

CLINICAL PRACTICE

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Inleiding

De Landelijke Vereniging Medische Psychologie (LVMP) ziet 'clinical practices' als voorbeelden van organisatie en inhoud van zorg in specifieke ziekenhuizen. Zij beschrijven een voor dat moment uitgekristalliseerde manier van werken rondom een doelgroep binnen het werkveld van de Medische Psychologie. Het doel van clinical practices is om meer van elkaars expertise gebruik te maken, praktijkvariatie te verminderen en zo de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren.

De voorliggende clinical practice beoogt psychologen in het ziekenhuis een uniforme rationale, of anders gezegd een gezamenlijke taal, voor SSSeVs aan te reiken. Een uniforme rationale zorgt ervoor dat psychologen in de verschillende ziekenhuizen op dezelfde wijze communiceren over de processen die (zorgen over) lichamelijke klachten en aandoeningen beïnvloeden. Het leidt echter niet tot een knellende one-size-fits-all diagnostiek en behandeling, omdat de rationale de processen omschrijft en niet de specifieke inhoud ervan.

De structuur van deze clinical practice is als volgt. De clinical practice definieert eerst de doelgroep. Vervolgens beschrijft het concreet hoe de rationale het diagnostisch proces stuurt en leidt tot behandelplannen, diverse behandelvormen en technieken. Tenslotte doet de clinical practice suggesties voor samenwerkingsverbanden, financiering en uitkomstindicatoren om dit beleid te kunnen uitrollen en te verantwoorden.

De clinical practice is voorgelegd aan collega's (inclusief de Kinder- & Jeugdcollega's), aan de patiëntvertegenwoordiger van het Samenwerkingsverband 'Pijnpatiënten naar één stem' en aan een panellid van het PatiëntenPanel 'Aanhoudende lichamelijke klachten'. De feedback van de collega's is integraal in de tekst verwerkt. De feedback van de patiëntvertegenwoordiger en panellid is samengevat en toegevoegd aan het eind van de bijbehorende paragrafen. Dit geeft inzicht in hoe patiënten de werkwijze van psychologen in ziekenhuizen bij lichamelijke klachten ervaren, wat een waardevolle aanvulling is.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somaatich-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Indicatie/doelgroep

Somaatich-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) kenmerken zich door:

- het ervaren van (zorgen over) lichamelijke klachten;
- het hebben van excessieve en disproportionele gedachten, gevoelens en/of gedragingen t.a.v. de lichamelijke klachten;
- het hebben van (zorgen over) lichamelijke klachten die recidiveren en/of tenminste 6 maanden duren;
- een klinisch significante lijdensdruk en/of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren.¹

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten vult hierop aan dat:

- 1) *Bij zoiets als hypochondrie spelen die zorgen natuurlijk wel een grote rol, maar bij andere aandoeningen (zoals bijvoorbeeld CVS) lijken deze woorden de echtheid van de klachten al in twijfel te trekken.*
- 2) *de zorgen, gevoelens en gedragingen gezien kunnen worden als normale reacties op ernstige lichamelijke klachten;*
- 3) *de beperkingen ook in het persoonlijk en niet alleen in het sociale functioneren aanwezig zijn.*

De Kinder- & Jeugdpsychologen (K&J-psychologen) hanteren de definitie voor SSSeVs ruimer dan de Volwassenen & Ouderenpsychologen (V&O-psychologen). Bij K&J zijn meerdere partijen betrokken en kan het zo zijn dat een kind zelf geen disproportionele gedachten en gevoelens heeft, maar een ouder wel. Dit kan vervolgens tot disproportionele gedragingen bij het kind leiden in de trant van veelvuldig schoolverzuim, niet meer sporten etc. Ook de duur van de klachten wordt iets minder scherp op minimaal 6 maanden gesteld, want 6 maanden is voor een kind of jongere erg lang. Twee maanden schoolverzuim is dan al reden tot zorg en leidt tot de start van een behandeling.

De clinical practice SSSeVs laat de nagebootste stoornis buiten beschouwing, aangezien in die specifieke stoornis patiënten *doelbewust* lichamelijke klachten initiëren en/of excessieve en disproportionele gedachten, gevoelens en gedragingen voorwenden. Het misleidende gedrag is evident, ook als duidelijke externe beloningen ontbreken. Van doelbewust voorwenden van lichamelijke en psychische klachten is bij de patiënten uit de andere SSSeVs-categorieën geen sprake. Het doelbewuste karakter van de nagebootste stoornis vraagt een andere aanpak, die we in deze clinical practice niet zullen beschrijven.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

De dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg maakt gebruik van de term Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). SOLK is gedefinieerd als 'lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarvoor na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart'.^{2,3} Deze criteria komen niet overeen met de DSM-5 criteria voor SSSevs qua aard en duur van deze klachten.

Een belangrijk verschil tussen SOLK en SSSevs qua aard van de klachten is dat bij SSSevs het somatisch onverklaard zijn van de lichamelijke klachten geen voorwaarde is. De Whitepaper SSSevs⁴ wijst erop dat het niet gerechtvaardigd is om iemand een psychische stoornis toe te kennen alleen omdat een somatische oorzaak van de klachten niet kan worden aangetoond.

Andere redenen om de term SOLK niet te gebruiken zijn:

1. De criteria van SOLK overpathologiseren door de duur op tenminste 2 weken te stellen, want 90% van de algemene bevolking heeft één of meerdere lichamelijke klachten per 2 weken.^{3,5}
2. Uit nationaal onderzoek van Kingma et al. (2012) blijkt 1 op de 6 patiënten in de huisartspraktijk het als 'beledigend' (citaat) te ervaren als een huisarts deze benaming gebruikt.⁶ Een goede therapeutische alliantie is een voorwaarde om de diagnostiek, psycho-educatie en behandeling effectief te laten zijn. Het gebruik van de term SOLK kan de therapeutische alliantie onnodig schaden.
In internationale literatuur lijkt de term 'medically unexplained' het meest op de term SOLK. In internationaal onderzoek bleek 1 op de 3 door deze term 'beledigd' (citaat) te zijn.⁷
3. In recent internationaal onderzoek werd in een online survey aan gezonde volwassenen gevraagd welke benaming zij het meest passend vonden voor fysieke symptomen die persisteren en waarvoor een arts geen specifieke ziekte vond. 'Persistent physical symptoms' bleek hierbij het meest geprefereerd.⁸ Deze benaming lijken ook onderzoekers te prefereren boven de term 'unexplained physical symptoms'.⁹
4. *Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten en de patiëntvertegenwoordiger van Pijnpatiënten naar 1 stem bevestigen in hun feedback bovenstaande bevindingen. Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten geeft aan dat het woord 'beledigd' zou kunnen doen denken dat het hier gaat om mensen die snel op de teentjes getrapt zijn. Waarschijnlijk gaat het bij de weerstand tegen de term SOLK veel meer om het gevoel/de angst*

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

dat de klachten gebagatelliseerd gaan worden. Men voelt zich dan pijnlijk onbegrepen. Dat laatste zou een betere bewoording van 'beledigd' kunnen zijn. Ook de patiëntvertegenwoordiger van Pijnpatiënten naar 1 stem geeft aan, dat zij regelmatig van patiënten horen dat zij zich door de term SOLK niet serieus genomen voelen. De patiëntvertegenwoordiger geeft hierbij het belang aan om zich gehoord te voelen door een behandelaar door erop te wijzen, dat in hun ervaring patiënten een andere behandelaar gaan consulteren wanneer patiënten zich niet gehoord voelen door uitspraken zoals 'niets aan de hand' of 'zit tussen de oren'.

We raden het gebruik van de term SOLK sterk af. Het PatiëntenPanel heeft gekozen voor de term Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) in plaats van SOLK overeenkomstig met de conclusies uit internationaal onderzoek.^{8,9} De werkgroep heeft gekozen om SSSevs in onze clinical practice als term te gebruiken, omdat SSSevs concreet gedefinieerd is in criteria van DSM-5, klachten die aan deze criteria voldoen medisch-psychologische zorg vragen en financiering van deze zorg in de GGZ een DSM-5 classificatie vereist.

Met in achtneming van bovenstaande willen we attenderen op het Handboek behandeling van SOLK.¹⁰ Dit handboek omvat een bredere doelgroep dan SSSevs en een meer multidisciplinaire diagnostiek en behandeling dan de medisch-psychologische zorg.

Minimale randvoorwaarden

De medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis wordt verzorgd door BIG-geregistreerde psychologen die zich hebben gespecialiseerd in de wisselwerking tussen lichaam en geest en in de psychologische behandelingen die als doel hebben de uitkomsten van deze wisselwerking te optimaliseren. Zij kunnen bijdragen aan het versterken van de gezondheid bevorderende interacties tussen lichaam en geest en het voorkomen, doorbreken of verminderen van de gezondheid reducerende vicieuze cirkels. Dit kan een neerwaartse spiraal op lichamelijk, functionerings- en participatieniveau voorkomen. Bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van enkelvoudige problematiek is minimaal de expertise van een gezondheidszorgpsycholoog noodzakelijk. Bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van complexe problematiek zijn de competenties van de klinisch (neuro)psycholoog vereist. Zie hiervoor ook 'Veldnormen Medische Psychologie (2020).¹¹

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Uniforme rationale voor de diagnostiek en behandeling

Voor de diagnostiek en behandeling van SSSevs is het gebruik van een model behulpzaam. Diverse modellen, zoals het ICF-model, SEGS-model en (gemodificeerd) gevolgenmodel, zijn beschikbaar om factoren die lichamelijke gezondheid beïnvloeden te beschrijven. De overlap tussen de modellen is groter dan het verschil.

De werkgroep kiest voor het gemodificeerd gevolgenmodel als uniforme rationale voor de diagnostiek en behandeling van SSSevs. Redenen hiervoor zijn:

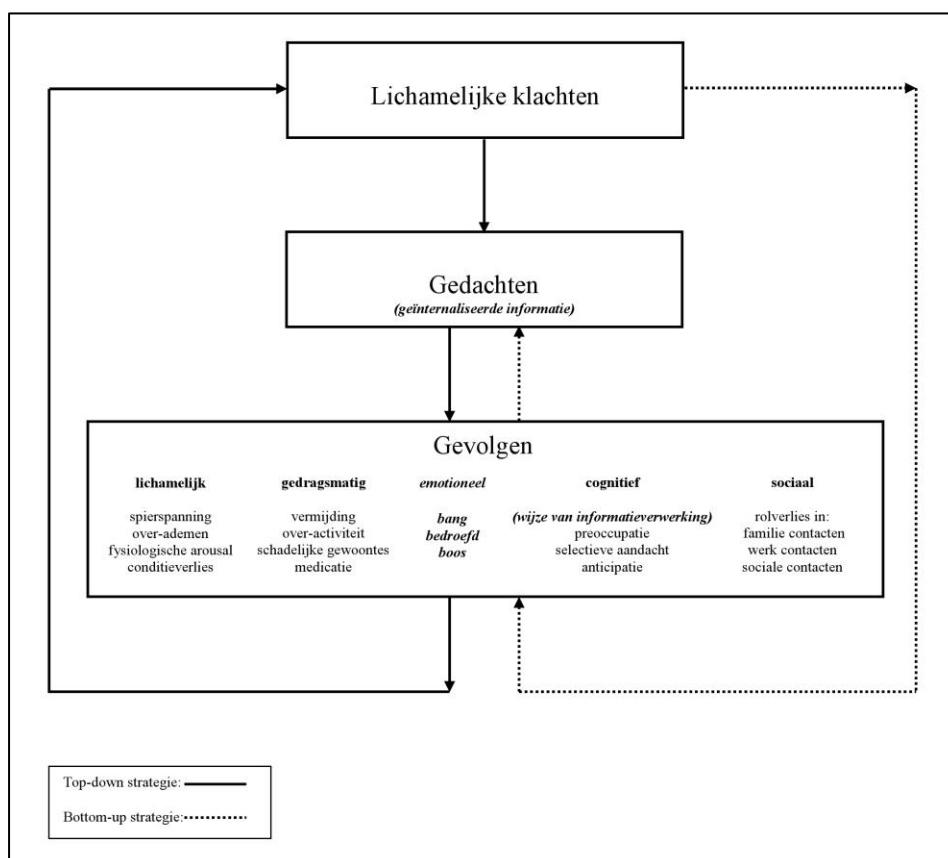
- 1) Dit model werkt de vicieuze cirkels tussen lichaam en geest uit die in medisch-psychologische zorg centraal staan.¹¹
- 2) Dit model is onderzocht en kosteneffectief gebleken bij een algemene Nederlandse groep patiënten met somatisch-symptoomstoornis.¹²⁻¹⁵
- 3) De diagnostiek en behandeling volgens dit model sluiten aan bij het patiëntenperspectief.¹⁶
- 4) Het model biedt een rationale voor behandelingen uit verschillende therapeutische stromingen in de medisch-psychologische zorg en is hierdoor generiek toepasbaar.

Figuur 1 geeft het gemodificeerd gevolgenmodel weer, waarna een concrete beschrijving volgt hoe dit tot een verbindende taal leidt die lichaam en geest én de psycholoog en de patiënt met elkaar verbindt.

Voor de diagnostiek start de psycholoog bij de lichamelijke klachten en doorloopt deze het gemodificeerd gevolgenmodel eerst bottom-up (gestippelde pijlen) en daarna -zo nodig- top-down (getrokken pijlen). De psycholoog start met de inventarisatie van de lichamelijke klachten, waarna deze de gevolgen voor het functioneren onderzoekt. Door te beginnen bij de gevolgen i.p.v. bij de gedachten wordt beter aangesloten bij het natuurlijk beloop van klachten. Eerst ervaart de patiënt lichamelijke klachten, daarna reageert het lichaam erop en ontstaan geautomatiseerde reacties/gevolgen. Vervolgens reageert de psyche met bewustere vormen van reageren, waaronder gedachten en attributies. Ook gedachten en attributies van het systeem, zoals ouders, partners, hebben impact. Zowel de gevolgen van het lichaam als die van het psyche als die van de omgeving hebben op hun beurt weer invloed op het functioneren.

CLINICAL PRACTICES

**Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somaatich-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1**



Figuur 2 Het gemodificeerd gevolgenmodel

Door eerst gevolgen i.p.v. gedachten uit te vragen, wordt de suggestie voorkomen, dat lichamelijke klachten psychisch zijn (vaak aangeduid met de uitspraak 'tussen de oren zitten'). Deze suggestie kan gemakkelijk ontstaan als de psycholoog in het begin van de anamnese al naar gedachten vraagt. Uitzondering hierop is de situatie waarin de patiënt zelf zijn gedachten over de lichamelijke klachten als het belangrijkste probleem aanduidt of deze zelf aan het begin van de anamnese inbrengt. Natuurlijk volgt de psycholoog dan de patiënt.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Een voorbeeld van 'eerst gevolgen, daarna gedachten':

Als je acute buikpijn krijgt dan gaat je lichaam al sneller ademen, je spieren aanspannen en ontstaat bewegingsdrang, voordat je gedachten hebt gevormd. Dit is een automatische reactie. Van dit feit maken anesthesiologen dankbaar gebruik. Als patiënten in coma zijn of onder narcose zijn, dan observeren ze spierspanning, ademhaling, gedragsmatige onrust om de noodzaak en effect van pijnmedicatie te bepalen.

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten onderstreept het belang om eerst naar de gevolgen en daarna naar de gedachten te vragen vanwege het gevoel serieus te worden genomen en begrepen te worden. Daarnaast benadrukt het PatiëntenPanel het belang van het inventariseren en het noteren van de lichamelijke klachten voor het gevoel van veiligheid en vertrouwen in de behandelaar.

Biopsychosociale gevolgen en gedachten zijn in het model logische, automatische responsen om te overleven. Het model ontschuldigt hiermee het ontstaan van de gevolgen en gedachten. De gevolgen hebben op korte termijn een functie, aangezien ze gericht zijn op overleven. Door deze functie leiden ze tot automatismen, die minder energie kosten dan bewust handelen.¹⁷ In de loop van de tijd kunnen de gevolgen echter hun nut verliezen, maar dit betekent niet dat het automatisch stopt. Om een automatisme te stoppen is het nodig om deze bewust te maken bij de patiënt om vervolgens andere overlevingsstrategieën aan te reiken.

Een voorbeeld van 'gedrag als overlevingsstrategieën':

Het is logisch, dat je minder gaat eten in reactie op buikpijn om je buik en darmen te ontlasten om ze hiermee de kans te geven om te herstellen. Als je lichaam hierdoor niet meer herstelt en je blijft beperkt eten, dan ontstaan in de loop van de tijd tekorten aan bouw- en brandstoffen en raakt je lichaam onwend aan bepaalde voedingsstoffen die EXTRA klachten opleveren. Het overlevingsmechanisme heeft zijn nut verloren en werkt dan niet meer.

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten geeft aan dat het ontschuldigen als bevrijdend wordt ervaren. Ook het gebruik van de term EXTRA klachten i.p.v. te spreken over het gehele klachtenpatroon geeft hoop en moedigt volgens het panel aan tot verandering

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Het gemodificeerd gevolgenmodel gaat ervan uit, dat biologische, psychologische en sociale processen op een complexe, dynamische en wederkerige wijze met elkaar interacteren. Deze interacties leiden niet tot dé lichamelijke klachten. De oorspronkelijke lichamelijke klachten zijn of in het kader van een medische aandoening en/of onbekend. De gevolgen van lichamelijke klachten leiden tot éxtra lichamelijke klachten bovenop de oorspronkelijke klachten. Deze éxtra klachten kunnen aangepakt worden door nieuwe overlevingsstrategieën in te zetten. Het model houdt consequent vast aan het idee dat de oorzaken voor het ontstaan én voor het voortduren van lichamelijke klachten (voor het grootste gedeelte) onbekend zijn.

Dit betekent dat de psycholoog het woord 'instandhouding' niet gebruikt, maar spreekt over beïnvloeding, verergering of vermindering van lichamelijke klachten. Als de psycholoog namelijk over instandhouding spreekt bij afwezigheid van een bekende medische aandoening, dan impliceert dit volledige kennis over welke factoren de lichamelijke klachten doen voortduren oftewel kennis over wat dé oorzaken zijn van het voortduren van de lichamelijke klachten. Hiermee zou het model toch een oorzakelijk model worden. Als de psycholoog over instandhouding spreekt bij de aanwezigheid van een medische aandoening, dan impliceert dit dat medische aandoening volledig door medische-psychologische zorg te genezen is. Het gebruik van de term 'in stand houden' kan de patiënt een gevoel van falen, je doet het zelf en eigen schuld geven, wanneer de lichamelijke klachten niet verdwijnen bij een significante verbetering van het biopsychosociale functioneren. Pas na een interventie is te bepalen óf en in welke mate een factor invloed heeft gehad. Door de zoektocht naar beïnvloedende factoren gezamenlijk aan te gaan, versterken we de therapeutische alliantie en wordt de self-efficacy van de patiënt aangesproken.

Een voorbeeld van 'beïnvloeden' i.p.v. 'in stand houden':

Als je je eetpatroon verandert in 'minder vezelrijk' in reactie op buikpijn, kan dit eerst tot vermindering van buikpijn leiden vanwege het verminderen van de belasting van de darmen. Op langer termijn kan de overlevingsstrategie het nut verliezen en vervolgens tot EXTRA buikpijn leiden bijvoorbeeld door obstipatie. Dit betekent nog niet dat het veranderde eetpatroon de buikpijn in stand houdt/veroorzaakt. Het is slechts één factor van een complex samenspel van verschillende factoren. Door je eetpatroon te beïnvloeden en door het effect ervan te evalueren weten we achteraf óf en in hoeverre deze specifieke factor van invloed was op de actuele buikpijn en niet op de oorspronkelijke buikpijn.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Zowel het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten als de patiëntvertegenwoordiger van Pijnpatiënten naar 1 stem onderschrijft het schuldgevoel inducerende effect van het gebruik van het concept in stand houden. Zij pleiten er ook voor om deze term niet meer te gebruiken. Het PatiëntenPanel voegt hieraan toe, dat zij het spreken over beïnvloeding, verergering of vermindering van lichamelijke klachten als respectvol ervaart.

In het verlengde hiervan zal de psycholoog het verbeteren van kwaliteit van leven als primair doel stellen, in plaats van het traditioneel medisch model waarin het herstellen/genezen van lichamelijke klachten op de voorgrond staat.

*Een voorbeeld van ‘verbeteren van kwaliteit van leven’ i.p.v. ‘klachten genezen’:
Als buikpijn tot een hoge lijdensdruk en/of disfunctioneren leidt, dan kan de psycholoog aanbieden om na te gaan, of een patiënt door een andere ziens-, handel-, ervarings- of denkwijze minder hinder van zijn klachten kan krijgen en hiermee een betere kwaliteit van leven kan bereiken, ondanks zijn lichamelijke klachten. Of dit ook tot minder klachten gaat leiden, dat zal de tijd uitwijzen. In ieder geval kunnen de klachten door een andere wijze van reageren van de voorgrond meer naar de achtergrond gaan ten gunste van de kwaliteit van leven.*

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten beschrijft kwaliteit van leven als belangrijk doel. Zelfs een klein stukje daarvan wordt ervaren als een verschuiving van overleven naar leven.

In het gemodificeerd gevolgenmodel hebben gevolgen voor de wijze van informatieverwerking een belangrijke en aparte plaats naast gedachten. Deze gevolgen omvatten de (al dan niet bewuste) manier van omgaan met informatie van binnen en buiten het lichaam. Dit kan betekenisgeving omvatten, maar ook coping en onbewuste voorkeuren bij verwerking van informatie. Voorbeelden van verschillende manieren van informatieverwerking zijn: bagatelliseren, catastroferen, negeren, relativiseren, tunnelvisie, selectieve aandacht, medicaliseren, psychologiseren. Ook de placebo en nocebo-factoren kunnen hieronder geschaard worden, omdat deze factoren de wijze van informatieverwerking beïnvloeden. Een gedachte is de resultante van de wijze van informatieverwerking.

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

Voorbeeld van gevolgen voor de 'wijze van informatieverwerking' als aparte entiteit naast gedachten:

Een patiënt met buikpijn kan de sensaties in de buik meer gaan monitoren (spotlight) en catastroferen. Het monitoren verhoogt de waarneming van de buikregio, waardoor patiënt, bijvoorbeeld ook de lucht in de darmen waarneemt en dit vervolgens catastrofale betekenis kan geven. Als de psycholoog vanuit gedachten werkt, dan kan deze de resultante gaan bewerken door de inhoud van de gedachten te veranderen. Echter als de psycholoog niet alleen de inhoud maar ook het proces die tot deze inhoud heeft geleid meeneemt, dan kan dit proces op zich ook veranderd worden, zoals het catastroferen/zwart-wit denken als een algemene manier om informatie te verwerken.

Bij de behandeling start de psycholoog bij lichamelijke klachten en doorloopt alleen de vicieuze cirkels in het gemodificeerd gevolgenmodel die de patiënt en de psycholoog relevant vinden voor de beïnvloeding van de specifieke (zorgen over) lichamelijke klachten.

Diagnostisch proces

In het diagnostische proces neemt de psycholoog de volledige biopsychosociale anamnese af (bijlage 1 Sjabloon 'biopsychosociale anamnese'). De inhoud van de biopsychosociale anamnese is niet verschillend van andere psychologische consulten, maar de volgorde van vragen en de formulering van de vragen zijn anders.

Conform de hierboven beschreven rationale start de psycholoog de anamnese met het bevragen van de lichamelijke klachten, daarna met de gevolgen ervan en tenslotte met de gedachten erover. Neem voldoende tijd om de lichamelijke klachten in kaart te brengen met vragen naar de aard / intensiteit / locatie van de lichamelijke klachten, de frequentie / duur ervan, de triggers / dempers ervan, het beloop van de lichamelijke klachten en de contacten hierover met diverse zorgverleners en wat dit contact voor de patiënt betekende.

Vervolgens kan de psycholoog het biopsychosociale functioneren in kaart brengen door de gevolgen van deze lichamelijke klachten op het functioneren te bevragen. Het gevolg waarmee de psycholoog start is het gevolg, dat de patiënt noemt op de vraag 'Welke gevolgen hebben uw lichamelijke klachten op uw (kwaliteit van) leven?'

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Ook ervaringen in het gezin van herkomst hebben in de anamnese een plek, want 'hoe hebben deze ervaringen de persoon gevormd zoals deze nu is?', 'hoe beïnvloedt dit de manier waarop patiënt nu met zijn klachten omgaat?' en 'welke talenten heeft patiënt in het verleden gebruikt om met moeilijke situaties om te gaan?' De informatie hierover biedt aanknopingspunten om inzicht te krijgen in de wijze van informatieverwerking en coping die de patiënt eerder in zijn leven gezien en wellicht verworven heeft.

Bij K&J is het belangrijk om na te gaan of meer gezinsleden lichamelijke klachten hebben en hoe ouders op de lichamelijke klachten reageren. Overigens geldt bij volwassenen ook, dat de reactie van anderen op de lichamelijke klachten invloed heeft op de klachten zelf en het functioneren.¹⁸

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten vindt het gezin van herkomst ook belangrijk, maar voegt hieraan toe dat de timing van het introduceren van dit onderwerp belangrijk is. Meer specifiek noemt het panel, dat vragen naar het gezin van herkomst al snel kan voelen als bijvoorbeeld: o, dan zullen ze wel gaan zeggen dat het allemaal daardoor komt. Terwijl, wanneer de patiënt eerst al gemerkt heeft dat de psycholoog serieus naar de klachten kijkt, dit soort vragen ook als minder bedreigend voelt. Het panel stelt daarom voor om in de anamnese niet te diep hierop in te gaan. Het komt gedurende de behandeling vanzelf naar voren, dan ziet de psycholoog al snel welke rol deze ervaringen spelen en waarschijnlijk voelt de patiënt zich dan al vertrouwd en durft daarover al opener te spreken.

Al tijdens de anamnese geeft de psycholoog psycho-educatie in reactie op de informatie die de patiënt geeft. De psycholoog ondersteunt hiermee het verhaal van de patiënt op basis van de kennis over hoe het lichaam fysiologisch reageert op lichamelijke klachten. Op basis van deze kennis licht de psycholoog één of meerdere enkelvoudige vicieuze cirkels toe uit het gemodificeerd gevolgenmodel. Het is essentieel dat de psycho-educatie ontschuldigend is, passend bij de achterliggende gedachte van het gemodificeerd gevolgenmodel. *Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten benadrukt ook het belang van een compliment, want 'het was niet niks wat die persoon al die tijd doorstaan heeft'.*

In elke psycho-educatie begint de psycholoog met uit te leggen, waarom het lichaam doet wat het doet, waarom de patiënt doet wat hij/zij doet en hoe dit helpt om te overleven. Doel van de psycho-educatie is om de onlosmakelijke relatie tussen lichaam en psyche te verhelderen voor de patiënt en deze hiermee ontvankelijker te maken

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

voor psychologische hulpverlening. In het kader is een voorbeeld van psycho-educatie uitgewerkt.

Voorbeeld psycho-educatie over activiteitsniveau:

Wanneer een patiënt heeft verteld, dat deze steeds minder doet, dan legt de psycholoog uit dat dit een logische reactie is op lichamelijke klachten. Immers rust kan tot herstel leiden en overdaad kan schaden of tot rode cijfers leiden.

Als het lichaam niet meer herstelt van rust, dan kan het lichaam vasthouden aan wat eerder wel geholpen heeft. Oftewel het lichaam reageert op een manier waardoor je rust blijft nemen, ondanks dat dit niet meer tot herstel leidt en zelfs tot EXTRA klachten kan leiden. Die EXTRA klachten komen doordat de spieren in omvang afnemen, gewrichten niet gesmeerd worden, belastbaarheid en afleiding verminderen, want rust roest op lange termijn. De EXTRA klachten kunnen verminderd worden door balans te vinden, waarin het lichaam voldoende rust heeft om te herstellen en ook voldoende activiteiten onderneemt om het gunstig effect van verbeterde conditie en meer afleiding te ervaren.

Wanneer patiënt heeft verteld, dat hij langer doorgaat dan zijn lichaam hem kan dragen, dan legt de psycholoog uit dat dit een logische reactie is op lichamelijke klachten. Immers het lichaam gaat door om zichzelf af te leiden en te zorgen dat het soepel en zo krachtig mogelijk blijft. Als activiteiten en/of bewegen zwaarder zijn dan het lichaam kan dragen, kan dit op langer termijn tot EXTRA klachten leiden als gevolg van uitputting. Deze EXTRA klachten kunnen verminderd worden door een balans te vinden, waarin de patiënt activiteiten doet om zichzelf af te leiden en beweegt om zichzelf soepel, zijn kracht en conditie te houden en hierbij zijn eigen grenzen respecteert. Fysieke grenzen wel verleggen maar niet breken, zoals de Olympische speler zichzelf traint maar niet overtraint om het Olympisch goud te halen.

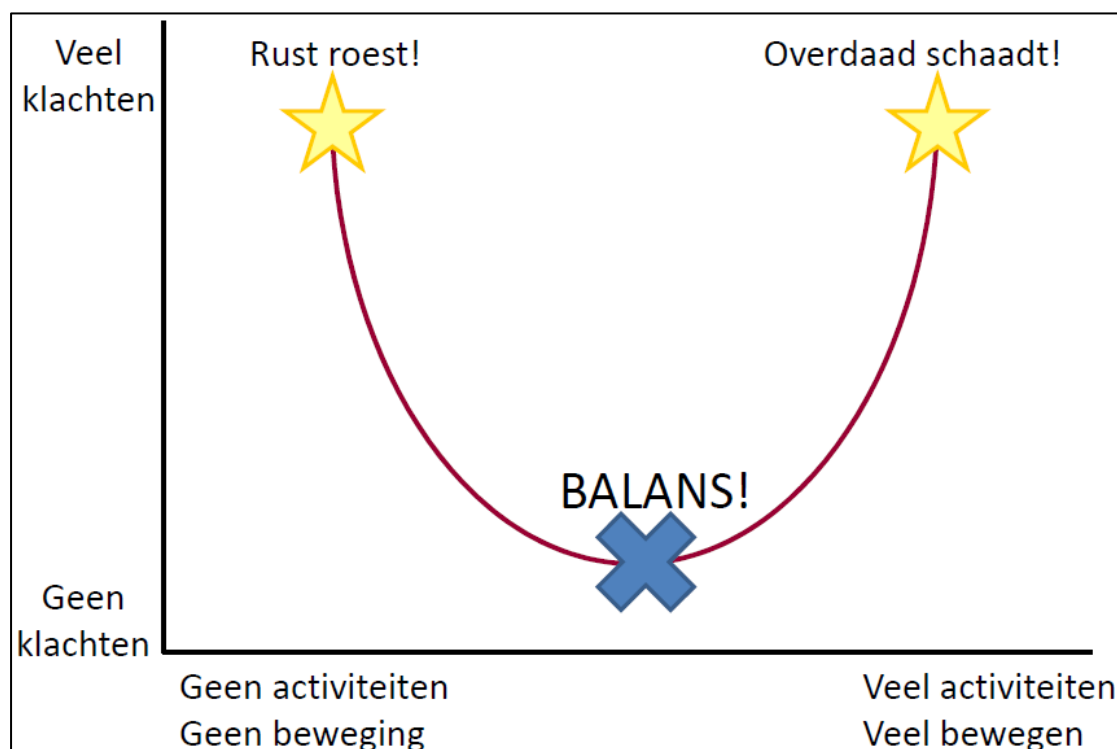
Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten noemt, dat het belangrijk is om te noemen dat ook wanneer iemand fysiek nog maar heel weinig kan (bijvoorbeeld bedlegerig en zorgafhankelijk is), hij/zij ook dan TE actief kan zijn in dat hele kleine beetje zelf-kunnen dat iemand nog over heeft. Iemand die nauwelijks nog iets kan, kan toch overactief zijn. Terwijl iemand die nog betrekkelijk veel mogelijkheden heeft, zogezegd onderactief kan zijn.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Daarnaast adviseert het panel om eerst de concrete uitleg te geven hoe éxtra klachten kunnen ontstaan en daarna pas als samenvatting het spreekwoord 'rust roest' te gebruiken. Dan is het al duidelijk dat er iets anders bedoeld wordt dan: het is je eigen schuld want je doet te weinig.

Door de psycho-educatie visueel te maken verhoogt de psycholoog de impact van de informatie. Daarnaast attendeert het PatiëntenPanel ook erop, dat het minder vermoeiend is voor patiënten dan alleen praten. Figuur 3 is een voorbeeld van een visuele uitwerking van psycho-educatie over activiteiten- en bewegingspatroon.



Figuur 1 Visuele uitwerking van psycho-educatie over activiteiten- en bewegingspatroon

Op grond van de anamnese stelt de psycholoog vast of de klachten voldoen aan de DSM-5 criteria van een somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen en welke behandelopties zinvol kunnen zijn, gezien de aard van de klachten, de biopsychosociale context en hulpvraag van de patiënt. De psycholoog legt zowel de vicieuze cirkels van de lichamelijke klachten aan de patiënt voor, als ook de behandelopties die passen bij deze vicieuze cirkels en patiënts hulpvraag. Daarop volgt een

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

dialogo om een gezamenlijke probleemdefinitie te formuleren. Middels shared decision making komt de patiënt tot een weloverwogen behandelkeuze. *Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten benadrukt hierbij het belang van het uitleggen waarom de behandeling passend is bij deze lichamelijke klachten van de patiënt en het belang van shared decision making voor de motivatie van de patiënten.* De psycholoog sluit de anamnese af als deze met de patiënt een gezamenlijke probleemdefinitie en behandelplan heeft geformuleerd.

Behandelinhoud

Onderzoek biedt steeds meer aanwijzingen dat psychologische behandelingen effectief kunnen zijn bij het behandelen van lichamelijke klachten. Het gaat hierbij zowel om verklaarde als onverklaarde lichamelijke klachten.¹⁹⁻²¹ Zonder te pretenderen allesomvattend te zijn, volgt hieronder korte beschrijvingen van algemene therapiestromingen, die de medisch-psychologische zorg momenteel gebruikt voor behandeling van SSSevs. Bij elke therapiestroming is een voorbeeld van een specifiek behandelprotocol opgenomen. Gekozen is voor behandelprotocollen, die

- enige evidence hebben;
- die met enige regelmaat in de praktijk gebruikt worden;
- die direct beschikbaar zijn omdat ze met grote waarschijnlijkheid al in de boekenkast staan of gratis te downloaden zijn;
- en bij voorkeur toepasbaar zijn voor een breed scala aan lichamelijke klachten.

Bij afwezigheid van een generiek protocol wijken we uit naar behandelprotocollen voor specifieke klachten uit het 3-delige handboek 'Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten'²² en het 3-delige handboek 'Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten'²³. Deze handboeken zijn wijdverbreid beschikbaar voor psychologen.

Psycho-educatie is een belangrijk onderdeel van de zorg voor patiënten met SSSevs. Het vervult een informatiebehoefte van patiënten, kan bestaande misvattingen over het lichaam en lichamelijke processen corrigeren en geeft aanwijzingen hoe de interactie tussen lichaam en psyche te beïnvloeden. Er is wetenschappelijke evindentie dat educatie bij patiënten met SSSevs kan leiden tot een afname in ernst van de lichamelijke klachten en verbetering van kwaliteit van leven.²⁴

Het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, dat zowel patiëntenverenigingen met verklaarde als onverklaarde pijn verenigt, biedt gratis online educatie aan voor patiënten en professionals op hun website: <https://www.pijnpatienten-naar1stem.nl/onlinecursus-start/>. Een ander gebruikte gratis online pijneducatie

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

(onder anderen met betrekking tot centrale sensitatie) is <https://www.retrain-pain.org/>, die drie New Yorkse fysiotherapeuten maakten en in veel talen beschikbaar is. Voor kinderen vanaf 10 jaar is de gratis online pijneducatie 'Geheim van de pijn' beschikbaar op <https://www.lvmp.nl/gratis-educatief-e-book-over-pijn-bij-jongeren-10-jaar-het-geheim-van-pijn/>. Het boek legt aan kinderen vanaf 10 jaar uit, wat acute en chronische pijn is. Er wordt op een eenvoudige en verhalende manier uitgelegd wat de werkingsmechanismen van de verschillende soorten pijn zijn en hoe hiermee om te gaan.

Een invloedrijke therapeutische stroming bij de behandeling van SSSevs is Cognitieve GedragsTherapie (CGT). CGT richt zich primair op het versterken van de individuele veerkracht om optimaal met de klachten om te gaan, waardoor de kwaliteit van leven verbetert en lichamelijke klachten mogelijk zelfs afnemen. Bij kinderen omvat CGT ook systeemelementen (ouders, school, leerplichtambtenaren, ed.). Overigens is het ook bij volwassenen aan te raden om het systeem erbij te betrekken. De CGT kan opgedeeld worden in 1^{ste}, 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} generatie CGT.

In de *eerste generatie CGT* gaat het om het veranderen van automatische gedragingen, die het gevolg zijn van klassieke en/of operante conditionering. Denk bij klassieke conditionering bijvoorbeeld aan het misselijk worden van kankerpatiënten, al voordat hun chemotherapie is aangesloten of paniek van een kind bij het zien van een witte jas. Een voorbeeld van een operante conditionering is het krabben bij dermatologische aandoeningen. Het krabben verlicht de jeuk op korte termijn, maar verergert de huidaandoening op langere termijn.

De behandeling omvat het aanleren van zelfcontroleprocedures, zoals bewustwording, uitstellen en verhinderen van gewoontegedrag, het laten volgen van andere consequenties op gewoontegedrag en het veranderen van omgevingsfactoren. Een voorbeeld van een protocol voor de behandeling van gewoontegedrag, waaronder krabben, is de 'Protocollaire behandeling van patiënten met trichotillomanie, excoriatiestoornis en ander ongewenst gewoontegedrag: zelfcontroleprocedures' in het boek Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1, 2017.²⁵ Een kortere versie van dit protocol is ook te downloaden van <https://www.directivetherapie.nl/artikelen/jaargang36/protocollaire-behandeling-van-patienten-met-trichotillomanie-excoriatiestoornis-en-ander-ongewenst-gewoontegedrag-36-4-6/>.

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

In de *tweede generatie CGT* gaat het om het veranderen van (automatische) gedachten ten aanzien van lichamelijke klachten en het omgaan met lichamelijke klachten. Vaak staan misinterpretaties van de lichamelijke sensaties en ervaringen centraal. Denk bijvoorbeeld aan gedachten, zoals 'Ik heb huidkanker' in reactie op oneffenheden op de huid, die een arts als benigne heeft geclassificeerd. Ook niet-klachtgerelateerde gedachten, die ontstaan zijn in de context van de leergeschiedenis van de patiënt kunnen focus van behandeling zijn. Voorbeelden hiervan zijn: 'Geen nee mogen zeggen tegen de ander' en 'Niet zeuren maar doorgaan'. Zodra dergelijke gedachten bewust zijn geworden en de invloed ervan op de lichamelijke klachten en functioneren ook voor de patiënt helder en acceptabel is, kan de behandeling zich richten op deze (automatische) gedachten. De behandeling omvat het uitdagen van de niet-helpende gedachten en deze veranderen in helpende gedachten.

Een voorbeeld van een protocol voor de behandeling voor ziekteangststoornis waarin de uitdaagtechnieken voor gedachten een belangrijke rol spelen is de 'Protocollaire behandeling van patiënten met angst voor (ernstige) ziekten (voorheen hypochondrie): cognitieve gedragstherapie' in Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 3, 2017.²⁶ Een voorbeeld van een protocol voor de behandeling van kinderen en adolescenten is het protocol 'Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, protocollaire behandeling van een somatoforme stoornis' in Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten, deel 3, 2020.²⁷ In ditzelfde deel staat ook het protocol 'Goed in je vel, een (groeps)behandeling voor adolescenten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten'.²⁸ Een algemeen protocol voor het uitvoeren van gedragsexperimenten is te downloaden van <https://www.directievetherapie.nl/artikelen/jaargang17/gedragsexperimenten-binnen-de-cognitieve-therapie-17-1-13/>.

De behandeling van SSSevs is vaak een mengvorm van 1^{ste} en 2^{de} generatie CGT. De behandeling kan een veelheid van technieken omvatten; verbale uitdaagtechnieken, rationele emotieve training, gedragsexperimenten, vaardigheidstrainingen, ademhalings- en ontspanningsoefeningen, stressmanagement, probleemoplossende vaardigheden, responsepreventie, activiteiten in evenwicht brengen met belastbaarheid en tijdcontingente uitbreiding van belastbaarheid, verbreding van zintuiglijke waarneming. *Over tijdcontingente uitbreiding van belastbaarheid merkt het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten op, dat het belangrijk is de behandeling te beginnen bij het werkelijke (fysieke) beginniveau van patiënten vanuit hun ervaring dat patiënten zich in de beginfase overvraagd voelen.*

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Een groot aantal van deze technieken staat beschreven in de groepstraining 'Omgaan met de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten'. Het protocol is gratis te downloaden van <http://www.onverklaarde-klachten.nl>.^{12,13}

De *derde generatie CGT* omvat Acceptance & Commitment Therapy (ACT) waarin de inzichten uit de gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en mindfulness-based therapieën zijn geïntegreerd. In ACT ligt de nadruk niet op het controleren en veranderen maar op het accepteren van gedachten, gedrag, gevoelens en ervaringen, zoals negatieve lichamelijke ervaringen en pijn. De doelstelling van ACT is een toename van psychologische flexibiliteit. De effectiviteit van ACT bij behandelingen van chronische pijn blijkt vergelijkbaar te zijn met de cognitieve gedragstherapie uit de 1^{ste} en 2^{de} generatie.²⁹

De behandeling omvat zes onderling verbonden therapeutische kernprocessen: aanvaarding, cognitieve defusie, contact met het hier en nu, jezelf als context, waarden en toegewijde acties.

Een voorbeeld van het exploreren van waarden is bijvoorbeeld de vraag 'Hoe wil je later herinnerd worden door belangrijke anderen?' Dit helpt om de focus te leggen op wat ertoe doet in je leven ondanks de pijn, beperkingen en pijnlijke gevoelens. Voorbeelden van technieken zijn gratis te vinden op <https://www.actinactie.nl/downloads/>. 'ACT your way' is populair in de behandeling van jongeren. Het protocol 'ACT your way, een transdiagnostische preventieve en curatieve interventie' wordt beschreven in Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten, deel 1, 2020.³⁰

De *vierde generatie CGT* omvat Positieve Cognitieve Gedragstherapie. Positieve CGT maakt gebruik van positieve psychologie, oplossingsgerichte therapie en klassieke cognitieve gedragstherapie. De focus ligt op een positief affect en wat werkt wél. Hierin gaat het om te starten met of het uitbreiden van een positief affect en gewenst gedrag door te beschrijven wat de gewenste toekomst is en momenten op te merken wanneer deze nu reeds aanwezig zijn.

De behandeling kan een veelheid van technieken omvatten zoals: de vraag naar positieve uitzonderingen, zelfregistraties van de positieve uitzonderingen, opwaartse pijn technieken, vraag naar competenties, het geven van complimenten en de wonder-vraag.

Voorbeelden van deze technieken zijn gratis beschikbaar via de VGCT-factsheet over Positieve Cognitieve Gedragstherapie te downloaden van: <https://www.vgct.nl/the-mas/factsheets/positieve-cognitieve-gedragstherapie>.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Andere evidence-based behandelingen die overwogen kunnen worden in de behandeling van SSSevs zijn (medische) hypnose en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Hypnose is een toestand van veranderd bewustzijn waarbij er een verhoogde concentratie is voor datgene waarop de aandacht wordt gericht en er een verminderde ontvankelijkheid is voor alles wat buiten de gerichte aandacht valt. In ziekenhuizen wordt dit medische hypnose genoemd. Steeds vaker wordt deze methode toegepast bij SSSevs. De effectiviteit van (*zelf-*)hypnose-technieken is in Nederland bij volwassenen en kinderen aangetoond voor Prikkelbare Darm Syndroom (PDS).^{31,32} Bij volwassenen zijn er aanwijzingen, dat hypnose bij PDS behulpzaam kan zijn ongeacht of deze in een individuele of groepsvorm gegeven wordt.³² In het effectiviteitsonderzoek bij kinderen bleek het verschil in effectiviteit tussen zelfhypnose en hypnose gegeven door een behandelaar klein.³¹ Daarom wordt vaak aan kinderen aangeleerd om zelfhypnose toe te passen.

Een voorbeeld van een protocol voor zelfhypnose voor spanningshoofdpijn is de 'Kortdurende autohypnose van patiënten met spanningshoofdpijn' in Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 3, 2017.³³ Een ander voorbeeld waarin medische hypnose een belangrijke rol speelt is het protocol voor de behandeling voor conversiestoornis in de 'Protocolaire behandeling van patiënten met een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis)' in Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 3, 2017.³⁴ Zelfhypnose-oefeningen voor slaapproblemen en piekeren zijn gratis te downloaden van <https://skills4comfort.nl/COVID19/>.

De auteurs van Skills4comfort hebben ook een zelfhypnose protocol voor kinderen/jongeren met chronische buikpijn ontwikkeld. Dit protocol is te vinden op: <https://hypnosebijbuikpijn.nl/>. Kinderen/jongeren kunnen het werkboek, de psychoeducatie en de ingesproken hypnose-oefeningen downloaden. Dit is niet gratis en de kosten zijn € 29,95 (incl. btw). De inkomsten gaan naar wetenschappelijk onderzoek van dit protocol.

EMDR is een geprotocolleerde behandeling voor trauma-gerelateerde klachten. EMDR richt zich op het desensitiseren van negatieve emoties behorend bij een traumatische herinnering door het belasten van het werkgeheugen met oogbewegingen en/of andere stimuli, terwijl de patiënt de herinnering ophaalt. De rationale voor het inzetten van EMDR bij SSSevs is dat lichamelijke sensaties en de bijbehorende emoties kunnen leiden tot de activering van emotioneel beladen herinneringen van traumatische gebeurtenissen in het verleden door UCS/UCR activiteiten. Zo kan

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

bijvoorbeeld machteloosheid in het ziekteproces herinneringen activeren aan eerdere ingrijpende gebeurtenissen, waarbij ook machteloosheid speelde.

Er komen steeds meer positieve onderzoeksresultaten beschikbaar voor de effectiviteit van EMDR bij lichamelijke klachten.^{35,36, 37, 38} Dit blijkt, bijvoorbeeld bij tinnitus, ook op te gaan, als niet voldaan wordt aan de criteria van PTSS.^{38,39} Het keuzemoment om EMDR in te zetten wordt bepaald door de richtlijnen van de specifieke somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen. Hiervan kan alleen beargumenteerd afgeweken worden.

EMDR bestaat uit het desensitiseren van de geïdentificeerde traumatische herinneringen met het standaardprotocol voor EMDR-behandelingen. Dit kan worden aangevuld met het zgn. 'lichamelijk sensatieprotocol', waarbij de therapeut de patiënt expliciet laat stilstaan bij de lichamelijke sensaties en de spanning die deze oproepen om vervolgens deze spanning te desensitiseren. Indien er geen sprake is van negatieve herinneringen kan het lichamelijke sensatieprotocol ook als een alleenstaande interventie gebruikt worden.

Het standaardprotocol is beschikbaar voor leden van de VEN die de basis cursus hebben gevolgd. Het is te vinden op <https://www.emdr.nl/> en staat ook beschreven in het handboek EMDR.⁴⁰ Het lichamelijk sensatieprotocol is te verkrijgen na deelname aan een workshop hierover, die georganiseerd wordt door Vereniging EMDR Nederland. Het EMDR-protocol voor pijn staat beschreven in het praktijkboek EMDR.⁴¹

In de *diagnostische* fase en bij *afronding* van de medisch-psychologische behandeling in het ziekenhuis overweegt de psycholoog of een aanvullend traject tijdens of na de medisch-psychologische zorg voor patiënten met SSSevs nodig is. Indien dit wenselijk is, dan zijn mogelijke samenwerkingspartners hierin: huisarts of POH-GGZ, geestelijke gezondheidszorg (basis/specialistisch), revalidatie afdeling of extern revalidatiecentrum, psychosomatische centrum, (psychosomatisch/bekken/orofaciaal/e.d.) fysiotherapeut, ergotherapeut etc. De fysiotherapeut met het juiste specialisme in de regio vind je op <https://defysiotherapeut.com/zoek-fysiotherapeut/>. Om coördinatie in de zorg te behouden overweeg om de verwijzing naar het aanvullende traject via de huisarts te laten verlopen of informeer de huisarts over de verwijzing. Voor jeugd zijn de wijkteams een belangrijke verwijsoptie wanneer inzet van jeugdhulpverlening geïndiceerd is.

Indien in het ziekenhuis meerdere ondersteunende/paramedische disciplines aanwezig zijn die geschoold zijn in de behandeling van patiënten met SSSevs, dan kunnen samenwerkingsverbanden gecreëerd worden of de psychologen kunnen zich aansluiten bij reeds bestaande samenwerkingsverbanden, zoals bv. een afdeling Revalidatie.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Organisatorische inbedding en ketenzorg

De organisatorische inbedding van de medisch-psychologische zorg in ziekenhuizen is divers. De psychologen kunnen verenigd zijn in een vakgroep Medische Psychologie, al dan niet in combinatie met de vakgroep Psychiatrie, gedetacheerd zijn naar specifieke specialismen zoals Revalidatie, Interne Geneeskunde en Pijn geneeskunde, maar kunnen ook organisatorisch zijn ondergebracht bij specifieke specialismen of afdeling, zoals Gynaecologie en PAAZ. Door de positionering van psychologen in het ziekenhuis, waar de lijnen met medisch specialisten kort zijn, kunnen deze psychologen een belangrijke rol spelen in diagnostiek en (mede-)behandeling van patiënten met SSSevs. Zij zijn immers bij uitstek geschoold om SSSevs te herkennen en vast te stellen. In samenwerking en overleg met de medisch specialist kan de psycholoog mede vormgeven aan multi-, inter- of transdisciplinaire behandelingen. Het belang van de inzet van deze zorg wordt beschreven in de 'Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte'. De kwaliteitsstandaard stelt (pg. 26): '*Inzet van psychosociale zorg draagt bij aan betere uitkomsten van medisch-specialistisch handelen enerzijds en heeft kostenbesparende effecten op de somatische zorg anderzijds (Tyrrer, 2014; Visser, 2015; Konnopka, 2012; Carlson, 2004).*'

Patiënten hebben, voordat de psycholoog deze patiënten ziet, vaak een lange verwijzingsroute gehad. Deze kan er als volgt uitzien. De huisarts verwijst patiënten naar een medisch specialist voor nader onderzoek van lichamelijke klachten op basis van vragen van de huisarts zelf of die van de patiënt. Bij de medisch specialist vindt diagnostiek plaats, eventueel aangevuld met een medische (proef-)behandeling. Indien hiermee de klachten niet of onvoldoende verminderen kunnen diverse verwijzingen volgen. Bijvoorbeeld de specialist kan de patiënt doorverwijzen naar een ander medisch vakgebied. De specialist kan ook terugverwijzen naar de huisarts. En de specialist kan de patiënt verwijzen naar de medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis.

In de praktijk blijkt dat patiënten met SSSevs in het ziekenhuis vaak door meerdere medisch specialisten gezien zijn, voordat een medisch specialist naar medisch-psychologische zorg verwijst. Dit verhoogt de kans op iatrogene schade want diagnostische of therapeutische handelingen kunnen morbiditeit, traumatisering of zelfs mortaliteit tot gevolg hebben.¹⁹ Deze klinische praktijk lijkt het gevolg te zijn van het feit dat artsen meer geschoold zijn in ziekte als fysiologisch proces dan als een biopsychosociaal proces. Ook geven artsen aan, dat zij met name bij patiënten bij onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten meer druk ervaren om extra diagnostiek uit te voeren, medicatie voor te schrijven en verdere verwijzingen te realiseren.^{42,43}

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Onderzoek heeft echter aangetoond, dat de patiëntengroep met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten hierin geen andere behoefte of andere vraag heeft dan patiënten met verklaarde klachten.^{44,45}

Somatisch geschoolde zorgverleners herkennen de kenmerken van SSSevs vaak onvoldoende. Hierdoor wordt langer dan noodzakelijk medische diagnostiek ingezet, worden psychologische processen gemedicaliseerd en/of er wordt vaker naar andere medisch specialisten doorverwezen. Dit om te voorkomen dat een somatische diagnose gemist wordt. In de praktijk zijn er signalen, dat artsen ook uit tijdgebrek uitwijken naar extra diagnostiek en/of medicatie. De consequenties voor de zorg zijn: stapeling van consultaties van diverse specialisten met ieder hun eigen diagnostiek en behandeling, minder effectieve zorg en verhoogde zorgkosten.²¹ Dit zou ervoor pleiten om de samenwerking tussen huisarts/medisch specialisten en psychologen in het ziekenhuis in een eerder stadium te stimuleren. Door formalisering van de samenwerkingsverbanden in een netwerk zou zinnige zorg verder gefaciliteerd kunnen worden.

Voorbeelden van samenwerkingsverbanden binnen en buiten in het ziekenhuis, die in een netwerk geformaliseerd kunnen worden zijn:

- directe verwijzing van de huisarts naar de medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis, zoals in Friesland succesvol is geïmplementeerd en kosteneffectief blijkt;⁴⁶
- laagdrempelige (telefonische) consultatie van psychologen door huisartsen/medisch specialisten;
- structureel en frequent georganiseerde overleggen tussen psychologen en medisch specialisten op alle somatische afdelingen;
- scholingen, ontwikkeld en aangeboden door psychologen aan huisartsen/medisch specialisten en overige zorgverleners t.a.v. het signaleren van en de bejegening van patiënten met SSSevs; (*Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten voegt hieraan toe, dat een respectloze heelmeeester tot schade leidt.*)
- diagnostiek, indicatiestelling en (mede-)behandeling door psychologen van (poli-)klinische patiënten, bij wie het beloop van de lichamelijke klachten/medisch-technische behandeling anders is dan verwacht; (*Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten voegt hieraan toe, dat zij het een goed idee zou vinden wanneer medisch-psychologische zorg standaard bij elke ziekenhuispatiënt zou worden ingezet om stigmatisering te voorkomen en normalisering van psychosociale zorg te bewerkstelligen.*)

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

- gezamenlijke consulten door psychologen en huisartsen/medisch specialisten. Voor K&J bestaan er in meerdere ziekenhuizen multidisciplinaire poli's. De huisarts kan bij een vermoeden van SSSevs verwijzen naar deze poli bestaand uit een kinderarts, psycholoog en fysiotherapeut. Hierdoor is de psycholoog al vanaf het eerste consult bij de kinderarts betrokken.

De patiëntvertegenwoordiger Pijnpatiënten naar 1 stem plaatst hierbij de kanttekening, dat de psychologen altijd alert dienen te blijven op (veranderde) lichamelijke signalen/klachten die mogelijk toch een medische oorzaak kunnen hebben (voorbeeld: chronische pijn, die later toch bleek te worden veroorzaakt door een tumor of metastasen.)

Uitkomstindicatoren

Afhankelijk van het doel kiezen psychologen andere uitkomstmaten en bijbehorende meetinstrumenten. Bijvoorbeeld in het kader van een wetenschappelijk onderzoek en/of ter verantwoording van beleid zullen psychologen andere uitkomsten en meetinstrumenten kiezen dan in het kader van een (tussentijdse) evaluatie van het behandelresultaat bij een specifieke patiënt.

In het kader van wetenschappelijk onderzoek zal de psycholoog eerder een generieke uitkomstmaat kiezen, die met een gestandaardiseerd instrument met een bekende betrouwbaarheid en validiteit gemeten kan worden. Een voorbeeld hiervan is een RAND 36 vragenlijst naar kwaliteit van leven.

In het kader van beleid zal de psycholoog eerder kiezen voor uitkomstmaten die de baten van psychosociale zorg in kaart brengen. Een voorbeeld hiervan is een TiC-P vragenlijst naar zorggebruik en arbeidsparticipatie, waarmee ook kosten(besparing) in kaart kan worden gebracht.

De Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte²¹ noemt de volgende baten van psychologische diagnostiek en behandeling bij somatische aandoening, die als uitkomstmaat kunnen dienen:

- hogere effectiviteit van de medisch-specialistisch handelen;
- hogere efficiëntie van medische interventies, bijvoorbeeld door behandeling van angst voor een ingreep, waardoor de ingreep korter duurt;
- kostenbesparende effecten op de somatische zorg;
- verhoging van begrip van de situatie en vermogen tot aanpassing;
- hogere patiënttevredenheid;

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

- hogere therapietrouw;
- verlaging van de morbiditeit en psychische comorbiditeit;
- verbetering van kwaliteit van leven;
- verhoging van de maatschappelijke participatie, bijvoorbeeld door bevordering van arbeids(re)integratie, vermindering van schoolverzuim;
- vermindering van medische onder- en overconsumptie.

In kader van de (evaluatie van de) behandeling kan een zelfgemaakt registratieblad met de frequentie van het (on)gewenste gedrag volstaan.

We kiezen er daarom bewust voor om geen uitkomstmaten en/of meetinstrumenten te adviseren. We adviseren wel om:

- 1) uitkomstmaten te kiezen en meetinstrumenten te gebruiken, die passen bij het doel van de registratie;
- 2) bij de keuze van de uitkomstmaten en meetinstrumenten de patiënt te betrekken om tot zinvolle uitkomsten te komen;
- 3) tenminste een voor- en nameting te doen van de uitkomstmaten en meetinstrumenten, die overeengekomen zijn met patiënten.

Het PatiëntenPanel Aanhoudende Lichamelijk Klachten vindt het gebruik van meetinstrumenten als uitkomstmeting passend, zeker als deze in overleg met patiënten gekozen worden. Echter het gebruik ervan voor diagnostiek beschrijft ze als mogelijk traumatiserend. Hierbij wordt de situatie geschetst, waarin de patiënt verplicht wordt tot het invullen van psychologische testen, terwijl de patiënt fysiek bijvoorbeeld nauwelijks in staat is om een potlood vast te houden en ook niet de energie heeft om helder na te denken over de vragen. Vervolgens rapporteert het panel, dat de patiënt bij de uitslag soms geconfronteerd met merkwaaardige uitkomsten, waardoor ze het gevoel krijgen zichzelf niet meer te kennen en geen idee te hebben hoe ze daar dan mee verder moeten.

Ontwikkelingen en/of ideeën voor kwaliteitsverbetering ('ideal practice')

De medisch-psychologische zorg kan door de positieve impact ervan op de effectiviteit van medisch-specialistisch handelen en het zorgbesparende effect^{21,47} essentieel zijn in het bereiken van de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Hierin hebben de veldpartijen toegezegd om naar een afname van de groei van de medisch-specialistische zorg te streven.⁴⁸ Een grotere toegankelijkheid en beschikbaarheid van de medisch-psychologische zorg kan hierbij behulpzaam zijn.

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

Grotere toegankelijkheid en beschikbaarheid van medisch-psychologische zorg kunnen bereikt worden door:

- de medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis te financieren met geoormerkte financiën i.p.v. een integrale financiering;
- de medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis gevestigd te houden tussen de medisch-specialistische zorg i.p.v. hun vertrek naar de geestelijke gezondheidszorg te bemoedigen door de wijze van financiering van de zorg;
- het belang van de medisch-psychologische zorg meer zichtbaar te maken en het dualisme tussen lichaam en geest te doorbreken door meer structurele deelname van de psychologen in de multidisciplinaire patiënten overleggen (MDO's) van medisch specialismen. Dit is vaak al standaard in Revalidatieteams en Pijnteamen;
- de mogelijkheden van begeleide e-health door psychologen in het ziekenhuis te bevorderen om de schaarste in gespecialiseerde psychologen op te vangen.

Financiering/volume

De medisch-psychologische zorg in ziekenhuizen voor patiënten met SSSeVs wordt op verschillende manieren gefinancierd. Binnen de medisch-specialistische zorg gebeurt dit via de DBC-zorgproducten van de medisch specialist. Indien het zorgproduct gegeven wordt binnen de afdeling Psychiatrie in een ziekenhuis (PAAZ) dan vindt financiering plaats via de DBC-zorgproducten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ-DBC).

Bij de financiering door somatische DBC-zorgproducten treden enkele knelpunten op. Medische-psychologische zorg wordt in theorie bekostigd via prijsonderhandelingen over de somatische DBC-zorgproducten. Deze onderhandelingen vinden echter beperkt plaats, mede vanwege de complexiteit van de materie. Bovendien zijn aan de NZa codes voor medisch-psychologische verrichtingen vooralsnog geen tarieven gekoppeld. Dit vertroebelt de kosten- en effectiviteitsberekeningen van medisch-psychologische verrichtingen. Verankering in de somatische DBC-systematiek is slechts dan transparant gerealiseerd als aan de verrichtingen ook daadwerkelijk tarieven worden gekoppeld.

De tweede mogelijkheid om medisch-psychologische zorg voor patiënten met SSSeVs te financieren is via de GGZ-DBC-systematiek. Binnen een afdeling Psychiatrie in een ziekenhuis (PAAZ) kunnen GGZ-DBC's geopend worden binnen de medische sector. Tegen een dergelijke constructie is op zich geen bezwaar zolang de

CLINICAL PRACTICES

Medisch-psychologische zorg voor patiënten met somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs) in het ziekenhuis versie 1

eigenheid van medisch-psychologische zorg herkenbaar blijft, zowel voor de zorg-professionals als voor de patiënten.⁴⁷ Het openen van een GGZ-DBC voor patiënten met SSSevs in het ziekenhuis is gelegitimeerd, aangezien deze groep van classificaties onder de DSM-5 valt.

In de praktijk blijkt regelmatig dat in de GGZ buiten het ziekenhuis onvoldoende expertise aanwezig is voor een specialistische behandeling van SSSevs, o.a. omdat deze de gewenste volumennorm voor de behandeling van SSSevs niet halen. Bij K&J bestaat dezelfde indruk. Een nieuwe ontwikkeling is het zorgprestatie-model binnen de GGZ waarbij de financiering met GGZ-DBC's losgelaten wordt. Naar verwachting zal dit in 2022 geïmplementeerd worden. De implicaties hiervan voor de medisch-psychologische zorg zijn in 2021 nog niet te overzien.

Door deze en eerder genoemde beperkte financieringsmogelijkheden bestaat het gevaar dat formaties van psychologen voor medisch-psychologische zorg te krap bemeten worden om deze zorg op adequate schaal te kunnen bieden. Dit levert een onwenselijke situatie op voor de kwaliteit en de kosten van patiëntenzorg in het ziekenhuis.

Patiënten informatie beschikbaar

Een afdelingsfolder over de medisch-psychologische zorg volstaat, echter ook aparte folders voor specifieke classificaties van SSSevs kunnen gebruikt worden. De meeste behandelprotocollen voor specifieke classificaties van SSSevs omvatten ook een patiënten brochure, zoals het behandelprotocol voor ziekteangst.²⁶

CLINICAL PRACTICES

*Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1*

Leden Werkgroep Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen:

naam auteur Mw. L.N.L. Zonneveld, PhD (voorzitter)
functie Klinisch psycholoog/psychotherapeut
ziekenhuis Amsterdamumc, locatie AMC
afdeling Poli Pijn geneeskunde

naam auteur Mw M.E. Rikkert
functie Klinisch Psycholoog/psychotherapeut
ziekenhuis Ziekenhuis Rivierenland Tiel
afdeling Medische Psychologie

naam auteur Mw. B. Wertheim
functie GZ-psycholoog iot Specialist
ziekenhuis Diakonessenhuis Utrecht
afdeling Medische Psychologie

Dankbetuiging

We willen de onderstaande mensen bedanken voor hun waardevolle opmerkingen en aanvullingen op de conceptversie van de clinical practice Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen:

- Patiëntenpanel Aanhoudende Lichamelijke Klachten;
- Patiëntvertegenwoordiger vanuit Pijnpatiënten naar één stem;
- Dhr. dr. H.G.G van Balen, klinisch (neuro)psycholoog;
- Mw. drs. M. Fonk, klinisch psycholoog/psychotherapeut;
- Mw. drs. H. Lootens, klinisch psycholoog K&J/psychotherapeut;
- Dhr. drs. J.J. Roor, klinisch (neuro)psycholoog;
- Mw. drs. C.J. Verschuur, GZ-psycholoog K&J.

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

Richtlijnen, literatuur, bronnen

1. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk/samenvatting-en-tools>. Published Autorisatiedatum 15-05-2018. Accessed 26-11-2021.
3. Olde Hartman T, Blankenstein N, Molenaar B, et al., Inventors. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). 2013.
4. APA. Somatic Symptom Disorder. In: Association AP, ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013:2.
5. Van der Mast RC. Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150(12):686-692.
6. Kingma EM, Moddejonge RS, Rosmalen JGM. Hoe interpreteert de patiënt de huidige terminologie voor lichamelijk onverklaarde klachten? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2012;156(37):A4541.
7. Stone J, Wojcik W, Durrance D, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend”. *Br Med J*. 2002;325(7378):1449-1450.
8. Marks EM, Hunter MS. Medically Unexplained Symptoms: an acceptable term? *Br J Pain*. 2015;9(2):109-114.
9. Rask MT, Jakobsen PR, Clemensen J, Rosendal M, Frostholm L. Development of an eHealth programme for self-management of persistent physical symptoms: a qualitative study on user needs in general practice. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):33.
10. Spaans J, Rosmalen J, Van Rood Y, Van der Horst H, Visser S. *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Houten: LannooCampus; 2017.
11. Psychologen Algemene en Academische Ziekenhuizen PAZ, Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen NIP, Landelijke Vereniging Medische Psychologie LVMP. *Veldnormen Medische Psychologie*. Utrecht: NIP;2020.
12. Zonneveld LNL, Van Rood YR, Timman R, Kooiman CG, Van 't Spijker A, Busschbach JJV. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS ONE*. 2012;7(8):e42629.
13. Visser MS, Zonneveld LNL, Van 't Spijker A, Hunink MG, Busschbach JJV. The Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Training for Patients with Unexplained Physical Symptoms. *Value in Health*. 2015;18(5):570-577.
14. Sitnikova K, Leone SS, van Marwijk HWJ, Twisk J, van der Horst HE, van der Wouden JC. Effectiveness of a cognitive behavioural intervention for patients with undifferentiated somatoform disorder: Results from the CIPRUS cluster

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

- randomized controlled trial in primary care. *J Psychosom Res.* 2019;127:109745.
15. Sitnikova K, Finch AP, Leone SS, et al. A brief cognitive behavioural intervention is cost-effective for primary care patients with medically unexplained physical symptoms compared to usual care. *J Psychosom Res.* 2020;138:110217.
 16. Nordin TA, Hartz AJ, Noyes R, et al. Empirically identified goals for the management of unexplained symptoms. *Fam Med.* 2006;38(7):476-482.
 17. Wood W. *Gelukkig met gewoontes*. Amsterdam: HarperCollins Holland; 2019.
 18. Prenevost MH, Reme SE. Couples coping with chronic pain: How do intercouple interactions relate to pain coping? *Scand J Pain.* 2017;16:150-157.
 19. *Multidisciplinaire richtlijn: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
 20. Van Dessel N, Den Boeft M, Van der Wouden JC, et al. *Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults (Review)*. Wiley & Sons, Ltd.; 2014.
 21. Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte. <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte>. Published 2019 Accessed 06-01-2021.
 22. Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom; 2017.
 23. Braet C, Bogels S. *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. 1 ed. Amsterdam: Boom; 2020.
 24. Watson JA, Ryan CG, Cooper L, et al. Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain.* 2019;20(10):1140.e1141-1140.e1122.
 25. Keijsers G, Hoogduin K. Protocollaire behandeling van patiënten met trichotillomanie, excoriatiestoornis en ander ongewenst gewoontegedrag: zelfcontroleprocedures. In: Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P, eds. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Vol 1. Amsterdam: Boom; 2017:563-628.
 26. Bouman T, Visser S. Protocollaire behandeling van patiënten met angst voor (ernstige) ziekten (voorheen hypochondrie): cognitieve gedragstherapie. In: Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P, eds. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Vol 3. Amsterdam: Boom; 2017:201-264.
 27. Moens E, Seetsen T, Braet C. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, protocollaire behandeling van een somatoforme stoornis. In: Braet C, Bögels S, eds. *Protocollaire behandelingen voor*

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

- kinderen en adolescenten met psychiatrische klachten: internaliserend. Vol 3. Amsterdam: Boom; 2020:157-196.*
28. Van Ree C, Wösten I, Lems E. Goed in je vel, een (groeps)behandeling voor adolescenten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In: Braet C, Bögels S, eds. *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychiatrische klachten: internaliserend. Vol 3. Amsterdam: Boom; 2020:197-225.*
 29. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther.* 2016;45(1):5-31.
 30. Bodden D, Matthijssen D, De Rooij E, Schraven J. ACT your way, een transdiagnostische preventieve en curatieve interventie. In: Braet C, Bögels S, eds. *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: transdiagnostisch. Vol 1. Amsterdam: Boom; 2020:257-281.*
 31. Rutten J, Vlieger AM, Frankenhuis C, et al. Home-Based Hypnotherapy Self-exercises vs Individual Hypnotherapy With a Therapist for Treatment of Pediatric Irritable Bowel Syndrome, Functional Abdominal Pain, or Functional Abdominal Pain Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2017;171(5):470-477.
 32. Flik CE, Laan W, Zuithoff NPA, et al. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4(1):20-31.
 33. Hoogduin K, Melis P, Spierings G. Kortdurende autohypnose van patiënten met spanningshoofdpijn. In: Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P, eds. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Vol 3. Amsterdam: Boom; 2020:369-393.*
 34. Hoogduin K, De Kleine R, Van Minnen A, et al. Protocollaire behandeling van patiënten met een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis). In: Keijsers G, Van Minnen A, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P, eds. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Vol 3. Eerste druk ed. Amsterdam: Boom; 2017:283-368.*
 35. Wicking M, Maier C, Tesarz J, Bernardy K. [EMDR as a psychotherapeutic approach in the treatment of chronic pain : Is Eye Movement Desensitization and Reprocessing an effective therapy for patients with chronic pain who do not suffer from posttraumatic stress disorder?]. *Schmerz.* 2017;31(5):456-462.
 36. Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, et al. Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Med.* 2014;15(2):247-263.

CLINICAL PRACTICES

***Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1***

37. Van Rood YR, De Roos C. EMDR in the Treatment of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2009;3(4):248-263.
38. Rikkert M, van Rood Y, de Roos C, Ratter J, van den Hout M. A trauma-focused approach for patients with tinnitus: the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing - a multicentre pilot trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;9(1):1512248.
39. de Roos C, Veenstra AC, de Jongh A, et al. Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Res Manag*. 2010;15(2):65-71.
40. De Jongh A, Ten Broeke E. *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. 7e editie ed. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.; 2018.
41. De Roos C, Veenstra S. EMDR bij chronische pijn. In: Ten Broeke E, De Jongh A, Oppenheim H-J, eds. *Praktijkboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke groepen*. 3de geheel herziene druk ed. Amsterdam: Pearson Assessment en Information BV; 2014:267-306.
42. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract*. 2013;63(617):625-626.
43. Kromme NMH, Ahaus KTB, Gans ROB, van de Wiel HBM. Internists' dilemmas in their interactions with chronically ill patients; A comparison of their interaction strategies and dilemmas in two different medical contexts. *PLoS One*. 2018;13(5):e0194133.
44. Salmon P, Dowrick C, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2004;54:171-176.
45. Ring A, Dowrick C, Humphris GM, Salmon P. Do patients with unexplained symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? *Br Med J*. 2004;328(7447):1057.
46. Schuitemaker G, Busch A, Bakker T, Felix P. Directe verwijzing naar Medische Psychologie zeer effectief. *De Psycholoog*. 2019;3:50-56.
47. Veenstra A, Fonk M. Brug tussen lichaam en geest: psychologische behandeling verbetert de medische prognose. *Medisch Contact*. 2006;61(49):1978-1980.
48. Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 ondertekend. Rijksoverheid.
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/04/hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-2022-ondertekend>. Updated 04-06-2018. Accessed 16-01-2021.

CLINICAL PRACTICES

*Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1*

BIJLAGE 1 SJABLOON BIOPSYCHOSOCIALE ANAMENSE

Psychologisch consultⁱ d.d.

Reden verwijzing van arts:

Speciële anamnese / lichamelijke klachten

- aard, intensiteit, locatie in het lichaam, frequentie, duur, beloop van de klachten;
- de triggers/dempers voor klachten;
- verloop van contacten hierover met hulpverleners en wat dit contact voor patiënt betekende

Dagbesteding / Vrije tijd

Sociaal functioneren (binnen en buiten familiale verbanden)

Scholing / Arbeid

Financiën

Biografische gegevens

Familie anamnese

Psychisch functioneren

Stemming/angst:

Eetpatroon:

Slaappatroon:

Posttraumatische stressstoornis (PTSS):

Andere DSM-5 stoornissen:

Coping:

CLINICAL PRACTICES

*Medisch-psychologische zorg voor patiënten met
somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen (SSSevs)
in het ziekenhuis
versie 1*

Intoxicaties:

Drugs:

Tabak:

Alcohol:

Cafeïne:

Geef psycho-educatie over de interactie van deze middelen en de lichamelijke klachten.

Eerdere psychologische hulpverlening

Hulpvraag

Observaties (psychologisch consult/medisch dossier):

Samenvatting en conclusieⁱ

Beleid

Afspraken

ⁱ De gerapporteerde gebeurtenissen zijn niet geverifieerd bij derden en zijn beschreven zoals patiënt(e) deze ervaren heeft. De conclusies van het psychologisch consult hebben alleen betrekking op de aan het consult ten grondslag liggende doel- of vraagstelling en kunnen niet zonder meer dienen voor de beantwoording van andere vragen. De geldigheidsduur van de conclusies is een jaar, maar veranderingen in en rondom patiënt(e) van biopsychosociale aspecten waarop de conclusies gebaseerd zijn kunnen een eerdere bijstelling van de conclusies noodzakelijk maken.