

Bijlage Totstandkoming en methoden

Zorgstandaard SOLK

Autorisatiedatum 15 05 2018

1. Samenstelling werkgroep

Werkgroep		
Mw.	A.H. Blankenstein	VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde (projectgroep)
Mw.	H.E. van der Horst	VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde (voorzitter projectgroep)
Mw.	C. den Boer	VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde (projectgroep)
Hr.	J.C. van der Wouden	VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde (projectgroep)
Hr.	M. Rümke	KNGF, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Mw.	A.M. Kamevaar (tot 1-5-2016)	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Hr.	P. Ulrich (tot 18-12-2015)	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Mw.	M. Sturre (vanaf 1-6-2016)	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Mw.	R. den Ouden (tot 1-2-2016), daarna schriftelijk contact T. Ruijl	LVVP, Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
	LVVP	LVVP, Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten
Hr.	T. olde Hartman	NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw.	Y. van Rood	NIP, Nederlands Instituut van Psychologen
Mw.	J.P. Post	NIV, Nederlandse Internisten Vereniging
Mw.	R. Kranenburg	Patiëntenfederatie Nederland
Hr.	A.A. van der Plas	NVN, Nederlandse Vereniging voor Neurologie
Hr.	J. Swinkels	NVvP, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Hr.	M.P. Pont	VRA, Vereniging van Revalidatie Artsen
Mw.	J.G.M. Rosmalen	Adviseur werkgroep

Klankbordgroep		
Mw.	H. Kalisvaart	FVB, Federatie Vaktherapeutische Beroepen
Mw.	N. Makkes	InEen
Mw.	I. Korenromp	POH-GGZ, Landelijke Vereniging Praktijk Ondersteuner Huisarts-GGZ
Hr.	J. Spaans	NOLK, Netwerk Onverklaarde Lichamelijke Klachten
Hr.	R. Hoedeman	NVAB, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Mw.	P.T.M. Weijnenborg	NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Mw.	K. Weerdesteijn	NVVG, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
Mw.	M. van den Muijsenberg	Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen
Mw.	L. Nitert	Pijnpatiënten naar 1 stem
Mw.	I. Audier	Pijnpatiënten naar 1 stem
Mw.	S. Leone	Trimbos Instituut
Mw.	A. Breukers	VvOCM, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
Hr.	J. Meens	Verenso, Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters
Hr.	S. Salet	VGCT, Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
Mw.	A. Sturkenboom	V&VN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Hr.	E. te Biesebeke	V&VN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Hr.	S. Verduijn	ZN, Zorgverzekeraars Nederland
Financiën: systematic review en budget impact analyse		
Mw.	M. Wortman	VUmc (systematic review)
Hr.	J. Lokkerbol	Trimbos Instituut (systemtic review en budget impact analyse)

2. Belangenverstrengeling

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

3. Doelstelling van de standaard

Deze zorgstandaard geeft richting aan het beleid bij mensen met SOLK of met een verhoogd risico daarop, in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen. Het doel is dat mensen met SOLK hun leven als volwaardig burger kunnen inrichten en kunnen optreden als volwaardig partner in het zorgproces met een eigen verantwoordelijkheid. Daarin. Daarnaast heeft deze zorgstandaard het doel om de deskundigheid op het gebied van SOLK bij zorgverleners, patiënten en beleidsmakers te bevorderen. Het streven is dat deze patiënten sneller (h)erkend worden en de goede behandeling krijgen, zonder een (te) lang diagnostisch traject.

Ten slotte heeft deze zorgstandaard specifiek tot doel de communicatie van behandelaren met patiënten en naasten te verbeteren. Patiënten weten vaak niet dat SOLK veel voorkomen. Zij zijn geholpen met informatie hierover en informatie over de grote kans op herstel. Goede communicatie draagt eraan bij dat de patiënt de genoemde rol als volwaardig partner kan vervullen.

4. Doelgroep van de standaard

Deze zorgstandaard is geschreven voor zorgverleners, patiënten en hun naasten van alle doelgroepen met SOLK. Daarnaast heeft de zorgstandaard betrekking op de volle breedte van de behandeling van SOLK, vanaf een patiënt die uitsluitend bij een huisarts komt met milde SOLK tot patiënten met een ernstige somatisch-symptoomstoornis die in een hoogspecialistisch centrum voor SOLK behandeld worden.

We volgen hierbij de indeling van SOLK volgens de NHG-Standaard: milde, matig-ernstige en ernstige SOLK. Hierbij wordt milde SOLK door de huisarts zelf behandeld; matig-ernstige SOLK door huisarts in samenwerking met de POH-GGZ, (psychosomatische) fysio- of oefentherapeut en [ggz-zorgverlener](#) in de GB GGZ; ernstige SOLK kan behandeld worden in de S GGZ of HS GGZ of in multidisciplinaire teams in de tweede of derde lijn (met somatische en ggz-disciplines) of eventueel in een professioneel netwerk van meerdere individuele zorgverleners. Zie verder [Onderscheid](#).

5. Afbakening, uitgangspunten en bronnen

Algemene uitgangspunten

Een zorgstandaard 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.

Uitgangspunten zorgstandaard

Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met SOLK: vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring, behandeling en begeleiding, en bevordering van herstel, participatie en re-integratie. Ook de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren worden beschreven. Bestaande richtlijnen, regelgeving en kwaliteitsindicatoren zijn de basis voor deze zorgstandaard. Om de belangrijkste punten hieruit in goede samenhang te kunnen beschrijven is gebruik gemaakt van actuele wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners en ervaringskennis van ervaringsdeskundigen.

De zorgstandaard SOLK bouwt voort op de multidisciplinaire [richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme stoornissen](#) en de daarvan afgeleide [NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten](#).

6. Totstandkoming

6.1 Hoe deze standaard tot stand is gekomen

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

De werkgroep is gestart met een knelpuntenanalyse, waarvoor alle leden van de werkgroep en de klankbordgroep benaderd zijn. Ervaringen in de zorg, behoeften in de zorg, knelpunten en de ervaringen met richtlijnen werden geïnventariseerd. De werkgroep prioriteerde de aangedragen punten en vormde 8 themagroepjes (zie bijlage 1) die met de knelpunten aan het werk zijn gegaan. Zie achtergronddocument [Themagroepjes zorgstandaard SOLK met knelpunten per themagroep](#).

Er zijn aanvullende searches gedaan naar interventies ter preventie van SOLK (zie achtergronddocument [Update Systematic Reviews interventies ter preventie van SOLK](#)) en naar [herstelbevorderende en herstelbelemmerende factoren](#) (zie achtergronddocument [Update Systematic Reviews interventies bij SOLK](#)). Dit leidde tot een update van het thema preventie. De aanbevelingen hieruit staan deels in de zorgstandaard en verder in achtergronddocument [Update Systematic Reviews interventies ter preventie van SOLK](#) en achtergronddocument [Update Systematic Reviews interventies bij SOLK](#). De resultaten van de uitgevoerde budgetimpactanalyse staan in [Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg](#). Na bereikte overeenstemming over de concepttekst van de standaard binnen de werkgroep (en klankbordgroep), is een conceptversie van de standaard voorgelegd aan beroeps-, branche-, en patiëntenverenigingen in de ggz voor commentaar. Het binnengekomen commentaar is verwerkt door de werkgroep. Daarna zijn de betrokken organisaties (zie onder 6.2) uitgenodigd om de standaard te autoriseren en is de standaard gepubliceerd op [GGZ Standaarden](#), waarmee deze standaard onderdeel is geworden van de professionele standaard voor hulpverleners in de ggz. Van de standaard is een patiëntenversie gemaakt en gepubliceerd op [Thuisarts.nl](#).

6.2 Partijen die betrokken waren bij de autorisatiefase

Deze kwaliteitsstandaard is geautoriseerd door de volgende partijen:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)
- Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)
- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Deze partij heeft geen bezwaar gemaakt tegen de autorisatie van deze kwaliteitsstandaard:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

6.3 Procedure voor onderhoud en herziening

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

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

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

7. Gebruikers van de standaard

Deze zorgstandaard richt zich op patiënten en hun naasten van alle doelgroepen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en hun hulpverleners. De zorgstandaard beslaat de volle breedte van de behandeling van SOLK: vanaf een patiënt die bij een huisarts komt met milde SOLK tot de patiënt met een ernstige somatisch-symptoomstoornis die in een hoogspecialistisch centrum voor SOLK behandeld wordt.

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

8. Betrokkenheid patiënten- en naastenorganisaties

De zorgstandaard SOLK is geschreven vanuit patiëntenperspectief en schenkt aandacht aan het zelfmanagement van de patiënt en het proces van gedeelde besluitvorming. In de werkgroep participeerden twee patiënten vanuit MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid en een vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland.

In de klankbordgroep was het samenwerkingsverband 'Pijnpatiënten naar één stem' vertegenwoordigd. De patiënteninbreng heeft verder vorm gekregen in de samenstelling van een meeleesgroep uit de achterban van Pijnpatiënten naar één stem en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Deze inbreng is verwerkt in de zorgstandaard.

De belangrijkste punten vanuit de meeleesgroep hadden betrekking op:

- Communicatie tussen zorgverlener en patiënt. De patiënt heeft te vaak het gevoel zich te moeten verantwoorden en het gevoel dat klachten niet serieus genomen worden. Ook de bejegening is erg belangrijk. Een doorn in het oog van patiënten zijn opmerkingen als 'Je moet ermee leren leven' of 'Je moet maar van ons aannemen dat er niets is'.
- Tijd en aandacht voor de patiënt. Deelnemers in de meeleesgroep pleitten ervoor om in de zorgstandaard op te nemen dat zorgverleners meer tijd moeten maken voor gesprekken met de patiënt: 'Investeren aan de voorkant, betaalt zich uit aan de achterkant.'

9. Kwaliteitsstatuut

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

10. Financiering van deze standaard

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

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

Op 16 juli 2019 is deze kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

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

Bijlage 1: overzicht themagroepen

Themagroep I: definities en terminologie

Knelpunten: Hoe is SOLK gedefinieerd? De term SOLK is lastig.

Themagroep II: herstelbelemmering en bevordering

Knelpunt: Er is onvoldoende inzicht in herstelbelemmerende factoren.

Themagroep III: scholing

Knelpunten: Patiënt heeft onvoldoende inzicht in herstelbelemmerende factoren. Er is een discrepantie tussen interventie en uitkomstmaat en een discrepantie tussen patiënt en zorgverlener. Verplichte nascholing zou een aanbeveling kunnen zijn.

Themagroep IV: praktijkorganisatie en zorgaanbod en lichaamsgerichte interventies

Binnen het onderdeel organisatie en structuur zijn de verzamelde knelpunten terug te brengen tot een aantal kernvragen:

- Hoe kunnen SOLK-klachten door huisarts en somatisch specialist snel worden herkend en op een adequate manier begeleid om chronische klachten te voorkomen?
- Hoe kunnen patiënten met SOLK-klachten doelmatig worden verwezen?
- Wat is het beschikbare SOLK-behandelaanbod?
- Hoe kan de SOLK-zorg worden georganiseerd uitgaande van eenheid van lichaam en geest en met oog voor de context waarbinnen de klachten worden ervaren?

Themagroep V: financiering

Geen themagroep ingesteld.

Themagroep VI: kwaliteit en meting

Knelpunten:

- Er ontbreekt een eenduidig screeningsinstrument, waarmee SOLK op complexiteit geschaald kunnen worden.
- Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan het monitoren van de uitkomst van een behandeling.
- Er is onduidelijkheid over wat kwaliteit bij zorg rondom SOLK inhoudt.
- Graded activity kan bij SOLK wellicht averechts werken.
- Monitoring van de vaktherapeuten die niet zijn ingeschreven in het register vaktherapeutische beroepen is lastig.
- Het beoogde doel van een behandeltraject kan verschillen tussen de patiënt met SOLK (afname van klachten) en de zorgverlener (leren omgaan klachten en verbeteren functioneren).
- Patiënten met ernstige SOLK zullen vaak weinig/geen verbetering merken van een behandeling.

Themagroep VII: communicatie en overdracht

Knelpunten: wat wordt er verteld, wat wordt uitgewisseld?

Themagroep VIII: patiëntfactoren en comorbiditeit

Knelpunten:

- Naast de SOLK, waarmee patiënten zich presenteren, worden andere somatische klachten vaak niet serieus genomen.
- Er is (in richtlijnen) nauwelijks aandacht voor comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornis, angst, depressie en andere psychische aandoeningen