikbare gereedschappen in te zetten, zoals 'Routekaart psychische klachten en werk', te vinden op psychiatrienet ([link](#)).

Het is aan te bevelen om actief de samenwerking tussen GGz, arbeidsgeneeskundigen en re-integratiediensten te verbeteren.

Gebruik Coral 2.0 of andere tools ([link](#)) om het dilemma van openheid bij sollicitaties te bespreken.

Het is aan te bevelen een bijdrage te leveren aan het informeren van arbeidsgeneeskundigen, managers en leidinggevenden en anderen die betrokken zijn bij re-integratie, zeker bij langdurige uitval, door meer handvatten te geven over omgaan met psychische kwetsbaarheden en persoonlijkheidstrekken.

10 Aanbevelingen Systeeminterventies en Naasten

Het is aan te bevelen om naasten van mensen met een persoonlijkheidsstoornis voorlichting en begeleiding te geven om kennis en begrip van de persoonlijkheidsstoornis en de rollen van de naasten als in standhoudende en beschermende factor bij te brengen.

Het valt te overwegen om naasten van mensen met een persoonlijkheidsstoornis een vaardighedencursus aan te bieden om de omgang met de patiënt te trainen, de rol als in standhoudende factor te beperken en de rol als beschermende factor te versterken.

Het valt te overwegen om partners van mensen met een persoonlijkheidsstoornis een specifieke relatietherapie zoals Couple-DBT of Couple-EDT of een generieke relatietherapie zoals EFT aan te bieden om de invaliderende interactiepatronen te doorbreken.

Het valt te overwegen om ouders met een persoonlijkheidsstoornis die kinderen hebben een vorm van opvoedingsondersteuning aan te bieden om hun ouderschapsvaardigheden te versterken en intergenerationale overdracht te beperken.

Het is aan te bevelen om naasten van mensen met een persoonlijkheidsstoornis te attenderen op lotgenotencontact om verlichting en validering van hun draaglast te bewerkstelligen door herkenning en erkenning van hun situatie vanuit lotgenotenperspectief.

11 Aanbevelingen Comorbiditeit

11.1 Algemene aanbevelingen

Het is aan te bevelen om comorbide symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen in hun onderlinge samenhang te onderzoeken ten behoeve van een geïntegreerd behandel(stappen)plan

Het is aan te bevelen om bij op de voorgrond staande kenmerken van symptoomstoornissen, ook in geval van een comorbide persoonlijkheidsstoornis, primair de behandelrichtlijn van de desbetreffende symptoomstoornis te volgen.

Het is aan te bevelen om bij mensen met persoonlijkheidsstoornis alert te blijven op het (opnieuw) optreden van andere symptoomstoornissen en deze adequaat te behandelen.

Het is aan te bevelen om de behandeling van een patiënt met comorbide symptoomstoornis en een persoonlijkheidsstoornis zoveel mogelijk te integreren onder regie van één behandelaar.

Mede vanwege de atypische wijze waarop lichamelijke klachten zich bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen manifesteren is extra alertheid noodzakelijke voor adequate diagnostiek en behandeling hiervan.

11.1.1 Aanbevelingen Jeugd

Het is ook bij jeugdigen aan te bevelen om alert te zijn op persoonlijkheidsproblematiek bij het optreden van symptoomstoornissen en deze waar nodig in hun onderlinge samenhang te onderzoeken ten behoeve van een geïntegreerd behandel(stappen)plan

gericht op verstoorde emoties en gedragingen kan worden overwogen (Schulkens et al., 2021).

11.1.2 Aanbevelingen Ouderen

Het is ook bij ouderen en in het bijzonder in verpleeghuissettingen en de ouderenzorg aan te bevelen om alert te zijn op het voorkomen van persoonlijkheidsproblematiek en hiermee rekening te houden in de uitvoering van somatische en psychologische en psychofarmacologische behandelingen

11.2 Aanbevelingen Depressie

Indien een depressieve episode het primaire aandachtspunt vormt voor behandeling wordt, ook bij patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis, aanbevolen de behandelstappen volgens de vigerende richtlijn depressieve stoornissen te volgen.

Het wordt aanbevolen een patiënt met depressieve episode en een comorbide persoonlijkheidsstoornis te behandelen met een methodische vorm van psychotherapie, bij voorkeur CBT of kortdurende psychodynamische therapie (zoals KPSP), waarbij de toevoeging van een antidepressivum overwogen dient te worden.

Het wordt aanbevolen bij een patiënt met depressie en comorbide persoonlijkheidsstoornis niet met alleen een antidepressivum te behandelen maar altijd een vorm van psychotherapie toe te voegen.

Het wordt aanbevolen bij geen of partieel effect van de in eerste instantie uitgevoerde behandelingen te onderzoeken in welke mate persoonlijkheidspathologie daarin een oorzakelijke of onderhoudende rol bij speelt, en dat mee te wegen in vervolgstappen in het behandelplan voor de depressie.

Er dient bij een comorbide persoonlijkheidsstoornis rekening gehouden te worden met de kans op een verminderde effectiviteit van een reguliere depressie behandeling. Dat betekent dat eerder overwogen moet worden om de vorm, dosering en/of intensiteit van de psychotherapeutische behandeling aan te passen, en/of medicatie toe te voegen in geval voor monotherapie wordt gegeven.

11.3 Aanbevelingen Posttraumatische-stressstoornis (PTSS)

Het is aan te bevelen dat bij het gecombineerd voorkomen van een PTSS en een persoonlijkheidsstoornis de PTSS te behandelen volgens de vigerende richtlijnen voor PTSS. Er zijn geen aanwijzingen dat PTSS hiervoor een contra-indicatie vormt

Het valt te overwegen om te kiezen voor Imaginaire Exposure therapie, Cognitieve Gedragstherapie, Narratieve Exposure therapie of EMDR als behandelopties gericht op PTSS/psychotrauma bij patiënten met een (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen.

11.4 Aanbevelingen Aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis (ADHD en ADD)

Het wordt aanbevolen om in geval van comorbiditeit van ADHD en persoonlijkheidspathologie eerst door middel van psycho-educatie, coaching en farmacotherapie (zoals methylfenidaat, dexamfetamine, atomoxetine of bupropion) te proberen de ADHD-symptomen onder controle te brengen. Waar nodig kan de behandeling zich vervolgens richten op de bijkomende persoonlijkheidsproblematiek.

Indien tijdens een reeds lopende behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis bijkomende ADD of ADHD wordt geconstateerd kan behandeling hiervoor toegevoegd worden.

11.5 Aanbevelingen Middel-gerelateerde en Verslavingsstoornissen

Het is aan te bevelen zorgvuldige diagnostiek te verrichten alvorens geconcludeerd wordt tot comorbiditeit van een persoonlijkheidsstoornis en een stoornis in gebruik van middelen. In het algemeen is daarbij een periode van abstinentie van het betreffende middel gedurende enkele weken wenselijk.

Het is aan te bevelen bij de diagnostiek zorgvuldig onderscheid te maken tussen een *middelgerelateerde* persoonlijkheidsstoornis en *middelgeïnduceerde* (psychiatrische) symptomen.

Het is aan te bevelen om patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en een comorbide stoornis in middelengebruik, een specifieke psychotherapeutische behandeling aan te bieden, zoals Dialectical Behavior Therapy (DBT)

Het valt te overwegen om patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis en een comorbide stoornis in drugsgebruik, te behandelen met CBT of CM.

11.6 Aanbevelingen Eetstoornissen

Er zijn geen systematische reviews gevonden naar de effecten van therapie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis. Derhalve wordt voor de aanbevelingen verwezen naar de algemene aanbevelingen (zie paragraaf 12.1).

12 Aanbevelingen Organisatie van Zorg

Het is aan te bevelen in de S-GGz of de HS-GGz om persoonlijkheidsstoornissen te behandelen vanuit een multidisciplinair team of netwerk met expertise van psychiater, psychotherapeut, verpleegkundige, systeemtherapeut, vaktherapeut en (familie)ervaringsdeskundige.

Het valt te overwegen om de begeleiding van stabiele patiënten in het kader van terugvalpreventie of nazorg na afronding van de behandeling over te dragen aan de B-GGz of de huisarts.

Behandelaren die betrokken zijn bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn hiervoor bevoegd en bekwaam. Zij zijn hiervoor specifiek opgeleid of zij zijn werkzaam in een begeleidingsstructuur met voldoende intensiteit om behandelingen adequaat uit te kunnen voeren.

Het is aangewezen om in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis vanuit een gezamenlijke behandelvisie te werken binnen een geïntegreerd behandelbeleid.

De zorg dient zo georganiseerd te worden dat voor een patiënt en diens naasten te allen tijde duidelijk is wie eerste aanspreekpunt is.

Het is aan te bevelen in een behandeling voldoende aandacht te hebben voor het beleid rond crises. In geval van (verhoogde) crisisgevoeligheid is het aan te bevelen te anticiperen op crisissituaties door middel van het opstellen van een signalerings- en/of crisisplan.

Het is aan te bevelen dat bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen betrokken professionals allen toegang hebben tot regelmatige intervisie en/of supervisie.

Het is aan te bevelen om een context van zorg te organiseren waarbinnen continuïteit van zorg over behandelingen, behandelaars, behandelvisies en organisaties heen gegarandeerd kan worden.

Het is aan te bevelen dat behandelteams die zorg bieden aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen een beleid hanteren dat gericht is op het actief betrekken van naasten bij de behandeling.

Het is aan te bevelen dat in de zorg aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen voldoende deskundigheid op het gebied van systeemdiagnostiek/systeembehandeling beschikbaar is.

Het is aan te bevelen in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan het generaliseren van de behandelresultaten in het dagelijks leven. Het is aan te bevelen de zorg zo te organiseren dat vanaf het begin van de behandeling er aandacht kan zijn voor maatschappelijk en persoonlijk herstel.

Het is aan te bevelen dat huisartsen beschikken over de kennis om aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis te herkennen en de vaardigheden om de problematiek te bespreken met als doel patiënten te informeren en te motiveren voor verdere diagnostiek en behandeling.

Het is aan te bevelen om duidelijke netwerkafspraken met organisaties op het gebied van zorg en welzijn te maken zodat de behandeling en de begeleiding integraal rondom de patiënt geleverd kunnen worden.

Het is aan te bevelen de zorg zo te organiseren dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen toegang hebben tot behandeling voor comorbide stoornissen.

Het is aan te bevelen om een context van zorg te organiseren waarbinnen continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden. Dit vraagt, naast contact houden in proces van doorverwijzing, het kunnen integreren van interventies voor psychosociale of psychiatrische comorbiditeit. Na afronding van een interventie is het van belang een optie bieden voor terugvalpreventie en de mogelijkheid om bij een nieuwe acute fase gemakkelijk te kunnen opschalen.

Het is aan te bevelen de zorg voor ouderen met zowel een persoonlijkheidsstoornis als ernstige cognitieve en/of somatische problematiek zo te organiseren dat laagdrempelig consultatie vanuit de GGz kan worden geboden aan het zorgnetwerk rondom oudere patiënten.

Het is aan te bevelen de zorgcontinuïteit van forensische naar reguliere geestelijke gezondheidszorg (en vice versa) zo te organiseren dat onderlinge samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het leveren van passende en tijdige zorg aan patiënten leidend zijn.