

# Bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie van verbeterafspraken traumagerichte behandeling bij PTSS

Ten behoeve van de implementatiefase van de zinnige zorg projecten PTSS en Psychose heeft het Zorginstituut de factoren in beeld gebracht die bepalend zijn voor het slagen van de implementatie van verbeterafspraken.

Het doel van dit overzicht is factoren aan te dragen die onderdeel kunnen vormen van Plannen van Aanpak die zijn voorzien om de verbeterafspraken te realiseren.

Er zijn drie bronnen gebruikt om dergelijke verklarende factoren te vinden. De nationale en de internationale wetenschappelijke literatuur en *expert opinions* over implementatie van verbeteracties in de GGZ. De *expert opinions* zijn verzameld in gesprekken met deskundigen en op basis van de reacties naar aanleiding van de bestuurlijke consultatie van de concept rapporten<sup>1</sup>. De factoren bevatten zowel bevorderende als belemmerende factoren. Ze zijn onderverdeeld in factoren op het gebied van de cliënt, de therapeut, het team, de organisatie en het systeem.

Hierna worden de factoren gepresenteerd relevant voor de implementatie van traumagerichte behandeling bij PTSS.

---

<sup>1</sup> [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement)

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
<b>Cliënt</b>	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbiditeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbiditeit, waaronder middelengebruik en suïcidaliteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten moeten het willen. Mensen haken ook vaak af in verband met andere problemen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst om overweldigd te worden door emoties / angst, boosheid en/of verdriet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumagerelateerd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermijding van traumagerelateerde gedachten, gevoelens en (reminders aan) herinneringen</li> <li>- Niet emotioneel klaar zijn om aan behandeling te beginnen (angst voor wat praten teweeg brengt)</li> <li>- Symptomen van PTSS-dysforie, zoals emotionele verdoving, interpersoonlijke onthechting</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaamte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumagerelateerd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermijding van traumagerelateerde gedachten, gevoelens en (reminders aan) herinneringen</li> <li>- Niet emotioneel klaar zijn om aan behandeling te beginnen (angst voor wat praten teweeg brengt)</li> <li>- Symptomen van PTSS-dysforie, zoals emotionele verdoving, interpersoonlijke onthechting</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapietrouw / voorkeur van de cliënt voor een behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermijden van traumabehandeling</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgen en angsten ten aanzien van behandeling:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weinig hoop ten aanzien van behandelingsucces</li> <li>- Sceptis ten aanzien van de rationaliteit van de behandeling</li> <li>- Het idee dat de behandeling niet effectief, schadelijk, niet nuttig en alleen voor extreme problemen is</li> <li>- Het idee dat behandeling verlies van controle of autonomie zou inhouden</li> <li>- Zelfstigma / stigmatiserende labels verbonden aan behandeling: het idee dat behandeling iets is voor mensen die "zwak", "gek" of "incompetent" zijn / "gek", "gevaarlijk", "gewelddadig" zijn</li> <li>- Angst voor de reactie van de therapeut op het traumaverhaal en twijfels of ze zelf een traumagerichte behandeling zouden aankunnen</li> <li>- Vrees om als zwak gezien te worden</li> <li>- Angst voor consequenties gerelateerd aan arbeidsmogelijkheden</li> <li>- Angst voor beperkte keuzevrijheid van behandeling: met name bang voor medicatie i.p.v. gespreksbehandeling en groepstherapie i.p.v. individuele therapie</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling is een hoog-risico behandeling</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitieve stoornissen van de cliënt</li> <li>• Taalproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steun / bereikbaarheid therapeut / team</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omgevingsfactoren: ontmoediging vanuit de sociale omgeving om hulp te zoeken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinig sociale steun</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zich uit de maatschappij teruggetrokken hebben</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trots zijn op zelfstandigheid en zelfredzaamheid</li> </ul>	

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focus op anderen of op werk</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatie- of werkstress</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatieve ervaringen met de GGZ of juist geen toegang tot zorg</li> </ul>	
<b>Clïënt</b>	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumagerelateerd : <ul style="list-style-type: none"> <li>- De diagnose PTSS krijgen (acceptatie en erkenning van de problematiek)</li> <li>- Ernst van de symptomen, die het functioneren en/of sociaal functioneren in de weg staan of een crisis veroorzaken</li> <li>- Het gevoel niets meer te verliezen hebben</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergroten van kennis t.a.v. behandelmogelijkheden en samen beslissen</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerdere goede ervaringen met GGZ behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact met lotgenoten kan behulpzaam zijn</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis hebben van en geloven in de rationale van traumagerichte behandeling</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weten dat behandeling beschikbaar en effectief is (door ervaringen van anderen te horen of effecten bij anderen te zien)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivatie en behoefte: behoefte aan behandeling, voorkeur voor desbetreffende behandelaanpak, motivatie om zich in te zetten, het leven willen beteren / beter willen bijdragen aan de thuissituatie</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelf kunnen kiezen met welke behandeling je start</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegang tot een ondersteunend netwerk / sociale steun, met name van partner en familieleden, vrienden of werk</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van de therapeutische relatie</li> </ul>	

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overwonnen schaamte en stigma</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen werk hebben</li> </ul>	
Therapeut	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende kennis en vaardigheden: Behandelaren hebben onvoldoende kennis over de effectiviteit van de verschillende interventies (imaginaire exposure, EMDR, psychofarmaca etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan kennis en vaardigheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebrek aan kennis over wetenschappelijk onderbouwde interventies</li> <li>- Niet lezen van wetenschappelijke artikelen</li> <li>- Gebrek aan kennis over PTSS, zorg bij PTSS, aanbevolen psychotherapieën, en de aard en behandeling van psychische problematiek</li> <li>- Gebrek aan kennis m.b.t. oorzaken van PTSS, zoals seksueel trauma</li> <li>- Onervarenheid met het type trauma</li> <li>- Gebrek aan training in evidence-based interventies voor trauma</li> <li>- Minder jaren ervaring (in het algemeen)</li> <li>- Onbekend met innovatieve interventies en meer laten leiden door eigen klinische ervaring dan bevindingen uit onderzoek</li> <li>- Onzekerheid over hoe een trauma moet worden herkend of wanneer de exposure op de juiste manier moet worden gebruikt / gebrek aan vertrouwen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professional kan zich te incompetent voelen</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (IE en EMDR) Contra-indicaties zien m.b.t.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische comorbiditeit (een psychotische stoornis, een dissociatieve stoornis, borderline stoornis, middelen-afhankelijkheid en een ernstige depressie)</li> <li>- Problemen (psychotische kwetsbaarheid, een recente suïcidepoging, en recente automutilatie)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezorgdheid over het opnieuw traumatiseren van cliënten, of cliënten die als gevolg van de interventie decompenseren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet herkennen van PTSS (zowel losstaand van als bij comorbide problematiek)</li> </ul>
	<p>Misvattingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst voor verslechtering van symptomen van PTSS of comorbide problematiek</li> <li>- Het idee dat exposurebehandeling emotioneel te belastend zou zijn voor de cliënt</li> <li>- Het idee dat exposure als behandeling vooral geschikt is voor PTSS patiënten met type I trauma, zoals een auto-ongeluk of een eenmalige verkrachting</li> <li>- Het idee dat traumabehandeling geven moeilijk is en een grondige training vereist</li> <li>- Het idee dat het beter is om uit te stellen vanwege stressvolle omstandigheden</li> <li>- Het idee dat patiënten geen exposure behandeling willen</li> <li>- Het idee dat het geven van exposure behandeling leidt tot secundaire traumatisering</li> <li>- Angst voor decompensatie als gevolg van behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het idee dat geprotocolleerde behandelingen 'rigide' zijn en ten koste gaan van een goede therapeutische relatie.</li> <li>• Professionals kunnen bepaalde patiënten uitsluiten. Cliëntkenmerken die het meest waarschijnlijk resulteerden in uitsluiting van traumagerichte therapie zijn comorbide psychose, emotionele kwetsbaarheid en terughoudendheid om deel te nemen aan behandeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekort aan getrainde trauma-/PTSS behandelaren</li> <li>• Te weinig PTSS behandeling in opleiding van GZ-psycholoog</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat het geven van exposure behandeling leidt tot secundaire traumatisering / vrezen voor secundaire traumatisering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angst voor complicaties als gevolg van behandeling, c.q. verergering van symptomen of problemen tijdens therapie, zoals suïcidaliteit, middelenmisbruik of drop-out</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moeite met het volgen van het protocol</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(IE) Behandelaren vrezen dat de PTSS-klachten van de cliënt zullen verergeren als gevolg van de (exposure)behandeling.</li> <li>Het idee dat door de (exposure)behandeling de co-morbide klachten, zoals depressie, dissociatieve stoornissen, angststoornissen en verslavingsproblematiek, zullen verergeren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het 'gevoel' dat het aantal jaren klinische ervaring even zwaar weegt als onderzoek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Therapist-drift (algemeen fenomeen dat bewezen behandelingen niet worden ingezet) is hoog.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Andere prioriteiten binnen de behandeling: prioriteit geven aan de actuele behoeften van cliënten, indien er andere behoeften of crises aanwezig zijn.</li> </ul>	<p>Samen beslissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keuzes in behandeling worden niet altijd voorgelegd.</li> <li>Overschatting van de mate waarin shared decision making wordt toegepast. De timing is ook van belang, want in het begin van een zorgtraject zijn de meeste cliënten nog onvoldoende geïnformeerd of hebben ze nog geen ideeën over concrete behandeldoelen en hun voorkeur voor een behandeling.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat cliënten geen exposure behandeling willen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emotionele last van werken met trauma's, of burn-out van de behandelaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vermijden van traumabehandeling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(IE) Angst voor een hoger risico op uitval</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wanneer een innovatieve interventies te veel afwijkt van de gebruikelijke manier van therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Te snel denken "Dit werkt niet bij jou"</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comorbide middelenafhankelijkheid (MA): Voorkeur voor behandeling van PTSS ná behandeling MA (sequentieel) i.p.v. tegelijkertijd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat non-specifieke effecten van de therapeut (o.a. de therapeutische relatie) belangrijker zijn m.b.t. de uitkomst van behandeling dan de methodologie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen bussinessgevoel / richtlijn conform werken</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comorbide middelenafhankelijkheid (MA): Het idee dat farmacotherapie de aangewezen behandeling is voor PTSS bij MA. Of een psychologische behandeling die op het heden gericht is, in plaats van traumagerichte therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat cliënten minder profiteert van een geprotocolleerde behandeling dan van een flexibele, op maat gemaakte behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebrek aan psycho-educatie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comorbide middelenafhankelijkheid (MA): Negatieve verwachtingen t.a.v. traumagerichte therapie (deze zou een versterking van PTSS symptomen geven die de MA versterken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misvattingen over de generaliseerbaarheid van de bevindingen van RCT's: <ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat een evidence-based interventie alleen toepasbaar is op een persoon die voldoet aan de criteria van één primaire diagnose (cq zonder comorbide problematiek), vanwege strikte inclusie- en exclusiecriteria van de studie(s)</li> <li>Het idee dat geprotocolleerde behandelingen niet tegemoetkomen in de complexiteit van cliënten</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumagerichte psychologische behandeling zien als een hoog risico behandeling</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Het idee dat een handleiding/protocol het therapeutische proces minder menselijk maakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet alle cliënten worden serieus genomen: er wordt over hen beslist</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebrek aan tijd om behandeling te geven / te grote caseload</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedrag: onbeleefd, onvriendelijk, ongevoelig, ongeorganiseerd zijn, cliënten opjagen, onverschilligheid en onbetrouwbaarheid.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Concurrerende verantwoordelijkheden.</li> </ul>	

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychodynamische / humanistische oriëntatie</li> </ul>	
<b>Therapeut</b>	<b>Bevorderende factoren</b>	<b>Bevorderende factoren</b>	<b>Bevorderende factoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enige of veel ervaring met IE en EMDR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanvullende training hebben ontvangen, of belangstelling hebben getoond voor aanvullende training</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beter leren herkennen/ diagnostiek zowel PTSS 'alleen' als bij comorbide zorgvragen.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Intensieve) training van behandelaren in IE en EMDR leidt tot minder contra-indicaties m.b.t. de toepassing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kennis hebben van evidence-based interventies en voortdurende professionele ontwikkeling belangrijk vinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beter informeren van cliënten/ verwijzers over diagnostiek en behandeling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geloven in werkzaamheid en rationale van IE, met eventueel ervaring in de rol van cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positief staan ten aanzien van de behandelprotocollen en geloven in de behandeling</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatie om nieuwe vaardigheden te leren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskundigheid, informatie kunnen geven over behandelprocessen en – methoden, en kennis van de sociale kaart om mensen met PTSS op de goede plek te krijgen</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfvertrouwen van de zorgverlener</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Veel klinische ervaring</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Persoonlijke ervaring hebben met de effectiviteit van de behandeling.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Extra ondersteuning en supervisie ontvangen</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Consistentie benadering en eigen klinische stijl</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Jong / minder jaren ervaring hebben</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kunnen luisteren, en empathisch en betrouwbaar zijn</li> </ul>	
<b>Team</b>	<b>Belemmerende factoren</b>	<b>Belemmerende factoren</b>	<b>Belemmerende factoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Te weinig afstemming en samenwerking.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebrek aan supervisie(mogelijkheden)</li> </ul>	

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
<b>Team</b>	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training en supervisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrokken teamleiders die medewerkers aanmoedigen om evidence based interventies toe te passen</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enthousiaste en gemotiveerde teamleden</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervisie ter preventie van secundaire traumatisering</li> </ul>		
<b>Organisatie</b>	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structurele factoren: onvoldoende psychotherapeutische capaciteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan (financiële) middelen en tijd om behandelaars op te leiden in evidence based interventies en om supervisie te geven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleid/visie van instelling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekort aan personeel kan het team niet zelf oplossen (vraagt om maatregelen van het hogere management)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan ondersteuning of flexibiliteit binnen de organisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten kunnen vaak niet kiezen tussen verschillende evidence-based behandelingen omdat behandelaars alleen maar EMDR kunnen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Te weinig tijd voor vernieuwing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan tijd voor implementatie in de behandelsetting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebrek aan (goed opgeleide) behandelaren</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Te weinig tijd voor het opleiden van medewerkers</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Middelenafhankelijkheid: Richtlijnen van middelenmisbruik zijn onbekend, waardoor onbekend is hoe te handelen in geval van comorbide problematiek (zoals PTSS)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende organisatie van zorgprocessen, waardoor de beschikbare capaciteit niet efficiënt wordt ingezet</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie 'gap'</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontbreken van ondersteuning</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baas kijkt niet mee met wat je registreert</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beschikbare tijd om veranderingen door te voeren naast het gewone werk en de toenemende productiedruk</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Therapeuten worden eenzijdig opgeleid (bijvoorbeeld alleen in EMDR).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoldoende samenwerking</li> </ul>		
Organisatie	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Middelenafhankelijkheid: Voor het gelijktijdig behandelen is een speciale dubbele diagnose opname afdeling nodig. Of, in ambulante settings, toegang tot noodopnames</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tijd en middelen geven aan opgeleide behandelaren om de interventies daadwerkelijk te kunnen implementeren. Bijv. ondersteuning geven bij het opnemen van de aanpak / interventie in het rooster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mensen in de verslavingszorg opleiden in traumabehandeling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Middelenafhankelijkheid: Een duidelijk behandelbeleid vanuit de instelling, duidelijke behandelrichtlijnen of -protocollen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Goede toegang tot hoogwaardige training, ondersteuning en supervisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ter overbrugging van wachttijden: psycho-educatie, wat laagdrempelig en gemakkelijk te begrijpen is</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Middelenafhankelijkheid: Voldoende expertise, tijd en middelen/geld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toegang tot middelen, inclusief administratie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergroten motivatie voor registratie</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sterk leiderschap en managementondersteuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lange termijn visie</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandelprotocol beschikbaar stellen voor een redelijke prijs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meer professionals in medische staf / RvB</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Samenwerken in onderzoek (met andere instellingen)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Disseminatie behandelaren</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
<b>Systeem</b>	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kloof tussen theorie en praktijk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegang tot zorg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten van behandeling en financiële mogelijkheden</li> <li>- Behandeling bemoeilijkt door werktijden</li> <li>- Verzekering en dekking</li> <li>- Wachttijden in de zorg</li> <li>- Logistiek proces (locatie van de zorg en openingstijden, geen verwijzing krijgen)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De bekostigingssystematiek zit co-morbide behandeling van PTSS in de weg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parallele DBC's mogen niet in dezelfde diagnosehoofdgroep vallen.</li> <li>- Als een cliënt bijvoorbeeld in behandeling is bij een afdeling persoonlijkheidsstoornissen is het om administratieve redenen lastig om een behandelaar van een trauma-afdeling in te vliegen voor de behandeling van de co-morbide PTSS</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementatie richtlijnen: te korte projectduur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op het niveau van de interventie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebruik van interventie-componenten in de handleiding te star en voorkeur voor geïndividualiseerde aanpak</li> <li>- Moeite met het aanpassen van behandelinterventie voor een groepsgerichte aanpak</li> <li>- Op evidentie gebaseerde interventie is niet generaliseerbaar naar de doelgroep en negeert individuele / sociale / culturele behoeften</li> <li>- Inflexibele behandelduur</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het komt vaak voor dat er een bepaalde diagnose is gesteld, maar dat er in de instelling niet de passende behandeling wordt geboden en patiënt dan opnieuw verwezen wordt naar een andere instelling.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wet- en regelgeving: bij de DBC regelgeving levert meer uren psychotherapie niet meer op vanwege tijdgrenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociaal-culturele omgeving: ontmoediging vanuit de sociale omgeving om hulp te zoeken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complexe problematiek staat onvoldoende beschreven in richtlijnen en standaarden</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medische zorgbehoeften en ziektelast: Slechte zorg voor lichamelijke zorgbehoeften zorgde ook voor minder vertrouwen in GGZ zorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten zien door de bomen het bos niet meer in het aantal instellingen en behandelingen.</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende onderzoek naar welke behandelingen het meest effectief zijn voor welke personen, o.a. welke cliënten profiteren van een kortdurende / laag intensieve behandeling en welke cliënten profiteren van een langer durende / hoog intensieve behandeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergoeding voor o.a. supervisie is te laag</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afbouw specifieke trauma-afdelingen</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezuinigingen en transities</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lange wachtlijsten, vooral voor specialistische GGZ</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzekering/tarieven: Te lage vergoeding voor hoog risicobehandeling</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onenigheid in "traumaland"</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen overeenstemming met betrekking tot handelen bij CPTSS</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versnippering in het veld door zorgpaden</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• De contractering van ggz-zorg op basis van gemiddelde prijs maakt het voor zorgaanbieders onaantrekkelijk om veel te investeren in patiëntgroepen met een relatief zware zorgvraag, zoals patiënten met psychose of complexe PTSS.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsen: Onvoldoende specifiek doorverwijzen waardoor er veel kosten worden gemaakt ten de kans op verslechtering van kwaliteit van leven toeneemt.</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
<b>Systeem</b>	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren	Bevorderende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij de opleidingen stilstaan bij misvattingen die therapeuten hebben over exposure en het toepassen van behandelprotocollen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op het niveau van de interventie: <ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijnflexibiliteit bij aanpak en gebruik van verschillende modules</li> <li>Robuuste onderzoeksbasis en theoretische diepte</li> <li>Mogelijkheid om de aanpak aan te passen aan de individuele behoeften van de klant</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samenwerking tussen centra (bijv. persoonlijkheidsstoornissen en trauma)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Medische zorgbehoeften en ziektelast <ul style="list-style-type: none"> <li>Aanwezige lichamelijk comorbiditeit vergroot de behoefte aan PTSS zorg</li> <li>Lichamelijke problematiek geeft eerder toegang tot psychologische PTSS zorg</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimaliseren cliënteninformatie</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Toegang: <ul style="list-style-type: none"> <li>Basisverzekering dekt behandeling</li> <li>Korte wachttijden</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meer geld, meer opleidingsplaatsen</li> <li>Meer opleidingsplaatsen waarin thematiek behandeling PTSS vanuit meerdere perspectieven wordt gedoceerd</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gezondheidszorg systeem: <ul style="list-style-type: none"> <li>Verminderen van stigma</li> <li>Verbeteren van de toegang tot zorg en</li> <li>Het bevorderen van de PTSS-herkenning</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplossen scholenstrijd (CPTSS): fasegericht versus direct trauma behandelen</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Onderzoek naar indicatiecriteria (intensiteit behandeling), t.b.v. het personaliseren van de indicatie voor behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meer onderzoek naar behandelen CPTSS, zodat de evidence toeneemt</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Meer bekendheid geven aan oorzaken trauma en mogelijkheden van (effectieve) behandeling</li> </ul>

Factoren	Nationale literatuur	Internationale literatuur	Expert opinion
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer onderzoek met name ook naar implementatie van effectieve behandelingen</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer "transdiagnostisch denken"</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer onderzoek van gemengde groepen</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer dialoog/samenwerking (op onderzoek en cliëntenzorg)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer afdelingen waar comorbiditeit wordt behandeld</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgverzekeraars: bijv. hogere tarieven vergoeden, zodat de extra inzet van professionals ook gefinancierd kan worden</li> </ul>