Productomschrijving
‘Ergotherapie bij schizofrenie’ – tweede lijn

Versie 1.0
Publicatiedatum: november 2026
Auteurs: Btissame Mizab Benali, Emre Sayilgan, Tess Sanders – Vakgroep GGZ

Productomschrijving	Ergotherapie bij schizofrenie in de tweede lijn
Cliënt (-en groep)/klant	Deze productomschrijving biedt handvatten om volwassenen met schizofrenie te behandelen of begeleiden binnen de GGZ en geeft richting voor het zoeken naar passende interventies gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid.
Indicaties/hulpvraag	*Wanneer is er sprake van schizofrenie?* Onderstaande criteria zijn gebaseerd op de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013/2014): **A.** Twee (of meer) van de volgende kenmerken, waarvan elk in een periode van één maand een significant deel van de tijd aanwezig is: (minimaal 1,2 of 3). 1. wanen, 2. hallucinaties, 3. gedesorganiseerd spreken, 4. ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag, 5. negatieve symptomen. **B.** Niveau van functioneren ligt op één of meer belangrijke levensgebieden duidelijk onder het niveau van het begin van de stoornis. **C.** Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. **D.** Uitgesloten zijn een schizo affectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken. **E.** De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening. **F.** Indien er een voorgeschiedenis is met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld als er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.
Doel(en) van het product	• Primaire doel: ergotherapeuten die met deze doelgroep te maken krijgt, handvatten geven over hoe ze de behandeling kunnen vormgeven. • Bij verwijzers duidelijk maken wat ergotherapie bij deze doelgroep kan betekenen. Andere hulpverleners zoals psychologen, maatschappelijk werkers of overige behandelen kunnen hierdoor inzicht krijgen wat een ergotherapeut kan betekenen of bijdragen. • Het kan ook als educatief middel gebruikt worden om familie of mantelzorgers te informeren over de verschillende behandelmogelijkheden.
Productcategorie	• **Ergotherapeutische diagnostiek:** door observaties in de Algemene Dagelijkse Levensbehoeften (ADL), huishoudelijke taken, hobby's, werk en functionele mobiliteit. • **Behandelen en begeleiding** door training in functionele mobiliteit en cognitie in ADL taken, huishoudelijke taken, sociale activiteiten, arbeid, hobby's of verplaatsingsvragen. • **Advies en instructie aan cliënt (systeem):** Belangrijk om in deze fase ook de verpleging, hulpmiddelenleveranciers, Wmo-consulenten, Wlz -consulenten en het behandelteam te betrekken zodat een multidisciplinaire samenwerking wordt gewaarborgd.

	• **Advies bij het aanvragen en gebruik van hulpmiddelen en voorzieningen:** Daarbij dient door de ergotherapeut, evt. in afstemming met de WMO-consulent het *'Programma van eisen* ook *Functioneel Advies'* genoemd, worden opgesteld. Vervolgens wordt dit gedeeld met de hulpmiddelenleveranciers
Aanbieder (+expertise)	Ergotherapeut binnen een GGZ-instelling
Werksetting	• Tweede lijn • Klinische setting
Inhoud/ werkwijze (Product + toelichting)	Veel cliënten met deze stoornis lopen tegen *handelings-en participatieproblemen* bij alledaagse leven en deelname aan de samenleving aan. "(Richtlijnendatabase, z.d.) **Diagnostiek en behandeling** In de diagnostiek is het belangrijk om in kaart te brengen in hoeverre cliënt nu in staat is zijn participatie uit te voeren. **(Meet) instrumenten participatie:** • *Candian Occupational Performance Measure (COPM)*: meten van de door de cliënt zelf ervaren problemen in dagelijkse handelen, inclusief intrinsieke waarden van cliënt. (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005) • *Activity Card Sort NL:* Hiermee wordt met foto's in kaart gebracht welke handelingen voor cliënt betekenisvol zijn. Dit kan worden ingezet bij mensen met problemen in taal en of cognitie. (Derriks & Groot, 2008). • *Etnografisch interview:* rol en interactie met mantelzorger/betrokkenen in kaart brengen. (Van Hartingsveldt et al., 2023) • *Occupational Performance History Interview – II (OPHI-II):* een semigestructureerd interview waarmee de handelingsgeschiedenis, rollen, routines en betekenisvolle activiteiten van de cliënt in kaart worden gebracht. Het instrument richt zich op de kwaliteit en kwantiteit van het handelen en de invloed van de omgeving daarop (Baaijen et al., 2008). Op basis van bovenstaande meetinstrumenten worden drie voor de cliënt betekenisvolle activiteiten geselecteerd. Deze activiteiten worden met de *Perceive, Recall, Plan and Perform* (PRPP) geobserveerd in zo betekenisvol mogelijke situaties. De observatie geeft inzicht in de informatieverwerking van de cliënt, de invloed daarvan op het dagelijks handelen en de PRPP-kwadranten waarin de cliënt belemmeringen ervaart (Chapparo & Ranka, 1997). • Als er vanuit de diagnostiek blijkt dat er *onvoldoende betekenisvol* wordt gehandeld, wordt dit bespreekbaar gemaakt met de cliënt en het behandelteam. Daarbij neemt de ergotherapeut een ondersteunende en versterkende rol in en wordt er vanuit de eigen regie van de cliënt gehandeld. • Als er *onvoldoende eigen regie* vanuit de cliënt mogelijk is. Zal de ergotherapeut vooral binnen het behandelteam een ondersteunende en adviserende rol innemen om te kijken wat voor activiteiten

	betekenisvol zijn en kunnen worden ingezet. **(Observatie) instrumenten activiteiten en functieniveau:** • *Arnadottir Occupational Therapy–Activities of Daily Living Neurobehavioral Evaluation (A-ONE):* een gestandaardiseerd observatie-instrument dat via observatie van ADL-activiteiten in kaart brengt hoe de cliënt handelt en welke motorische, cognitieve of perceptuele beperkingen het handelen beïnvloeden (Árnadóttir & Fisher, 2008). • *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS):* een gestandaardiseerd observatie-instrument waarmee motorische en procesvaardigheden tijdens betekenisvolle dagelijkse activiteiten worden beoordeeld (Fisher & Jones, 2012). • *De Activiteitenweger:* een hulpmiddel waarmee met behulp van tijdschrijflijsten de belasting en belastbaarheid van de cliënt inzichtelijk worden gemaakt. Ook worden strategieën, routines en patronen zichtbaar die van invloed zijn op het dagelijks handelen (Hulstein-van Gennep & Ten Hove-Moerdijk, 2008). **Zelfmanagement** • Belangrijk is het toepassen van zelfmanagement waarbij de cliënt toe werkt naar meer eigen regie en verantwoordelijkheid. In de *behandeling* wordt er gericht op 'de kracht in plaats van de klacht'. Waarbij niet wordt benadrukt dat de cliënt het alleen moet doen, maar wordt er een veilige en ondersteunende situatie gecreëerd waarin de cliënt mag leren. 'Leren' in de context van het leren omgaan met de gevolgen van de aandoening, de risicofactoren, leefstijlveranderingen, zelf keuzes maken, zelf werken aan herstel, zelf verantwoordelijkheden dragen en de regie voeren. • Binnen de *diagnostiek* is zelfmanagement meer gericht op de cliënt informeren over de stoornis en mogelijke helpende interventies. • Tijdens de *behandeling* stimuleer je de cliënt om meer zelfstandig de interventies te leren inzetten in het dagelijks leven. **Mogelijke interventies:** Hierbij kunnen we op de volgende manieren betekenis bieden: • De *PRPP- interventie* als strategietraining toe te passen in betekenisvolle activiteiten. De PRPP ondersteunt bruikbare strategieën van informatieverwerking en plannen. (Chapparo et al., 1997) • *De Activiteitenweger* in te zetten. Cliënten ervaren vaak een disbalans tussen belasting en belastbaarheid (energiemanagement). De Activiteitenweger ondersteunt het inzichtelijk maken van belasting, belastbaarheid en energieverdeling, met als doel meer balans, opbouw van belastbaarheid en overzicht in het dagelijks handelen te creëren (Hulstein-van Gennep & Ten Hove-Moerdijk, 2008). Hierbij worden onder meer tijdschrijflijsten en planningshulpmiddelen ingezet, zoals een agenda, whiteboard of pictogrammen. • Trainen in de thuissituatie en/of dagbestedingslocatie om de begeleiding te ondersteunden.

	• Ondersteunen bij de hulpmiddelen aanvragen en het inzetten en oefenen in het dagelijks leven. • Aansluiten bij het Multidisciplinair Overleg (MDO) en het behandelteam (bestaande uit verpleging, psychiaters, geriaters, psychologen, fysiotherapeuten, agogen, activiteitenbegeleiding, maatschappelijk werk, diëtetiek en transfer verpleegkundige) om ergotherapeutische vraagstukken te analyseren. **Rol en houding ergotherapeut** Tijdens de behandelsessies kunnen verschillende houdingen aangenomen worden door de (ergo)therapeut. Bij de doelgroep zoals schizofrenie is het passend dat je vanuit een *ondersteunende rol* aansluit op de hulpvraag van de patiënt. Therapeutische houdingen tijdens een sessie zijn bijv. bekrachtigen, confronteren, directief, onderhandelen, coach-participatie en diagnose recept. Dit zijn verschillende houdingen om een gesprek of sessie vorm te geven. Bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is een ondersteunende, hoopvolle en veilige therapeutische benadering van belang, waarin aandachtige nabijheid wordt afgewisseld met passende begrenzing. Zo wordt aangesloten bij de eigen regie en draagkracht van de cliënt en wordt empowerment ondersteund (Akwa GGZ, 2017; Van Hartingsveldt et al., 2023). Het overkoepelende doel is het vergroten van activiteit en participatie, waarbij de aanwezige capaciteiten van de cliënt zo goed mogelijk worden benut binnen een passende sociale context. Afhankelijk van de cliënt, hulpvraag en diagnose kunnen verschillende didactische leerprincipes worden toegepast, zoals herhaling, gerichte instructie, trial-and-error, forward chaining en inslijpen. Deze strategieën ondersteunen het leren en toepassen van betekenisvol handelen in het dagelijks leven (Chapparo & Ranka, 1997; Van Hartingsveldt et al., 2023). **Kenmerken van Schizofrenie** Schizofrenie kenmerkt zich door psychotische perioden met symptomen als wanen, hallucinaties en verwardheid. Daarnaast is er vaak sprake van angst, depressie, achterdocht, opwinding, cognitief verval en motorische onrust. Mensen met schizofrenie ervaren vaak op verschillende levensgebieden problemen en zijn vaak zeer gevoelig voor de houding van anderen in de omgeving. Het is dan ook erg belangrijk om je empathisch op te stellen en een veilige sfeer te creëren. Wanneer de cliënt psychotisch is, dan is deze vaak zeer achterdochtig en paranoïde. Het houden van weinig afstand en fysiek contact, valt dan vaak verkeerd. Een psychotische cliënt reageert meestal slecht als wordt ontkend dat zijn wanen werkelijkheid zijn. Verken daarom zorgvuldig de betekenis van de wanen, zonder de cliënt in deze wanen te bevestigen. Daarnaast is het door de argwaan heel belangrijk om concreet te zijn over wat de cliënt wel of niet kan verwachten. Er mogen bij de cliënt geen twijfels ontstaan over de motieven van de behandelaar.
Evaluatie	Tijdens de evaluatie is het belangrijk om in kaart te brengen in hoeverre de cliënt verbeterend is in zijn participatie. De voorkeur heeft dat dit wordt gedaan

	voorafgaand aan ontslag, na overplaatsing naar een andere afdeling of wanneer de behandeling langdurig is. Het is belangrijk om de evaluaties periodiek te plannen. Dit kan met de volgende meetinstrumenten worden gedaan: • COPM: hiermee worden de door de cliënt ervaren problemen in het dagelijks handelen, de ervaren uitvoering en tevredenheid in kaart gebracht. Bij herhaalde afname kan verandering in functioneren en tevredenheid worden geëvalueerd (*Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1991; 1994; 1998; 2005)* • PRPP: met behulp van de PRPP worden de eerder geselecteerde betekenisvolle activiteiten opnieuw geobserveerd en vergeleken, zodat veranderingen in informatieverwerking en handelen zichtbaar worden *(Chapparo & Ranka, 1997).*
Behandel/advies-locatie	Dit product is primair bedoeld voor cliënten die verblijven of behandeld worden binnen de tweede lijn, zoals GGZ-instellingen of andere instellingen waar cliënten met GGZ-problematiek zorg ontvangen. Delen van dit product kunnen, waar passend, ook worden toegepast binnen een eerstelijnsbehandeling. Echter kunnen delen van dit product ook toegepast worden in behandeling in de 1e lijn.
Tijdsinvestering	*Algemeen* De duur en frequentie van de ergotherapeutische behandeling zijn niet standaard vastgelegd. Deze worden afgestemd op de hulpvraag, indicatie, behandeldoelen en het beleid van de instelling. De ergotherapeut werkt hierbij op verwijzing van de regiebehandelaar of arts. Tussentijdse afstemming met de regiebehandelaar is belangrijk om de voortgang, frequentie en continuïteit van de behandeling te bepalen. *Registratie en verantwoording* De inzet van ergotherapie wordt geregistreerd en verantwoord volgens de geldende afspraken binnen de instelling en met de zorgverzekeraar. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen diagnostiek en behandeling, bijvoorbeeld met een D-code voor diagnostiek en een B-code voor behandeling. Diagnostiek vraagt vaak meer indirecte tijd voor analyse, verslaglegging en afstemming. *Directe en indirecte cliëntgebonden tijd* Directe cliëntgebonden tijd betreft het contact met de cliënt. Indirecte cliëntgebonden tijd kan onder meer bestaan uit overleg, MDO's, afstemming met interne en externe betrokkenen, verslaglegging en het uitwerken van observaties, analyses en inventarisaties. *Reistijd* De bekostiging of registratie van reistijd is afhankelijk van setting, indicatie, contractafspraken en instellingsbeleid. Reistijd binnen een instelling wordt doorgaans anders beoordeeld dan reistijd buiten de instelling, bijvoorbeeld bij een huisbezoek of begeleiding naar een externe behandellocatie. *Aandachtspunt* Dit geldt niet automatisch voor alle cliënten in de tweede lijn. De tijdsinvestering

	en vergoeding kunnen verschillen per indicatie, zorgsetting, behandelvorm, contractering en lokale registratieafspraken. Stem dit daarom altijd af binnen de instelling en met de regiebehandelaar.
Kosten	De bekostiging hangt af van zorgsetting, indicatie, contractafspraken en lokale registratie. Mogelijke financiering routes binnen de tweede lijn: • *Zorgprestatiemodel (ZPM):* sinds 2022 de bekostigingssystematiek voor ggz en forensische zorg, gebaseerd op zorgprestaties zoals consulten en verblijf (NZa, z.d.; Zorgprestatiemodel, z.d.). • *Diagnose-behandelcombinatie (DBC):* in sommige settings of overgangssituaties kan bekostiging nog verlopen via een DBC, waarbij onder meer diagnose, zorgzwaarte, behandelduur en inzet van disciplines meewegen. • *Wlz:* langdurige, intensieve zorg bij een Wlz-indicatie; toegang en zorgprofiel worden beoordeeld door het CIZ (CIZ, z.d.; Rijksoverheid, z.d.). • *Wmo:* relevant voor hulpmiddelen en voorzieningen via de gemeente; uitvoering en vergoeding kunnen per gemeente verschillen (Regelhulp, z.d.; Gemeente Utrecht, z.d.).
Vergoeding	De volgende financiering zijn mogelijk van toepassing: • *Zorgprestatiemodel (ZPM):* bekostiging binnen ggz en forensische zorg, gekoppeld aan zorgprestaties zoals consulten en verblijf (Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], z.d.; Zorgprestatiemodel, z.d.). Dit is bij opname voor revalidatie die twee jaar verlengd mag worden. Hierbij krijg je per behandeling per behandelaar uitbetaald. Dit is in de GGZ het oude DBC-model • *DBC/Zorgverzekeringswet (Zvw):* bij medisch-specialistische revalidatie kan vergoeding lopen via de Zvw en DBC-zorgproducten (Zorginstituut Nederland, z.d.; Revalidatie Nederland, z.d.). • *Wet Langdurige Zorg (Wlz:* bij opname of verblijf (een woonplek) met een Wlz-indicatie; het CIZ beoordeelt de toegang en het zorgprofiel (CIZ, z.d.; Rijksoverheid, z.d.). • Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), dit is enkel van toepassing als mensen na de klinische opname terug naar huis keren. • *Overdracht eerste lijn:* bij ontslag kan een ergotherapeutische overdracht worden gemaakt; vervolgbehandeling valt onder de geldende polisvoorwaarden en dekking van de zorgverzekeraar. *Aandachtspunt:* vergoeding verschilt per financieringsvorm en levert niet altijd afzonderlijke opbrengsten per discipline op. Controleer daarom de afspraken binnen de eigen instelling en indicatie.
Toegankelijkheid	Een behandelend arts of medisch specialist kan een verwijzing maken naar een ergotherapeut. Dit geldt voor de ergotherapie binnen de GGZ. Het signaleren van hulpvragen gebeurt in de praktijk wel op verschillende wijze bijv. door de verpleging of een andere discipline.
Kwaliteit	*Het beschreven product is:*

	• Gebaseerd op literatuur /evidence • Cliëntgericht • Toepasbaar in multidisciplinaire behandeling/ketenzorg
Kwaliteit ergotherapeut	*De voorkeur voor behandeling van deze doelgroep is dat de behandelaar ervaring en kennis heeft van s*chizofrenie*.* • Geregistreerd in het kwaliteitsregister • Scholing of cursus gevolgd in de richting van psychiatrie (Vooraf aan de behandeling/sessie interventies voorbereiden, kernsymptomen bestuderen en inlezen.)
Literatuur	• American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (M. W. Hengeveld, supervisie Nederlandse vertaling). Boom. (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2013) • Richtlijnendatabase. (z.d.). *Schizofrenie*. Federatie Medisch Specialisten. Geraadpleegd op 9 september 2026 • Law, M., Baptiste, S., Carswell, S., McColl, A., Polatajko, H., Pollock, N. (2005). Canadian Occupational Performance Measure Manual (4th ed.). Toronto: CAOT. • Graff MJL, Vernooij-Dassen MJ, Zajec J, Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J. How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study. Dementia 2006;5:503-32 • Baaijen, R. I., Boon, J. A., Tigchelaar, E., & Pol, M. C. (2008). *Nederlandse versie van de Occupational Performance History Interview-Version 2.1 (OPHI-II)*. • Derriks, A. M., & Groot, M. de. (2008). *Activity Card Sort – Nederlandse versie*. • Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). *The PRPP System of Task Analysis*. In C. Chapparo & J. Ranka (Eds.), *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1* (pp. 189–198). Occupational Performance Network, School of Occupational Therapy, The University of Sydney. • Árnadóttir, G., & Fisher, A. G. (2008). Rasch analysis of the ADL scale of the A-ONE. *American Journal of Occupational Therapy, 62*(1), 51–60. https://doi.org/10.5014/ajot.62.1.51 [a-one.is], [ncbi.nlm.nih.gov] • Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2012). *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): User manual* (7th ed., Vol. 2). Three Star Press. • Hulstein-van Gennep, G., & Ten Hove-Moerdijk, K. (2008). *Activiteitenweger: Een hulpmiddel voor het meetbaar maken van activiteiten*. Activity-Matters.
Auteur(s)	Btissame Mizab Benali , Emre Sayilgan en Tess Sanders. Leden Vakgroep GGZ
Contactadres	EN@ergotherapie.nl