

Uitkomsten onderzoek gebruik zorgstandaard **Psychotrauma- en stressorgerelateerde** **stoornissen in de praktijk**

Bekijken →

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg



Inhoudsopgave

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

**3. De behandeling van psychotrauma
in de praktijk →**

**4. Het gebruik van de zorgstandaard
in de praktijk →**

**5. Wat is nodig voor succesvol gebruik
van de zorgstandaard in de praktijk?
→**

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



1. Inleiding

Akwa GGZ ondersteunt de ggz als onafhankelijke organisatie bij kwaliteitsverbetering onder andere door het ontwikkelen en onderhouden van zorgstandaarden én door het ondersteunen bij het gebruik ervan in de praktijk. Jaarlijks worden verschillende zorgstandaarden onderzocht om de effectiviteit en toepasbaarheid te evalueren.

In de zomer van 2024 is een praktijkonderzoek uitgevoerd naar de zorgstandaarden [Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen](#) en [Dissociatieve stoornissen](#). Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de toepassing van deze zorgstandaarden. Daarbij stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

- Hoe worden de zorgstandaarden in de praktijk toegepast?
- Waar wordt er afgeweken van de zorgstandaarden, en welke factoren spelen hierbij een rol?
- Wat is er (nog meer) nodig om de zorgstandaarden succesvol en efficiënt te gebruiken in de dagelijkse praktijk?

Onderzoeksmethoden

Voor het onderzoek hebben zorgprofessionals, zorgmanagers en patiënten een enquête ingevuld. De enquête is verspreid via Akwa GGZ, patiëntenorganisatie Caleidoscoop, patiënten en naastenorganisatie MIND en onderzoeksbureau ZorgfocuZ. Naast de enquête, zijn een aantal verdiepende gesprekken gevoerd met zorgprofessionals en -managers. In deze gesprekken werden praktijkervaringen met het gebruik van de kernaanbevelingen verder toegelicht.

Focus van dit rapport

Dit rapport beschrijft de resultaten voor de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De enquête is ingevuld door 843 deelnemers en vormt de hoofdinformatiebron voor dit rapport. De resultaten uit de verdiepende gesprekken met 12 deelnemers bieden aanvullende inzichten en context. De resultaten voor de zorgstandaard Dissociatieve stoornissen worden in een apart rapport beschreven.

Onderzoeksdeelnemers



537 zorgprofessionals:

- Werken in de GGZ en hebben in de dagelijkse praktijk te maken met patiënten met psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornissen;
- Voornamelijk GZ-psychologen, maar ook klinisch (neuro)psychologen, psychotherapeuten, praktijkondersteuners GGZ, verpleegkundigen, begeleiders en psychiaters;
- De meeste hebben ruime ervaring in de (specialistische) GGZ, vaak meer dan tien jaar.



45 zorgmanagers (bestuurder of beleidsmaker)*:

- Betrokken bij het borgen van de kwaliteit van zorg binnen hun organisatie;
- Voornamelijk werkzaam in de specialistische GGZ of binnen een organisatie die zowel generalistische als specialistische zorg aanbiedt;
- De helft werkt in een grote organisatie met meer dan 250 medewerkers.



261 patiënten:

- Ervaren posttraumatische klachten of hebben deze op enig moment in hun leven ervaren;
- Bij het merendeel (80%) gingen deze klachten gepaard met dissociatieve klachten, maar posttraumatische klachten staan op de voorgrond;
- Ontvangen of ontvingen hulp of ondersteuning van een behandelaar of staan hiervoor op een wachtlijst.

** De groep zorgmanagers in dit onderzoek is relatief klein, waardoor de resultaten een eerste globale indruk bieden.*

2. Samenvatting

Behandeling van psychotrauma in de praktijk

Toegepaste behandelingen

Uit het onderzoek blijkt dat zorgprofessionals voornamelijk EMDR-therapie, (Imaginaire) Exposure/Prolonged Exposure en Imaginaire Rescripting toepassen bij psychotrauma.

Patiëntervaringen: vaak lange weg naar juiste hulp

- Bij 63% van de patiënten zit er langer dan 3 jaar tussen het ontstaan van de posttraumatische stressklachten en de start van de eerste behandeling.
- 85% is minstens één keer doorverwezen, 44% vier keer of vaker.
- 52% beoordeelt het behandeltraject als (zeer) positief, terwijl 28% het als negatief ervaart, vooral door lange wachttijden, beperkte specialistische kennis en moeite met het vinden van een passende behandelaar.
- De behandelvormen die patiënten het vaakst noemen als effectief zijn EMDR-therapie (18%) en vaktherapie (10%). Er is echter ook een relatief grote groep (29%) die niet weet welke behandeling het meeste heeft geholpen.

Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk

59% van de zorgprofessionals maakt gebruik van de zorgstandaard Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen. Zorgmanagers geven aan dat het gebruik onder zorgprofessionals op 82% ligt. De zorgstandaard wordt voornamelijk gebruikt bij diagnostiek, behandeling en evaluatie. Het helpt zorgprofessionals bij het informeren van patiënten over behandelvormen, bij het opstellen van zorgplannen en als leidraad voor kwaliteitsbewaking. De zorgstandaard wordt relatief minder vaak gebruikt bij preventie of na afloop van de behandeling.

Waardering van de zorgstandaard

Zorgprofessionals waarderen de standaard met gemiddeld een 6,7 en zorgmanagers met een 7,0.

Afspraken en verwachtingen

- 63% van de zorgprofessionals geeft aan dat de organisatie waar zij werken verwacht dat zij de zorgstandaard gebruiken. Bij 22% zijn hier ook formele afspraken over gemaakt.
- 62% van de zorgmanagers geeft aan dat er formele afspraken zijn over het gebruik van de zorgstandaard. Twee derde van hen ziet zichzelf als (enigszins) sturend in de implementatie en ongeveer de helft houdt toezicht op de toepassing

van de kernaanbevelingen. Niet alle zorgmanagers monitoren actief, omdat zorgprofessionals hierin zelf de lead hebben en zorgmanagers erop vertrouwen dat specialisten hun werk goed doen.

Toepassing van de kernaanbevelingen in de praktijk

Kernaanbevelingen 1, 2, 7 en 8 worden door 70% of meer van de zorgprofessionals vaak of regelmatig toegepast en kernaanbevelingen 3, 4, 5 en 6 door 40-60% van de zorgprofessionals.

Belangrijkste bevindingen per kernaanbeveling

1. Sta stil bij de veerkracht en mogelijkheden tot herstel.
 - Een overgrote meerderheid van de zorgprofessionals (90%) past deze kernaanbeveling toe in hun werk.
2. Bied zo snel mogelijk psycho-educatie aan.
 - 85% van de zorgprofessionals werkt volgens deze kernaanbeveling.
 - Een grote meerderheid van de patiënten vindt het belangrijk dat zij goed worden geïnformeerd over verschillende onderwerpen gerelateerd aan hun klachten en de behandeling. In de praktijk vindt een derde van de patiënten dat zij onvoldoende zijn geïnformeerd over beschikbare behandelingen, wachttijden en te verwachten resultaten.

3. Een evidence based traumagerichte psychologische behandeling is de eerste keuze van behandeling. Deze moet geëvalueerd worden na 8 tot 16 sessies.

- Deze kernaanbeveling wordt door 59% van de zorgprofessionals opgevolgd.
- 17% werkt (bijna) nooit volgens deze kernaanbeveling, onder andere omdat zij de evaluatie eerder of later uitvoeren op basis van de specifieke patiëntsituatie.
- 20% van de patiënten geeft aan dat hun behandeling niet is geëvalueerd, terwijl zij dit wel graag hadden gewild.

4. Als de behandeling niet aanslaat wordt een andere behandeling aangeboden en geëvalueerd na 8 tot 16 sessies.

- Deze kernaanbeveling wordt door ongeveer de helft (52%) van de zorgprofessionals toegepast.
- 22% werkt (bijna) nooit volgens deze kernaanbeveling. Als reden hiervoor wordt onder andere genoemd dat evaluatie eerder of juist later wordt uitgevoerd.
- Soms is deze kernaanbeveling niet van toepassing omdat de eerste behandeling vaak aanslaat, of juist omdat wordt doorverwezen naar een specialist als de behandeling niet aanslaat.

5. Wanneer blijkt dat de tweede behandeling niet aanslaat, schaal de zorg dan op met intensievere behandeling, (vak)therapieën of farmacotherapie.

- 59% van de zorgprofessionals werkt volgens deze aanbeveling.
- Bij zorgprofessionals die de kernaanbeveling (bijna) nooit toepassen (11%) komt dat onder andere doordat eerdere behandelingen aanslaan of er geen mogelijkheid is tot opschaling van zorg bij de eigen instelling.
- 42% van de patiënten geeft aan dat hun zorg of behandeling werd geïntensiveerd wanneer de behandeling onvoldoende effectief bleek.

6. Overweeg bij onvoldoende resultaat om consultatie aan te vragen bij een (hoog) specialistisch trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatherapeut.

- Deze kernaanbeveling wordt het minst gebruikt in de praktijk (42%).
- Ervaren behandelaren passen deze kernaanbevelingen vaker toe, dan zorgprofessionals die korter werkzaam zijn in dit vakgebied.

7. Stel een terugvalpreventieplan op.

- 70% van de zorgprofessionals past deze kernaanbeveling toe.
- Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat hun behandelaar aandacht heeft voor het voorkomen van een terugval. 42% geeft aan dat zij daadwerkelijk samen met hun behandelaar een terugvalpreventieplan hebben opgesteld.

8. Bied handvaten voor herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen en sociale relaties en rollen.

- 87% van de zorgprofessionals werkt volgens deze kernaanbeveling.
- Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat hun behandelaar aandacht heeft voor herstel op andere gebieden dan alleen ziektesymptomen, bij twee derde is daadwerkelijk aandacht geweest voor deze andere gebieden.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. De behandeling van
psychotrauma in de praktijk
→

4. Het gebruik van de
zorgstandaard in de praktijk
→

5. Wat is nodig voor succesvol
gebruik van de zorgstandaard
in de praktijk? →

Samen beslissen, betrekken van naasten en behandelrelatie

Bijna alle patiënten vinden het belangrijk om mee te beslissen over hun behandeling, 60% van hen ervaart daadwerkelijk inspraak. Daarnaast vindt een derde van de patiënten het betrekken van naasten waardevol. Bij de helft van de patiënten heeft de behandelaar ook gevraagd of zij mensen uit hun omgeving wilden betrekken bij de behandeling. Tot slot hechten patiënten veel belang aan gelijkwaardigheid, vertrouwen, een goede klik met de behandelaar, respect, eigen regie, duidelijkheid, openheid, continuïteit en professionaliteit in hun behandeling.

Wat is er (nog meer) nodig om de zorgstandaarden succesvol en efficiënt te gebruiken in de dagelijkse praktijk?

Zorgprofessionals en -managers hebben behoefte aan extra training en opleiding, toegang tot materialen, intervisie bij collega’s en praktische hulpmiddelen.

- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

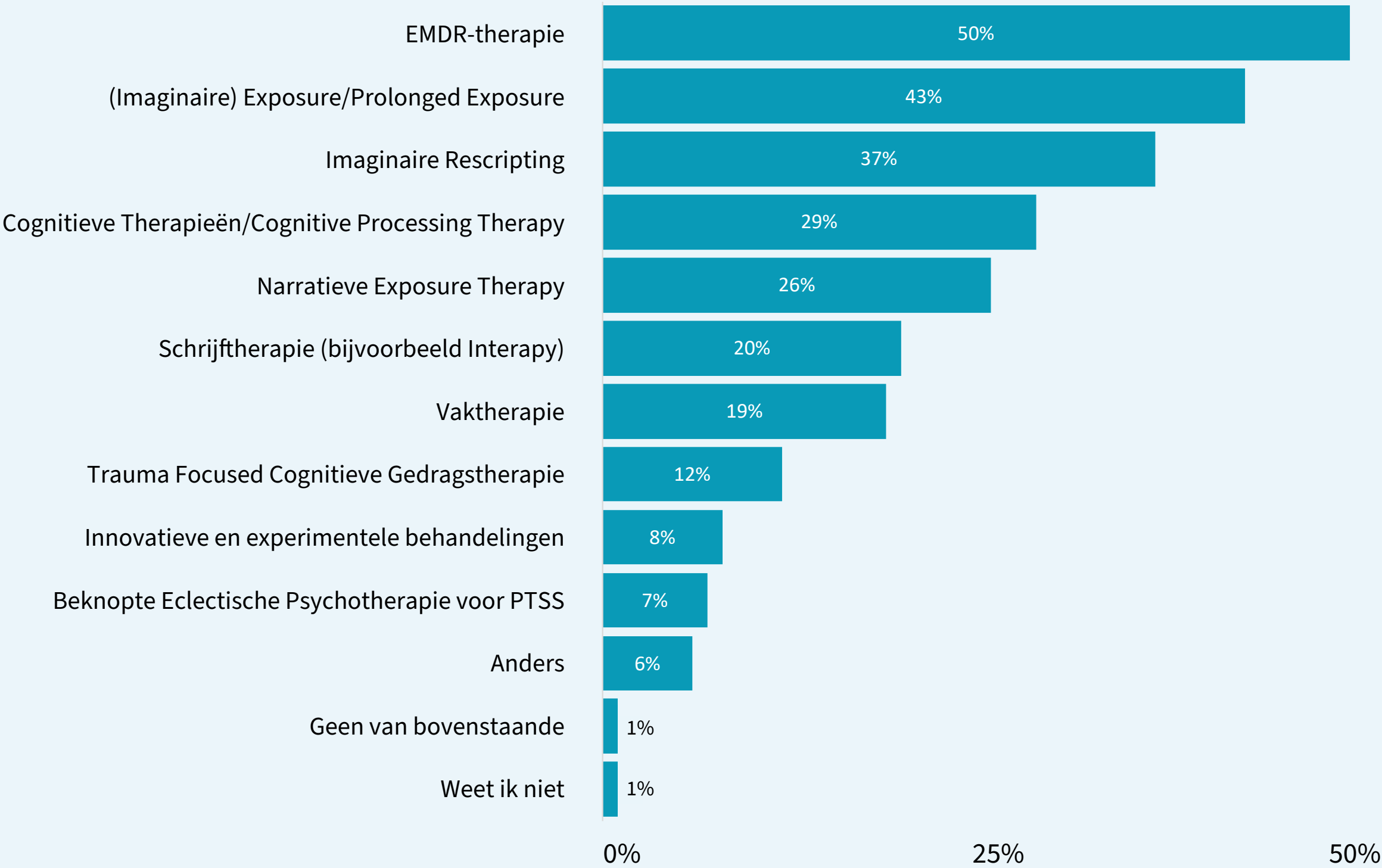
3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk

Om inzicht te krijgen in de (evidence-based) behandelingen die in de praktijk worden toegepast voor psychotrauma, zijn zorgprofessionals en patiënten bevraagd over hun ervaringen.

Toegepaste behandeling(en)

Figuur 1 geeft een overzicht van alle psychologische/ psychotherapeutische behandelingen die binnen de organisaties van de deelnemende zorgprofessionals worden ingezet. Bij de behandeling van psychotrauma wordt voornamelijk EMDR-therapie, (Imaginaire) Exposure/Prolonged Exposure) en Imaginaire Rescripting toegepast.

Figuur 1 - Behandelingen die door zorgprofessionals worden ingezet voor patiënten met psychotrauma (n = 537)



**Bij Vaktherapie wordt voornamelijk psychomotorische en beeldende therapie ingezet en als innovatieve en experimentele behandelingen worden mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), sensorimotorische therapie en behandelingen als TIST, 3MDR en MDMA genoemd. Onder de antwoordoptie ‘Anders’ worden ook veelal innovatieve of experimentele behandelingen genoemd.*

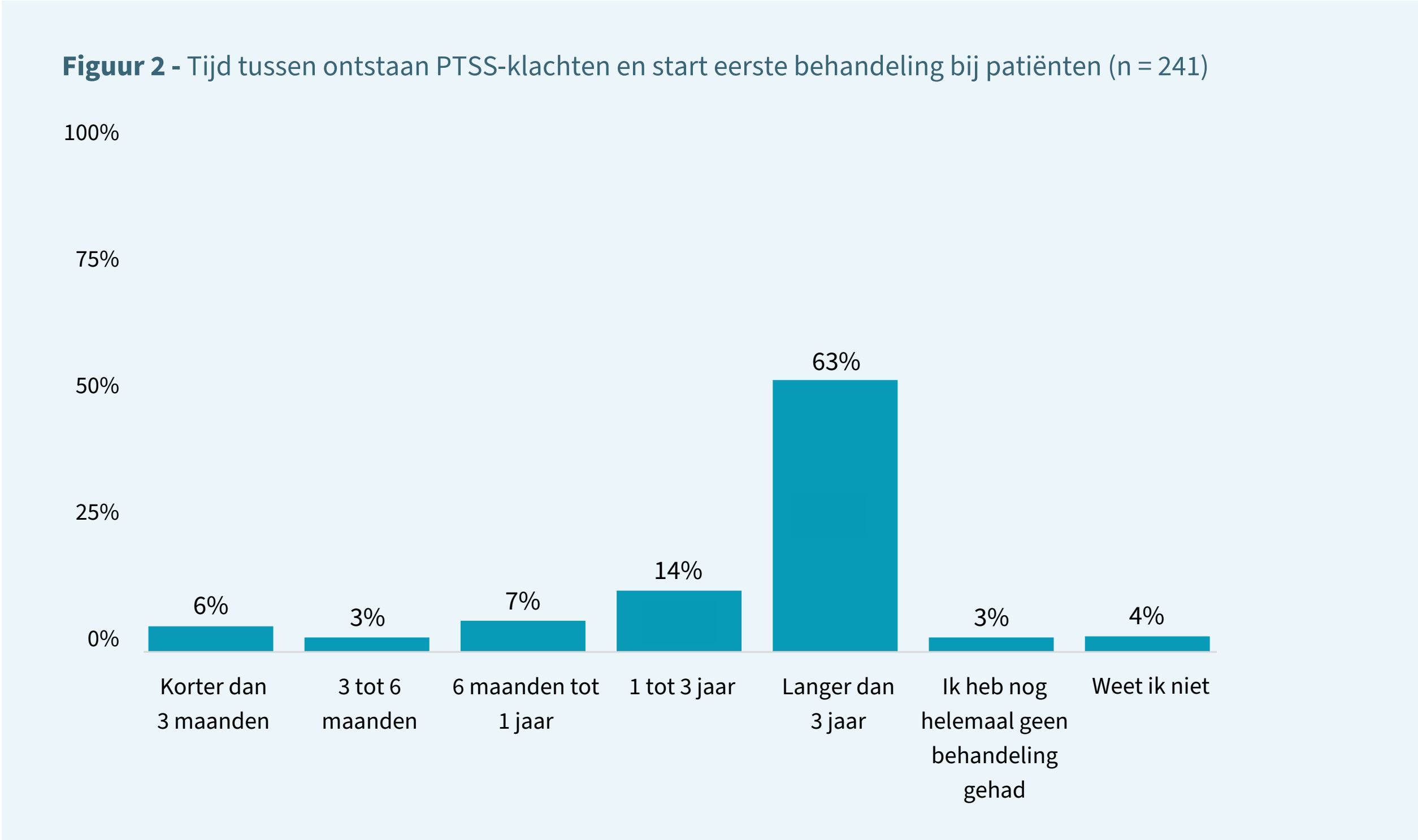
- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Ervaring patiënten met hun behandeling

Aan patiënten is gevraagd wanneer hun behandeling is gestart en wat ze van de behandeling vinden (tot nu toe).

Bij een meerderheid van de patiënten zit er meer dan 3 jaar tussen ontstaan klachten en start behandeling

Bij ongeveer twee derde van de patiënten zat er langer dan 3 jaar tussen het moment dat ze posttraumatische stressklachten kregen en het begin van hun (eerste) behandeling (zie Figuur 2). Als toelichting wordt vaak genoemd dat het vinden van een passende organisatie of behandelaar/behandeling lastig is en lang duurt vanwege beperkte specialistische kennis, het ontbreken van een goede klik met de behandelaar en/of lange wachttijden. Hierdoor zijn er patiënten bij wie het zeer lang heeft geduurd voordat een diagnose werd gesteld of de juiste behandeling werd ingezet, in sommige gevallen wel twintig tot vijftig jaar. Dit werd vaak beïnvloed door comorbiditeit, zoals autisme.



Grote meerderheid van de patiënten wordt één of meerdere keren doorverwezen

Verwijzingen naar een andere behandelaar of zorginstelling komen vaak voor bij patiënten met PTSS-klachten; 85% is één of meerdere keren doorverwezen, waarbij 44% van de patiënten vier keer of vaker een doorverwijzing heeft gekregen.

"Het is lastig om een psycholoog te vinden die op alle gebieden bij jou past en gespecialiseerd is in alle problemen waar je tegenaan loopt. Het voelt vaak als zoeken naar goede hulp, terwijl je soms zelf niet weet waar je precies naar op zoek moet gaan."

- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

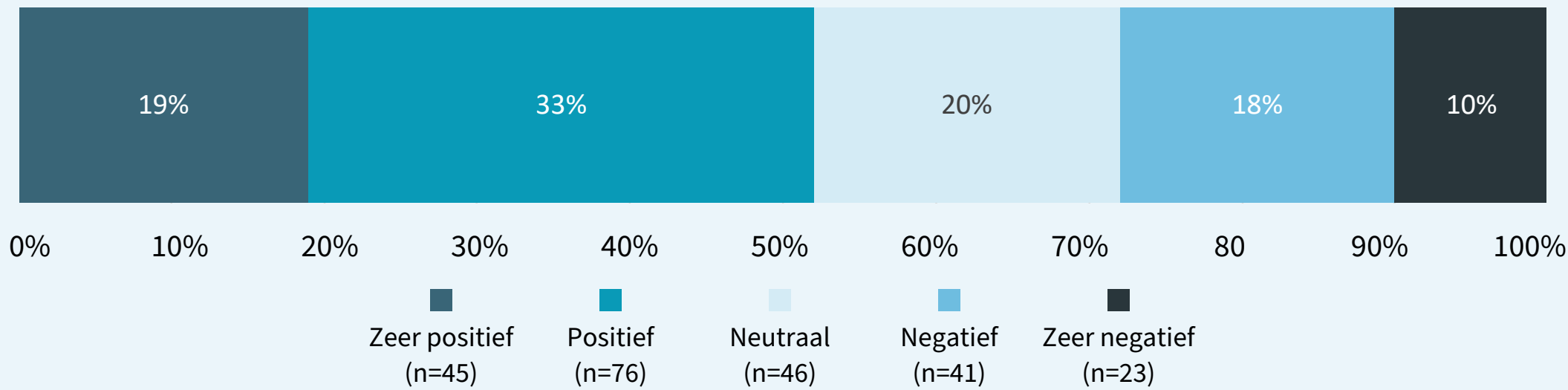
Helft van de patiënten is positief over hun behandeltraject

Figuur 3 toont de ervaring van de patiënten met hun behandeltraject; ongeveer de helft (52%) is (zeer) positief over de behandeling(en) die zij hebben gekregen. Hierbij wordt toegelicht dat wanneer eenmaal een passende behandelaar of behandeling is gevonden, patiënten vaak (zeer) positief zijn, maar de lange weg ernaartoe wordt als negatief ervaren. Ook worden de negatieve gevolgen van (foutieve) medicatie meerdere keren genoemd, evenals het voortijdig afbreken van behandelingen of het ontbreken van nazorg, waardoor patiënten zich aan hun lot voelden overgelaten.

Effectieve zorg volgens patiënten: de kracht van maatwerk en een holistische aanpak

Op de vraag welke behandeling tot nu toe het meest heeft geholpen, antwoordt de grootste groep patiënten met ‘Weet ik niet’ (29%). Daarna worden EMDR-therapie (18%) en vaktherapie (10%) het vaakst genoemd. Een deel van de patiënten geeft aan dat ze verschillende behandelingen hebben gehad, waarbij elke behandeling op een ander moment en op een specifiek vlak van waarde was.

Figuur 3 - Hoe is jouw ervaring als patiënt (tot nu toe) met jouw behandeltraject? (n = 231)



Twee aspecten komen uit de enquête naar voren:

- **Individuele aandacht en maatwerk:** Patiënten benadrukken dat de behandeling maatwerk moet zijn, met voortdurende aandacht voor de unieke behoeften van de patiënt. Ze wijzen ook op het belang van aandacht voor lichamelijke klachten en dissociatieve symptomen, die vaak niet worden herkend of bewust niet behandeld.

- **Holistische aanpak:** Patiënten geven aan dat een holistische behandeling, waarbij zowel fysieke, psychische als sociale aspecten worden meegenomen, het meest effectief is.

4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk

Om inzicht te krijgen in het gebruik van de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen in de praktijk, zijn zorgprofessionals en -managers bevraagd over hun ervaringen met het gebruik van deze zorgstandaard, de aanwezigheid van afspraken over het gebruik en het toepassen van de kernaanbevelingen. Daarnaast is ook aan patiënten gevraagd naar hun indirecte ervaringen met de zorgstandaard binnen hun behandeling.

Ervaring van zorgprofessionals met het gebruik van de zorgstandaard

Meerderheid van de zorgprofessionals gebruikt de zorgstandaard

Van de zorgprofessionals die in de dagelijkse praktijk te maken heeft met patiënten met psychotrauma, gebruikt 59% de zorgstandaard Psychotrauma- en

stressorgerelateerde stoornissen in hun werk (n = 319). Dit is relatief veel vergeleken met andere onderzochte zorgstandaarden. De zorgstandaard Autisme wordt bijvoorbeeld door 46% van de zorgprofessionals geraadpleegd en de zorgstandaard Dissociatieve stoornissen door 26%.

Van de zorgmanagers geeft een ruime meerderheid (82%) aan dat er binnen hun organisatie met de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen wordt gewerkt.

De zorgstandaard wordt op verschillende momenten tijdens het zorgproces ingezet

Zorgprofessionals gebruiken de zorgstandaard met name tijdens de diagnostiek, behandeling en/of het evalueren van de behandeling. De zorgstandaard wordt onder andere ingezet om:

- Patiënten te informeren welke keuzes er zijn;
- Als ondersteuning bij het opstellen van een individueel zorgplan;
- Als leidraad om te controleren of ze het juist aan het doen zijn.

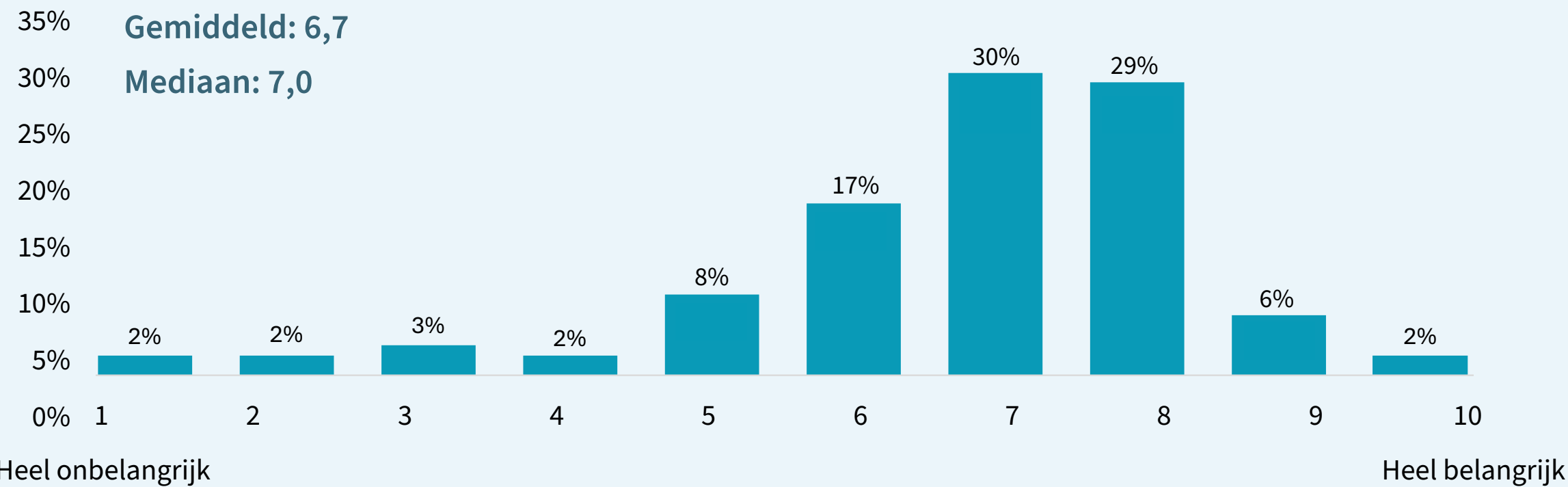
Zorgprofessionals die de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen niet gebruiken, geven als reden dat zij de standaard niet kennen, geen tijd hebben vanwege hoge werkdruk, er geen behoefte aan hebben, gebruikmaken van andere richtlijnen of protocollen of dat de zorgstandaard niet aansluit bij hun werkzaamheden of functie.

“We werken in principe zoveel mogelijk volgens de zorgstandaard, maar behandelaars moeten, waar nodig, gemotiveerd kunnen afwijken. Hier krijgen we vaak te maken met complexe problematiek en patiënten die elders al een behandeling hebben gehad. In zulke gevallen is herhaling van dezelfde aanpak niet zinvol.”

Positieve waardering van de zorgstandaard voor het bieden van goede zorg

Over het algemeen zijn de meeste zorgprofessionals positief over het gebruik van de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen om tot goede zorg te komen en waarderen het belang ervan met gemiddeld een 6,7 (zie Figuur 4). Wanneer specifiek wordt gekeken naar de waardering van psychologen (GZ-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en overige psychologen) is dit cijfer gemiddeld een 7,0. De zorgprofessionals die een lager cijfer geven, benoemen dat dit komt omdat ze de zorgstandaard weinig gebruiken. De zorgmanagers beoordelen het belang van de zorgstandaard gemiddeld met een 7,0 en de kwaliteit met een 7,9.

Figuur 4 - Hoe belangrijk is de zorgstandaard voor jou als zorgprofessional om tot goede zorg te komen? (n = 316)



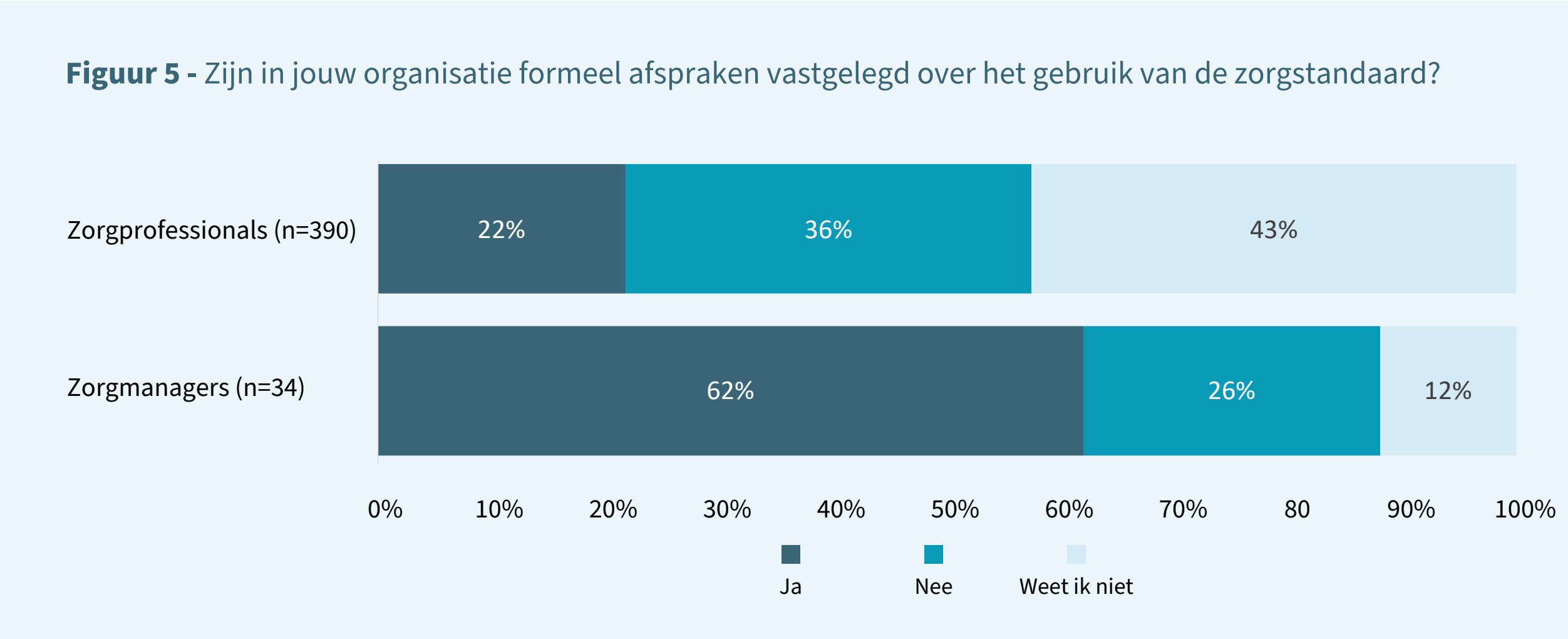
- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Verwachtingen en afspraken binnen organisaties over het gebruik van de zorgstandaard

Ongeveer twee derde van de zorgprofessionals (63%) geeft aan dat het bestuur of management van hun organisatie verwacht dat zij de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen gebruiken. Bij ongeveer twee op de tien zorgprofessionals zijn hier ook formele afspraken over vastgelegd (zie Figuur 5). Van de zorgmanagers geeft ongeveer twee derde aan dat er formele afspraken zijn vastgelegd over het gebruik van de zorgstandaard, bijvoorbeeld in beleidsplannen, werkplannen of zorgpaden.

Zorgmanagers hebben sturende rol bij implementatie zorgstandaard

Ongeveer twee derde van de zorgmanagers beschouwt zichzelf als zeer of enigszins sturend bij de implementatie van en het werken volgens de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Daarnaast monitort iets meer dan de helft of de kernaanbevelingen uit de zorgstandaard worden toegepast binnen de organisatie. Dit gebeurt



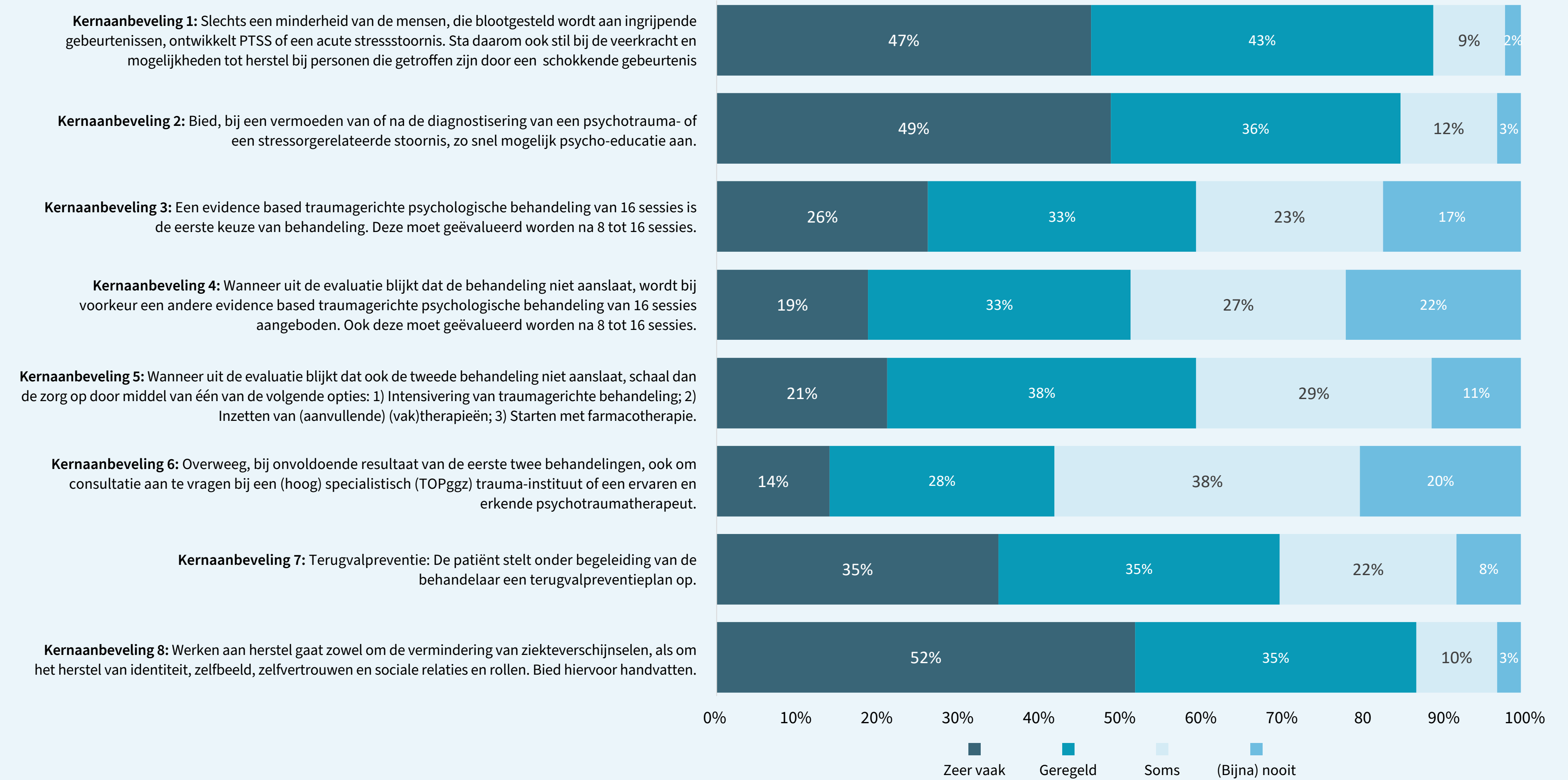
bijvoorbeeld via (multidisciplinaire) werkbijeenkomsten, individuele gesprekken met medewerkers, registraties in het patiëntendossier of het steekproefsgewijs doornemen van patiëntendossiers. Een veel genoemde reden om dit niet actief te monitoren is dat zorgprofessionals hierin zelf de lead hebben en zorgmanagers erop vertrouwen dat specialisten hun werk goed doen.

Toepassing kernaanbevelingen

Voor de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen zijn **8 kernaanbevelingen** geformuleerd.

Figuur 6 (zie volgende pagina) toont het gebruik van deze kernaanbevelingen door zorgprofessionals voor wie deze relevant zijn in het werk. Meer dan 70% van de zorgprofessionals geeft aan dat zij in de praktijk zeer vaak of geregeld volgens kernaanbevelingen 1, 2, 7 en 8 werken. Daarentegen worden kernaanbevelingen 3, 4, 5 en 6 relatief wat minder gebruikt (42-59%).

Figuur 6 - Mate waarin zorgprofessionals de kernaanbevelingen uit de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen toepassen

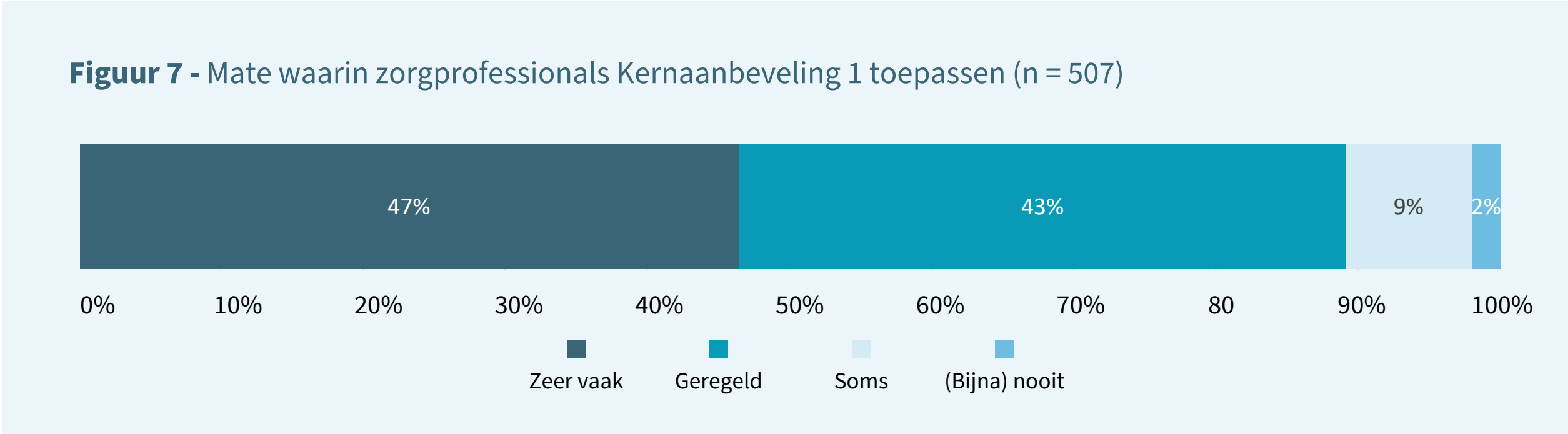


- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Kernaanbevelingen uitgelicht

Kernaanbeveling 1: Slechts een minderheid van de mensen, die blootgesteld wordt aan ingrijpende gebeurtenissen, ontwikkelt PTSS of een acute stressstoornis. Sta daarom ook stil bij de veerkracht en mogelijkheden tot herstel bij personen die getroffen zijn door een schokkende gebeurtenis.

Een overgrote meerderheid van de zorgprofessionals (90%) past deze kernaanbeveling zeer vaak of geregeld toe in hun werk (zie Figuur 7). Slechts een klein aantal zorgprofessionals werkt (bijna) nooit volgens deze aanbeveling. Een van de redenen die hiervoor genoemd wordt, is dat zij niet op de hoogte waren van het bestaan van deze kernaanbeveling.



Kernaanbeveling 2: Bied, bij een vermoeden van of na de diagnostisering van een psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis, zo snel mogelijk psycho-educatie aan.

Van de zorgprofessionals gebruikt 85% deze kernaanbeveling geregeld of zeer vaak in hun werk. Onder de zorgprofessionals die deze kernaanbeveling (bijna) nooit gebruikt, was de helft niet op de hoogte van het bestaan ervan. Enkele anderen meldden dat zij geen psycho-educatie geven omdat zij hun patiënten begeleiden met andere (herstelgerichte) methodieken of vaktherapieën.

Ervaringen van patiënten met informatieverstrekking
Een grote meerderheid van de patiënten vindt het belangrijk dat zij goed worden geïnformeerd over verschillende onderwerpen gerelateerd aan hun klachten en de behandeling. Figuur 8 (zie volgende pagina) geeft weer in hoeverre patiënten vinden dat hun behandelaar hen ook daadwerkelijk duidelijke uitleg heeft gegeven.

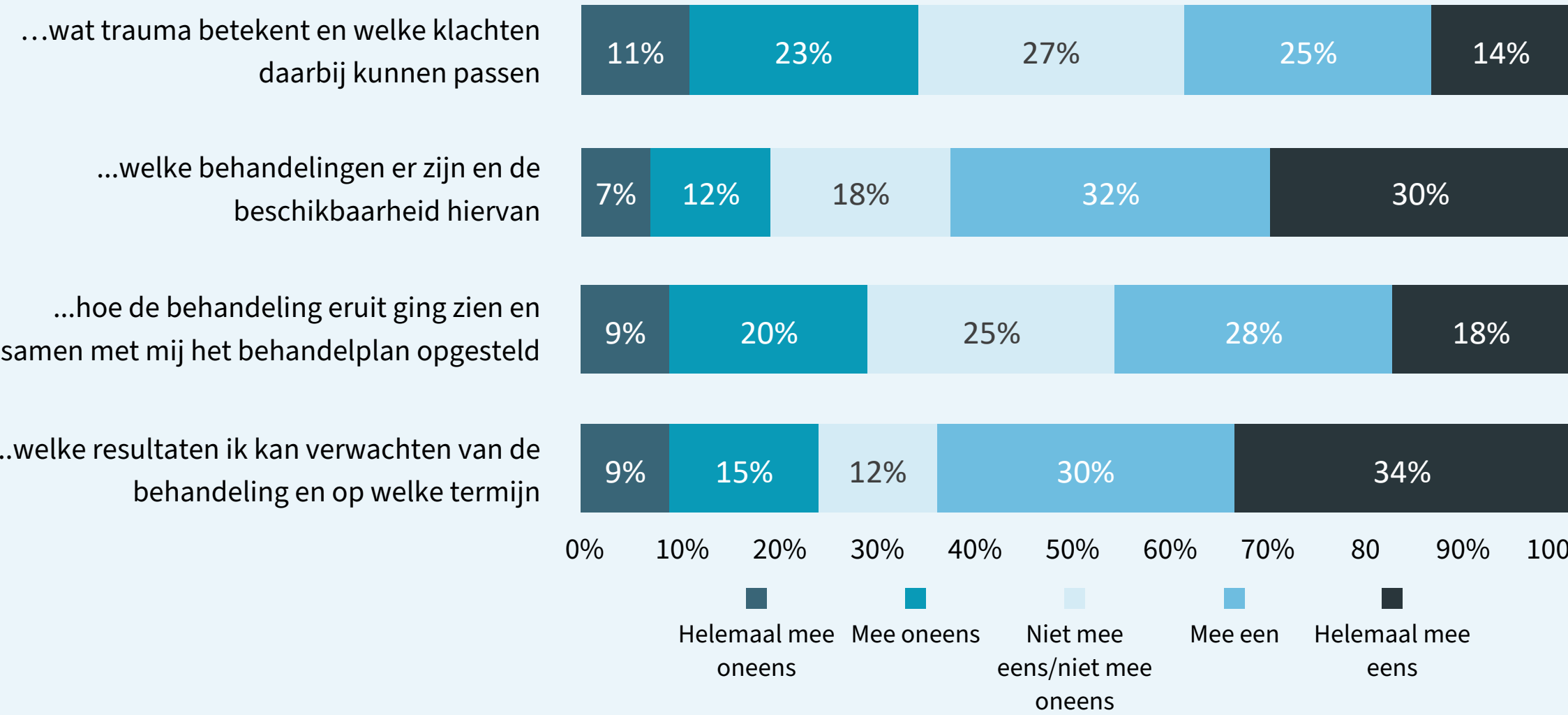
Kernaanbeveling 3: Een evidence based traumagerichte psychologische behandeling van maximaal 16 sessies is de eerste keuze van behandeling. Deze moet geëvalueerd worden na 8 tot 16 sessies.

Deze kernaanbeveling wordt door 59% van de zorgprofessionals in de praktijk geregeld of zeer vaak gebruikt (zie Figuur 9). Wanneer deze kernaanbeveling niet wordt opgevolgd betreft dit met name het evalueren van de behandeling na 8 tot 16 sessies. De belangrijkste redenen om dit niet te doen zijn:

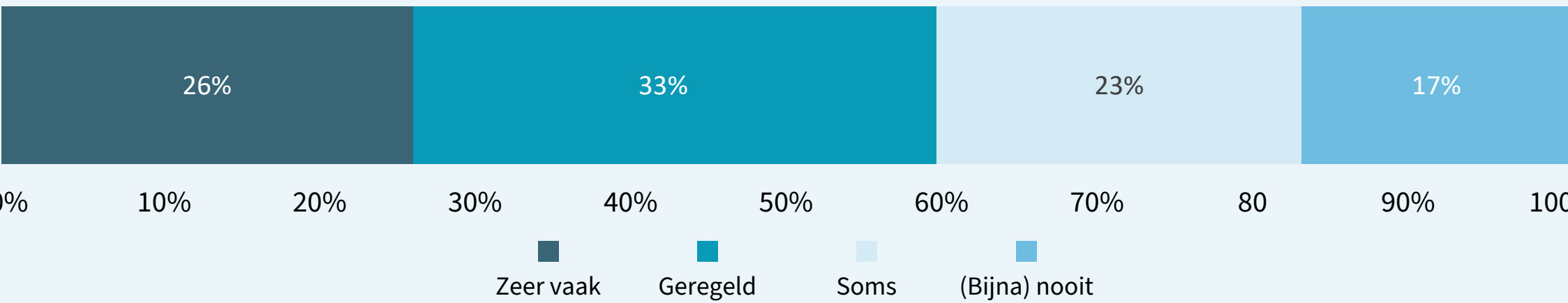
- Evaluatie vindt eerder plaats, bijvoorbeeld omdat de behandeling korter is (zoals bij EMDR) of al eerder duidelijk wordt dat de behandeling niet het gewenste effect heeft;
- Evaluatie vindt later plaats, bijvoorbeeld bij de behandeling van complexe of meervoudige trauma’s waarbij meer tijd nodig is.

Het aantal sessies wordt dus afgestemd op de individuele patiënt, en wordt niet als vaststaand beschouwd.

Figuur 8 - Ervaringen van patiënten met informatieverstrekking (n = 184); Mijn behandelaar heeft mij goed uitgelegd...



Figuur 9 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 3 toepassen (n = 366)

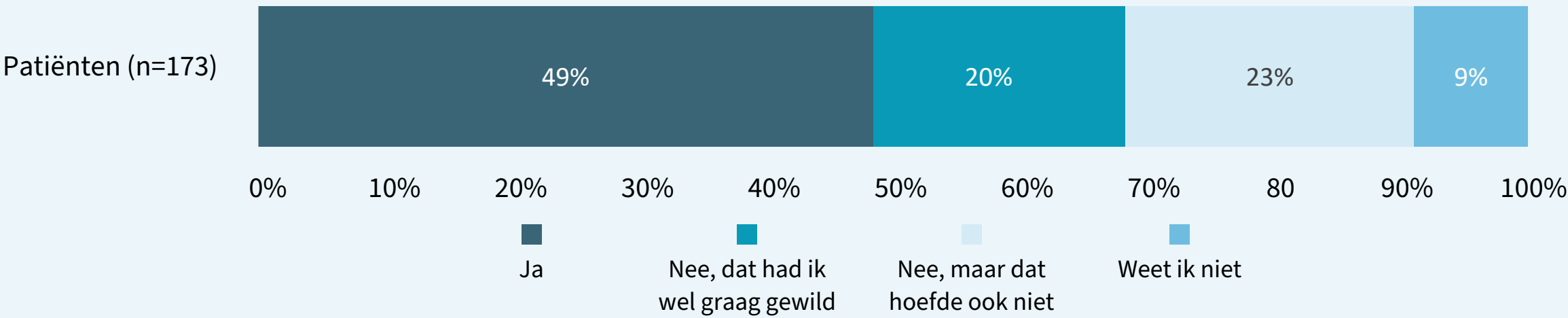


- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Ervaringen van patiënten met evalueren

Van de patiënten die in hun behandeling al 8 tot 16 sessies hebben gehad, geeft de helft aan dat er een evaluatie heeft plaatsgevonden over het verloop en de resultaten van de behandeling (zie Figuur 10). Twee op de tien patiënten geeft aan dat de behandeling niet is geëvalueerd, terwijl zij dit wel graag hadden gewild. Ongeveer een kwart geeft aan dat evaluatie niet nodig of niet mogelijk was.

Figuur 10 - Heeft jouw behandelaar samen met jou als patiënt na max. 16 sessies geëvalueerd hoe de behandeling gaat en wat de resultaten waren? (n = 173)



Aanvullende interviews

Uit de aanvullende interviews met 7 zorg-professionals blijkt dat de keuze voor een behandeling vaak afhankelijk is van wat er beschikbaar is én de voorkeur van de patiënt. In bijna alle gevallen gaat het om een evidence based behandeling. Sommige van deze zorgprofessionals zetten echter vraagtekens bij hoe grondig deze behandelingen wetenschappelijk zijn onderzocht. Ook wordt er opgemerkt dat het wetenschappelijk onderzoek soms achterloopt op nieuwe, veelbelovende behandelmethoden zoals Imaginaire Rescripting.

Wat betreft de evaluatie geven deze zorgprofessionals aan dat dit meestal aan het einde van iedere sessie informeel gebeurt. Dan wordt besproken hoe de sessie is verlopen, hoe de patiënt zich voelt, hoe het zit met de therapeutische behandelrelatie en of de behandeling nog de juiste koers volgt. Aanvullend wordt vaak formeel geëvalueerd om de zoveel sessies. Bij het beoordelen van de effectiviteit van een behandeling staan vooral de klachten van de patiënt centraal. Dit wordt beoordeeld middels een screeningsinstrument of vragenlijst (ROM) of betreft een zelfbeoordeling van de patiënt over de mate van klachten afname.

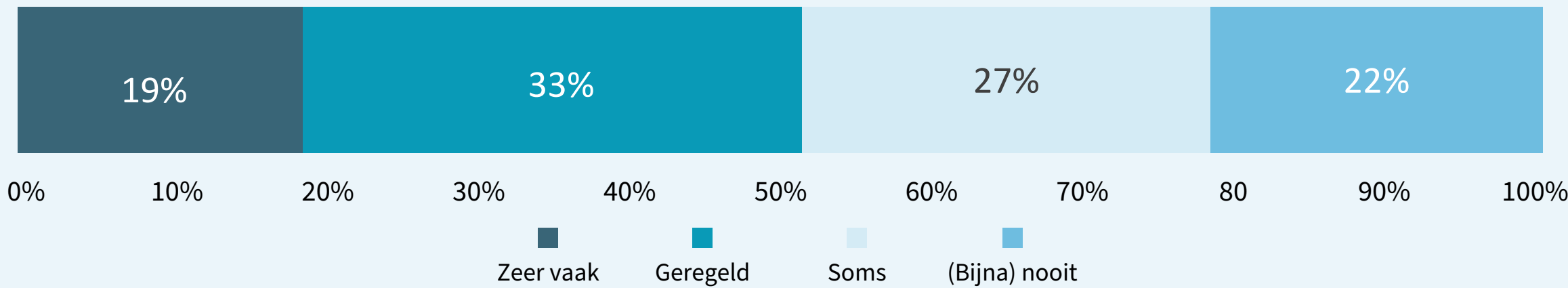
- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Kernaanbeveling 4: Wanneer uit de evaluatie blijkt dat de behandeling niet aanslaat, wordt bij voorkeur een andere evidence based traumagerichte psychologische behandeling van maximaal 16 sessies aangeboden. Ook deze moet geëvalueerd worden na 8 tot 16 sessies.

Deze kernaanbeveling ligt in het verlengde van Kernaanbeveling 3, en wordt door ongeveer de helft (52%) van de zorgprofessionals geregeld of zeer vaak gebruikt (zie Figuur 11). Als redenen om deze kernaanbeveling niet te gebruiken worden genoemd:

- De behandeling wordt eerder of juist later geëvalueerd dan aanbevolen;
- De eerste (evidence based) behandeling slaat in de meeste gevallen al goed aan;
- Zorgprofessionals bieden zelf geen alternatieve behandelingen aan en verwijzen daarvoor door naar een specialistische instelling.

Figuur 11 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 4 toepassen (n = 352)



- 1. Inleiding →
- 2. Samenvatting →
- 3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →
- 4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →
- 5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

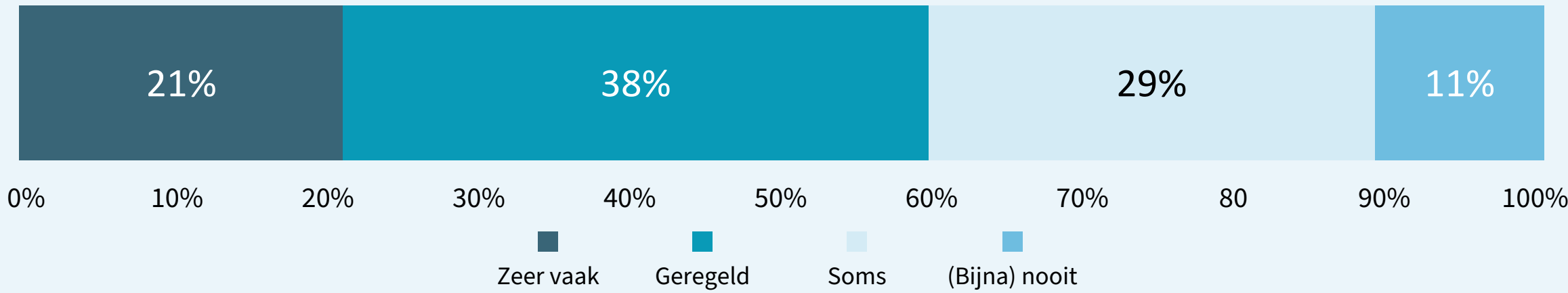
Kernaanbeveling 5: Wanneer uit de evaluatie blijkt dat ook de tweede behandeling niet aanslaat, schaal dan de zorg op door middel van één van de volgende opties:

- a. Intensivering van traumagerichte behandeling
- b. Inzetten van aanvullende (vak)therapieën
- c. Starten met farmacotherapie

Deze kernaanbeveling wordt door 59% van de zorgprofessionals opgevolgd in de praktijk (zie Figuur 12). Als redenen om dit niet te doen worden onder andere genoemd:

- Het komt zelden voor dat de (evidence based) behandeling niet aanslaat;
- Er is geen mogelijkheid om op te schalen met aanvullende (vak)therapie of farmacotherapie.

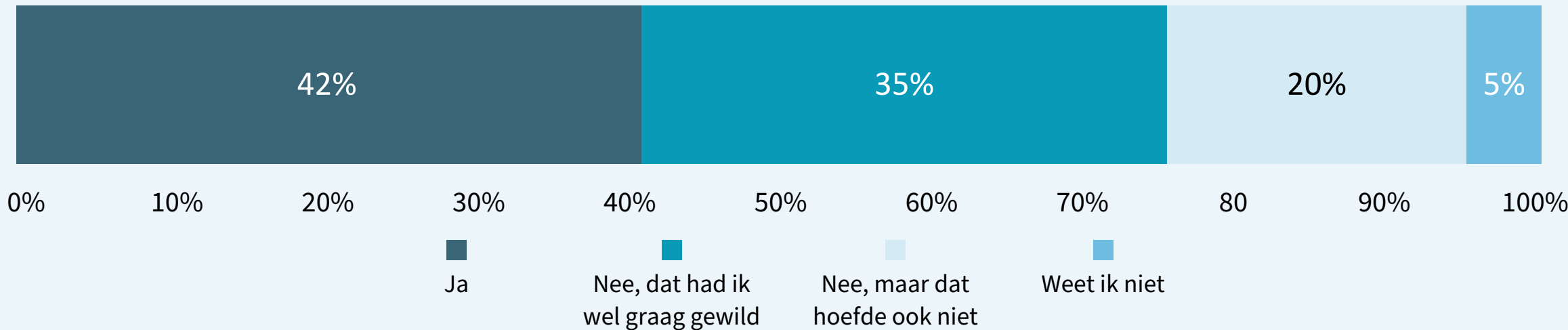
Figuur 12 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 5 toepassen (n = 359)



Ervaringen van patiënten met opschaling van zorg

94% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar de zorg intensiever maakt wanneer de behandeling niet helpt. Vier op de tien patiënten geeft aan dat hun zorg of behandeling daadwerkelijk werd geïntensiveerd wanneer de behandeling onvoldoende effectief bleek, of dat er werd overgestapt naar een andere behandeling (zie Figuur 13). Bij ongeveer een kwart van de patiënten gebeurde dit niet, terwijl zij zelf aangeven dat dit wel nodig was.

Figuur 13 - Indien de behandeling niet (genoeg) hielp, heeft jouw behandelaar jouw zorg/behandeling als patiënt intensiever gemaakt of is er overgestapt naar een andere behandeling? (n = 191)



Aanvullende interviews

In de aanvullende interviews met zeven zorg-professionals wordt aangegeven dat wanneer een behandeling onvoldoende effect heeft, meestal de frequentie van de sessies wordt verhoogd of dat er wordt doorverwezen. Aanvullende (vak) therapieën of farmacotherapie worden vaak al in een eerder stadium ingezet tijdens de behandeling, en worden dus niet per se gezien als opschalen. Farmacotherapie en vaktherapie zijn echter niet altijd of beperkt beschikbaar binnen de organisatie. In dergelijke gevallen worden patiënten vaak aangemoedigd om deze zorg elders te zoeken, bijvoorbeeld via de huisarts of een andere zorginstelling.

Een veelvoorkomend probleem dat deze zorgprofessionals ervaren, is de wachttijd wanneer patiënten worden doorverwezen. Dat roept de vraag op: Wat kun je als professional in de tussentijd doen? Dit wordt als een uitdagend aspect ervaren door deze zorgprofessionals.

Verder wordt het laten uitvoeren van aanvullende diagnostiek nog genoemd als optie wanneer ook de tweede behandeling niet aanslaat, om beter inzicht te krijgen in de situatie en om te beoordelen of de oorspronkelijke diagnose wel correct was.

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →

4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →

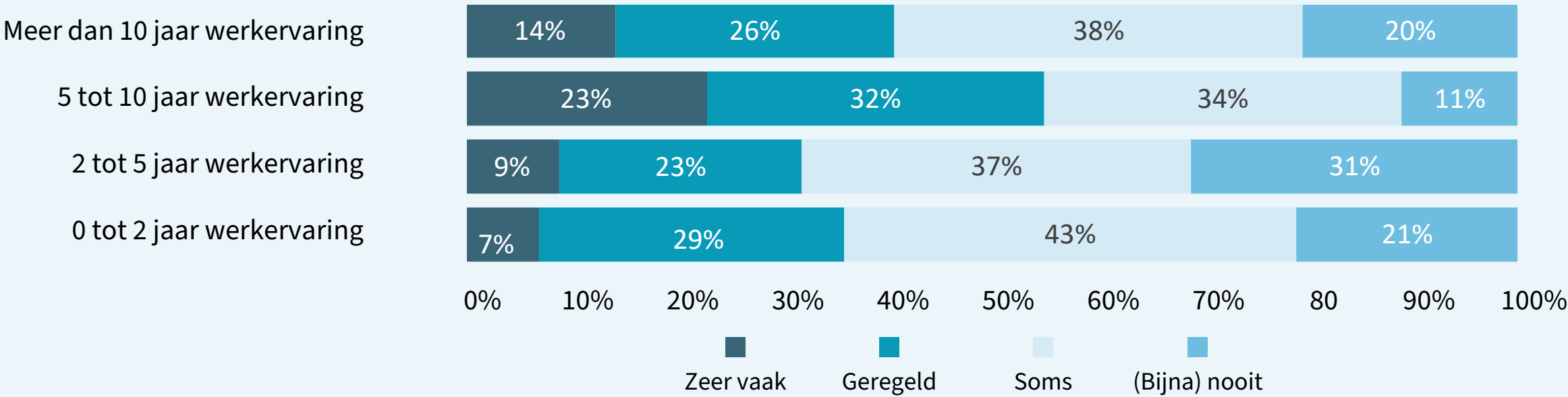
5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

Kernaanbeveling 6: Overweeg, bij onvoldoende resultaat van de eerste twee behandelingen, ook om consultatie aan te vragen bij een (hoog) specialistisch (TOPggz) trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatherapeut.

Deze kernaanbeveling wordt het minst gebruikt in de praktijk (zie Figuur 14), al varieert de mate van toepassing met het aantal jaren werkervaring in de GGZ; zorgprofessionals die 5 tot 10 jaar werkzaam zijn in de GGZ passen deze aanbeveling relatief het vaakst toe en zorgprofessional die 2 tot 5 jaar werkzaam zijn het minst.

- Als reden om deze kernaanbeveling niet toe te passen wordt onder andere genoemd:
- Onbekendheid met deze kernaanbeveling;
 - Patiënten worden doorverwezen naar een gespecialiseerd trauma-instituut in plaats van dat er consultatie wordt aangevraagd;
 - Onduidelijk hoe je een consult moet aanvragen;
 - Het komt niet voor omdat zichzelf of hun collega’s de specialisten zijn op dit gebied.

Figuur 14 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 6 toepassen, uitgesplitst naar jaren werkervaring (n = 380)



Aanvullende interviews

Uit de aanvullende interviews met zeven zorgprofessionals komt naar voren dat zij van mening zijn dat het in sommige gevallen heel waardevol kan zijn om te consulteren. Bijvoorbeeld in het geval dat je vastloopt in een behandeling of voor behandelaren met relatief weinig ervaring. Het wordt gezien als een mooie tussenstap voordat er wordt doorverwezen, omdat het handelingsperspectief biedt en voorkomt dat een patiënt onnodig lang op een wachtlijst staat.

Echter, in de praktijk zien zij beperkte mogelijkheden voor consultatie bij een (hoog) specialistisch (TOPggz) trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatherapeut. Het proces hiervoor is

ingewikkeld (bv. vanwege onduidelijkheid over de financiering), waardoor er zelden gebruik van wordt gemaakt. Deze zorgprofessionals vinden dat consultatie ook niet altijd extern plaats hoeft te vinden; vaak is er binnen de organisatie voldoende kennis en expertise aanwezig voor advies. Ook is intervisie hiervoor een goed alternatief.

Om deze kernaanbeveling in de praktijk beter uitvoerbaar te maken, zijn volgens deze zorgprofessionals nog stappen nodig, zoals het vereenvoudigen van de toegang tot dergelijke consultatie, afspraken over financiering en het verbeteren van de praktische haalbaarheid ervan.

Kernaanbeveling 7: Terugvalpreventie: De patiënt stelt onder begeleiding van de behandelaar een terugvalpreventieplan op.

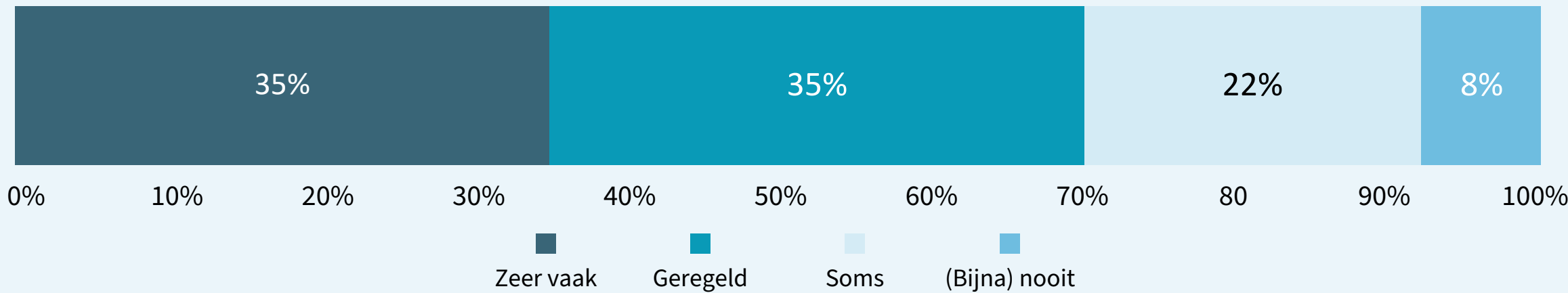
Deze kernaanbeveling wordt door 70% van de zorgprofessionals geregeld of zeer vaak opgevolgd (zie Figuur 15). Redenen om dit niet te doen zijn:

- Onbekendheid met deze kernaanbeveling of onzekerheid over hoe een terugvalpreventieplan moet worden opgesteld;
- Terugval wordt wel besproken met de patiënt, maar er wordt geen schriftelijk plan opgesteld;
- Enkelen hebben de overtuiging dat er na een goede behandeling geen terugval optreedt.

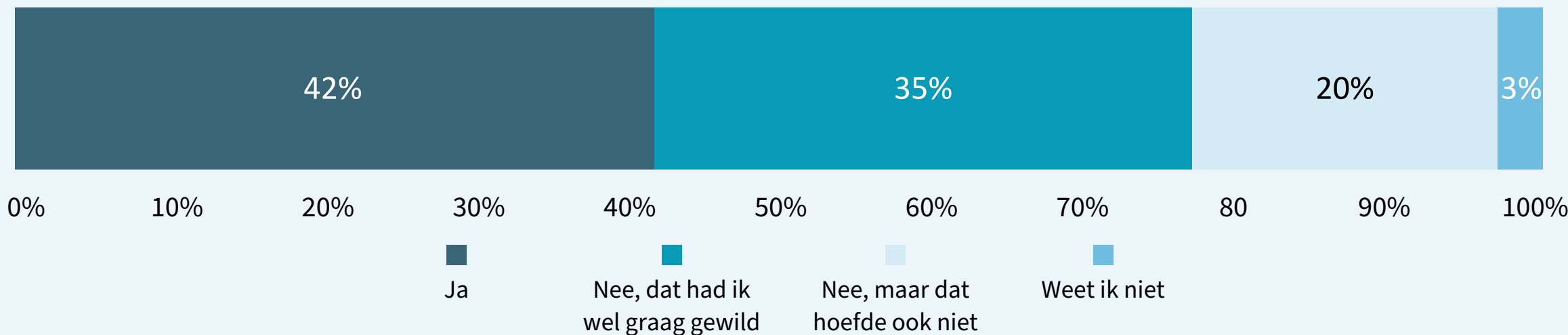
Ervaringen van patiënten met het terugvalpreventieplan

Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat hun behandelaar aandacht heeft voor het voorkomen van een terugval. Van de patiënten die de behandeling aan het afronden zijn of reeds hebben afgerond, geeft vier op de tien aan dat zij ook daadwerkelijk samen met hun behandelaar een terugvalpreventieplan hebben opgesteld (zie Figuur 16). De meeste van deze patiënten ervaren dit plan als behulpzaam bij hun herstel. Het plan biedt hen inzicht in wat ze kunnen doen of verwachten bij een terugval en geeft hen een gevoel van zekerheid, veiligheid en vertrouwen.

Figuur 15 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 7 toepassen (n = 340)



Figuur 16 - Heb je als patiënt samen met jouw behandelaar een plan opgesteld om terugval te voorkomen? (n = 89)



Echter, sommige patiënten geven aan dat zij praktische tips misten of dat het plan niet aansloot bij hun behoeften. Een derde van de patiënten heeft geen terugvalpreventieplan opgesteld met hun behandelaar, maar had dit wel graag gewild. Twee op de tien patiënten hoefde of kon geen plan opstellen.

Aanvullende interviews

Uit de aanvullende interviews met zeven zorgprofessionals blijkt dat de meesten het inhoudelijk eens zijn met de kernaanbeveling en geven aan deze meestal toe te passen in de praktijk. Dit gebeurt echter niet altijd in de vorm van een formeel, schriftelijk terugvalpreventieplan, maar wordt soms simpelweg in een sessie besproken. Of er een schriftelijk plan wordt opgesteld, hangt af van verschillende factoren, zoals de aard van de klachten (bv. enkelvoudig of meervoudig trauma), de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt, of de patiënt al eerder therapie heeft gehad en de inschatting van de behandelaar. Waar mogelijk worden de naasten van de patiënt betrokken bij het opstellen van het plan. Het plan omvat doorgaans aspecten zoals zelfzorg, sporten, sociale contacten en leefstijl.

Eén van de zorgprofessionals uitte twijfels over de effectiviteit van een formeel plan. Kijkt een patiënt hier nou echt naar als het niet goed gaat? Meerdere van deze zorgprofessionals geven aan dat zij patiënten altijd de mogelijkheid bieden om contact op te nemen als er problemen of klachten ontstaan. Om beter volgens deze kernaanbeveling te kunnen werken, geven de zorgprofessionals aan behoefte te hebben aan:

- Een specifiek format voor een terugvalpreventieplan gericht op trauma;
- Voorbeelden van teksten of alternatieve gedragingen die in zo'n plan kunnen worden opgenomen.

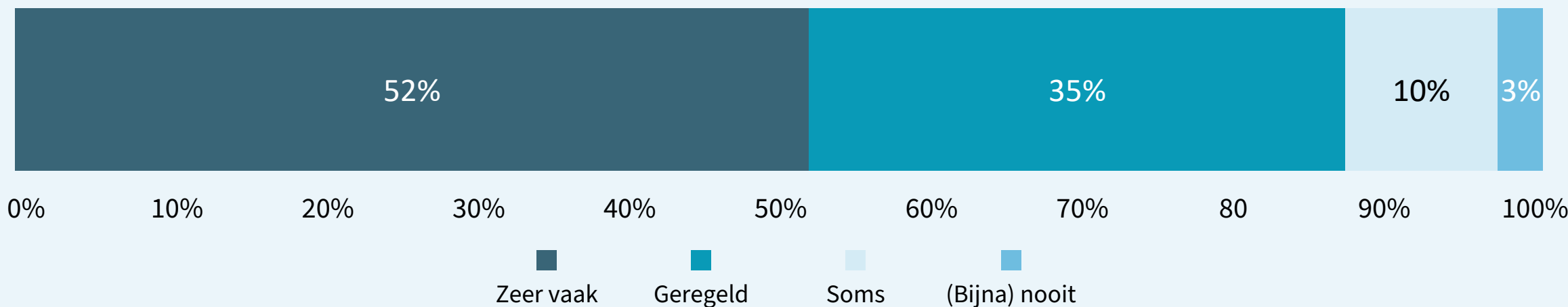
Kernaanbeveling 8: Werken aan herstel gaat zowel om de vermindering van ziekteverschijnselen, als om het herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen en sociale relaties en rollen. Bied hiervoor handvatten.

Een grote meerderheid van de zorgprofessionals (87%) past deze kernaanbeveling zeer vaak of geregeld toe in hun werk (zie Figuur 17). Slechts een klein aantal zorgprofessionals werkt (bijna) nooit volgens deze aanbeveling. Een van de redenen die hiervoor genoemd wordt, is dat zij niet op de hoogte waren van het bestaan van deze kernaanbeveling.

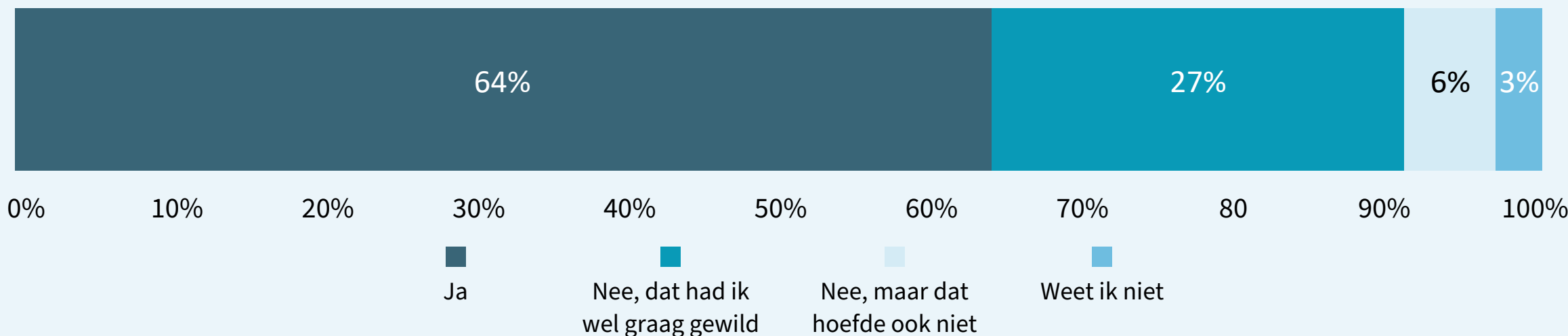
Ervaringen van patiënten met aandacht voor herstel op andere gebieden dan ziekteverschijnselen

Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat hun behandelaar ook aandacht heeft voor hun herstel op andere gebieden dan alleen ziektesymptomen, zoals zelfbeeld, zelfvertrouwen en sociale contacten met anderen. Twee derde van de patiënten geeft aan dat hun behandelaar ook daadwerkelijk aandacht heeft gehad voor deze andere gebieden (zie Figuur 18). Ongeveer een kwart geeft aan dat hier geen aandacht voor was, maar had dat wel graag gewild.

Figuur 17 - Mate waarin zorgprofessionals Kernaanbeveling 8 toepassen (n = 509)



Figuur 18 - Heeft jouw behandelaar ook aandacht (gehad) voor herstel als patiënt op andere gebieden dan ziekteverschijnselen? (n = 230)



Inhoudsopgave →

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. De behandeling van psychotrauma in de praktijk →

4. Het gebruik van de zorgstandaard in de praktijk →

5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk? →

← Vorige

Volgende →

Overige patiëntbehoeften en prioriteiten in de behandeling

Naast de kernaanbevelingen, is aan patiënten gevraagd hoe belangrijk zij een aantal andere onderwerpen vinden in hun behandeling. Dit betreft:

- **Samen beslissen:** Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat zij kunnen meebeslissen over welke behandeling ze krijgen. Zes op de tien patiënten geeft aan ook daadwerkelijk inspraak te hebben (gehad) in de behandeling. Een kwart van de patiënten geeft aan dat zij geen inspraak hadden, maar dat wel graag hadden gewild.
- **Betrekken van naasten:** De mogelijkheid om vrienden of familie bij de behandeling te betrekken, wordt door een derde van de patiënten als belangrijk ervaren. De helft van de patiënten geeft aan dat de behandelaar ook daadwerkelijk heeft gevraagd om naasten te betrekken bij de behandeling. Bij één op de tien patiënten is dit niet gevraagd, maar had de patiënt dit wel graag gewild.
- **Behandelrelatie:** Patiënten geven aan dat zij gelijkwaardigheid, vertrouwen, zich gehoord/serieus genomen voelen, klik met de behandelaar, respect, eigen regie, duidelijkheid, openheid, continuïteit en professionaliteit belangrijk vinden als zij in behandeling zijn.

De hulpmiddelen

Tabel 1 toont de vijf hulpmiddelen die horen bij de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen en het percentage zorgprofessionals dat er gebruik van maakt.

Tabel 1 - Gebruik hulpmiddelen door zorgprofessionals

Hulpmiddel	Percentage zorgprofessionals dat het gebruikt
Samenvattingskaart	35%
Werkkaarten (stroomschema PTSS en/of schematische weergave zorgstandaard)	31%
Webinars	25%
Keuzehulp professional	25%
Keuzehulp Samen beslissen bij PTSS	22%

Zorgprofessionals noemen een aantal (inhoudelijke) verbeteringen voor de hulpmiddelen:

- Eenvoudiger maken voor patiënten (minder tekst, eenvoudiger taalgebruik, filmpjes);
- Beter aansluiten bij diverse culturen en afkomst (bv. door illustraties aan te passen zodat ze ook mensen van kleur tonen);
- Vergroten van de vindbaarheid, toegankelijkheid en bekendheid van de hulpmiddelen (bv. via een app);
- Aanbieden van trainingen;
- Meer afstemming op specifieke zorgsettingen (bv. huisartsenpraktijken) en doelgroepen (bv. mensen met een licht verstandelijke beperking of kinderen).

Suggesties voor nieuwe hulpmiddelen zijn: materialen voor psycho-educatie, bijvoorbeeld filmpjes over (complexe) PTSS en behandelvormen en een leidraad voor wat je als zorgprofessional kan doen voor patiënten tijdens wachtlijstperioden.

5. Wat is nodig voor succesvol gebruik van de zorgstandaard in de praktijk?

Wat hebben zorgprofessionals nodig?

Om de zorgstandaard beter te kunnen gebruiken, wordt meer tijd om de zorgstandaarden te bestuderen het meeste genoemd (33% van de zorgprofessionals), gevolgd door training en opleiding (14%) en betere toegang tot de materialen (14%).

Wat hebben zorgmanagers nodig?

- Beknopte versies van de zorgstandaard;
- Praktische hulpmiddelen zoals een checklist, factsheet, flowchart, beslisboom, stappenplan, flyer of zakkaartjes;
- Meer tijd;
- Meer kennis.

Belemmeringen bij gebruik zorgstandaard

Ongeveer een kwart van de zorgmanagers heeft weleens signalen ontvangen van medewerkers over belemmeringen bij het gebruik van de zorgstandaard Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen. Uit aanvullende gesprekken met vijf zorgmanagers blijkt dat, door onderbezetting en gebrek aan tijd, er onvoldoende deskundige professionals beschikbaar zijn voor intervisie. Daarnaast hebben zorgprofessionals de zorgstandaard niet altijd direct bij de hand of is deze niet top of mind.