

Aanpassen en oppassen

Door Joanne Mouthaan

Ik zet het vuur op pruttelstand en loop nog één keer door het recept. Oma's recept voor een verjaardagsgerecht, iets dat we normaal in tienvoud klaarmaken, en nu in hoeveelheid een beetje schraal lijkt. Toch voelt het inmiddels al stukken meer vanzelfsprekend dan een paar weken geleden: ook dit, het koken van een verjaardagsmaaltje, nu niet voor veertig, maar voor vier, ontspringt niet de dans van aanpassing. Dagelijkse routines en beslommingen die voorheen nauwelijks extra hersencapaciteit innamen, hebben we - met z'n allen - moeten aanpassen. Boodschappen doen, vergaderen, onderwijs volgen en geven: met z'n zeventien miljoenen hebben we 'de klus geklaard' en - de ene keer succesvoller dan de andere - in aangepaste vorm voortgezet.

Zo ook in ons psychotrauma-werkveld, waar online hulpverlening en beeldbellen en masse werden omarmd, en e-health daarmee een boost van jewelste kreeg. En hoewel ook ik snak naar onbezorgde tijden, kunnen gaan en staan waar ik wil, zonder angst voor besmetting, heb ik ook best een hoopvol gevoel gekregen van die creativiteit, flexibiliteit, ja, eigenlijk het aanpassingsvermogen van onze beroepsgroep. Niet in de minste plaats binnen de NtVP. Want hoe graag ik hier verslag had willen doen van het jaarcongres op onze vaste plek Lunteren, ik kan inmiddels met trots zeggen dat we een geaccrediteerd drieluik aan



webinars hebben gegeven over gepaste nazorg voor psychotrauma en rouw in de COVID19-periode. De volgende webinars met keynote sprekers van het jaarcongres staan al in de steigers voor het najaar. Met vol vertrouwen organiseren we bovendien een nieuw jaarcongres in 2021, waar we elkaar hopelijk weer in levenden lijve kunnen begroeten. Als ik Charles Darwin mag parafaseren: wie zich aanpast, blijft. Maar blijft ook de kwaliteit? Want net als bij oma's recept, kan het veranderen van de kookwijze de rendang anders doen smaken. Hoe weten we of traumagerichte behandeling via beeldbellen even effectief is als in de behandelkamer? Naast aanpassen dus ook oppassen. Hoe we kwaliteitszorg op het gebied van preventie en behandeling kunnen bewaken, leest u daarom in dit katern.

Voor meer informatie over o.a. het Drieluik webinars "Nazorg voor psychotrauma- en rouwgerelateerde problematiek in de COVID19-crisis", zie NtVP.nl.

Over NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.



COLOFON

Dit katern wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma.

Redactie: Joanne Mouthaan
Contact: info@NtVP.nl
© NtVP 2020

OVER PREVENTIE, ACUTE OPVANG EN HET BELANG VAN KWALITEITSBEWAKING

In gesprek met Bestuurslid Rianneke van der Gaag

Het ondersteunen van mensen die ingrijpende ervaringen hebben meegemaakt vereist specifieke kennis en vaardigheden. Zowel als het gaat om nazorg als om preventie en vroege opvang. Kwaliteitsbewaking is hierbij een sleutelwoord en een kernwaarde van NtVP bij het verbeteren van kennis en opleiding over psychotrauma.

Met die doelstelling is in 2018 een traject opgezet voor de accreditatie en certificering van nuldelijnsondersteuning. Rianneke van der Gaag stond als commissielid aan de basis van het accrediteren van de eerste trainingen en opleidingen. In januari van dit jaar trad zij aan als lid van het NtVP bestuur en momenteel ontwikkelt zij haar portefeuille op het gebied van preventie en vroege opvang. Welke kansen ziet zij voor NtVP in dit veld, en in deze periode van crisis door de COVID19 pandemie?

Als klinisch psycholoog en Hoofd Regiocentrum Zuid van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) zijn preventie en vroege opvang niet de meest voor de hand liggende onderwerpen. Of toch wel? 'Als psycholoog binnen de MGGZ word je opgeleid om les te kunnen geven over de effecten van stress en trauma en hoe je die kunt normaliseren. Onderdeel van het werk zijn ook adaptatiegesprekken na uitzendingen. En natuurlijk hoort het zelf op uitzending gaan er ook bij. Preventie is dus eigenlijk niet zo vergezocht, ook al richt ik me in mijn dagelijks werk meer op de curatieve kant', aldus Van der Gaag.

Door oud-bestuurslid en MGGZ-collega Jan Ambaum werd zij gevraagd als commissielid voor het nieuwe nuldelijns-ondersteuningstraject. 'Ik vond het interessant om buiten het werk bij iets algemener betrokken te zijn wat te maken had met trauma. Het samenwerken in deze werkgroep, met collega's uit het onderzoeksveld, Slachtofferhulp, ziekenhuizen, paste goed bij de mix tussen preventieve en curatieve taken in mijn werk voor Defensie.' Ook kreeg Van der Gaag hierdoor een beter idee van wat beschikbaar is op het gebied van training en opleiding voor opvang in de nuldelijn. 'Er zijn zoveel bureaus die training kunnen geven aan bijvoorbeeld geüniformeerden en ziekenhuispersoneel. Soms gebeurt dat ook vanuit de instellingen zelf. Daar

willen we goed de kwaliteit van borgen, ook om wildgroei te voorkomen. Vanuit Defensie is die blik op kwaliteitsbewaking er meer, maar dat is nog niet overal vanzelfsprekend.'



Rianneke van der Gaag

Op verkenning, zo voelt Van der Gaag zich nog wel in haar huidige rol als bestuurslid. 'Hoe brengen we over wat de toegevoegde waarde is van accreditatie van vroege opvang? Vooral bij instellingen die zelf al personeel trainen op het gebied van nuldelijnsopvang kan ik me voorstellen dat het belang hiervan meer benadrukt kan worden.' Desondanks ziet ze verschillende kansen. 'NtVP is een vereniging die staat voor kwaliteit. We worden daarin steeds zichtbaarder, maar er valt ook nog wel wat te winnen. Waarom is NtVP er? Wat is onze meerwaarde en hoe onderscheiden we ons van andere beroepsverenigingen, ook als het gaat om opleiding?'

Juist in de tijd waarin we ons nu bevinden, waarin we te maken hebben met de gevolgen van crisis en mogelijk trauma op grote schaal, is kwaliteitsbewaking misschien belangrijker dan ooit. 'Als het gaat om opvang en nazorg voor coronagetroffenen, en ook zorgverleners, zien we veel goed bedoelde initiatieven ontpoppen. De vraag blijft, welke kwaliteit heeft het? Hoe blijf je - juist nu - de juiste zorg geven, voor zorgmedewerkers, maar ook voor mensen met bestaande kwetsbaarheden? Nu moeten we die slag slaan om de kwaliteit te borgen. Het preventief bereiken van die kwetsbare groepen is een goed vertrekpunt als bestuurslid.'

Traumabehandeling volgens het boekje in de coronaperiode: Moeilijk of mogelijk?



De vraag

Nog altijd is het geen vanzelfsprekendheid dat patiënten met psychotraumaklachten een richtlijnbehandeling krijgen. Met de huidige beperkingen omtrent het coronavirus komt daarbij dat behandelingen vaak digitaal (moeten) worden aangepast. Welke obstakels of belemmeringen zijn er bij de implementatie van (traumaspecifieke) richtlijnbehandelingen en hoe worden de richtlijnbehandelingen voor psychotrauma digitaal vorm gegeven in een tijd waarin iedereen beeldbelt?

Oscar Rabouw, GZ-psycholoog

Antwoord van de expert

In de afgelopen jaren zijn behandelprotocollen ontwikkeld met als doel dat patiënten de best mogelijke behandeling krijgen voor hun psychische klachten. De protocollen die zijn opgenomen in de behandelrichtlijnen zijn uitvoerig onderzocht en bewezen effectief. Desondanks wordt in de klinische praktijk vaak afgeweken van de behandelrichtlijnen (o.a. [1]). Voor PTSS zijn EMDR of een traumagerichte CGT, zoals (Imaginaire) Exposure (IE), eerste keus [2]. Voor beide zijn protocollen ontwikkeld.

Een protocol kan op moeilijke momenten de behandelaar helpen om niet af te wijken van het behandeldoel.

Juist bij de behandeling van PTSS lijkt een protocol een belangrijk instrument te zijn. Bij een traumabehandeling zullen de emoties bij de patiënt namelijk hoog oplopen en daarbij ervaart de patiënt vaak een sterke neiging om te vermijden (kernsymptoom van PTSS). Dit kan leiden tot moeilijke momenten in het therapieproces. Juist dan kan een protocol helpen om niet af te wijken van het behandeldoel [3].

Wat staat implementatie van traumagerichte behandelingen in de weg?

Onderzoek onder 491 leden van het Nederlands Instituut van Psychologen wees uit dat zij 49,9% van hun patiënten met PTSS verwijzen voor EMDR en 25,7% voor IE [4]. Vooral IE wordt dus nog weinig toegepast als traumabehandeling. Naast factoren die betrekking hebben op de patiënt, behandelprotocollen en de organisatie waar de therapeut werkzaam is, spelen misvattingen aan de kant van de therapeut ook een belangrijke rol. Hieronder enkele van de voornaamste.

MISVATTING #1: EEN PROTOCOL GAAT TEN KOSTE VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE.

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat veel behandelaren bang zijn dat het werken volgens een protocol ten koste gaat van de therapeutische relatie. Deze angst lijkt echter ongegrond. Zo beoordelen cliënten de therapeutische relatie bij IE beter dan bij een cliëntgerichte therapie [5].

MISVATTING #2: EEN FLEXIBELE, 'OP MAAT GEMAAKTE', BEHANDELING IS EFFECTIEVER DAN EEN PROTOCOLLAIRE BEHANDELING.

Nog een vaak voorkomende misvatting. Het gevaar hierbij is dat het werkzame mechanisme niet meer adequaat wordt toegepast. Zo is uit onderzoek naar voren gekomen dat bij de flexibele behandeling van een fobie geen exposure, juist het bewezen effectieve behandelingsmechanisme, werd toegepast [6].

MISVATTING #3: ONDERZOEKSSSETTINGS

VERTALEN ZICH NIET NAAR DE BEHANDELKAMER.

Behandelaren vragen zich dikwijls af of een protocollaire behandeling, getest in een onderzoekssetting, voldoende aansluit bij de complexiteit van patiënten in de klinische praktijk [7]. Echter, ondanks verschillen in patiëntenpopulatie worden in klinische settings vergelijkbare resultaten bereikt als in onderzoek (o.a. [8]).

MISVATTING #4: COMPLEXITEIT PAST NIET IN EEN PROTOCOL.

Dat complexiteit een contra-indicatie is voor EMDR of IE, is een andere misvatting. We weten nu dat een traumagerichte behandeling veilig en efficiënt kan worden toegepast bij patiënten met comorbide problemen, zoals dissociatie, suïcidaal gedrag, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychose, middelengebruik en depressie [9]. En dat is maar goed ook, want bij PTSS komt comorbiditeit vaak voor (79-88%; [10]). Wanneer behandelaren intensief getraind zijn in EMDR of IE, zien zij minder contra-indicaties en hebben zij meer vertrouwen in de techniek. Met als gevolg dat meer patiënten een traumagerichte behandeling krijgen aangeboden (o.a. [4]).

Kortom, het is belangrijk dat behandelaren zich bewust zijn van hun eigen opvattingen over protocollair werken en vermeende contra-indicaties. Ieder klinisch oordeel zou allereerst gebaseerd moeten zijn op de meest recente inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kan dit oordeel (enigszins) worden aangepast op basis van de klinische expertise van de behandelaar of vanwege specifieke kenmerken van de patiënt [11].

Los van de huidige maatregelen door de COVID19-crisis die het geven van psychologische behandeling beperken, bestaan er dus nog voldoende obstakels bij het implementeren van de richtlijnen voor PTSS-behandelingen.

Wat de COVID19-crisis wel heeft laten zien is dat de bereidheid onder vakgenoten groot is om creatieve, en ook innovatieve, invulling te geven aan de therapie. Beeldbellen en andere online toepassingen kunnen ervoor zorgen dat de traumabehandeling door kan gaan. In Box 1 staan overwegingen bij het aanbieden van traumabehandeling door beeldbellen. Ook hier blijft een scherpe blik op de evidentie van groot belang. Hoewel we nu in rap tempo onze klinische ervaring met online traumabehandeling vergroten, is het verzamelen van wetenschappelijk bewijs de volgende stap, om ervoor te zorgen dat we ook op deze manier onze patiënten de beste zorg geven.

Over de expert

Mariska Dam is GZ-psycholoog in opleiding tot Klinisch Psycholoog bij de Parnassia Groep. In 2018 en 2019 was zij werkzaam bij PsyQ Psychotrauma in Rotterdam. Sinds 2020 werkt zij bij Antes GGZ teams in Rotterdam. In het kader van haar opleiding doet zij onderzoek naar de toepassing van de behandelrichtlijnen bij PTSS en de factoren die de toepassing belemmeren en bevorderen.



Mariska Dam

OVERWEGINGEN BIJ HET AANBIEDEN VAN ONLINE TRAUMABEHANDELINGEN.

Bij online EMDR is het belangrijk dat de patiënt gebruik maakt van een laptop of SmartTV (geen smartphone of tablet), zodat de oogbewegingen zo breed als mogelijk kunnen worden gemaakt. Vervolgens kan de therapeut de vingers voor het scherm heen en weer bewegen of de lichtbalk kan voor het scherm worden geplaatst. Sommige patiënten ervaren de online traumabehandeling als een voordeel. Na een intensieve sessie hoeven zij bijvoorbeeld niet met het drukke openbaar vervoer weer naar huis toe te reizen, maar zijn zij direct in hun eigen veilige omgeving. Dit hoeft natuurlijk niet bij iedereen het geval te zijn. Bij een online behandeling is het belangrijk om rekening te houden met complicerende symptomen. Hierbij kun je denken aan ernstige dissociatieve verschijnselen, psychotische klachten, suïcidaliteit, automutilatie en agressieproblemen. Wanneer deze symptomen aanwezig zijn, of wanneer de inschatting is dat deze symptomen snel kunnen ontstaan, is het raadzaam om geen online EMDR of IE te doen (zie onder andere www.emdr.nl).

REFERENTIES

1. Ehlers A et al. (2009). London Journal of Primary Care, 1, 36-42.
2. Trimbos (2013). <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5bof4e-9398-452d-8792-1453a38bfoa8.pdf>
3. Keijsers, et al. (2007). Psychotherapie in praktijk. Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
4. Van den Berg M, Van Minnen A (2014). De Psycholoog, juni, 48-57.
5. Capaldi S et al (2016). Journal of Clinical Psychology, 72(10), 1026-1036.
6. Schulte D et al (1992). Advances in Behaviour Research and Therapy, 14, 67-92.
7. Nelson TD, Steele RG (2007). Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research Services, 34, 319- 330.
8. Persons JB et al (1999). Cognitive Therapy and Research, 23, 535-548.
9. Van Minnen A et al. (2013). Gedragstherapie, 46, 261-286.
10. Kessler RC et al. (1995). Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060.
11. Tolin DF et al. (2015). Clinical Psychology: Science and practice, 1-22.