

# Uitkomsten praktijkonderzoek Persoonlijkheidsstoornissen

Bekijken →

**Akwa**  
**GGZ** Alliantie kwaliteit  
Geestelijke  
Gezondheidszorg



# Inhoudsopgave

**1. Inleiding →**

**2. Samenvatting →**

**3. Persoonlijheidsproblematiek:  
aard, omvang en impact →**

**4. De zorg bij persoonlijkheids-  
problematiek →**

**5. Naasten →**

**6. Samen leren als fundament voor  
goede zorg →**

**7. De zorgstandaard Persoonlijheids-  
stoornissen in de praktijk →**

**Klik op één  
van de knoppen  
om naar de  
gewenste pagina  
te navigeren.**



**1. Inleiding****2. Samenvatting** →**3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact** →**4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek** →**5. Naasten** →**6. Samen leren als fundament voor goede zorg** →**7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk** →

# 1. Inleiding

Akwa GGZ is een alliantie van beroeps-, branche-, en patiëntenverenigingen en faciliteert de lerende ggz bij kwaliteitsverbetering van de zorg voor patiënten en naasten. Dit doet Akwa GGZ onder andere door het ontwikkelen en onderhouden van zorgstandaarden. Daarnaast ondersteunt het zorgprofessionals en organisaties bij het gebruik van zorgstandaarden in de praktijk. Jaarlijks wordt een aantal zorgstandaarden geëvalueerd op uitvoerbaarheid, bruikbaarheid en aansluiting bij de praktijk.

## Praktijkonderzoek Persoonlijkheidsstoornissen

Van november 2025 tot en met januari 2026 is een praktijkonderzoek uitgevoerd naar de zorgstandaard [Persoonlijkheidsstoornissen](#). Doel van dit onderzoek

was om inzicht te krijgen in:

- de mate waarin de zorgstandaard aansluit bij de praktijk;
- de wijze waarop screening, diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van persoonlijkheidsproblematiek worden vormgegeven;

- knelpunten die zorgprofessionals, zorgmanagers, patiënten en naasten ervaren;
- de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals bij het toepassen van de zorgstandaard.

De uitkomsten van dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor het actualiseren en ontwikkelen van ondersteuning voor het gebruik van deze zorgstandaard in de praktijk. Daarnaast biedt het aanknopingspunten voor het versterken van de lerende praktijk binnen de GGZ.

### Onderzoeksopzet

Voor dit praktijkonderzoek is gebruikgemaakt van een online enquête onder zorgprofessionals, zorgmanagers, patiënten en naasten. De enquête is verspreid via Akwa GGZ, het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, patiënten- en naastenorganisaties en onderzoeksbureau ZorgfocuZ.

De resultaten uit de enquête vormen de belangrijkste bron voor dit rapport. Waar relevant zijn open antwoorden van onderzoeksd deelnemers gebruikt ter duiding en verdieping van de uitkomsten.

### Leeswijzer

Dit rapport presenteert de belangrijkste uitkomsten van het praktijkonderzoek. Na de samenvatting wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- Signalering van persoonlijkheidsproblematiek;
- Diagnostiek en indicatiestelling;
- Gezamenlijke besluitvorming (samen beslissen) en het opstellen van het zorgplan;
- Toegepaste behandeling en ervaren belemmeringen;
- Zorg voor jongeren en ouderen met persoonlijkheidsproblematiek;
- Professionele zorgnetwerken, samen leren en het gebruik van kwaliteitsinformatie;
- Toepassing van de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk.

Bij verschillende thema's worden ook de [kernaanbevelingen](#) uit de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen weergegeven.

**1. Inleiding****2. Samenvatting** →**3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact** →**4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek** →**5. Naasten** →**6. Samen leren als fundament voor goede zorg** →**7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk** →**Onderzoeksdeelnemers****416 zorgprofessionals in de ggz**

- De meest voorkomende functie is GZ-psychooloog/klinisch (neuro)psychooloog of psychotherapeut.
- De helft is werkzaam in de specialistische ggz, kleinere groepen werken in andere zorgsegmenten.
- 71% heeft meer dan tien jaar werkervaring in de ggz.
- 88% werkt met volwassenen; Een deel werkt (tevens) met ouderen (34%) of met jongeren (30%).

**102 patiënten:**

- Hebben momenteel of in het verleden te maken gehad met persoonlijkheidsproblematiek.
- 88% heeft een vastgestelde persoonlijkheidsstoornis; 77% heeft daarnaast (ook) een andere psychische stoornis, met name stemmings- en/of traumagerelateerde klachten.
- 82% heeft hulp gezocht of ontvangen voor persoonlijkheidsproblematiek; 68% (ook) voor andere psychische klachten.
- 89% ervaart al langer dan vijf jaar klachten die samenhangen met persoonlijkheid of persoonlijkheidskenmerken.
- 85% is tussen de 24 tot en met 64 jaar, 13% is 65 jaar of ouder en 2% is jonger dan 24 jaar.

**48 naasten\*:**

- Naasten van iemand met persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld ouder, partner, broer/zus of vriend(in)).
- Ruim de helft (55%) is ouder van de patiënt.
- Bij 78% ontvangt de patiënt hulp van een behandelaar.

**19 zorgmanagers in de ggz\***

- Betrokken bij het borgen en organiseren van kwaliteit van zorg binnen hun organisatie.
- Veelal werkzaam binnen (grotere) organisaties in de specialistische ggz of gecombineerde settings.

\* De groepen zorgmanagers en naasten zijn relatief klein. De resultaten onder deze groepen geven daarom een eerste, globale indruk.

1. Inleiding →

2. Samenvatting

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

## 2. Samenvatting

Het praktijkonderzoek maakt zichtbaar dat belangrijke aanbevelingen uit de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen op meerdere punten terugkomen in de praktijk. In de diagnostiek is veel aandacht voor klachten, functioneren, levensloop, context, trauma, wensen en krachtbronnen. Ook psychotherapie en traumagerichte behandeling hebben een duidelijke plek in het behandel aanbod. Daarmee sluiten de uitkomsten aan bij de beweging naar brede, herstelondersteunende en passende zorg. Tegelijkertijd herkennen patiënten, en op onderdelen ook naasten, bepaalde aspecten minder sterk dan zorgprofessionals rapporteren. Naasten willen vaak betrokken zijn, maar ervaren dat dit in de praktijk niet altijd voldoende gebeurt.

Eén van de aanknopingspunten voor verbetering is het gezamenlijk opstellen, gebruiken en evalueren van een zorgplan. Daarin kunnen diagnostische inzichten, behandel doelen, voorkeuren van de patiënt, evaluatie- en crisisafspraken en de rol van naasten samenkomen. Wanneer het zorgplan herkenbaar en actief wordt gebruikt, kan het helpen om zorg samenhangender, navolgbaarder en beter afgestemd te maken. Daarnaast vragen de uitkomsten aandacht voor meer samen leren en verbeteren in de vorm van spiegelinformatie,

zorgnetwerken, intervisie en gezamenlijke reflectie. De onderzoeksresultaten laten zien dat zorgprofessionals hiervoor openstaan.

Het praktijkonderzoek laat daarmee zien dat verdere implementatie en organisatorische ondersteuning nodig zijn om de uitgangspunten van de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (en het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) steviger in de praktijk te verankeren.

De belangrijkste uitkomsten zijn:

### Screening en (vroeg)signalering

- **48%** van de zorgprofessionals besteedt bij aanmelding altijd aandacht aan mogelijke persoonlijkheidsproblematiek, **41%** doet dit alleen bij een vermoeden en **11%** heeft hier geen aandacht voor.
- **31%** gebruikt een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsproblematiek; de SCID-5-PV wordt het meest gebruikt.
- **72%** van de zorgprofessionals maakt ten minste ‘soms’ mee dat persoonlijkheidsproblematiek pas later in de behandeling wordt onderkend, waarvan 13% dit regelmatig of vaak meemaakt.

### Diagnostiek

- In diagnostiek is er veel aandacht voor de klachten en het functioneren van de patiënt; **85%** tot **97%** van de

zorgprofessionals vraagt dit (bijna) altijd uit.

- Ook trauma, contextuele verklaringen, levensloop, reflectie, wensen en kracht- en steunbronnen van de patiënt wordt door **79%** tot **97%** (bijna) altijd onderzocht.
- Somatische en cognitieve aspecten en culturele context, religie en levensovertuiging worden beduidend minder structureel in kaart gebracht; **39%** tot **49%** besteedt hier (bijna) altijd aandacht aan.
- Patiënten herkennen de diagnostische aandacht voor de verschillende onderwerpen en thema's vaak minder sterk dan de zorgprofessionals rapporteren.

### Diagnostische werkwijze

- **89%** van de zorgprofessionals gebruikt (bijna) altijd meerdere informatiebronnen in de diagnostiek.
- **88%** brengt comorbiditeit en andere relevante stoornissen structureel in kaart.
- **75%** gebruikt (bijna) altijd uitkomsten van diagnostische instrumenten; **76%** van de patiënten geeft aan dat er vragenlijsten, tests of andere hulpmiddelen zijn gebruikt.
- Aandacht voor (zelf)stigma is minder consistent: **46%** besteedt hier (bijna) altijd aandacht aan; **65%** van de patiënten geeft aan dat hier aandacht voor was.
- Het alternatieve DSM-5-model (AMPD) wordt beperkt gebruikt; **27%** gebruikt het (bijna) altijd, **38%** af en toe en **35%** (nagenoeg) nooit.

1. Inleiding →

2. Samenvatting

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek →

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg →7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

## Gezamenlijk zorgplan

- **61%** van de zorgprofessionals gebruikt (bijna) altijd of meestal een gezamenlijk zorgplan; **20%** werkt hier nooit mee.
- **94%** van de regiebehandelaren ervaart voldoende autonomie om het zorgplan samen met patiënten vorm te geven.
- Volgens zorgprofessionals wordt het zorgplan in **75%** van de gevallen volledig of grotendeels samen met de patiënt opgesteld; **57%** van de patiënten geeft aan dat zij grotendeels of helemaal samen met hun behandelaar een zorgplan hebben opgesteld.
- **65%** van de zorgprofessionals evalueert het zorgplan minstens eens per 6 maanden. Bij **8%** vindt geen systematische evaluatie van het zorgplan plaats.

## Behandeling

- Binnen organisaties van de zorgprofessionals is er een breed behandelaanbod voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, waarbij trauma-gerichte interventies en farmacotherapie het meest worden aangeboden (voor comorbiditeit).
- Psychotherapie wordt het meest aangeboden als specifieke behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek; **86%** van de patiënten heeft psychotherapie gekregen als behandeling.

- **41%** tot **64%** van de zorgprofessionals ervaart soms of vaak belemmeringen bij het kiezen of uitvoeren van specifieke interventies; dit zijn vooral organisatorische en patiëntgebonden factoren en wachtlijsten.
- **27%** van de zorgprofessionals mist specifieke interventies of behandelvormen binnen de eigen organisatie.
- **43%** bespreekt meestal of (bijna) altijd behandelopties buiten de eigen organisatie; **38%** verwijst patiënten ook daadwerkelijk door naar externe behandelopties.

## Ervaringen van patiënten met behandeling

- **53%** van de patiënten is helemaal of grotendeels tevreden over de behandeling; ongeveer **22%** is expliciet ontevreden.
- **48%** zegt dat de behandelaar hen heeft geïnformeerd over verschillende behandelmogelijkheden; **37%** zegt dat ook opties buiten de huidige organisatie zijn besproken.
- **53%** is weleens doorverwezen naar een andere organisatie voor een specifieke behandeling.

## Specifieke doelgroepen:

- **Jongeren:**
  - **58%** van de zorgprofessionals screent jongeren vaak of (bijna) altijd op persoonlijkheidsproblematiek bij signalen zoals suïcidaliteit of zelfverwonding.
  - Samenwerking met onderwijs, jeugdzorg en gemeenten lukt bij **49%** vaak of (bijna) altijd.
- **Ouderen**
  - Persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen wordt minder vaak structureel overwogen; **12%** van de zorgprofessionals doet dit (bijna) altijd.
  - In de ouderenzorg is vooral aandacht voor lichamelijke klachten, somatische factoren en medicatie-effecten.

[1. Inleiding →](#)[2. Samenvatting](#)[3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →](#)[4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →](#)[5. Naasten →](#)[6. Samen leren als fundament voor goede zorg →](#)[7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →](#)

## Naasten

- **98%** van de naasten wil betrokken zijn bij de behandeling; **81%** geeft aan op enig moment ook daadwerkelijk betrokken te zijn geweest bij de behandeling.
- Bij het opstellen van het zorgplan is de betrokkenheid beperkter: **35%** was helemaal of grotendeels betrokken, **20%** een beetje en **45%** helemaal niet.
- **27%** ervaart de samenwerking met behandelaar, de patiënt en zichzelf als goed, **40%** vindt die samenwerking wisselend en **33%** ervaart die samenwerking als niet goed.
- De helft van de naasten had graag één of meer gesprekken met de behandelaar willen voeren, maar dat is niet gebeurd.
- Een kwart van de naasten zegt zelf ondersteuning te hebben ontvangen; volgens patiënten is ondersteuning aan naasten in slechts **6%** van de gevallen aangeboden.

## Samen leren

- **39%** neemt structureel deel aan interne zorgnetwerken en intervisie, **12%** doet dit incidenteel en **50%** neemt hier helemaal niet aan deel.
- Deelname aan externe leernetwerken is beperkter; **14%** neemt hier structureel aan deel.
- **76%** heeft wellicht of zeker behoefte aan spiegelinformatie over hoe het eigen team of de organisatie zich verhoudt tot anderen.
- **58%** vindt het (zeer) belangrijk dat kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie worden gebruikt om de zorg te verbeteren.

## Gebruik van de zorgstandaard

- **34%** van de zorgprofessionals gebruikt de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in het dagelijks werk. Verder kent **22%** de inhoud wel, maar gebruikt deze niet als leidraad, **34%** weet dat de zorgstandaard bestaat, maar heeft de inhoud niet gelezen en **9%** kent de zorgstandaard niet.
- Zorgmanagers geven in ongeveer **80%** van de gevallen aan dat het zorgaanbod binnen hun organisatie grotendeels of helemaal conform de zorgstandaard is georganiseerd.

### 3. Persoonlijkheids- problematiek: aard, omvang en impact

Persoonlijkheidsproblematiek komt veel voor en raakt mensen van jong tot oud. Toch komt een groot deel van de mensen met persoonlijkheidsproblematiek niet in beeld bij de ggz. Bij mensen die zich wél aanmelden bij de ggz, lopen schattingen uiteen: een aanzienlijk deel voldoet aan de formele criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (20-80%), naar schatting gaat het om ongeveer de helft. Vaak is er daarnaast sprake van een andere psychische stoornis, zoals een depressie, angststoornis, verslaving, ADHD, PTSS of eetstoornis.

Volgens de DSM-5-TR is sprake van een persoonlijkheidsstoornis wanneer er gedurende langere tijd patronen bestaan in denken, voelen en doen waardoor mensen vastlopen in het dagelijks leven en in relaties met anderen. Deze patronen ontstaan meestal al in de adolescentie of vroege volwassenheid en kunnen zich in verschillende situaties voordoen.

Persoonlijkheidsstoornissen verschillen sterk in uitingsvorm en ernst, maar gaan gepaard met psychische lijdensdruk en beperkingen in persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Meestal spelen problemen in identiteit en zelfbeeld, moeite in relaties, intense emoties en terugkerende patronen in gedrag, zoals terugtrekken, conflicten, impulsiviteit of zelfbeschadiging, een rol.

In dit rapport laten we op basis van enquêtes onder zorgprofessionals, zorgmanagers, patiënten en naasten zien hoe het zorgproces rondom persoonlijkheidsproblematiek er in de praktijk uitziet: van (vroeg) signalering en diagnostiek tot zorgplanning, behandeling en samenwerking in netwerken.

Meer informatie over aard omvang en problematiek vind je in de zorgstandaard [Persoonlijkheidsstoornissen](#).

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

**4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek**

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

## 4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

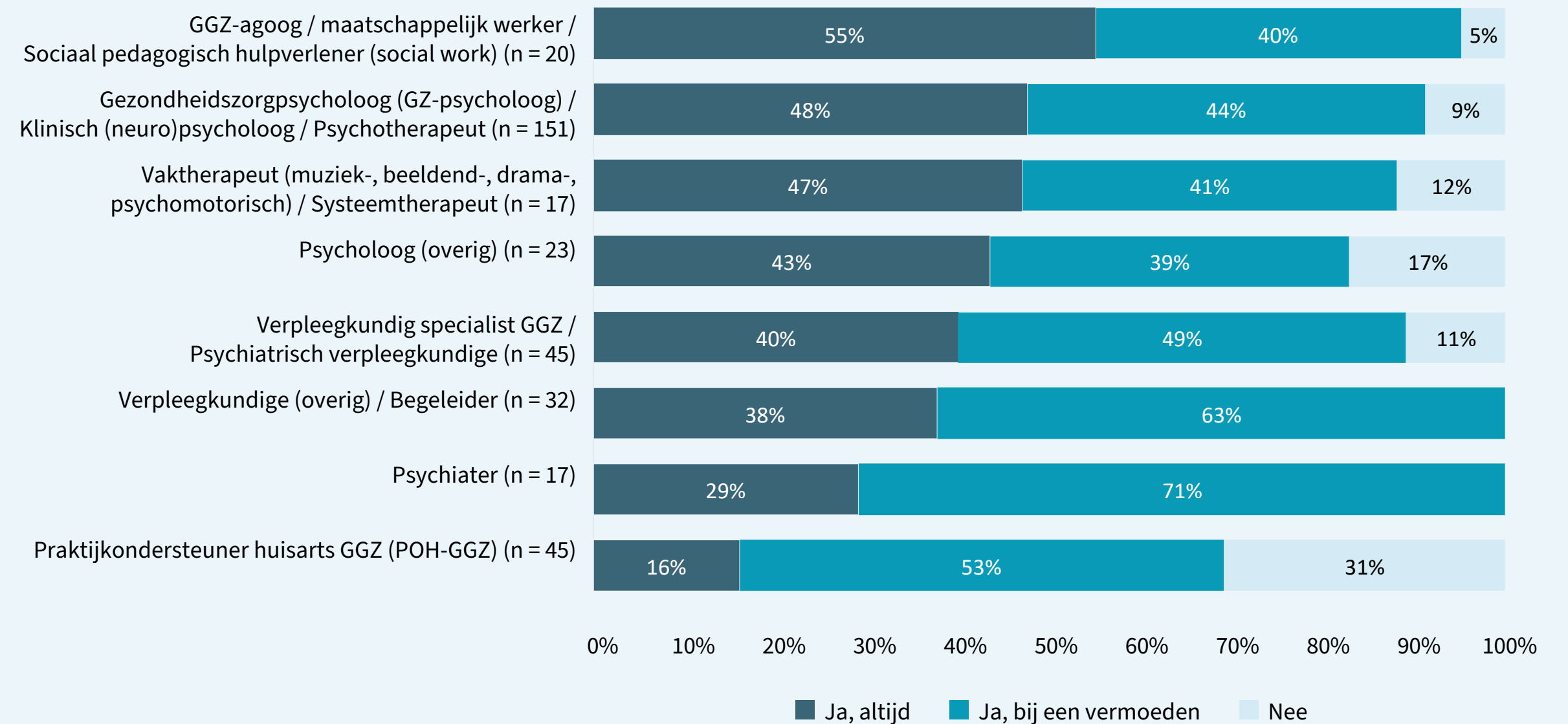
In dit hoofdstuk staat het zorgproces centraal: van aanmelding en screening tot diagnostiek, gezamenlijke besluitvorming, zorgplanning en behandeling. Waar relevant worden de perspectieven van zorgprofessionals, patiënten, naasten en zorgmanagers naast elkaar gezet.

### 4.1 Screening en (vroeg)signalering bij aanmelding

#### Aandacht voor persoonlijkheidsproblematiek bij aanmelding

Tijdige signalering helpt om gericht passende interventies te kiezen en om onnodig lange of ineffectieve zorgtrajecten te voorkomen. Bij aanmelding is er doorgaans aandacht voor mogelijke persoonlijkheidsproblematiek, maar die signalering gebeurt niet altijd op een vaste, systematische manier. Met 'aandacht' bedoelen we dat tijdens de aanmelding expliciet wordt nagegaan of er signalen zijn die kunnen wijzen op persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld via gerichte vragen en zo nodig met ondersteuning van een screeningsinstrument.

**Figuur 1** - Mate waarin zorgprofessionals met verschillende functies bij de aanmelding van patiënten aandacht besteden aan de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek



#### Kernaanbeveling:

Let op persoonlijkheidsproblematiek bij verwijzing of aanmelding bij de ggz. Persoonlijkheidsstoornissen uit zich via diverse klachten, die vaak niet direct worden herkend en veel invloed kunnen hebben op het herstel. Gebruik indien gewenst een geschikt screeningsinstrument.

Van alle zorgprofessionals besteedt 48% bij aanmelding altijd aandacht aan mogelijke persoonlijkheidsproblematiek. 41% doet dit alleen bij een vermoeden en 11% geeft aan dat hier bij aanmelding geen aandacht voor is. Figuur 1 laat per functiegroep zien in hoeverre zorgprofessionals bij aanmelding van een patiënt aandacht besteden aan de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### 1 op de 3 zorgprofessionals gebruikt een screeningsinstrument

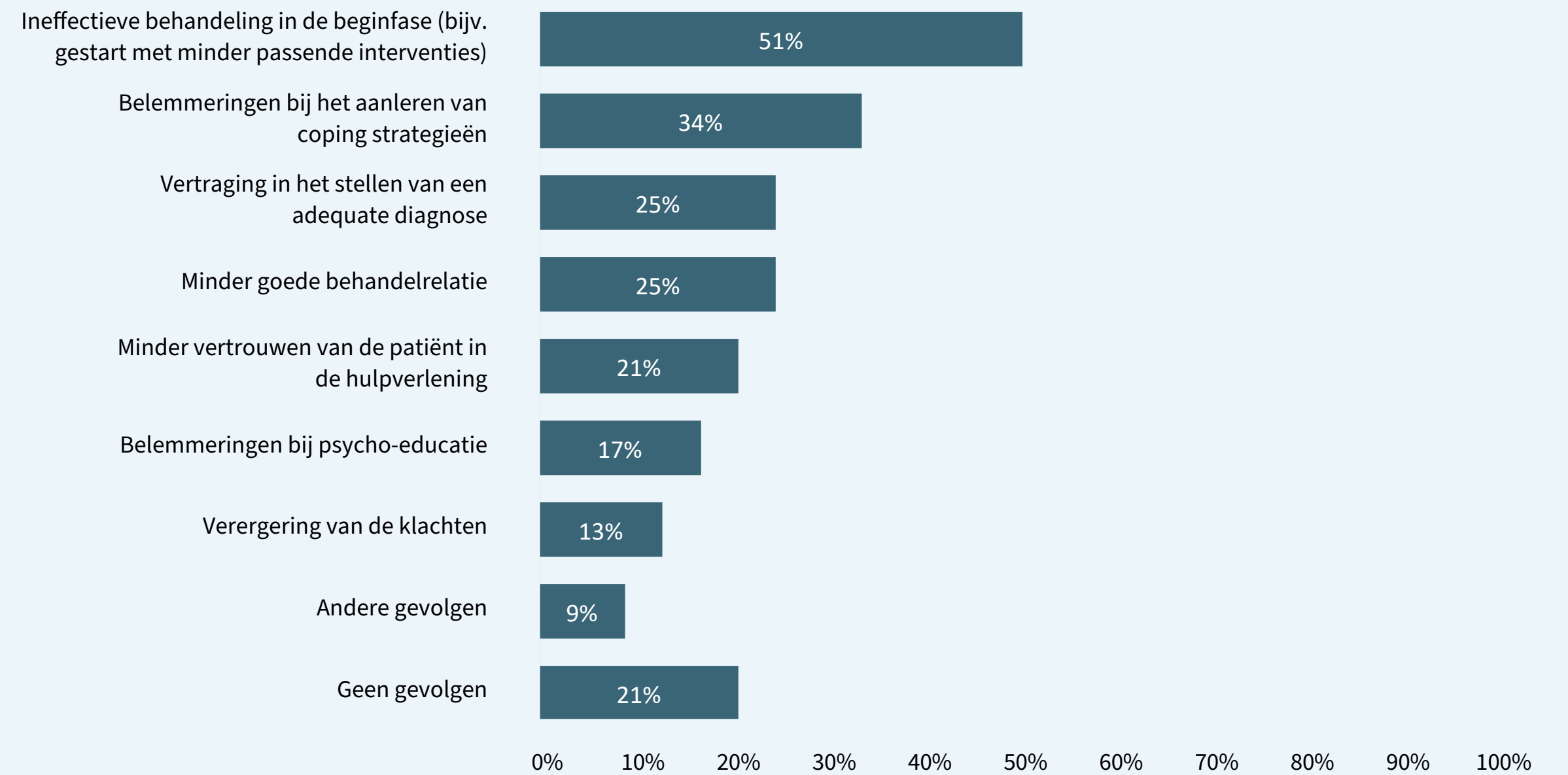
31% van de zorgprofessionals gebruikt een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsproblematiek. Bij GZ-psychologen en klinisch (neuro)psychologen ligt dit percentage hoger (46%). Het meest gebruikte screeningsinstrument is de SCID-5-PV (85%). Minder vaak gebruikt zijn de VKP-5 (15%), ADP-IV (14%), PDQ-4+ (9%) en de HAP 2.0 (9%). Een kwart van de zorgprofessionals noemt daarnaast andere (diagnostische) instrumenten, zoals de STIP, PID, LPFS-BF-2.0, YSQ, SMI, Telescreen en NKPV.

Dat ongeveer een derde van de zorgprofessionals een screeningsinstrument gebruikt, wijst erop dat gestructureerde signalering met een instrument geen vanzelfsprekend onderdeel is van de praktijk. Het merendeel (69%) gebruikt geen screeningsinstrument. In die situaties vindt signalering plaats via klinische inschatting, bijvoorbeeld middels een gesprek.

### Tijdige signalering blijft in de praktijk regelmatig uit

Volgens de zorgstandaard is tijdige onderkenning van persoonlijkheidsproblematiek van groot belang. De praktijk laat echter een ander beeld zien: 72% van de zorgprofessionals maakt ten minste soms mee dat persoonlijkheidsproblematiek pas later in

**Figuur 2** - Gevolgen die zorgprofessionals ervaren wanneer persoonlijkheidsproblematiek later wordt herkend (n = 301)



de behandeling wordt onderkend, waarvan 13% dit regelmatig of vaak meemaakt. Slechts een kwart (27%) zegt dat dit (bijna) nooit voorkomt. De zorgstandaard beveelt juist tijdige signalering en diagnostiek aan om passende zorg niet onnodig te vertragen.

Indien persoonlijkheidsproblematiek pas later wordt onderkend, noemen zorgprofessionals diverse gevolgen voor de patiënt en de behandeling (zie Figuur 2).

Bij andere gevolgen noemen zorgprofessionals zaken zoals:

- Doorverwijzing naar specialistische ggz pas nadat behandeling in basis ggz vastloopt;
- Herziening van behandelintensiteit of -duur;
- Vertraging door wachttijden voor specialistische diagnostiek;
- Extra belasting van hulpverlener wanneer complexiteit later zichtbaar wordt;
- Fragmentatie van zorg bij doorverwijzing en terugverwijzing.

Een deel van de zorgprofessionals (21%) geeft aan dat een latere signalering van persoonlijkheidsproblematiek geen gevolgen had voor patiënt en behandeling. Op basis van deze enquête is niet nader te bepalen in welke situaties dit speelde.

## 4.2 Diagnostiek

Onder zorgprofessionals die werken met patiënten met (vermoedelijke) persoonlijkheidsproblematiek, geeft iets meer dan de helft (56%) aan zelf de diagnostiek uit te voeren. Aan deze groep zijn vervolgens verdiepende vragen gesteld over hoe vaak zij verschillende aspecten van de problematiek tijdens het diagnostisch proces onderzoeken.

### **Kernaanbeveling:**

Hanteer een holistische benadering in diagnostiek en behandeling. Kijk naar de aard en de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek (zie ook het alternatieve model persoonlijkheidsstoornissen), en naar onderliggende oorzaken (met name trauma), comorbiditeit en sociaal functioneren.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

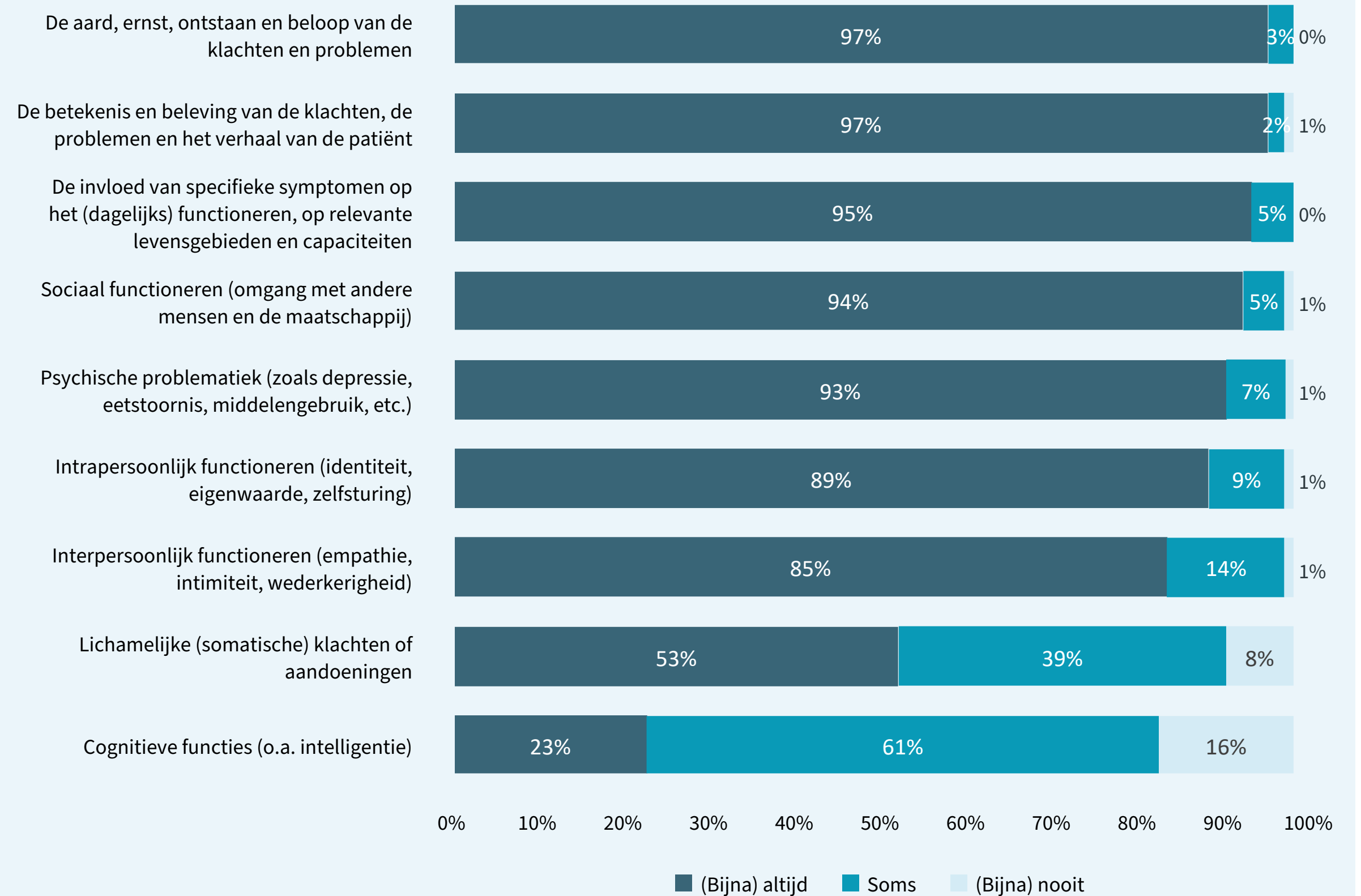
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Klachten en functioneren

De meeste behandelaars brengen in de diagnostische fase de aard en ernst van klachten en problemen in kaart, inclusief betekenisgeving en de invloed ervan op het dagelijks leven. Bovendien is er meestal aandacht voor sociaal, interpersoonlijk en intrapersoneel functioneren (zie Figuur 3). Somatische<sup>1</sup> en cognitieve aspecten worden daarentegen beduidend minder structureel in kaart gebracht.

<sup>1</sup> Zie het rapport [‘Uitkomsten praktijkonderzoek zorgstandaarden Leefstijl en Somatische screening’](#) voor meer informatie over dit onderwerp.

**Figuur 3 - Welke aspecten van "Klachten en functioneren" onderzoek jij als zorgprofessional doorgaans bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek? (n = 148)**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

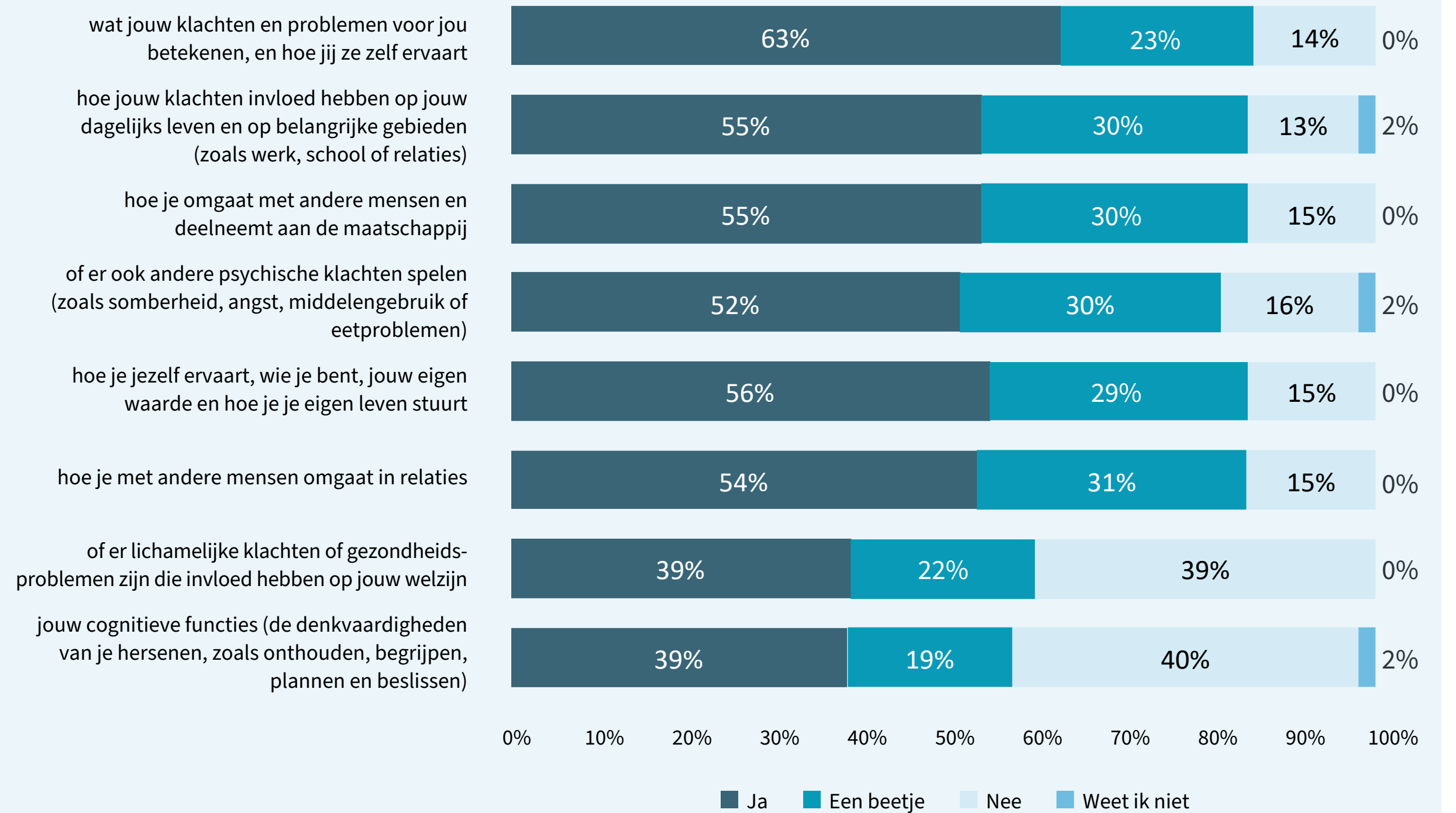
5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

Over de verschillende aspecten heen laten patiënten en zorgprofessionals grotendeels hetzelfde beeld zien: volgens beide groepen komen de meeste aspecten aan bod. Wel geven zorgprofessionals structureel vaker dan patiënten aan dat hier aandacht voor is. Bij de meeste thema's geeft ongeveer 15% van de patiënten aan dat er geen aandacht was voor klachten, betekenisgeving en psychosociaal functioneren (zie Figuur 4). Voor lichamelijke gezondheid en cognitief functioneren lag dat aandeel veel hoger: circa 40% van de patiënten zegt dat hier geen aandacht voor was.

**Figuur 4 - Heeft jouw behandelaar aandacht gehad voor ... (n = 62)**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

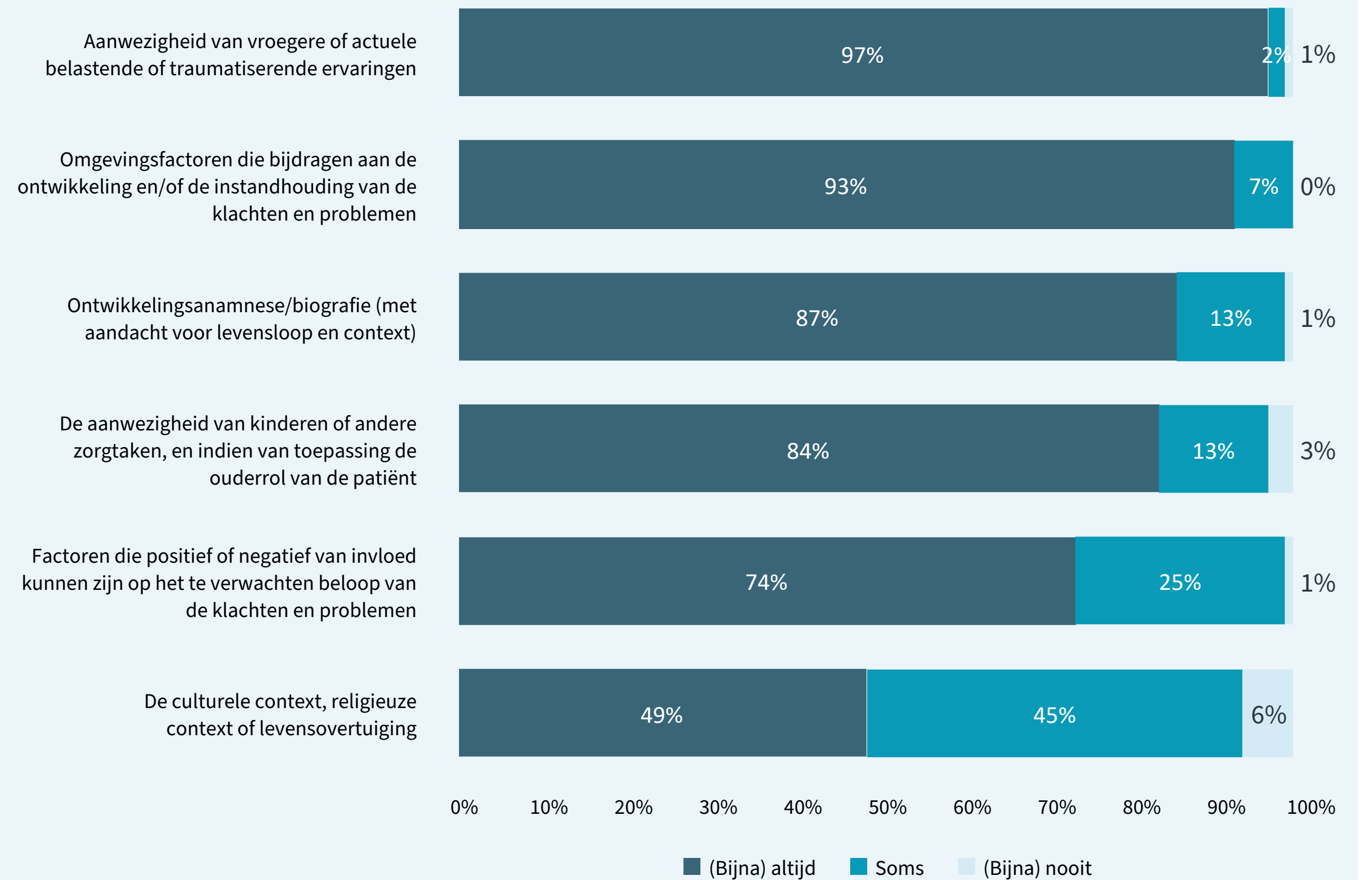
6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Ontwikkeling, context en verklarende factoren

Diagnostiek richt zich in de praktijk vooral op trauma, contextuele verklaringen en levensloop (zie Figuur 5). Vrijwel alle zorgprofessionals vragen (bijna) altijd naar belastende of traumatiserende ervaringen (97%). Ook omgevingsfactoren die klachten helpen verklaren (93%) en de ontwikkelingsanamnese of biografie (87%) maken meestal standaard deel uit van het diagnostisch proces. Daarnaast wordt ook de aanwezigheid van kinderen of andere zorgtaken vaak meegenomen (84%). Factoren die van invloed kunnen zijn op het beloop van klachten en problemen komen relatief iets minder consequent aan bod, maar worden door driekwart (74%) van de zorgprofessionals (bijna) altijd besproken. Culturele context, religie en levensovertuiging krijgen minder aandacht: 49% besteedt hier (bijna) altijd aandacht aan.

**Figuur 5 - Welke aspecten van "Ontwikkeling, context en verklarende factoren" onderzoek jij als zorgprofessional doorgaans bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek? (n = 148)**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

**4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek**

5. Naasten →

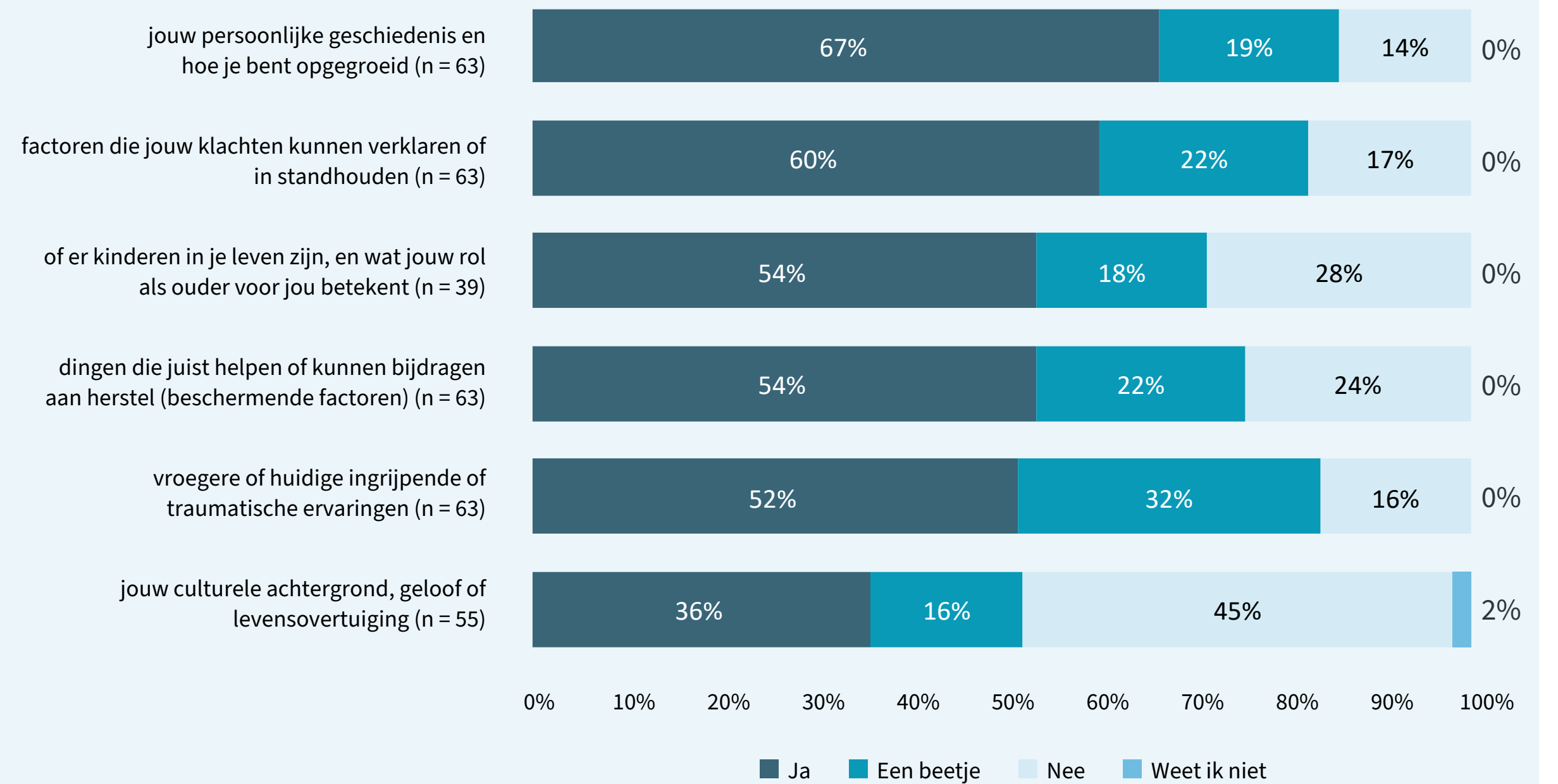
6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

Patiënten herkennen deze aspecten ook, maar minder vaak dan zorgprofessionals aangeven (zie Figuur 6). Slechts de helft (52%) van de patiënten geeft aan dat er aandacht was voor vroegere of huidige ingrijpende of traumatische ervaringen (ten opzichte van 97% van de zorgprofessionals). Factoren die klachten kunnen verklaren of in stand houden worden door 60% herkend als gespreksonderwerp. Twee derde (67%) geeft aan dat er aandacht was voor de persoonlijke geschiedenis en hoe men is opgegroeid. Aandacht voor de rol als ouder, indien van toepassing, wordt door 54% genoemd, en beschermende factoren of herstelbevorderende elementen wordt door eveneens 54% van de patiënten genoemd.

Bij culturele achtergrond, geloof of levensovertuiging is een duidelijk verschil in de antwoorden van patiënten en zorgprofessionals: 45% van de patiënten zegt dat hier geen aandacht voor was, tegenover 6% van de zorgprofessionals die aangeeft dit (bijna) nooit te bespreken.

**Figuur 6 - Heeft jouw behandelaar aandacht gehad voor ...**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

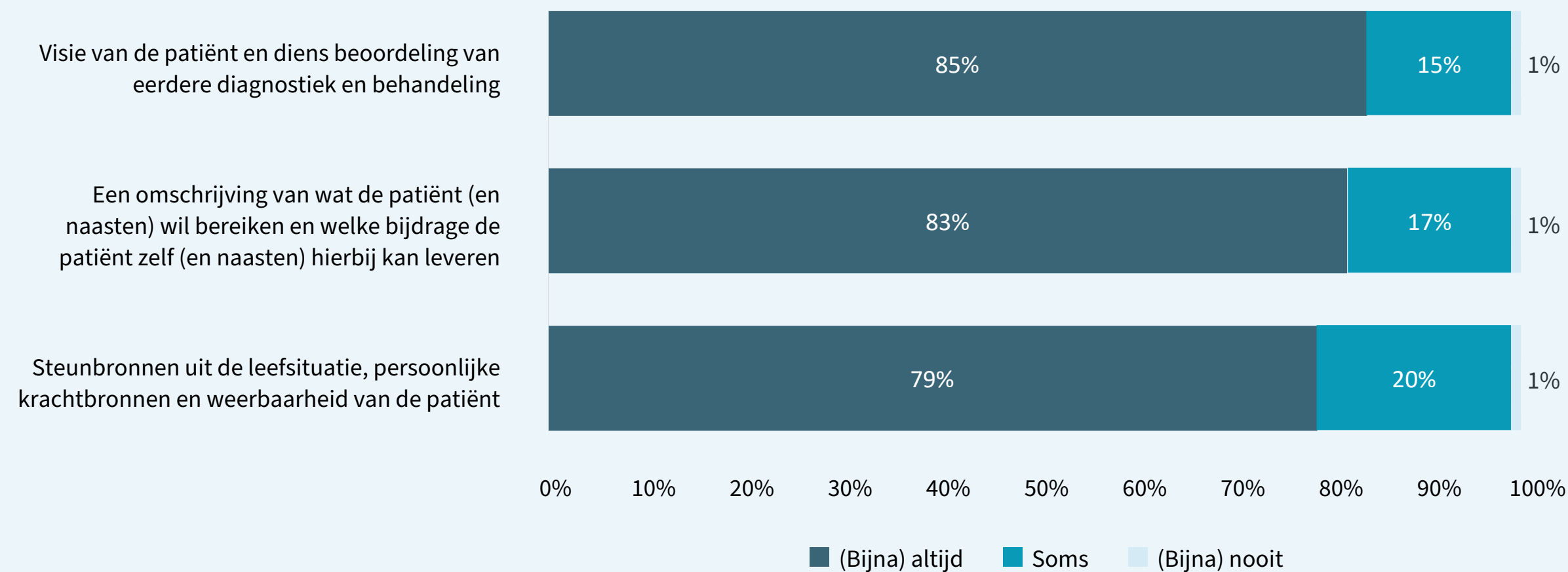
6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Reflectie, wensen en kracht- en steunbronnen

In de diagnostiek besteden de meeste zorgprofessionals aandacht aan reflectie, wensen en kracht- en steunbronnen van de patiënt (zie Figuur 7). De meeste aandacht gaat uit naar hoe patiënten terugkijken op eerdere diagnostiek en behandelingen: 85% van de zorgprofessionals bespreekt dit (bijna) altijd. Daarnaast formuleert 83% (bijna) altijd gezamenlijk doelen: wat de patiënt (en eventueel naasten) wil bereiken en welke bijdrage zij daaraan kunnen leveren. Het uitvragen van steunbronnen, persoonlijke krachtbronnen en weerbaarheid wordt door 79% (bijna) altijd gedaan.

**Figuur 7 - Welke aspecten van "Krachtbronnen, wensen en reflectie" onderzoek jij als zorgprofessional doorgaans bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek? (n = 150)**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

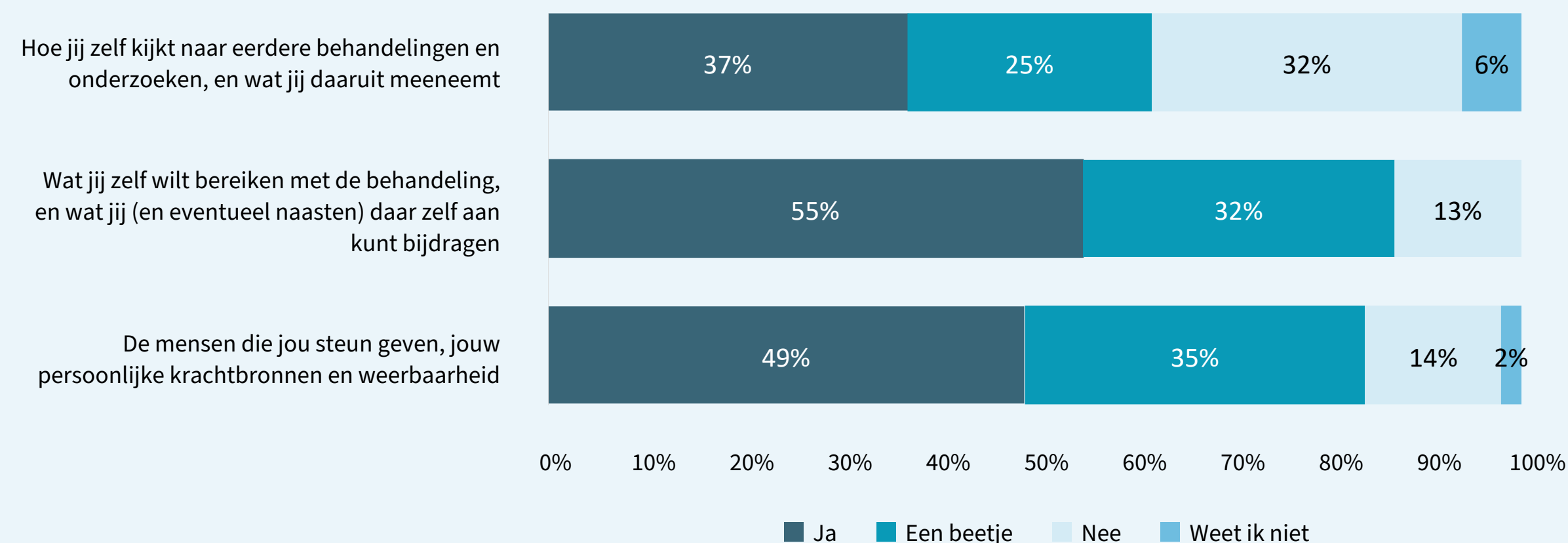
6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

Patiënten ervaren eveneens dat deze aspecten aan bod komen, maar meestal minder frequent dan zorgprofessionals rapporteren (zie Figuur 8). De perspectieven van patiënten en zorgprofessionals lopen vooral uiteen over het bespreken van eerdere behandelingen en diagnostiek. Waar 85% van de zorgprofessionals aangeeft dat dit vrijwel altijd aan bod komt, herkent slechts 37% van de patiënten reflectie hierop als onderwerp. Meer dan de helft geeft aan dat hier slechts een beetje of helemaal geen aandacht voor was.

Ongeveer de helft herkent aandacht voor persoonlijke doelen en de eigen bijdrage en die van naasten; de andere helft geeft aan dat dit slechts gedeeltelijk of helemaal niet is besproken. Een vergelijkbaar beeld geldt voor aandacht voor steunbronnen en persoonlijke kracht.

**Figuur 8 - Heeft jouw behandelaar aandacht gehad voor ... (n = 63)**



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Verschillen in diagnostische werkwijze

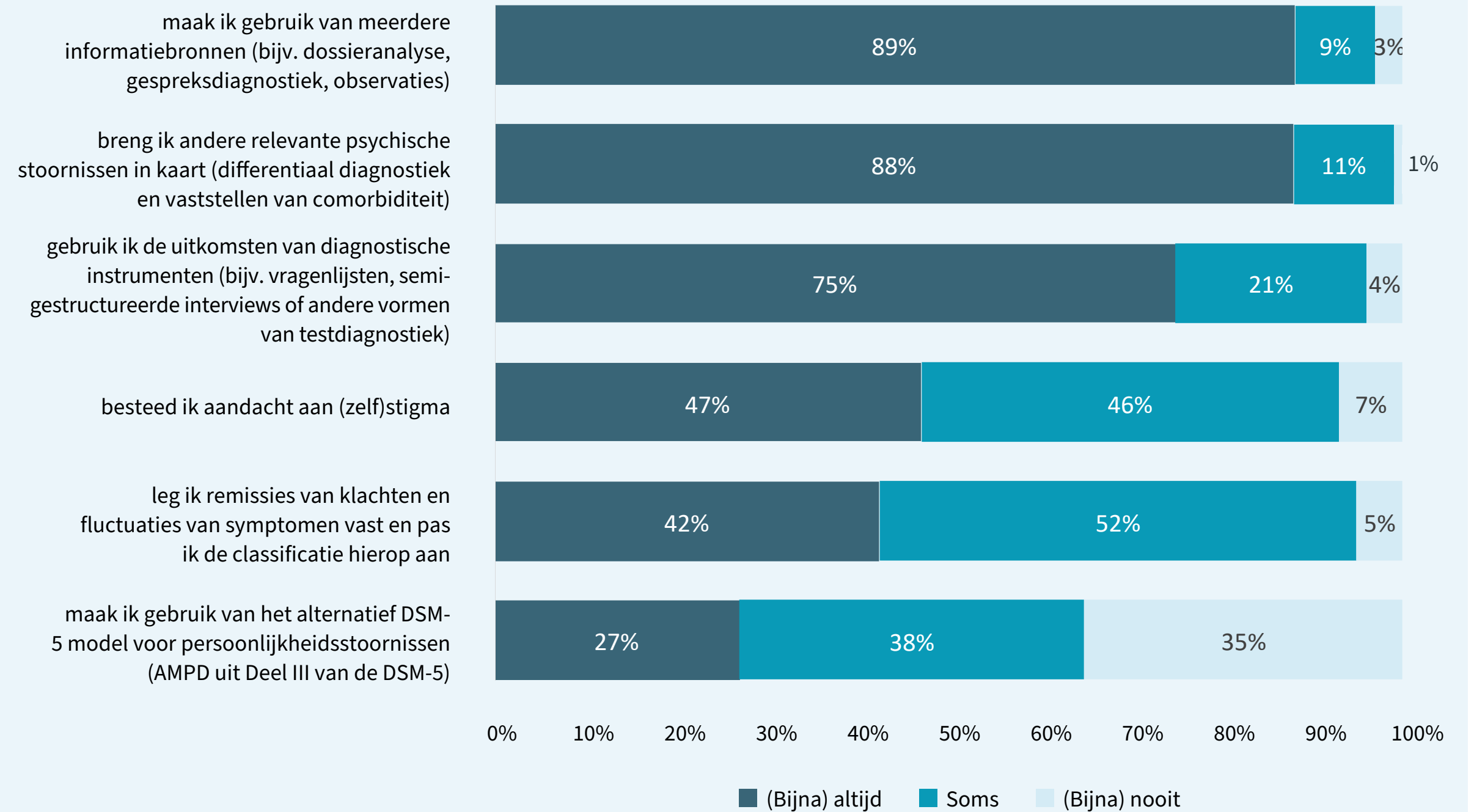
Zorgprofessionals gebruiken doorgaans meerdere informatiebronnen in de diagnostiek (bijvoorbeeld dossieranalyse, gespreksdiagnostiek en observaties): 89% doet dit (bijna) altijd (zie Figuur 9). Ook het in kaart brengen van andere relevante psychische stoornissen (differentiële diagnostiek en comorbiditeit) gebeurt structureel: 88% doet dit bijna altijd. De uitkomsten van diagnostische instrumenten worden eveneens relatief veel benut: 75% gebruikt deze (bijna) altijd en 21% soms. Dit sluit aan bij het patiëntenperspectief: 76% geeft aan dat er vragenlijsten, tests of andere hulpmiddelen zijn gebruikt om hen beter te leren begrijpen.

#### Kernaanbeveling:

Heb aandacht voor comorbiditeit.

- Let op persoonlijkheidsproblematiek, zeker als klachtgerichte behandeling niet het gewenste resultaat geeft.
- Houd ook rekening met comorbide stoornissen die de behandeling kunnen beïnvloeden, zoals PTSS of andere traumagerelateerde stoornissen, eetstoornissen en middelengebruik.

**Figuur 9 - In hoeverre zijn de volgende stellingen op jouw werk als zorgprofessional van toepassing?**  
In de diagnostiek ... (n = 149)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

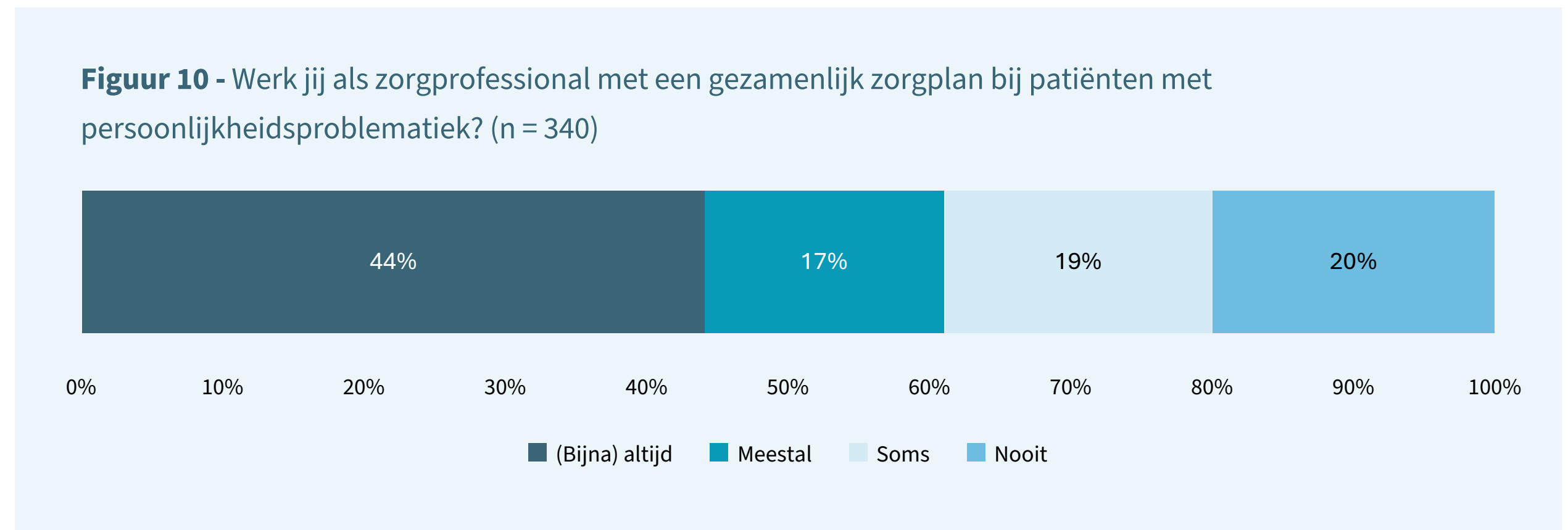
← Vorige Volgende →

Voor een aantal andere onderdelen is de aandacht minder structureel:

- **(Zelf)stigma:** Ongeveer de helft (46%) van de zorgprofessionals geeft aan (bijna) altijd aandacht te besteden aan (zelf)stigma, terwijl een vergelijkbaar deel dit slechts in beperkte mate doet. Patiënten ervaren dit echter anders: circa twee derde (65%) geeft aan dat hun behandelaar hier aandacht voor heeft (gehad).
- **Vastleggen van remissies en fluctuaties in symptomen:** Het vastleggen van remissies en symptoomfluctuaties gebeurt niet altijd systematisch; 42% van de zorgprofessionals doet dit (nagenoeg) altijd, terwijl de helft dit slechts incidenteel doet.
- **Alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (AMPD):** Het AMPD wordt duidelijk minder vaak toegepast dan het categoriale DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen. Een kwart van de zorgprofessionals gebruikt dit model (bijna) altijd, 38% gebruikt het af en toe en 35% (nagenoeg) nooit.

### 4.3 Indiceren en samen beslissen: een gezamenlijk zorgplan

Van de zorgprofessionals die dagelijks werken met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, gebruikt slechts 61% meestal of vrijwel altijd een gezamenlijk zorgplan (zie Figuur 10). Een *gezamenlijk zorgplan*



is een integraal, op de persoon afgestemd plan waarin meerdere hulpverleners (bijv. psycholoog, psychiater, verpleegkundige, begeleider) en de patiënt samen de doelen, interventies, evaluatiemomenten en verantwoordelijkheden vastleggen. 20% van de zorgprofessionals geeft aan nooit te werken met een dergelijk gezamenlijk zorgplan.

Bij de doelgroep ouderen ligt het gebruik van een zorgplan lager; daar werkt 37% (bijna) altijd met een gezamenlijk zorgplan, 9% meestal, 24% soms en 31% nooit.

#### Kernaanbeveling:

Werk samen vanuit een gezamenlijk zorgplan. Het zorgplan beschrijft de aard van de klachten, problemen en persoonlijkheidsstoornis en hoe patiënt en therapeut die kunnen begrijpen vanuit een eenduidig (psychotherapeutisch) referentiekader. In het zorgplan staan ook interventies die zijn afgestemd op de emotionele, interpersoonlijke en sociale omstandigheden van de patiënt, om behandelrelatiebreuken en drop-out te voorkomen.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg →7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

← Vorige Volgende →

In het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) zijn samen beslissen en het opstellen en evalueren van een behandelplan basiselementen van goede curatieve ggz. Hoewel dit praktijkonderzoek niet tot doel heeft de normen van het kwaliteitsstatuut te toetsen, wijzen de uitkomsten erop dat deze basiselementen in de praktijk nog niet overal vanzelfsprekend zijn.

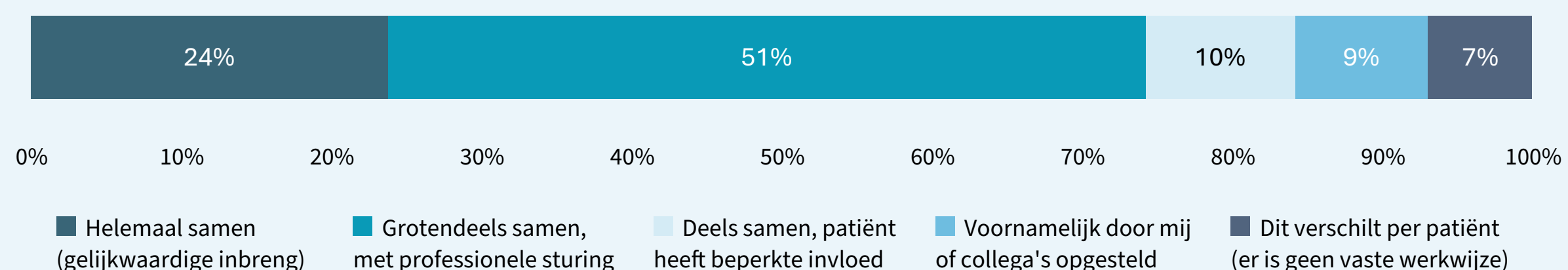
### Autonomie van regiebehandelaren bij het vormgeven van het zorgplan

Ongeveer de helft van de zorgprofessionals die met een gezamenlijk zorgplan werkt, is regiebehandelaar. Vrijwel alle regiebehandelaren (94%) ervaren voldoende autonomie om het zorgplan samen met patiënten vorm te geven. Zorgmanagers bevestigen dit beeld: driekwart geeft aan dat regiebehandelaren (heel) veel autonomie hebben. Het overige kwart vindt dat regiebehandelaren wel autonomie hebben, maar in iets beperktere mate.

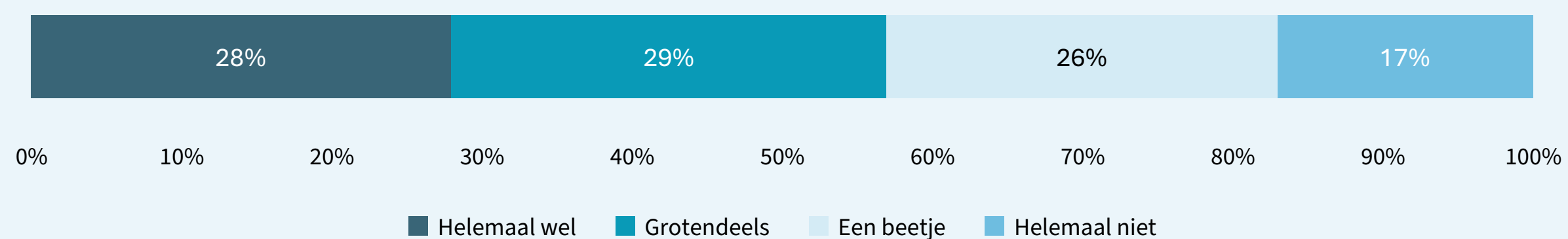
### Patiënten zijn niet altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan

Zorgprofessionals stellen het zorgplan in 75% van de gevallen volledig of grotendeels samen met de patiënt op (zie Figuur 11). In 19% van de gevallen wordt het zorgplan grotendeels door zorgprofessionals opgesteld. Zorgprofessionals ervaren vooral belemmeringen bij het gezamenlijk opstellen wanneer de werkdruk hoog is,

**Figuur 11** - In hoeverre stel je als zorgprofessional het zorgplan samen met de patiënt op? (n = 269)



**Figuur 12** - Heb je in de behandeling als patiënt samen met je behandelaar een zorgplan opgesteld? (n = 58)



of wanneer de patiënt in crisis verkeert, beperkt ziekteinzicht heeft of weinig motivatie ervaart.

57% van de patiënten geeft aan dat zij grotendeels of helemaal samen met hun behandelaar een zorgplan hebben opgesteld (zie Figuur 12). 17% zegt dat er helemaal niet samen met de behandelaar een zorgplan is opgesteld.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

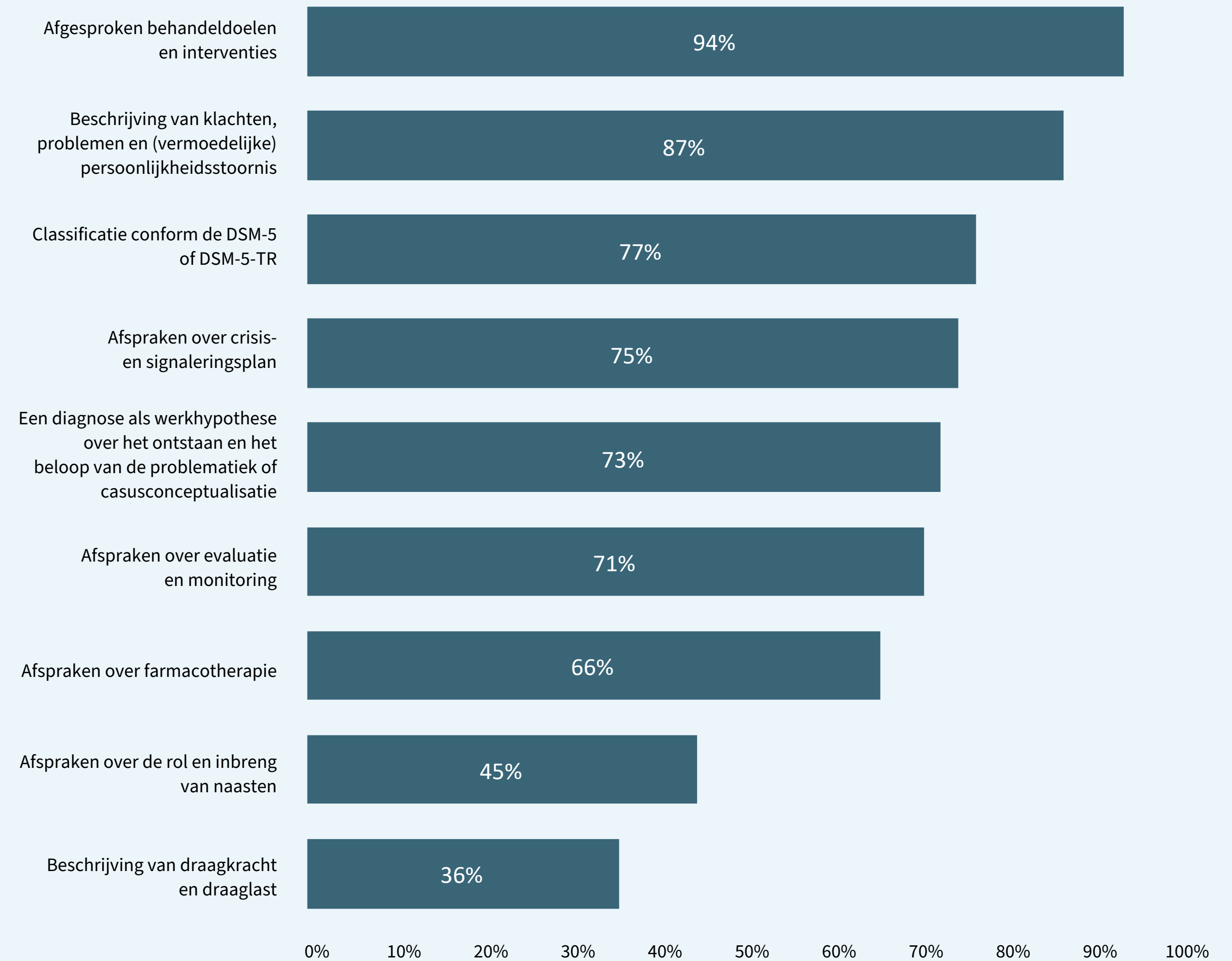
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

### Inhoud en evaluatie van het zorgplan

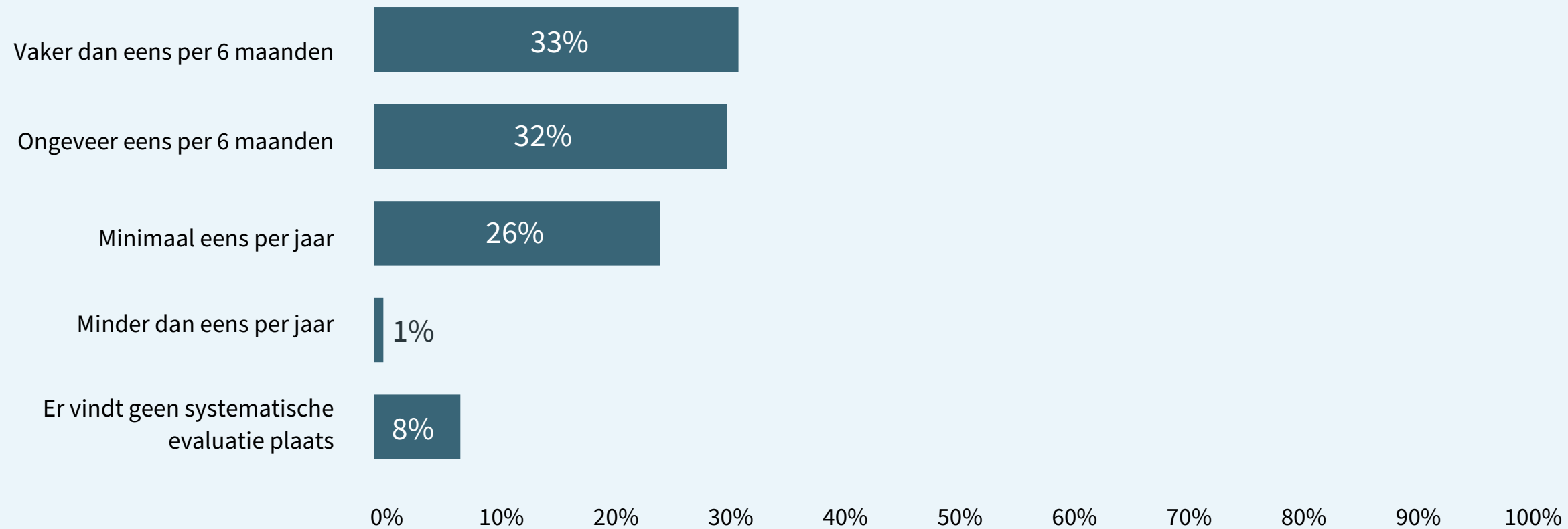
Zorgprofessionals geven aan dat het zorgplan meestal behandelinhoudelijke en diagnostische elementen bevat, zoals doelen, interventies, klachten/problemen, classificatie en crisisafspraken (zie Figuur 13). Contextuele factoren, zoals de rol van naasten en draagkracht/draaglast, worden minder vaak expliciet opgenomen.

**Figuur 13 - Welke onderdelen worden (meestal) opgenomen in het zorgplan? (n = 271)**



65% van de zorgprofessionals evalueert het zorgplan minstens eens per 6 maanden. Bij 8% vindt geen systematische evaluatie van het zorgplan plaats (zie Figuur 14).

**Figuur 14** - Hoe vaak evalueer je als zorgprofessional het zorgplan met de patiënt (en eventueel diens naasten)? (n = 269)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

## 4.4 Behandeling

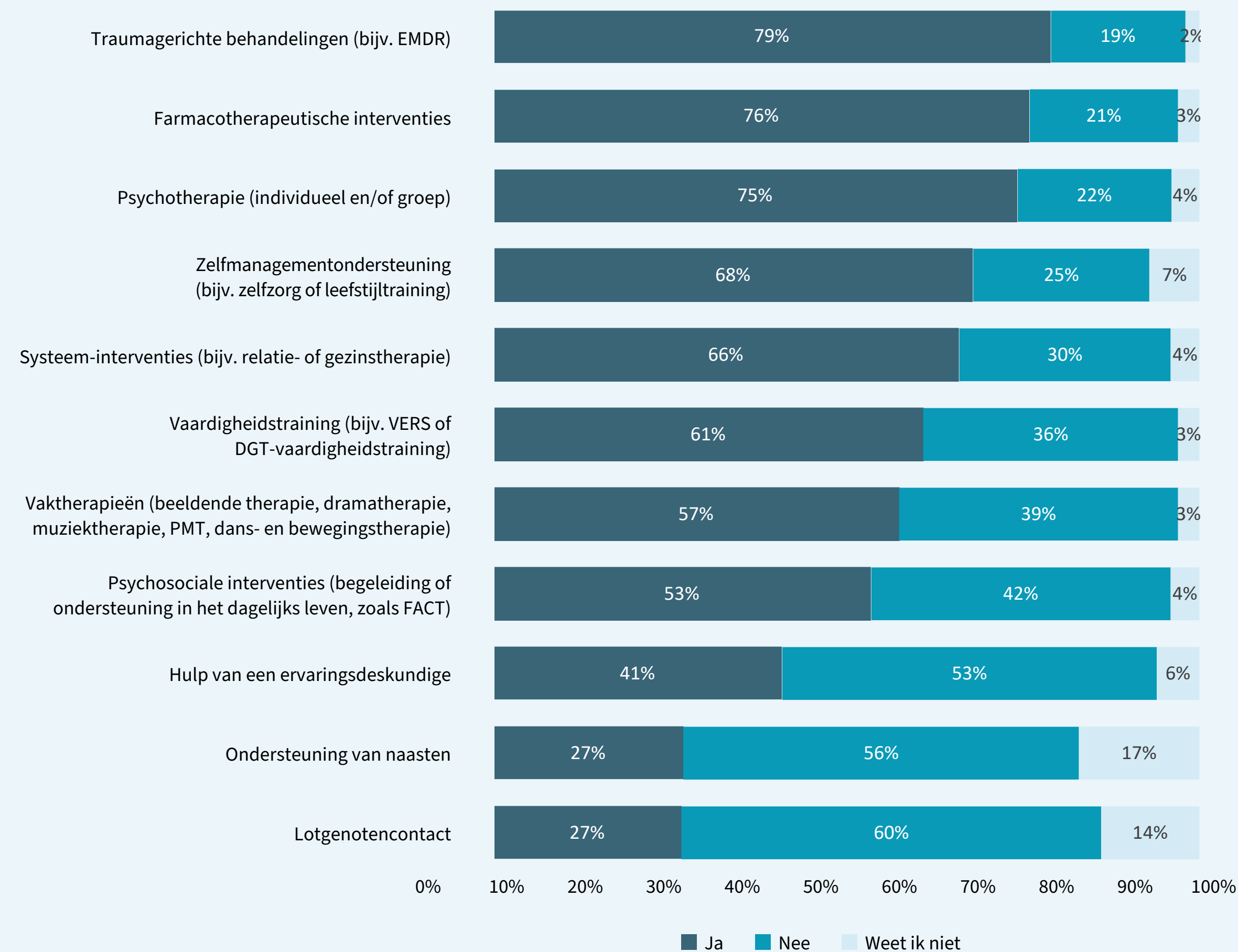
### Welke interventies worden aangeboden?

Binnen de organisaties van deelnemende zorgprofessionals wordt een breed scala aan interventies aangeboden aan patiënten met persoonlijkheidsproblematiek (zie Figuur 15). De figuur laat zien dat traumagerichte interventies, zoals EMDR, Imaginaire Exposure/Prolonged Exposure en Imaginaire Rescripting, en farmacotherapie het meeste worden aangeboden. Dit komt doordat comorbiditeit veel voorkomt bij deze doelgroep.

#### Kernaanbevelingen:

Richt de behandeling - als mogelijk - op verbetering van persoonlijkheidsfunctioneren met behulp van psychotherapie. Vul dit eventueel aan met strategieën zoals zelfmanagement, vaardigheidstraining, therapie (individueel, gezin, partner), en maatschappelijke ondersteuning. Kies indien mogelijk voor ambulante behandeling.

**Figuur 15** - Worden onderstaande interventies binnen jouw organisatie aangeboden aan patiënten met persoonlijkheidsproblematiek? (n = 373)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

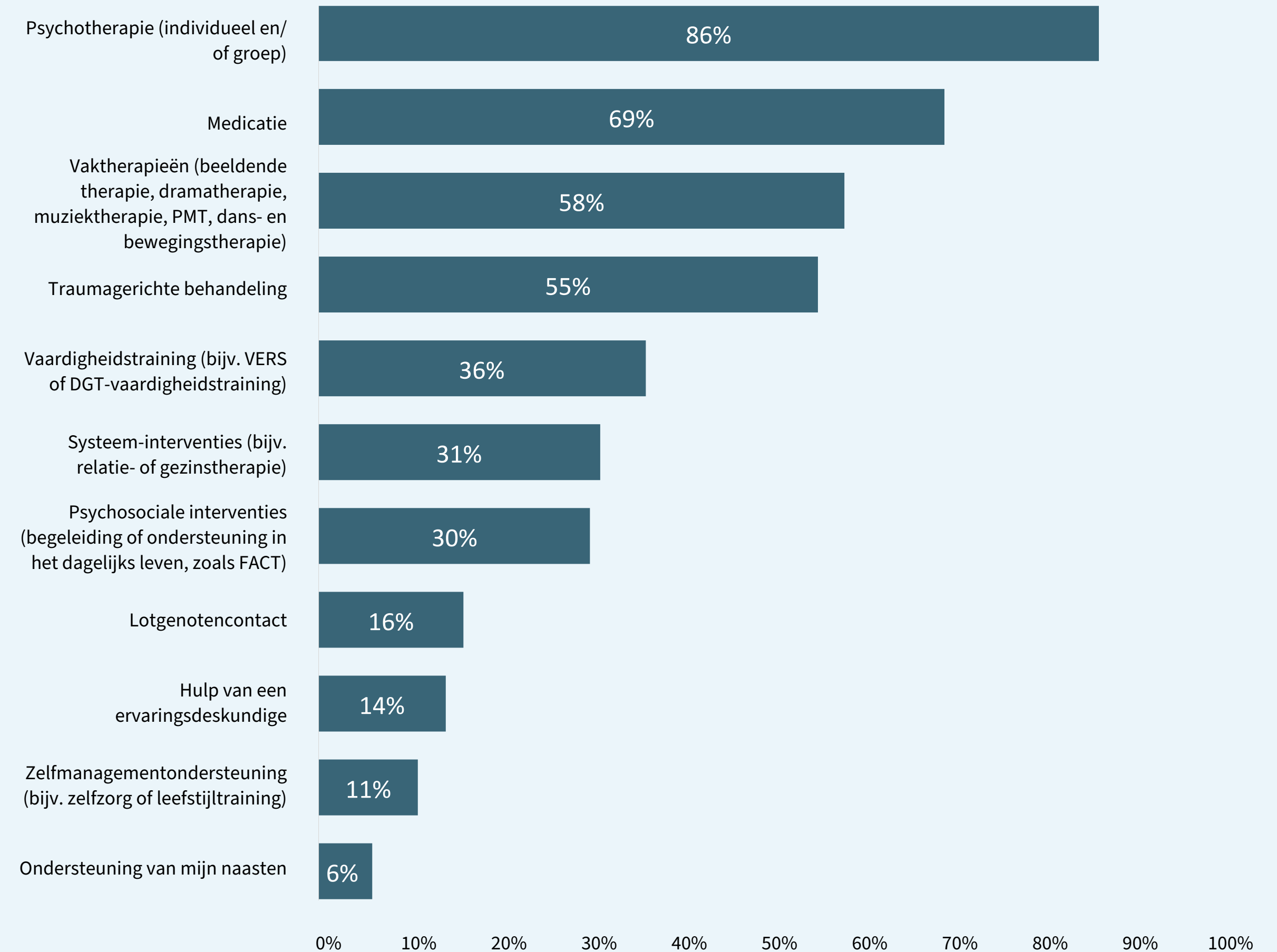
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

Qua specifieke behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek wordt psychotherapie het meest genoemd; met name schematherapie, Acceptance and Commitment Therapie (ACT) en cognitieve gedragstherapie (CGT) aangepast aan specifieke typen persoonlijkheidsstoornissen. Andere vormen van psychotherapie, zoals groepstherapie, MBT, COMET, DGT, GIT-PD en AFT worden relatief minder vaak aangeboden. Verder worden zelfmanagementondersteuning, systeem-interventies, vaardigheidstraining, vaktherapieën en psychosociale interventies door twee derde tot de helft van de zorgprofessionals genoemd als aanbod.

Hulp van een ervaringsdeskundige, ondersteuning van naasten en mogelijkheden voor lotgenotencontact worden minder vaak aangeboden.

Wanneer patiënten zelf wordt gevraagd naar welke behandeling of ondersteuning zij hebben gekregen voor persoonlijkheidsproblematiek, worden psychotherapie, medicatie, vaktherapieën en traumagerichte behandeling het meest genoemd (zie Figuur 16).

**Figuur 16** - Welke behandeling(en) of ondersteuning heb je als patiënt tot nu toe gekregen in de ggz voor de persoonlijkheidsproblematiek? (n = 64)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

### Belemmeringen bij kiezen of uitvoeren van interventies

Veel zorgprofessionals ervaren in de praktijk belemmeringen bij het kiezen of uitvoeren van interventies. Afhankelijk van de interventie geeft 41% tot 64% aan hier soms of vaak tegenaan te lopen (zie Figuur 17).

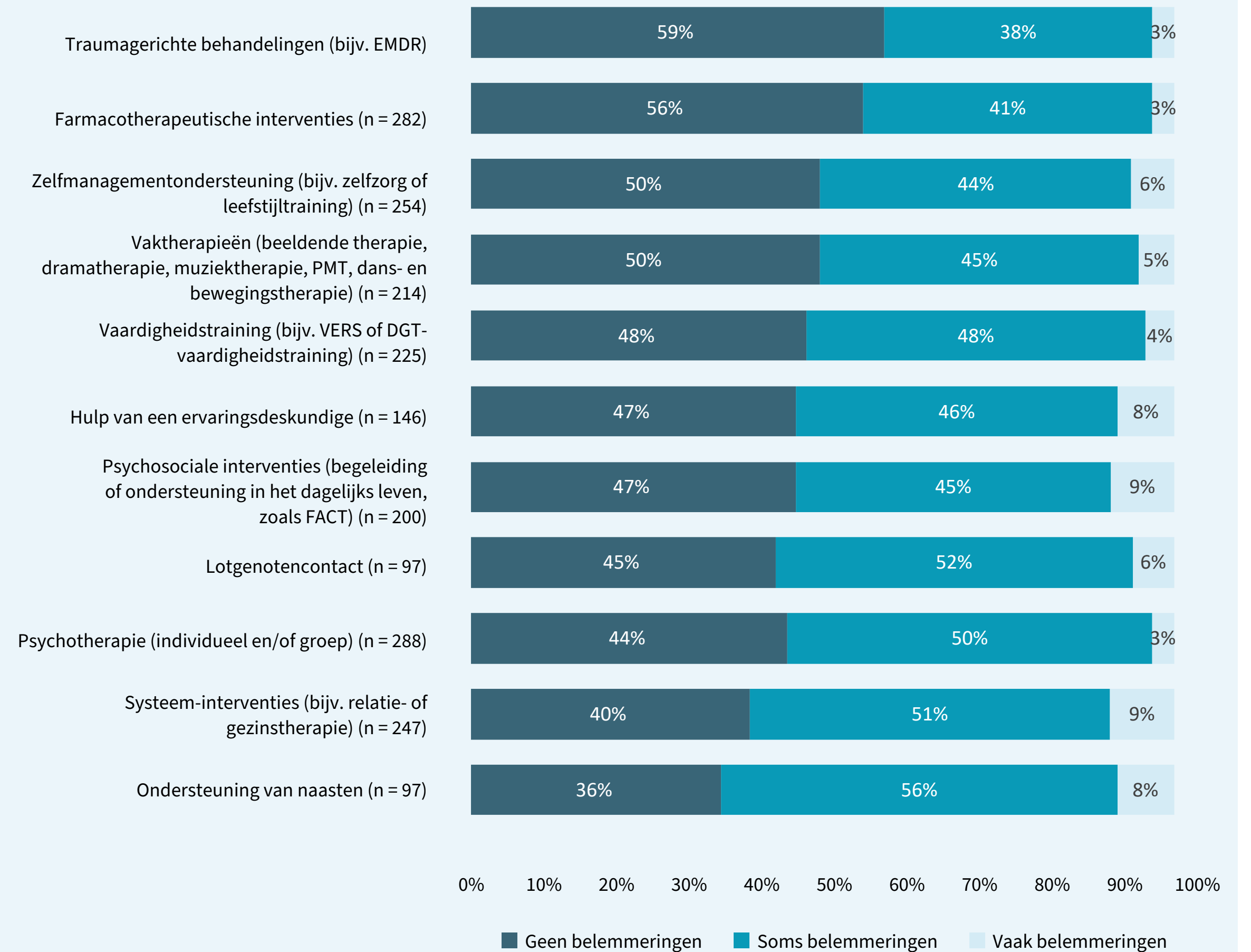
De meest genoemde belemmeringen zijn:

- Organisatorische factoren, zoals onvoldoende capaciteit/ financiering) (73%)
- Patiëntgebonden factoren, zoals motivatie, comorbiditeit of complexiteit (65%)
- Wachtlijsten (60%)
- Behandelinhoudelijke factoren, zoals onvoldoende passend aanbod of onvoldoende effect (55%)
- Teamgebonden factoren, zoals gebrek aan expertise/ geschoold personeel of onvoldoende intervisie/ supervisie (44%)
- Cultureel gebonden factoren, zoals Nederlandse taal, culturele achtergrond of religie (26%)

#### Kernaanbevelingen:

Zorg als ggz organisatie voor voldoende capaciteit en passende ondersteuning van medewerkers bij diagnostiek en behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

**Figuur 17** - Ervaar je als zorgprofessional belemmeringen bij het kiezen of uitvoeren van één of meer interventies voor persoonlijkheidsproblematiek?



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg →7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

In de toelichtingen koppelen zorgprofessionals belemmeringen vooral aan structurele capaciteitsproblemen. Wachtlijsten worden omschreven als lang, met name voor specialistische behandelvormen zoals psychotherapie of systeemtherapie. Ook worden te kleine teams, personeelstekorten en een scheve verhouding tussen instroom (intakes) en behandelcapaciteit genoemd. De beperkte beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen vormt eveneens een belemmering. Verder wordt uitsluitings- en inclusieproblematiek genoemd: patiënten voldoen regelmatig niet aan criteria of worden niet passend geacht voor specifieke trajecten. Taal- en cultuurverschillen en hoge drempels naar gespecialiseerde zorg versterken dit. Sommige zorgprofessionals signaleren bovendien dat de zorg te sterk gericht is op classificaties en te weinig op maatwerk.

### Ontbrekend aanbod volgens zorgprofessionals

27% van de zorgprofessionals mist specifieke interventies of behandelvormen binnen hun organisatie voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Om dit gewenste aanbod te realiseren is volgens deze zorgprofessionals het volgende nodig:

- meer deskundigheid en scholing van behandelaars;
- uitbreiding van bewezen behandelmethoden (zoals MBT, DGT en GIT-PD);
- meer aanbod van groepstherapie en vaktherapie;
- meer inzet van ervaringsdeskundigen en peer support;
- betere samenwerking binnen en buiten de organisatie (bijv. met het sociaal domein);
- voldoende tijd en middelen voor langdurige behandeling.

### Een gedeelde behandelvisie

Een grote meerderheid van de zorgmanagers geeft aan dat er binnen hun organisatie een gedeelde behandelvisie is op de zorg voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, of dat hier naartoe wordt gewerkt.

Zorgmanagers beschrijven dat een gedeelde behandelvisie vooral ontstaat door structurele samenwerking (zoals intervisie, multidisciplinair overleg en kennisnetwerken), gecombineerd met scholing en duidelijke organisatorische borging (zorgpaden, kwaliteitsstructuren, leiderschap). De betrokkenheid van behandelaars bij beleid en besluitvorming vergroot het draagvlak.

Belemmeringen liggen volgens zorgmanagers met name in tijd- en werkdruk, beperkte ruimte voor overleg (onder andere door financiële kaders), personeelstekorten en verloop. Ook verschillen in visie tussen professionals en een gebrek aan klinisch leiderschap maken afstemming lastiger. Structurele facilitering van overleg en versterking van leiderschap worden genoemd als sleutel tot behoud van een gedeelde behandelvisie.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

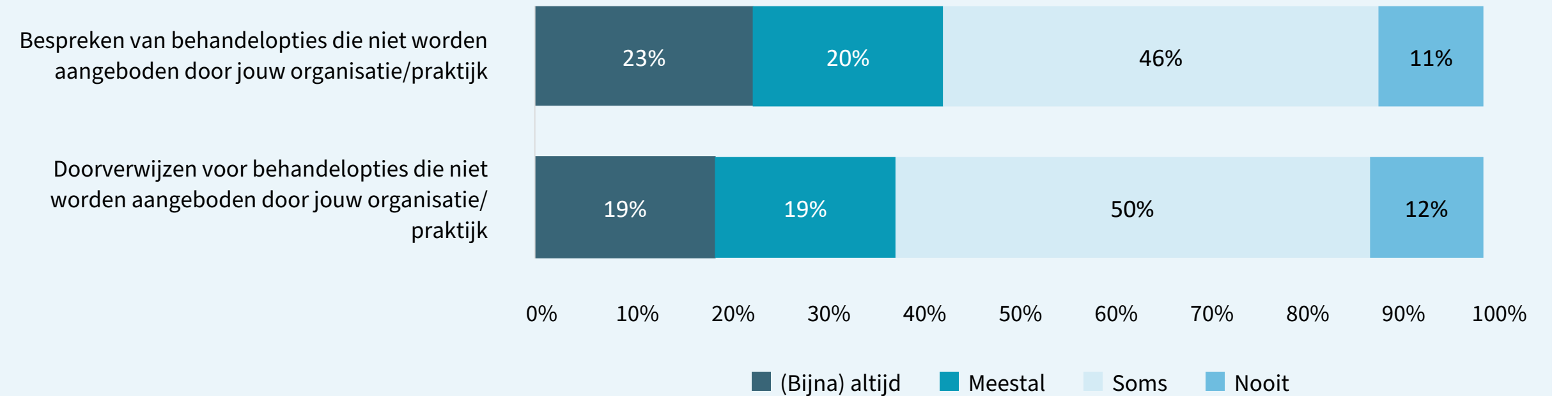
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Bespreken en verwijzen naar behandelopties buiten de eigen organisatie

Figuur 18 laat zien dat 43% van de zorgprofessionals meestal of (bijna) altijd behandelopties bespreekt die niet binnen de eigen organisatie of praktijk worden aangeboden. 46% doet dit soms en 11% (bijna) nooit. 38% van de zorgprofessionals verwijst patiënten ook door voor behandelopties buiten de eigen organisatie of praktijk. 50% doet dit soms en 12% (bijna) nooit.

Van de patiënten geeft de helft (48%) aan dat de behandelaar hen heeft geïnformeerd over de verschillende behandelmogelijkheden voor persoonlijkheidsproblematiek. 37% zegt dat ook behandelopties buiten de huidige organisatie besproken zijn. 53% geeft aan weleens te zijn doorverwezen naar een andere organisatie voor een specifieke behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek.

**Figuur 18** - Frequentie waarmee zorgprofessionals behandelopties bespreken of naar behandelopties doorverwijzen die binnen de eigen organisatie/praktijk niet worden aangeboden (n = 372)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

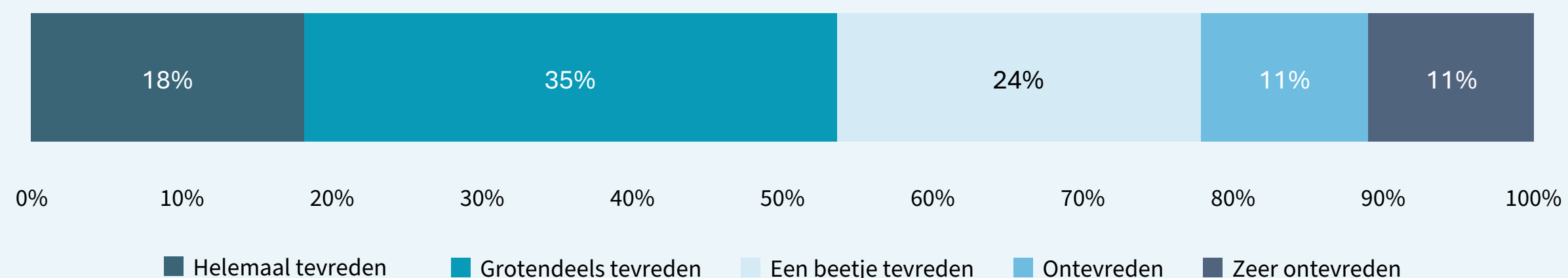
### Tevredenheid over de behandeling (patiënten)

36% van de patiënten geeft aan dat zij minder dan 10 weken hebben moeten wachten op de start van de gekozen behandeling voor de persoonlijkheidsproblematiek na afronding van de intake. Bij de overige patiënten duurde het 2,5 tot 5 maanden (29%), 6 maanden tot een jaar (27%) of langer dan een jaar (9%).

Wat betreft de behandeling voor de persoonlijkheidsproblematiek, is 53% van de patiënten helemaal of grotendeels tevreden over hun behandeling (zie Figuur 19). Zij noemen onder andere betrokken, deskundige en warme behandelaars, waardoor zij zich gezien en begrepen voelen. Ook het betrekken van naasten en het bieden van praktische handvatten wordt als waardevol benoemd.

Tegelijkertijd is één op de vijf (22%) expliciet ontevreden. Als toelichting hiervoor geven patiënten vooral gebrek aan maatwerk, continuïteit en persoonlijke afstemming. Patiënten beschrijven dat zij zich niet gehoord of gezien voelden en dat de behandeling te veel gericht was op symptoombestrijding in plaats van onderliggende oorzaken (zoals trauma). Wisselingen van behandelaren, onervaren hulpverleners en een zakelijke benadering versterken het gevoel “een nummer” te zijn. Daarnaast wordt genoemd dat classificaties soms leiden tot stigmatisering en minder empathische bejegening.

**Figuur 19** - Hoe tevreden ben je als patiënt over het algemeen over de behandeling die je krijgt of hebt gekregen voor de persoonlijkheidsproblematiek? (n = 62)



Organisatorische knelpunten, beperkte regie voor de patiënt en onvoldoende aandacht voor bijkomende problematiek (zoals ASS of ADHD) dragen verder bij aan ontevredenheid.

### Wat hielp (en wat hielp niet) volgens patiënten?

Patiënten is gevraagd wat hen wél en wat hen níet hielp in hun behandeling. Zij noemen verschillende behandelvormen als helpend, waaronder psychotherapie, EMDR, andere traumagerichte therapieën en vaktherapie. Deze behandelingen dragen volgens hen bij aan inzicht, traumaverwerking en zelfacceptatie. Tegelijkertijd laten de reacties zien dat de ervaren effectiviteit sterk afhangt van de mate waarin de behandeling aansluit bij de onderliggende problematiek. Wanneer trauma of zelfbeeldproblematiek onvoldoende wordt herkend of behandeld, ervaren patiënten dezelfde

of vergelijkbare methodieken juist als onvoldoende passend, te oppervlakkig of te sterk cognitief van aard.

Ook de behandelrelatie wordt door patiënten als een cruciale factor genoemd. Zich begrepen voelen, vertrouwen kunnen opbouwen en erkenning ervaren, worden vaak gezien als bepalend voor herstel. Omgekeerd noemen patiënten een gebrek aan erkenning en afstemming juist als belemmerend, bijvoorbeeld wanneer zij zich niet serieus genomen voelen, een volgens hen onjuiste diagnose krijgen of te vroeg als ‘uitbehandeld’ worden beschouwd.

Daarnaast spelen organisatorische factoren een rol bij een lage ervaren behulpzaamheid van de zorg, zoals lange wachttijden, wisselingen van behandelaars en gebrekkige communicatie.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →

4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg →

7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

## 4.5 Doelgroep jongeren

De kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis worden gewoonlijk al zichtbaar voor of tijdens de adolescentie. Waar professionals voorheen terughoudend waren met het stellen van deze classificatie bij jongeren, benadrukt de zorgstandaard nu het belang van vroegtijdige herkenning en behandeling. Het tekstblok toont de vijf kernaanbevelingen in het werken met jongeren.

### Kernaanbevelingen jongeren:

1. Het is van groot belang om persoonlijkheidsproblematiek bij jongeren tijdig te onderkennen en te behandelen. Dit kan de prognose verbeteren en kan voorkomen dat de problematiek chronisch wordt.
2. Maak een gedegen analyse van de individuele en contextuele factoren waarbinnen de jongere zich ontwikkelt. Deze analyse biedt inzicht in oorzakelijke, onderhoudende en beschermende factoren.
3. Voorkom dat de jongere eenduidig wordt aangewezen als de 'geïdentificeerde patiënt', terwijl de problemen breder en complexer zijn en ook betrekking hebben op het systeem waarin de jongere leeft.
4. Screen op persoonlijkheidspathologie of verricht diagnostisch onderzoek daarnaar als de jongere naast psychische symptomen ook problemen heeft in de interactie met anderen.
5. Maak ook bij jongeren gepast gebruik van de classificatie persoonlijkheidsstoornis als er duidelijke problemen blijken in de persoonlijkheidsontwikkeling, ook als niet voldaan wordt aan alle criteria van een gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis. Hiermee kunnen interventies tijdig worden ingezet om de persoonlijkheidsontwikkeling te ondersteunen.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

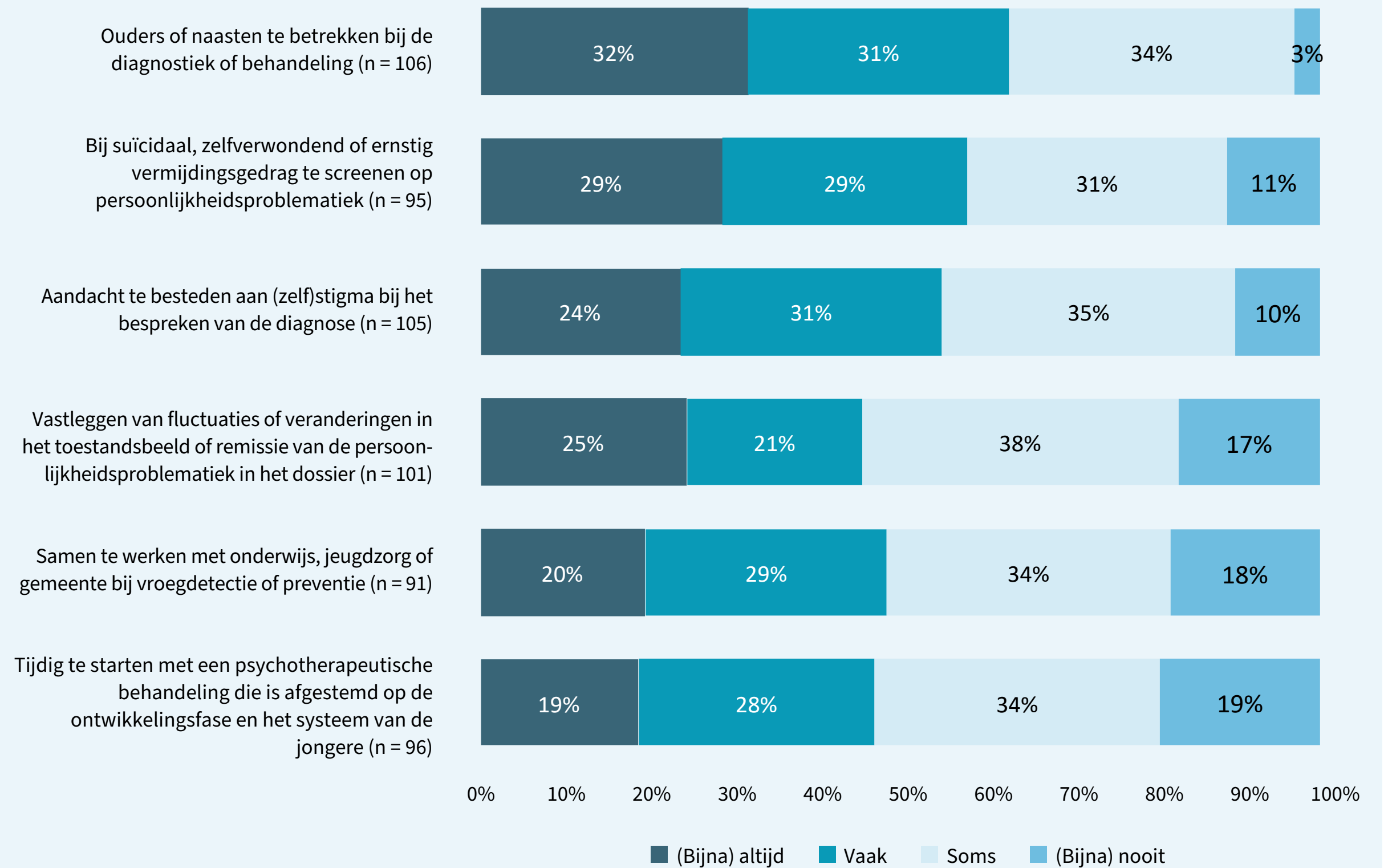
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

In de zorg voor jongeren lukt het 63% van de zorgprofessionals om vaak of (bijna) altijd ouders of andere naasten te betrekken bij diagnostiek en behandeling (zie Figuur 20). Ook screent 58% vaak of (bijna) altijd op persoonlijkheidsproblematiek bij signalen zoals suicidaliteit, zelfverwonding of ernstig vermijdingsgedrag. Daarnaast besteedt ruim de helft (55%) meestal aandacht aan (zelf)stigma bij het bespreken van de diagnose.

Niet alle onderdelen worden in de praktijk even consequent toegepast. Het systematisch vastleggen van fluctuaties in het toestandsbeeld of remissie in het dossier gebeurt wisselend. De samenwerking met onderwijs, jeugdzorg en gemeenten lukt vaak of (bijna) altijd bij 49% en het tijdig starten van psychotherapeutische behandeling die past bij de ontwikkelingsfase en het systeem van de jongere vindt volgens 47% van de zorgprofessionals vaak of (bijna) altijd plaats.

*Vanwege het beperkte aantal patiënten jonger dan 24 jaar dat aan de enquête heeft deelgenomen (n = 2), wordt hier niet ingegaan op het patiëntenperspectief.*

**Figuur 20 -** Hoe vaak lukt het jou als zorgprofessional in jouw werk om onderstaande te doen bij jongeren met een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek?



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

**Knelpunten en bevorderende factoren**

Zorgprofessionals geven aan dat de haalbaarheid van bovenstaande punten wordt vooral belemmerd door wachtlijsten, personeelstekorten en tijdsgebrek. Ook patiëntgebonden factoren (zoals weerstand, beperkte motivatie of complexe problematiek, bijv. ASS, trauma, verstandelijke beperking) maken toepassing lastig, zeker bij crisis of instabiliteit. Daarnaast worden gebrekkige samenwerking en onduidelijke verantwoordelijkheden tussen organisaties genoemd.

Wat helpt, zijn goede samenwerking en korte lijnen binnen teams en met externe partners, voldoende tijd en continuïteit, en een sterke behandelrelatie gebaseerd op vertrouwen en transparantie. Ook systemisch werken en stevige organisatorische randvoorwaarden (zoals duidelijke structuur en tijdige diagnostiek) worden als succesfactoren gezien.

**4.6 Doelgroep ouderen**

Ook in de ouderenzorg is er steeds meer aandacht voor persoonlijkheidsproblematiek. Een persoonlijkheidsstoornis kan zich ook pas op latere leeftijd uiten. Met name als gunstige omstandigheden wegvallen waarmee aanwezige kwetsbaarheden werden gecompenseerd. Het tekstblok toont de zes kernaanbevelingen in het werken met ouderen.

**Kernaanbevelingen ouderen:**

1. Het is van groot belang om persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen te onderkennen en te behandelen.
2. Vaak spelen daarbij meerdere specifieke factoren een rol, zowel sociaal, somatisch als psychisch. Voorkom dat de complexiteit hiervan onderbelicht blijft.
3. Besef dat persoonlijkheidsproblematiek zich ook pas op latere leeftijd kan openbaren, bijvoorbeeld na verlies van een naaste, somatische problemen en/of veranderende sociale omstandigheden.
4. Overweeg persoonlijkheidspathologie of verricht screenen/diagnostisch onderzoek als een oudere naast psychische symptomen ook problemen heeft in de omgang met anderen. Bijvoorbeeld als naasten en/of zorgverleners negatieve gevoelens gaan ervaren in de omgang met de oudere.
5. Houd rekening met de beperkte belastbaarheid van de oudere en verricht de diagnostiek desgewenst stapsgewijs, waar nodig ondersteund met relatief korte en (tevens) voor ouderen gevalideerde diagnostische instrumenten (interviews en/of vragenlijsten).
6. Bij ouderen met cognitieve problemen wordt geadviseerd om nadrukkelijk ook aandacht te hebben voor diagnostiek op basis van informatie van naasten of andere informanten.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

Bij de zorg voor ouderen hebben zorgprofessionals vooral aandacht voor lichamelijke klachten en somatische factoren (zie Figuur 21). Ook het monitoren van effecten en bijwerkingen van medicatie krijgt bij een meerderheid regelmatig aandacht, net als terughoudendheid met farmacotherapie (bijvoorbeeld om polyfarmacie te voorkomen).

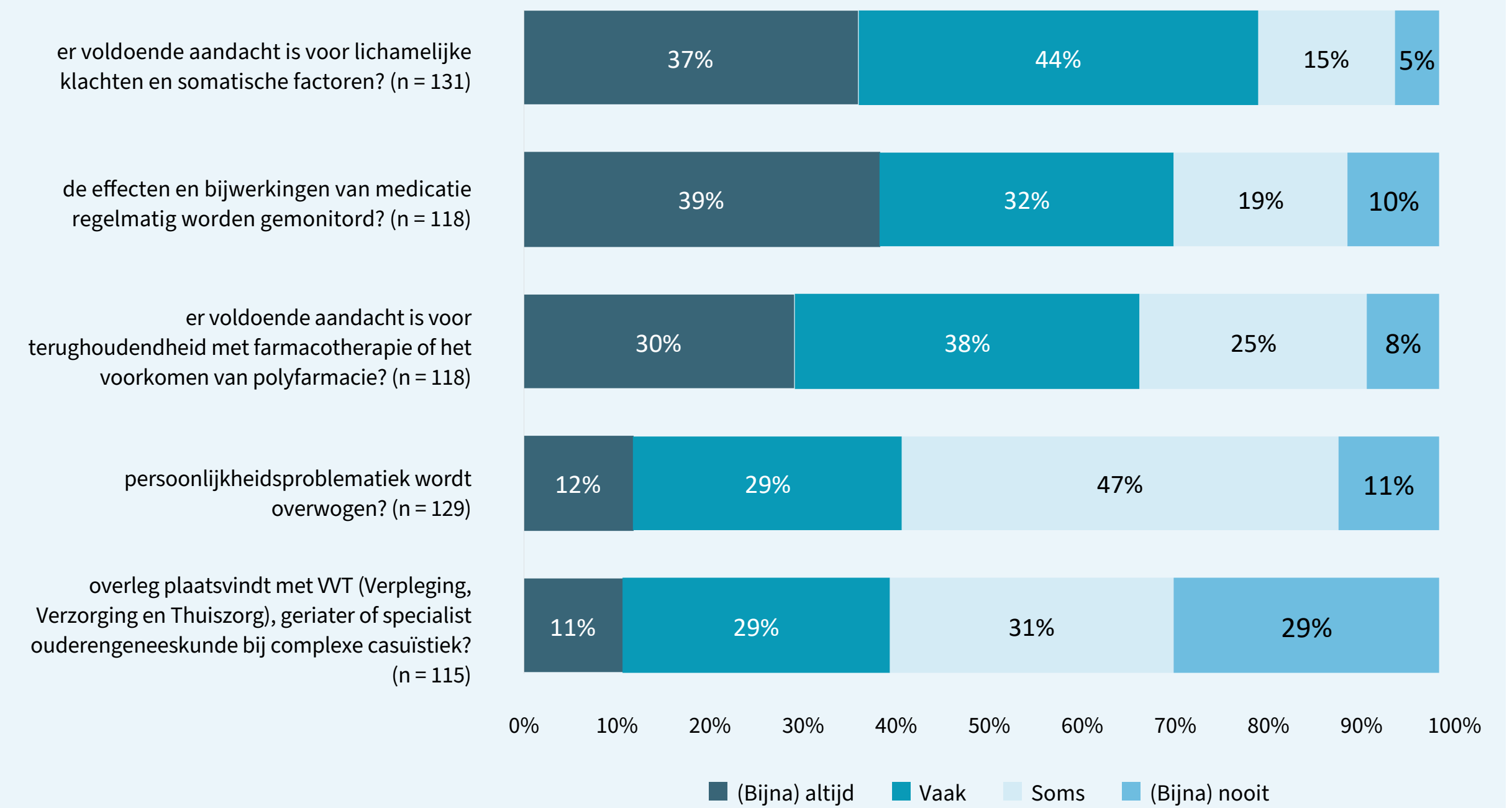
Tegelijkertijd wordt persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen minder vaak structureel overwogen. Een aanzienlijk deel van de zorgprofessionals neemt dit af en toe of zelden mee in de beoordeling. Ook multidisciplinair overleg bij complexe casuïstiek (bijvoorbeeld met wijkverpleging (VVT), een geriater of specialist ouderengeneeskunde) gebeurt niet standaard en lijkt wisselend ingebed.

*Vanwege het beperkte aantal patiënten van 65 jaar of ouder dat aan de enquête heeft deelgenomen (n = 13), wordt hier niet ingegaan op het patiëntenperspectief.*

### Knelpunten en bevorderende factoren

Volgens zorgprofessionals is toepassing van bovenstaande punten niet altijd haalbaar door patiëntgebonden en organisatorische factoren. Zorgmijding en therapieontrouw komen terug als knelpunt, net als de complexiteit (multiproblematiek, cognitieve stoornissen, comorbiditeit).

**Figuur 21 - Hoe vaak gebeurt het in jouw werk als zorgprofessional met ouderen dat ...**



Daarnaast belemmeren werkdruk, personeelstekorten, beperkte beschikbaarheid van psychiaters en gebrekkige samenwerking of overdracht tussen eerste- en tweedelijnszorg de uitvoering. Ook bij specifieke doelgroepen, zoals mensen met een migratieachtergrond, spelen extra uitdagingen.

Wat helpt, is goede samenwerking en communicatie, zowel multidisciplinair binnen het team als met externe partners. Ook het betrekken van naasten, voldoende tijd bij intake en behandeling en vaste overlegmomenten worden genoemd. Tegelijkertijd blijft haalbaarheid sterk afhankelijk van tijd en capaciteit, waardoor succesfactoren niet altijd structureel zijn geborgd.

[1. Inleiding →](#)[2. Samenvatting →](#)[3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →](#)[4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →](#)**5. Naasten**[6. Samen leren als fundament voor goede zorg →](#)[7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →](#)[← Vorige](#) [Volgende →](#)

## 5. Naasten

### 5.1 De ervaring van naasten

48 naasten van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek hebben de enquête ingevuld over hun ervaringen met de behandeling van hun naaste en hun betrokkenheid daarbij.

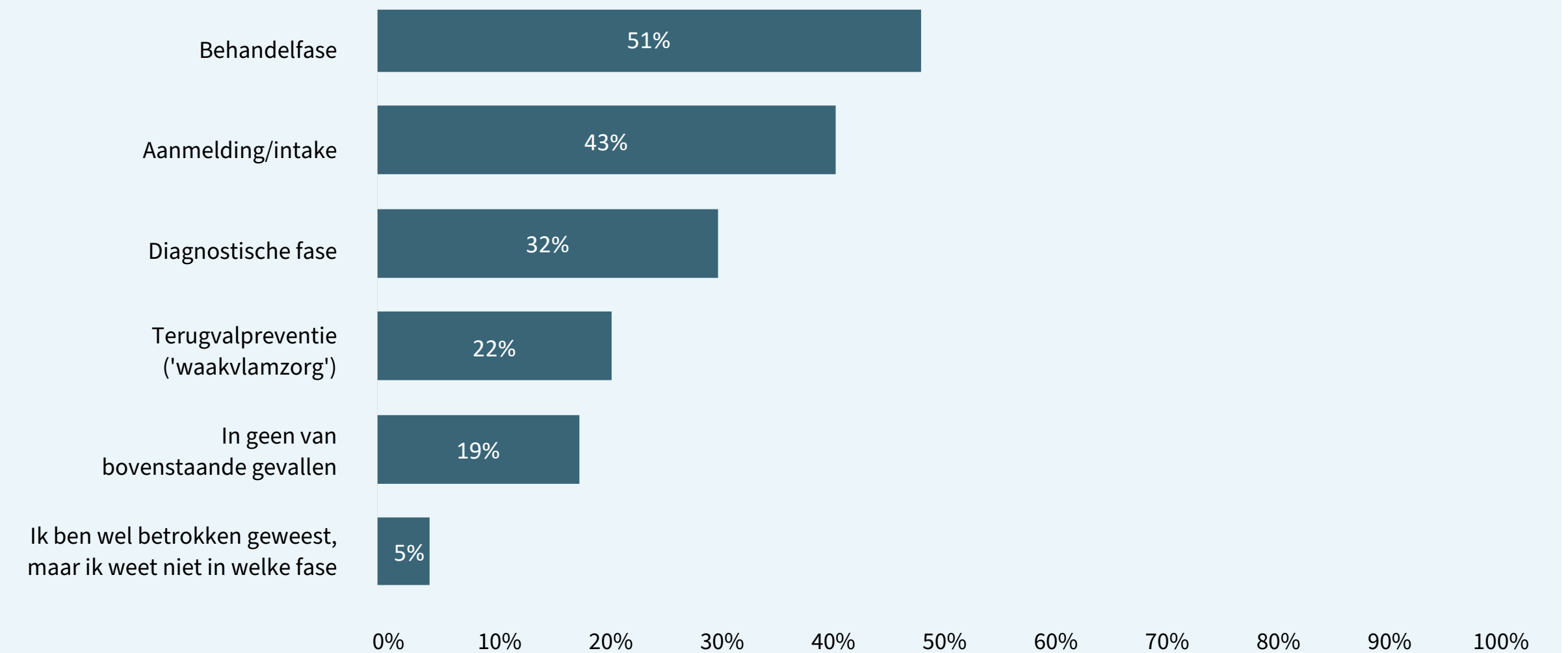
#### Betrokkenheid bij de behandeling

Vrijwel alle naasten (98%) willen betrokken zijn bij de behandeling. De meesten willen dit meestal (68%), een kleinere groep wil dit soms (30%). Naasten ervaren dat de wens van de patiënt om hen te betrekken wisselt: volgens 43% wil de patiënt meestal dat zij betrokken worden. Bij 32% is dit soms zo en bij 24% wil de patiënt dit (bijna) nooit.

#### Betrokkenheid in verschillende fasen van de behandeling

Naasten zijn in de praktijk vaak bij ten minste één fase van de behandeling betrokken: 81% geeft aan op enig moment te zijn betrokken. Die betrokkenheid vindt vooral plaats tijdens de behandelfase, maar ook tijdens de aanmelding of intake en in de diagnostische fase (zie Figuur 22). Bij het opstellen van het zorgplan is de betrokkenheid beperkter. Ruim een derde van de naasten is hierbij helemaal of grotendeels betrokken

**Figuur 22** - In welke fase van de behandeling van jouw naaste ben je betrokken (geweest)? (n = 37)



geweest (35%), één op de vijf een beetje (20%) en bijna de helft helemaal niet (45%).

Daarnaast geeft 41% van de naasten aan dat zij de enige betrokken persoon zijn bij de behandeling van de patiënt. In de overige gevallen zijn er ook andere naasten betrokken.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →

**5. Naasten**

6. Samen leren als fundament voor goede zorg →

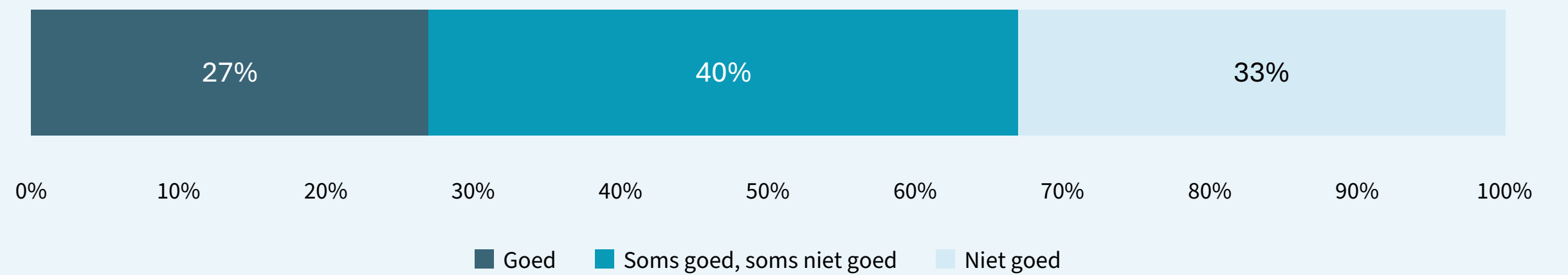
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Samenwerking met de behandelaar

Een kwart van de naasten ervaart de samenwerking tussen hun naaste, de behandelaar en henzelf als goed (zie Figuur 23). 40% vindt deze samenwerking soms goed en soms niet goed en een derde ervaart de samenwerking als niet goed. Naasten die de samenwerking als wisselend of niet goed ervaren, geven vooral aan dat privacyregels belemmerend kunnen werken, dat zij zich niet gehoord voelen of dat zij als naaste meer ondersteuning willen<sup>2</sup>.

### Naasten kunnen niet altijd hun verhaal kwijt

De helft van de naasten geeft aan dat zij graag één of meerdere gesprekken met de behandelaar had willen voeren om de eigen kijk op de problematiek te delen, maar dat dit niet gebeurt is. 5% wilde dit zelf niet. 41% van de naasten heeft wel een gesprek met de behandelaar gehad om de eigen kijk op de problematiek te delen. Echter, een derde van deze groep had het idee niet alles te kunnen vertellen wat zij belangrijk vonden. Naasten geven voornamelijk aan dat zij voorzichtig waren om geen verkeerd beeld te schetsen, dat zij niet open konden praten omdat de patiënt aanwezig was of dat er onvoldoende tijd was.

**Figuur 23** - Hoe vind je als naaste de samenwerking tussen de patiënt, de behandelaar en jezelf? (n = 30)

### Ondersteuning voor naasten wordt beperkt aangeboden

In ongeveer een derde van de organisaties wordt ondersteuning voor naasten aangeboden als interventie bij persoonlijkheidsproblematiek. Een meerderheid van de zorgprofessionals ervaart echter weleens belemmeringen bij het inzetten van deze ondersteuning: ruim de helft ervaart deze belemmeringen soms en een kleine groep zelfs vaak.

Naasten en patiënten schetsen een terughoudender beeld. Onder naasten zelf geeft een kwart aan ondersteuning te hebben ontvangen van de behandelaar, en 6% van de patiënten zegt dat ondersteuning aan naasten is aangeboden.

Naasten geven aan wel behoefte te hebben aan meer ondersteuning voor zichzelf: vaak moeten zij zelf uitzoeken hoe om te gaan met complex gedrag, terwijl praktische handvatten en scholing helpend zouden zijn. Ook zijn er zorgen over passende woonvormen en over wat er gebeurt wanneer ouders wegvallen. Tot slot uiten sommige naasten zorgen over toegankelijkheid en gelijkheid in de zorg, en over het verschil tussen ‘zorg op papier’ en zorg in de praktijk.

<sup>2</sup> Zie de werkkartaart [Samenwerken en Privacy](#) voor meer informatie over het zorgvuldig delen van informatie met naasten.

## Wat helpt (en wat helpt niet) volgens naasten in de behandeling?

Ruim de helft van de naasten is over het algemeen (gematigd) tevreden over de behandeling die hun naaste krijgt of heeft gekregen voor de persoonlijkheidsproblematiek. Tegelijkertijd is 43% (overwegend) ontevreden.

Naasten zijn gevraagd wat zij als helpend en juist niet helpend ervaren in de behandeling. De onderstaande aspecten worden hierbij genoemd.

**Helpend:** Naasten schetsen een genuanceerd beeld van wat helpend is in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. Vooral zorg die rust brengt, stabiliseert en aansluit bij de persoon wordt positief ervaren. Traumagerichte interventies zoals EMDR, passende medicatie (soms na een langdurig traject van zoeken en bijstellen), intensieve klinische behandeling en begeleiding door betrokken professionals worden genoemd. Ook een vertrouwensband met een vaste behandelaar, ruimte om het eigen verhaal te doen, erkenning van trauma's en aandacht voor de mens achter de diagnose worden gezien als herstelbevorderend. In enkele gevallen wordt persoonlijke ondersteuning via een pgb of zinvolle dagbesteding als doorslaggevend genoemd.

**Niet helpend:** Naasten beschrijven diverse situaties waarin de behandeling onvoldoende helpend was. Terugkerende thema's zijn gebrek aan continuïteit (wisselende behandelaren, voortijdige beëindiging), onvoldoende aansluiting bij de leefomstandigheden of complexiteit en het niet integraal behandelen van samenhangende problemen (zoals trauma, verslaving of psychose). Ook lange wachttijden, afwijzingen bij verwijzing en gebrekkige samenwerking tussen instellingen worden genoemd. Sommige naasten ervaren dat er te sterk op protocollen of classificaties wordt gestuurd, terwijl maatwerk en context onvoldoende aandacht krijgen. Ook gevoelens van eenzaamheid bij de patiënt, gebrek aan nazorg en beperkte aandacht voor huisvesting of sociaal netwerk komen terug als knelpunten.

### Impact op naasten

Uit de ervaringen van naasten blijkt dat persoonlijkheidsproblematiek vaak een langdurige en ingrijpende impact heeft. Zij beschrijven een chronische belasting, voortdurende alertheid en moeite om grenzen te stellen zonder de relatie onder druk te zetten. Met name ouders van volwassen kinderen ervaren een spanningsveld tussen betrokken blijven en het respecteren van autonomie. Tegelijkertijd bemoeilijken privacyregels soms het contact met zorgverleners.

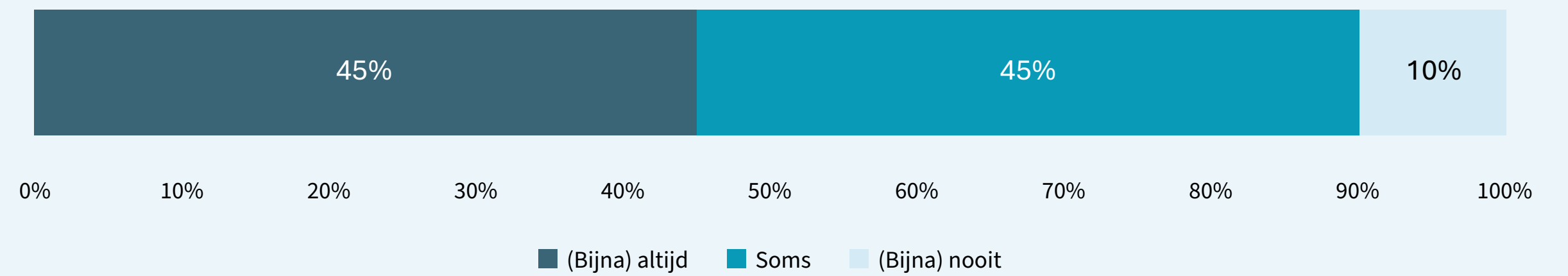
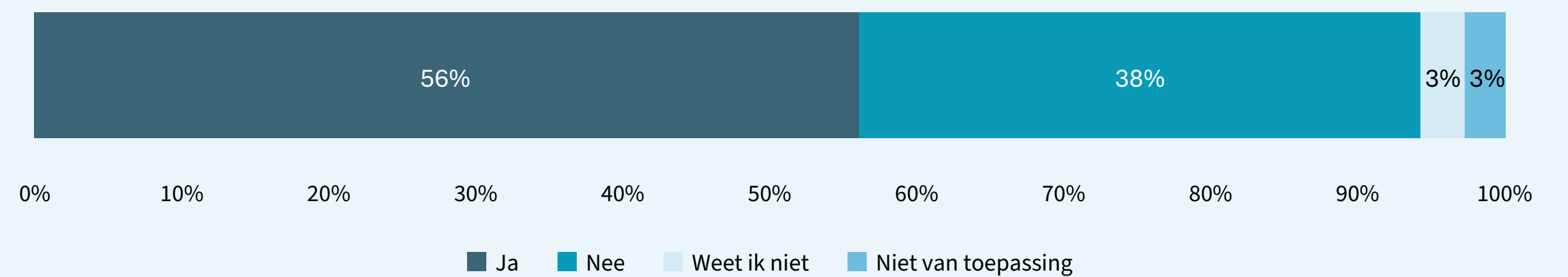
[1. Inleiding →](#)[2. Samenvatting →](#)[3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →](#)[4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →](#)**[5. Naasten](#)**[6. Samen leren als fundament voor goede zorg →](#)[7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →](#)

## 5.1 De kijk van zorgprofessionals en patiënten op de rol van naasten

Van de zorgprofessionals die zelf diagnostiek uitvoeren, betreft ongeveer de helft naasten (bijna) altijd bij de diagnostiek (zie Figuur 24). Een vergelijkbaar deel doet dit soms en 10% (bijna) nooit. Het percentage zorgprofessionals dat naasten betreft bij de diagnostiek ligt bij de doelgroep jongeren relatief iets hoger (54%) dan bij de doelgroepen volwassenen en ouderen (beide 36%).

Afspraken over de rol en inbreng van naasten worden niet altijd vastgelegd in het gezamenlijk zorgplan. Ongeveer de helft van de zorgprofessionals neemt dit op; dit is relatief weinig in vergelijking met andere onderdelen van het zorgplan.

Van de patiënten vindt iets meer dan de helft dat naasten betrokken zijn bij de behandeling (zie Figuur 25). Tegelijkertijd geeft een aanzienlijk deel aan dat naasten niet betrokken zijn, en een kleine groep weet dit niet of het is niet van toepassing.

**Figuur 24** - Betrek je als zorgprofessional naasten bij de diagnostiek? (n = 150)**Figuur 25** - Heeft jouw behandelaar jouw naaste(n) betrokken bij de behandeling? (n = 63)

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →

5. Naasten →

**6. Samen leren als fundament voor goede zorg**

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

← Vorige Volgende →

## 6. Samen leren als fundament voor goede zorg

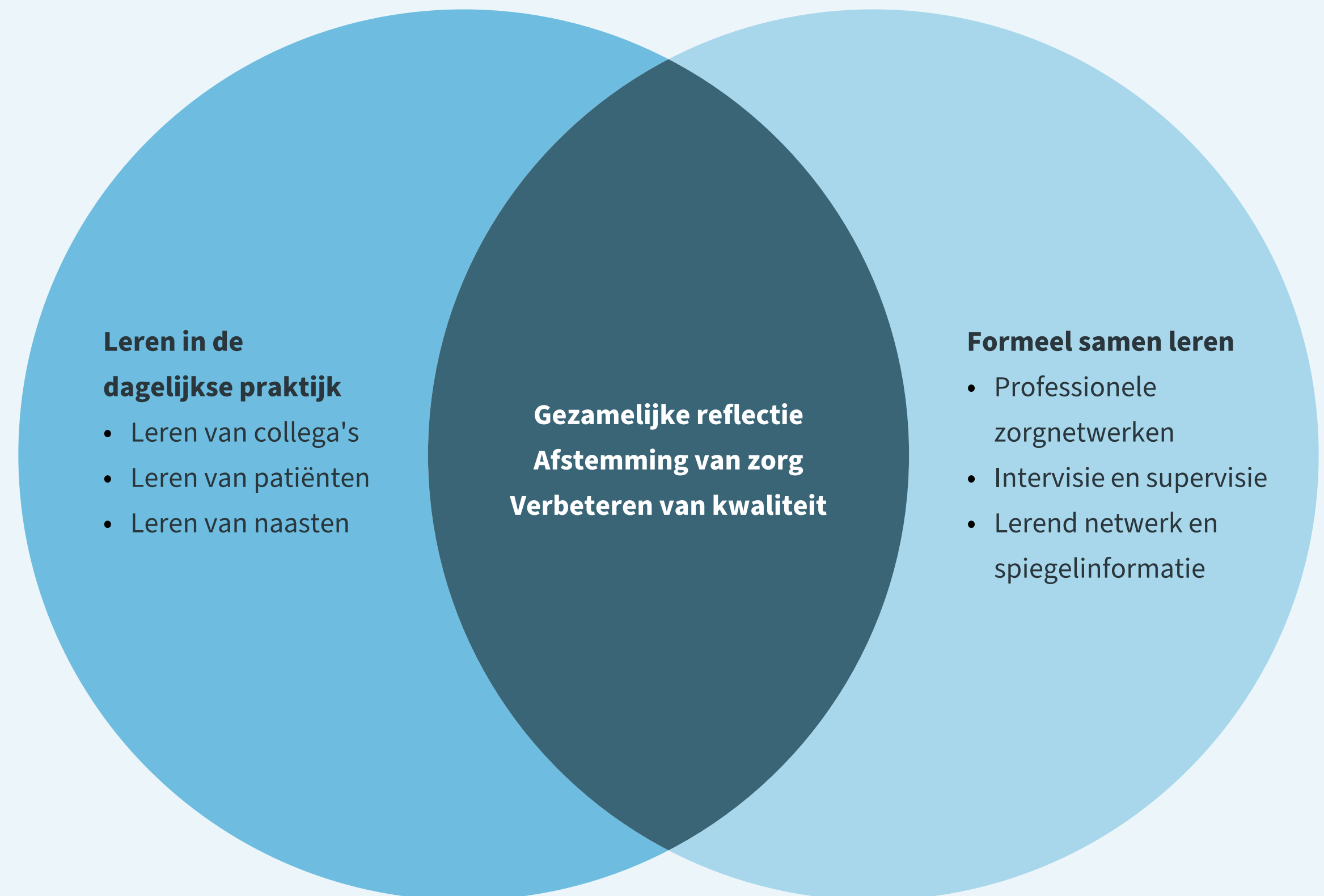
Zorg voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek vraagt om voortdurende afstemming en reflectie. De problematiek is vaak complex en raakt meerdere levensgebieden. Dat betekent dat zorgprofessionals niet alleen handelen op basis van kennis en ervaring, maar ook voortdurend leren in en van de praktijk.

In dit onderzoek is 'leren' breed opgevat. Het gaat niet alleen om scholing of training, maar ook om leren in het dagelijkse werk en in samenwerking met anderen. Figuur 26 laat zien waar en hoe leren plaatsvindt in de zorgpraktijk.

### Kernaanbevelingen:

Werk binnen een professioneel zorgnetwerk.  
Werk binnen een deskundig netwerk dat complexe problematiek kan aanpakken en continuïteit van zorg biedt.

**Figuur 26** - Waar en hoe leren plaatsvindt in de zorgpraktijk



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek →

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

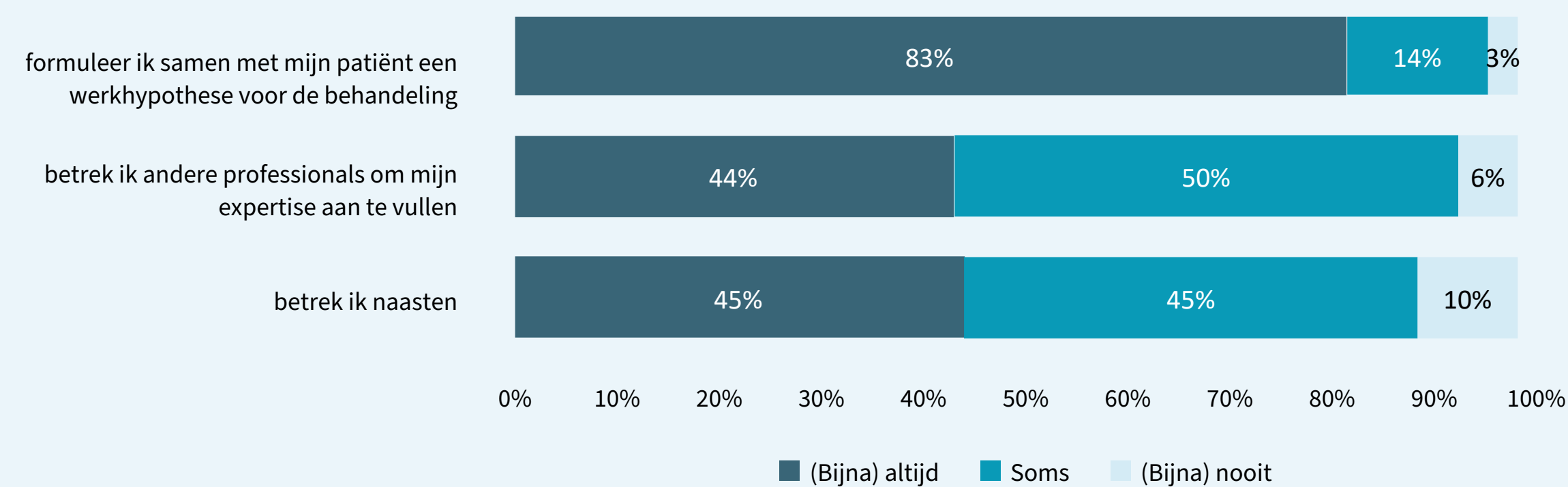
Aan de ene kant leren zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk, van interactie met collega's, naasten en patiënten. Aan de andere kant bestaan er formele leercontexten, zoals professionele zorgnetwerken, intervisie en supervisie en lerende netwerken met spiegelinformatie.

In de overlap tussen deze niveaus staat gezamenlijke reflectie centraal. Daar komen praktijkervaringen en structurele leeractiviteiten samen. Deze gezamenlijke reflectie draagt bij aan betere afstemming van zorg en verbetering van kwaliteit.

### Leren in de dagelijkse praktijk

Voor veel zorgprofessionals is leren een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks werk. Figuur 27 laat zien dat zij in de diagnostiek regelmatig patiënten, andere zorgprofessionals en naasten betrekken.

**Figuur 27 -** Relationeel leren in de diagnostiek door zorgprofessionals (n = 149) In de diagnostiek ...



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg

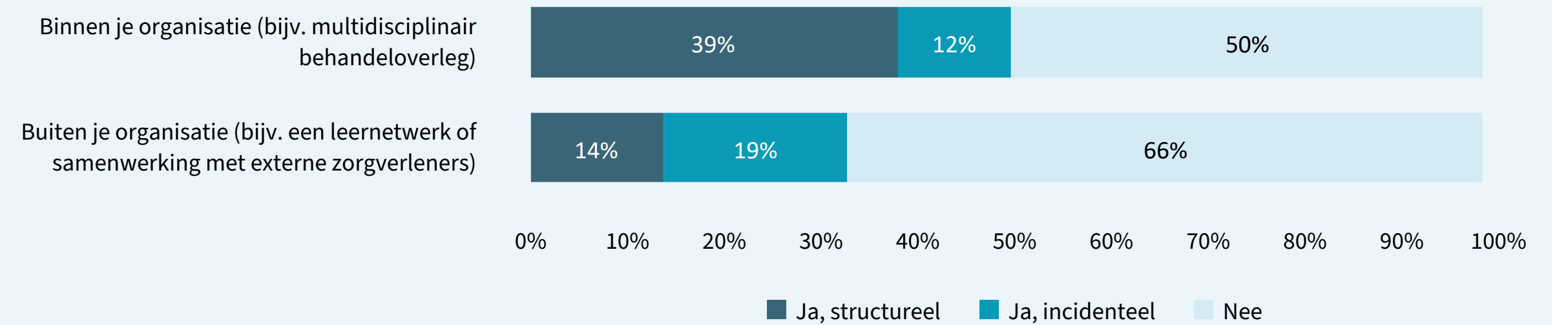
7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

### Formeel samen leren

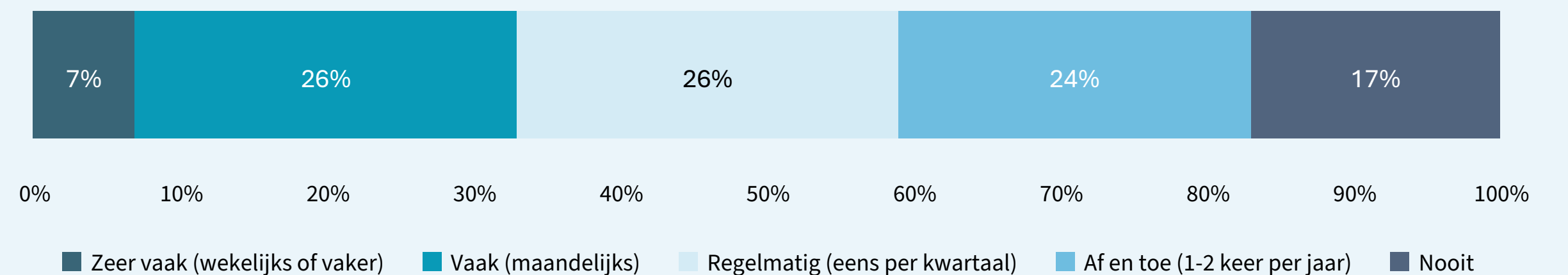
Naast leren in de dagelijkse praktijk bestaan er formele vormen van samen leren, zoals professionele zorgnetwerken, multidisciplinaire overleggen en intervisie of supervisie. Deze vormen van leren sluiten aan bij de rechterzijde van Figuur 26 op pagina 37.

Figuur 28 en 29 laten zien dat deze formele vormen aanwezig zijn, maar niet voor iedereen vanzelfsprekend. 39% neemt structureel deel aan interne zorgnetwerken en intervisie. 12% doet dit incidenteel en 50% neemt hier helemaal niet aan deel. Deelname aan externe leernetwerken komt minder vaak voor: 14% neemt hier structureel aan deel. Dit laat zien dat leerstructuren bestaan, maar dat de mate van inbedding sterk verschilt per organisatie en per zorgprofessional.

**Figuur 28** - Maak je als zorgprofessional deel uit van een professioneel zorgnetwerk voor persoonlijkheidsstoornissen? (n = 336)



**Figuur 29** - Hoe vaak neem je als zorgprofessional deel aan gezamenlijke intervisie of supervisie met collega-behandelaren rondom persoonlijkheidsstoornissen? (n = 338)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheids-  
problematiek: aard, omvang  
en impact →4. De zorg bij persoonlijk-  
heidsproblematiek →

5. Naasten →

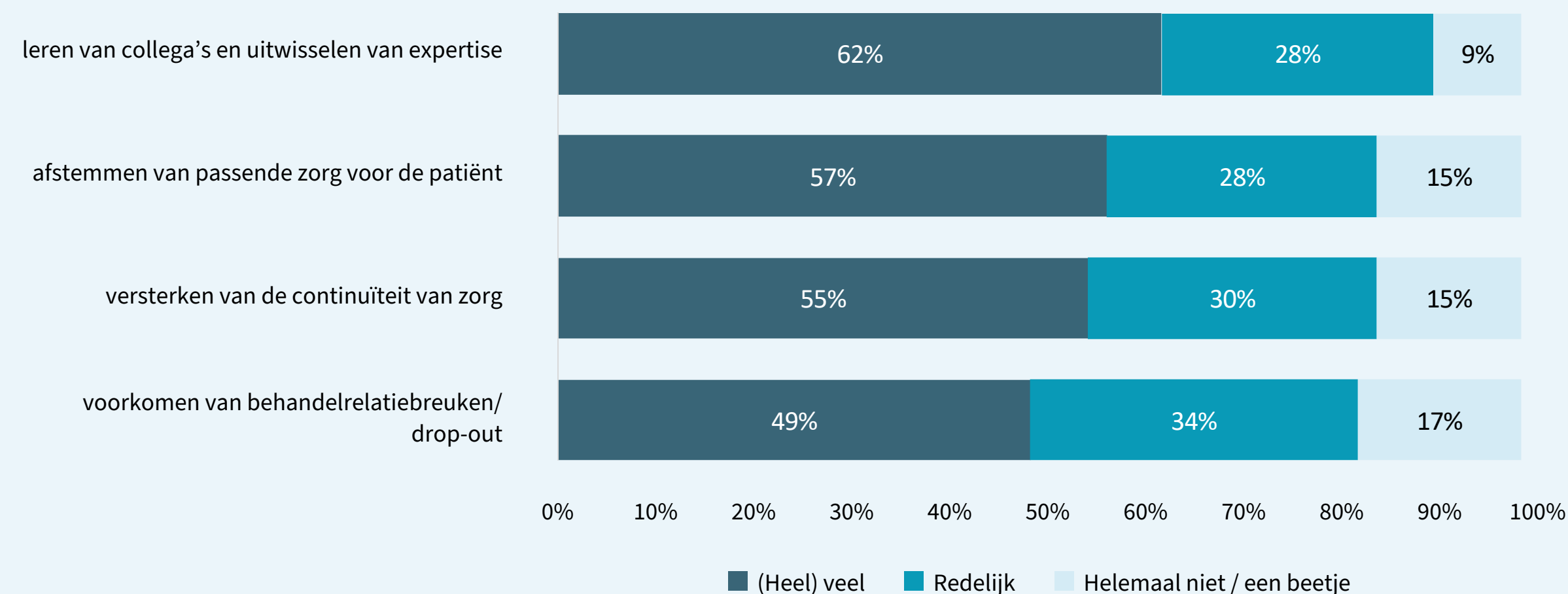
6. Samen leren als fundament  
voor goede zorg7. De zorgstandaard  
Persoonlijkheidsstoornissen  
in de praktijk →

### Ervaren opbrengst van samen leren

Waar zorgprofessionals deelnemen aan professionele zorgnetwerken, ervaren zij dit overwegend als waardevol. Figuur 30 laat zien dat deelname volgens zorgprofessionals bijdraagt aan het leren van collega's, betere afstemming van zorg en versterking van continuïteit. Ook het voorkomen van behandelrelatiebreuken en voortijdige uitval wordt genoemd als opbrengst.

Deze bevindingen ondersteunen dat formeel samen leren niet alleen als leeractiviteit wordt gezien, maar ook als middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarmee wordt zichtbaar wat in Figuur 26 op pagina 37 als overlap is weergegeven: gezamenlijke reflectie en kwaliteitsverbetering.

**Figuur 30** - Mate waarin deelname aan een professioneel zorgnetwerk (intern en/of extern) volgens zorgprofessionals bijdraagt aan het ... (n = 203)



1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Persoonlijkheidsproblematiek: aard, omvang en impact →

4. De zorg bij persoonlijkheidsproblematiek →

5. Naasten →

6. Samen leren als fundament voor goede zorg

7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk →

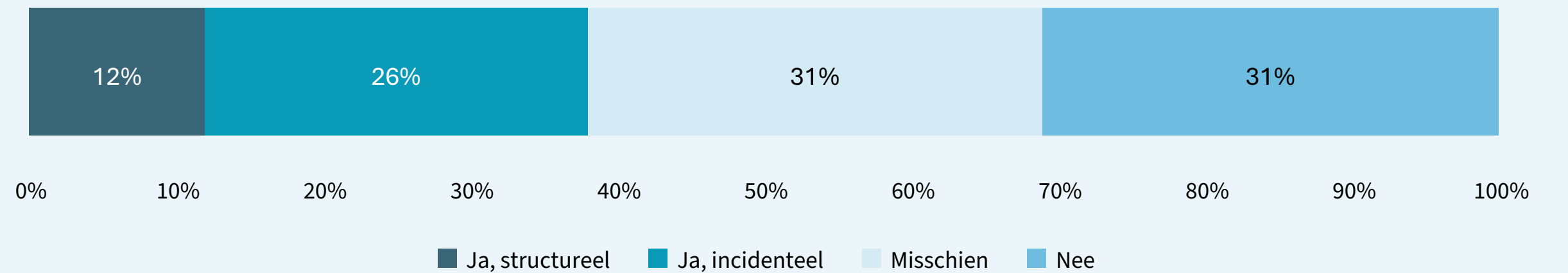
### Willen en kunnen leren

De antwoorden van zorgprofessionals laten zien dat er bereidheid is om te leren, maar dat de mogelijkheden om dit daadwerkelijk te doen niet altijd vanzelfsprekend zijn. Figuur 31, 32 en 33 brengen dit spanningsveld in beeld.

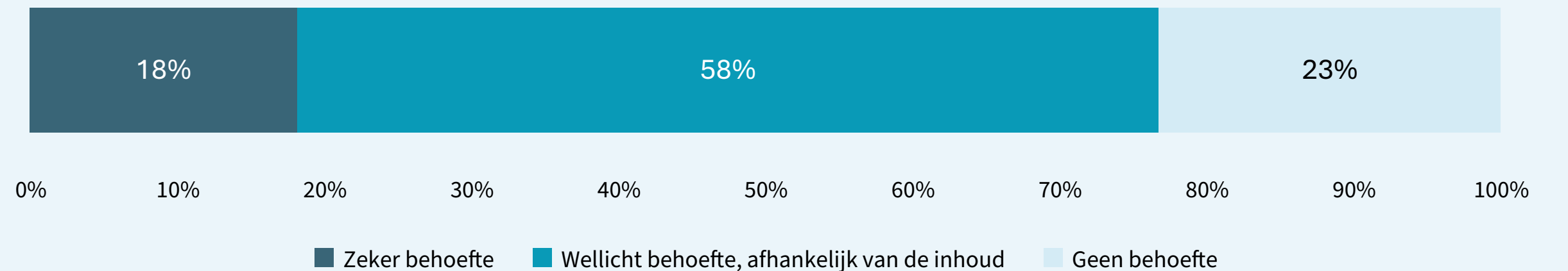
12% van de zorgprofessionals zou structureel willen deelnemen aan een netwerk dat samen leert op basis van kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie; 26% incidenteel en 31% mogelijk (zie Figuur 31). Driekwart (76%) heeft wellicht of zeker behoefte aan informatie over hoe de eigen organisatie of het eigen team zich verhoudt tot andere teams of instellingen (zie Figuur 32). Een meerderheid van 58% vindt het daarnaast (zeer) belangrijk dat kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie worden gebruikt om de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren (zie Figuur 33).

Tegelijkertijd geven zorgprofessionals aan dat ondersteuning vanuit de organisatie nodig is om formeel leren mogelijk te maken, bijvoorbeeld in de vorm van tijd, duidelijke afspraken, praktische hulpmiddelen en scholing. Belemmeringen liggen vooral in tijdgebrek, hoge werkdruk en onvoldoende organisatorische inbedding. Iets meer dan de helft van de deelnemende zorgmanagers geeft aan dat leren in een zorgnetwerk of leernetwerk actief wordt ondersteund.

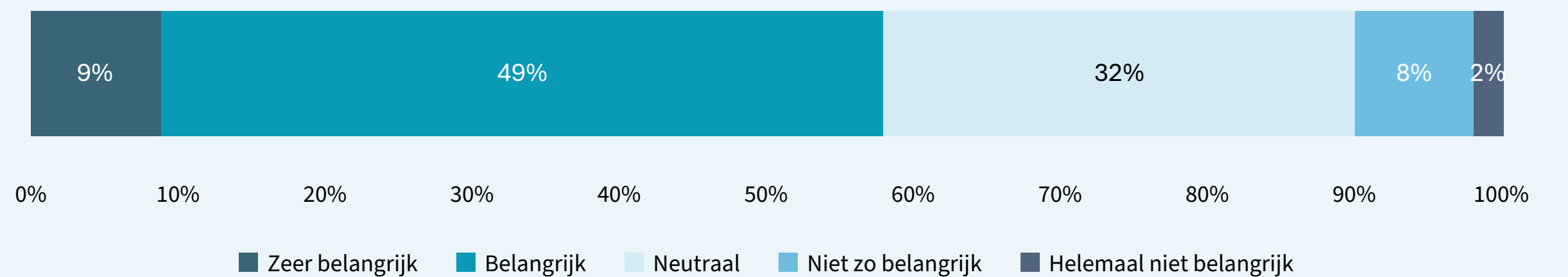
**Figuur 31** - Bereidheid van zorgprofessionals om deel te nemen aan een netwerk van zorgprofessionals dat samen leert en verbetert met behulp van spiegelinformatie (n = 310)



**Figuur 32** - Behoefte van zorgprofessionals aan inzicht in hoe hun team/praktijk zich verhoudt tot andere teams of instellingen (n = 337)



**Figuur 33** - Mate waarin zorgprofessionals het belangrijk vinden dat kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie worden gebruikt om de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren (n = 335)



Dit laat zien dat samen leren minder draait om motivatie en meer om randvoorwaarden. Leren vraagt niet alleen inzet van individuele professionals, maar ook structurele ondersteuning vanuit organisaties.

De bereidheid van zorgprofessionals om deel te nemen aan lerende netwerken om spiegelinformatie te bespreken en duiden lijkt groter dan de praktische mogelijkheid om dit structureel te doen. Uit de antwoorden blijkt dat deelname vooral wordt belemmerd door tijdgebrek, hoge werkdruk en onvoldoende organisatorische inbedding. Tegelijkertijd noemen zorgprofessionals verschillende vormen van ondersteuning die deelname realistischer en aantrekkelijker kunnen maken, zoals tijd en formele faciliteiten vanuit de organisatie, duidelijke terugkoppeling van kwaliteitsindicatoren, praktische hulpmiddelen en scholing in het gebruik van spiegelinformatie. Ook zorgmanagers bevestigen dat structurele ondersteuning vanuit de organisatie een belangrijke randvoorwaarde is voor samen leren in netwerken.

Daarmee lijkt de opgave minder te liggen in het vergroten van bereidheid, en meer in het structureel mogelijk maken van deelname. De belangrijkste randvoorwaarden en ondersteuningsbehoeften worden hiernaast samengevat.

Samen leren en verbeteren worden in de zorgstandaard Persoonlijkestoornissen en het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) benoemd als belangrijke uitgangspunten voor goede ggz. De uitkomsten van dit praktijkonderzoek laten zien dat die behoefte ook in de praktijk duidelijk aanwezig is, onder meer rond

samen leren, spiegelinformatie en kwaliteitsverbetering. Tegelijkertijd blijft structurele deelname aan leer- en zorgnetwerken achter. De belangrijkste opgave lijkt daarmee minder te liggen in motivatie, en meer in tijd, organisatorische inbedding en praktische ondersteuning.

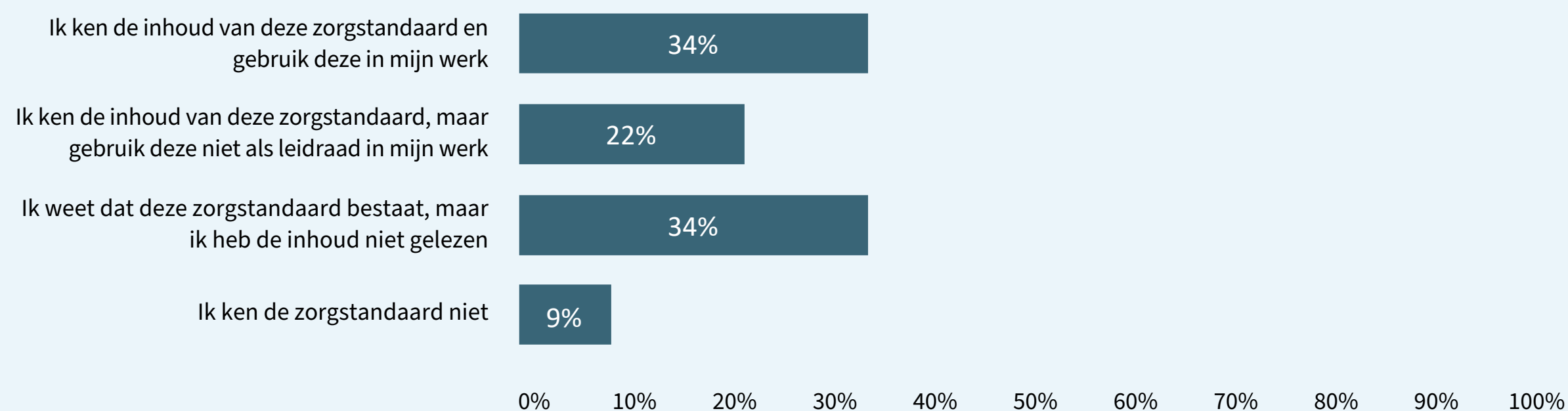
Thema	Wat belemmert deelname?	Wat helpt om deelname mogelijk te maken?
<b>Tijd en ruimte</b>	Tijdgebrek en hoge werkdruk maken het lastig om structureel deel te nemen.	Facilitering door de organisatie, bijvoorbeeld tijd, formele afspraken en vergoeding van uren.
<b>Organisatorische borging</b>	Onvoldoende organisatorische inbedding en soms onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden.	Duidelijke afspraken, bestuurlijke steun en expliciete verankering van deelname in het werk.
<b>Inhoudelijke bruikbaarheid</b>	Onvoldoende zicht op opbrengst of beperkte houvast bij gebruik van kwaliteitsinformatie.	Heldere spiegelinformatie en duidelijke terugkoppeling van resultaten van kwaliteitsindicatoren.
<b>Praktische toepasbaarheid</b>	Deelname voelt minder haalbaar als hulpmiddelen of structuur ontbreken.	Praktische hulpmiddelen, zoals samenvattingskaarten, infographics of casusmateriaal.
<b>Deskundigheid</b>	Niet iedereen voelt zich vanzelfsprekend toegerust om met kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie te werken.	Scholing of training in het gebruik van kwaliteitsindicatoren en spiegelinformatie.
<b>Waardering</b>	Deelname kan concurreren met andere taken als het weinig formele erkenning krijgt.	Erkenning van deelname, bijvoorbeeld via accreditatiepunten.

## 7. De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk

34% van de zorgprofessionals die in de dagelijkse praktijk werkt met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek gebruikt de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen in het dagelijks werk (zie Figuur 34). Dit percentage ligt relatief lager dan bij andere onderzochte zorgstandaarden. Zo wordt de zorgstandaard Psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornissen door 59% gebruikt en de zorgstandaard Autisme door 46%. Dit percentage is vergelijkbaar voor zorgprofessionals die werken met verschillende doelgroepen (jongeren, ouderen of volwassenen).

22% kent de inhoud wel, maar gebruikt de zorgstandaard niet als leidraad in het werk. 34% weet dat de zorgstandaard bestaat, maar heeft de inhoud niet gelezen. 9% kent de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen niet.

**Figuur 34** - Bekendheid van zorgprofessionals met de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (n = 340)



De zorgstandaard wordt relatief het meest gebruikt binnen de specialistische ggz en de basis-/specialistische ggz (beide 44%). GZ-psychologen en klinisch (neuro) psychologen gebruiken de zorgstandaard vaker (59%) dan professionals in andere functies. De zorgstandaard is het minst bekend onder GGZ-agogen, maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch hulpverleners (social work), verpleegkundigen (overig) en begeleiders. Tot slot wordt de zorgstandaard vaker toegepast in de ambulante zorg (39%) dan in de (dag)klinische zorg (13%).

### Meerderheid van organisaties organiseert zorgaanbod conform de zorgstandaard

Ongeveer 80% van de zorgmanagers geeft aan dat het zorgaanbod voor persoonlijkheidsproblematiek binnen de organisatie grotendeels of helemaal georganiseerd is volgens de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. Als dit nog niet volledig in overeenstemming met de zorgstandaard is ingericht, noemen zorgmanagers als belangrijkste redenen beperkingen in capaciteit of beschikbaarheid van personeel en onvoldoende samenwerking met ketenpartners. Over het geheel schetsen zorgmanagers hiermee een positiever beeld dan zorgprofessionals en patiënten doen op basis van hun ervaringen in de dagelijkse praktijk.