

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 31-03-2021 om 10:22. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie>

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

Generieke module
Vaktherapie

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Introductie	6
2. Samenvatting	8
2.1 Samenvatting	8
2.1.1 Het onderwerp van de module	8
2.1.2 Patiëntenperspectief	8
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	9
2.1.4 Organisatie van zorg	11
3. Inleiding	13
3.1 Algemeen	13
3.1.1 Vaktherapie: doel en werkwijze	13
3.1.2 Theoretisch kader	14
3.1.3 Setting	14
3.1.4 Opleiding en ontwikkeling vaktherapie	15
3.2 Doelstelling van deze standaard	15
3.3 Doelgroepen van deze standaard	15
3.4 Uitgangspunten	15
3.4.1 Algemeen	15
3.4.2 Uitgangspunten bij deze module	16
3.4.3 Transdiagnostische factoren	16
3.5 Deze standaard staat in het Register	17
4. Patiëntenperspectief	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Wensen en ervaringen van patiënten	18
4.2.1 Doel van de zorg	18
4.2.2 Achterbanraadpleging vaktherapie	19
4.2.3 Vraagstelling	19
4.2.4 Focus van zorg	19
4.2.5 Vorm van zorg: regie en relatie in triade	20
4.2.6 Inhoud van zorg	20
4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	20
4.3.1 Tabel: Kwaliteitsdomeinen en hun uitwerking	21
4.3.2 Focus van zorg	21
4.3.3 Vorm van zorg	22
4.3.4 Inhoud van zorg	22
4.3.5 Eisen aan zorg	22

5. Vaktherapie in de zorg	23
5.1 Inleiding	23
5.1.1 Omschrijving vaktherapie en vakdisciplines	23
5.1.2 Beeldende therapie	23
5.1.3 Danstherapie	23
5.1.4 Dramatherapie	24
5.1.5 Muziektherapie	24
5.1.6 Psychomotorische therapie	24
5.1.7 Psychomotorische kindtherapie (PMKT)	25
5.1.8 Speltherapie	25
5.1.9 Persoonsgerichte naast klachtgerichte benadering	25
5.1.10 Theoretisch kader	26
5.2 Doel en werkwijzen	26
5.2.1 Klachtgericht	26
5.2.2 Persoonsgericht	27
5.2.3 Het generieke van vaktherapie	27
5.2.4 Persoonsgerichte benadering en welbevinden	28
5.2.5 Stoornissen, klachten en problemen en transdiagnostische factoren	30
5.2.6 1. In termen van stoornissen	30
5.2.7 2. In termen van klachten en problemen	31
5.2.8 3. In termen van transdiagnostische factoren	32
5.2.9 Tabel: Transdiagnostische factoren	32
5.3 Vroege onderkenning en preventie	33
5.3.1 Vroege herkenning	33
5.3.2 Preventie	33
5.4 Diagnostiek	34
5.4.1 Aanvullende informatie	34
5.5 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	35
5.5.1 Voor wie is vaktherapie bedoeld?	35
5.5.2 Setting en behandelaanbod	35
5.5.3 Gezamenlijke besluitvorming	36
5.5.4 Stappen in behandeling en begeleiding	37
5.5.5 Behandeldoelen	38
5.5.6 Structuur van de behandeling	39
5.5.7 Behandelplan	39
5.5.8 Inhoud van de behandeling	40
5.5.9 Effecten en bijwerkingen	40
5.5.10 Terugvalpreventie	41
5.5.11 Zelfmanagement	42
5.6 Monitoring	42
5.6.1 Monitoring	42

5.6.2 Evaluatie	42
5.6.3 Figuur 'patient journey'	43
5.7 Herstel, participatie en re-integratie	44
6. Organisatie van zorg	46
6.1 Inleiding	46
6.1.1 Toeleiding naar vaktherapie	46
6.1.2 Figuur Stroomdiagram: toeleiding naar vaktherapie	47
6.2 Betrokken zorgverleners	48
6.2.1 Werkvelden	48
6.2.2 Figuur: Waar werken vaktherapeuten?	49
6.2.3 Herkenbare beroepsgroep	49
6.2.4 Inzetbaarheid	50
6.3 Samenwerking	50
6.4 Competenties	51
6.4.1 Generieke competenties	51
6.4.2 Basiskennis en basisvaardigheden	52
6.5 Kwaliteitsbeleid	52
6.5.1 Kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering	52
6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	53
6.6.1 Productontwikkeling	53
6.7 Financiering	54
6.7.1 Algemeen	54
6.7.2 Financiering Vaktherapie	54
6.7.3 Zvw en Wlz	54
6.7.4 Gemeenten	55
6.7.5 Aanvullende verzekering, eigen betaling	55
6.7.6 Werkgevers	55
7. Kwaliteitsindicatoren	56
7.1 5. Kwaliteitsindicatoren	56
8. Implementatieplan	57
8.1 Kwaliteitsstandaarden	57
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	58
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	59
8.4 Bestaande afspraken	59
8.5 Algemene implementatie thema's	59
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	60
8.5.2 Samenwerking	61
8.5.3 Capaciteit	62

8.5.4 Behandelaanbod	63
8.5.5 Financiering	63
8.5.6 ICT	64
8.6 Specifieke implementatie thema's	65
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	65
8.6.2 Samenwerking	66
8.6.3 Capaciteit	66
8.6.4 Behandelaanbod	66
8.6.5 Financiering	66
8.6.6 ICT	66
9. Achtergronddocumenten	68
9.1 Transdiagnostische factoren en vaktherapie	68
9.1.1 Transdiagnostische factoren	68
9.1.2 Literatuurstudie	69
9.1.3 Waarneming	69
9.1.4 Arousal	72
9.1.5 Executieve functies	74
9.1.6 Emotieregulatie	75
9.1.7 Verlies	76
9.1.8 Regelsystemen / lichaamsritmen	77
9.1.9 Sociale interactie	78
9.2 Samenstelling werkgroep	79
9.3 Enkele data achterbanraadpleging	81
9.3.1 Respondenten	82
9.3.2 Resultaten	82
9.4 Achterbanraadpleging vaktherapie	83
9.5 Informatief beeldmateriaal	83
9.6 Vaktherapeutische interventies	84
9.7 Proces- en uitkomstmonitoring	87
9.7.1 Procesmonitoring	87
9.7.2 Uitkomstmonitoring	88
9.8 Verdieping	89
9.8.1 Reguliere preventie	89
9.9 Literatuur	90

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

Vaktherapie is een manier van behandelen van psychosociale en psychische problematiek waarbij de nadruk ligt op [doen en ervaren](#), en minder op praten. Door gerichte oefeningen en werkvormen kun je jouw problematiek onderzoeken en jouw emoties en gedachten daarbij vormgeven. Door de ervaringen die je zo opdoet, werk je aan bewustwording en kun je nieuwe inzichten verwerven. Je leert bijvoorbeeld op andere manieren te reageren op situaties of gevoelens. Zo kun je nieuwe mogelijkheden ontdekken en vaste patronen doorbreken.

Onder vaktherapie vallen:

1. beeldende therapie;
2. danstherapie;
3. dramatherapie;
4. muziektherapie;
5. psychomotorische therapie;
6. psychomotorische kindtherapie;
7. speltherapie.

De generieke module Vaktherapie geeft helderheid over de plek en rol van vaktherapie in het behandeltraject. Vaktherapeuten behandelen niet de stoornis zelf, maar onderliggende, [transdiagnostische factoren](#), zoals waarnemen, verlies en emotieregulatie. Ook kan de generieke module patiënten helpen in hun [keuze](#) voor een van de 7 disciplines van vaktherapie.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Vaktherapie ondersteunt de patiënt bij het ontdekken en veranderen van dysfunctionele manieren die in het verleden zijn ontstaan en in het heden voor klachten zorgen. De vaktherapeut creëert een context waarin patiënten nieuwe ervaringen opdoen die een trigger kunnen zijn tot verandering. In de verschillende werkvormen van vaktherapie (dans, drama, beeldend werken en muziek, spel, beweging of lichaamsgericht) wordt de patiënt uitgenodigd om door te 'doen en ervaren in dit moment' zijn eigen manieren van waarnemen, denken, voelen en handelen te ontdekken.

De generieke module beschrijft inhoud en organisatie van de onderscheiden vaktherapieën: *beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische (kinder)therapie en speltherapie*.

De patiënt kan binnen vaktherapie aan verschillende behandeldoelen werken, gericht op o.a.:

Dit zijn stoornisoverstijgende doelen, waarbij vaktherapie zich richt op belangrijke z.g. transdiagnostische factoren (zie voor een overzicht schema 2) Deze factoren kunnen een rol spelen bij uiteenlopende stoornissen, met name angststoornissen, autismespectrumstoornissen, depressieve stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, schizofrenie- en andere psychotische stoornissen, somatisch symptoomstoornis en verwante stoornissen, en voedings- en eetstoornissen.

2.1.2 Patiëntenperspectief

Klachtgerichte vaktherapie helpt de patiënt bij het opheffen, verminderen of accepteren van lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische of psychosociale problematiek en ondersteunt hen om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen.

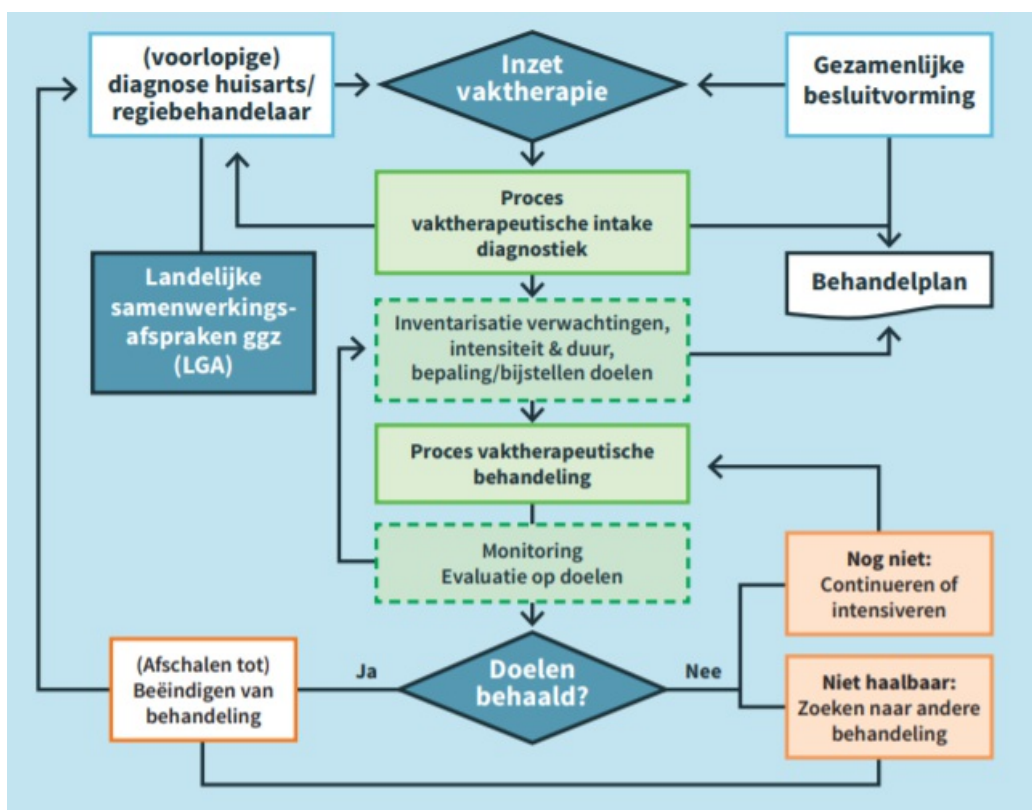
Persoonsgerichte toepassing betekent aandacht geven aan de sterke kanten van de patiënt en het bevorderen van diens welbevinden, kwaliteit van leven en persoonlijke ontwikkeling. In vaktherapie staat, naast het praten over die mogelijkheden, het ervaren van de patiënt centraal. Op die manier

ondersteunt de vaktherapeut, op een andere manier dan in verbale therapie, patiënten bij het vergroten van hun welbevinden en hun emotieregulatie (zoals het uiten van gedachten en gevoelens, opkomen voor eigen behoeftes, eigen keuzes leren maken) en het reguleren van spanning. De hulpvraag en het persoonlijk verhaal van de patiënt zijn altijd het startpunt voor de zorg of behandeling.

Het herstelproces van de patiënt is leidend voor tempo en verloop van de behandeling. Er wordt voortdurend aansluiting gezocht bij de wensen en behoeften van de persoon die centraal staat. De vaktherapeut stimuleert het zelfinzicht van de patiënt en geeft hem zoveel mogelijk verantwoordelijkheid. De vaktherapeut vervult de rol van adviseur of coach. De patiënt houdt, waar mogelijk, de regie.

In de vaktherapeutische praktijk worden de naasten alleen betrokken op vraag van de patiënt zelf of op indicatie van de betrokken hulpverlener. Zo nodig betreft de vaktherapeut het welzijnsdomein bij de zorg. Hij beschikt over de relevante competenties en kwalificaties en heeft zicht op het aanbod van mogelijkheden in zorg en welzijn (inclusief patiëntenorganisaties).

De patiënt kan wisselen van hulpverlener als de klik ontbreekt of de voortgang stagneert. Patiënten benadrukken het belang van geïnformeerd worden over de mogelijkheden van de vaktherapeutische behandelingen, zodat zij zelf kunnen kiezen voor deze vorm van zorg. Zij waarderen vaktherapeutische hulp bij hun herstel vanwege het accent op ervaren, het op een andere manier leren omgaan met gevoelens en de ervaringsgerichte manier van werken.



2.1.3 Kernelementen van goede zorg

Vroege onderkenning en preventie

Vaktherapie wordt ingezet nadat een verwijzing vanwege al gesignaleerde problemen of klachten heeft plaatsgevonden. Personen kunnen bij een (vrijgevestigde) vaktherapeut komen vanuit hun eigen behoefte aan hun gezondheid te werken of klachten en problemen te voorkomen, of op verwijzing van de huisarts.

Gericht op preventie kunnen de genoemde transdiagnostische factoren houvast bieden voor een door de patiënt en de vaktherapeut samen gedragen programma.

Diagnostiek

Patiënt (en diens naaste) en hulpverlener treden in overleg om (voorlopige) antwoorden te formuleren op twee vragen:

1. Wat is je probleem?
2. Hoe is het zo gekomen?

In het onderzoek naar de aard, oorzaken en instandhoudende factoren van de problematiek en naar de mogelijkheden van de patiënt gebruikt de vaktherapeut de specifieke kenmerken van zijn vorm van vaktherapie. Bij psychomotorische diagnostiek bijvoorbeeld geeft de omgang van de patiënt met lichamelijke en bewegen informatie over zijn problematiek, bij beeldende therapie zijn omgang met beeldende materialen, gereedschap of technieken. De conclusies bespreekt de vaktherapeut met de patiënt. Het diagnostisch proces resulteert in een beschrijving van de manier waarop de patiënt denkt, voelt en handelt en hoe hij zich uitdrukt en vormgeeft binnen de vaktherapeutische discipline. Bij vaktherapie op indicatie van een regiebehandelaar of huisarts vindt met hen afstemming plaats over de uitkomsten van deze diagnostiek.

Behandeling en begeleiding

Vaktherapie is maatwerk waarin zeer uiteenlopende klachten en problemen behandeld kunnen worden. Het verloop van een vaktherapeutische behandeling is even divers. Er is een grote keuze uit de verschillende werkvormen van dans, drama, beeldend, muziek en beweging. In het proces van diagnose, indicatie en behandeling bepalen vaktherapeut en patiënt gezamenlijk de doelen en de aanpak (wat gaan we doen, hoe verloopt de therapie en wat is de verwachte opbrengst?). Afhankelijk van de setting vindt ook afstemming plaats met de regiebehandelaar.

Monitoring

Bij het regelmatig evalueren van de toestand van de patiënt zijn patiënt, vaktherapeut en eventueel de huisarts of de regiebehandelaar betrokken. Zowel het proces van zorg (bijvoorbeeld de afstemming van de vaktherapeut op de patiënt, aansluiting op hulpvraag, keuze behandelvorm en specifieke vaktherapie) als de (voorlopige) resultaten van de behandeling (doelen en subdoelen, tevredenheid van de patiënt) worden geëvalueerd. De frequentie van monitoring en de wijze waarop (mondeling, met behulp van vragenlijsten) worden afgesproken met de patiënt en eventueel huisarts of regiebehandelaar. De resultaten van de evaluaties worden besproken met de patiënt, beschreven in het dossier en meegenomen in het vervolg van de behandeling.

Herstel, participatie en re-integratie

In de langdurende ggz wordt vaktherapie ingezet bij terugvalpreventie en herstelondersteuning met als basis een samenhangende visie op herstel: op de eigen kracht, burgerschap en eigen regie, met erkenning van de ervaringskennis van patiënten, hun familie en sociale netwerk of persoonlijk steunsysteem. Voor een patiënt betekent herstel het persoonlijke proces waarin hij met een eventuele beperking in het functioneren probeert de draad weer op te pakken en zijn leven opnieuw inhoud en richting te geven.

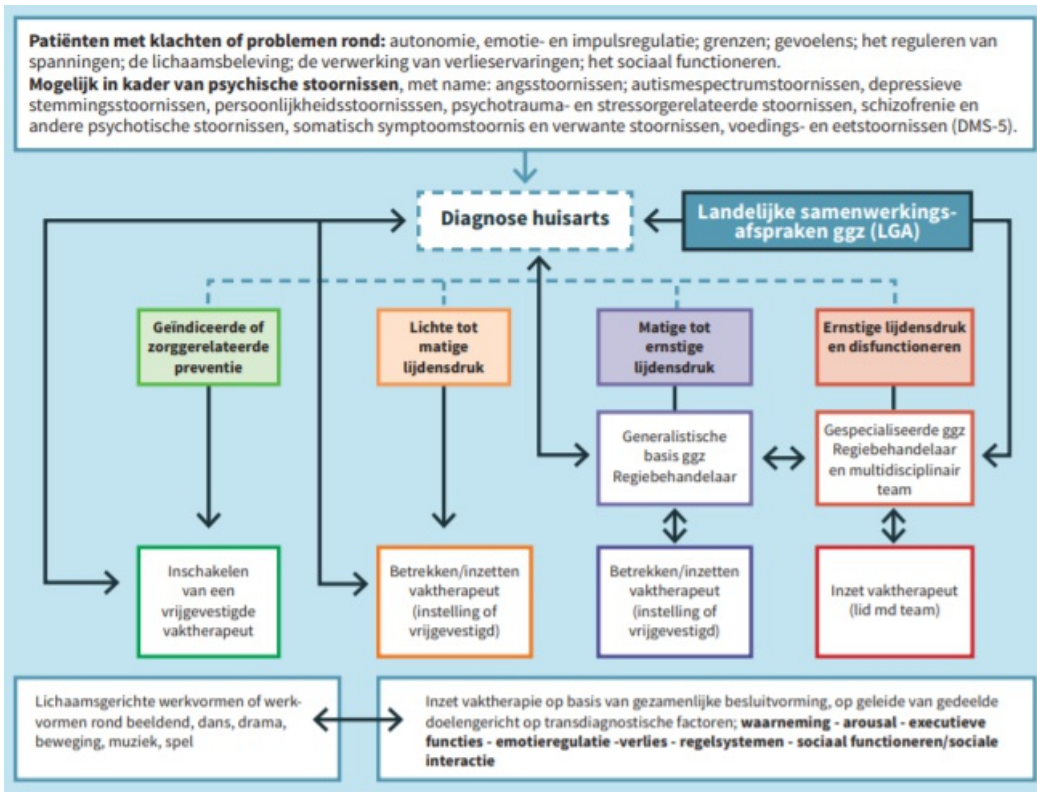
Behandeling, zorg en ondersteuning staan ten dienste van dit proces.

2.1.4 Organisatie van zorg

Vaktherapeuten werken onder verantwoordelijkheid van een huisarts, regiebehandelaar of als zelfstandig gevestigd vaktherapeut. Vaktherapeuten kunnen worden ingezet met collega's uit (andere) vaktherapeutische disciplines en met collega's uit andere behandel disciplines (interprofessioneel). Er is flexibiliteit in het zorgaanbod (op- en afschalen, avond/weekend).

Vaktherapie kan worden ingezet in de ggz (inclusief kinder- en jeugdpsychiatrie verslavingszorg en forensische psychiatrie); verstandelijk-gehandicaptenzorg; jeugdzorg; speciaal onderwijs; revalidatie; psychogeriatric; verpleeghuiszorg; hulpverlening aan asielzoekers/vluchtelingen; ziekenhuiszorg; welzijnswerk en palliatieve zorg.

In behandelinstellingen werken vaak meerdere vaktherapeutische disciplines binnen een groot behandelteam of zorgprogramma. Vaktherapeuten kunnen zich specialiseren in de behandeling van specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld verslavingszorg, persoonlijkheidsstoornissen, mensen met ernstige trauma's) of binnen bepaalde zorgprogramma's vanuit de keuze voor specifieke methodieken. Vaktherapeuten werken met mensen uit alle leeftijdsgroepen (ouderen, volwassenen, jeugdigen en kinderen).



3. Inleiding

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

3.1 Algemeen

Vaktherapie is een behandelvorm voor mensen met een psychische aandoening en psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruikgemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze. Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende therapievormen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindtherapie en speltherapie. De toepassing van vaktherapie kent een lange traditie in de ggz, ook internationaal gezien. Voor meer informatie: zie [FVB vaktherapie](#).

3.1.1 Vaktherapie: doel en werkwijze

Het doel van vaktherapie is enerzijds klachtgericht. De therapievormen beogen om patiënten te ondersteunen om lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische, psychosociale of psychische problematiek op te heffen, te verminderen of te accepteren en om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen. De hulpvraag van de patiënt is het uitgangspunt voor de behandeling. Anderzijds is het doel van vaktherapie persoonsgericht: de bevordering van het welbevinden, de kwaliteit van leven en de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt (zie ook [Vaktherapie: doel en werkwijzen](#)).

Persoonsgerichtheid

Er is aandacht voor de sterke kanten van de patiënt en het bevorderen van succeservaringen. Er wordt actief met de patiënt gezocht naar manieren om contact met medepatiënten te maken, de autonomie te bevorderen, authentieker te kunnen zijn, en eigen keuzes te kunnen maken.

Bron: Smallegoor & Vojtechovsky, 2014; Buster et al., 2014.

Het vermogen tot expressie wordt gestimuleerd en de zeggenschap over het eigen leven kan verder worden ontwikkeld.

Bron: Van Dokkum, 2011.

Ook is er oog voor de balans tussen de eigen kracht en de omgeving. Door deze persoonsgericht focus wordt niet alleen symptoom- en klachtgericht gewerkt. Ook het welbevinden, zelfvertrouwen en/of de motivatie tot verandering van een patiënt kan toenemen.

Aanbod

Binnen de doelstellingen biedt de vaktherapeut vroegonderkenning, preventie, ondersteuning, observatie, diagnostiek, behandeling en/of training.

De vaktherapeut zet de patiënt doelgericht aan tot ervaren, vormgeven en handelen in de bij de discipline passende werkvormen en nodigt hem uit tot bewustwording, betekenisverlening, ontwikkeling en training/verandering (zie ook [Wat is vaktherapie?](#)) In dit proces zijn waarnemen, denken, voelen, willen en handelen voortdurend betrokken. Enerzijds kunnen niet of moeilijk onder woorden te brengen thema's via het ervaringsgerichte werken aan bod komen. Anderzijds kunnen waar nodig juist emoties weer toegankelijk gemaakt worden wanneer bij het verwoorden het contact met de eigen ervaring ontbreekt.

Tijdens vaktherapie kan de patiënt oefenen met diverse handelingen en leren om op een andere of nieuwe manier te reageren op (complexe) situaties of emoties en andere, nieuwe kanten van zichzelf ontwikkelen. Vanuit de nieuwe ervaringen bij deze diverse handelingen kan de patiënt meer inzicht krijgen in zichzelf, de ander en de wereld om zich heen. Vervolgens kan met de patiënt gezocht worden naar nieuwe mogelijkheden van reageren in het dagelijks leven.

3.1.2 Theoretisch kader

Alle vaktherapeuten maken methodisch gebruik van ervaringsgerichte werkwijzen, binnen verschillende theoretische kaders. Deze kaders worden ontleend aan zowel psychotherapeutische stromingen als specifieke vaktherapeutische behandelvisies. De theoretische principes die in de vaktherapie gebruikt worden lenen zich goed voor een ervaringsgerichte aanpak.

Bron: Borgesius & Visser, 2015.

3.1.3 Setting

De vaktherapeut kan zowel werkzaam zijn in de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz als in andere werkvelden (zie [Betrokken hulpverleners](#)), binnen een instelling en/of vanuit een vrijgevestigde praktijk. Wanneer er gewerkt rond een psychische aandoening, kan vaktherapie in samenspraak met een regiebehandelaar worden aangeboden.

Wanneer er gewerkt rond een psychische aandoening, kan vaktherapie in samenspraak met een regiebehandelaar worden aangeboden. : Per 2017 kent de ggz een regiebehandelaar in plaats van een hoofdbehandelaar. Zie model kwaliteitsstatuut ggz. [Meer informatie](#)

Vaktherapie kan als een op zichzelf staande behandeling worden aangeboden, als aanvulling of ondersteuning gegeven worden van een behandeling door één of meer andere disciplines, of in een

bepaalde fase van de behandeling worden ingezet.

Vaktherapie is stevig in de praktijk van de ggz ingebed en heeft een plaats in diverse behandelprogramma's en zorgstandaarden.

3.1.4 Opleiding en ontwikkeling vaktherapie

Vaktherapie wordt toegepast door professionals die een erkende vaktherapeutische opleiding op tenminste bachelorniveau hebben afgerond. Vaktherapeutische interventies zijn onderbouwd door praktijkgericht en/of wetenschappelijk onderzoek of consensus-based. Daarnaast worden vaktherapeuten gestimuleerd om – als eerste stap in kennisontwikkeling - interventies te beschrijven volgens een door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) erkend format.

3.2 Doelstelling van deze standaard

De doelstelling van de generieke module Vaktherapie is het beschrijven van de verschillende aspecten die een rol spelen in goede vaktherapeutische zorg, zodat duidelijk kan worden voor welke patiënten met welke klachten of problemen vaktherapie betekenisvol kan zijn.

3.3 Doelgroepen van deze standaard

De module is bedoeld voor patiënten en hun naasten en voor de verschillende betrokken (zorg)professionals, verwijzers en zorgverzekeraars. Deze professionals werken in alle echelons van de ggz: de huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ), de generalistische basis ggz (GB GGZ) en de gespecialiseerde ggz (S GGZ).

Vanuit andere zorgstandaarden en generieke modules kan naar deze module worden verwezen. De module heeft ook een functie in het kader van scholing van vaktherapeuten en van toekomstig onderzoek.

3.4 Uitgangspunten

3.4.1 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional 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 beschreven 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 zijn 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.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.4.2 Uitgangspunten bij deze module

Er golden 3 uitgangspunten bij de ontwikkeling van de generieke module Vaktherapie:

1. De module is gebaseerd op de bestaande vaktherapeutische praktijk. Deze is deels gebouwd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Daar waar er nog te weinig bewijs is gebleken uit het onderzoek, is de praktijk gebaseerd op consensus tussen vakgenoten.
2. In de vaktherapeutische praktijk wordt in veel gevallen gewerkt aan specifieke psychische aandoeningen van patiënten, zoals beschreven in de DSM-systematiek.
3. In de vaktherapeutische praktijk wordt in veel gevallen aan doelen en processen die specifieke diagnoses overstijgen, transdiagnostisch zijn. Om die reden is in de generieke module aansluiting gezocht bij de transdiagnostische benadering van de vaktherapie.

In de generieke module Vaktherapie worden klachten en problemen van patiënten in verband gebracht met een aantal transdiagnostische factoren met als doel de indicatie voor de behandeling verder aan te scherpen.

Bron: Heycop et al., 2014.

De generieke module Vaktherapie zet de eerste stap in deze ontwikkeling.

3.4.3 Transdiagnostische factoren

De focus ligt in deze module op een geselecteerd aantal transdiagnostische factoren:

- waarnemen
- arousal
- executieve functies
- emotieregulatie
- verlieservaringen
- sociaal functioneren / sociale interactie
- ritmes en regelsystemen

In achtergronddocument [Transdiagnostische factoren en vaktherapie](#) worden deze factoren in relatie tot de DSM-5-categorisering nader uiteengezet, met name aangaande: angststoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, autismespectrumstoornis, voedings- en eetstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, en somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen.

worden deze factoren in relatie tot de DSM-5-categorisering nader uiteengezet, met name aangaande: angststoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, autismespectrumstoornis, voedings- en eetstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, en somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. : Het beleid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen is om in de komende jaren de relevantie van Vaktherapie in het kader van de behandeling van deze stoornissen prioriteit te verlenen.

Vaktherapie kan ook ingezet worden bij hulpvragen die meer medisch georiënteerd zijn, zoals bij niet aangeboren hersenletsel (NAH), patiënten die met chronische pijnklachten binnen de revalidatiegeneeskunde worden geholpen en bij bijvoorbeeld agressieproblematiek van mensen met verstandelijke handicaps. Omdat deze vormen van zorg en behandeling niet tot de verzekerde zorg in de ggz behoren worden zij in de generieke module Vaktherapie niet besproken.

3.5 Deze standaard staat in het Register

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

4.1 Inleiding

Vanuit het patiëntenperspectief staan het individueel zorgplan, het voeren van eigen regie en zelfmanagement, en gezamenlijke besluitvorming centraal. Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) heeft in het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de Basisset Kwaliteitscriteria GGz

Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) heeft in het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de Basisset Kwaliteitscriteria GGz: Zie Basisset Kwaliteitscriteria GGz. Zie ook: Van der Stel, 2012.

[Meer informatie](#)

Bron: LPGGz, 2015a

de bouwstenen voor zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten geconcretiseerd.

Bron: Van der Stel, 2012.

Deze beschrijven wat mensen met psychische klachten en hun naasten belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg en vormen het uitgangspunt van de module. Zij benadrukken dat gezondheid in wezen gaat over veerkracht en vitaliteit. Een mens met psychische klachten wil zijn leven kunnen leiden, zich zoveel mogelijk zelfstandig handhaven en binnen de grenzen van zijn mogelijkheden en ondanks ziekten, zorgen of beperkingen kunnen deelnemen aan de samenleving. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal, richt de focus waar mogelijk op zelfmanagement en eigen regie en stimuleert eigen kracht en zelfredzaamheid. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: zie de mens, niet het etiket.

4.2 Wensen en ervaringen van patiënten

4.2.1 Doel van de zorg

Het doel van de zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van mensen met psychische klachten. Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is hier geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, emotionele en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber et al., 2016.

4.2.2 Achterbanraadpleging vaktherapie

Een achterbanraadpleging heeft plaatsgevonden bij (ex-)patiënten en hun naasten met als doel te achterhalen wat de achterban vindt van vaktherapie. De resultaten geven een indruk van het belang van vaktherapie voor patiënten en van hun ervaringen en wensen. De resultaten die verband houden met de domeinen van zorg en de kwaliteitscriteria uit patiëntenperspectief (zie [Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief](#)) worden besproken. Zie verder achtergronddocument [Enkele data achterbanraadpleging vaktherapie](#) en [Achterbanraadpleging vaktherapie](#).

4.2.3 Vraagstelling

Behalve naar de achtergrond van de respondent (leeftijd, geslacht, psychiatrische diagnose(n)) werden deelnemers aan de enquête gevraagd naar hun vaktherapeutische geschiedenis (toeleiding en keuze; frequentie, vorm en context van de behandeling (groep of individueel; ambulant, opname of vrijgevestigd). Vervolgens werd hun gevraagd de helpende aspecten van de gevolgde vaktherapie aan te geven en hun ervaring ermee (hoe verliep de samenwerking?). Er werd gevraagd een rapportcijfer te geven. Ten slotte konden deelnemers hun behoefte aan inzet van vaktherapie aangeven. De vragenlijst bestond uit gesloten vragen waarop eventueel een toelichting gegeven kon worden via open vragen.

De vragenlijst is voorgelegd aan patiënten met en zonder ervaring met vaktherapie en hun naasten. De groep 'patiënten zonder ervaring met vaktherapie en hun naasten' is meegenomen om helder te krijgen waar vaktherapie aan zou moeten voldoen zodat de patiënten tot een afgewogen keuze voor vaktherapie kunnen komen.

4.2.4 Focus van zorg

Patiënten en naasten geven aan dat patiënten vaktherapie vooral willen gebruiken voor het vergroten van hun welbevinden en hun emotieregulatie (zoals het uiten van gedachten en gevoelens, opkomen voor eigen behoeftes, eigen keuzes leren maken). Daarnaast vinden zij het reguleren van spanning van belang. Vaktherapie aansluit bij de wensen en behoeftes van de patiënt, en hij leert hoe hij de opgedane ervaringen kan vertalen naar het dagelijks leven. Die combinatie geeft een andere en meer rechtstreekse ingang in (bijvoorbeeld) emoties die het zelfmanagement in de weg kunnen zitten. Zo wordt zelfmanagement een doorleefde werkelijkheid.

4.2.5 Vorm van zorg: regie en relatie in triade

Rondom regie van zorg blijkt dat een minderheid van de patiënten (21%) uit eigen initiatief vaktherapie volgt. Uit de antwoorden op de open vragen komt soms naar voren dat vaktherapie een standaard onderdeel van behandeling was of deelname verplicht binnen opname. Het grootste deel van de patiënten volgt vaktherapie op advies/initiatief van hulpverleners of de instelling. Er is niet onderzocht of de toeleiding naar vaktherapie invloed heeft gehad op de waardering ervan.

Rondom de relatie in triade blijkt dat naasten:

- de samenwerking tussen patiënt en hulpverlener belangrijker vinden dan dat patiënten dat waarderen;
- de samenwerking tussen patiënt en vaktherapeut iets hoger inschatten dan de patiënt zelf;
- de samenwerking tussen patiënt en vaktherapeut iets hoger inschatten dan de patiënten zelf.

De samenwerking tussen de patiënt en de vaktherapeut is gemeten met de Werkalliantievragenlijst (WAV).

Bron: Horvath et al., 1989, 1991, 2011.

Stinckens et al., 2009

De vragenlijst onderscheidt vier aspecten van de therapeutische relatie: wederzijds respect, overeenstemming op wat belangrijk is om aan te werken, gezamenlijke besluitvorming, vertrouwen in behandeling. Op alle aspecten waarderen de naasten de samenwerking iets beter dan de patiënten. De gemiddelde waardering over die aspecten (Meer informatie vindt u in achtergronddocument [Enkele data achterbanraadpleging](#)).

4.2.6 Inhoud van zorg

Voor patiënten is met name het op een andere manier werken aan problemen een belangrijk motief in de keuze voor vaktherapie, naast de specifieke plek waar de hulp wordt geboden. De patiënten geven aan dat de vaktherapeutische hulp van belang is voor het herstel doordat:

- het accent niet ligt op praten maar op ervaren;
- er op een andere manier wordt geleerd om te gaan met gevoelens;
- deze andere manier van werken helpend was in het herstel.

Voor patiënten lijkt de nadruk op het ervaringsgerichte werken een aspect te zijn van zorg op maat leveren.

4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het zorgproces kan opgedeeld worden in vier etappes. In elke etappe wordt een aantal vragen gesteld:

Bron: Mors & Kamevaar, 2015.

1. Wat is je probleem en hoe is het zo gekomen (diagnose)?
2. Wat wil je bereiken en wat pakken we aan (indicatie)?
3. Wat gaan we doen en wat is het resultaat (therapie)?
4. Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder (evaluatie)?

Bij 'kwaliteit van zorg' gaat het om in hoeverre de praktijk van de feitelijke zorg overeenkomt met de criteria van wenselijke zorg.

Bron: Donabedian, A. 1980

Er kan een verschil bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt en hulpverlener. Door per etappe de genoemde vragen te gebruiken als uitgangspunt, kunnen zij werken aan een gezamenlijke perceptie. 'Kwaliteit van zorg' vanuit het patiëntenperspectief is door Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Bron: LPGGz, 2015b.

uitgewerkt in vier domeinen. Deze zijn schematisch weergegeven in [tabel](#).

4.3.1 Tabel: Kwaliteitsdomeinen en hun uitwerking

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden. <i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt. <i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk. <i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen. <i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

4.3.2 Focus van zorg

De zorg is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt en het herstellen van diens veerkracht en vitaliteit op basis van diens wensen en behoeften. De hulpverlener stimuleert het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de patiënt, waardoor deze met inachtneming van zijn wensen, behoeften en mogelijkheden zo veel mogelijk weer onafhankelijk van hulpverleners verder kan leven in zijn leefomgeving een deel kan nemen aan de samenleving.

4.3.3 Vorm van zorg

Het persoonlijke verhaal van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de hulpverlener probeert aan te sluiten bij het verklaringsmodel en de betekenisverlening van de patiënt. De patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg en zijn leven. De hulpverlener volgt het tempo van het herstelproces van de patiënt en wijst de patiënt op mogelijkheden van lotgenotencontact. De hulpverlener betreft de naasten bij het zelfmanagement van de patiënt en heeft oog voor hun welzijn.

4.3.4 Inhoud van zorg

De hulpverlener verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de hulpverlener. Ervaringsdeskundigen worden ingezet als rolmodel, zodat de patiënt zich bewust kan worden van zijn mogelijkheden en hoop kan krijgen voor de toekomst. De hulpverlener blijft het zelfinzicht van de patiënt stimuleren en geeft de patiënt zo veel mogelijk verantwoordelijkheid. Zo nodig betreft de hulpverlener het welzijnsdomein bij de zorg.

4.3.5 Eisen aan zorg

De hulpverlener voldoet aan de relevante competenties en beschikt over de adequate kwalificaties. Hij vervult de rol van adviseur/coach bij zelfmanagement en neemt de wensen en de behoeften van de patiënt serieus. De patiënt kan wisselen van hulpverlener indien de klik ontbreekt of de voortgang stagneert. De hulpverlener heeft zicht op het aanbod aan mogelijkheden in zorg en welzijn (inclusief patiëntenorganisaties). Er is flexibiliteit in het zorgaanbod (op- en afschalen, avond/weekend).

5. Vaktherapie in de zorg

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

5.1 Inleiding

In Vaktherapie in de zorg wordt het onderscheidende karakter van vaktherapie ten opzichte van andere behandelingen inzichtelijk. Het schetst een beeld van vaktherapie en verduidelijkt de rol die vaktherapeuten kunnen spelen in de verschillende stadia van het zorgproces. Er is ook aandacht voor de monitoring van de voortgang van herstel als gevolg van vaktherapie. In de generieke module Vaktherapie worden de verschillende interventies beschreven en gevat onder de naam vaktherapie.

5.1.1 Omschrijving vaktherapie en vakdisciplines

Vaktherapie is een behandelvorm voor mensen met een psychische aandoening en psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruikgemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze. De vakdisciplines zijn: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindertherapie en speltherapie. Systematische inzet van werkvormen, materialen en technieken in deze disciplines zijn het voertuig voor de beroepsuitvoering. De problematiek van de patiënt komt 'al doende' naar voren en dit leidt tot ervaringen die effect hebben op deze problematiek. De overeenkomsten in de manier waarop vaktherapeuten in en vanuit hun vakdiscipline een therapeutische relatie opbouwen, redeneren, diagnosticeren en behandelen, maakt hen tot één herkenbare groep van beroepen binnen de ggz. Zie het beroepscompetentieprofiel [GZ-vaktherapeut](#).

In de korte omschrijving van de verschillende vormen van vaktherapie komen de specifieke eigen kenmerken en mogelijkheden naar voren van waaruit klachten en problemen behandeld worden. Ter illustratie is bovendien van elke vaktherapie beeldmateriaal beschikbaar (zie achtergronddocument [Informatief beeldmateriaal over de verschillende vormen van vaktherapie](#)).

5.1.2 Beeldende therapie

In beeldende therapie wordt methodisch gewerkt met gerichte interventies met beeldende materialen, gereedschappen en technieken, bijvoorbeeld schilderen, tekenen, textiel, metaal, steen, hout en digitale middelen. De patiënt doet tijdens dat proces fysieke, zintuiglijke, emotionele en cognitieve ervaringen op. Bijzonder aan beeldende therapie is dat het werkstuk concreet is. De patiënt kan het loslaten, weggleggen, ernaar terugkijken en ervaren hoe het is om het eens anders te doen. Beeldende therapie wordt door veel patiënten beleefd als een rechtstreekse weg naar diepere gevoelslagen. Het confronteert hen met patronen in denken, voelen en handelen in een relatief veilige situatie.

5.1.3 Danstherapie

Danstherapie benut de samenhang tussen lichamelijke, mentale en emotionele processen.

Dynamische bewegingsinteracties zoals improvisatie, synchronisatie, relaxatie, dans en spel worden methodisch en doelgericht ingezet. Een danstherapeutische behandeling kan zich bijvoorbeeld richten op regulatie van emoties, verbetering van veerkracht en herstel van psychische problemen. Door middel van specifieke observatietechnieken stemmen danstherapeuten hun interventies af op de bewegingsmogelijkheden van de patiënt. Gevoelens, gedrag en denkwijzen worden onderzocht en inzichtelijk gemaakt.

Ritmische en expressieve bewegingsactiviteiten helpen patiënten om vitale processen zoals ademhaling en hartfrequentie te reguleren en emotionele spanningen af te bouwen. Bewegingsactiviteiten in groepsverband ondersteunen de non-verbale communicatie en sociaal-emotionele interacties. In danstherapie kunnen nieuwe ervaringen in het lichaam bekliven en effect hebben in het dagelijks leven.

5.1.4 Dramatherapie

Dramatherapie is gericht op de expressie en beheersing van emoties, het ontwikkelen van reflectievermogen, het uitbreiden van rolrepertoire en het uitbreiden van interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden. In dramatherapie wordt methodisch gewerkt met een fictieve werkelijkheid middels drama- en theaterwerkvormen, dramatherapeutisch spel, scènework (fictief spel), rollenspel en psychodramatechnieken als rolwissel en rescripten. Het doel van dramatherapie is gevoelens leren herkennen, uiten en/of verdragen, het bewerken van negatieve cognities en het uitbreiden van het gedragsrepertoire. De therapie geeft de mogelijkheid om met gedrag te experimenteren. Op deze wijze kan de gewenste gedragsverandering in het leven van de cliënt op gang komen.

5.1.5 Muziektherapie

In muziektherapie wordt methodisch gewerkt met de elementen van muziek, zoals melodie, ritme, harmonie en tekst. Dat kan receptief (door het beluisteren van muziek) maar ook actief (door te musiceren, te zingen of te bewegen op muziek). Omdat bij musiceren gelijktijdige afstemming op anderen een essentiële rol speelt, worden in de therapie snel communicatie- en interactiepatronen waarneembaar. Muziek heeft een directe werking heeft op alle hersengebieden, ook op de functies die dieper gelegen zijn. Muziektherapie helpt patiënten om hun sociale en communicatieve vaardigheden te verbeteren, hun emoties te uiten, zelfvertrouwen en coping-vaardigheden te vergroten, zich te ontspannen, om te gaan met verlies, hun motoriek, taal en spraak te verbeteren en hun concentratievermogen te vergroten.

5.1.6 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie maakt gebruik van interventies die gericht zijn op lichaamsbeleving en bewegingsgedrag. De werkvormen kunnen de patiënt letterlijk in beweging laten komen, of stil laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag. Zij kunnen zich ook richten op de beleving van het lichaam. Concreet staan drie hoofdstrategieën centraal: de oefengerichte, functionele strategie, de ervaringsgerichte, stimulerende strategie en de ontdekkende, conflictgerichte strategie. Interventies vinden plaats door het planmatig en doelgericht construeren en

manipuleren van bewegings- en belevingsactiviteiten in een therapeutische context.

5.1.7 Psychomotorische kindertherapie (PMKT)

In de psychomotorische kindertherapie wordt methodisch gewerkt met gerichte interventies met vaktherapeutische middelen die het best passen bij het individuele kind, bijvoorbeeld lichaamsgericht spel, bewegings- en spelmaterialen, muzikale, sensorische en creatieve middelen. Het kind doet binnen de relatie met de therapeut fysieke, zintuiglijke, emotionele en cognitieve en sociale ervaringen op, waarbij het kind spelenderwijs andere gedragspatronen ontwikkelt. Bijzonder aan PMKT is de ontwikkelingsgerichte manier van werken die aansluit op de belevingswereld van het kind. Het kind kan zich uiten zonder woorden en negatieve ervaringen verwerken. Het krijgt grip op zijn behoeftes en gevoelens (regulatie), gaat zichzelf beter begrijpen en accepteren en leert effectief communiceren met anderen, waardoor het kind zich verder kan ontwikkelen.

5.1.8 Speltherapie

Speltherapie is een vorm van psychotherapie voor kinderen, waarbij spel als middel gebruikt wordt om een kind te begrijpen en te helpen. Spel is de taal van het kind. De spelkamer is zo ingericht dat het kind zoveel mogelijk in vrijheid met speelgoed en expressiemateriaal kan spelen. De speltherapeut is voorspelbaar, heeft een empathische en accepterende grondhouding en volgt het kind in zijn spel. De therapeut brengt onder woorden wat er gebeurt in het spel en/of speelt mee. Doel van speltherapie is om een (potentieel/dreigende) gestagneerde ontwikkeling van het kind weer op gang te brengen. Het spel geeft het kind gelegenheid om te ontspannen, gedachten, gevoelens en wensen te uiten, ervaringen te verwerken, te experimenteren met allerlei vormen van gedrag, waardoor het emotioneel en cognitief nieuwe inzichten kan verwerven.

5.1.9 Persoonsgerichte naast klachtgerichte benadering

Het hebben van een psychische aandoeningen vormt de aanleiding voor behandeling met vaktherapie. Naast deze klachtgerichte benadering legt de ggz steeds meer nadruk op het bevorderen van het vermogen van de patiënt om de eigen mogelijkheden te realiseren, de normale stress van het dagelijks leven te hanteren, productief te werken en een bijdrage te leveren aan zijn gemeenschap of de samenleving. Deze invulling van geestelijke gezondheid sluit aan bij de driedeling die gehanteerd wordt in het begrip welbevinden: de subjectieve ervaring van welbevinden (emotioneel welbevinden), het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) en het effectief functioneren van het individu in de maatschappij (sociaal welbevinden). In veel therapievormen is het bevorderen van de mogelijkheden en daarmee het welbevinden van patiënten het uitgangspunt voor behandeling. Vaktherapie is door de gebruikte werkvormen geschikt om het bevorderen van welbevinden als doel na te streven.

Naasten

In de vaktherapeutische praktijk worden de naasten alleen betrokken op vraag van de patiënt zelf of op indicatie van diens hulpverlener.

Zie voor de wijze waarop naasten intensiever betrokken kunnen worden in de (bredere) behandeling, [de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische](#)

[problematiek](#).

5.1.10 Theoretisch kader

Alle vaktherapeuten maken methodisch gebruik van ervaringsgerichte werkwijzen, binnen verschillende theoretische kaders. Deze kaders worden ontleend aan zowel psychotherapeutische stromingen als specifieke vaktherapeutische behandelvisies. De in vaktherapie gebruikte theoretische principes lenen zich goed voor een ervaringsgerichte aanpak.

Bron: Borgesius & Visser, 2015

5.2 Doel en werkwijzen

Het doel van vaktherapie is enerzijds *klachtgericht*. De therapieën beogen om patiënten te ondersteunen om lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische, psychosociale of psychische problematiek op te heffen, te verminderen of te accepteren en om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen. De hulpvraag van de patiënt is in vaktherapie het uitgangspunt voor de behandeling. Anderzijds is het doel van vaktherapie *persoonsgericht*, gericht op de bevordering van het *welbevinden* en de kwaliteit van leven alsmede de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt.

5.2.1 Klachtgericht

De hulpvraag van de patiënt is in vaktherapie het uitgangspunt voor de behandeling. In de klachtgerichte benadering hebben beroepsbeoefenaars een aantal werkwijzen ontwikkeld die zijn onderverdeeld in categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen. De overgangen tussen de verschillende werkwijzen zijn min of meer glijdend. Globaal kunnen worden onderscheiden: steunende, focale en inzichtgevende werkwijzen.

Steunende werkwijzen

Steunende werkwijzen richten zich doorgaans op het voorkomen van achteruitgang in functioneren, het beperken van gevolgen van een stoornis of het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling. Bij steunende werkwijzen zijn vaktherapeuten duidelijk aanwezig, doordat ze sturend meedoen en meedenken. Ze creëren structuur, veiligheid, moedigen aan of begrenzen de patiënt waar nodig.

Focale werkwijzen

De focale werkwijzen zijn gericht op het verminderen van klachten en hebben doorgaans een kortdurend karakter. Vaak zal de therapie vrij directief van aard zijn, met cognitief-gedragstherapeutische elementen en oefeningen en opdrachten die invloed hebben op de problemen die de patiënt ervaart. De focale, op klachtvermindering gerichte werkwijzen hebben zowel steunende als inzichtgevende kenmerken.

Inzichtgevende werkwijzen

Inzichtgevende werkwijzen richten zich doorgaans erop dat de patiënt inzicht krijgt in aard en oorzaken van zijn problematiek. Het doel is dat dit inzicht een concrete gedragsverandering tot stand brengt waardoor de klacht vermindert of teruggedrongen wordt. Bij de inzichtgevende werkwijzen heeft een therapeut een meer terughoudende, spiegelende en soms confronterende rol. Het is over het algemeen de patiënt zelf die het tempo en de thema's bepaalt.

5.2.2 Persoonsgericht

Naast de hulpvraag (de klacht) van de patiënt zijn ook de mogelijkheden van de patiënt uitgangspunt voor de behandeling. In vaktherapie staat, naast het praten over die mogelijkheden, het ervaren van de patiënt centraal. Patiënten ervaren in de gekozen werkvormen hun eigen kracht en mogelijkheden om zelf tot oplossingen te komen. Er is binnen vaktherapie aandacht voor de sterke kanten van de patiënt en voor het bevorderen van succeservaringen.

Er wordt actief met de patiënt gezocht naar manieren om tijdens de therapiesessie bijvoorbeeld het plezier te vergroten, contact met medepatiënten te maken, de autonomie te bevorderen, authentieker te kunnen zijn en eigen keuzes te kunnen maken. Het vermogen tot creativiteit en expressie wordt gestimuleerd en de zeggenschap over het eigen leven kan verder worden ontwikkeld.

Bron: Smallegoor & Vojtechovsky, 2014; De Graaff, 2015.

Smallegoor & Vojtechovsky, 2014; Buster et al., 2014.

Van Dokkum, 2011.

Ook is er oog voor de balans tussen de eigen kracht en de omgeving.

Door deze focus wordt niet alleen symptoom- en klachtgericht gewerkt maar kan ook het zelfvertrouwen en/of de motivatie tot verandering groeien. Succeservaringen kunnen direct in therapie worden bevorderd en bekrachtigd. Vanuit de persoonsgerichte benadering biedt vaktherapie de mogelijkheid om het welbevinden van de patiënt te verhogen. Patiënten gevraagd naar de ervaringen met vaktherapie bevestigen dat juist vaktherapie een essentiële bijdrage heeft geleverd aan hun kwaliteit van leven en het gevoel van welbevinden (zie [Perspectief van patiënten en naasten – Achterbanraadpleging vaktherapie](#)).

5.2.3 Het generieke van vaktherapie

De kracht van de vaktherapeut ligt in het doelgericht aanzetten tot ervaren, vormgeven en handelen in de bij de discipline passende werkvormen. Hij nodigt daarmee de patiënt uit tot bewustwording, betekenisverlening, ontwikkeling en training/verandering.

Patiënten, net als mensen die geen patiënt zijn, doen veel méér dan alleen praten: zij handelen, ervaren, bewegen, spelen, geven vorm, ervaren en nemen waar. Hier liggen vanuit vaktherapie vele

aangrijpingspunten voor beïnvloeding. Vaktherapeuten creëren een context waarin patiënten nieuwe ervaringen opdoen die een trigger kunnen zijn tot verandering. In vaktherapie wordt hiervoor gebruikgemaakt van passende werkvormen voor die specifieke vaktherapie: in dans, drama, beeldend werken en muziek, in beweging of met lichaamsgerichte werkvormen. Door te 'doen en ervaren in dit moment' wordt de patiënt in de therapie uitgenodigd om de eigen manieren van waarnemen, denken, voelen en handelen op te merken. Zo wordt de patiënt ondersteund om te ontdekken welke patronen in het verleden zijn ontstaan die juist dat waarnemen, denken, voelen, en handelen in het heden bepalen en welke patronen de patiënt zou willen veranderen.

Zo wordt de patiënt ondersteund om te ontdekken welke patronen in het verleden zijn ontstaan die juist dat waarnemen, denken, voelen, en handelen in het heden bepalen en welke patronen de patiënt zou willen veranderen.: Smeijsters beschrijft (2010, p. 13) beschrijft een overkoepelende interventietheorie die het belang van het ervaringsgericht werken benadrukt. Patronen zijn 'impliciete, non-verbale, niet-cognitieve patronen die in het verleden ontstaan zijn en het waarnemen, voelen, handelen en denken in het heden bepalen'.

Rol van verbale interventies

Verbale interventies zijn binnen vaktherapie ondersteunend bij het ontdekken van dergelijke patronen en onverklaarde reacties van de patiënt op gebeurtenissen. De therapeut kan samen met de patiënt betekenis verlenen aan de ervaringen die de patiënt in de therapie opdoet, in relatie tot de klachten, problemen of de stoornis. Dit kan gaan om het verwoorden van opgedane ervaringen of om de patiënt te laten terugkijken op zijn interpretatie van de situatie in de sessie. Ook worden zijn gedachten, gevoelens en gedrag tijdens de sessie besproken en in verband gebracht met situaties in het dagelijks leven. Of er worden verbanden gelegd tussen de therapie-ervaringen en de gevoelens, gedachten en reacties van anderen, of verbanden tussen therapie-ervaringen en ervaringen uit het verleden of toekomstverwachtingen.

Door middel van herhaling en aanpassing kan, op grond van de gevonden verbanden, met de patiënt gezocht worden naar nieuwe mogelijkheden van reageren in de therapiesituatie en van daaruit in het dagelijks leven.

Gevraagd naar de ervaringen met vaktherapie geven patiënten aan dat met name het feit dat de nadruk lag op 'ervaren van' en niet op 'praten over' hun probleem, helpend was voor hun herstel (zie [Perspectief van patiënten en naasten – Achterbanraadpleging vaktherapie](#)).

5.2.4 Persoonsgerichte benadering en welbevinden

Van met name psychologisch welbevinden wordt verondersteld dat het bijdraagt aan de preventie en vermindering van psychische aandoeningen.

Bron: Borgesius & Visser, 2015

Verschillende factoren zijn van invloed op het psychologisch welbevinden:

Bron: Westerhof & Keyes 2008, p. 810.

Zelfacceptatie

- een positieve houding ten opzichte van jezelf hebben
- de verschillende aspecten van jezelf erkennen en accepteren
- je positief voelen over het leven tot nu toe

Persoonlijke groei

- het gevoel hebben van continue ontwikkeling en mogelijkheden
- openstaan voor nieuwe ervaringen
- steeds meer begrijpen en het gevoel hebben effectief te zijn

Doel in het leven

- doelen en richting in het leven hebben
- het verleden als zinvol ervaren
- overtuigingen hebben die het leven richting geven

Omgevingsbeheersing

- je in staat voelen om met een complexe omgeving om te gaan
- een omgeving kiezen of creëren die bij je past

Autonomie

- zelfbepalend, onafhankelijk zijn, jezelf van binnenuit bepalen
- weerstand bieden aan sociale druk
- jezelf evalueren met je eigen persoonlijke standaarden

Positieve relaties

- warme, bevredigende en vertrouwelijke relaties hebben
- geïnteresseerd zijn in het welzijn van anderen
- in staat zijn tot sterke empathie, affectie en intimiteit
- begrip hebben voor het geven en nemen in menselijke relaties

Deze factoren zijn te zien als beschermende factoren: de kenmerken die een persoon of situatie heeft die tegenwicht kunnen bieden aan risicofactoren of die factoren die een probleem veroorzaken,

in stand houden of verergeren, kunnen verzachten of oplossen.

Deze factoren zijn te zien als beschermende factoren: de kenmerken die een persoon of situatie heeft die tegenwicht kunnen bieden aan risicofactoren of die factoren die een probleem veroorzaken, in stand houden of verergeren, kunnen verzachten of oplossen.: Smeijsters beschrijft (2010, p. 13) beschrijft een overkoepelende interventietheorie die het belang van het ervaringsgericht werken benadrukt. Patronen zijn 'impliciete, non-verbale, niet-cognitieve patronen die in het verleden ontstaan zijn en het waarnemen, voelen, handelen en denken in het heden bepalen'.

Bijdrage van vaktherapie

Met vaktherapie kan de patiënt een aantal de positieve, beschermende factoren van psychologisch welbevinden ontwikkelen, zoals:

Bron: Smeijsters, 2010.

- eigen doelen stellen
- zelf handelen
- nieuwe rollen uitproberen
- wederzijds positief bevestigen
- werken op basis van sterke punten
- positieve emoties opdoen
- nieuwe kansen krijgen
- vertrouwen in het eigen vermogen tot handelen ontwikkelen
- het probleemoplossend vermogen vergroten
- situaties regisseren

De klachtgerichte en de persoonsgerichte benadering sluiten elkaar niet uit. Zo is de klachtgerichte/steunende werkwijze sterk verwant met de persoonsgerichte benadering in de aandacht voor bijvoorbeeld het versterken van autonomie, versterken van zelfvertrouwen et cetera

5.2.5 Stoornissen, klachten en problemen en transdiagnostische factoren

Over psychische aandoeningen kan op verschillende manieren gedacht en gesproken worden.

1. In termen van stoornissen
2. In termen van klachten en problemen
3. In termen van transdiagnostische factoren

5.2.6 1. In termen van stoornissen

Vanuit een professionele invalshoek worden psychische aandoeningen benaderd als stoornis, zoals beschreven en vastgelegd in de DSM-systematiek. De generieke module Vaktherapie richt zich vanuit dit perspectief, met name op de volgende stoornissen: angststoornissen, autismespectrumstoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, schizofrenie- en andere psychotische stoornissen, somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen en tenslotte voedings- en eetstoornissen.

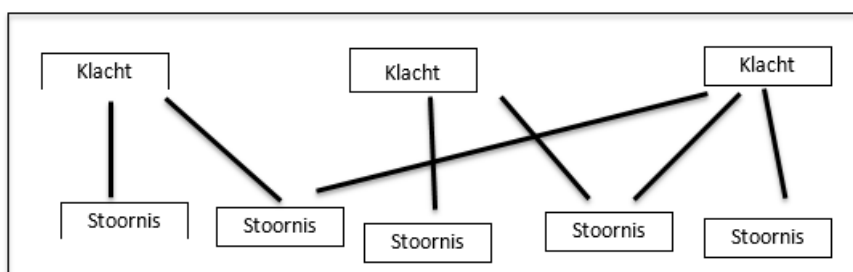
De generieke module Vaktherapie richt zich vanuit dit perspectief, met name op de volgende stoornissen: angststoornissen, autismespectrumstoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, schizofrenie- en andere psychotische stoornissen, somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen en tenslotte voedings- en eetstoornissen. -Voor deze module is gekozen voor de rol van vaktherapie bij de behandeling van klachten en problemen die zich bij deze stoornissen voordoen. In het onderhoudsplan wordt beschreven hoe in de komende jaren het aantal stoornissen waarbij vaktherapie kan worden ingezet, zal worden uitgebreid.

- Het beleid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen is om in de komende jaren de relevantie van Vaktherapie in het kader van de behandeling van deze stoornissen prioriteit te verlenen.

5.2.7 2. In termen van klachten en problemen

Patiënten praten veelal in termen van de klachten en problemen die zij ervaren, niet over stoornissen. In de praktijk blijkt dat vergelijkbare klachten en problemen zich bij verschillende stoornissen kunnen voordoen.

Dit kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Vanuit vaktherapeutisch perspectief ligt het aangrijpingspunt in veel gevallen niet bij de stoornis zoals beschreven in de DSM-5, maar bij de behandeling van klachten en problemen waar patiënten last van hebben en het versterken van de mogelijkheden van de patiënt (zie ook [Vaktherapie: doel en werkwijzen](#)).

Bron: Borgesius & Visser, 2015.

Klachten en problemen hebben in het algemeen biologische, psychische en sociale componenten en kunnen zich afspelen op verschillende gebieden.

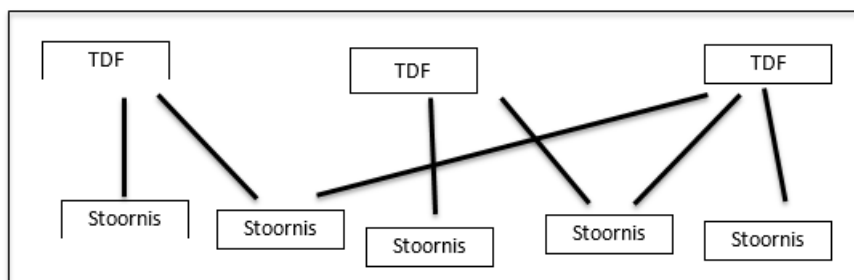
5.2.8 3. In termen van transdiagnostische factoren

Met transdiagnostische factoren worden de klachten en problemen vertaald in professionele begrippen die aangrijpingspunten bieden voor behandeling van deze stoornisoverstijgende klachten en problemen.

Het begrip 'transdiagnostisch' betekent: een rol spelend bij verschillende psychische aandoeningen, dus een individuele stoornis overstijgend. Transdiagnostische factoren kunnen verwijzen naar bijvoorbeeld: gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals angstgevoelens en slaapproblemen bij depressie, psychotische stoornissen en angststoornissen. Andere categorieën van transdiagnostische factoren zijn bijvoorbeeld: gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren, gelijke behandelinterventies, onderliggende overeenkomstige neurobiologische factoren of universele beschermende factoren. Binnen de ggz neemt de belangstelling voor transdiagnostische factoren toe als aanvullend ordeningsmodel voor geestelijke gezondheidsproblematiek.

Bron: Naar Heycop ten Ham et al., 2014 pp. 18,19.

De positie van transdiagnostische factoren kan vervolgens als volgt schematisch worden weergegeven:



5.2.9 Tabel: Transdiagnostische factoren

koppelt enkele transdiagnostische factoren waar mogelijk aan door patiënten genoemde klachten en problemen van patiënten (zie ook [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie – Voor wie is vaktherapie bedoeld?](#)).

Transdiagnostische factor	Klachten en problemen van patiënten
Waarneming	Het leren voelen en bepalen van grenzen; het herkennen van lichaamssignalen, en deels het verbeteren van de lichaamsbeleving.
Arousal	Het reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
Executieve functies	Het reguleren van impulsen en agressie.
Emotieregulatie	Het reguleren en uiten van emoties.
Verlies	De verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
Sociaal functioneren/ sociale interactie	Het verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren, het leren hanteren en aangeven van grenzen.
Regelsystemen	In staat zijn om met ritmisch terugkerende veranderingen in het leven om te gaan.

5.3 Vroege onderkenning en preventie

5.3.1 Vroege herkenning

Vaktherapie wordt ingezet nadat een verwijzing heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat klachten of problemen al gesignaleerd zijn door een hulpverlener. Voor de toeleiding naar vaktherapie zie [Organisatie van zorg - Inleiding](#).

5.3.2 Preventie

Naast trajecten in de zorg werken de vaktherapeuten ook in de preventieve sector. Personen kunnen vanuit hun eigen behoefte aan hun gezondheid willen werken ter voorkoming van klachten en problemen of op verwijzing van de huisarts. In die gevallen kunnen ze terecht bij vrijgevestigde vaktherapeuten die vanuit hun professie mensen begeleiden door middel van werkvormen vanuit dans, beweging, drama, beeldend werken en muziek of met lichaamsgerichte werkvormen. Ook bij preventie kunnen de transdiagnostische factoren (zie [In termen van transdiagnostische factoren](#)) houvast bieden voor het ontwikkelen van een door de deelnemer en de vaktherapeut gedragen programma. Zie voor een toelichting op preventie het [Loket Gezond leven](#) van de overheid.

Vaktherapeuten werken ook als vrijgevestigde vaktherapeuten in de reguliere preventie met mensen van alle leeftijden met tal van klachten en problemen (geïndiceerde preventie) of stoornisachtige aandoeningen (zorggerelateerde preventie).

zorggerelateerde preventie): De reguliere preventie is op het individu gericht, zie meer informatie om te lezen waar dit uit bestaat:

[Meer informatie](#)

Op de website [Clienten vaktherapie](#) kan de patiënt en/of zijn naaste een regio, een type vaktherapeut, een leeftijdscategorie en een klacht invullen om een in de regio woonachtige geschikte vrijgevestigde

5.4 Diagnostiek

Diagnostiek in vaktherapie heeft als doel om in onderling overleg tussen de patiënt (en zijn naaste) en de behandelaar (zie [Gezamenlijke besluitvorming](#)) informatie te verkrijgen omtrent de volgende twee vragen: 1. Wat is je probleem? en 2. Hoe is het zo gekomen?

In het onderzoek naar de aard, oorzaken en instandhoudende factoren van de problematiek en naar de mogelijkheden van de patiënt, gebruikt de vaktherapeut de specifieke kenmerken van de betreffende vorm van vaktherapie.

Bron: Emck et al., 2007; Pénczes et al., 2014; Schweizer et al., 2009; Samaritter, 2008; Fikke, 2012; Profiel van de vaktherapeutische beroepen, 2008.

Zo staan in psychomotorische diagnostiek lichamelijke en bewegen voorop, terwijl bij beeldende therapie wordt gewerkt met een verscheidenheid aan beeldende materialen, gereedschappen en technieken. De wijze waarop de patiënt met de specifieke kenmerken van de betreffende vaktherapie omgaat geeft informatie over de problematiek van de patiënt. De conclusies vanuit de vaktherapeutische observatie en diagnostiek worden besproken met de patiënt. Dit resulteert uiteindelijk in een beschrijving van de wijze waarop de patiënt denkt, voelt en handelt en hoe hij zich uitdrukt en vormgeeft binnen de vaktherapeutische discipline. Wanneer vaktherapie plaatsvindt op indicatie van een regiebehandelaar of huisarts vindt afstemming plaats over de uitkomsten van deze diagnostiek.

5.4.1 Aanvullende informatie

In iedere setting waarin een vaktherapeut werkzaam kan zijn, kan hij door de regiebehandelaar of huisarts gevraagd worden om in het kader van een diagnostisch proces (aanvullende) informatie te verstrekken over de aard van de klachten van de patiënt, de oorzaken en de instandhoudende factoren. De beschrijving van de wijze waarop de patiënt denkt, voelt en handelt en hoe hij zich uitdrukt, wordt dan teruggekoppeld naar de verwijzer. In deze situatie hoeven de diagnostische vaktherapie sessies niet noodzakelijkerwijs te leiden tot behandeling door de desbetreffende vaktherapeut.

Wanneer de patiënt zich uit eigener beweging heeft aangemeld voor behandeling, bijvoorbeeld bij een vrijgevestigde vaktherapeut, maakt diagnostiek onderdeel uit van het intakeproces, zoals beschreven in de [richtlijnen voor vrijgevestigde vaktherapeuten](#).

Bron: Federatie vaktherapeutische beroepen, 2012.

Zie ook [Monitoring van de behandeling en evaluatie van de voortgang](#).

5.5 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

5.5.1 Voor wie is vaktherapie bedoeld?

Vaktherapie richt zich op uiteenlopende doelgroepen in alle leeftijdscategorieën. Indicatie voor vaktherapie kan gebaseerd zijn op:

- de kenmerken van de patiënt;
- de aard van de problematiek;
- onvoldoende herstel van de patiënt via andere behandelingen.

Kenmerken van de patiënt

Vaktherapeutische beroepen richten zich op uiteenlopende doelgroepen. Toch lijkt het mogelijk een koppeling te maken tussen de ervaringsgerichte aanpak en doelgroepen waarmee in de praktijk veel gewerkt wordt. Enerzijds gaat het bijvoorbeeld over doelgroepen die moeite hebben om zich adequaat (verbaal) te uiten. Anderzijds gaat het bijvoorbeeld om doelgroepen die sterk cognitief zijn ingesteld, zicht hebben op aard en achtergrond van het probleem, maar weinig tot niet stilstaan bij hun ervaringen. Vaktherapeuten kunnen ervaringen aanbieden die nieuw zijn en een trigger kunnen zijn tot verandering.

Aard van de problematiek

Vaktherapie is bij uitstek geschikt bij klachten en problemen op het gebied van emotieregulatie, contact met het eigen gevoelsleven en zelfbeeld, omgaan met stress en verlies of op het gebied van sociaal functioneren. De meest voorkomende behandeldoelen liggen in dit verlengde:

Bron: Zie Aerts et al., 2011, p 24.

- het versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld;
- het reguleren en uiten van emoties, het reguleren van impulsen en agressie;
- het leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen;
- het contact maken met het eigen gevoelsleven en dit contact versterken;
- het reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen;
- het verbeteren van de lichaamsbeleving en het herkennen van lichaamssignalen;
- de verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven;
- het verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Onvoldoende herstel middels andere behandelingen

Ten slotte kan vaktherapie geïndiceerd worden wanneer blijkt dat de patiënt niet voldoende vooruitgaat wanneer hij alleen met andere vormen van therapie behandeld wordt. Voorwaarde is wel dat hij voldoet aan de beschreven kenmerken.

5.5.2 Setting en behandelaanbod

Setting

Binnen ggz -instellingen kan vaktherapie alleen worden aangeboden als onderdeel van de interdisciplinaire behandeling onder de verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Alleen patiënten met een psychische aandoening komen in aanmerking voor deze behandeling binnen de ggz. Vaktherapeuten kunnen zelf geen regiebehandelaar zijn.

Bron: NZa Beleidsregel gespecialiseerde GGZ (NR-CU 556).

Vaktherapie wordt klinisch, in deeltijd en ambulant aangeboden. Het kan worden aangeboden in instellingen op het gebied van de somatische zorg en van de ggz, zie [Betrokken hulpverleners](#) voor een overzicht van de verschillende werkvelden.

Vaktherapeuten zijn niet alleen werkzaam binnen ggz-instellingen, maar kunnen ook vrijgevestigd zijn. In die setting kan vaktherapie worden aangeboden als een op zichzelf staande behandeling op verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts (zie [Voor wie is vaktherapie bedoeld?](#)). Ten slotte kan een vrijgevestigde vaktherapeut als medebehandelaar werkzaam zijn in een professioneel netwerk bij een (vrijgevestigde) regiebehandelaar.

Behandelaanbod

Vaktherapie kan worden aangeboden in de vorm van individuele behandeling, groepsbehandeling, partner-relatietherapie en gezinstherapie. Bij groepsbehandeling hebben zowel de therapeut als de (mede)deelnemers een rol in het therapeutisch proces waardoor er ook nieuwe ervaringen in de groepsinteractie opgedaan kunnen worden.

Aanbod voor speciale doelgroepen

Naast de vaktherapeutische behandelingen voor volwassenen zijn er specifieke interventies ontwikkeld voor de doelgroepen 'kind en jeugdigen' en 'ouderen' (zie achtergronddocument [Vaktherapeutische interventies](#)). De vaktherapeutische disciplines speltherapie en psychomotorische kindertherapie richten zich uitsluitend op de behandeling van problematiek van kind en jeugdige. Daarnaast bestaan er [interdisciplinaire samenwerkingsverbanden](#) specifiek voor de behandeling van affectregulatie van kind en jeugdige.

Voor hulp aan kinderen en jeugdigen zie de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#).

Verskillende vormen van vaktherapie kunnen worden toegepast bij ouderen met klachten en problemen. Zie daarvoor [de generieke module Ouderen met psychische aandoeningen](#).

5.5.3 Gezamenlijke besluitvorming

Voorafgaand aan het proces van gezamenlijke besluitvorming dient de vaktherapeut het voortouw te nemen in het informeren van de patiënt over de mogelijkheden van de vaktherapeutische behandelingen. Vervolgens komen de vragen op de weg naar herstel aan de orde zie [Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief](#):

1. Wat is je probleem en hoe is het zo gekomen (diagnose)?
2. Wat wil je bereiken en wat pakken we aan (indicatie)?
3. Wat gaan we doen en wat is het resultaat (therapie)?
4. Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder (evaluatie)?

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen komen patiënt en vaktherapeut tot een gezamenlijk besluit over de behandeling.

1. In de diagnosefase wordt onderzocht welke transdiagnostische factoren een belangrijke rol hebben gespeeld in het ontstaan van de klacht of het probleem. Tevens wordt onderzocht of er sprake is van andere uitlokkende of onderhoudende factoren.
2. In de indicatiefase maken patiënt en behandelaar samen de keuze gemaakt welke van deze transdiagnostische factoren als eerste wordt aangepakt.
3. In de therapiefase wordt de behandeling geconcretiseerd aan de hand van de verschillende werkwijzen.
4. In de evaluatiefase wordt besloten of de behandeling wordt vervolgd gericht op dezelfde of op een andere transdiagnostische factor.

Multidisciplinaire setting

In een multidisciplinaire setting kan in samenspraak met de patiënt en collega-vaktherapeuten besloten worden om vaktherapie in te zetten gericht op dezelfde of een andere transdiagnostische factor. Voor de patiënt is hiermee inzichtelijk hoe verschillende behandelingen met elkaar samenhangen.

Bovendien heeft de patiënt op deze wijze meer de regie over en grip op de achtereenvolgende stappen in zijn of haar behandeling. Mocht de patiënt van behandeling of van behandelaar wisselen, dan kan hij zelf de ingezette lijn van zijn behandeling makkelijker vasthouden en voortzetten.

Uit de achterbanraadpleging is gebleken dat de vaktherapeut de wensen en de behoeften van de patiënt serieus neemt. Er heerst een grote mate van wederzijds respect, zoals zowel de patiënt als de naasten opmerken. Ook andere relationele aspecten scoren hoog, zoals gemeenschappelijk vaststellen van gekozen doelen, het samen duidelijk krijgen wat belangrijk is voor de patiënt (zie ook achtergronddocument [Enkele data achterbanraadpleging](#)).

5.5.4 Stappen in behandeling en begeleiding

Verwijzing

Een eerste selectie wordt in veel gevallen gedaan door de aanmelder of verwijzer. Zie voor de verwijzing en toeleiding naar vaktherapie [Organisatie van zorg - Inleiding](#).

Toestemming bij <16 jaar

Als de patiënt jonger dan 16 jaar is, is toestemming van de ouders nodig is voor deelname aan de vaktherapie.

Intake

Idealiter start iedere vaktherapeutische behandeling met een eigen intake vaktherapie, ongeacht de verwijzing of setting waarin behandeld wordt. Na aanmelding of verwijzing voor vaktherapie verzamelt de therapeut indien mogelijk relevante informatie over de patiënt ten behoeve van deze intake. In de vakspecifieke intake denkt en redeneert de vaktherapeut zowel vanuit de verschillende transdiagnostische factoren (zie [Stoornissen, klachten en problemen en transdiagnostische factoren](#)) als vanuit de klachten en problemen van de patiënt om de behandelmogelijkheden te inventariseren.

De inhoud van de intake is afhankelijk van de wijze waarop de toeleiding naar vaktherapie heeft plaatsgevonden (zie [Organisatie van zorg - Inleiding](#)). Wanneer al uitgebreide diagnostiek is verricht kan in de intake worden volstaan met een kennismaking tussen vaktherapeut en patiënt en hun onderlinge afstemming over de vaktherapeutische behandeldoelen.

Daarnaast vindt onderzoek plaats naar mogelijke contra-indicaties voor de vaktherapeutische behandeling. Ongeacht de toeleiding naar vaktherapie is de vaktherapeut uiteindelijk verantwoordelijk voor het wel of niet accepteren van een patiënt voor de vaktherapeutische behandeling. Wanneer de vaktherapeut tijdens de intake tot de conclusie komt dat het specifieke behandelaanbod niet past bij de kenmerken van de patiënt en/of de aard van diens problematiek zie [Voor wie is vaktherapie bedoeld?](#) is vaktherapie gecontra-indiceerd.

Vrijgevestigde vaktherapeuten volgen daarbij het protocol zoals is vastgelegd in het document 'Richtlijnen voor de zelfstandig gevestigd vaktherapeut'.

Bron: Federatie vaktherapeutische beroepen, 2012.

5.5.5 Behandeldoelen

In het overleg tussen patiënt en therapeut en – als er sprake is van een regiebehandelaar – in afstemming met de regiebehandelaar worden behandeldoelen vastgesteld. Zie voor voorbeelden [Voor wie is vaktherapie bedoeld? – Aard van de problematiek](#). Doelen worden zo concreet mogelijk geformuleerd: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. In algemene termen kunnen doelstellingen zijn: stabilisatie, het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

De doelen vormen de rode draad van de behandelinterventie en zijn leidraad in de vaktherapeutische behandeling van probleem naar resultaat.

Hoofddoel

Een hoofddoel verwoordt de beoogde eindsituatie van de interventie.

Subdoelen

Dit hoofddoel kan in de vaktherapeutische behandeling rechtstreeks benaderd worden of via tussenstappen: subdoelen. Subdoelen zijn doelen op deelgebieden van het hoofddoel.

Primaire en secundaire doelen

Het primaire doel verwijst naar het probleem of de klacht van de patiënt en valt daarmee samen met het hoofddoel van de vaktherapie. Door het generieke karakter van vaktherapie (zie [Het generieke van vaktherapie](#)) kan de nadruk komen te liggen op het versterken van welbevinden. Hiermee wordt tegenwicht geboden aan de risicofactoren die een probleem veroorzaken, in stand houden of verergeren. Dit wordt beschouwd als een secundair doel van de behandeling.

5.5.6 Structuur van de behandeling

Intensiteit en duur

Met intensiteit wordt bedoeld de frequentie van het aantal sessies per week gedurende een bepaalde tijd. De duur van de behandeling geeft aan het aantal weken, maanden of jaren waarin behandeld wordt. Intensiteit en duur hangen samen met de aard en ernst van de klachten of problematiek en het beloop, de keuze voor de soort behandeling: individueel of in de groep, mono- of multidisciplinair, ambulante, klinisch of vrijgevestigd. Er is geen vastgestelde norm voor de frequentie en duur van vaktherapie.

Uit de achterbanraadpleging blijkt de duur van vaktherapeutische interventies te variëren van een enkele sessie tot enkele jaren, terwijl de frequentie kan variëren van meerdere keren per week tot minder dan eens per 2 weken. De meeste patiënten volgen 6-24 sessies. De lengte van de sessie kan variëren van 45 minuten tot 90 minuten. Een individuele sessie duurt meestal 45 à 60 minuten, terwijl een groepssessie vaak tussen de 60 en 90 minuten duurt. Zie voor informatie over duur en intensiteit van de verschillende interventies (zie achtergronddocument [Vaktherapeutische interventies](#)).

Patiënt en vaktherapeut bespreken de intensiteit en de duur van de vaktherapie. In het begin van het proces kan de frequentie gemiddeld 1 keer per week zijn om dan gaandeweg af te nemen. Net als in andere vormen van therapie verlopen veranderingsprocessen in vaktherapie soms in een golfbeweging. Er kan sprake zijn van vooruitgang, stagnatie of terugval. Dit heeft invloed op de intensiteit van de behandeling. De duur en de intensiteit zijn mede ter beoordeling van het behandelteam en de regiebehandelaar. Er wordt doorlopend met de patiënt geëvalueerd (zie [Monitoring van de behandeling en evaluatie van de voortgang](#)).

Vaktherapeut en patiënt maken, na het vaststellen van de doelen, samen afspraken over de structuur van de behandeling. Uit welke onderdelen bestaat de vaktherapeutische behandeling, wat is de duur van een sessie, wat zijn de verwachtingen rond de intensiteit en duur van de behandeling? Is er sprake van een aantal fasen? Is er sprake van een vast of variabel aantal sessies per fase? Ook worden afspraken gemaakt over evaluatie: hoe vaak, wanneer en op welke wijze.

5.5.7 Behandelplan

De laatste stap is het formuleren van het behandelplan. Dit omvat de volgende onderdelen:

- Vanuit de patiënt gezien: zijn visie op de problematiek, zijn reden voor deze specifieke vaktherapie, zijn hulpvraag en zijn verwachting van de behandeling.
- Vanuit de vaktherapeut gezien: de omschrijving van de aard van de problematiek van de patiënt en de instandhoudende factoren, de conclusie naar aanleiding van de intake en diagnostiek.

- Behandeldoelen (hoofddoelen en subdoelen) voor de korte en lange termijn.
- Geplande uitvoering van de behandeling: werkwijze, geplande activiteiten, periode waarin de behandeling plaatsvindt en frequentie.
- Afspraken en eventuele bijzonderheden.
- Geschatte duur van de behandeling.
- Start van de behandeling.
- Volgende evaluatiedatum.
- Eventuele opmerkingen.
- Instemming van de patiënt.

5.5.8 Inhoud van de behandeling

Voor patiënten draait het hierbij om concrete vragen zoals: wat beoogt de therapie, hoe verloopt de therapie, wat kan het me opleveren en hoe past het in mijn leven. Met vaktherapie kunnen zeer uiteenlopende klachten en problemen worden behandeld (zie [voor wie is vaktherapie bedoeld](#)) behandeld worden. Per vaktherapie is er een grote keuze uit de verschillende werkvormen van dans, drama, beeldend, muziek en beweging. Het voert te ver om hier per klacht, probleem of stoornis concreet te beschrijven hoe de vaktherapie verloopt, wat het kan opleveren en hoe het in het leven van de patiënt past. In achtergronddocument [Informatief beeldmateriaal](#) over de verschillende vormen van vaktherapie treft u voorbeelden van hoe vaktherapie bij enkele concrete problemen of stoornissen wordt vormgegeven. Een overzicht van vaktherapeutische interventies

overzicht van vaktherapeutische interventies: Het betreffen alle interventies die gepubliceerd zijn door de FBV of door bestaande uitgevers. Sinds 2000 worden vaktherapeutische interventies beschreven volgens een vast format. Sinds dit vaste punt is de ontwikkeling doorgegaan. Inzichten zijn aan verandering onderhevig en in het kader van de generieke module Vaktherapie is gekozen om een overzicht te geven vanaf 2010. Interventies zijn beschreven volgens het model ontwikkeld door de Commissie product- en moduleontwikkeling van de FVB.

waarvan op dit moment een beschrijving beschikbaar is en die kunnen worden geraadpleegd via de FVB staat in achtergronddocument [Vaktherapeutische interventies](#). Dit overzicht is volop in ontwikkeling.

Opmerking

Vaktherapie is altijd maatwerk. In het proces van diagnose, indicatie en behandeling komen vaktherapeut en patiënt gezamenlijk tot doelen en stellen zij samen de aanpak vast, eventueel, afhankelijk van de setting, ook in afstemming met de regiebehandelaar.

5.5.9 Effecten en bijwerkingen

De toepassing van beeldend, dans-, drama-, muziek-, psychomotorische (kinder) therapie en

speltherapie kent een lange traditie in de GGZ, ook internationaal gezien. De behandelmethoden zijn door de betrokken beroepsgroepen (psychiaters en klinisch psychologen) als adequaat aanvaard (de basis voor het verwijzen van patiënten naar de vaktherapeutische beroepen). In een aantal zorgstandaarden is vaktherapie inmiddels opgenomen.

Zowel in Nederland als internationaal groeit het onderzoek naar de werking van vaktherapie. Het aantonen van wetenschappelijk evidentie is echter complex vanwege het ervaringsgerichte karakter van de vaktherapeutische interventies, zoals ook gebleken is uit een rapport in opdracht van Zorginstituut Nederland.

Het aantonen van wetenschappelijk evidentie is echter complex vanwege het ervaringsgerichte karakter van de vaktherapeutische interventies, zoals ook gebleken is uit een rapport in opdracht van Zorginstituut Nederland.: In opdracht van Zorginstituut Nederland is een rapport geschreven (Smit et al., 2015) over de effectiviteit van Vaktherapie gebaseerd op systematische reviews en richtlijnen. Zorginstituut Nederland concludeerde dat het op dit moment op het niveau van systematische reviews aan bewijs ontbreekt voor de effectiviteit van vaktherapie. Dit rapport vormde aanleiding tot het formeren van een wetenschappelijke groep Onderzoeksagenda Vaktherapie. Deze groep geeft het opleveren van een eigen onderzoek naar de effectiviteit van Vaktherapie de hoogste prioriteit.

Voor een aantal interventies is momenteel wel sprake van een zekere evidentie.

Bron: Smit et al. 2015.

Er is op dit moment weinig bekend over mogelijke schadelijke bijwerkingen van vaktherapie. Om negatieve gevolgen van de behandeling te voorkomen dient in de keuze voor een bepaalde werkwijze (zie [Vaktherapie: doel en werkwijzen](#)) rekening gehouden te worden met de belastbaarheid van de patiënt, zijn naasten en zijn directe sociale omgeving.

5.5.10 Terugvalpreventie

In vaktherapie worden vaardigheden aangereikt om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen. De vaktherapie kan tevens worden ingezet bij terugvalpreventie (zorggerelateerde preventie). Hierbij valt te denken aan stressmanagement of terugvalpreventie bij psychotische stoornissen bij jongeren

Bron: Emck, 1998.

of runningtherapie in geval van een sluimerende depressie of gevoelens van angst. Daarnaast is er ook een aanbod van vaktherapie voor chronische psychiatrische patiënten om terugval te voorkomen.

5.5.11 Zelfmanagement

Voor zelfmanagement zie in het algemeen [Perspectief van patiënten en naasten](#) en [de generieke module Zelfmanagement](#).

5.6 Monitoring

5.6.1 Monitoring

Het monitoren van de behandeling verwijst naar het met enige regelmaat meten van de toestand van de patiënt. Het ontbreekt nog aan vragenlijsten die specifiek gericht zijn op het meten van de resultaten van vaktherapie.

5.6.2 Evaluatie

Evaluatie van de behandeling en evaluatie van de voortgang betreft de volgende vragen: 'Wat is ons oordeel?' en 'Hoe gaan we verder?' (evaluatie) zie [Gezamenlijke besluitvorming](#). In dit proces zijn de patiënt, de vaktherapeut en indien van toepassing de huisarts of de regiebehandelaar betrokken. Om een effectieve behandeling te bevorderen, de kans op het stagneren van de behandeling of het verslechteren van de situatie te verkleinen vinden regelmatig evaluaties plaats. Zowel het proces van zorg als de (voorlopige) resultaten van de behandeling zijn onderwerp van evaluatie.

Zorgproces

De evaluaties in het kader van het zorgproces betreffen:

- de afstemming van de vaktherapeut op de patiënt;
- de aansluiting van de behandeling op de hulpvraag van de patiënt;
- de aansluiting van de behandeling op specifieke kenmerken van de patiënt;
- de keuze voor de behandelvorm: individueel of groep;
- de keuze voor de specifieke vaktherapie.

Resultaten

Ten aanzien van de (voorlopige) resultaten van de behandeling evalueren patiënt en vaktherapeut:

- de (voorlopige) uitkomsten van de behandeling in relatie tot de doelen en subdoelen (zie Stappen in behandeling en begeleiding);
- de tevredenheid van de patiënt over de behandeling.

Wijze van evalueren

Vaktherapeuten evalueren zowel het zorgproces als de resultaten van de behandeling op verschillende momenten tijdens de behandeling en doen dat op verschillende manieren zoals afgesproken met patiënt en indien van toepassing de huisarts of de regiebehandelaar.

Evaluatiemomenten

- Onmiddellijk aan het einde van iedere sessie
- Op vooraf besproken momenten tijdens de behandeling afhankelijk van de duur van de behandeling (bijvoorbeeld iedere 6 of 12 weken)
- Bij kortdurende behandelingen aan het einde van de behandeling
- Evaluatiemanieren
- Met behulp van verschillende vragenlijsten (zie achtergronddocument Proces- en uitkomstmonitoring)
- Mondelingen evaluatie

De resultaten van de evaluaties worden besproken met de patiënt, beschreven in het dossier en meegenomen in het vervolg van de behandeling.

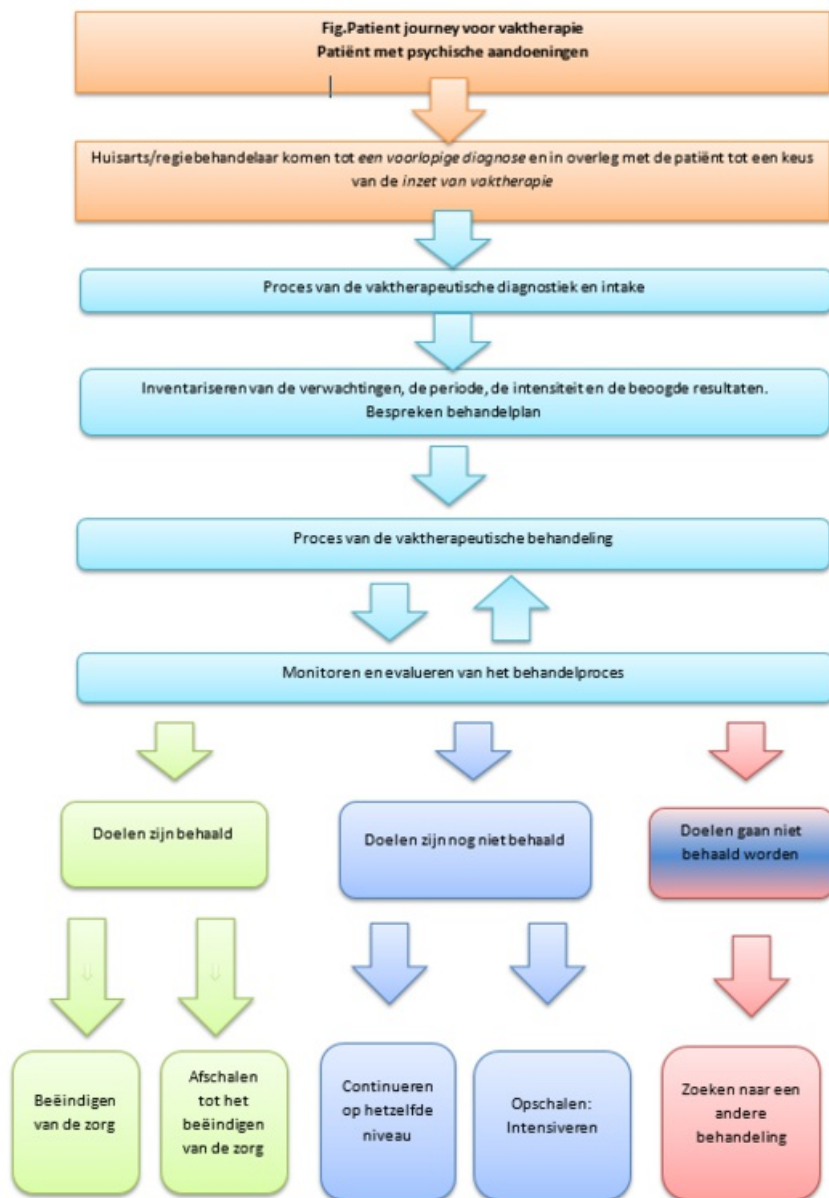
Vervolgstappen

In de evaluatie van de behandeling hebben patiënt, vaktherapeut en indien van toepassing huisarts en regiebehandelaar de keuze uit 5 opties:

1. Stopzetten van de zorg: vastgestelde doelen zijn bereikt en verdere vaktherapie is niet nodig.
2. Afschalen van de zorg: vastgestelde doelen liggen binnen bereik en de behandeling wordt voortgezet met minder intensieve zorg van dezelfde vaktherapeut of voortzetting vanuit een andere, minder ingrijpende behandeling.
3. Continueren van zorg op hetzelfde niveau: doelen zijn nog niet bereikt en betrokkenen hebben de overtuiging dat met dezelfde zorg de doelen bereikt kunnen worden.
4. Intensiveren van de zorg: betrokkenen zijn de mening toegedaan dat intensievere zorg geboden is.
5. Uitblijvend behandelresultaat: in dit geval kunnen de betrokkenen tot de conclusie komen dat voortzetting van de huidige vaktherapie niet geïndiceerd is en dat er gezocht dient te worden naar een andere vorm van behandelen. Doorverwijzen naar andere zorg.

In het [figuur](#) hieronder is de 'patient journey' schematisch weergegeven vanaf de aanmelding bij de huisarts, via vervolgstappen en afronding van het zorgproces.

5.6.3 Figuur : 'patient journey'



5.7 Herstel, participatie en re-integratie

Vaktherapie speelt een rol in de langdurende en chronische ggz bij het ondersteunen van patiënten om terugval te voorkomen. Het begrip herstel gaat uit van een samenhangende visie op de eigen kracht, burgerschap en eigen regie, met erkenning van de ervaringskennis van patiënten, hun familie en sociale netwerk of persoonlijk steunsysteem.

Bron: LOO VTB, 2016, p. 85.

Bij herstel gaat het om persoonlijke processen waarin mensen met beperkingen in hun functioneren proberen de draad weer op te pakken en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven. Herstellen

is wat patiënten zelf doen – behandeling, zorg en ondersteuning staan ten dienste van dit proces. Zie ook [de generieke module Herstelondersteuning](#).

Vaktherapeuten ontplooiën initiatieven om vaktherapie laagdrempelig aan te bieden in de wijk in het kader van herstelondersteunende zorg, participatie en inclusie zorg in samenwerking met ggz-instellingen.

Bron: Glasbergen, 2016.

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

6.1 Inleiding

Het werkveld van de vaktherapeuten is sterk in ontwikkeling. Belangrijke veranderingen betreffen:

- de verschuiving van een klachtgerichte benadering in de ggz naar een persoonsgerichte benadering;
- het vormgeven aan het proces van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, het vergroten van het zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt;
- de positie van de huisarts en de POH-GGz;
- de invoering en capaciteitsvergroting van de generalistische basis ggz;
- het verminderen van de capaciteit van de gespecialiseerde ggz;
- het proces van ambulantisering in de ggz.

Naast de ambulantisering, waarbij de zorg dichterbij de patiënt wordt georganiseerd en meer uitgaat van de hulpvraag van de patiënt dan van het zorgaanbod van de zorgaanbieder, is een ander transformatieproces gaande. Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor nagenoeg de hele jeugdzorg en jeugdbescherming. De invoering van dit nieuwe stelsel heeft ook tot veranderingen voor de (jeugdige) patiënt en zijn naasten geleid. Het betekent o.a. dat de vaktherapeuten werkzaam in de jeugdzorg met de gemeenten in overleg moeten gaan over de ontwikkeling van hulpverleningstrajecten voor kinderen en jeugdigen.

6.1.1 Toeleiding naar vaktherapie

Huisarts

Patiënten met psychische problemen komen bij de huisarts die een eerste diagnose stelt. Die klachten of problemen kunnen op allerlei terreinen liggen en gerelateerd zijn aan de aard van de problematiek en aan transdiagnostische factoren (zie [Stoornissen, klachten en problemen en transdiagnostische factoren](#)). De verschillende stoornissen waar de vaktherapeutische beroepen zich met name op richten doen zich in allerlei varianten (van mild tot ernstig) voor, ook bij de huisarts.

De diagnose die de huisarts stelt kent verschillende gradaties van ernst, gerelateerd aan de daaraan gekoppelde hulpverleningssetting.

De diagnose die de huisarts stelt kent verschillende gradaties van ernst, gerelateerd aan de daaraan gekoppelde hulpverleningssetting.: Zie voor een uitgebreide beschrijving van dit diagnose en verwijzingsproces bij de huisarts de volgende modulen van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ: de Generieke module Diagnostiek en behandeling generalistische basis-ggz, de Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk en de website van de huisarts.

[Meer informatie](#)

- Lichte tot matige problemen worden behandeld door de huisarts en de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts), die ook andere professionals kan inschakelen.
- Bij matige tot ernstige problemen vindt verwijzing plaats naar de generalistische basis ggz. Binnen de generalistische basis ggz zijn verschillende behandeltrajecten mogelijk, waarbij de patiënt wordt ondersteund/behandeld door een GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut en waar tevens andere professionals zoals vaktherapeuten kunnen worden ingezet (zie model kwaliteitstatuut GGZ).
- In geval van mensen met ernstige psychische problemen of instabiele problematiek liggen er zorg- en behandelmogelijkheden in de gespecialiseerde ggz. Afhankelijk van de instelling en de aard van de problematiek kunnen vaktherapeuten onder de verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar worden ingezet. Daarnaast zijn er ambulante mogelijkheden binnen een professioneel netwerk met een vrijgevestigde regiebehandelaar.

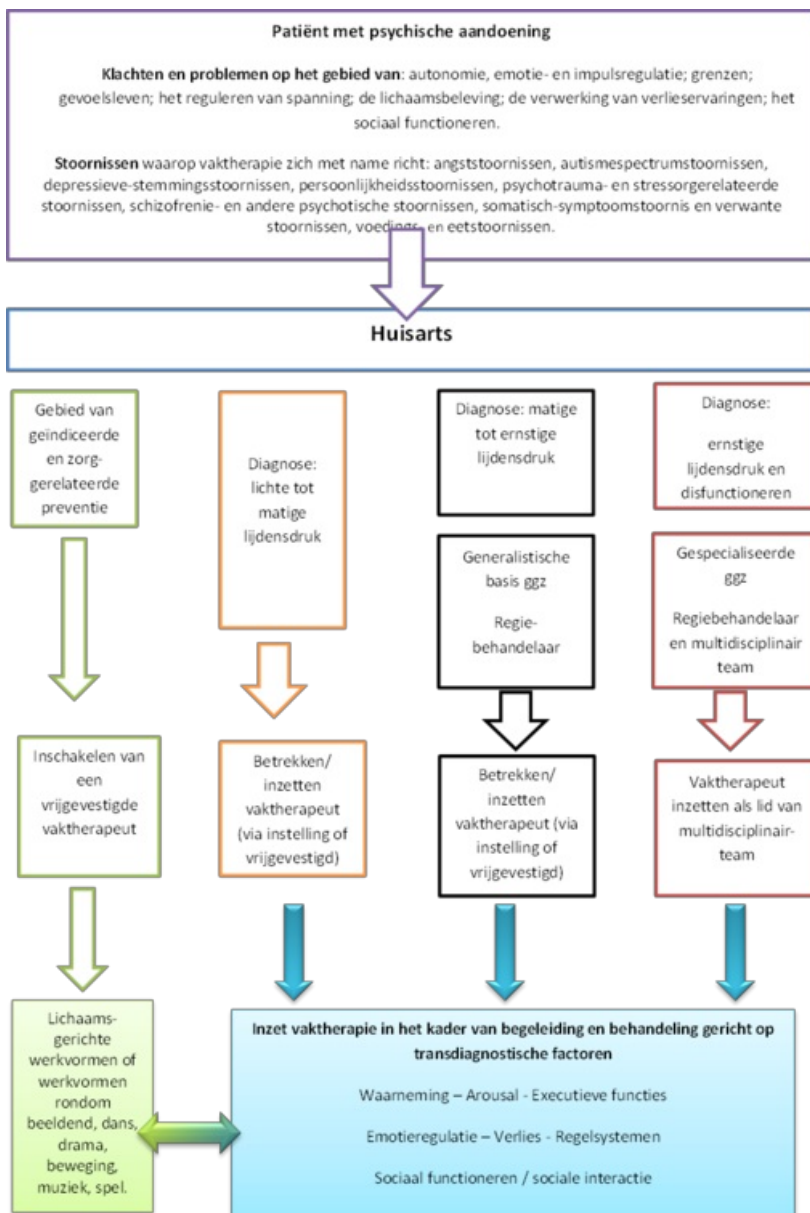
Zie voor een uitgebreide beschrijving van het diagnose- en verwijzingsproces bij de huisarts de generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGZ, de generieke module Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk en de website [Thuisarts](#).

- Bij alle genoemde gradaties van ernst kunnen vaktherapeuten in de behandeling betrokken worden. Dit is een keus van de patiënt in overleg met de huisarts of regiebehandelaar (gezamenlijke besluitvorming). Vanuit de praktijk van de huisarts kunnen vrijgevestigde vaktherapeuten worden benaderd, net als vanuit de setting van de generalistische basis ggz.
- Voor de inzet van vaktherapie in het kader van terugvalpreventie zie Terugvalpreventie.
- Mensen kunnen vanuit de behoefte aan zelfontplooiing en ontwikkeling ook op eigen initiatief contact zoeken met een vaktherapeut. Deze situatie is in figuur die de toeleiding naar vaktherapie weergeeft buiten beschouwing gelaten.

Wijkteams

De Jeugdwet regelt dat de aanmelding voor vaktherapie voor minderjarigen ook kan verlopen via het wijkteam. Dit stelt de indicatie voor specialistische begeleiding middels vaktherapie op. Zie hiervoor de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz.

6.1.2 Figuur Stroomdiagram: toeleiding naar vaktherapie



6.2 Betrokken zorgverleners

6.2.1 Werkvelden

Vaktherapie wordt aangeboden in de volgende werkvelden:

- geestelijke gezondheidszorg
- kinder- en jeugdpsychiatrie
- verstandelijk-gehandicaptenzorg
- jeugdzorg
- speciaal onderwijs
- forensische psychiatrie
- revalidatie
- psychogeriatric

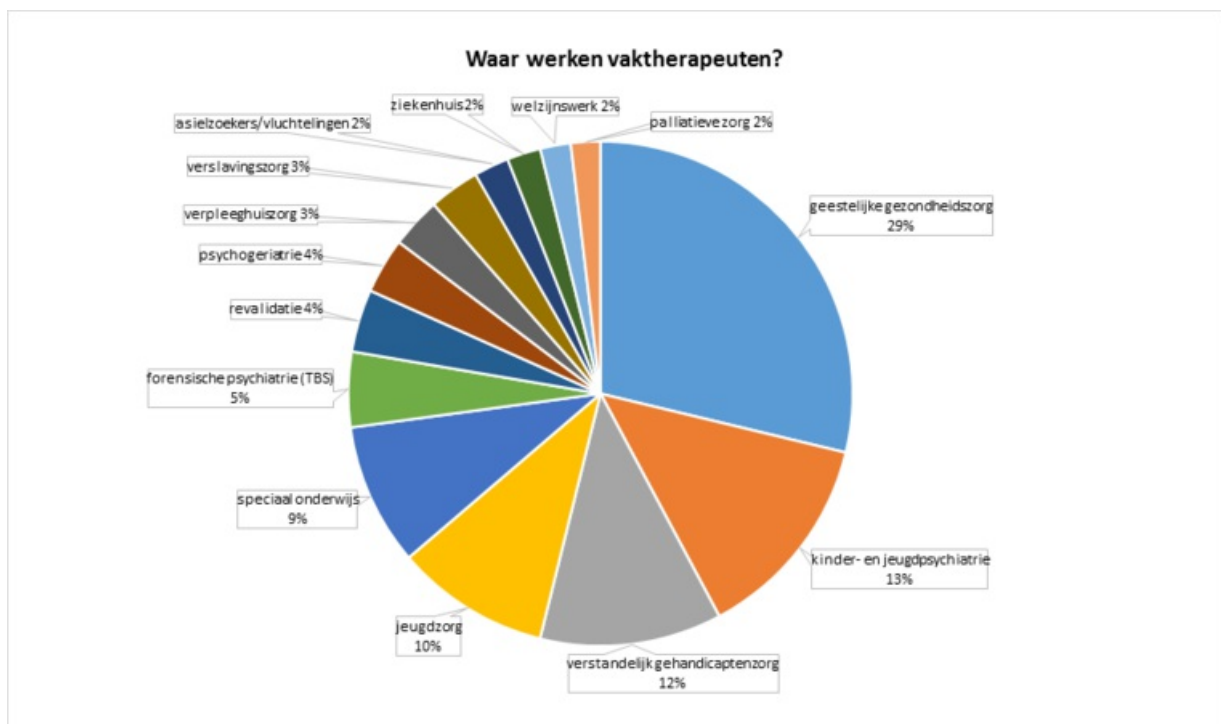
- verpleeghuiszorg
- verslavingszorg
- asielzoekers/vluchtelingen
- ziekenhuizen
- welzijnswerk
- palliatieve zorg

In behandelinstellingen werken vaak meerdere vaktherapeutische disciplines binnen een groot behandelteam of zorgprogramma. Vaktherapeuten kunnen zich specialiseren in de behandeling van specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld verslavingszorg, persoonlijkheidsstoornissen, mensen met ernstige trauma's) of binnen bepaalde zorgprogramma's vanuit de keuze voor bepaalde methodieken. Vaktherapeuten werken met mensen uit alle leeftijdsgroepen (ouderen, volwassenen, jongeren en kinderen) en bestrijken de meeste werkvelden in de zorg. Een overzicht

overzicht: Het taartdiagram is gebaseerd op gegevens uit oktober 2014 van de ruim 2200 leden van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB). Niet alle vaktherapeutische professionals zijn aangesloten bij de FVB.

geeft [figuur waar werken vaktherapeuten](#).

6.2.2 Figuur: Waar werken vaktherapeuten?



6.2.3 Herkenbare beroepsgroep

De overeenkomstige wijze waarop vaktherapeuten in en vanuit hun vakdiscipline een therapeutische relatie opbouwen, redeneren, diagnosticeren, begeleiden en behandelen, maakt hen tot een herkenbare beroepsgroep voor patiënten, andere disciplines en management binnen de verschillende werkterreinen.

Opleiding

Vaktherapeutische zorg wordt verleend door professionals die opgeleid zijn aan [een erkende \(minimaal hbo-\)opleiding](#) in één van de vaktherapeutische beroepen.

6.2.4 Inzetbaarheid

Vaktherapeuten zijn breed inzetbaar omdat ze op veel terreinen en met veel doelgroepen kunnen werken. Tegelijkertijd kunnen zij vanuit hun specifieke vaktherapeutische kennis en een specifieke werkwijze heel gericht werken.

6.3 Samenwerking

Vaktherapeuten werken onder verantwoordelijkheid van een huisarts, regiebehandelaar of als zelfstandig gevestigd vaktherapeut.

Vaktherapeuten werken onder verantwoordelijkheid van een huisarts, regiebehandelaar of als zelfstandig gevestigd vaktherapeut.: Vanaf 2017 is sprake van een regiebehandelaar in plaats van een hoofdbehandelaar.

[Meer informatie](#)

Vaktherapeuten kunnen in combinatie met één of meerdere andere discipline(s) worden ingezet:

- met collega's uit vaktherapeutische disciplines rondom behandeling;
- met andere disciplines rondom behandeling (interprofessioneel).

Vaktherapeuten zijn breed en interdisciplinair inzetbaar. Vaktherapeuten beschikken, vanwege hun uitgebreide ervaring in samenwerking met andere disciplines in verschillende over competenties om goed te kunnen samenwerken met andere hulpverleners. In de erkenning van elkaars mogelijkheden in de interdisciplinairesamenwerking en de toegenomen aandacht voor ervaringsgerichte therapieën komen vaktherapeutische professionals vaker in beeld als medebehandelaar bij andere disciplines. De verschillende disciplines leveren gezamenlijk een optimale, gevarieerde behandeling in dag(deel)programma's, poliklinische of ambulante setting.

Hoewel vaktherapeuten meestal in samenwerkingsverband werken, handelen zij zelfstandig. Daarom worden aan hun opleiding vergelijkbare kwaliteitseisen gesteld als aan bij de Wet BIG geregelde paramedische beroepen.

Daarom worden aan hun opleiding vergelijkbare kwaliteitseisen gesteld als aan bij de Wet BIG geregelde paramedische beroepen.: Vaktherapeuten kunnen zich laten registreren in het Register Vaktherapie.

[Meer informatie](#)

Een goede samenwerking betekent gebruikmaken van elkaars specifieke mogelijkheden. Het ervaringsgerichte werken is een toevoeging aan de andere beroepsgroepen. Er worden allerlei vormen van samenwerking gezocht en gezamenlijk producten en modules ontwikkeld, zoals met schema-, systeem- en cognitieve gedragstherapie. Deze kunnen samen of afwisselend worden aangeboden. Daarnaast hebben vaktherapeuten behandelmodules beschreven die passen in een specifiek behandel aanbod of benadering van gespecialiseerde behandelafdelingen.

Vaktherapeuten rapporteren en dragen bij aan de algemene behandel evaluatie in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) vanuit hun specifieke, ervaringsgerichte invalshoek.

6.4 Competenties

Het Beroepscompetentieprofiel voor de vaktherapeut is in nauwe samenwerking met GGZ Nederland (2012) tot stand gekomen en beschrijft in welke beroepscontext de vaktherapeut werkt, welke taken hij uitoefent, in welke situaties hij voor professionele dilemma's staat en welke competenties hij nodig heeft om professioneel te kunnen handelen. Het [profiel](#) maakt onderscheid tussen generieke en vakspecifieke competenties. De beschreven competenties hebben een sterke relatie met het gedachtegoed in [Perspectief van patiënten en naasten](#).

6.4.1 Generieke competenties

De vaktherapeut:

1. is contactueel en communicatief vaardig
2. werkt vraaggericht en oplossingsgericht
3. werkt doel- en resultaatgericht
4. is ondernemend en innovatief
5. werkt inzichtelijk en verantwoord
6. is professioneel en kwaliteitsgericht
7. ontwikkelt een onderbouwde visie op de therapeutische werkingskracht van vaktherapie.
8. gaat uit van de hulpvraag van de patiënt en stemt af door middel van vaktherapeutische interventies en activiteiten.
9. voert de vaktherapeutische dialoog vanuit interpersoonlijk en vakmatig perspectief.
10. maakt de eigen vakdiscipline inzichtelijk en verantwoordt deze naar betrokkenen.
11. opereert ondernemend, proactief en innovatief ten aanzien van de vaktherapie
12. levert een bijdrage aan vaktherapeutisch, algemeen wetenschappelijk en strategisch onderzoek.

Nummer 7 t/m 12 zijn vakspecifieke competenties.

6.4.2 Basiskennis en basisvaardigheden

Vaktherapeuten beschikken door hun basisopleiding over [voldoende algemene medische en psychosociale basiskennis](#) om te kunnen signaleren of een patiënt moet worden terug- of doorverwezen naar een huisarts of regiebehandelaar of een andere hulpverlener of instantie. Ze moeten, net als andere professionals, de grenzen van hun handelen onderkennen en kennen. Wanneer vaktherapeutische professionals merken dat zij te weinig rendement kunnen bieden voor de patiënt consulteren zij andere disciplines en betrekken deze bij de behandeling of ze dragen de patiënt over. Zij dienen oog te hebben voor risico en veiligheid in het geval van bijvoorbeeld agressie, crisissituaties of suïcidaliteit.

6.5 Kwaliteitsbeleid

Voor patiënten, verwijzers, werkgevers en zorgverzekeraars is het belangrijk zicht te hebben op de bekwaamheid van een behandelaar. Daarvoor omschrijft de zelfstandig gevestigde vaktherapeut zijn specifieke expertise(s) en werkwijzen en onderbouwt deze met een overzicht van zijn genoten opleidingen en registraties, lidmaatschappen en erkenningen door specialistische verenigingen. De expertise(s) van de behandelaar in loondienst bij een instelling is te achterhalen bij de desbetreffende instelling.

6.5.1 Kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering

Voor het verbeteren en in standhouden van het kwaliteitsbeleid in het algemeen zijn de volgende instrumenten ontwikkeld:

- Het beroepsregister Register Vaktherapie van de vaktherapeutische beroepen. Patiënten kunnen in het register zoeken naar een voor hen geschikte (vrijgevestigde) vaktherapeut. Therapeuten met voldoende werkervaring en aangesloten bij de beroepsverenigingen kunnen zich laten registreren bij het onafhankelijk opererende Register Vaktherapie. Zij volgen een registratietraject, waarin doorlopende bij- en nascholing en intercollegiale toetsing centraal staan.
- Geregistreerde vaktherapeutische professionals voldoen aan kwaliteitscriteria die door de beroepsgroep in overleg met het werkveld zijn vastgesteld en die ook in overeenstemming zijn met de (kwaliteits)eisen voor de overige beroepsgroepen in de (geestelijke) gezondheidsgroep.
- Geregistreerde vaktherapeutische professionals blijven vakbekwaam omdat zij zich onderwerpen aan eisen op het gebied van werkervaring, nascholing, supervisie en intervisie. Om geregistreerd te blijven dienen ze zich periodiek te laten her-registreren.
- Voor alle bij de beroepsverenigingen aangesloten professionals geldt de beroepscode voor de vaktherapeut (zie beroepscode).
- Alle bij de beroepsverenigingen aangesloten professionals vallen onder het klacht- en tuchtrecht (zie klachten). Dit is met name van belang voor de vrijgevestigde vaktherapeuten, aangezien instellingen een eigen klachtregeling hebben.
- Vrijgevestigde vaktherapeuten moeten in hun praktijkvoering voldoen aan de Richtlijnen voor de Vrijgevestigde Vaktherapeut (zie vrijgevestigde-vaktherapeuten). Deze richtlijnen zijn gebaseerd op de eisen die door de cliënten- en patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn geformuleerd. Op de naleving hiervan wordt periodiek gecontroleerd via visitatie (bedrijfsbezoeken) door een onafhankelijk visitatiebureau.

- Waar vaktherapeuten werkzaam in zorginstellingen doorgaans participeren in de Routine Outcome Monitoring van hun werkgever, is voor het meten van patiënttevredenheid van patiënten van vrijgevestigde vaktherapeuten een geautomatiseerde vragenlijst ontwikkeld die door patiënten kan worden ingevuld. De resultaten hiervan worden jaarlijks gepubliceerd in het Jaarverslag van de FVB.
- Patiënten kunnen vrijgevestigde professionals vinden via de website van de beroepsvereniging. Zie zoek een vaktherapeut.

6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Wetenschappelijk onderzoek naar de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van vaktherapie is nog schaars en gegevens daarover zijn dus schaars. Mede als resultaat van het ZIN-rapport

ZIN-rapport: Samengevat: “In the context of mindfulness practice, paying attention involves observing the operations of one’s moment-to moment, internal and external experience”.

Bron: Shapiro, Carlson, Astin, J.A. & Freedman, 2006, p. 376.

wordt momenteel onder auspiciën van de FVB in samenwerking met alle lectoraten een Strategische Onderzoeksagenda Vaktherapie ontwikkeld.

Als gevolg van de hogere eisen aan bewezen effectiviteit zet het vaktherapeutische veld meer in op onderzoek en het verzamelen van evidentie. Ook kosteneffectiviteit en doelmatigheid worden beter onderzocht en in kaart gebracht. Vaktherapeutische disciplines werken kostenefficiënt door zowel individueel, groepsgewijs als individueel in een groep te werken. Ze bieden hun interventies regelmatig aan als modules, gericht op deelproblemen. Ook de ontwikkeling van vakspecifieke, mogelijk kostenbesparende, eHealth-modules en andere herstelbevorderende modules horen daarbij.

De vaktherapeut ziet er, conform de professionele standaarden, op toe dat het proces van behandelplanning doelmatig verloopt en binnen een acceptabele termijn is afgerond. In deze standaarden zijn doelmatigheid en kosteneffectiviteit meegewogen bij de aanbevolen behandelvormen en interventies.

6.6.1 Productontwikkeling

Zowel in de collectieve sector als op ‘de markt’ streven vaktherapeuten naar manieren om efficiency te vergroten en de effectiviteit van de zorg te onderbouwen, in stand te houden of te verbeteren. Vaktherapeutische disciplines anticiperen hierop door hun interventies te beschrijven in transparante, toetsbare producten.

Vaktherapeutische disciplines anticiperen hierop door hun interventies te beschrijven in transparante, toetsbare producten.: Zie de website van FVB: Commissie Richtlijnen.

[Meer informatie](#)

Om dit proces te verbeteren wordt de ontwikkeling en beschrijving van vaktherapeutische interventies in de vorm van producten en modules gestimuleerd door de Commissie Product- en Module-ontwikkeling (CPMO) van de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen. De producten en modules zijn bedoeld om vaktherapeutische disciplines, verwijzers, zorgverzekeraars en andere geïnteresseerden inzicht te geven in de bijdrage van de vaktherapeutische disciplines bij een bepaalde doelgroep met een specifieke hulpvraag. Dit zal de efficiency, transparantie en toetsbaarheid van vaktherapeutische interventies bevorderen.

6.7 Financiering

6.7.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.7.2 Financiering Vaktherapie

Vaktherapeutische behandeling kan op verschillende manieren worden bekostigd: via het pakket van de basisziektekostenverzekering (Zorgverzekeringswet, Zvw), het aanvullende pakket van een ziektekostenverzekering, de Jeugdwet, de Wet Langdurige Zorg (Wlz), via de werkgever of eigen betaling door de patiënt.

6.7.3 Zvw en Wlz

Vaktherapie maakt onderdeel uit van de mogelijk verzekerbare zorg vanuit de Zvw. De vaktherapeutische behandeling wordt vergoed vanuit de Zvw op basis van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en de zorgproducten in de basis ggz. Vaktherapie maakt in dit geval altijd deel uit van een interdisciplinaire behandeling onder eindverantwoordelijkheid van een regiebehandelaar in een professioneel netwerk of multidisciplinair team. Sinds 2015 valt een langdurig verblijf in een (ggz-)zorginstelling niet meer onder de Zorgverzekeringswet of onder de

AWBZ, maar onder de Wlz.

6.7.4 Gemeenten

- Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) - Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet zelfredzaam zijn zoals mensen met chronische psychische of psychosociale problemen, individueel of in groepsverband. Wijkteams vormen (meestal) de toegang tot gemeentelijke voorzieningen voor ondersteuning. De gemeente kent algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen. Voor de laatste is een beschikking nodig en geldt een vermogens- en inkomensafhankelijke eigen bijdrage.
- Jeugdwet - Sinds 2015 worden vaktherapeutische behandelingen voor kinderen en jeugdigen niet meer vergoed vanuit de ziektekostenverzekering en Zvw, maar door gemeenten.

6.7.5 Aanvullende verzekering, eigen betaling

In sommige situaties valt de problematiek waarvoor de patiënt hulp zoekt niet onder de mogelijk verzekerbare zorg. In dat geval kan de patiënt mogelijk en indien hij zich hiervoor verzekerd heeft een beroep doen op de aanvullende zorgverzekering of ervoor kiezen de behandeling zelf te betalen.

6.7.6 Werkgevers

In sommige gevallen valt geestelijke gezondheidszorg voor arbeidsgerelateerde problemen onder Zvw. In andere gevallen kan de werkgever in het kader van een re-integratietraject de kosten op zich nemen. In sommige gevallen neemt de zorgverzekeraar in afstemming met de werkgever een deel van deze kosten voor zijn rekening.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

7.1 5. Kwaliteitsindicatoren

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is

aan hen om in te vullen.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger

behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.

- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de ‘verantwoordelijkheid’ om hun collega’s in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega’s van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma’s en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega’s, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarkt knelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen,

afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve

last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

In de generieke module Vaktherapie wordt aangesloten bij het relatief nieuwe concept van werken met transdiagnostische factoren. Deze werkwijze, gebaseerd op practice-based onderzoek en consensus, verschilt van de huidige praktijk. Uitvoering van de module vraagt om verder investeren in het werken volgens deze aanpak.

Landelijke afspraken

Het is van belang dat patienten en naasten begrijpen wat vaktherapie is en waarvoor het dient. Om de bewustwording en kennis van vaktherapie onder de patientenpopulatie te vergroten wordt aangeraden om voorlichtingsactiviteiten in te zetten. Hier zou de FVB bijvoorbeeld het voortouw in kunnen nemen.

Verder bieden de [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan voldoende aanknopingspunten op dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingsrichtingen

Op lokaal/ regionaal niveau is aan te bevelen dat vaktherapeuten kennisdeling- en scholingsactiviteiten opzetten voor hun netwerk (o.a. POH's, psychologen, verpleegkundig specialisten). Zodoende zal hun omgeving meer kennis hebben over de mogelijkheden om patienten door te verwijzen naar de vaktherapie.

8.6.2 Samenwerking

De knelpunten over samenwerking worden verder uitgewerkt onder [ICT](#).

8.6.3 Capaciteit

Er zijn landelijk voldoende vaktherapeuten beschikbaar en er worden voldoende professionals opgeleid. Wel is sprake van grote variatie in de beschikbaarheid van dit aanbod: regionaal, tussen de echelons en binnen en buiten zorginstellingen. Daardoor is de toegankelijkheid van de juiste vorm van vaktherapie niet altijd gewaarborgd.

Lokale oplossingsrichtingen

Op lokaal niveau kan gedacht worden aan het werven van vaktherapeuten voor instellingen (met een substantieel aantal uren, waardoor tevens versnippering wordt tegengegaan). Dit maakt het in algemene zin financieel aantrekkelijker om in binnen een bepaalde plaats/regio te werken.

8.6.4 Behandelaanbod

Met betrekking tot een constructieve spreiding van het behandelaanbod en behandelen wordt aangeraden om rekening te houden met de behandelcapaciteit van aanpalende disciplines. In de huidige praktijk lopen de wachtlijsten bij behandelen vaak op. Voor sommige van deze behandelingen bieden vaktherapieën passende alternatieven. Het zou aanbevelenswaardig zijn dat, wanneer een patient zich op een wachtlijst begeeft en er een passende vorm van vaktherapie beschikbaar is als alternatief, zijn doorverwijzer hem of haar hierop attendeert zodat de patient in staat is hierover een welgeinformeerde keuze te maken.

Eveneens dient een regiebehandelaar, wanneer deze inschat dat vaktherapie een passende behandeling zou zijn voor een patient, hier de patient over te informeren. In de huidige praktijk is op te merken dat vaktherapie vaak nog niet wordt meegenomen als serieuze optie.

8.6.5 Financiering

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.6 ICT

Vaktherapeuten werken onder verantwoordelijkheid van een huisarts, regiebehandelaar of zijn gevestigd als zelfstandig vaktherapeut. Een goede samenwerking tussen professionals (vaktherapeuten werken meestal met meerdere andere disciplines samen bij de behandeling van een persoon) vraagt om snelle en goed beveiligde informatie-uitwisseling. In de huidige praktijk zijn de informatie-systemen niet optimaal voor vaktherapeuten ingericht.

Landelijke afspraken

De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende aanknopingspunten voor dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingsrichtingen

Vaktherapeuten/instellingen kunnen bestaande systemen doorontwikkelen en betere aansluiting zoeken bij lopende ontwikkeling mbt koppeling van systemen.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 30-11-2017 Beoordelingsdatum 30-11-2017

9.1 Transdiagnostische factoren en vaktherapie

9.1.1 Transdiagnostische factoren

In de ggz is er een ontwikkeling gaande waarbij aandacht gevraagd wordt voor stoornisoverstijgende aspecten, ook wel transdiagnostische factoren genoemd. Een transdiagnostische factor voldoet idealiter aan de volgende vier kenmerken.

Bron: Van Heycop ten Ham en van Megen, 2014, 218-219, baseren zich op Harvey et al. 2004.

De transdiagnostische factor:

1. is een risicofactor voor de ontwikkeling of een instandhoudende factor van verschillende stoornissen;
2. kan worden opgenomen in een theoretisch model dat de instandhoudende factoren van verschillende stoornissen verklaart;
3. speelt een rol bij comorbiditeit, een verhoogde mate van een bepaalde factor voorspelt bijvoorbeeld meer comorbiditeit;
4. geeft bij behandeling een reductie van klachten bij verschillende stoornissen.

Transdiagnostische factoren kunnen verwijzen naar bijvoorbeeld gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals angstgevoelens en slaapproblemen bij depressie, psychotische stoornissen en angststoornissen.

Bron: Ibid, p. 18.

Andere categorieën van transdiagnostische factoren zijn gelijke gedragingen, gelijke copingstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren, gelijke behandelinterventies, onderliggende overeenkomstige neurobiologische factoren, en universele beschermende factoren. Ook wanneer eenzelfde behandelinterventie ingezet wordt bij verschillende soorten problematiek, zoals ontspanningstechnieken bij angst én bij mentale overbelasting, spreekt men van transdiagnostisch. Omdat vaktherapeutische interventies gekenmerkt worden door een deels stoornisoverstijgend karakter sluit het denken in transdiagnostische factoren goed aan.

Het kader van transdiagnostische factoren biedt de ook mogelijkheid om duidelijk te maken hoe een eenmaal ontwikkeld protocol voor bepaalde klachten of problemen stoornisoverstijgend kan worden ingezet voor een brede patiëntengroep. Ten slotte kan per zorgstandaard gekeken worden in hoeverre vaktherapie kan worden ingezet in het behandelen van klachten of problemen vanuit de beschreven transdiagnostische factor(en).

9.1.2 Literatuurstudie

In de ontwikkeling van de generieke module Vaktherapie is een begin gemaakt middels een literatuurstudie naar de relatie tussen de gevonden transdiagnostische factoren en de DSM-5-diagnostiek. In dit achtergronddocument komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Per transdiagnostische factor wordt een definitie gegeven gebaseerd op literatuuronderzoek;
- De relatie met de DSM-5-diagnostiek wordt geëxpliciteerd. Hierbij worden de stoornissen aangehouden die in 2015 zijn vastgesteld als speerpunten van de FVB:
- angststoornissen;
- depressieve-stemmingsstoornissen;
- schizofrenie- en andere psychotische stoornissen;
- autismespectrumstoornissen;
- voedings- en eetstoornissen;
- psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen.
- De vaktherapeutische relevantie wordt geïllustreerd met voorbeelden uit in de praktijk beschreven interventies en onderbouwd met resultaten uit peer-reviewed artikelen en onderzoek.
- Nadere concretisering in termen van de hulpvraag van de patiënt.

9.1.3 Waarneming

Definitie

Onder de transdiagnostische factor 'waarneming' wordt verstaan: de wijze waarop prikkels tot een betekenisvol geheel worden bewerkt. Brysbaert (2014, pag. 213 e.v.) beschrijft de twee processen waaruit waarneming bestaat als volgt:

- Gewaarwording: "de opname van stimulatie uit de omgeving door middel van de zintuigen en de vertaling van deze stimulatie in zenuwimpulsen die door de hersenen verwerkt kunnen worden in beelden, klanken, geuren, smaken enzovoort".
- Waarneming wordt gedefinieerd als: "het interpreteren en begrijpen van de gewaarwording".

Dit proces kan zowel op expliciete als impliciete wijze verlopen.

Bron: Hannula, Simons & Cohen , 2005.

Prikkels kunnen van:

- buiten het lichaam komen (exteroceptie) middels de vijf zintuigen;
- van binnen het lichaam komen (interoceptie) middels verschillende receptoren of;
- van mentaal-emotionele aard zijn.

Relatie met de DSM-5

Verstoring in de waarneming speelt bij veel stoornissen zoals beschreven in de DSM-5.

Bron: American Psychological Association (2014).

- Angststoornissen
- Paniekstoornis 300.01;
- Angststoornis door een middel /medicatie;
- Gegeneraliseerde—angststoornis 300.02;
- Angststoornis door een somatische aandoening 293.84;
- Andere gespecificeerde angststoornis 300.09;
- Ongespecificeerde angststoornis 300.00.
- Psychotische stoornissen
- Kortdurende psychotische stoornis 298.8 A1: Wanen; A2: Hallucinaties;
- Schizofrene stoornis 295.40 A 1: Wanen; A2 Hallucinaties;
- Schizofrenie 295.90 A1 Wanen; A2 Hallucinaties;
- Psychotische stoornis door een middel/medicatie A1: Wanen; A2: Hallucinaties;
- Psychotische stoornis door een somatische aandoening A: prominent aanwezige hallucinaties of wanen.
- Autismespectrumstoornissen
- Autismespectrumstoornis , 299.00 B. 4 Hyper- of hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor de zintuiglijke aspecten van de omgeving.
- Eetstoornissen: Voedings- en eetstoornissen
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- Posttraumatische stressstoornis 309.81.
- B3: Dissociatieve reacties
- B4: Intense of langdurige psychische lijdensdruk bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenis(sen) symboliseren of er op lijken
- B5: Duidelijke fysiologische reacties op interne of externe prikkels die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenis(sen) symboliseren of er op lijken
- Acute stressstoornis 308.3
- Intrusieve symptomen
- B3: Dissociatieve reacties
- B4: Intense of langdurige psychische lijdensdruk bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de psychotraumatische gebeurtenis(sen) symboliseren of er op lijken
- Dissociatieve symptomen
- B6: Een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of de betrokkene zelf.
- Andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis 309.89 Ongespecificeerde

psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis 309.9

- Persoonlijkheidsstoornissen
- A1: Cognities (manieren van waarnemen en interpreteren van zichzelf, andere mensen en gebeurtenissen)
- Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

Vaktherapeutische relevantie

In vaktherapie speelt waarneming een belangrijke rol.

Bron: Haeyen et al., 2015.

In het ervaringsgerichte werken worden patiënten gestimuleerd om het lichaam, zichzelf, zichzelf in relatie tot de ander, de ander en de wereld

Bron: Verhofstadt-Deneve, L. 1988 .

waar te nemen, en de betekenis die aan die waarneming gegeven wordt:

- bewust te worden,
- te onderzoeken,
- te bevragen en
- eventueel te herdefiniëren.

Daarnaast worden patiënten in vaktherapie gestimuleerd om zich bewust te worden van geautomatiseerde waarnemingsprocessen die op de omgeving gericht zijn. Daarmee wordt betekenis verleend aan die omgeving en daarmee samenhangende gedachten, gevoelens en handelingen.

Interoceptief

De interoceptieve waarneming betreft vaktherapeutische behandelingen gericht op het lichaamsbewustzijn, hetgeen van belang is bij angststoornissen,

Bron: Paulus & Stein, 2010 .

eetstoornissen,

Bron: Boerhout, Swart, Van Busschbach, & Hoek, H.W., 2016.

somatoforme stoornissen

Bron: Courtois, Cools & Calsius. (2015), Van der Maas, Köke, Pont, Bosscher, Twisk, Janssen & Peters, 2014.

en psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

Bron: Hoek & Scheffers, 2014.

Exteroceptief

Vaktherapeutische behandelingen binnen de transdiagnostische factor waarneming – exteroceptief – betreft beeldvorming van de omgeving, persoonlijke relaties, zelfbeeld, hetgeen met name van belang is bij persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen.

De hulpvraag van de patiënt:

Het leren voelen en bepalen van grenzen; het herkennen van lichaamssignalen, en deels het verbeteren van de lichaamsbeleving.

9.1.4 Arousal

Onder arousal wordt verstaan

Bron: RDoC, 2016.

de mate van gevoeligheid van het organisme voor zowel interne als externe prikkels. Arousal:

- vergemakkelijkt de interactie met de omgeving op een omgevingsafhankelijke wijze;
- kan zowel door externe/omgevingsprikkels als door interne prikkels zoals gevoelens en gedachten worden opgeroepen;
- kan gewijzigd worden door de fysieke eigenschappen en de motiverende kracht van de prikkels;
- kan gedragsmatig gemeten worden op een schaal van laag (slaap, verdoving en coma) naar hoog;
- kan in verband worden gebracht met een toename of afname van willekeurige motorische activiteit en

- staat onder invloed van op homeostase gerichte drijfveren zoals slaap, honger, dorst, seks.

Arousal uit zich door fysiologische reacties, zoals spierspanning en hartslag maar ook door emotionele reacties, bijvoorbeeld ervaren spanning.

Bron: Blascovich, 1992 p. 215-216.

Stoornissen op het gebied van arousal kunnen voorkomen in de vorm van een verhoogd arousal (hyperarousal) of een verlaagd arousal (hypoarousal).

Dit geeft een driedeling: te laag – aanvaardbaar – te hoog.

Relatie met de DSM-5

Arousal

Bron: Pfaff et al. 2008; Blascovich, 1992.

speelt een rol bij

- Angststoornissen
- Depressieve stoornissen,
- Psychotische stoornissen,
- Autismespectrum stoornissen,
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS),
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Middels vaktherapie kunnen patiënten leren om de mate van arousal te beïnvloeden. Door ervaringsgerichte oefeningen wordt beter onderkend dat er sprake is van arousal: bijvoorbeeld in drama maar ook bij het tekenen van een bepaalde opdracht. Situaties die de arousal beïnvloeden kunnen beter herkend worden. Vaktherapie helpt daarbij tevens door het aanleren van vaardigheden die de arousal in de gewenste richting beïnvloeden zoals ontspanningsoefeningen teneinde arousal te reduceren of activerende oefeningen teneinde arousal te laten toenemen.

Componenten van de behandeling zijn:

1. herkennen van veranderingen in arousal;
2. aanleren van manieren om arousal te beïnvloeden;
3. herkennen van prikkels die arousal beïnvloeden;
4. ondernemen van activiteiten die bijdragen aan het hanteren van prikkels.

De hulpvraag van de patiënt:

Het leren reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

9.1.5 Executieve functies

Onder executieve functies worden de volgende drie samenhangende activiteiten verstaan:

1. het kunnen formuleren van doelen;
2. het kunnen plannen van manieren om die doelen te bereiken;
3. het effectief kunnen uitvoeren van deze plannen.

Het betreft:

Bron: Heycop ten Ham & Van der Zwaag, 2014.

- het richten en vasthouden van de aandacht;
- de impulscontrole en de zelfregulatie;
- het starten met activiteiten;
- het werkgeheugen;
- de mentale flexibiliteit: gebruikmaken van feedback aan de hand van het effect van het handelen en indien nodig het plan bijstellen;
- het plannen en organiseren;
- de selectie van efficiënte probleemoplossende strategieën en
- de zelfreflectie.

Relatie met de DSM-5

Verstoring in de executieve functies treden op bij de meeste vormen van psychopathologie.

Bron: Snyder et al. 2015.

Met name piekeren, zich zorgen maken en problemen wat betreft emotieregulatie. Derhalve vormen tekorten in executieve functies een risico wat betreft emotionele en gedragsmatige en psychotische stoornissen.

- Angststoornissen
- Depressieve stoornissen
- Psychotische stoornissen
- Autismespectrum stoornissen
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
- Eetstoornissen.

De hulpvraag van de patiënt:

Het leren reguleren van impulsen en agressie.

9.1.6 Emotieregulatie

Er worden veel verschillende termen gebruikt waar het gaat om emotie en met emotie verband houdende processen.

Bron: Jazaieri et al. 2013, p. 585-586.

Vaktherapeuten gebruiken zowel de term affectregulatie als emotieregulatie. Affect wordt beschouwd als een overkoepelend begrip dat zowel emoties, stemmingen en stressreacties omvat en het betreft een evaluatie: goed of slecht in het licht van doelen die op dat moment worden nagestreefd.

Onder emotieregulatie wordt verstaan het kunnen beïnvloeden van de aanwezige emoties op het moment zelf en de wijze waarop deze emoties al dan niet ervaren en geuit worden.

Bron: Jazaieri et al, 2013, p. 585-586.

Dit proces verloopt via vier fases:

- het kunnen herkennen van de emoties die gereguleerd dienen te worden;
- kiezen voor een bepaalde emotieregulatiestrategie;
- de gekozen strategie toepassen;
- het blijven volgen van de gekozen strategie door de tijd heen teneinde te kunnen vaststellen of verdere aanpassing noodzakelijk is.

Visies op emoties lopen uiteen van het beschrijven van emoties in termen van te onderscheiden primaire emoties (woede, vrees, verdriet, walging, geluk en verrassing) of emoties te beschouwen als een samengesteld proces van twee verschillende dimensies: waardering (aantrekken – afstoten) en mate van opwindning (kalm – opwindend).

Bron: Javela et al., 2008, p. 664.

Relatie met de DSM-5

Bij de toenmalige DSM 4 is onderzocht in hoeverre de beschreven stoornissen een verwijzing bevatten naar de een of andere vorm van affectieve ontregeling. In kleiner aantal beschreven stoornissen worden affectieve ontregelingen specifiek genoemd.

Bron: Fernadez et al., 2016 p. 435.

- Depressieve stoornissen;
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS);
- Persoonlijkheidsstoornissen;
- Angststoornissen;
- Psychotische stoornissen;
- Autismspectrumstoornissen;
- Eetstoornissen;
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK).

Vaktherapeutische behandelingen hebben betrekking op zowel emotieregulatie als op agressieregulatie.

De hulpvraag van de patiënt:

Het leren reguleren en uiten van emoties.

9.1.7 Verlies

Onder verlies wordt verstaan de verandering in de levenssituatie van de patiënt als gevolg van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk(e) motiverend voorwerp of motiverende situatie. Het kan zowel sociaal als niet sociaal van aard zijn, en het kan betrekking hebben op een definitief of aanhoudend verlies van een onderkomen, gedragsmatige controle, status, geliefde of relaties, partner, werk, toekomst, gezondheid.

Bron: Zie RDoC.

Het ervaren van verlies is onderdeel van het menselijk bestaan en doorgaans kunnen de meeste mensen het aan om hierover te rouwen ondersteund door naasten. Echter in sommige omstandigheden kan het verlies van een betekenisvol persoon leiden tot een verhoogd risico op suïcide en meer kans op geestelijke en gezondheidsproblemen.

Bron: Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. 2007, p. 1960.

Verlieservaringen kunnen uitmonden in chronische rouw, depressie en met verlies samenhangende PTSS.

Bron: Boelen, P. 2012 p. moet nog worden ingevoegd.

Omgekeerd kan psychopathologie leiden tot verlieservaringen zoals een beperkt beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt.

Bron: Baker & Procter, 2014.

Verlieservaring zijn ingrijpende levensgebeurtenissen die ook kunnen leiden tot een verlies aan zingeving.

Bron: Brown, Roach, Irving & Joseph, 2008, 225.

Vaktherapie nodigt uit om tot rouwverwerking te komen doordat zowel de omgeving als de middelen worden geboden waarmee stil gestaan kan worden bij het verlies, uiting te geven aan daarbij horende emoties en te onderzoeken wat dit betekent voor betrokkenen ook voor de toekomst.

Componenten van de behandeling:

1. Afscheid nemen (van een oude rol, van de ervaren verbinding, van een toekomst die leek ingevuld maar het nu niet meer is),
2. Instellen van de nieuwe rol.

De hulpvraag van de patiënt

Het verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.

9.1.8 Regelsystemen / lichaamsritmen

Verschillende lichamelijke processen kennen een cyclisch verloop gedurende een dag, een week, een seizoen of een jaar. Onder regelsystemen worden die systemen verstaan die ten grondslag liggen aan en verantwoordelijk zijn voor het activeren van neurale systemen afgestemd op verschillende situaties en die voorzien in de juiste homeostatische regulering van de energiehuishouding en slaap.

Bron: Zie RDoC.

Er wordt een samenhang beschreven tussen de dagelijkse cyclus en depressie,

Bron: Salgado-Delgado, Osorio, Saderi, & Escobar, C. 2011, p. 7.

ADHD

Bron: Baird, Coogan, Siddiqui, Donev, & Thome, J.,2012, p.994.

en verslaving.

Bron: Adan, A. 2013, p. 173-175.

Er is onderzoek gedaan naar het optreden van paniekaanvallen in het weekend.

Bron: Kao, Xirasagar, Chung, Lin, Liu, & Chung, 2014, p. 2.

Daarnaast worden er seizoensinvloeden gerapporteerd waar het gaat om agressie

Bron: Preti, Miotto, De Coppi, Petretto, & Carmelo, M. 2002 p. 483.

en stemmingsstoornissen.

Vaktherapeutische interventies zijn met name gericht op het herstellen van het evenwicht tussen actie en ontspanning en het herstellen van de dagstructuur.

De hulpvraag van de patiënt

Met behulp van vaktherapie wil ik leren om mijn dag- en nachtritme te herstellen.

9.1.9 Sociale interactie

Het is het vermogen om interpersoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden, waarbij op een adequate manier autonomie wordt gehandhaafd als ook andermans persoonlijke grenzen worden gerespecteerd. Hieraan ten grondslag liggen het herkennen en interpreteren van emoties, intenties en wensen van anderen en daarmee het kunnen inleven in anderen.

Bron: Op basis van Smeijster et al., 2011, Schoot & Van Hooren, 2015 en Frith & Frith, 2008.

De hulpvraag van de patiënt

Het verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren, het leren hanteren en aangeven van grenzen.

9.2 Samenstelling werkgroep

De tekst van deze generieke module Vaktherapie is geschreven door Kees van den Bos (inhoudelijk secretaris) en Luuk Sietsma (projectleider). Zij werd aangevuld en becommentarieerd door leden van de werkgroep.

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen, NVKG en NHG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

NHG is van mening dat er onvoldoende evidence is voor de werkzaamheid en meerwaarde van vaktherapieën boven de gebruikelijke zorg. Daarom kan het NHG deze module niet goedkeuren noch een verklaring van geen bezwaar afgeven.

Deelnemer	Namens organisatie (eventueel)
Monique Wilmer	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Dwayne Meijnckens	Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Yvette IJland	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Sylvie Stappenbelt	Nederlands Instituut voor Psychologen
Sjaak Verduijn	Zorgverzekeraars Nederland
Karin Hilderink	Federatie Vaktherapeutische Beroepen, FVB
Chris Raaymakers	Vaktherapeutische professional
Jooske van Busschbach	Lectoraat Beweging, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim, Zwolle
Susan van Hooren	Landelijk lectoraat Coöperatie KenVaK

Stuurgroep

Samenstelling stuurgroep	
René Benneker (voorzitter)	
Irene Rentenaar	directeur Federatie Vaktherapeutische Beroepen
Kees van den Bos (inhoudelijk secretaris)	tekstschrijver
Luuk Sietsma (projectleider)	tekstschrijver

Adviezen en consultatie

Adviezen en consultatie

Diverse groepen en individuen zijn op één of meerdere momenten geconsulteerd bij de totstandkoming van de tekst: Bas Heycop ten Ham (deskundige transdiagnostische factoren), Anne Ponstein en Truus Jans (vaktherapeuten betrokken bij de analyse van vaktherapeutische doelen).

Deelnemers werkconferentie generieke module Vaktherapie 16-12-2015: Sonja Aalbers, Rix van der Beek, Tina Bellemans, Henrike Bouwman, Mariette Broersen, Petra Datema, Tanja Dollenkamp, Karen van Dooren, Laurien Hakvoort, Karin Hilderink, Truus Jans, Minke van der Kamp, Rini Kempen, Simone Kleinlooh, Clare Macfarlane, Katrien Meulders, Huub Notermans, Marcos Rabello, Corine Smelt, Gea van Straaten, Myra Votychofsky en Gemmy Willemars.

Deelnemers de workshop Transdiagnostische factoren en de vaktherapie 17-2-2016: Rix van der Beek, Liesbeth Bosgraaf, Henrike Bouwman, Fred Dijk, Liestbeth Doomen, Karen van Dooren, Tineke de Graaff, Karin Hilderink, Pim Hoek, Yvette IJland, Sita de Jager, Truus Jans, Simone Kleinlooh, Munda van Langen, Carel van Leeuwen, Janet Moeijes, Cor Niks, Huub Notermans, Anneke Ozen-van Vliet, Anne Ponstein, Gerald Riedstra, Corine Smelt, Katinka van Sprang, Sylvie Stappenbelt, Betty Verhoek-Bakker, Paul Verschuur en Monica Wagner.

Betrokken bij vakspecifieke interviews (juni 2016): Cindy van de Bogert, Liesbeth Bosgraaf, Olivier Glas, Joy Goffin, Suzanne Haeyen, Laurien Hakvoort, Janneke Hatzmann, Renate Hoeselaar, Hanneke Kalisvaart, Simone Kleinlooh, Huub Notermans, Marcos Rabello, Rosemarie Samaritter, Thomas Scheewe, Karin Timmerman, Benthe Versluys, Patricia Vos, Bertine de Vries en Carola Werger.

Aanwezigen bijeenkomst Kennisontwikkeling Vaktherapie (Kenvak) 29-8-2016: Suzanne Haeyen, Susan van Hooren, Simone Kleinlooh, Huub Notermans, Ingrid Péntzes, Kathinka Poismans, Rosemarie Samaritter, Celine Schweizer, Manon Verdonschot, Annemiek Vink, Gemmy Willemars, en Martina de Witte.

9.3 Enkele data achterbanraadpleging

Het doel van de achterbanraadpleging van vaktherapie was om antwoord te zoeken op de volgende vragen:

1. Welke vaktherapeutische behandelingen hebben de patiënten gevolgd?
2. Wat heeft de achterban geholpen en wat niet?
3. Wat zijn of waren therapiedoelen van de achterban?

Met deze vragen voor ogen zijn er onderwerpspecifieke vragen geformuleerd. Bij het uitzetten van de vragen is gebruikgemaakt van het Spodix-programma. De vragenlijst is uitgezet bij ruim 900 patiënten en hun naasten (ggz-panel). Daarnaast is de enquête via de sneeuwbal methode verspreid onder de werkgroepleden GMVT, de vaktherapeutische beroepsverenigingen en andere relevante netwerken. De resultaten zijn middels beschrijvende statistiek geformuleerd, waarbij de frequenties van patiënten versus naasten zijn vergeleken. NB. Deze enquête was een raadpleging, geen wetenschappelijk onderzoek. De gerapporteerde cijfermatige resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid worden beoordeeld.

Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid ontwikkelde de vragenlijst die voor verspreiding

werd aangevuld met vragen vanuit de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

9.3.1 Respondenten

De vragenlijst is voorgelegd aan de leden van het ggz-panel van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid en is via de sneeuwbalmethode uitgezet onder de werkgroepleden van de generieke module, de vaktherapeutische beroepsverenigingen en andere relevante netwerken. Het aantal respondenten bedroeg 485. Van hen was 71% vrouw en 28% man. De groep bestond uit:

- 284 patiënten met ervaring met vaktherapie (58%);
- 74 naasten van patiënten met ervaring met vaktherapie (15%);
- 60 patiënten zonder ervaring met vaktherapie (13%);
- 67 naasten van patiënten zonder ervaring met vaktherapie (14%).

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 44,85 jaar.

Resultaten op domeinen van zorg (zie ook [Kwaliteitscriteria](#)).

9.3.2 Resultaten

De respons (n=485) was hoog, ongeveer gelijkmatig verdeeld over het panel (224) en het internet (261), waarvan het grootste aantal patiënten met therapie-ervaring was (58%). Indien we kijken naar de psychiatrische classificaties is er een volgende ordening te maken (top-4): depressie en dysthymie, trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, angst en tot slot persoonlijkheidsstoornissen. Het merendeel van de patiënten kwam via verwijzing via de (hoofd)behandelaar terecht bij de vaktherapeut, waarbij de motivatie om te kiezen voor de vaktherapie was: (1) 'Ik wilde op een andere manier werken aan mijn problemen, (2) 'Het is een prettige plek', (3) 'Mijn behandelaar adviseerde het mij', (4) 'Ik vond het zelf de beste oplossing voor mijn probleem' en (5) 'Andere vormen van behandeling hielpen niet genoeg'. Deze antwoorden hadden een spreiding van 3.95 – 3.52 op een 5-puntsschaal. De verhouding tussen individuele en groepstherapie is ongeveer gelijk (55% versus 45%). Het merendeel van de patiënten had therapie als onderdeel van de ambulante begeleiding ggz (46%); 31% had de therapie als onderdeel van behandeling bij opname en 23% bij een vrijgevestigde therapeut. Het merendeel van de patiënten volgde beeldende en psychomotorische therapie.

Resultaten Werkalliantievragenlijst naar de samenwerking tussen patiënt en therapeut

Aspect van de samenwerking	Waardering door patiënten (5-puntsschaal) Aantal= 284	Waardering door naasten (5-puntsschaal) Aantal = 74
1. 'Mijn behandelaar en ik respecteren elkaar.'	4,43	4,55
2. 'Mijn behandelaar en ik zijn het eens over wat voor mij belangrijk is om aan te werken.'	3,77	3,89
3. 'Mijn behandelaar en ik werken naar de doelstellingen toe die we beiden goedkeurden.'	3,6	3,97
4. 'Ik geloof dat de manier waarop we aan mijn probleem werken, de juiste is.'	3,49	3,76

9.4 Achterbanraadpleging vaktherapie

Een terugkoppeling van de achterbanraadpleging van vaktherapie is te vinden onder 'Documenten' bij de [generieke module Vaktherapie](#).

9.5 Informatief beeldmateriaal

www.vaktherapieinbeeld.nl: op deze site staan voor beeldend, dans, drama, muziek en psychomotorische therapie steeds twee filmpjes; een vanuit de therapeut en een vanuit de patiënt.

Disciplines - <https://vimeo.com/186275610> over vaktherapie in de oncologische zorg

<https://www.youtube.com/watch?v=8p3M2ztEqKs> vergelijkbaar van Kanker in Beeld met Professor Scherder over verwerken door creatieve expressie.

Stenden Hogeschool: Creatieve therapie en het werkveld <https://www.youtube.com/watch?v=5C0fY1F8v-w>

Beeldende therapie - Dimence beeldend https://www.youtube.com/watch?v=S0V_bBs_0Js

Beeldende therapie en klassiek autisme <https://www.youtube.com/watch?v=-Oc6SHldQk4>

Creatieve/beeldende therapie en eetstoornissen <https://www.youtube.com/watch?v=5ZhoV4PwPYc>

Danstherapie - Caritas <https://www.youtube.com/watch?v=IKh-5Tvk6Lk>

Engelstalig beeldmateriaal over danstherapie is te vinden op de site van www.NVDAT.nl

Dramatherapie - Rodersana Dramatherapie <https://www.youtube.com/watch?v=n9TFJlzaJ4c>

Dramatherapie in het onderwijs <https://www.youtube.com/watch?v=R497O0KH7zE>

Eigenwijs, Kind & dramatherapie <https://www.youtube.com/watch?v=o-FcO0gCabw>

Dramatherapie en trauma https://www.youtube.com/watch?v=UmZGo_6uQB4

Muziektherapie - Dimence muziek <https://www.youtube.com/watch?v=fstMwHOx5d>

1-Vandaag rapportage over muziektherapie en alzheimer <https://www.youtube.com/watch?v=OoZkE-Cg1uU>

Stichting Papageno: muziektherapie en autisme <https://www.youtube.com/watch?v=obpPM2ZFrQk>

Margriet (patiënt) over muziektherapie <https://www.youtube.com/watch?v=hDxgNU-dliY>

Muziektherapie in de forensische psychiatrie <https://www.youtube.com/watch?v=Kdyzn78ljRw>

Psychomotorische therapie - PMT <https://www.youtube.com/watch?v=3WWpyPHN0yw>

Ambiq https://www.youtube.com/watch?v=_UWo9qPcdiM

Pro Persona https://www.youtube.com/watch?v=_LdqJHsU7aw

Kinder- Jeugdtraumacentrum <https://www.youtube.com/watch?v=KYZEauCgHSE>

Entrea gezinsgericht <https://www.youtube.com/watch?v=ZVJro1KMBsE>

Speltherapie - Caritas https://www.youtube.com/watch?v=UmZGo_6uQB4

Ambiq <https://www.youtube.com/watch?v=rs9FloPifno>

Pro Persona <https://www.youtube.com/watch?v=PvKORENuC88>

Dimence: speltherapie door klinisch psycholoog <https://www.youtube.com/watch?v=B8J9FAbWF9U>

Speltherapie PO met Viggo <https://www.youtube.com/watch?v=hnTcCksdVRo>

Psychomotorische kindertherapie - cognitieve ontwikkeling <https://www.youtube.com/watch?v=DMQfQsYcnwI>

9.6 Vaktherapeutische interventies

Dit overzicht is momenteel volop in ontwikkeling.

Kinderen en jeugd

Dimitriades, T. (2011) When I sound like you. Group Music Therapy for children on the autistic spectrum who present poor Theory of Mind (ToM) skills. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Ende, W. van der, Vlught, S. van der, Nieuwenhuis, L., Smelt, C. & Tel-Vos, P. (2016) Affectregulerende Vaktherapie beeldend ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Ende, W. van der, Patijn, M., Engels, M., Kruijf, C. de & Laat, A. de. (2016) Affectregulerende Vaktherapie muziek ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Lunteren, C. van (2012) Steunende en focaal-inzichtgevende individuele beeldende therapie gericht op herstel en versterking van het zelfbeeld bij kinderen. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Fikke, D. (2012) Beeldend therapeutische observatie bij jongeren met mogelijk een autisme spectrum stoornis (ASS). Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Aarts, A.G., S. Appels, C. Houben (2015) Psychomotorische groepstherapie voor jongeren (12-18 jaar) met Anorexia Nervosa, gericht op het vergroten van de motivatie voor behandeling, op psycho-educatie en op het herontdekken van het eigen lijf. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Hoek, P. Hensen, E., Wils, M., Eijselendoorn, A., Post, T., Langbroek, M. & Bellemans, T. (2014) Psychomotorische therapie ter vermindering van agressieregulatieproblematiek bij jongeren van 12 tot 18 jaar oud met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische

Beroepen.

Volwassenen:

Emotie-, impuls en agressieregulatie

Bange, K. (2016). Herkennen, reguleren, verdragen. Individuele dramatherapie ter bevordering van emotieregulatie voor vrouwen met complexe PTSS ten gevolge van seksueel misbruik of mishandeling. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Sturm, W., Lilly Musters, L. & Assen, I. van (2014) Individuele psychomotorische therapie (PMT) ter bevordering van het herkennen en het gepast uiten van gevoelens en emoties, voor mensen met internaliserende gedragsproblemen, met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85). Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Hoek, P., Meessen, L., Nijkamp, M., Nijland, N., Reijs, B., Spee, P. & Winkel, F. (2015) Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels PMT voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie: een basisvaardigheid voor agressieregulatie. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Raven- de Vries, A. (2015) Emotieregulatie in groepsmuziektherapie voor volwassenen met niet aangeboren hersenletsel. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Willemars, G., Burkard, C., Lavrijsen, M., Drie, M.J. van, Verhofstad, B., Peters, S., Omarsdottir, S., Helmich, M. & Kottelenberg, J. (2016) Beeldende therapie ter vermindering van het recidive risico bij AD(H)D problematiek van volwassen patiënten met een licht verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Willemars, G., Burkard, C., Kottelenberg, J., Peters, S., Spaninks, S., Omarsdottir, S., Lavrijsen, M., Stribos, N., Helmich, M., Westerveld, Y., Verhofstad, B. & Friso, W. (2013) Impulsen onder controle: van Destructief naar Constructief handelen. Kortdurend traject beeldende therapie gericht op het vergroten van impulscontrole binnen de forensische psychiatrie. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Helmich, M. (2011) Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om dysfoor gedrag tegen te gaan. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Helmich, M. (2011) Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviantgedrag tegen te gaan. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Lichamelijke klachten

Graaff, T. de (2015) Beeldende therapie bij tinnitus (oorsuizen), leren omgaan met een chronische klacht. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Maas, L. van der, Engelen, B., Huizing, H., Thijssen, I., Miedema, J. & Mars, D. (2015) Voelen, interpreteren en handelen. Psychomotorische therapie ter bevordering van het effectief functioneren in het dagelijks leven met chronische pijn. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Michels, F., Kind, E., Goffin, J., Tijssen, B., Konig, D. & Martens, B. (2015) Van lijfelijk lijden naar je

lichaam zorgvuldig begeleiden. PMT voor mensen met SOLK met als doel herstel en klachtvermindering. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Autonomie, zelfbeeld grenzen aangeven

Egmond, M. van, Mosselman, W. & Snijders-Otten, I. J. (2016) Grenzen aangeven doe je zo. Een psychomotorische groepsinterventie bij grenzen- en assertiviteitsproblematiek. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Dokkum, A. van (2011) Van overleven naar leven. Individuele ontwikkelingsgerichte muziektherapie voor volwassen psychiatrische cliënten met autonomieproblematiek. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Hilderink, K. (2016) Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule ter verbetering van het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis in de leeftijd van 18 – 65 jaar door een protocollair groepsaanbod. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Hoeven, M. van der, Appeven, J. van, Burger, M. & Koene, J. (2013) Psychomotorische weerbaarheidstraining ter vergroting van de psychosociale weerbaarheid voor jong volwassenen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85), die moeite hebben om op te komen voor hun eigen wensen, grenzen en/of behoeften. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Smallegoor, F. & Vojtechovsky, J.M.H. (2014) Schemagericht spelen. Schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Belderbos, C. (2014) Spelen, Leren, Communiceren. Muziektherapie voor mensen met een ernstige meervoudige beperking ter bevordering en stimulering van zelfexpressie en communicatie, waarbij ook de communicatie partners worden betrokken. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Diversen

Bruggen-Rufi, M. van (2010) Individuele muziektherapie voor cliënten die lijden aan de ziekte van Huntington, ter bevordering en stimulering van communicatie en zelfexpressie. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Straaten G. van (2010) Actieve, individuele muziektherapie bij het syndroom van Korsakov, ter stimulering en verbetering van de executieve functies. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Gool, M. van, Hensen, E., Hokke, H. & Leeflang, M. (2013) Psychomotorisch behandelaanbod gebaseerd op aandachtstraining voor volwassenen met een lichte verstandelijke beperking met als doel het leren hanteren van stress. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Houwen, M. & Deenik, J. (2012) Psychomotorisch lichaamsgericht behandelaanbod voor volwassenen met psychosociale problematiek met licht tot matige stemmingsstoornissen. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Graaff, T. de (2017) Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring. Utrecht: Federatie

Vaktherapeutische Beroepen.

Ouderen

Bogert, C. van den, Buma, F., Lange, S. de, Voort, F. van der, The, R. (2015) PMT in groepsverband ter vermindering van teruggetrokken en passief gedrag bij ouderen. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Buster, M., Kienhuis, L. & Wesseling, T. (2014) De toepassing van blues binnen muziektherapeutische groepstherapie voor het verminderen van depressieve klachten bij ouderen. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Nagtegaal, I., Lange, S. de, Klok-van Laar, H., Kooten, M. van & Scholte, T. (2016). Module Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

9.7 Proces- en uitkomstmonitoring

9.7.1 Procesmonitoring

Factoren die hier een rol spelen zijn de behandelduur, het adequaat afstemmen van de therapeut op de patiënt (de match), kenmerken van patiënten, het aansluiten bij de klacht, individueel of werken met groepen. In dit fase van monitoring speelt de shared decision making een belangrijke rol.

Instrumenten waarmee door vaktherapeuten en betrokken patiënten het zorg proces gemonitord zijn onder andere:

- De Client Direct Outcome Informed-methodiek (CDOI). Deze methodiek stelt patiënt en therapeut in staat, ongeacht het therapiemodel, het zorgproces gericht bij te sturen en stagnatie in het therapeutisch proces bijtijds te onderkennen. CDOI maakt gebruik van twee eenvoudige scoringslijsten: de Outcome Rating Scale (ORS) die in het begin van de sessie ingevuld wordt en gaat over het welbevinden van de afgelopen periode en de Session Rating Scale (SRS) die aan het einde van de sessie wordt afgenomen en weergeeft hoe de patiënt het behandelgesprek van dat moment heeft ervaren. Het bijzondere van deze methode ten opzichte van andere instrumenten die ingezet worden als routinematig uitkomst monitor (ROM) is dat de feedback van de patiënt onmiddellijk wordt ingebracht in de behandeling. De therapeut krijgt zicht op wat er goed gaat en wat niet zowel in het contact als daarbuiten en krijgt gelegenheid om op tijd verbeteringen voor te stellen. De ORS en SRS worden in toenemende mate gebruikt door vaktherapeuten maar in het kader van het verbeteren van het zorgproces zal het gebruik meer moeten worden verbreid.
- De WerkAlliantie Vragenlijst (WAV), een instrument waarbij de therapeutische relatie centraal staat. Al vroeg in het contact wordt aan patiënt en therapeut gevraagd om stil te staan bij zowel de kwaliteit van het contact zelf als de mate waarin er overeenstemming is over het doel van de behandeling en over wat daartoe moet gebeuren. Deze vragen over de onderlinge band en overeenstemming over doel en taak wordt aan het eind van de behandeling herhaald. De therapeutische relatie is een belangrijke drager in het veranderingsproces in therapie, ongeacht de therapievorm. De match tussen therapeut en patiënt en afstemming rondom doel en taak zijn voorwaarden als het gaat om samen beslissen over inhoud en beloop van de therapie. Juist goede afstemming blijkt daarbij ook

een belangrijke voorspeller voor succes.

9.7.2 Uitkomstmonitoring

De uitkomstmonitoring weerspiegelt de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek. Het gaat daarbij om generieke maten waarmee vastgesteld wordt of er sprake is van vermindering van psychische klachten maar ook of de kwaliteit van leven of het (sociaal) functioneren is verbeterd. Daarnaast zijn er meer specifieke vaktherapeutische uitkomstmaten

uitkomstmaten: Zie Haeyen et al. (2015) en Claessens et al. (2016) .

die reflecteren of datgene waaraan gewerkt is (bijvoorbeeld waarneming en/of emotieregulatie) ook daadwerkelijk verbeterd is. Tevredenheid met de behandeling en bijvoorbeeld (onvervulde) zorgbehoefte zijn daarnaast uitkomsten die onderdeel dienen te zijn van de kwaliteitstoetsing.

Er worden door vaktherapeutische professionals in verschillende verbanden (onder andere in onderzoeks- en promotieprojecten in samenwerking met universiteiten) diverse instrumenten gebruikt om herstel na behandeling vast te leggen. Veel onderzoek is ook gericht op ontwikkeling en validering van specifieke vaktherapeutische instrumenten. Zowel de meer generieke als de specifieke maten zijn geschikt om ingezet te worden door vaktherapeuten in de dagelijkse praktijk.

- In de wetenschappelijke vaktherapeutische onderzoekspraktijk worden verschillende gestandaardiseerde en gevalideerde zelfrapportage vragenlijsten gebruikt als de Outcome Questionnaire (OQ-45.2), de Manchester Short Assessment of Quality of Life, de Brief Symptom Checklist en de Mental Health Confidence Scale (MHCS).
- Voorbeelden van in het Nederlands gevalideerde meetinstrumenten die aansluiten bij specifieke doelen van vaktherapeutische interventies zijn:
- de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) om inzicht te krijgen in acceptatie en experiëntiële vermijding
- de Schema Mode Inventory (SMI) om de aanwezigheid van schemamodi en de mate van persoonlijkheidspathologie te meten.
- de Dresdner Körperbildungsfragenbogen (DKB) en de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) om inzicht te krijgen in lichaamsbeleving en de Scale of Body Connection (SBC) om inzicht te krijgen in lichaamsbewustzijn.

Daarnaast zijn er specifieke vaktherapeutische observatie-instrumenten waarbij naast diagnostiek (zie ook Diagnostiek) ook bij afronding beoogde veranderingen kunnen worden vastgesteld door de therapeut.

- Bij de evaluatie van de patiëntdoelen door de patiënt en de therapeut in interdisciplinaire settings kan ook de GAS (Goal Attainment Scaling) worden gebruikt. Met deze methode wordt vastgelegd in hoeverre het doel behaald is op een van te voren gemaakte schaal. GAS-schalen zijn zo geformuleerd dat de mate waarin het doel behaald wordt een maat is voor de effectiviteit van de behandeling. De GAS is van belang voor de activering en betrokkenheid van de patiënt en de communicatie binnen het interdisciplinaire team.

- Bij de uitkomstindicatoren neemt de ROM een belangrijke plaats in. In de (generieke) ROM worden aspecten beoordeeld als het veranderen van de hulpvraag en het verbeteren van het functioneren van de patiënt. Om een beeld te krijgen van de inzet en mogelijkheden van vaktherapeutische interventies is het verstandig daartoe de ROM te benutten. Echter, niet in alle gevallen worden de vaktherapeuten betrokken bij het invullen van de ROM. Bovendien geeft de ROM veelal een beeld van de gehele behandeling en niet van het specifieke (vaktherapeutische) deel, zoals bleek in een Nederlandse studie naar vaktherapeutische interventies in de ggz .

Ten slotte kan voor het vaststellen van de mate van tevredenheid gebruikgemaakt worden van bestaande vragenlijsten zoals de Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ)

Bron: Larsen et al., 1979.

of, als het gaat om de tevredenheid met de relatie met de therapeut de Helping Alliance Scale (HAS).

Bron: Priebe & Gruyters 1993.

In navolging van de raadpleging van patiënten en naasten zoals die heeft plaatsgevonden bij de ontwikkeling van deze module kunnen ook de hierin opgenomen vragen ingezet worden bij de evaluatie een belangrijke aanvulling die in de toekomst verder uitgewerkt dient te worden is de evaluatie van behandeling in meer kwalitatieve zin waarbij bij patiënt, naasten en behandelaar door middel van meer open vragen informatie wordt verzameld over de wijze waarop en de mate waarin het gewenste herstel heeft ingezet.

9.8 Verdieping

9.8.1 Reguliere preventie

De reguliere preventie is op het individu gericht en bestaat uit:

- Geïndiceerde preventie: maatregelen om ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen, gericht op mensen met beginnende gezondheidsklachten waarbij er (nog) geen sprake van een stoornis is in termen van de DSM.
- Mogelijke klachten en/of vragen met betrekking tot:
 - gevoelens van overspanning, somberte, druk, vermoeidheid, prikkelbaarheid, agressie, stress, angst, faalangst, trauma (waaronder de vluchtelingenproblematiek) (Hoek, 2016), verlies;
 - cognitief functioneren, beginnende dementie, 'niet pluis'-gevoel;
 - sociaal functioneren, eenzaamheid, symptomen van huiselijk geweld (Verdonschot et al., 2016);
 - versterken van de sociale hechting tussen ouder en kind (bijvoorbeeld het programma Tijd voor Toontje);
 - cognitieve ontwikkelingsproblemen (taal, lezen en schrijven: betreft een vorm van psychomotore

therapie, G-Fipps, bij schrijf- en leesproblemen, een op een Zwitsers concept gebaseerde methode, zie hg-fipps of HFH), sensomotorische problemen, stotteren;

- Zorggerelateerde preventie: maatregelen om verergering of complicaties van een ziekte te voorkomen, of om de zelfredzaamheid te ondersteunen. Dit betreft mensen bij wie een ziekte is geconstateerd en die worden ondersteund om hiermee samenhangende problemen te hanteren.
- Mogelijke klachten en/of vragen met betrekking tot:
 - psychofysieke problemen en de verwerking hiervan, zoals cardioproblemen, herseninfact of andere niet-aangeboren hersenafwijkingen (NAH), diabetes type 2, oncologie, chronische pijnklachten of andere somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK);
 - cognitief functioneren, dementie, alzheimer;
 - eetstoornissen, verslaving;
 - mentale problemen zoals: depressieve klachten, burn-out, verwardheid; beperkte sociale competenties en sociale weerbaarheid, het voorkomen en aanpakken van pesten en seksueel geweld.

9.9 Literatuur

Adan, A. (2013). A chronobiological approach to addiction. *Journal of Substance use* (18), 171-183. Doi: 10.3109/14659891.2011.632060.

Aerts, L.C., Busschbach, J.T. van & Wiersma, D. (2011). Vaktherapie in Noord Nederland. Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg. Groningen, RGOc-reeks nummer 28.

American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference tot de Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.

Baird, A.L., Coogan, A.N., Siddiqui, A., Donev, R.M. & Thome, J. (2012). Adult attention-deficit hyperactivity disorder is associated with alterations in circadian rhythms at the behavioural, endocrine and molecular levels. *Molecular Psychiatry* (17), 988-995.

Baker, A.E.Z. & Procter N.G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 287-294. DOI 10.3109/11038128.2014.894571.

Blascovich, J. (1992). A biopsychosocial approach to arousal regulation. *Journal of social and clinical psychology*, (11), 213-237.

Boelen, P.A. (2012). A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *Journal of affective disorders*, 137, 117-124.

Boerhout, C., Swart, M., Busschbach, J.T. van & Hoek, H.W. (2016) Effect of Aggression Regulation on Eating Disorder Pathology: RCT of a Brief Body and Movement Oriented Intervention. *Eur. Eat. Disorders Rev.* (24) 114–121. DOI: 10.1002/erv.2429.

Bohlmeijer, E. & Westerhof, G. (2014). Welbevinden. In: B. Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E. Bohlmeijer. (red). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk* (pp. 383-405). Amsterdam: Boom.

- Borgesius, E. & Visser, E.C.M. (2015). Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ. Diemen: Zorg Instituut Nederland.
- Brown, G.P., Roach, A., Irving, L. & Joseph, K. (2008). Personal meaning: a neglected transdiagnostic construct. *International Journal of Cognitive Therapy* (3),223-236.
- Buster, M., Kienhuis, L. & Wesseling, T. (2014). De toepassing van blues binnen muziektherapeutische groepstherapie voor het verminderen van depressieve klachten bij ouderen. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- Carpinello, S.E. et al , Knight, E., Markowitz, F.E. & Pease, E.A. (2000). The development of the mental health confidence scale: a measure of self-efficacy in individual diagnosed with mental disorders. *Psychiatry Rehabilitation Journal* 23(3) 236-244.
- Cisler, J.M., Olatunji, B.O., Feldner, M.T. & Forsyth, J.P. (2010). Emotion Regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *J Psychopathol Behav Assess* 32, 68-82.
- Claessens, S., Annemans, F., Pénczes-Driessen, I., & Hooren, S. van (2016). Meetinstrumenten in de beeldende therapie. Een inventariserend onderzoek naar de kennis en het gebruik van meetinstrumenten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 1, 27-34.
- Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (19), 35-56. doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.003
- Dekkers. K., Vliet,E. de, Eilander, H.. & Steenbeek, D. (2011). Goal attainment scaling (GAS) in de praktijk, handleiding. Uitgave van ZonMw implementatieproject.
- Dokkum, A. van (2011). Van overleven naar leven. Individuele ontwikkelingsgerichte muziektherapie voor volwassen psychiatrische cliënten met autonomieproblematiek. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- Donabedian, A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Emck, C. (1998). Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen. Een handleiding voor trainers en therapeuten. Leuven, Acco.
- Emck, C., Hammink, M.N. & Bosscher R.J. (2007). PsyMot. Instrument voor psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling. Utrecht: 't Web.
- Fagundo, A.B., de la Torre, R., Jiménez-Murcia, S, Agüera, Z., Granero, R., Tarréga, S., (. . .) Fernández Aranda, F. (2012) Executive Functions Profile in Extreme Eating/Weight Conditions: From Anorexia Nervosa to Obesity. *PLoS ONE* 7(8): e43382. doi:10.1371/journal.pone.0043382
- Fikke, D. (2012). Beeldend therapeutische observatie bij jongeren met mogelijk een autisme spectrum stoornis (ASS) (P). Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (februari 2012): Richtlijnen voor de zelfstandig gevestigd vaktherapeut; opgesteld door de commissie Zelfstandig Gevestigd Vaktherapeuten (ZGVT).

Fernandez, K.C., Jazaieri, H. & Gross, J.J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cogn Ther Res* 40, 426-440. DOI 10.1007/s10608-016-9772-2

Frith, C. D., & Frith, U. (2008). Implicit and explicit processes in social cognition. *Neuron*, 60 (3), 503-510.

Glasbergen, K. (2016). Van zorg naar zelfbeschikking. Werken aan herstel, participatie en inclusie door middel van kunsteducatie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4, 5-13.

Graaff, T. de (2015). Beeldende therapie bij tinnitus (oorsuizen), leren omgaan met een chronische klacht. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Graaff, T. de (2017) Individuele beeldende therapie gericht op het herstel van actorschap, voor psychiatrische patiënten met een ontwrichtende verlieservaring. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Gupta, M.A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 25(1): 86–99

Hannula, D.E., Simons, D.J. & Cohen, N.J. (2005). Imaging implicit perception: promise and pitfalls. *Nature* 6, 247-255. doi:1038/nrn1630.

Haeyen, S., Hooren, S. van, & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of Personality Disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The arts in Psychotherapy* 45, 1-10.

Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij de interpretatie van het grafisch scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2), 129-134

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer E. (2014). Introductie. In: B. Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E. Bohlmeijer. (red). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk* (pp. 15-41). Amsterdam: Boom.

Heycop ten Ham, B. & Zwaag, W van der (2014). Executieve functies. In: B. Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E. Bohlmeijer E. (red). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk* (pp. 125-158). Amsterdam: Boom.

Hoek, P. (2016). Beweeg mee! Participatie vanuit de opleiding psychomotorische therapie van Hogeschool Windesheim. *Tijdschrift voor Vaktherapie* (4), 39-46.

Hoek, M. & Scheffers, M. (2014). Lichaambeleving en complex trauma. Een exploratieve studie. *Tijdschrift voor Vaktherapie* (2) 29-36.

Hooren, S. van (2014). De effecten van vaktherapeutische behandelingen in de GGZ. In *Innovatie van vaktherapeutische behandelingen in de GGZ*. Symposium VvG-GGZ, Venray.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, B. D. (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness. J. C. Norcross (Ed.) Psychotherapy relationships that work (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.

Huber, M., Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 160: A7720

Jacobs, N., Kleen, M., Groot, F. de & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII). *Gedragstherapie* (41), 349-361.

Javela, J.J., Mercadillo, R.E. & Ramírez, J.M. (2008) Anger and associated experiences of sadness, fear, valence, arousal, and dominance evoked by visual scenes. *Psychological reports* 103, 663-681. DOI 10.2466/PRO.103.3.663-681.

Jazaieri, H.M.A., Urry, H.L. & Gross, J.J. (2013). Affective Disturbance and Psychopathology: an emotion regulation perspective. *Journal of experimental psychopathology* 4(5), 584-599. DOI:10.5127/jep.030312

Kao, L.T., Xirasagar, S., Chung, K.H. Lin, H.C., Liu, S.P. & Chung, S.D. (2014). Weekly and Holiday-Related Patterns of Panic Attacks in Panic Disorder: A Population- Based Study. *PLoS ONE* 9(7): e100913. doi:10.1371/journal.pone.0100913

Kleinstäuber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Jörn Rauc, J. & Rief, W. (2016). Enriching Cognitive Behavior Therapy with Emotion Regulation Training for Patients with Multiple Medically Unexplained Symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemporary Clinical Trials* 47; 54–63 doi.org/10.1016/j.cct.2015.12.003.

Krouzen, M. (2010). Handleiding Client Directed Outcome Informed. Gevonden op <http://www.stress-management-nl.org/lezingen/27sept2010-crouzen.pdf> en <http://www.oplossingsgerichte-therapie.nl/cdoi>

Lambert M.J. et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3: 1006-116

Lambert M.J. et al. (2004). Administration and Scoring Manual for the CQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3rd ed) Salt lake City, UT: American Professional Credentialing Services LLC.

Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.

LOO VTB (2016). Landelijk Domeinprofiel Bacheloropleidingen Vaktherapeutische beroepen. Nijmegen: LOO VTB

- LPGGz (2015a). Project Kwaliteit en implementatie van vraagsturing project. Basisset Kwaliteitscriteria GGz. Utrecht/Amersfoort: LPGGz
- LPGGz (2015b). Basisset kwaliteitscriteria GGZ. Geformuleerd vanuit een cliënten en familieperspectief. Utrecht/Amersfoort: LPGGz
- Mehling, W.E., Price, C., Daubenmier, J.J., Acree, M., Bartmess, E. & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). PLoS ONE 7:e48230
- Mors, Y. & Kamevaar, A.M. (2015). Levenskunst in de GGZ een inspirerend toekomstbeeld voor een gezamenlijke focus op gezondheid binnen de GGZ. Visiedocument GGZ cliënten- en familieorganisaties Consultatieversie. Gevonden op <http://www.vraagsturingindezorg.nl/>
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K. & Houston, M. (2005). Eating Disorders—The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, (1) 39-56. DOI: 10.1007/s10880-005-0911-2
- Paulus, M.P. & Stein, M.B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Struct Funct* 214:451–463. DOI 10.1007/s00429-010-0258-9
- Pénzes, I., Hooren, S. van, Dokter, D., Smeijster, H. & Hutschemaekers, G. (2014). Material interaction in art therapy assessment. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 484–492. doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.003
- Pfaff, D., Ribeiro, A., Matthews, J. & Kow, L. (2008). Concepts and Mechanisms of Generalized Central Nervous System Arousal. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1129: 11–25 doi: 10.1196/annals.1417.019
- Preti, A., Miotto, P., De Coppi, M., Petretto, D., & Carmelo, M. (2002). Psychiatric Chrono-Epidemiology: Its Relevance for the Study of Aggression. *Aggressive Behavior*, (28), 477-490.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of social psychiatry* 45(1): 7-12.
- Price, C. & Thompson E. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *J Altern Comp Med.* 13:945-53
- Salgado-Delgado, R., Osorio, A.T., Saderi, N. & Escobar, C. (2011) Disruption of Circadian Rhythms: A Crucial Factor in the Etiology of Depression. *Depression Research and Treatment*, Article ID 839743. Doi: 10.1155/2011/839743.
- Samaritter, R. (2008). Kestenberg Movement Profile. *Tijdschrift voor Vaktherapie* (3) , 57-59.
- Samson, A.C., Hardan, A.Y., Lee, I.A., Phillips, J.M. & Gross, J.J. (2015). Maladaptive Behavior in Autism Spectrum Disorder: The Role of Emotion Experience and Emotion Regulation. *J Autism Dev Disord* (45): 3424–3432. DOI 10.1007/s10803-015-2388-7
- Schoot, T., & Hooren, S. van. (2015). Vaktherapie in het jongerenwerk; Een positieve ontwikkeling. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 11(3), 17-27.
- Schweizer, C., Bruyn, J. de, Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H. & Rutten-Saris, M. (2009).

Handboek beeldende therapie. Uit de verf. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* (62), 373–386. DOI: 10.1002/jclp.20237.

Smallegoor, F. & Vojtechovsky, J.M.H. (2014). Schemagericht spelen. Schemagerichte behandeling binnen dramatherapie voor cliënten van 18-30 jaar met een cluster B persoonlijkheidsstoornis (P). Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Smeijsters, H. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies:vaktherapie in justitiële jeugdinrichtingen en jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie* (1), 9-17.

Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care. *A Practice-based Research. The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51

Smit, Y., Beurs, D. de, Van den Bruel, A., Vlayen, J. & Cuijpers, P. (2015). Overview van reviews over vaktherapie in de geestelijke gezondheidszorg – rapport voor Zorginstituut Nederland. Amsterdam, ME-TA, VU.

Snyder, H.R., Miyake, A. & Hankin, B.L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in Psychology*. 6, 328. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00328. pp. 1-24

Steenbeek, D., Gorter, J.W., Ketelaar, M., Galama, K. & Lindeman, E. (2011). Responsiveness of Goal Attainment Scaling in comparison to two standardized measures in outcome evaluation of children with Cerebral Palsy. *Clin Rehabil* 2011 Jul 27. [Epub ahead of print]

Stel, J. van der (2012). Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Amsterdam: Boom/Lemma.

Stinckens, N., Ulburghs A. & Claes L. (2009). De werkaliantie als sleutelement in het therapiegebeuren. Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 39 (1), 44-60

Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Suslow, T., Roestel, C., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003), The experience of basic emotions in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, (44), 303-310.

Van der Maas, L.C., Köke, A., Pont, M., Bosscher, R.J., Twisk, J.W., Janssen, T.W., & Peters, M.L. (2014). Improving the Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain by Stimulating Body Awareness: A Cluster-randomized Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31(7), 660-669.

Verdonschot, M., Witte, M. de, Berghs, M., Bootsma, M., Moonen, X. & Hooren, S. van (2016). (Be)leef in de wijk. Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgerichte verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, (4), 15-20.

Verhofstadt-Deneve, L. (1988). Zelfreflectie en persoonsontwikkeling. Leuven / Amersfoort: Acco

Yperen T. van, Bijl, B. & Veerman, J.W. (2008). Op weg naar veelbelovend. In: T. van Yperen & J.W. Veerman (red). Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg (pp. 35-56). Delft, Eburon.

Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., Vreeswijk, M.F. van & Klokman, J. (2007). Schema Mode Inventory (SMI version 1). New York: Schema Therapy Institute.

Geraadpleegde sites

RDoC: Research Domain Criteria: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/development-and-definitions-of-the-rdoc-domains-and-constructs.shtml>. Geraadpleegd op 30-6-2016