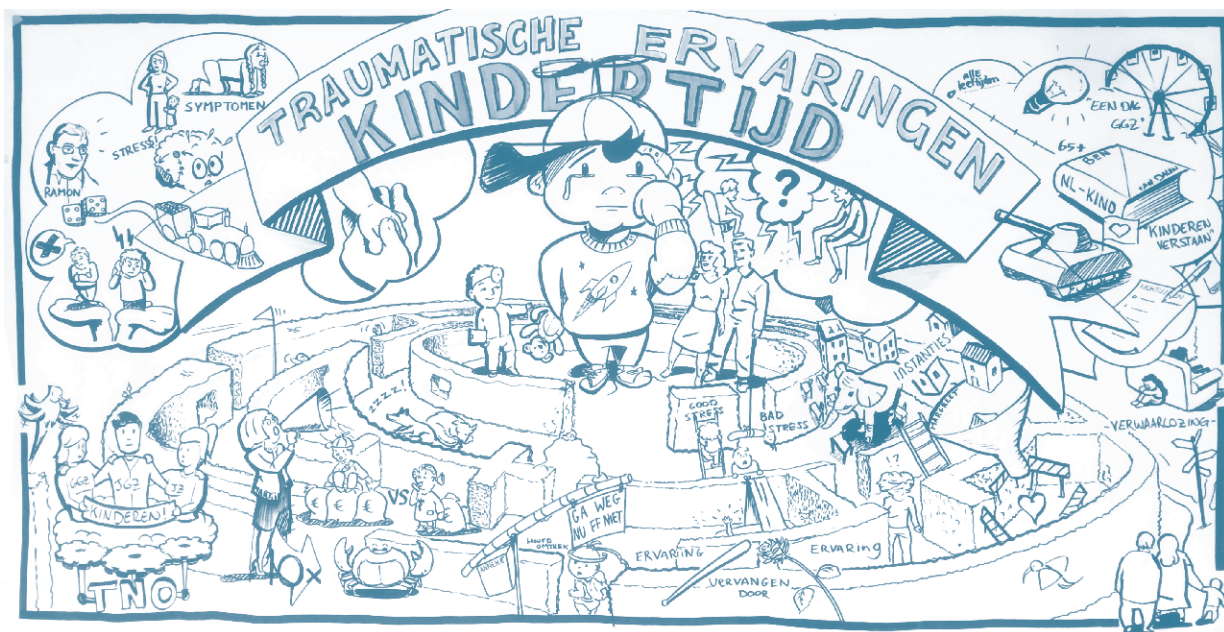


KINDEREN EN JONGEREN MET TRAUMAGERALATEERDE KLACHTEN IN NEDERLAND



TNO innovation
for life

INLEIDING

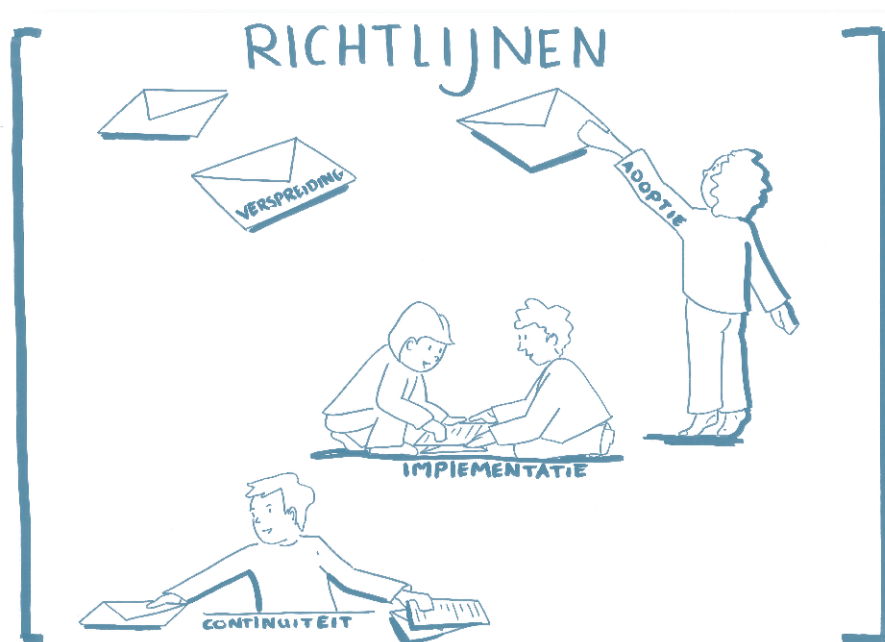
Kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten in Nederland verdienen de beste zorg. Maar het veld dat verantwoordelijk is voor deze zorg, heeft met veel veranderingen te maken. Denk maar aan de invoering van de nieuwe Jeugdwet en de bezuinigingen voor deze sector. Dit bemoeilijkt het geven van de meest optimale zorg aan deze groep. TNO onderzocht welke verbeteringen mogelijk of nodig zijn om de zorg voor deze groep kinderen en jongeren in de nabije toekomst beter uit te voeren of vorm te geven.

Want wat is dan die 'optimale zorg'? Idealiter staat de kennis over de optimale zorg gebundeld in richtlijnen en protocollen. Ook over dit onderwerp zijn er meerdere richtlijnen en protocollen in omloop. Maar gebruiken de professionals deze richtlijnen en protocollen ook? En wat geeft de literatuur aan recente inzichten in diagnostiek en behandeling van deze groep kinderen en jongeren?

De opgehaalde kennis uit de praktijk en de wetenschap heeft TNO gebundeld in een aantal factoren die de optimale zorg aan kinderen met complexe traumagerelateerde klachten lijkt te belemmeren. Deze belemmeringen vormden het uitgangspunt van een bredere veldraadpleging tijdens een congres over 'Kind en trauma' op 24 april 2015 in het Spoorwegmuseum in Utrecht. De hier opgehaalde kennis is verwerkt in een uiteindelijke ontwikkelagenda.

Het stuk dat nu voor u ligt geeft naast de ontwikkelagenda zelf ook een weerslag van de resultaten waardoor we gekomen zijn tot deze ontwikkelagenda. Tijdens het congres zijn de discussies ook in beeld gebracht door 'Jongens van de tekeningen'. Dit levert een aantal sprekende beelden op dat de problematiek soms treffender weergeeft dan een korte tekst. Het geheel geeft oplossingsrichtingen en eerste stappen om de zorg voor kinderen met deze traumagerelateerde complexe problematiek in Nederland te verbeteren. Zo komen we steeds een stap dichterbij het realiseren van optimale zorg!

1. PRAKTIJK



RICHTLIJNEN

BELANG VAN RICHTLIJNEN OF PROTOCOLLEN

Er bestaan richtlijnen en protocollen om de zorg voor kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten zo goed mogelijk uit te voeren. Daarin is de meest actuele evidence-based en practise-based kennis gebundeld. Echter, met het beschikbaar komen van deze richtlijnen of protocollen, is het stellen van een adequate diagnose of het bieden van de meest passende behandeling bij kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten nog lang geen gelopen koers. De afgelopen decennia is keer op keer gebleken dat professionals vernieuwingen, zoals richtlijnen, niet (helemaal) gebruiken zoals bedoeld door de ontwikkelaars¹. Het gevolg is dat de beoogde effecten van de richtlijn bij de einddoelgroep, in dit geval de kinderen en jongeren, kunnen uitblijven².

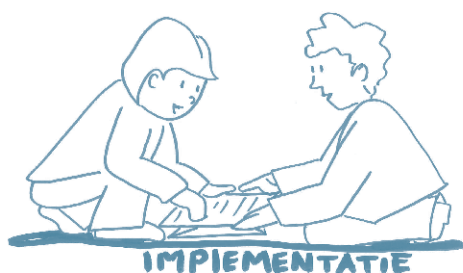
GBRUIK VAN RICHTLIJNEN OF PROTOCOLLEN

Waarom worden die richtlijnen en protocollen dan niet gebruikt zoals bedoeld? Er zijn veel factoren die hiervoor kunnen zorgen; het kan bijvoorbeeld zijn dat een richtlijn te complex is, er onvoldoende draagvlak is bij het management, de professional niet beschikt over de juiste kennis en vaardigheden, dat er meer voorzieningen nodig zijn dan verwacht of dat cliënten een andere beleid wensen³. Niet alleen de professional speelt een rol bij het leveren van de gewenste zorg; de professional maakt deel uit van een organisatie, die op haar beurt weer deel uitmaakt van een bredere sociaal-politieke context. Daarom is het belangrijk om ook deze factoren in ogenschouw te nemen. Belemmerende en bevorderende factoren, ook wel determinanten genoemd, kunnen in vier categorieën worden verdeeld⁴:

1. kenmerken van de vernieuwing zelf;
2. kenmerken van de professional;
3. kenmerken van de organisatie waarin de professional werkt;
4. kenmerken van de sociaal-politieke omgeving.

DIT ONDERZOEK

Binnen dit onderzoek zijn we nagegaan welke diagnostiek en behandeling behandelaars en managers in de GGZ voorstaan bij kinderen en jongeren met traumagerelateerde problematiek, of het lukt deze toe te passen en zo niet, waarom het hen niet lukt en wat ze graag verbeterd zouden zien in de zorg. De beantwoording van deze vragen volgt uit 14 interviews gehouden met behandelaars uit verschillende instellingen en drie interviews met managers, en reactie van 46 behandelaars op een vragenlijst. Deze behandelaars zijn merendeels afkomstig uit GGZ-organisaties, waaronder de centra gespecialiseerd in traumabehandeling, een enkeling is vrijgevestigd.

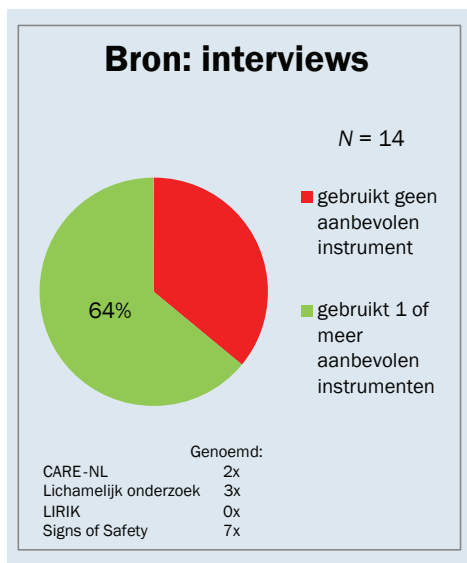


WELKE GEPROTOCOLLEERDE INSTRUMENTEN GEBRUIKEN BEHANDELAREN?

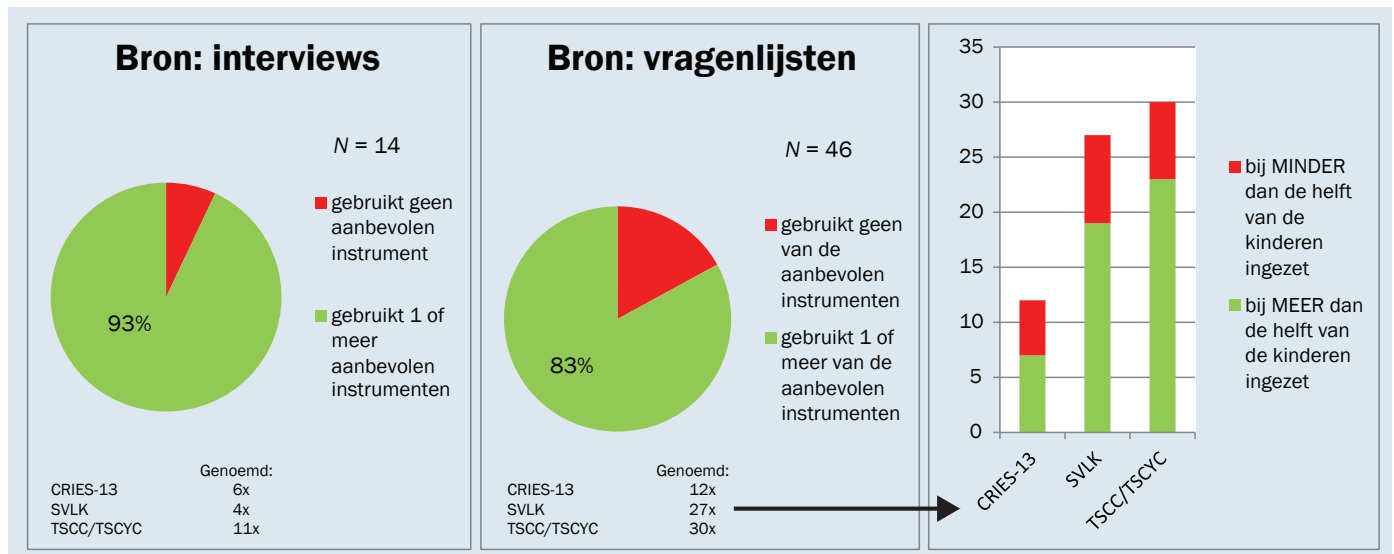
Op het gebied van diagnostiek is in het onderzoek gekeken naar vier thema's; het vaststellen van veiligheid, het gebruik van vragenlijsten, klinisch interview, en observatie instrumenten. Hieronder is per thema van diagnostiek en voor behandeling weergegeven wat er op dit moment van de instrumenten die worden genoemd in de richtlijnen en protocollen^a gebruikt wordt in de praktijk. Zowel de informatie uit de interviews met behandelaren als uit de vragenlijsten is afgebeeld.

Voor het vaststellen van veiligheid worden de CARE-NL (*Child Abuse Risk Evaluation - Nederland*), de LIRIK (*Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid*), Signs of Safety en lichamelijk onderzoek aanbevolen; bij de diagnostische vragenlijsten zijn dat de CRIES-13 (*Children's Revised Impact Event Scale*), de SVLK (*Schokverwerkingslijst voor Kinderen*) en de TSCC/TSCYC (*Trauma Symptoms Checklist for Children/Young Children*); voor het klinisch interview de ADIS (*Anxiety disorder interview schedule*), CAPS-CA (*Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents*) en de DAI (*Disturbances of Attachment Interview*); voor de observatie instrumenten de AMBIANCE (*Assesment of atypical caregiver / Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification*), DPICS (*Dyadic Parent-Child Interaction System*), EAS (*Emotional Availability Scales*), en de VSP (*Vreemde Situatie Procedure*). Op het gebied van behandeling worden CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*), EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) en PCIT (*Parent-Child-Interaction Therapy*) aanbevolen.

DIAGNOSTIEK: VASTSTELLEN VAN VEILIGHEID

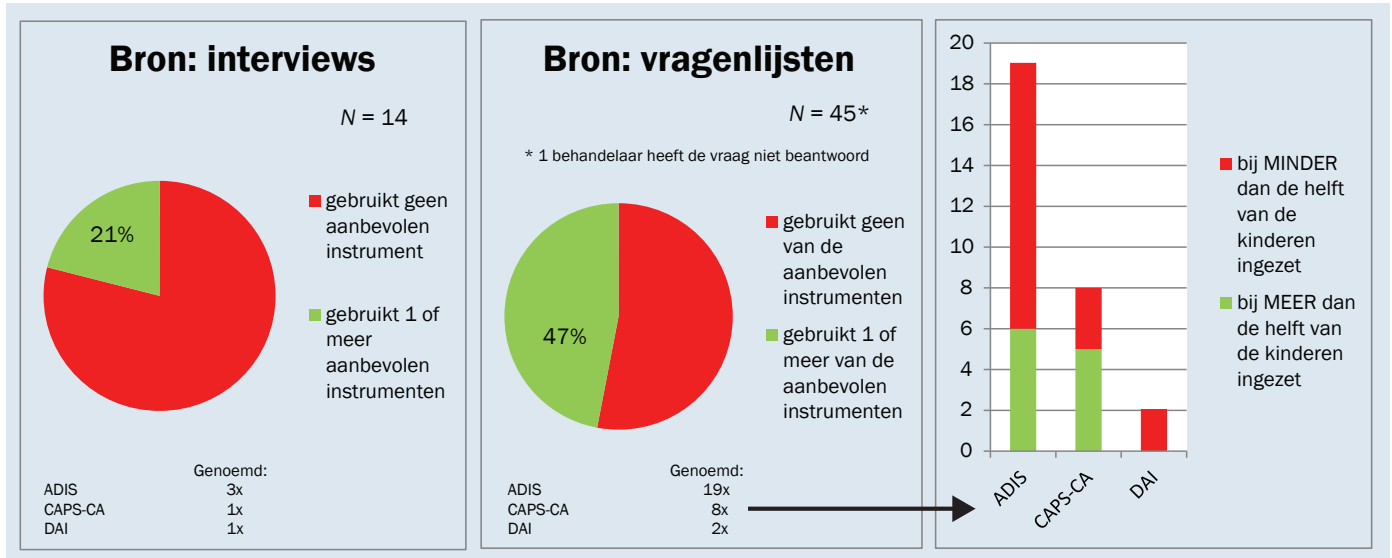


DIAGNOSTIEK: GEBRUIK VAN VRAGENLIJSTEN

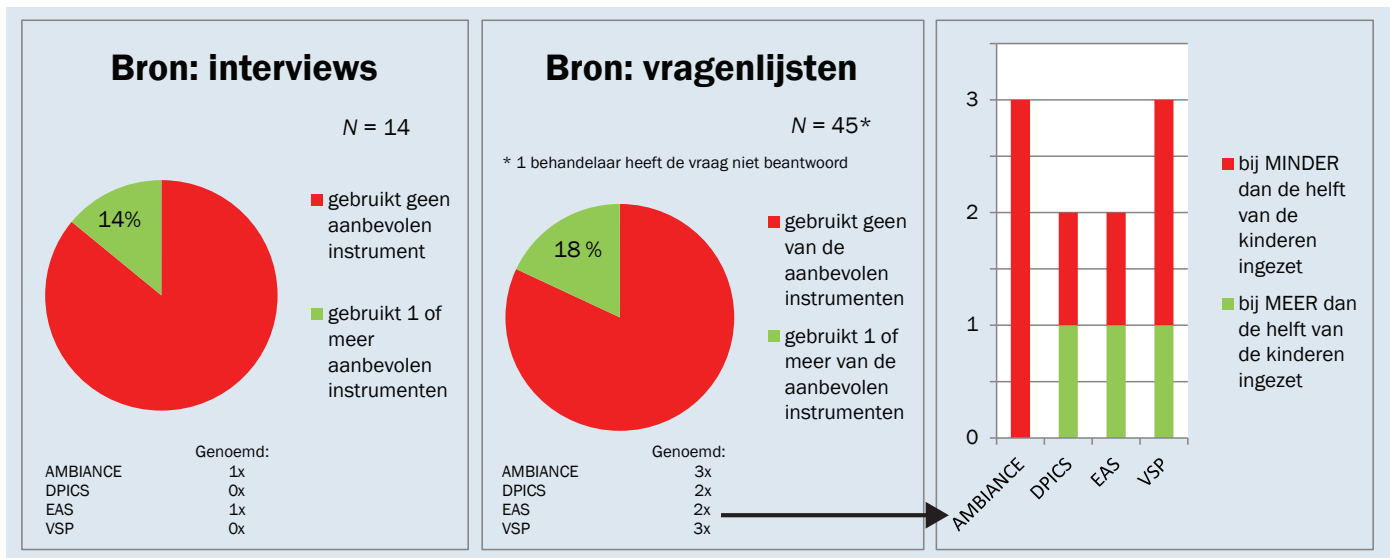


^a Hierbij is uitgegaan van het 'Protocol: Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek' van het Traumacentrum van de Bascule (2013) en van 'Diagnostisch traject complex trauma bij jeugdigen en hun ouders: Voor Instroom, Veiligheid, Diagnostiek, Indicatiestelling en Evaluatiediagnostiek (effectmeting); Voor kinderen en jongeren met complexe psychiatrische problematiek ten gevolge van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering'; van de Expertgroep Complex Trauma (2011). Zie literatuurlijst.

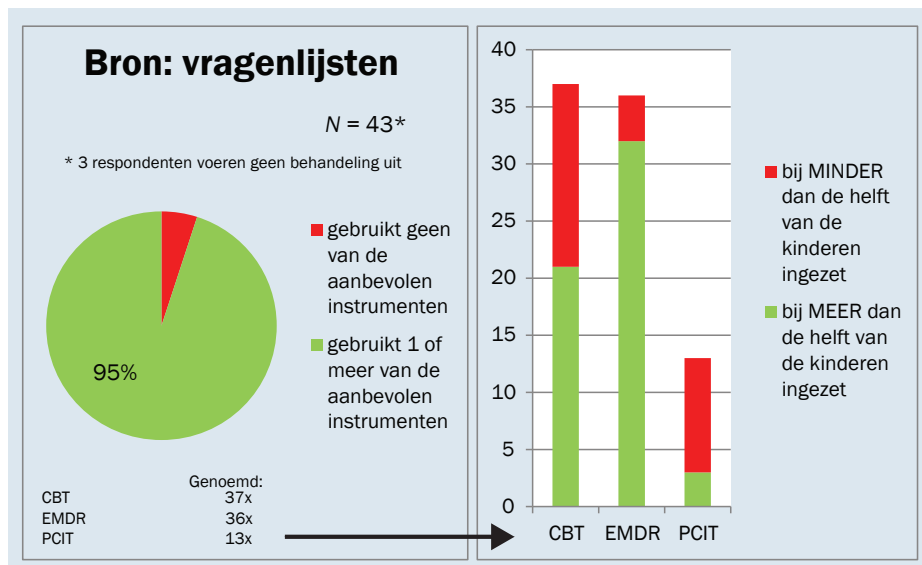
DIAGNOSTIEK: GEBRUIK VAN KLINISCH INTERVIEW



DIAGNOSTIEK: GEBRUIK VAN OBSERVATIE INSTRUMENTEN



BEHANDELING



CONCLUSIE

Uit de interviews en vragenlijsten komt naar voren dat de professionals vooral bij behandeling de aanbevolen behandelmethoden uit de richtlijnen en protocollen goed gebruiken. Bij diagnostiek geldt dit ook voor het gebruik van de diagnostische vragenlijsten, maar het gebruik van de klinische interviews en de geprotocolleerde observaties loopt nog achter.



WAAROM LUKT HET NIET DE GEPROTOCOLLEERDE INSTRUMENTEN TOE TE PASSEN?

THERAPEUT VERLAMD



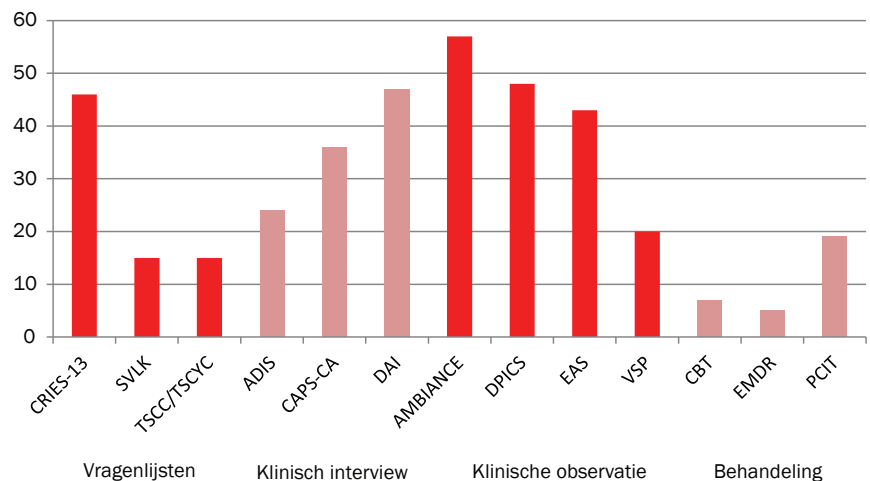
Behandelaren geven op de vragenlijst desgevraagd aan dat dat komt door:

- onvoldoende kennis en vaardigheden*;
- beperkte financiële middelen en tijd;
- niet beschikbaar zijn van materialen en voorzieningen;
- wet- en regelgeving (DBC problematiek);
- ongeschiktheid van een instrument voor de doelgroep waarmee men werkt;
- voegt niets toe aan bestaande diagnostische instrumenten;
- onbekendheid met het instrument**.

Toelichting:

- * De behandelaren geven aan deze kennis en vaardigheden te missen zowel bij henzelf zelf als bij professionals in het voorliggende veld, gerelateerd aan weinig aandacht hiervoor in de opleiding.
- ** Onderstaande figuur geeft het aantal (in %) behandelaren weer dat in de vragenlijst aangeeft de aanbevolen diagnostische instrumenten en behandelingen niet te kennen. Dit geldt met name voor de klinische interviews en observatie instrumenten.

% instrument onbekend



WENSEN TEN AANZIEN VAN DE ZORG VOOR DEZE DOELGROEP

Gevraagd naar wensen om optimale zorg te kunnen bieden, blijken die van behandelaren en managers goed op elkaar aan te sluiten. Deze wensen zijn onder te verdelen naar inhoudelijke wensen aangaande diagnostiek en behandeling, en organisatorische wensen. Onder de inhoudelijke wensen noemen behandelaren meer en betere diagnostiek door henzelf, specifieke behandelingen, meer kennis, het beter betrekken van het systeem rondom het kind, en meer opleiding/training/supervisie, ook voor andere professionals rondom het kind. De wensen van managers sluiten hierop aan; bewustwording van trauma bij professionals, meer trauma-focused behandeling en scholing van professionals.

‘Binnen onze instelling een volledig aanbod van diagnostiek en behandeling met voldoende mensen die deskundig zijn op het gebied van traumagerelateerde klachten.’

‘Ik ervaar veel overlap tussen vragenlijsten, maar geen vragenlijsten die de meest voorkomende traumagerelateerde klachten verdiepend genoeg uitvragen.’

‘Meer aandacht voor de lichamelijke kant van trauma. Meer onderzoek naar behandelvormen die nu alleen nog best-practice zijn.’

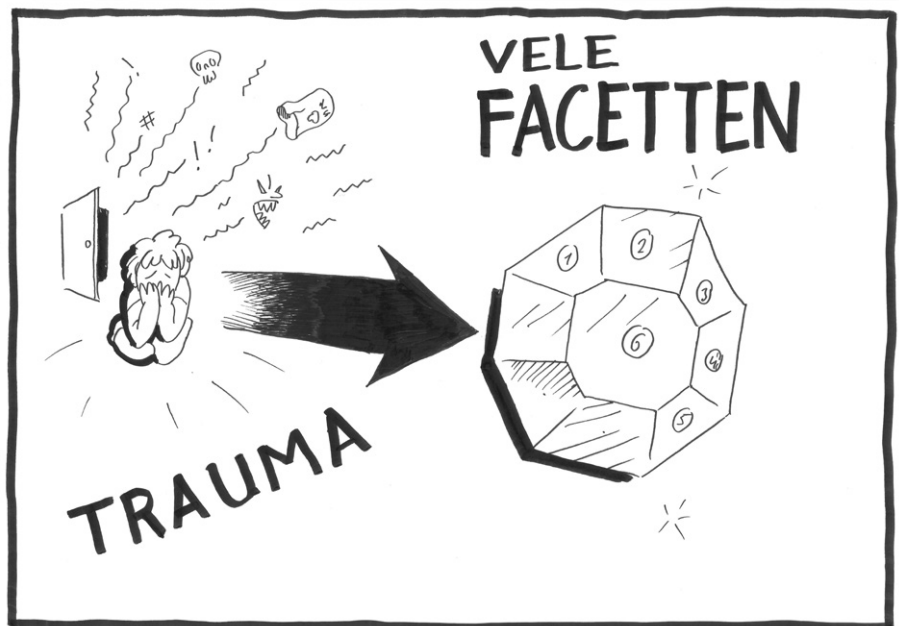
‘Bijscholing voor ouders, leerkrachten en medewerkers die direct omgaan met getraumatiseerde kinderen met betrekking tot wat trauma betekent voor kinderen en waaraan je de gevolgen herkent en hoe je met getraumatiseerde kinderen om kan gaan.’

Onder de organisatorische wensen vallen voor de behandelaren zaken als meer tijd, meer geld, geen wachtlijsten, het prettig en veilig inrichten van de behandelomgeving, het terugdringen van ziekteverzuim en een passende diagnose in de DSM voor deze groep. Voor managers staan een reële vergoeding van de benodigde tijd voor diagnostiek en behandeling, een ruim scholingsbudget, een DBC die aansluit bij traumagerelateerde klachten en methoden om de kwaliteit van zorg te meten (anders dan de huidige ROM) op het wensenlijstje.

‘Dat zorgverzekeraars, overheden en management de diagnostiek en behandeling voldoende faciliteren; dat ze zich realiseren dat dit intensieve, langdurige trajecten zijn (doelgroep chronisch vroegkinderlijk trauma). Dat gezondheid van medewerkers hoog in het vaandel komt te staan, zodat ze in staat blijven hun werk goed te doen.’



2. WETENSCHAP



PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN GEDRAGEN VAN KINDEREN DIE LANGDURIG TRAUMA HEBBEN MEEGEMAAKT

TNO zocht systematisch naar literatuur over welke psychosociale problemen en gedragingen kinderen en adolescenten die langdurig trauma mee hebben gemaakt, vertonen (zoektermen psychopathologie / symptomen / manifestatie, gecombineerd met trauma/ stress / mishandeling en jeugd/ kinderen / adolescenten) in Scopus, ScienceDirect, PsycInfo en PubMed. Dit leidde tot 122 relevante artikelen, gepubliceerd tussen 2009 en augustus 2014.

INDELING PROBLEMATIEK VOLGENS BESTAANDE RICHTLIJNEN/PROTOCOLLEN

Twee onderzoekers hebben bekeken of de problemen die in de artikelen verwant bleken aan langdurig trauma, pasten bij de problemen zoals ze in bestaande richtlijnen en protocollen voor professionals staan beschreven. Dit is belangrijk omdat professionals dan weten wat voor problematiek ze bij deze kinderen en adolescenten kunnen verwachten. Er zijn twee protocollen bekeken⁵. Beide protocollen noemen dat er uiteenlopende traumage-relateerde klachten en symptomen bestaan bij kinderen. De twee documenten delen de problematiek wel anders in. In Tabel 1 en 2 staan de indelingen zoals ze in deze twee protocollen genoemd zijn. Bij alle 122 artikelen is bekeken of ze in de indelingen passen.

Tabel 1. Classificatie traumagerelateerde symptoompresentatie zoals beschreven in het protocol van de Expertgroep Complex Trauma (2011)

1	Affectieve en fysiologische disregulatie, waaronder problemen in affectregulatie, regulatie van lichaamsfuncties, over/onder reactiviteit op geluid en aanraking, verminderd bewustzijn/ dissociatie van lichaamssensaties, emoties en lichamelijke gezondheid
2	Disregulatie van aandacht en gedrag, waaronder preoccupatie met gevaar, inadequate zelfbescherming, inadequate manier van zichzelf geruuststellen, zelfbeschadiging
3	Zelfbeeld en onvermogen om relaties aan te gaan, waaronder een negatief zelfbeeld, wantrouwen, agressie ten opzichte van anderen, niet passende manieren van intimiteit zoeken, onvermogen om intiem contact aan te gaan en teveel of te weinig empathie
4	Posttraumatisch spectrum symptomen



Tabel 2. Classificatie symptomen zoals gehanteerd in het protocol van de Bascule (2013)

A	PTSS-symptomen
B	Angstsymptomen/-stoornissen
C	Depressieve symptomen/stoornissen
D	Dissociatieve symptomen
E	Globaal functioneren/welbevinden
F	Cognities en cognitieve stijl
G	Copingstijl (omgaan met problemen)
H	Gedragsproblemen
I	Aandacht- en geheugenfuncties

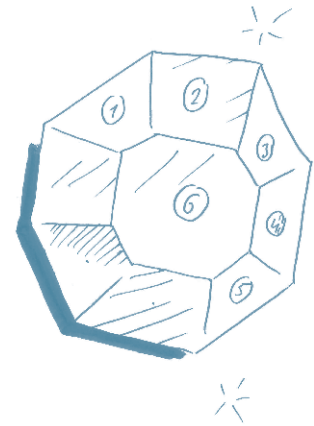
BIJNA ALLE PROBLEMEN PASSEN IN DE INDELINGEN

In de 122 artikelen werden veel verschillende problemen en gedragingen van kinderen onderzocht.

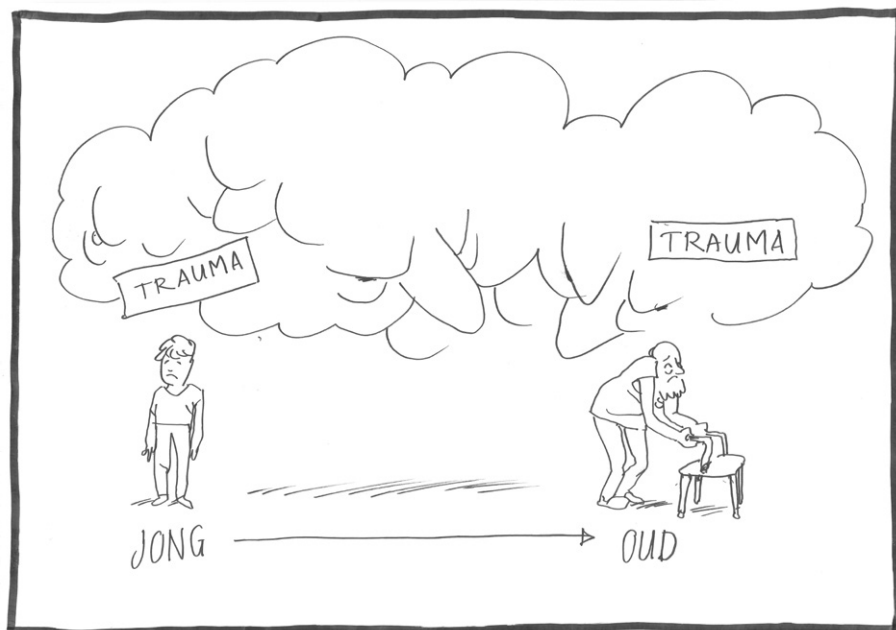
De bevindingen uit de literatuur komen over het algemeen overeen met de symptomen die ook in de protocollen worden genoemd. Slechts 13 studies pasten niet in de indeling van de Expertgroep Complex Trauma en 8 niet in die van de Bascule. Somatisatie (het ervaren van lichamelijke klachten, terwijl er geen lichamelijke oorzaak is) komt bijvoorbeeld vaker voor bij kinderen die langdurig trauma hebben meegemaakt, dan bij kinderen waarbij dat niet het geval is. Toch staat dat niet expliciet genoemd in de twee protocollen.

TRAUMA: EEN MEERKOPPIG MONSTER?

De protocollen beschrijven de klachten van kinderen die langdurig trauma hebben meegemaakt dus behoorlijk goed. Het is opvallend dat er zoveel verschillende problemen te zien zijn bij deze kinderen. Hoe dat precies komt, is nog onbekend. Maar het is wel belangrijk dat professionals, en beginnend professionals in het bijzonder, op de hoogte zijn van de veelzijdigheid van de problematiek van kinderen en adolescenten die langdurig trauma hebben meegemaakt. Men is het erover eens dat het snel signaleren en snel onderkennen van problematiek cruciaal is voor een goede, snelle behandeling. De opsommingen van problemen en gedragingen in de protocollen kunnen professionals helpen om hun gedachten te vormen over of er mogelijk sprake is van trauma.



BEHANDELING



TNO zocht systematisch naar literatuur over traumabehandeling bij kinderen en adolescenten (zoektermen betreffende interventie / behandeling / therapie, gecombineerd met trauma / stress / mishandeling en jeugd / kinderen / adolescenten) in Scopus, ScienceDirect, PsycInfo en PubMed. Dit leidde tot 43 relevante artikelen, gepubliceerd tussen 2009 en augustus 2014. Tien publicaties betroffen overzichtsstudies, de overige empirische interventiestudies (waarvan acht Randomized Controlled Trails; RCT).

MEESTE EVIDENTIE VOOR COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

In de overzichtsstudies werd de meeste bewijskracht gevonden voor Cognitieve Gedragstherapie (CBT) en in het bijzonder Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CBT). TF-CBT werd samengevat de best onderbouwde behandeling na kindermishandeling genoemd. Bovendien bleek deze interventie veelbelovend als sprake is van zelfverwonding na een verleden van mishandeling. Voor kinderen die te maken kregen met fysieke mishandeling werd gecombineerde ouder-kind CBT genoemd als relatief het meest effectief. Groepsgerichte CBT op school of in de gemeenschap lijkt voor behandeling van omgevingsgeweld en chronische traumatisering ook een effectief model voor behandeling van traumasymptomen. In de primaire interventiestudies werd nog een breed scala aan interventies onderzocht, waaronder verschillende vormen van psychotherapie en een scala aan CBT varianten. In de meeste gevallen werden positieve resultaten gerapporteerd.

VOORAL ONDERBOUWD BIJ SEKSUELE MISHANDELING EN MET BETREKKING TOT PTSD- EN INTERNALISERENDE SYMPTOMEN

In de overzichtsstudies werd het meest geschreven over behandeling na blootstelling aan seksuele mishandeling. Psychotherapie - waaronder (TF-)CBT - bleek voor kinderen met traumasymptomen als gevolg van seksuele mishandeling de primaire behandeling. Onderzoek liet zien dat de behandeling bij deze doelgroep leidt tot een afname van symptomen en toename van zelfvertrouwen en algeheel functioneren. De werkzaamheid van (TF-)CBT bleek gemiddeld meer robuust in het adresseren van internaliserende signalen en symptomen (zoals angst en depressie, en PTSD symptomen), dan van externaliserende symptomen (zoals agressie en grensoverschrijdend gedrag).

AANSLUITING BIJ DE RICHTLIJNEN/PROTOCOLLEN

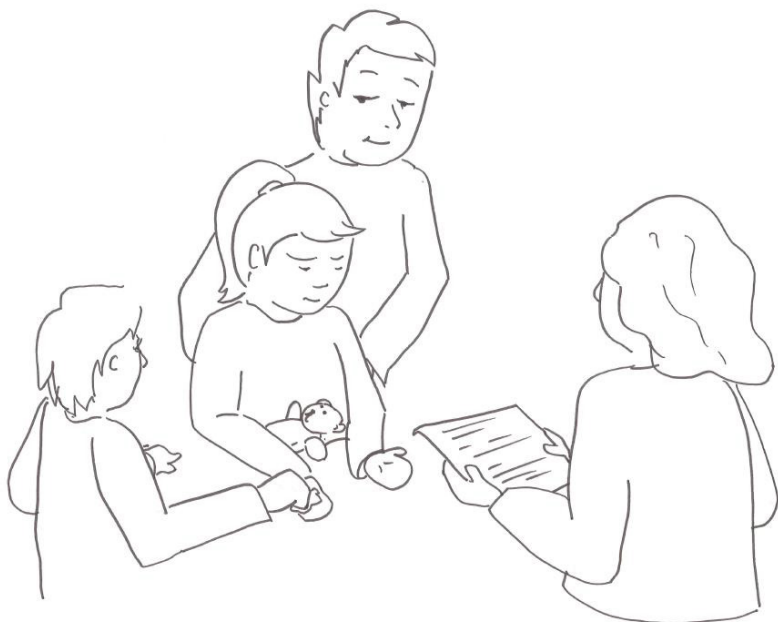
De in de overzichtsstudies gevonden onderbouwing voor de effectiviteit van Cognitieve Gedragstherapie is overeenkomstig één van de aanbevolen behandelingen voor de Nederlandse praktijk zoals beschreven in bestaande richtlijnen en protocollen. Echter, naast CBT werden hierin ook EMDR en PCIT aanbevolen.



EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) is net als TF-CBT bedoeld voor de behandeling van symptomen van posttraumatische stress. Volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI^b toont Nederlands onderzoek met een vrij sterke bewijskracht positieve resultaten aan. Verder blijken er ook op basis van buitenlands onderzoek en reviews aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie. Via deze onderzoeken en reviews zou aannemelijk worden gemaakt dat EMDR bij kinderen evenzeer als bij volwassenen een effectieve behandelmethodede is voor problematiek die gerelateerd is aan traumatische herinneringen. Deze interventie werd echter in de door ons gevonden overzichts literatuur niet afzonderlijk aanbevolen of geëvalueerd. Wel werd EMDR ook geadresseerd in een afzonderlijke interventiestudie; in een RCT gecombineerd met de MASTR traumagerichte behandeling. Betreffende studie liet positieve resultaten zien. Let wel; omdat twee interventiemethodieken werden gecombineerd, was het niet mogelijk om de effecten specifiek aan één van beide interventies toe te schrijven.

PCIT (*Parent-Child-Interaction Therapy*) is een opvoedondersteunende interventie voor ouders van jonge kinderen (2-7 jaar) met gedragsproblemen, bedoeld om de ouder-kindrelatie te verbeteren. PCIT bleek in onderzoek effectief in het voorkomen van kindermishandeling/verwaarlozing en het behandelen van gezinnen waar mishandeling en verwaarlozing plaatsvindt^c. In de literatuurstudie was er één afzonderlijke interventiestudie waarin onderzoek specifiek naar PCIT werd beschreven. Het betrof een RCT in Australië. De interventie leidde in deze studie, bij gezinnen waar sprake was van kindermishandeling, tot een afname van externaliserende en internaliserende problematiek bij de kinderen, een afname in stress van de moeders, en een positievere ouder-kind interactie.

Op basis van de door ons gevonden studies kunnen geen conclusies getrokken worden over de effectiviteit en werkzaamheid van EMDR en PCIT. Daarvoor zou een aanvullende, gerichte literatuurstudie verricht moeten worden naar (eerdere) publicaties en grijze literatuur over specifiek deze behandelmethoden.



^b [http://www.nji.nl/nl/Databanken/Eye-Movement-Desensitization--en--Reprocessing-\(EMDR\).html](http://www.nji.nl/nl/Databanken/Eye-Movement-Desensitization--en--Reprocessing-(EMDR).html)

^c [http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventie/Parent-Child-Interaction-Therapy-\(PCIT\)](http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventie/Parent-Child-Interaction-Therapy-(PCIT))

3. ONTWIKKELAGENDA

Medio april 2014 vond het congres ‘Traumatische ervaringen in de kindertijd: Facts, Findings & Solutions’ plaats in Utrecht. Tijdens dit congres stond uitwisseling van kennis centraal vanuit verschillende disciplines. Het ging om kennis rondom (problematiek ten gevolge van) vroegkinderlijke (chronische) traumatisering, van signaleren tot behandeling. In de ochtend van het programma stonden de Facts & Findings van de zorg aan kinderen met traumatische ervaringen in verschillende settings centraal. Na een opening van het congres door de dagvoorzitter Monique l’Hoir (TNO) en Martijne Rensen (CELEVT), bespraken sprekers Ramón Lindauer (kinder- en jeugdpsychiater), Ben Rensen (jeugdarts), Anneke Vinke (GZ-psycholoog) en Margreet Timmer (LOCK) de complexiteit van het werken met deze kinderen binnen de jeugd-GGZ, jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp. In de middag stonden mogelijke oplossingsrichtingen, de Solutions, in workshops centraal.

In het middagdeel werd ook twee keer specifiek een deelsessie over de ‘Ontwikkelagenda Vroegkinderlijk Trauma’ verzorgd (ingeleid door Margot Fleuren en geleid door de dagvoorzitter). Met de aanwezigen tijdens deze twee sessies (+/- 25 en 40 respectievelijk) werd gebrainstormd over mogelijke knelpunten bij diagnostiek en behandeling van vroegkinderlijk trauma en mogelijke oplossingen. Drie factoren stonden hierin centraal. Deze worden hieronder besproken.

DAARNAAST KWAMEN DE VOLGENDE AANBEVELINGEN TIJDENS HET CONGRES NAAR VOREN:

- Ontwikkel kennis ten behoeve van inzicht over het al dan niet gebruiken van stabilisatie en het moment waarop;
- Maak een betere aansluiting tussen de volwassenpsychiatrie en de zorg voor getraumatiseerde kinderen;
- Zorg voor bredere traumasensitiviteit bij verschillende beroepsgroepen, maar ook bij beleidsmakers.



GEBREK AAN KENNIS VAN PROFESSIONALS OVER TRAUMA BINNEN DE ZORG

‘We praten met kinderen en willen snel de veiligheid waarborgen. We stellen niet standaard de vraag of sprake is van traumatisering. Er zou best ruimte voor zijn in het onderzoek. Je zou de verwachting uit willen spreken dat je na een onderzoek weet of er sprake is van trauma.’

In de interviews en vragenlijsten gaven de verschillende informanten (zowel behandelaren als managers) aan dat voldoende kennis bij alle professionals die met deze kinderen te

maken hebben, ontbreekt. Specifiek werd dit genoemd in het kader van het vaststellen van veiligheid, over diagnostische instrumenten en over behandeling. Het is opvallend dat veel van de aanbevolen instrumenten binnen de bekeken richtlijnen niet bekend zijn bij de professionals, vooral bij klinische interviews en methoden van observaties (resultaten uit de vragenlijsten en interviews). Op basis van de bevindingen in dit onderzoek, lijken zowel het voorliggende veld (huisartsen, JGZ, Jeugdhulp) als de GGZ weinig traumasensitief. De aanwezigheid van het congres gaven aan dit beeld te herkennen.

'Kennis is misschien niet altijd op de juiste plek aanwezig; denk bijvoorbeeld aan leerkrachten.'

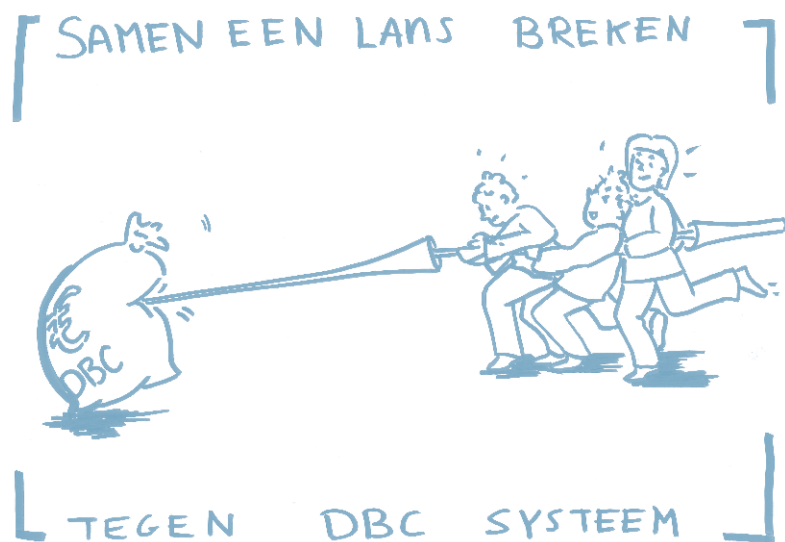
Professionals vertelden in de interviews dat scholing over trauma tekort schiet; in de opleiding wordt volgens hen op dit moment bijvoorbeeld te weinig aandacht gegeven aan het communiceren met ouders en kinderen uit deze doelgroep. Tijdens het congres werd dit beaamd, maar er werd eveneens benadrukt dat alleen scholing tijdens op de opleiding niet genoeg is.

'Kennis is heel theoretisch, maar de mensen die het betreft zijn vooral doeners.'

Aandacht blijven houden voor trauma, in bijscholing, intervisie en coaching on the job is volgens de aanwezigen essentieel.

AANBEVELINGEN GENOEMD TIJDENS HET CONGRES

- In beroepsopleiding moet trauma een standaard onderdeel zijn;
- Scholing is permanent; professionals moeten ruimte hebben om middels intervisie, casusbesprekingen en coaching aandacht aan trauma te geven;
- Faciliteer kennis deling, ook tussen de beroepsgroepen. Sluit bijvoorbeeld aan bij een lezing van huisartsen;
- Er is een spil in de organisatie nodig: iemand met een helikopterview die ook na de training trauma op de agenda blijft zetten;
- In scholing moet specifiek aandacht komen voor praten over trauma: men moet leren dat benoemen niet erg is;
- Ontwikkel algemeen toegankelijk materiaal, bijvoorbeeld een film of Klokhuis-item ten behoeve van breder publiek en beleidsmakers.



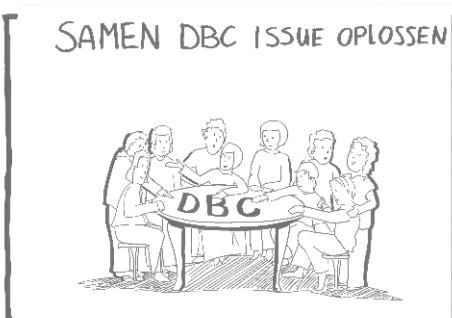
DBC-SYSTEMATIEK HINDERT OPTIMALE BEHANDELING VAN KINDEREN MET CHRONISCHE TRAUMATISERING

'Ik heb geen tijd voor eindeloos gelobby. Ik wil gewoon mijn werk doen.'

Binnen de DBC-systematiek in Nederland is aan elke diagnose een vergoeding gekoppeld. Het stellen van een juiste diagnose is dus van groot belang. Als de diagnose niet toereikend is, is de vergoeding dat veelal ook niet. Uit de interviews en vragenlijst kwam naar voren dat dit ook het geval is voor deze groep kinderen; de manifestatie van trauma is zo verschillend dat er geen eenduidige DSM-diagnose bestaat. Binnen het veld speelt al langere tijd de discussie over de invoering van de diagnose Developmental Trauma Disorder als mogelijke oplossing voor dit probleem. Deze diagnose is echter niet toegevoegd aan de nieuwe DSM-V. Andere professionals pleiten voor een DBC 'Kindermishandeling' of een DBC 'stoornissen door vroegkinderlijk trauma'. Mogelijk zou dit ook ruimte bieden om het hele systeem te betrekken bij de behandeling of om te starten met een behandeling nog voordat de stoornis zich heeft gemanifesteerd. Tijdens het congres werd hier in de invitational conference op doorgepraat. Meeste aanwezigen gaven aan er zoveel mogelijk op een creatieve manier omheen te werken.

AANBEVELINGEN GENOEMD TIJDENS HET CONGRES

- Ontwikkel een nieuw behandelmodel. De DSM is niet helpend in behandeling;
- Maak met gemeenten afspraken, bijvoorbeeld over dat een diagnose niet nodig is op voorhand. Daarvoor moet bij wethouders veel gelobbyd worden, bijvoorbeeld tijdens werkbezoeken;
- Combineer verschillende vormen van zorg. Door een integraal aanbod aan te bieden, komen ook meerdere financieringsbronnen bij elkaar. Een voorbeeld is de multidisciplinaire aanpak kindermishandeling, een model waar met de gemeente(n) een oplossing wordt gezocht;
- Samen sta je sterker; door gezamenlijk te lobbyen en bijvoorbeeld de VNG te betrekken kan meer bereikt worden.





ZORGEN OVER HET IN WERKING TREDEN VAN DE JEUGDWET

Als het gaat om het leveren van goede en efficiënte zorg is er ook bij gemeenten kennis nodig van evidence-based methodieken en kosten-effectiviteit. Bij de zorg voor kinderen met traumagerelateerde klachten zijn verschillende partijen betrokken, met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Zeker met de nieuwe Jeugdwet is het van belang dat al deze individuen en organisaties actief betrokken zijn, met oog voor ieders positie en belangen.

Gemeenten moeten vanaf de start van de nieuwe Jeugdwet goed nadenken over de juiste indicatoren voor geleverde zorg. Volgens aanwezigen tijdens het congres is nog onvoldoende duidelijk voor de GGZ welke indicatoren de gemeente hanteert. Uit de interviews kwam reeds naar voren dat de ROM niet geschikt wordt geacht als instrument om de kwaliteit te kunnen monitoren/bewaken.

Bovendien is er volgens hen weinig kennis over trauma aanwezig bij de gemeenten. Een wens die geuit werd was dat het geld dat naar wijkteams gaat middels samenwerking terug kan komen naar die professionals die kennis hebben in dit domein.

AANBEVELINGEN GENOEMD TIJDENS HET CONGRES

- Praat met de VNG ten behoeve van brede traumasensitiviteit;
- Definieer met elkaar wat goede zorg is en ontwikkel kwaliteitskaders die gemeenten kunnen helpen;
- Informeer gemeenten ook via informele netwerken, zorg dat behandelaren in contact komen met beleidsmakers.

LITERATUUR

1. Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). Improving patient care: The implementation of change in clinical practice. Edingburgh: Elsevier.

Fixsen, D. L., Noam, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa (FL): University of South Florida.

Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C. et al. (2006). Toward evidence-based quality improvement. evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21 Suppl 2, S14-20.

Gulbrandsson, K. (2008). From news to everyday use: The difficult art of implementation. Ostersund: Swedish National Institute of Public Health.

Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies -a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888-897.

2. Durlak, J.A., DuPre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350.

3. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Millbank Quarterly*, 82(4), 581-629.

Fleuren, M.A.H., Wiefferink, C.H., Paulussen, T.G.W. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.

4. Fleuren, M.A.H., Wiefferink, C.H., Paulussen, T.G.W. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.

Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care* 26 (5), 501-510.

www.tno.nl/midi

5. Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2013). Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek. *De Bascule*.

Van Heijningen, J., De Roos, C., Struik, A., Taubert, H., Visser, M., Coppens, L. (Expertgroep Complex Trauma, 2011). Diagnostisch traject complex trauma bij jeugdigen en hun ouders: Voor Instroom, Veiligheid, Diagnostiek, Indicatiestelling en Evaluatiediagnostiek (effectmeting), Voor kinderen en jongeren met complexe psychiatrische problematiek ten gevolge van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.

TNO.NL

GEZOND LEVEN

TNO initieert technologische en sociale innovatie voor een gezonde inrichting van ons leven en voor een vitale samenleving.

Bezoekadres TNO
Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden

Margot Fleuren
Fieke Pannebakker
T 088 866 62 76
E margot.fleuren@tno.nl