

Bijlage Totstandkoming en methoden

Zorgstandaard Psychotrauma

Autorisatiedatum 01 12 2020

1. Samenstelling werkgroep

De eerste versie van de zorgstandaard is ontwikkeld door Stichting Centrum'45 | Arq Psychotrauma Expert Groep. Er is samengewerkt met afgevaardigden van ruim 30 ggz-instellingen, universiteiten, beroepsverenigingen, belangenverenigingen, patiëntenverenigingen en overige partijen die de zorg na psychotrauma hoog op de agenda plaatsen. Voor de ontwikkeling van de zorgstandaard zijn, onder begeleiding van de projectgroep (coördinator dr. Ellen Klaassens), de volgende vijf werkgroepen samengesteld onder voorzitterschap van experts uit het veld:

1. Werkgroep Screening, diagnostiek en monitoring - prof. dr. Marleen Rijkeboer;
2. Werkgroep eHealth, preventie en zelfmanagement - prof. dr. Heleen Riper;
3. Werkgroep Protocolaire, evidence-based behandelingen - prof. dr. Agnes van Minnen;
4. Werkgroep Complexe PTSS en chronische zorg - prof. dr. Paul Boelen;
5. Werkgroep Kind & jeugd - prof. dr. Frits Boer.

Naast de werkgroepen heeft een stuurgroep onder voorzitterschap van prof. dr. Rolf Kleber de door de werkgroepen geschreven teksten meerdere keren van commentaar voorzien. In de stuurgroep waren diverse ggz-instellingen, beroepsverenigingen, belangenverenigingen en patiëntenorganisaties vertegenwoordigd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft afgezien van deelname aan groepen. Er is voor deze zorgstandaard wel samengewerkt met het NHG. Dit is gebeurd door afstemming tussen de projectgroep van de zorgstandaard Aanpassingsstoornissen en de projectleider en stuurgroepvoorzitter van de onderhavige zorgstandaard.

In 2018 is het project formeel afgerond door Stichting Centrum'45 | Arq Psychotrauma en is de regie overgedragen naar Akwa GGZ. Deze organisatie is ontstaan in 2019 toen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), de toenmalige opdrachtgever van het project om de zorgstandaard te ontwikkelen, samen met twee andere organisaties is opgegaan in Akwa GGZ. Akwa GGZ ondersteunt de ggz bij de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten. Er zijn enkele verschillen in de werkwijze van NKO en Akwa GGZ. NKO was primair opdrachtgever en financier van zorgstandaardprojecten die werden ontwikkeld door partijen in het veld. Nu is het projectmanagement belegd bij Akwa GGZ zelf. Net als in het verleden komt de inhoudelijke expertise nog steeds van de (vertegenwoordigers van) patiënten, naasten en professionals.

In samenwerking met het veld is een nieuwe werkgroep opgericht die heeft gezorgd voor de afwikkeling van de zorgstandaard. Voor een overzicht van alle betrokken organisaties en deelnemers [zie bijlage 2](#).

2. Belangenverstrengeling

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben (gehad). De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van Akwa GGZ.

3. Doelstelling van de standaard

Deze zorgstandaard geeft richting aan de beantwoording van de zorgvraag van mensen met een Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornis of een verhoogd risico daarop, in samenhang met de

klinische behandelrichtlijnen. Doelen van de zorg zijn dat patiënten hun leven zelfstandig kunnen inrichten, dat zij zich kunnen ontplooien, dat ze zo min mogelijk nog met klachten ten gevolge van de gebeurtenissen kampen en dat zij kunnen optreden als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces.

4. Doelgroep van de standaard

Deze zorgstandaard is geschreven voor zorgverleners van patiënten en hun naasten (ongeacht hun leeftijd) die kampen met klachten of aandoeningen als gevolg van psychotrauma en in het bijzonder met Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De standaard heeft betrekking op het volledige zorgcontinuüm, van vroegsignalering tot en met de behandeling en nazorg.

Wanneer een aanbeveling afwijkt voor kinderen, jeugdigen of ouderen of een andere specifieke doelgroep, wordt dit vermeld. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om:

- Slachtoffers van acuut fysiek geweld, psychisch geweld waarbij sprake is van (herhaalde) bedreiging met de dood/intimideren met wapens en/of seksueel geweld (thuis of buitenshuis);
- Volwassen patiënten die slachtoffer zijn van vroegkinderlijke schokkende ervaringen zoals langdurige incest en ernstige verwaarlozing;
- Getroffenen van rampen en calamiteiten;
- Militairen en veteranen die tijdens uitzendingen geconfronteerd zijn geweest met oorlogsgeweld;
- Vluchtelingen en asielzoekers;
- Politiefunctionarissen of andere uniformdragers (bijvoorbeeld treinmachinisten, brandweerlieden, ambulancepersoneel en andere hulpverleners) die in hun werk geconfronteerd zijn met ingrijpende ervaringen;
- Ontvoering en/of opsluiting (huiselijk geweld en/of geweld in afhankelijkheidsrelaties).

Informatie over specifieke patiëntengroepen

Sommige groepen worden in het bijzonder geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen die tot Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen leiden. Het gaat dan om bepaalde beroepsgroepen die een verhoogd risico op dergelijke gebeurtenissen lopen (bijvoorbeeld militairen, veteranen, politiemensen, ambulancepersoneel) en om groepen die bij uitstek kwetsbaar zijn vanwege het vele geweld waaraan zij blootgesteld kunnen zijn (met name vluchtelingen). Voor hen zijn daarom afzonderlijke zorgprogramma's en maatschappelijke regelingen beschikbaar. Twee voorbeelden worden hieronder beschreven:

Vluchtelingen

De doelgroep vluchtelingen en asielzoekers vormt een heterogene groep mensen uit verschillende landen van herkomst, met verschillende talen en culturele achtergronden. Zij zijn vaak getuige geweest van repressief geweld, vervolging en oorlog. Velen van hen hebben ook dierbaren verloren of achtergelaten. In Nederland kunnen zij de asielprocedure, de bestaansonzekerheid en het leven in opvanglocaties als stressvol ervaren. Dit alles kan de pogingen om zelfstandig een nieuw bestaan op te bouwen in Nederland ondermijnen. Speciaal voor de zorg aan asielzoekers is daarom een convenant tot stand gekomen om de ggz aan deze groep goed op te zetten en uit te voeren.

Militairen en veteranen

Kennis van de specifieke context is zeker ook relevant in de behandeling van militairen en veteranen met stoornissen die zijn ontstaan na de confrontatie met oorlogsgeweld tijdens uitzendingen. De zorgcontext is uniek en verschilt ook van die van andere geüniformeerde en niet-geüniformeerde bevolkings- en werknemersgroepen. Veteranen met een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis profiteren minder van volgens de richtlijnen aangeraden psychotherapie dan burgergetroffenen. Naar schatting 30-50% van Nederlandse veteranen met ggz-hulp herstelt niet na evidence-based behandeling. Ook omdat er een specifieke civiel-militaire organisatie van (specialistische) keten-ggz bestaat voor veteranen, diensslachtoffers en hun relaties, is de

beschrijving van de zorgfases, de context en de organisatie van zorg voor deze doelgroep in een afzonderlijke bijlage ondergebracht ([zie Bijlage 3 Veteranen](#)).

5. Afbakening, uitgangspunten en bronnen

Algemene uitgangspunten

Een zorgstandaard beschrijft met inachtneming van het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschrijvingen van zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet, is voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven.

Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Uitgangspunten Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met klachten als gevolg van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Dat zorgcontinuüm omvat:

- vroege onderkenning en preventie;
- diagnostiek en monitoring;
- behandeling en begeleiding;
- bevordering van herstel;
- participatie en re-integratie.

Ook de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren worden beschreven. Bestaande richtlijnen, regelgeving en kwaliteitsindicatoren zijn de basis voor deze zorgstandaard. Om de belangrijkste punten hieruit in goede samenhang te kunnen beschrijven, is gebruik gemaakt van actuele wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners en kennis van ervaringsdeskundigen. De zorgstandaard is een hulpmiddel voor patiënten, hun naasten en hun zorgverleners om samen het best passende zorgtraject te vinden en te volgen.

Afbakening: classificatie DSM-5

De zorgstandaard volgt de afbakening van de DSM, het handboek voor de classificatie van psychische aandoeningen dat in de Nederlandse GGZ wordt gebruikt (sinds 1 januari 2017 in de vijfde editie: DSM-5). In de DSM-5 worden de Psychotrauma- en stressorgerelateerde aandoeningen niet meer bij de angststoornissen ingedeeld, maar als afzonderlijke categorie behandeld. Reden hiervoor is dat psychisch lijden na blootstelling aan catastrofale of afschuwwekkende (traumatische) gebeurtenissen zich heel divers kan uiten en dat de inhoud van traumagerelateerde stoornissen verschilt van die van de angststoornissen. Ook de wereldwijd door de meeste landen gebruikte International Classification of Diseases (ICD-10) heeft van de traumagerelateerde stoornissen een aparte categorie gemaakt in de elfde editie (ICD-11). Voor de psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen komen beide systemen slechts matig overeen.

Uitgangspunten zorgstandaard

In deze zorgstandaard staan de volgende Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen centraal.

- (Complexe) Posttraumatische Stressstoornis ((c)PTSS)
- Acute Stressstoornis (ASS);
- Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS);
- Hechtingsstoornissen, uitgesplitst in Reactieve Hechtingsstoornis (RHS) en Ontremd Sociaalcontactstoornis (OSCS).

Om aan te sluiten bij de huidige praktijk in de Nederlandse GGZ is gekozen om naast de classificatie PTSS (zoals beschreven in de ICD-11 en DSM-5) ook de classificatie complexe PTSS (zoals omschreven in de ICD-11, maar niet als aparte categorie in DSM-5) te adresseren in deze zorgstandaard. Complexe PTSS (ofwel cPTSS) staat als aanvullende categorie beschreven in de ICD-11. Dit systeem wordt gebruikt in de meeste Europese landen, echter niet in Nederland dat met de Verenigde Staten de DSM volgt. cPTSS is in de DSM-5 niet als aparte categorie opgenomen, maar als "complexe symptomen zoals persisterende, vertekende negatieve cognities en persisterende negatieve gemoedstoestand (bijvoorbeeld afschuw, boosheid, schuldgevoelens en schaamte)." Roekeloos en zelfdestructief gedrag zijn wel opgenomen in de PTSS classificatie; daarnaast kan gespecificeerd worden of het gaat om het 'dissociatieve' subtype. Voor de aanpassingsstoornissen die in DSM-5 onder de Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen vallen, verwijzen we naar de Zorgstandaard [Aanpassingsstoornissen \(inclusief overspanning en burn-out\)](#). De categorie ongespecificeerde Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis wordt in deze [zorgstandaard buiten beschouwing gelaten](#).

Opmerking

Het vakgebied van de psychotraumatologie is sterk in ontwikkeling. Deze zorgstandaard moet dan ook worden gezien als een levend document. Hij zal regelmatig geactualiseerd en aangevuld worden om actuele kennis en inzichten te delen met de gebruikers van de zorgstandaard.

Disclaimer

Zoals beschreven, is een kwaliteitsstandaard onder meer gebaseerd op een bestaande richtlijn. Dit geldt ook voor de Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Een disclaimer is echter in dit geval op zijn plek. De [oorspronkelijke richtlijn](#), die diende als input voor de standaard, dateert uit 2008. Sindsdien zijn meerdere hoofdstukken uit deze richtlijn herzien – de laatste herziening was in 2013 – maar dit geldt niet voor de hoofdstukken over PTSS. In andere woorden zijn deze enigszins verouderd, wat mogelijk een negatief effect heeft gehad op de adviezen en protocollen die in deze standaard worden geadresseerd, vooral als het gaat om screening, diagnostiek en behandeling. De werkgroep heeft zo goed als mogelijk geprobeerd dit tijdsgat te 'compenseren'. Daartoe zijn onder andere recente internationale richtlijnen als [Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder \(PTSD\)](#) door the American Psychological Association en [Post-traumatic stress disorder door the National Institute for Health and Care Excellence](#) geraadpleegd. Desalniettemin dient de lezer zich bewust van te zijn van bovenstaand gegeven bij het lezen en interpreteren van de tekst. Verder geldt in het algemeen dat het veld de richtlijn update – en dan in het bijzonder de hoofdstukken over PTSS – als hoge prioriteit beschouwt. Gezien de huidige situatie is besloten dat voor de zorgstandaard, zodra de geüpdatete richtlijn gepubliceerd is, direct een herzieningsverzoek ingediend zal worden. Verder is met de huidige werkgroep overeengekomen dat in de eerstvolgende herziening onderzocht moet worden of er meer aandacht gegeven zou moeten worden aan kwetsbare groepen en de rol van ervaringsdeskundigen.

6. Totstandkoming

6.1 Hoe deze standaard tot stand is gekomen

De standaard is ontwikkeld door een werkgroep met afvaardiging van professionals, patiënten en naasten (voor de samenstelling zie onder 1). Akwa GGZ begeleidt dit proces.

Een conceptversie van de standaard is vervolgens voorgelegd aan beroeps-, branche-, en patiëntenverenigingen in de ggz voor commentaar. Het binnengekomen commentaar is verwerkt door de werkgroep. Daarna zijn de betrokken organisaties (zie onder 6.2) uitgenodigd om de standaard te autoriseren en is de standaard gepubliceerd op [GGZ Standaarden](#), waarmee deze standaard onderdeel is geworden van de professionele standaard voor hulpverleners in de ggz. Van de standaard is een patiëntenversie gemaakt en gepubliceerd op [Thuisarts.nl](#).

6.2 Partijen betrokken waren bij de autorisatiefase

Deze kwaliteitsstandaard is geautoriseerd door de volgende partijen:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- MIND
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGZP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotrauma (NTVP)
- Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)
- Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
- Vereniging EMDR Nederland (VEN)
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)
- de Nederlandse GGZ
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Deze partijen hebben geen bezwaar gemaakt tegen de autorisatie van deze kwaliteitsstandaard:

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- InEen

6.3 Procedure voor onderhoud en herziening

Deze standaard wordt iedere vier jaar getoetst op de vraag of herziening aan de orde is. Deze beoordeling wordt voorbereid door het bureau van Akwa GGZ. De Kwaliteitsraad van Akwa GGZ adviseert het bestuur van Akwa GGZ over de vraag of herziening aan de orde is.

Leden van de Kwaliteitsraad kunnen Akwa GGZ verzoeken de standaard op een eerder moment te beoordelen.

De beoordelingsdatum kunt u vinden op GGZ Standaarden, bij deze standaard onder het tabblad Status.

7. Gebruikers van de standaard

Deze zorgstandaard is geschreven voor zorgverleners van patiënten en hun naasten (ongeacht hun leeftijd) die kampen met klachten of aandoeningen als gevolg van psychotrauma en in het bijzonder met Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De standaard heeft betrekking op het volledige zorgcontinuüm, van vroegsignalering tot en met de behandeling en nazorg.

Deze standaard is bedoeld voor professionals die werken in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), wijkteams, jeugdhulpverlening, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en de hoogspecialistische ggz, zoals academische afdelingen en hoogspecialistische ggz-afdelingen.

8. Betrokkenheid patiënten- en naastenorganisaties

De Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen is geschreven met inachtneming van het patiëntenperspectief en schenkt aandacht aan zelfmanagement van de patiënt en het proces van gezamenlijke besluitvorming. Om het patiëntenperspectief te borgen, zijn meerdere patiënten en hun naasten intensief betrokken geweest bij de totstandkoming van de zorgstandaard. Zij hebben deelgenomen aan de werkgroepen en eveneens aan de stuurgroep voor de eerste versie ([zie](#)

[Betrokken organisaties](#)). Ook hebben zij meegewerkt aan de ontwikkeling van de teksten in de werkgroepen en namen ze deel aan de discussies. Alle ervaringsdeskundigen, zowel vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen [Anoiksis](#) (vereniging voor en door psychosegevoelige mensen) als van [Caleidoscoop](#) (landelijke vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis), zijn als onafhankelijke deelnemers voor deelname getraind door [MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid](#).

Focusgroep en achterbanraadpleging

Bij de start van het ontwikkeltraject (zomer 2015) heeft de projectgroep voor alle ervaringsdeskundigen een focusgroep georganiseerd voor een eerste inventarisatie van de behoeftes, knelpunten en wensen. In de zomer van 2016 is er een achterbanraadpleging uitgevoerd onder leiding van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid en onderzoeksbureau ResCon. In totaal 168 (ex-)patiënten en hun naasten hebben een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen in de zorg bij posttraumatische stressstoornis (PTSS). Daarin is ook gevraagd naar hun ervaringen met en adviezen voor de organisatie van de zorg. Het resultaat van deze inbreng is verwerkt in de zorgstandaard ([zie ook bijlage 11](#)).

Resultaten

Uit de achterbanraadpleging kwamen de volgende bevindingen, wensen, aandachts- en verbeterpunten in de zorg naar voren:

Algemeen voor het gehele zorgcontinuüm

Wees open over het bespreken van de traumatische ervaring. De patiënt en zijn verhaal staan centraal. Dit vergt een holistische benadering met aandacht voor alle levensgebieden. En voor zowel de sterke kanten als de kwetsbaarheden van patiënten. Vooral bij screening en diagnostiek is dit extra van belang. De diagnostiek is bij voorkeur breed en diep. Let op als de patiënt verantwoordelijk is voor kinderen in een gezin, doe dan de [Kindcheck](#). Heb daarin aandacht voor de gevolgen voor het gezin, voor wat men zelf al qua ondersteuning of hulp heeft geregeld en wat er georganiseerd kan of moet worden.

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk uitgangspunt. De goed geïnformeerde patiënt en de zorgverlener nemen samen beslissingen over een individueel zorgplan, met aandacht voor de haalbaarheid binnen de context van de patiënt. Deze gedeelde besluitvorming komt in het gehele behandelproces terug.

Kernwaarden therapeutische relatie

Vrijheid in de keuze van zorgverlener is van groot belang. Patiënten vinden dat bejegening van grote invloed is op de therapeutische relatie. Zij noemen daarbij de volgende kernwaarden:

- Gelijkwaardig aangesproken worden en ruimte krijgen voor eigen inbreng;
- Serieus genomen worden doordat zorgverleners voldoende tijd nemen om met de patiënt te praten en aandachtig naar hun verhaal luisteren;
- Aandacht van zorgverleners voor de signalen die zij uitzenden. Patiënten met een aandoening als gevolg van psychotrauma of stress zijn extra gevoelig voor signalen van zorgverleners. Deze kunnen onbedoeld negatieve gedachten of gevoelens bij patiënten oproepen;
- Helderheid en voorspelbaarheid van de zorgverlener in het handelen en in het maken en nakomen van afspraken. Aandacht daarvoor is, net als respect voor de grenzen van de patiënt, van belang gezien de grensoverschrijdende en onvoorspelbare aard van traumatische ervaringen;
- Kennis bij en aandacht van zorgverleners voor lotgenotencontact en het aanbod daarin;
- Kennis bij en aandacht van zorgverleners of netwerkzorgpartners voor de mogelijke gezinscontext.

Behandeling

Patiënten willen liefst zo snel mogelijk starten met de verwerking van een traumatische ervaring (traumagerichte behandeling). Het is daarbij van groot belang dat zorgverleners een veilige omgeving creëren en na elke (heftige) sessie aandacht hebben voor veilige plekoefeningen en crisisvaardigheden. Heb helder wat dit betekent voor de gezinsleden van de patiënt binnen een gezinscontext en betrek hen er zo mogelijk bij.

De inzet van evidence-based behandeling is het uitgangspunt. Gebruik vaktherapie zo nodig als aanvulling voor verbale therapieën. Zo kan via vaktherapie aandacht worden besteed aan de fysieke gevolgen van de aandoening.

Evaluatie moet op maat zijn. Zorgverlener en patiënten stellen samen de evaluatiefrequentie vast. Evaluaties kunnen tot een nieuw diagnostisch proces leiden.

Aandacht voor de overgang tussen jeugd- en volwassenenzorg (18- en 18+) is van groot belang.

Aandacht voor (de mate van) betrokkenheid van ouders (16- en 16+; 12- en 12+) is ook van groot belang.

Naasten

Omdat het ervaren van sociale steun van groot belang is bij het voorkomen en het herstel van psychotraumatische stress, verdient het informeren en betrekken van naasten nadrukkelijk aandacht. Met heldere, goede uitleg over de symptomen van posttraumatische stress kan worden voorkomen dat er misverstanden ontstaan over het gedrag van een getroffene. Een voorbeeld is het vermijden van plaatsen waar veel mensen bijeenkomen, zoals verjaardagsfeestjes, winkels, of pretparken. Een getroffene voelt zich onveilig omdat er geen oog op vermeend gevaar kan worden gehouden. Voor naasten kan dit als onbegrijpelijk overkomen. Zij zien immers geen gevaar. Een ander voorbeeld is het 's nachts herhaaldelijk wakker schrikken uit nachtmerries. Het kan enige geruststelling bieden wanneer naasten goede uitleg krijgen over deze symptomen en over het verband met meegemaakte gebeurtenissen (zie voor meer algemene informatie over naasten [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

9. Kwaliteitsstatuut

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de curatieve GGZ te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de Zorgstandaard Psychotrauma.

10. Financiering van deze standaard

De totstandkoming van deze standaard is gefinancierd door Akwa GGZ. Akwa GGZ wordt in opdracht van het ministerie van VWS gefinancierd door ZonMw.

11. Deze standaard is opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland

Op 14 september 2021 is deze kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

Het Register bevat alle kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het Toetsingskader. Dit kader toetst of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.