

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 19-07-2022 om 13:22. Bekijk de meest actuele versie op </zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 17-06-2022

Zorgstandaard

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	8
1.1 Introductie	8
1.2 Leeswijzer	8
2. Over SOLK	10
2.1 Wat is SOLK?	10
2.2 Soorten klachten bij SOLK	10
2.3 Classificatie DSM-5	10
2.4 Prevalentie en incidentie	11
2.5 Vier uitgangspunten bij benadering SOLK	12
2.5.1 Een nieuw gezondheidsconcept o.b.v. verwevenheid van lichaam en geest	12
2.5.2 Geen monocausale verklaringen, maar verklaringsmodellen met meerdere factoren	12
2.5.3 SOLK is een werkhypothese	13
2.5.4 Het biopsychosociale model als fundament voor diagnostiek en beleid	14
2.6 Risicofactoren	15
2.6.1 Voorbeschikkende factoren	15
2.6.2 Uitlokkende factoren	16
2.6.3 Onderhoudende factoren	17
2.7 Verschillen tussen mannen en vrouwen	18
2.8 Maatschappelijke gevolgen	18
3. Diagnostiek en monitoring	20
3.1 Belang van communicatie en coördinatie tijdens diagnostisch proces	20
3.1.1 Goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener	20
3.1.2 Goede uitleg over SOLK (psycho-educatie)	21
3.1.3 Communicatie rondom aanvullend onderzoek of verwijzing	22
3.1.4 Communicatie op maat bij anderstalige en/of laaggeletterde patiënten	23
3.2 Diagnostiek: algemene onderdelen	24
3.2.1 Klachtenexploratie	24
3.2.2 Somatische comorbiditeit	25
3.2.3 Psychische comorbiditeit	25
3.3 Diagnostiek door de huisarts	26
3.3.1 Anamnese en lichamelijk onderzoek	27
3.3.2 Brede klachtexploratie	27
3.3.3 Instandhoudende factoren	28
3.3.4 Psychische aandoening	29
3.3.5 Aanvullend onderzoek	29

3.3.6 Afsluiting diagnostisch proces in de eerste lijn	31
3.4 Diagnostiek in de somatische tweede lijn	31
3.4.1 Anamnese	31
3.4.2 Lichamelijk onderzoek	31
3.4.3 Aanvullend onderzoek	31
3.4.4 Afronding van het diagnostisch proces in de tweede lijn	32
3.5 Diagnostiek in de GB GGZ en S GGZ	32
3.6 Diagnostiek bij de bedrijfsarts en verzekeringsarts	33
3.6.1 Klacht en behandeling	33
3.6.2 Werksysteem	33
3.6.3 Privésysteem	33
3.6.4 Omgaan met problematische situaties	33
3.6.5 Arbeidsongeschiktheid	34
3.7 Onderscheid naar ernst en complexiteit	34
3.7.1 Indeling naar ernst	34
3.7.2 Meetinstrumenten voor complexiteit SOLK	35
3.7.3 Ernst van de klachten	36
3.7.4 Ernst van SOLK: generieke maten	37
3.7.5 Ernst van SOLK: klachtspecifieke meetinstrumenten	37
3.8 Dagboekregistraties	38
3.9 Niveau van functioneren: beperkingen als gevolg van SOLK	38
3.10 Monitoring	38
4. Vroege onderkenning en preventie	40
4.1 Belang van vroege onderkenning	40
4.2 Preventie	40
4.2.1 Preventie	40
4.2.2 Selectieve preventie	40
4.2.3 Geïndiceerde preventie	40
4.2.4 Preventieve invloed van goede communicatie	42
5. Behandeling en begeleiding	44
5.1 Aandachtspunten bij behandeling, ongeacht methode of fase	44
5.1.1 Startpunt: zorgvuldige communicatie, uitleg en gezamenlijke besluitvorming	44
5.1.2 Gezamenlijke besluitvorming	44
5.1.3 Doel van de behandeling en uitleg	45
5.1.4 Overdracht en tegenoverdracht	46
5.2 Zelfmanagement	47
5.2.1 Aansluiten bij niveau gezondheidsvaardigheden	47
5.2.2 Zelfmanagementhulpmiddelen voor patiënten	48

5.3 Psycho-educatie	48
5.3.1 Verklaringsmodellen	48
5.3.2 Uitgangspunt behandeling: individuele vicieuze cirkel	52
5.3.3 Overeenstemming in uitleg tussen zorgverleners	52
5.3.4 Mogelijkheden voor psycho-educatie buiten zorgverlener-patiëntrelatie	53
5.4 Eerste-stap interventies	53
5.4.1 Kernpunten bij eerste-stap interventies bij SOLK	54
5.4.2 Graded activity	54
5.5 Psychosociale behandeling	55
5.6 Psychologische en psychotherapeutische behandeling	55
5.6.1 Cognitieve gedragstherapeutische interventies	55
5.6.2 ACT	56
5.6.3 Mindfulness	57
5.6.4 Hypnotherapie	57
5.6.5 Psychodynamische psychotherapie	57
5.6.6 Duur interventies	57
5.7 Medicamenteuze behandeling	58
5.7.1 Bijwerkingen of instandhoudende effecten	58
5.7.2 Medicatiebeleid onderwerp van gezamenlijke besluitvorming	58
5.8 Combinatiebehandeling	58
5.9 Biologische behandeling	59
5.10 Vaktherapie	59
5.11 Innovatieve en experimentele behandelingen	60
5.12 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	61
6. Herstel, participatie en re-integratie	63
6.1 Herstel	63
6.2 Participatie	65
6.3 Re-integratie	65
6.3.1 Meer aandacht nodig voor re-integratie, werk en verzuim	66
6.3.2 Regie en afstemming in arbozorg	66
6.3.3 Eigen regie en verantwoordelijkheid: balans zoeken	66
6.3.4 Arbeidsparticipatie bevorderen	67
6.3.5 Patiënt, regie en re-integratie	67
6.3.6 Wet- en regelgeving	69
6.3.7 Langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid	69
6.3.8 Arbo-curatieve samenwerking behoeft verbetering	70
7. Samenhang met andere kwaliteitsstandaarden	71
7.1 Generieke modules	71

7.2 Klachtgerichte richtlijnen en (zorg)standaarden	71
7.3 NHG leefstijladvisering algemeen	71
7.4 NHG zorgmodules leefstijl	71
7.5 NHG-Standaarden	72
7.6 KNGF-standaard Beweeginterventies	72
7.7 Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken	72
7.8 Richtlijn informatie-uitwisseling	72
7.9 Online behandelingen met generieke modules	73
8. Organisatie van zorg	74
8.1 Inleiding	74
8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	74
8.2.1 Integrale herstelbenadering	74
8.2.2 Echelonering en gepast gebruik	75
8.2.3 Echelonering ggz	75
8.2.4 Echelonering in de behandeling van SOLK naar ernst van de aandoening	75
8.2.5 Echelonering in de behandeling van SOLK naar aantal instandhoudende factoren	76
8.2.6 Gepast gebruik	76
8.2.7 Regiebehandelaar	77
8.2.8 Overdracht en consultatie	77
8.2.9 Informatie-uitwisseling	78
8.2.10 Toegankelijkheid	78
8.2.11 Keuzevrijheid	79
8.2.12 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	80
8.2.13 Privacy	80
8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	81
8.3.1 Uitgangspunten en knelpunten in de zorg	81
8.3.2 Communicatie en samenwerking tussen zorgverleners	82
8.3.3 Betrokken zorgaanbieders, regionale netwerken en digitale infrastructuur	83
8.3.4 Huisarts	83
8.3.5 Somatisch medisch specialist	84
8.3.6 POH-GGZ	84
8.3.7 (Psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut	84
8.3.8 GZ-psycholoog	85
8.3.9 Klinisch psycholoog	85
8.3.10 Psychotherapeut	85
8.3.11 Medisch psycholoog en psychiater	85
8.3.12 Psychiater	85
8.3.13 GGz-verpleegkundige	86
8.3.14 Verpleegkundig specialist GGz	86
8.3.15 Sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV)	86

8.3.16 Verslavingsarts KNMG	86
8.3.17 Huisarts en POH-GGZ meest betrokken	86
8.3.18 Ggz en multidisciplinaire zorg: samenwerkingsverbanden	87
8.3.19 Behandeling in de hoogspecialistische ggz (HS GGZ)	87
8.3.20 Regionale netwerken	87
8.3.21 Digitale infrastructuur	88
8.4 Kwaliteitsbeleid	88
8.4.1 Kwaliteitsstatuut	88
8.4.2 Samenwerkingsinitiatieven kwaliteitsverbetering bij SOLK	89
8.4.3 Deskundigheidsbevordering	90
8.4.4 Nascholingsaanbod	90
8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	91
8.5.1 Systematische review kosteneffectiviteit	91
8.5.2 Budget impact analyse	91
8.5.3 Conclusie	91
8.5.4 Overige bevindingen	92
8.6 Financiering	93
8.6.1 Algemeen	93
8.6.2 Specifiek	93
9. Kwaliteitsindicatoren	95
9.1 Inleiding	95
9.2 Uitkomstindicatoren	95
9.2.1 Inleiding	96
9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	96
9.2.3 Specifieke instrumenten	97
9.2.4 Generieke instrumenten	99
9.3 Procesindicatoren	104
9.4 Structuurindicatoren	104
10. Implementatieplan	106
10.1 Kwaliteitsstandaarden	106
10.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	107
10.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	108
10.4 Bestaande afspraken	108
10.5 Algemene implementatie thema's	108
10.5.1 Bewustwording en kennisdeling	109
10.5.2 Samenwerking	110
10.5.3 Capaciteit	111
10.5.4 Behandelaanbod	112

10.5.5 Financiering	112
10.5.6 ICT	113
10.6 Specifieke implementatie thema's	114
10.6.1 Bewustwording en kennisdeling	114
10.6.2 Samenwerking	115
10.6.3 Capaciteit	115
10.6.4 Behandelaanbod	115
10.6.5 Financiering	115
10.6.6 ICT	116
11. Achtergronddocumenten	117
11.1 Samenstelling werkgroep	117
11.2 Themagroepjes zorgstandaard SOLK met knelpunten per themagroep	119
11.3 Update systematic reviews interventies ter preventie van SOLK	120
11.4 SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel	122
11.5 Update Systematic Reviews interventies bij SOLK	123
11.5.1 Somatoforme aandoeningen / SOLK niet nader omschreven	124
11.5.2 Chronisch vermoeidheidssyndroom	125
11.5.3 Fibromyalgie	126
11.5.4 Tension-type headache	129
11.5.5 5. Whiplash	130
11.5.6 RSI/CANS	132
11.5.7 Irritable bowel syndrome (IBS)	132
11.5.8 Lage rugpijn (vooral beperkt tot chronische lage rugpijn)	135
11.5.9 Referenties (alfabetisch) update systematic review interventies	140
11.6 Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse	157
11.6.1 Systematische review	157
11.6.2 Budget impact analyse	162
11.6.3 Conclusie en discussie	164
11.6.4 Tabel: Karakteristieken van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK	165
11.6.5 Tabel: Karakteristieken en resultaten van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK	166
11.6.6 Tabel: Kwaliteitsbeoordeling CHEC-extended	170
11.6.7 Referenties	172
11.7 Proces van ontwikkeling	175
11.8 Begrippenlijst	176
11.9 Verdieping	181
11.9.1 Geestelijke gezondheidszorg. Deze is onderverdeeld in:	181

1. Introductie

Autorisatiedatum 27-03-2020 Beoordelingsdatum 27-03-2020

1.1 Introductie

In de zorgstandaard Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) vind je wat wordt verstaan onder kwalitatief goede zorg bij SOLK. SOLK worden als onderdeel van een continuüm gezien. Aan de ene kant van het spectrum is de kortdurende SOLK die meestal door de huisarts wordt behandeld. Aan de andere kant van het spectrum staat de ernstige SOLK die in de psychiatrie en multidisciplinaire centra worden behandeld. In deze zorgstandaard vind je een raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met SOLK en in welke volgorde die (bij voorkeur) worden ingezet. De zorgstandaard is vastgesteld in 2018.

vastgesteld in 2018.: In 2022 beoordeelt Akwa GGZ of de standaard aan herziening toe is, tenzij daar eerder aanleiding toe is. Organisaties die aangesloten zijn bij Akwa GGZ kunnen daarvoor een verzoek indienen.

- Lees hier de samenvatting van de standaard voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de algemene visie op zorg ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document Totstandkoming en methoden vind je het overzicht van de werkgroep, de doelstelling van de standaard.
- De standaard is goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op Thuisarts vind je de patiënteninformatie over SOLK, afgestemd op deze zorgstandaard.
- Op het tabblad Hulpmiddelen vind je nog meer hulpmiddelen voor gebruik van de standaard. Bijvoorbeeld de keuzekaart behandelmogelijkheden.

Update oktober 2021: SOLK wordt ALK

De term Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) zal in de komende jaren worden vervangen door de term Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK). Voor meer informatie zie: [van SOLK naar ALK](#).

1.2 Leeswijzer

Deze standaard is van toepassing op alle mensen met een of meerdere somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en op hen met een verhoogd risico op het verkrijgen van deze klacht(en), dus zowel op hen die in behandeling zijn als op hen die dat (nog) niet zijn. Vanwege de

leesbaarheid wordt in deze zorgstandaard voor mensen uit beide groepen de term 'patiënt' gehanteerd. In de zorgstandaard kan, waar 'hij' staat, ook 'zij' gelezen worden.

2. Over SOLK

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

2.1 Wat is SOLK?

Er is sprake van SOLK als iemand lichamelijke klachten heeft die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. Het kan ook gaan om klachten waar wel een lichamelijke aandoening aan ten grondslag ligt, maar waarbij de klachten ernstiger of langduriger zijn of het functioneren sterker beperkt is dan op grond van de aandoening verwacht mag worden.

SOLK worden als onderdeel van een continuüm gezien, waarbij aan de ene kant van het spectrum de kortdurende SOLK staat die veel in de eerste lijn worden gezien en behandeld en aan de andere kant de ernstige SOLK die in de psychiatrie en multidisciplinaire centra worden behandeld.

2.2 Soorten klachten bij SOLK

SOLK omvat een breed palet van klachten: pijnklachten, maar ook lichamelijke functiestoornissen zoals evenwichtsstoornis, energiegebrek, krachtverlies of wazig zien, of afwijkende waarneming zoals oorsuizen, piepen, tintelingen of een doof gevoel. Vaak komen daar gaandeweg klachten van spanning, concentratie- en geheugenverlies, slaapproblemen, angst of depressie bij.

2.3 Classificatie DSM-5

De ernstige SOLK worden geclassificeerd volgens de DSM, een handboek voor classificatie van psychiatrische problemen. In de DSM-5 worden de SOLK weer op een nieuwe wijze ingedeeld. De meest voorkomende SOLK is de somatisch-symptoomstoornis (SSS).

Bron: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom, 2014.

Er is sprake van SSS bij een of meer lichamelijke klachten waar betrokkene onder lijdt of die het dagelijks leven in belangrijke mate verstoren waarbij er tevens sprake is van excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten of de hiermee gepaard gaande zorgen over de gezondheid. Verder hoeft niet elke afzonderlijke klacht steeds aanwezig te zijn, maar het hebben van klachten op zich blijft wel aanhouden (minimaal zes maanden).

In de DSM-5 speelt het al dan niet somatisch verklaard zijn van de klachten geen rol in de classificatie SSS. In de criteria zijn nu expliciet psychologische klachten opgenomen: excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen. Slechts een gedeelte van de mensen met SOLK voldoet aan de

criteria voor een SSS.

Indeling SOLK volgens DSM-5: somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen

- Somatisch-symptoomstoornis (SSS)
- Ziekteangststoornis
- Conversiestoornis (functioneel-neurologische-symptoomstoornis) (zie ook zorgstandaard Conversiestoornis)
- Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden
- Ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis

2.4 Prevalentie en incidentie

Het is moeilijk om vast te stellen hoeveel patiënten met SOLK er precies zijn. Wat we wel weten vatten we hier samen. Zo weten we dat als je dat op een willekeurig moment vraagt 90% van de bevolking de afgelopen twee weken last had van lichamelijke klacht(en). Tot 40% van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waar geen of onvoldoende somatische verklaring voor gevonden wordt. Uit onderzoek blijkt dat 50-75% van deze patiënten opknapt en dat 10-30% van hen na een jaar verergerde klachten heeft.

Bron: Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J Psychosom Res 2009;66:363-77.

Langdurige, ernstige SOLK komt veel minder vaak voor en kent een prevalentie van ongeveer 2,5%. Dit zijn patiënten die de huisarts frequent bezoeken met SOLK.

Bron: Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract 2006;23:414-20.

Artsen rapporteren vaak dat zij het idee hebben dat patiënten met een migratie-achtergrond vaker de huisarts bezoeken met SOLK dan patiënten zonder deze achtergrond. Alleen voor niet-westerse migranten is dit ook daadwerkelijk aangetoond. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, zoals een achtergrond met geweldervaringen (trauma) of de culturele context van ziektebeleving.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat het percentage SOLK op de polikliniek van somatisch specialisten verschilt per specialisme en ligt tussen de 35 en 66%. In een onderzoek op een polikliniek algemene neurologie in een academisch ziekenhuis in Nederland bleek dit percentage 35 procent te zijn,

Bron: Snijders TJ, de Leeuw FE, Klumpers UM, Kappelle LJ, van Gijn J et al. Prevalence and predictors of unexplained neurological symptoms in an academic neurology outpatiënt clinic-an observational study. J Neurol 2004;251:66-71.

op een polikliniek interne geneeskunde was dit 60%.

Bron: Gol JM, Burger H, Janssens KA, Slaets JP, Gans RO, Rosmalen JG. PROFSS: a screening tool for early identification of functional somatic symptoms. J Psychosom Res 2014;77:504-9.

2.5 Vier uitgangspunten bij benadering SOLK

2.5.1 Een nieuw gezondheidsconcept o.b.v. verwevenheid van lichaam en geest

De zorgstandaard gaat uit van de definitie van gezondheid die Huber et al. hebben voorgesteld als vervanging van de oude van de WHO uit 1948 (afwezigheid van ziekte en volkomen lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn): ‘Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.’

Bron: Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H. van der, Jadad AR. et.al. (2011). How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

Dit concept stelt het vermogen van mensen centraal om zich aan te passen aan lichamelijke en psychische klachten en aandoeningen en veranderende omstandigheden zodat ze (desondanks) kunnen functioneren zoals ze graag willen. In deze positieve benadering van gezondheid is het dualisme, het scheiden van lichaam en geest, ten opzichte van de oude WHO-definitie vervaagd. Het verlaten van het klassieke dualisme is de reden om in de beschrijving van de somatisch-symptoom stoornis (SSS) in de DSM-5 geen onderscheid meer te maken tussen klachten die wel of niet lichamelijk verklaard zijn. Niettemin is het scherp scheiden van lichaam en geest nog steeds wijdverbreid, hoewel ieder mens te maken heeft met de verwevenheid van soma en psyche, van lichaam en geest. Zorgverleners en patiënten doen er goed aan zich dit te realiseren en steeds beide aspecten in het vizier te houden.

2.5.2 Geen monocausale verklaringen, maar verklaringsmodellen met meerdere factoren

Patiënten, artsen en andere zorgverleners hebben behoefte aan een verklaring voor het fenomeen SOLK. 'Hoe kan het dat ik klachten heb? Waar komen ze vandaan?' Die behoefte hangt samen met de veronderstelling dat als je de oorzaak van de klachten kent, je weet wat je moet doen of laten om ze te doen afnemen of verdwijnen. In veel gevallen weten we echter niet precies de oorzaak of oorzaken van een aandoening maar is wel bekend welke behandelingen in meer of mindere mate effectief zijn.

Op basis van het wetenschappelijk onderzoek in de afgelopen decennia naar het fenomeen SOLK zijn diverse verklaringsmodellen opgesteld die elkaar deels overlappen. De meeste daarvan geven een verklaring voor hoe SOLK in het algemeen kan ontstaan en blijven bestaan: het zijn generieke modellen (zie Psycho-educatie). Uitzondering daarop vormt het verklaringsmodel op basis van de diagnostiek volgens het gevolgenmodel. Dit model verklaart wat het herstel verhindert van de specifieke klachten van een specifieke patiënt (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)).

Gezien de grote verschillen tussen mensen is het niet erg waarschijnlijk dat er een verklaringsmodel voor SOLK gevonden wordt dat voor iedereen opgaat. Omdat een verklaring, ook al is die nog vooral theoretisch, houvast biedt aan patiënten, artsen en andere zorgverleners en ook handvatten biedt voor het beleid, komt in deze zorgstandaard een aantal verklaringsmodellen aan bod. Verder onderzoek naar deze modellen is nodig om ze te toetsen op werkzaamheid en bruikbaarheid.

2.5.3 SOLK is een werkhypothese

SOLK is een werkhypothese die een arts hanteert wanneer mensen hem raadplegen vanwege lichamelijke klachten waarvoor de arts na adequaat onderzoek op dat moment geen verklaring heeft. Deze werkhypothese vormt de ingang voor de zorgstandaard. Een werkhypothese is geen diagnose. Bij een aantal mensen zal na verloop van tijd alsnog een specifieke lichamelijke ziekte vastgesteld kunnen worden. Als er adequaat somatisch onderzoek is verricht, blijkt dit percentage bij langdurige follow-up slechts 0,5% te zijn; bij patiënten bij wie het onduidelijk is of er voldoende somatisch onderzoek is verricht, is dit percentage 8,8%. In een aantal gevallen blijkt het om een zeldzame ziekte te gaan.

Bron: Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. J Psychosom Res 2016;88:60-7.

Daarnaast kunnen er ook psychiatrische diagnoses gesteld worden die wel of niet samenhangen met SOLK. SOLK zien als een werkhypothese helpt behandelaren alert te blijven op mogelijke veranderingen die zouden kunnen wijzen op een onderliggend ziektebeeld.

De huisarts hanteert de werkhypothese SOLK als aan twee voorwaarden is voldaan

huisarts hanteert de werkhypothese SOLK als aan twee voorwaarden is voldaan: Zie ook de NHG standaard Somatisch onvoldoende verklaarde klachten.

:

1. Anamnese en lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, al dan niet na een gerichte verwijzing naar een specialist, maken een specifieke lichamelijke oorzaak onwaarschijnlijk.
2. Er zijn geen aanwijzingen voor een psychische aandoening die de klachten volledig verklaart; bij twijfel daarover kan de huisarts een psychiater consulteren. Vanuit patiëntenperspectief wordt hierbij benadrukt dat psychische klachten niet altijd direct (bewust) aanwezig zijn, maar dat zij zich wel gedurende het traject dat de patiënt doorloopt, kunnen (door)ontwikkelen.

Bij patiënten roept de werkhypothese SOLK veel vragen op, het is voor hen niet altijd duidelijk wat er onder valt (sommige klachten worden weer als specifieke syndromen benoemd), en wanneer de zoektocht naar een specifieke ziekte eindigt.

Verzekeringsartsen vinden vaak dat er bij SOLK geen sprake is van ziekte, en dus ook niet van ziektelast. Het wel of niet hebben van een diagnose wordt niet als eis voor een uitkering gesteld door verzekeringsartsen, wél of er sprake is van beperkingen die rechtstreeks het gevolg zijn van ziekte en/of gebrek. Het verdient aanbeveling dat alle zorgverleners dezelfde terminologie gebruiken. Ook zorgverzekeraars hebben moeite met de term SOLK. Patiënten kunnen hierdoor tegen barrières aanlopen met betrekking tot vergoedingen. Een lastig punt is o.a. dat er voor de bekostiging van ggz-behandeling, een DSM-classificatie vereist is, en dan volstaat de term SOLK niet.

2.5.4 Het biopsychosociale model als fundament voor diagnostiek en beleid

Idealiter spoort een zorgverlener conform het biopsychosociale model bij iedereen die bij hem met klachten komt voorbeschikkende (predisponerende), uitlokkende (luxerende) en onderhoudende factoren op. Zo brengt hij het hele beeld in kaart. Met behulp van de SCEGS-methode (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)) brengt de zorgverlener de somatische, cognitieve, emotionele, gedrags- en sociale dimensies van de klacht in kaart. Deze manier van uitvragen wordt veel gebruikt bij het in kaart brengen van de klachten, vooral bij de behandeling van SOLK en chronische pijn. Het beleid stemt de zorgverlener vervolgens samen met patiënt af op de zo verkregen informatie (gezamenlijke besluitvorming).

gezamenlijke besluitvorming: Ook wel genoemd shared decision making of gedeelde besluitvorming. Patiënt (en diens naaste) neemt in een gezamenlijk proces met de zorgverlener beslissingen over diagnostiek, behandeling of vervolgbeleid, op grond van wetenschappelijke kennis, klinische ervaring en wat de patiënt belangrijk vindt. In principe kunnen alle beslissingen gezamenlijk genomen worden, mits het om niet acuut levensbedreigende situaties gaat. Gezamenlijke besluitvorming is vooral nodig als er verschillende mogelijkheden zijn waarvan niet één op alle fronten de beste is. De beslissing hangt dan af van een subjectieve afweging van de voor- en nadelen, van voorkeuren dus.

, zie ook [Gezamenlijke besluitvorming](#)).

2.6 Risicofactoren

Het biopsychosociaal model onderscheidt voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren. Voorbeschikkende factoren zijn al aanwezig en vergroten de kans op het ontwikkelen van SOLK. Uitlokkende factoren zijn de gebeurtenissen waarna SOLK ontstaat. Onderhoudende factoren verhinderen het herstel of doen de klacht toenemen. Elke factor kan voorkomen in drie domeinen: biologisch, psychologisch en sociaal. Zo ontstaat een matrix van op elkaar inwerkende risicofactoren. In tabel hieronder staan voorbeelden van deze risicofactoren.

	Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Voorbeschikkend	genetisch kwetsbaar	jeugdtrauma	(omgang met) ziekte in familie
Uitlokkend	ontsteking, letsel	stress	ingrijpende gebeurtenis
Onderhoudend	conditieverlies	ongerustheid	weinig sociale steun

Tabel: Voorbeelden van risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK

2.6.1 Voorbeschikkende factoren

Op biologisch gebied kunnen chronische somatische aandoeningen en wellicht ook genetische aanleg een rol spelen. Er zijn aanwijzingen voor neurobiologische verschillen tussen mannen en vrouwen in de manier waarop zij pijn ervaren.

Bron: Melchior M, Poisbeau P, Gaumond I, Marchand S. Insights into the mechanisms and the emergence of sex-differences in pain. *Neuroscience* 2016;338:63-80;

Psychologisch voorbeschikkende factoren zijn schokkende gebeurtenissen in de kindertijd zoals mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik. Door een onveilige hechting kan een kind in de vroege jeugd onvoldoende basisvertrouwen en basisveiligheid ontwikkelen, ook in relatie tot het eigen lichaam. Ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken vergroten de kans op het ontwikkelen van SOLK. Seksueel misbruik in de kindertijd is een belangrijke voorspeller voor SOLK.

Bron: Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, Cuneo JG. Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Med* 2014;76:2–11;. Zie ook:

- Davis DA, Luecken L J, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 2005;21:398–405;
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elamin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Ziraakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009; 302:550-61;
- Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psych Human Develop* 2012;43:661–73;
- van Tilburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, Flaherty E, Chitkara DK, Whitehead WE. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Ann Fam Med* 2010;8:134-40;
- Bonvanie IJ, van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JGM. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse Negl* 2015;46:1-7.

Behandelaren moeten bij patiënten die vrouw zijn, slachtoffer zijn van seksueel misbruik of bij wie er sprake is van een andere risicofactor, beducht zijn op de vergrote kans op het chronisch worden van SOLK.

Op sociaal gebied is ziektegedrag in de familie en aandacht in de media voor een bepaalde klacht of klachtenpatroon een voorbeschikkende factor voor SOLK.

Om het risicoprofiel te bepalen is het belangrijk mogelijk voorbeschikkende factoren in kaart te brengen. Patiënten zullen zich niet altijd bewust zijn van deze factoren en de invloed hiervan op hun klachten. Waarschijnlijk is de kans op succesvolle behandeling bij patiënten die in hun jeugd verwaarloosd zijn of slachtoffer waren van geweld of seksueel misbruik lager dan bij patiënten die deze ervaringen niet hebben. Patiënten met schokkende gebeurtenissen in de jeugd (trauma) hebben een behandeling in de S GGZ of HS GGZ nodig. Zie ook de zorgstandaard Trauma.

2.6.2 Uitlokkende factoren

Biologische uitlokkende factoren kunnen ontstekingen, letsels en operaties zijn. Psychologisch gezien kunnen stressvolle gebeurtenissen aanleiding geven tot het optreden van SOLK, zoals overlijden of ernstige ziekte van een naaste of onverwacht ontslag.

Bron: Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, Cuneo JG. Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Med* 2014;76:2–11;. Zie ook:

- Davis DA, Luecken L J, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 2005;21:398–405;
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elamin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009; 302:550-61;
- Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psych Human Develop* 2012;43:661–73;
- van Tilburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, Flaherty E, Chitkara DK, Whitehead WE. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Ann Fam Med* 2010;8:134-40;
- Bonvanie IJ, van Gils A, Janssens KA, Rosmalen JGM. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse Negl* 2015;46:1-7.

Soms kunnen ook alledaagse moeilijkheden en irritaties en de daarmee gepaard gaande overbelasting klachten uitlokken. Psychische stoornissen kunnen ook het begin vormen van SOLK. Zo kan bij een paniekaanval pijn op de borst optreden die angst voor een hartaanval oproept en kunnen mensen met een depressieve stoornis erg moe zijn.

Op sociaal gebied zijn belastende omstandigheden zoals een hoge werkdruk en of weinig sociale steun factoren die de klachten kunnen uitlokken. Ten slotte komt het voor dat klachten ontstaan doordat er bij een groep mensen, bijvoorbeeld werknemers in een bepaalde bedrijfstak, al dan niet door de media aangewakkerde, zorgen zijn met betrekking tot bepaalde ziektebeelden of gezondheidseffecten.

2.6.3 Onderhoudende factoren

Op verschillende niveaus kunnen onderhoudende factoren een rol spelen. Op biologisch gebied zijn dit onder andere conditieverlies met verminderde belastbaarheid en een toegenomen gevoeligheid voor belasting (sensitisatie). Psychologische onderhoudende factoren zijn bijvoorbeeld rampgedachten, ongerustheid, angst en vermijdingsgedrag, maar ook niet accepterende gedachten, frustratie, boosheid en doorgaan ondanks de klachten. Op sociaal gebied spelen het al of niet ervaren van sociale steun en de reactie van naasten, zorgverleners en instanties op de klachten van de patiënt ook een rol. Verwikkeld zijn in arbeidsrechtelijke en juridische procedures kan ook een onderhoudende rol spelen.

2.7 Verschillen tussen mannen en vrouwen

Vrouwen hebben vaker dan mannen SOLK.

Bron: de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry. 2004 Jun;184:470-6.

Mannen en vrouwen met SOLK rapporteren verschillende lichamelijke klachten. Vrouwen zoeken eerder medische hulp voor hun lichamelijke klachten dan mannen en maken ook meer gebruik van de zorg.

Bron: Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. Psychosomatics 2011;52:263-71.

Dit verschil in het zoeken van (medische) hulp tussen mannen en vrouwen kan mogelijk verklaard worden door genderbepaalde verschillen in socialisatie

socialisatie: Socialisatie: Het proces waarbij iemand, bewust en onbewust, de waarden, normen en andere culturele kenmerken van zijn groep krijgt aangeleerd. Het is een levenslang proces en een voorwaarde voor integratie. Socialisatie gebeurt ten eerste door de opvoeding in gezin en naaste vrienden. Ten tweede op school, werk, buurt. Een derde vorm van socialisatie betreft de waarden en normen die aangeboden worden vanuit massamedia zoals kranten, TV, reclame, social media, belangengroepen, mode-industrie enz.

. Jongens leren terughoudender te zijn in het uiten van lichamelijke klachten, terwijl het voor meisjes meer geaccepteerd is om open te zijn over lichamelijke klachten en zorgen.

Bron: Rask CU, Olsen EM, Elberling H, Christensen MF, Ornbøl E, Fink P, Thomsen PH, Skovgaard AM. Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. Eur J Epidemiol 2009;24:625-34.

2.8 Maatschappelijke gevolgen

Er zijn hoge kosten bij SOLK vanwege gezondheidszorgconsumptie, arbeidsverzuim en mantelzorg. In een Nederlandse studie bleken de gemiddelde jaarlijkse zorgkosten van patiënten met SOLK 3123 euro, besteed aan medicatie, gemiddeld acht bezoeken aan somatisch specialisten, 15 huisartsbezoeken, 14 fysiotherapiebezoeken en overige bezoeken aan onder andere ggz.

Bron: Zonneveld LN, Sprangers MA, Kooiman CG, van 't Spijker A, Busschbach JJ. Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. BMC Health Serv Res 2013;13:520.

3. Diagnostiek en monitoring

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

3.1 Belang van communicatie en coördinatie tijdens diagnostisch proces

Bij de zorg rondom SOLK is goede communicatie en gezamenlijke besluitvorming heel belangrijk. Als de patiënt niet goed begrijpt wat er aan de hand is, zal deze niet gemotiveerd zijn om het zoeken naar een lichamelijke verklaring op te geven en een passende behandeling voor SOLK te accepteren.

Bij de zorg rondom mensen met ernstige SOLK zijn veel zorgverleners betrokken, een goede coördinatie van de behandeling is dan van groot belang. De huisarts kan eventueel samen met de POH-GGZ de behandeling coördineren, maar ook andere zorgverleners kunnen dit doen. Aandachtspunt hierbij is dat in de verschillende beroepsgroepen verschillende termen voor deze coördinerende functie worden gebruikt: de bedrijfsarts spreekt over casemanagement, in de GB GGz en S GGz is een regiebehandelaar nodig voor de zorgverzekeraar. De coördinerende zorgverlener zorgt ervoor dat behandelingen op elkaar afgestemd zijn, en bewaakt dat de patiënt geen tegenstrijdige adviezen krijgt, bijvoorbeeld een advies van de GGz zorgverlener om activiteiten af te wisselen en regelmatig rust te nemen en een advies van de bedrijfsarts om door te gaan ondanks toename van klachten.

3.1.1 Goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener

Patiënten met SOLK zijn regelmatig ontevreden over de zorg die ze krijgen. Dit heeft een aantal oorzaken. Allereerst hebben patiënten de indruk dat artsen de echtheid van hun klachten niet erkennen. Ze voelen scepsis en krijgen de indruk dat artsen denken dat de klachten 'tussen de oren' zitten en dat de patiënten zich aanstellen. Patiënten voelen zich niet serieus genomen door opmerkingen als 'het is niks' of 'je hebt geen ziekte'. Ook hebben patiënten de indruk dat zorgverleners vaak niet weten waar het over gaat: wat SOLK is en wat er aan te doen is. Bij zorgverleners spelen nogal eens vooroordelen over patiënten met SOLK een rol. Zo denken artsen dat patiënten met SOLK niet over psychosociale beïnvloedende factoren willen praten en dat patiënten hen onder druk zetten voor medisch aanvullend onderzoek en interventies. Het tegendeel blijkt echter waar.

Bron: olde Hartman TC. Onverklaarde lichamelijke klachten. Huisarts en Wetenschap 2012;55:5.

Ook denken sommige zorgverleners dat de last die de patiënt zegt te ervaren van de klachten niet overeenstemt met de daadwerkelijke ernst van de klachten. Zulke oordelen zijn van invloed op de begeleiding en behandeling van patiënten met SOLK. Zo blijken huisartsen anders met patiënten met

SOLK te communiceren dan met patiënten met verklaarde klachten. Zij onderzoeken de klachten soms minder goed en hebben regelmatig weinig aandacht voor de ideeën, gedachten en verwachtingen van patiënten met SOLK. Ook geven huisartsen en medisch specialisten te weinig uitleg over SOLK.

Bron: olde Hartman TC. Onverklaarde lichamelijke klachten. Huisarts en Wetenschap 2012;55:5.

Wanneer huisartsen een taalbarrière ervaren, bijvoorbeeld bij migranten, komt de communicatie tussen zorgverlener en patiënt nog meer onder druk te staan. Bij migranten is het extra van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Bij niet-westerse migranten is het beter om te beginnen met de minst bedreigende vragen: diep eerst de somatische klachten uit en dan gedrag. Meningingen en gevoelens komen later aan bod. Goed lichamenlijk onderzoek is van belang en het culturele interview kan hierbij worden gebruikt.

Wanneer huisartsen een taalbarrière ervaren, bijvoorbeeld bij migranten, komt de communicatie tussen zorgverlener en patiënt nog meer onder druk te staan. Bij migranten is het extra van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Bij niet-westerse migranten is het beter om te beginnen met de minst bedreigende vragen: diep eerst de somatische klachten uit en dan gedrag. Meningingen en gevoelens komen later aan bod. Goed lichamenlijk onderzoek is van belang en het culturele interview kan hierbij worden gebruikt.: Zie Pharos: herkennen laaggeletterdheid en effectief communiceren.

[Meer informatie](#)

3.1.2 Goede uitleg over SOLK (psycho-educatie)

Een goede uitleg van wat er aan de hand is, is voor patiënten met SOLK en hun naasten een van de belangrijkste redenen om naar de dokter te gaan. Goede uitleg wordt gekenmerkt door een aantal principes:

- De uitleg moet aansluiten bij de stand van de wetenschap, begrijpelijk zijn voor de patiënt en acceptabel zijn, zowel voor de zorgverlener als voor de patiënt.
- De uitleg moet niet beschuldigend zijn.
- De uitleg moet aanzetten tot gedrag dat het herstel bevordert.
- De uitleg moet aansluiten bij het niveau van geletterdheid en van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Voor laaggeletterden en voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden gebruikt een zorgverlener geen moeilijke woorden, spreekt in concrete korte zinnen en zet beeldmateriaal in om de uitleg te ondersteunen. Dosering van informatie en veelvuldige herhaling van de uitleg bij volgende bezoeken is behulpzaam, net als gebruik van voorbeelden uit de eigen wereld van de patiënt. Voor de inhoud van de uitleg zijn in de literatuur verschillende modellen te vinden waarmee het ontstaan en

blijven bestaan van klachten aan patiënten kan worden uitgelegd. Zie Psycho-educatie.

- De uitleg dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de gegevens die bij de SCEGS-exploratie naar voren zijn gekomen. Controleer regelmatig of de patiënt de uitleg begrijpt, bijvoorbeeld door de patiënt te laten samenvatten wat er is verteld. Daarnaast is het van belang om ook de naasten te betrekken bij de uitleg, zodat ze begrijpen wat SOLK betekent en de patiënt kunnen steunen.

3.1.3 Communicatie rondom aanvullend onderzoek of verwijzing

Aanvullend onderzoek of verwijzing kan plaats vinden om twee redenen:

- omdat de arts dit nodig acht omdat hij onvoldoende zeker is van de werkhypothese SOLK, en/of:
- omdat de patiënt hier sterke behoefte aan heeft.

Als een patiënt nadrukkelijk om aanvullend onderzoek of verwijzing vraagt, terwijl de arts dit niet nodig vindt, dan dient de arts goed uit te leggen waarom hij verwacht dat er geen afwijkingen zullen worden gevonden. Bij bepaalde vormen van diagnostiek (ongericht uitgebreid bloedonderzoek bijvoorbeeld) is de kans op het vinden van afwijkingen die niet samenhangen met de klacht en geen gevolgen hebben voor het beleid, groot. De arts legt dit in deze gevallen vooraf uit aan de patiënt. Bijzondere terughoudendheid is gewenst als het gaat om invasieve diagnostische procedures

invasieve diagnostische procedures: Diagnostisch onderzoek waarbij een instrument het lichaam in gaat. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, maag/darmscopie, hartcatheterisatie.

waarbij altijd een kans op complicaties bestaat. Indien arts en patiënt ondanks deze voorlichting toch besluiten het aanvullend onderzoek te doen, dan is het belangrijk om samen vast te stellen wat een negatieve testuitslag betekent en wat de volgende stappen in dat geval zijn.

Bron: Burton C, Lucassen P, Aamland A, oude Hartman TC. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. J R Soc Med 2015;108:84-8.

Uit een systematische review en meta-analyse uit 2013 naar de invloed van diagnostische tests op geruststelling onder bijna 4000 patiënten met SOLK blijkt dat deze geen geruststellend effect hebben.

Bron: Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA internal medicine 2013;173:407-16.

Patiënten bleken niet minder bezorgd te zijn over mogelijke ziektes, niet minder bang en de klachten verbeterden niet na uitvoering van de onderzoeken. Daarom wordt afgeraden om extra diagnostiek

aan te vragen uitsluitend om een patiënt gerust te stellen. Geruststelling en perspectief op herstel kan gegeven worden door het aanbieden van een gepersonaliseerde verklaring voor de klachten op basis van SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)).

Bron: Alexandra Rolfe, MBChB; Christopher Burton, MD. Jama. Reassurance After Diagnostic Testing With a Low Pretest Probability of Serious Disease Systematic Review and Meta-analysis. Intern Med. 2013;173(6):407-416.
doi:10.1001/jamainternmed.2013.2762.

Aspecten van de relatie tussen patiënt en zorgverlener

Er blijkt een verschil in verwachting tussen zorgverleners en patiënten te bestaan. Patiënten verwachten een duidelijke uitleg van hun klachten, maar daarnaast ook aandacht voor het contact met de zorgverlener en emotionele ondersteuning. Er is echter regelmatig te weinig tijd en in de communicatie laat de zorgverlener soms te weinig inlevingsvermogen zien. Dat is jammer, want communicatie en bejegening zijn belangrijke tools bij het behandelen en begeleiden van patiënten met SOLK.

Bron: olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. Br J Gen Pract 2013;63:625-6.

Geruststelling en positief taalgebruik bevorderen herstel van klachten. Ook ondersteuning en begrip zijn gunstig voor het herstel. De patiënt ervaart steun en empathie als de zorgverlener belangstelling toont voor hoe de patiënt omgaat met de klachten en de patiënt uitnodigt een vervolgspraak te maken om het verloop van de klachten te bespreken. Deze aspecten van communicatie in de patiënt-zorgverlenerrelatie bevorderen het welbevinden, de tevredenheid en de therapietrouw van patiënten.

Bron: olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar B, Bentz van den Berg D, Van der Horst H, Arnold IA, et al. NHG-Standaard SOLK. Huisarts en Wetenschap 2013;56:222.

3.1.4 Communicatie op maat bij anderstalige en/of laaggeletterde patiënten

Veel patiënten met SOLK voelen zich onbegrepen en niet serieus genomen door hun zorgverlener; dit speelt bij niet-westerse migranten een nog grotere rol. Ze hebben het idee dat ze niet de juiste zorg krijgen. Ook zorgverleners ervaren het contact met deze patiënten als moeizaam. De taal en culturele barrières leiden vaak tot misverstanden. Hoewel de tolkentelefoon en allochtone zorgconsulenten deze problemen kunnen ondervangen, zijn deze door bezuinigingen steeds minder beschikbaar. Ook

wanneer de tolkentelefoon wordt gebruikt, is het van belang om eenvoudige taal te gebruiken, omdat patiënten ook in hun eigen taal laaggeletterd kunnen zijn en beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hebben.

Ook wanneer de tolkentelefoon wordt gebruikt, is het van belang om eenvoudige taal te gebruiken, omdat patiënten ook in hun eigen taal laaggeletterd kunnen zijn en beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hebben.: De TolkentelefoonApp van Tolk- en Vertaalcentrum Nederland (TVcN) kan het inzetten van een tolk vergemakkelijken.

Zorgverleners dienen er rekening mee te houden dat in veel culturen sociale harmonie en een niet-confronterende omgang met elkaar de norm is, niet het uiten van emoties en het uitspreken van wensen zoals in onze cultuur gebruikelijk is. Niet-westerse patiënten kunnen moeite hebben met een directe communicatiestijl. Dit kan een reden zijn voor de zorgverlener om de C en de E van SCEGS niet gelijk tijdens het eerste consult uit te vragen.

In de meeste culturen is het presenteren van lichamelijke klachten als uiting van spanning en stress volledig normaal en geaccepteerd.

Bron: Onzichtbare pijn, adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond. Utrecht. Pharos, 2015.

Hoewel met zorgverleners praten over problemen binnen de familie vaak niet acceptabel is, kan wel de betekenis van de klacht voor de hele familie worden besproken. Het samen zoeken naar een vertrouwenspersoon in de familie om bij de behandeling te betrekken is vaak erg effectief. In contact met tweede-generatiemigranten dient de zorgverlener zich bewust te zijn dat deze patiënten vaak goed Nederlands spreken, maar dat culturele barrières aanwezig kunnen zijn. Bij eerste-generatiemigranten houdt de zorgverlener rekening met mogelijk geringe gezondheidsvaardigheden als gevolg van een gebrek aan opleiding.

Bij patiënten met laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden is eenvoudig taalgebruik van belang, ondersteund met instructiemateriaal. Bij hen kan, vanwege te weinig kennis erover, een eenvoudige uitleg over de werking van het lichaam helpen om de klachten te verminderen.

3.2 Diagnostiek: algemene onderdelen

3.2.1 Klachtenexploratie

Een nauwkeurige inventarisatie van de klachten van de patiënt met SOLK leidt tot een beter begrip en biedt ook een goed uitgangspunt voor uitleg over het ontstaan en blijven bestaan van de klachten. Het doel is om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de patiënt met zijn of haar klachten, om factoren op te sporen die de klachten verklaren of het herstel belemmeren en om de ernst van de

klachten te beoordelen zodat een passende behandeling kan worden aangeboden.

Bron: Burton C, Lucassen P, Aamland A, olde Hartman TC. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. J R Soc Med 2015;108:84-8.

3.2.2 Somatische comorbiditeit

SOLK gaat vaak samen met andere aandoeningen, zowel somatische als psychische stoornissen. Voor comorbiditeit of multimorbiditeit als kernconcept geldt de aanwezigheid van twee of meer te onderscheiden aandoeningen binnen éénzelfde persoon.

Bron: Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for under- 655 standing health and health services. Ann Fam Med 2009;7:357-63.

3.2.3 Psychische comorbiditeit

Bij een deel van de patiënten met SOLK is er ook sprake van psychische stoornissen. Deze stoornissen komen ook frequent voor bij patiënten met lichamelijke klachten die verklaard worden door een somatische aandoening (of met een bekende chronische somatische aandoening zoals astma of reuma). Psychische stoornissen kunnen het herstel van lichamelijke klachten bemoeilijken of verhinderen en moeten daarom meegenomen worden bij het in kaart brengen van de instandhoudende factoren van SOLK.

Het nagaan van psychiatrische comorbiditeit kan zeker nuttig zijn in de behandeling van de patiënt.

De criteria voor angst- en stemmingsstoornissen omvatten ook somatische symptomen. Angst- en stemmingsstoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen,

Bron: de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:203-13.

wat mogelijk kan bijdragen aan de hogere prevalentie van somatische klachten bij vrouwen.

Bron: Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. J Gen Intern Med 2001;16:266-75.

Vrouwen zijn eerder geneigd hun lichamelijke klachten toe te schrijven aan psychische oorzaken en zoeken daar gemakkelijker hulp voor.

Bron: Nykvist K, Kljellberg A, Bildt C. Causal explanations for common somatic symptoms among women and men. International J Behav Med 2002; 9:286-300.

Dit kan de beschreven onderzoeksresultaten vertekenen.

Meer informatie over comorbiditeit is te vinden in de [generieke module Comorbiditeit](#) en [generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#).

3.3 Diagnostiek door de huisarts

Het merendeel van de mensen met klachten gaat in eerste instantie naar een huisarts. Onderdeel van aandacht voor de somatische dimensie is het verrichten van adequate diagnostiek om een aandoening (bijvoorbeeld een bacteriële infectie of diabetes) op te sporen waarvoor een specifieke behandeling nodig is (antibiotica, insuline).

Bij de meeste patiënten die met SOLK bij de huisarts komen, is sprake van milde SOLK met een gunstige prognose. In deze gevallen is het meestal voldoende als de huisarts uitleg geeft over de klachten en het beloop en adviezen geeft die er op gericht zijn het herstel van de klachten te bevorderen.

Bron: Zorgstandaard Chronische Pijn. Dutch Pain Society, Amsterdam, 2017.

Het is belangrijk om in vervolgspraken na te gaan of de klachten inderdaad afnemen en de patiënt niet aan kwaliteit van leven inboet.

Bij langer bestaande chronische klachten brengt de huisarts of praktijkondersteuner huisartsen ggz (POH-GGZ) de instandhoudende factoren in kaart om aanknopingspunten voor het beleid te verkrijgen.

Bron: van Rood YR, de Roos C. Somatisch onvoldoende verklaarde klachten en somatische symptoom stoornissen. In: G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin & P. Emmelkamp (Eds.). Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Deel 3, Hoofdstuk 1, 19-61. Amsterdam: Boom, 2017.

Bij een aantal patiënten is vervolgens een verwijzing naar een zorgverlener met specifieke deskundigheid nodig om een kansrijke behandeling te ondergaan. Om de werkhypothese SOLK te stellen doorloopt de huisarts met de patiënt een aantal diagnostische stappen, deze worden hier onder besproken.

3.3.1 Anamnese en lichamelijk onderzoek

De eerste diagnostische opdracht is na te gaan of (een behandelbare) lichamelijke ziekte, blootstelling aan gevaarlijke stoffen of middelengebruik (inclusief voorgeschreven medicatie en zelfmedicatie) de klachten verklaart. De huisarts begint met anamnese, lichamelijk onderzoek, eventueel gevolgd door aanvullend onderzoek of verwijzing.

Doordat vrouwen meer open zijn over hun klachten (zowel lichamelijk als psychisch) dan mannen, bestaat het risico dat professionals deze klachten bij vrouwen eerder toeschrijven aan emotionele instabiliteit en SOLK. Hierdoor worden bij vrouwen mogelijk minder uitgebreide pogingen gedaan om een medische oorzaak voor de klachten uit te sluiten. Sommige patiënten, vooral mannelijke patiënten, kunnen meer moeite hebben met het rapporteren van lichamelijke klachten aan professionals van het andere geslacht. Dit dient een aandachtspunt te zijn voor zorgverleners.

Bron: Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. J Gen Intern Med 2001;16:266-75.

Lichamelijk onderzoek wordt nodig geacht bij een eerste presentatie van de klachten of als bij de klachtexploratie blijkt dat de eerder gepresenteerde klachten van karakter zijn veranderd en er sprake is van alarmerende symptomen of (opnieuw) als de klachten lang blijven bestaan. De interpretatie van alarmerende symptomen kan verschillen tussen huisarts en patiënt. Het is belangrijk om te bespreken hoe men hier vervolgens mee om gaat. Voor alle patiënten is lichamelijk onderzoek belangrijk, maar vooral voor migranten en laaggeletterden. Het lichamelijk onderzoek stelt gerust; er is een professional die meekijkt en de situatie beoordeelt.

3.3.2 Brede klachtexploratie

Hierna doet de huisarts of de praktijkondersteuner huisartsen ggz (POH-GGZ) nader onderzoek naar de klachten volgens de SCEGS-methode: lichamelijke, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies van de klacht (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)). Hierbij wordt gekeken welke factoren mogelijk de klacht in stand houden.

Het is van belang om voldoende tijd te nemen om de patiënt zijn verhaal te laten doen. Door de patiënt een paar minuten ononderbroken te laten praten, kunnen relevante aanknopingspunten voor de behandeling naar voren komen. Deze kunnen bestaan uit woorden die de patiënt gebruikt, maar ook uit non-verbaal gedrag (lichaamstaal) dat tijdens het consult opvalt. Onderdeel van een volledig onderzoek van klachten is ook het expliciet informeren naar vragen van de patiënt. Het kan zinvol zijn om een levensbeschrijving - al dan niet samen met de behandelaar - te maken van waaruit een completer beeld van de ontwikkeling verkregen kan worden en aan klachten betekenis kan worden verleend.

Voor laaggeletterden is de vraag naar ideeën over de oorzaak van de klacht vaak verwarrend. Deze vraag geeft hen het idee dat de huisarts het hun vraagt omdat hij niet weet van de oorzaak is van hun klachten. Ideeën van de patiënt over de oorzaak van de klachten kunnen gaande het gesprek uit andere opmerkingen duidelijk worden. Ook kan de huisarts vragen of de patiënt mensen kent met gelijke klachten en of ze bang zijn dat ze hetzelfde hebben.

3.3.3 Instandhoudende factoren

Het opheffen van instandhoudende factoren kan ertoe leiden dat de omstandigheden voor het herstel van de klachten verbeteren. Voor de inschatting van het verloop en het opstellen van een adequaat beleid is het belangrijk om voorspellende gunstige en ongunstige factoren vast te stellen. Ernstige klachten, een lange duur van de klachten en een grotere hoeveelheid klachten zijn ongunstige voorspellers. Dit is ook van belang als sprake is van een comorbide

comorbide: Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer ziekten of aandoeningen bij een patiënt. Soms is dit te verklaren omdat de oorzaken van de ziektes op elkaar lijken, zoals longkanker en blaaskanker bij rokers. Soms is comorbiditeit een logisch gevolg van een ziekte. Zo kan een gebroken been zorgen voor spierafbraak, omdat het been een aantal weken niet wordt gebruikt of tot depressie omdat iemand zijn opleiding niet haalt. De depressie en de spierzwakte zijn dan comorbide aandoeningen bij het gebroken been.

lichamelijke of psychische aandoening die de klacht niet of slechts gedeeltelijk verklaart. Het is goed daarbij onderscheid te maken tussen de klachten die optreden tijdens, en onderdeel uitmaken van, de ziekteactiviteit en de klachten die zijn blijven bestaan na een periode van ziekteactiviteit of die daar het gevolg van zijn.

Ook de instandhoudende factoren worden volgens het SCEGS/gevolgenmodel in kaart gebracht (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)). De hulpverlener(s) kijken of er reacties zijn die het herstel mogelijk belemmeren.

Bron: van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., van Marwijk, H. (2014) Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults; Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 1;(11).

Patiënten die met eenzelfde klacht terugkomen bij de huisarts krijgen uitgelegd dat klachten die langere tijd bestaan (ongeacht waardoor ze zijn veroorzaakt) reacties oproepen die op de korte termijn de klachten kunnen doen afnemen (krabben bij jeuk, pijnstillers bij hoofdpijn) maar deze op langere termijn juist in stand kunnen houden.

3.3.4 Psychische aandoening

Na anamnese. Lichamelijk onderzoek en brede klachtexploratie maakt de huisarts de balans op: als er geen sprake is van een lichamelijke aandoening, zijn er dan mogelijk aanwijzingen voor een psychische aandoening? Zowel een depressie als een angststoornis waaronder een posttraumatische stressstoornis (PTSS),

(PTSS),: Post-Traumatische Stress Stoornis: psychiatrische aandoening ten gevolge van schokkende/ernstige stressgevende ervaringen die voor de persoon traumatisch zijn, zoals oorlog, ongeval, verbranding, traumatische bevalling, seksueel geweld of bedreiging. De symptomen zijn herbeleving (nachtmerries, flashbacks), vermindering van herinneringen of emotionele uitschakeling ervan, ernstige prikkelbaarheid en slaapstoornissen, extreme spanning en schrikreacties bij bepaalde prikkels.

evenals dissociatieve stoornissen, kunnen samengaan met lichamelijke klachten. Deze veelvoorkomende stoornissen uiteten zich in eerste instantie vaak in lichamelijke klachten. De diagnostiek van en voorkeursbehandelingen bij angststoornissen en depressie staan beschreven in de [NHG-Standaarden](#), zorgstandaarden en de multidisciplinaire richtlijnen [Angststoornissen](#) en [Depressie](#).

Bij twijfel over de aanwezigheid van een psychische stoornis kan de huisarts de patiënt voor diagnostiek verwijzen naar een ggz-zorgverlener. In dit stadium kan deze ook door de huisarts als consulent worden ingeschakeld, bijvoorbeeld in een gezamenlijk consult van de patiënt met de huisarts en de ggz-zorgverlener.

3.3.5 Aanvullend onderzoek

SOLK is een werkhypothese. Bij 0,5-8,8% van de klachten blijkt na verloop van tijd dat een lichamelijke verklaarde ziekte aan de klachten ten grondslag ligt.

Bron: Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. J Psychosom Res 2016;88:60-7.

Klachten kunnen, behalve door het voortschrijdend ziekteproces, ook toenemen en veranderen omdat de reacties op de klachten niet alleen het herstel verhinderen maar de klachten ook doen verergeren. Er moet opnieuw lichamelijk onderzoek gedaan worden en eventueel aanvullend onderzoek aangevraagd worden als de klachten toenemen en er geen instandhoudende factoren zijn of als er medische alarmsymptomen aanwezig zijn.

Overwegingen

Wanneer de huisarts in een gewijzigd klachtenpatroon aanleiding ziet te twijfelen aan de werkhypothese SOLK en hij een lichamelijk of psychisch verklaarde ziekte opnieuw wil uitsluiten, legt hij goed uit waarom aanvullend onderzoek of verwijzing naar een specialist plaatsvindt. Doorgaans zal het erom gaan een kleine kans op ziekte nog kleiner te maken. Bij het aanvragen van aanvullend onderzoek dient een aantal zaken te worden overwogen:

- Bij laboratoriumonderzoek naar een ziekte met een lage voorafkans bestaat een relatief grote kans op foutpositieve testuitslagen.
- Sommige onderzoeken zijn belastend, ingrijpend en risicovol. Dit moet met name worden overwogen als er een bijzonder kleine kans is op het vinden van een afwijking die de klachten verklaart en behandelbaar is.
- De huisarts moet de patiënt goed voorlichten over het onderzoek en de belasting daarvan en over de kleine kans dat er een verklarende en behandelbare afwijking wordt gevonden.
- Als de patiënt nadrukkelijk om aanvullend onderzoek of verwijzing vraagt, terwijl daar geen aanleiding voor is, legt de huisarts uit dat hij het onderzoek niet nodig vindt omdat hij geen verklarende en behandelbare afwijkingen verwacht. Toch kan hij het verzoek inwilligen als hij inschat dat het onderzoek de patiënt gerust kan stellen en als hij denkt dat de angst over de klachten het herstel ervan verhindert.

Patiënten kunnen het gevoel hebben dat ze hun ziekte moet 'bewijzen' en willen daarom onderzoek. Soms komt een aanvraag voor aanvullend onderzoek door de patiënt voort uit verzoeken vanuit verzekeringen, omdat het hebben van een diagnose soms vereist is in de polisvoorwaarden en er 'medische bewijslast' noodzakelijk is. Patiënten kunnen hier veel druk van ervaren. Het is belangrijk om duidelijk te krijgen vanuit welke achtergrond om aanvullend onderzoek wordt gevraagd. Als de huisarts vindt dat het extra onderzoek zinloos is, kan hij contact opnemen met de verzekeringsarts voor overleg.

Zowel bij verwijzing op verzoek van de patiënt als op initiatief van de huisarts is het belangrijk in de verwijsbrief een door huisarts en patiënt samen opgestelde vraag aan de specialist op te nemen en het verzoek om de patiënt terug te verwijzen als er geen afwijkende bevindingen zijn. Dit om te voorkomen dat de patiënt van de ene naar de andere specialist gaat. Daarbij vermeldt de huisarts expliciet dat hij de coördinatie op zich neemt ten aanzien van het vervolgbeleid.

Communicatie-aspecten

Het aanvragen van extra somatisch-medisch onderzoek zonder dat de aanleiding duidelijk is, kan bij de patiënt leiden tot verwarring of onterechte hoop op het vinden van een behandelbare aandoening die de klachten verklaart, zeker als de patiënt eerder in het traject heeft geaccepteerd dat de klachten niet voldoende somatisch verklaard konden worden. De zorgverlener dient aandacht te besteden aan de emoties die de patiënt hierbij kan ervaren en tijd te nemen om deze emoties te bespreken.

Bij het bespreken van de resultaten van aanvullend onderzoek zeggen huisarts of specialist niet dat er 'niets' gevonden is, maar juist dat het onderzochte lichaamsdeel of orgaan gezond is en dat dit de werkhypothese SOLK ondersteunt.

3.3.6 Afsluiting diagnostisch proces in de eerste lijn

De huisarts vat de bevindingen samen uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek, de brede klachtexploratie en eventuele aanvullende diagnostische testen. Hij geeft uitleg over de klachten, waarbij hij aansluit bij de vragen, zorgen of angst van de patiënt. De huisarts vertelt dat er geen aanwijzingen zijn voor een verklarende aandoening als oorzaak voor de klachten, maar dat klachten om allerlei redenen aanwezig kunnen blijven. De huisarts geeft uitleg aan de hand van de vicieuze cirkel die is opgesteld op basis van de informatie uit het SCEGS/gevolgenmodel (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)). Op verzoek van de patiënt en op basis van gezamenlijke besluitvorming kan de huisarts verwijzen voor een second opinion.

3.4 Diagnostiek in de somatische tweede lijn

3.4.1 Anamnese

Bij de diagnostiek van SOLK dient de somatisch specialist de tijd te nemen voor een uitgebreide anamnese om de klachten goed in kaart te brengen. Ook in de tweede lijn omvat de exploratie idealiter alle klachtdimensies (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)). Met name in de somatische tweede lijn staat het aantonen of uitsluiten van een somatische oorzaak voor de klachten op de voorgrond. Reden voor de verwijzing is immers dat de huisarts hier onvoldoende zekerheid over kan verkrijgen, dan wel dat de patiënt niet gerustgesteld is. Ook de somatisch specialist in de tweede lijn dient aandacht te hebben voor de mogelijkheid dat er sprake is van een psychische aandoening.

3.4.2 Lichamelijk onderzoek

Ook in de tweede lijn geldt dat de klachten uitgangspunt vormen voor het lichamelijk onderzoek dat verricht wordt. Ter geruststelling en om een diagnose te kunnen aantonen of uitsluiten zullen arts en patiënt vaak besluiten tot een gericht lichamelijk onderzoek. De patiënt voelt zich hierdoor ook serieus genomen.

3.4.3 Aanvullend onderzoek

Aanvullend laboratoriumonderzoek of beeldvormende diagnostiek dient op geleide van de klachten

plaats te vinden. Voorwaarde is dat zowel de arts als de patiënt ervan overtuigd zijn dat dit het juiste onderzoek is om de ziekte in kwestie aan te tonen en dat de patiënt de uitslag van dat onderzoek accepteert. Om dit te realiseren is het belangrijk om de patiënt voldoende informatie te geven over de verschillende onderzoeken én, net als bij de huisarts, om vooraf te bespreken wat het beleid wordt als de uitslagen geen verklaring bieden voor de klachten dan wel normaal zijn.

3.4.4 Afronding van het diagnostisch proces in de tweede lijn

Als het diagnostisch proces in de tweede lijn tot doel heeft een lichamelijke verklaring van de klachten aan te tonen of uit te sluiten, dan bespreekt de specialist zijn bevindingen met de patiënt en rapporteert deze ook aan de huisarts. Is er geen verklaring voor de klachten gevonden, dan verwijst de specialist terug naar de huisarts. Is er wel een lichamelijke verklaring gevonden, dan bepaalt de specialist samen met de patiënt (gezamenlijke besluitvorming) het daarbij gewenste beleid en verwijst voor de uitvoering hiervan terug naar de huisarts of behandelt de patiënt zelf.

Als tijdens het consult in de tweede lijn duidelijk wordt dat psychosociale problematiek of andere instandhoudende factoren een belangrijke rol spelen bij de klachten, overlegt de specialist met de huisarts over het verdere beleid. De specialist verwijst nooit zelf door zonder contact met de huisarts.

Als er tevens sprake is van een psychische aandoening overlegt de specialist met de huisarts of deze wil verwijzen naar de ggz, de patiënt zelf wil begeleiden of door de POH-GGZ laat begeleiden. Ook de behoefte van de huisarts of de specialist aan nadere psychiatrische of psychologische diagnostiek kan een reden zijn voor verwijzing naar de GB GGZ of S GGZ. Hierbij is gezamenlijke besluitvorming met de patiënt essentieel.

3.5 Diagnostiek in de GB GGZ en S GGZ

Veel wat in Diagnostiek in de somatische tweede lijn en Diagnostiek door de huisarts is gezegd over diagnostiek bij SOLK geldt ook voor de GB GGZ en S GGZ. Een patiënt die naar de GB GGZ wordt verwezen wordt bij voorkeur gezien door een GZ-psycholoog; er zijn ook mogelijkheden voor consultatie van een psychiater of klinisch psycholoog.

In de S GGZ wordt de patiënt met SOLK gezien door een psychiater of klinisch psycholoog.

De diagnostiek bestaat uit de volgende stappen:

- Diagnostiek volgens het gevolgenmodel. Deze bestaat uit 5 stappen.
- In kaart brengen van de klacht(en), ideeën over de klacht, emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen van de klacht.
- Checken of het model logisch en samenhangend is.
- Selecteren van reacties die de klacht op de meest directe wijze in stand houden.
- Formeren van de vicieuze cirkel op basis van c.
- Opstellen van een behandelplan om de vicieuze cirkel te doorbreken.
- De eventuele aanwezigheid van comorbide stoornissen en hun rol bij het ontstaan of blijven bestaan van de klachten vaststellen.
- Classificeren volgens de DSM-5.

3.6 Diagnostiek bij de bedrijfsarts en verzekeringsarts

De bedrijfsarts of verzekeringsarts start een consult met een multifactoriële probleemanalyse. De hier genoemde aandachtspunten zijn met name van belang in de bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige setting bij patiënten met SOLK.

De bedrijfsarts is er om de werknemer zo goed mogelijk te begeleiden tijdens het ziekteproces en is onafhankelijk van de werkgever. De verzekeringsarts begeleidt alleen patiënten met SOLK die geen werkgever (meer) hebben en dus geen bedrijfsarts, de zogenaamde vangnetters of zelfstandigen.

3.6.1 Klacht en behandeling

Het stappenplan zoals beschreven in [Diagnostiek: standaard uitvragen](#) en [Diagnostiek door de huisarts](#) voor de eerste lijn is ook in deze setting goed toepasbaar. Bij werknemers met SOLK kan het functioneren op alle domeinen, maar met name het fysiek functioneren, beperkt zijn. Ook dient er aandacht te zijn voor eerder verzuim, omdat het een belangrijke voorspellende factor is voor nieuw langdurig verzuim. In deze gevallen kan de bedrijfsarts kiezen om sneller een zwaardere interventie in te zetten. Daarbij wordt overleg met andere zorgverleners om de behandeling af te stemmen geadviseerd. Verzekeringsartsen kunnen niet zelf doorverwijzen voor zorg die door de zorgverzekering betaald moet worden maar zij kunnen wel interventies inzetten die worden betaald door de verzekeraar waar de patiënt voor werkt.

3.6.2 Werksysteem

De bedrijfsarts kijkt vanuit het biopsychosociaal model naar de lichamelijke klachten van de werknemer en gaat na of er fysische of chemische werkomstandigheden zijn die aanleiding kunnen zijn voor de klachten zoals blootstelling aan giftige stoffen. Daarnaast gaat de bedrijfsarts na of er sociale omstandigheden zijn op het werk die de ontwikkeling van de klachten verklaren of verklaren waarom herstel van klachten niet is opgetreden.

3.6.3 Privésysteem

De bedrijfsarts gaat na hoe het privésysteem functioneert. Een ondersteunend privésysteem kan een positieve invloed op het beloop van klachten hebben. Als het privésysteem de klachten medicaliseert, dan wel uitlokkende of instandhoudende factoren bevat, dan is dat een ongunstige voorspeller.

3.6.4 Omgaan met problematische situaties

De bedrijfsarts of verzekeringsarts dient met name cognities, emoties en gedrag ten aanzien van de klacht te onderzoeken en hierbij toe te spitsen op ervaren beperkingen en mogelijkheden. De eigen opvatting van de werknemer over het vermoedelijke verloop is een belangrijke voorspellende factor voor de duur van het verzuim.

Bron: Hansen A, Edlund C, Bränholm IB. Significant resources needed for return to work after sick leave. Work 2005;25:231-40. Zie ook: Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Parametric hazard rate models for long-term sickness absence. Int Arch Occup Environ Health 2009;82:575-82.

Deze factoren dient de bedrijfsarts te betrekken bij het analyseren van de werknemer met SOLK. De probleemanalyse is uitgangspunt voor het bepalen welke interventies mogelijk effectief zijn, zowel voor gezondheidswinst als voor werkhervatting. Een aandachtspunt is de overlap van SOLK met distress, angst en depressie. De herziene [richtlijn psychische klachten](#) van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en de [Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken \(LESA\)](#) overspanning en burn-out bieden handvatten voor de analyse.

3.6.5 Arbeidsongeschiktheid

Een lastig punt bij SOLK is dat er voor de bekostiging van ggz-behandeling, een DSM-classificatie vereist is, en dan volstaat de term SOLK niet. Daarnaast is het hebben van een diagnose soms vereist in polisvoorwaarden van verzekeringen. Patiënten kunnen hierdoor tegen barrières aanlopen met betrekking tot vergoedingen. Het is belangrijk te beseffen dat deze polisvoorwaarden los staan van het beoordelen van arbeidsongeschiktheid. Bij deze beoordeling dienen verzekeringsartsen gebruik te maken van het [Medisch arbeidsongeschiktheids criterium \(MAOC\)](#) en de relevante verzekeringsgeneeskundige protocollen. Het MAOC geeft aan dat er gekeken moet worden of de beperkingen rechtstreeks het gevolg zijn van ziekte en/of gebrek. Een diagnose wordt niet als eis gesteld.

In het algemeen is de wetenschappelijke onderbouwing van de beoordeling tot functioneren en participeren ronduit mager. Om de beeldvorming te voorkomen dat SOLK op dit punt een uitzonderingspositie innemen, hecht de werkgroep eraan op te merken dat de openstaande vraagstukken rond de beoordeling van de mogelijkheden tot functioneren en participeren niet anders zijn dan bij veel andere aandoeningen.

Bij langer bestaande SOLK beoordeelt de verzekeringsarts of de aangegeven beperkingen consistent, congruent en objectiveerbaar zijn. Een objectiveerbare oorzaak in de zin van een meetbare afwijking is een knelpunt bij SOLK. Dit kan tot ongewenste variatie tussen de beoordelingen en adviezen leiden. Het serieus nemen van de beleefde beperkingen sluit aan op het serieus nemen van de beleefde klachten. Dit is iets anders dan de ervaren beperkingen als uitgangspunt nemen voor de re-integratie en sociaal medische beoordeling in het kader van arbeidsongeschiktheid. Het is belangrijk dat ook verzekeringsartsen, net zoals alle andere zorgverleners, op de hoogte zijn van het denken zoals in deze zorgstandaard wordt beschreven.

3.7 Onderscheid naar ernst en complexiteit

3.7.1 Indeling naar ernst

Een indeling naar ernst van de aandoening helpt om zorg optimaal in te zetten. In de NHG-Standaard wordt op basis van voorspellende (on)gunstige factoren SOLK ingedeeld naar milde via matig-ernstige tot ernstige SOLK. Voor de passende behandelsettings wordt verwezen naar [Echelonnering en gepast gebruik](#).

Milde SOLK

- Lichte functionele belemmeringen en
- Één of enkele SOLK-klachten binnen één of twee klachtenclusters: maag-darmklachten, hart-longklachten, bewegingsapparaat, algemeen aspecifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten).

Matig-ernstige SOLK

- Matig-ernstige functionele belemmeringen en
- Meerdere SOLK-klachten in ten minste drie klachtenclusters; en/of
- Klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht.

Ernstige SOLK

- Ernstige functionele belemmeringen en
- SOLK-klachten in alle klachtenclusters en/of
- Klachtenduur langer dan drie maanden

Behalve naar aantal klachten, functionele belemmeringen en klachtenduur kan de ernst van de klachten en de passende zorgzwaarte op basis van het aantal en de aard van de instandhoudende gevolgen bepaald worden. Zie [Echelonnering en gepast gebruik](#).

In de praktijk blijkt dat sommige patiënten met SOLK moeilijk te verwijzen zijn. Het betreft patiënten met onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, die niet kunnen reizen of die onvoldoende gemotiveerd zijn voor behandeling. Ook bij patiënten met ernstige SOLK die voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) afhankelijk zijn van anderen zijn moeilijk te verwijzen, omdat er heel weinig plaatsen voor klinische behandeling voor hen beschikbaar zijn. In deze gevallen blijft de huisarts dan de behandelaar.

3.7.2 Meetinstrumenten voor complexiteit SOLK

De complexiteit van de problematiek en de ernst van de klachten zijn twee aspecten van SOLK die gedeeltelijk overlappen. De complexiteit van SOLK bepaalt het type zorg dat nodig is. Een hier aan gerelateerd begrip is zorgzwaarte. Zorgzwaarte wordt bepaald door de complexiteit van de problematiek en is mede bepalend voor de vergoeding die de zorgaanbieder voor de behandeling ontvangt.

mede bepalend voor de vergoeding die de zorgaanbieder voor de behandeling

ontvangt.: Per 1 januari 2022 is een nieuwe bekostigingsstructuur van kracht voor de GGZ: het Zorgprestatiemodel (ZPM). Binnen dit model wordt werkelijk geleverde zorg in rekening gebracht via zorgprestaties. De vergoeding is dus afhankelijk van het aantal ingediende prestaties en niet van zorgzwaarte. Mogelijk geldt bij zorg voor SOLK dat deze zorg deels ook binnen de medische zorg valt en dus met andere regels rondom vergoeding (waar zorgzwaarte mogelijk wel een rol speelt). Dit zal worden meegenomen en uitgezocht in de eerstvolgende herziening van deze zorgstandaard.

Complexiteit wordt onder andere bepaald door somatische en/of psychiatrische comorbiditeit, door de ernst van de beperkingen in het functioneren (bijv. ADL afhankelijkheid of beperking in mobiliteit) en door sociale omstandigheden en problemen (zoals schulden, eenzaamheid, het ontbreken van sociale steun, contact met justitie, vluchteling zijn, geen vaste verblijfplaats hebben of slechte huisvesting). Een gevalideerde maat voor de complexiteit van de problematiek is de [INTERMED](#).

Voor selectie van het type zorg en het echelon zijn naast complexiteit ook andere criteria van belang. Indicatie voor een bepaald type zorg kan plaatsvinden op grond van onderzoek van de klachten op de SCEGS-dimensies of op basis van diagnostiek volgens het gevolgenmodel (zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#)). In de ambulante setting

ambulante setting: Hulpverlening waarbij de patiënt niet is opgenomen in een instelling.

is psychologische behandeling aangewezen wanneer onverwerkte traumatische ervaringen en/of emotionele of gedragsmatige reacties de klacht in stand houden. Wanneer de lichamelijke gevolgen van de klacht het herstel verhinderen, is daarnaast (psychosomatische) oefen- of fysiotherapeutische behandeling geïndiceerd. In de klinische setting is een multidisciplinaire behandeling standaard.

3.7.3 Ernst van de klachten

De ernst van klachten wordt op verschillende manieren gedefinieerd. De ernst kan verwijzen naar het verloop van de klachten op basis van voorspellende factoren of naar de hevigheid / frequentie waarmee de klachten optreden en de beperkingen die iemand ondervindt.

In de [multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme stoornissen](#) en de daarvan afgeleide [NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten](#) wordt op basis van voorspellende factoren onderscheid gemaakt tussen milde, matig-ernstige en ernstige SOLK. De criteria op grond waarvan de ernst wordt bepaald, sluiten elkaar echter niet uit. Zo voldoet iemand die slechts één klacht heeft (bijv. wegrakingen) maar hierdoor ernstig in het functioneren wordt belemmerd, zowel aan een van de criteria van milde SOLK als aan een van de criteria van ernstige SOLK.

De uitkomst van de behandeling moet routinematig worden vastgesteld. Daarbij wordt zowel de ernst van de klachten (hevigheid/frequentie) als de omvang van de beperkingen bij herhaling vooraf, gedurende en na afloop van de behandeling in kaart gebracht. Bij deze routine outcome monitoring (ROM) is het van belang rekening te houden met de belasting voor de patiënt van het invullen van vragenlijsten.

3.7.4 Ernst van SOLK: generieke maten

Om SOLK in brede zin te inventariseren, kunnen generieke meetinstrumenten worden toegepast:

- De Physical Health Questionnaire-15 meet lichamelijke klachten.
- De 4DKL en de Symptom Checklist-90 kunnen gebruikt worden om lichamelijke en psychische klachten bij patiënten met SOLK in kaart te brengen.
- Met de Patiënt Specifieke Klachtenlijst kan de patiënt zelf aangeven welke beperkingen als gevolg van de klacht voor hem het belangrijkste zijn en aan welke hij wil werken.

De PHQ-15 en de 4DKL zijn vrij verkrijgbaar en deze laatste wordt veelvuldig in de huisartsenpraktijk gebruikt.

3.7.5 Ernst van SOLK: klachtspecifieke meetinstrumenten

De ernst van specifieke klachten kan ook aan de hand van meetinstrumenten in kaart worden gebracht. De uitkomsten kunnen behalve voor het bepalen van de ernst bij aanvang ook gebruikt worden om het verloop van de klachten over de tijd en het behandelingseffect te bepalen (routine outcome monitoring). Deze gegevens kunnen gebruikt worden om het beleid aan te passen. Bij voorkeur worden hiervoor gepersonaliseerde uitkomstmaten gebruikt, omdat dat aansluit bij de trend om de behandeling zo goed mogelijk op de persoon af te stemmen.

Belangrijke aspecten van de te selecteren meetinstrumenten zijn het construct

construct: Theoretisch idee waarvan in de praktijk getest kan worden of het waar of nuttig is. Bijvoorbeeld het construct 'catastroferen' (klachten verergeren als je bij alles aan het ergste denkt) kan getest worden door mensen hun gedachten en klachten te laten noteren en dan te kijken of daar verband tussen te zien is.

dat gemeten wordt en de beoogde doelgroep. Toepassing van een diagnostisch meetinstrument bij klachten waarvoor het instrument niet is ontworpen, is vaak lastig of zelfs onmogelijk, omdat de uitkomsten dan lastig te interpreteren zijn. Aangezien SOLK een breed spectrum aan klachten betreft, zal gebruik van dergelijke diagnostiek niet geschikt zijn voor de complete groep van SOLK.

Voor een specifieke klacht kan gebruik gemaakt worden van instrumenten die specifiek ontwikkeld of gevalideerd

gevalideerd : Van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat het echt meet wat het meten moet. Bijvoorbeeld een angstvragenlijst die te moeilijk is, is niet valide omdat hij eigenlijk meer leesvaardigheid dan angst meet.

zijn voor die klacht.

Meetinstrumenten zijn zelden gevalideerd voor gebruik bij laaggeletterden en migranten.

3.8 Dagboekregistraties

Het gebruik van dagboekregistraties kan overwogen worden naast of in plaats van specifieke meetinstrumenten. Een dergelijk instrument is valide, het meet immers precies datgene wat beoogd wordt gemeten te worden. De ernst van de klachten wordt bij voorkeur meerdere keren per dag op een vast moment genoteerd. Dagboekregistratie kan ook ingezet worden om aanvullende informatie te verkrijgen over de omstandigheden waaronder de klachten optreden om zo zicht te krijgen op factoren die klachten verergeren of juist verminderen.

3.9 Niveau van functioneren: beperkingen als gevolg van SOLK

Het wordt aanbevolen om naast een inventarisatie van klachten ook het niveau van functioneren van een patiënt met SOLK bij presentatie vast te leggen. De hiervoor beschikbare meetinstrumenten zijn doorgaans klachten overstijgend.

Een veel gebruikte vragenlijst is de RAND (of SF)-36 item Health Survey. De lijst meet ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De RAND-36 meet de domeinen fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De meeste vragen hebben betrekking op de afgelopen vier weken.

Bron: Van der Zee KI, Sanderman S. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. ISBN 90 72156 60 9.

De [WHODAS-II](#) is gebaseerd op een internationaal classificatiesysteem en wordt gebruikt bij het beoordelen van het functieniveau van een persoon waarbij de nadruk ligt op activiteiten en participatieniveau. De WHODAS meet de domeinen verstaan en communiceren, mobiliteit, zelfverzorging, interactie met mensen, huishouden en activiteiten en participatie in maatschappij. De vragen hebben betrekking op de laatste 30 dagen.

3.10 Monitoring

De huisarts spreekt regelmatige controles af bij aanhoudende klachten of belemmeringen in het functioneren, bijvoorbeeld één keer per vier tot zes weken. Hij evalueert met de patiënt de voortgang van de behandeling en het beloop van de klachten en adviseert de patiënt om actief te werken aan zijn herstel. Als de huisarts samenwerkt met een POH-GGZ kan deze de begeleiding overnemen, terwijl de huisarts de langetermijnregie houdt. Dit geldt ook bij verwijzing naar een (psychosomatische) fysio- of oefentherapeut en een psycholoog. Ook een ggz-zorgverlener of bedrijfsarts kan de monitoringfunctie vervullen. Dit alles gebeurt uiteraard in goed overleg met de patiënt.

De monitorende taak van de huisarts of diegene die deze taak heeft overgenomen bestaat uit:

- Het monitoren van het verloop van de klachten en het signaleren van toename of verandering van klachten of verandering in functioneren.
- Het ondersteunen van het ingezette beleid door GB GGZ, S GGZ of HS GGZ.
- Het voorkomen van onnodige of schadelijke onderzoeken en behandelingen.

Wanneer na meerdere of langdurige specifieke en intensieve behandelingen geen (verdere) verbetering meer optreedt, helpt de zorgverlener de patiënt de situatie te accepteren. Bij blijvend disfunctioneren zonder actieve behandeling is het aan te raden om minimaal één keer per jaar de situatie te evalueren en eventueel nieuwe behandelmogelijkheden aan te bieden. Het uitgangspunt is om, ook als de klachten ernstig lijken, na te gaan of in de behandelvoorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen, zoals patiëntenvoorlichting, zijn overgeslagen. In dat geval kan het zinvol zijn om deze interventie als nog aan te bieden.

4. Vroege onderkenning en preventie

Autorisatiedatum 04-02-2022 Beoordelingsdatum 04-02-2022

4.1 Belang van vroege onderkenning

Vroege onderkenning is erg belangrijk omdat vroeg ingrijpen de kans op snel herstel kan vergroten. Hoe langer klachten bestaan hoe kleiner de rol wordt van de uitlokkende factoren waardoor de klachten zijn ontstaan en hoe groter de rol van de instandhoudende factoren. Door vroege onderkenning kan geprobeerd worden te voorkomen dat beginnende klachten verergeren.

4.2 Preventie

Voor deze zorgstandaard zijn nieuwe literatuursearches voor preventieve interventies bij SOLK uitgevoerd (zie achtergronddocument [Update systematic reviews interventies ter preventie van SOLK](#)).

4.2.1 Preventie

Onder preventie valt universele preventie, selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Universele preventie bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gehele bevolking. Er is geen bewijs voor het effect van universele preventie bij SOLK.

4.2.2 Selectieve preventie

Bij selectieve preventie is er sprake van het 'opsporen' van mensen die een of meerdere risicofactoren hebben voor een bepaalde aandoening. Er is enig bewijs voor het effect van selectieve preventie als er sprake is van uitlokkende factoren voor SOLK. Gerichtte voorlichting bestaande uit een verklaring voor de klachten (zie [Psycho-educatie](#)) kan mogelijk bijdragen aan het voorkomen van chronische SOLK.

4.2.3 Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie wordt ingezet omte voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een ziekte of aandoening. Geïndiceerde preventie richt zich op patiënten die kortdurend SOLK hebben en daar eenmalig medische hulp voor gevraagd hebben. Geïndiceerde preventie komt neer op ingrijpen op de onderhoudende factoren bij mensen met beginnende SOLK. Geïndiceerde preventie zal meestal door medische of psychosociale zorgverleners op individueel niveau worden aangeboden. Het medisch handelen en de communicatie van zorgverleners met patiënten met SOLK moet aansluiten op de reactie die de patiënt op de klachten laat zien. Dat kan bijvoorbeeld bezorgdheid zijn, maar ook boosheid en verzet.

Evidentie

Het meeste onderzoek naar preventie is gedaan naar de preventie van lage rugklachten (zie [Update systematic reviews interventies ter preventie van SOLK](#)). Zowel fysieke inspanning als preventieve cognitieve gedragsinterventies leiden tot minder chroniciteit, minder functiebelemmering en minder werkverzuim bij rugklachten. De effecten van CGT kunnen langer dan vijf jaar aanhouden.

Bron: Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? *Spine* 2001;26:778-87. Zie ook:

- Hurwitz EL, Morgenstern H, Chiao C. Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *Am J Public Health* 2005;95:1817-24;
- Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine* 2000;25:2825-31;discussion 2824;
- Linton SJ. Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2001;11:53-66;
- Linton SJ, Nordin E. 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine* 2006;31:853-8.

Voor preventie van chronische aspecifieke lage rugpijn is oefentherapie effectief. Gecombineerd met patiëntenvoorlichting werkt het nog beter.

Bron: Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, Teixeira-Salmela LF, Hancock MJ. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016;176:199-208.

Ook graded activity (zie [Eerste-stapsinterventies](#)) is effectief.

Bron: Brunner E, De Herdt A, Minguet P, Baldew SS, Probst M. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. *Disabil Rehabil* 2013;35:1-10.

Medische ingrepen zoals operaties gaan gepaard met pijn en kunnen leiden tot chronische somatisch onvoldoende verklaarde pijn. Voor de preventie van langdurige pijn na operatie zijn vooral ketamine,

ketamine,: Geneesmiddel tegen pijn vanuit de zenuwbanen (neuropathische pijn) zoals voorkomt bij diabetes, na gordelroos, of zonder duidelijke oorzaak. Werd aanvankelijk als narcosemiddel gebruikt, maar gaf vaak hallucinaties. Wordt gebruikt als partydrug juist vanwege de hallucinaties.

pregabaline

pregabaline: Geneesmiddel tegen epilepsie, gegeneraliseerde angststoornis en tegen pijn vanuit de zenuwbanen (neuropathische pijn) zoals voorkomt bij diabetes, na gordelroos, of zonder duidelijke oorzaak.

Veelvoorkomende bijwerkingen (>10%) zijn slaperigheid, duizeligheid, hoofdpijn.

en gabapentine onderzocht. De resultaten uit de onderzoeken spreken elkaar tegen: in sommige studies is er effect, in andere niet.

Bron: McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:1199-213. Zie ook:

- Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD008307;
- Clarke H, Bonin RP, Orser BA, Englesakis M, Wijesundera DN, Katz J. The prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2012;115:428-42.

4.2.4 Preventieve invloed van goede communicatie

Patiëntgerichte consultvoering met een breed klachtenonderzoek plus aandacht voor een gemeenschappelijke probleemdefinitie en gezamenlijke besluitvorming hebben in het algemeen gesproken een gunstige invloed op de volgende gezondheidsuitkomsten: emotionele gezondheid, symptomen, functioneren, fysiologische parameters

fysiologische parameters: Lichamelijke maten die de gezonde werking van het lichaam aangeven, zoals hartslag, ademhaling, spijsvertering, bloeddruk, spierkracht.

en pijn.

Bron: Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. Canad Med Assoc J 1995;125:1432-33.

Hoewel dit niet specifiek is onderzocht voor SOLK, kan worden aangenomen dat deze uitkomst ook voor SOLK geldt.

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners en SOLK-patiënten het over een aantal zaken eens zijn: beschikbaarheid (langer consult), communicatie (luisteren, serieus nemen, continuïteit van zorg, een proactieve houding van de zorgverlener), uitleg over zin van en grenzen aan het zoeken naar de klachtoorzaak (tests, verwijzing), uitleg (symptomen, beloop, verband met psychosociale factoren).

Bron: Anderson M, Hartz A, Nordin T, et al. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. Family Med 2008;40:111-8.

Aangenomen kan worden dat dit ook voor andere zorgverleners geldt. De rol van zorgverlener-patiëntcommunicatie wordt in deze zorgstandaard verder toegelicht in [Inleiding](#) en [Zorgstandaard onafhankelijke aspecten](#).

5. Behandeling en begeleiding

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

5.1 Aandachtspunten bij behandeling, ongeacht methode of fase

De behandeling vindt plaats volgens het principe van matched care. Matched care staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.

5.1.1 Startpunt: zorgvuldige communicatie, uitleg en gezamenlijke besluitvorming

De afsluiting van de diagnostische fase en het startpunt voor de behandelingsfase lopen bij SOLK in elkaar over. De diagnostische fase eindigt met het bespreken van de uitkomsten van de SCEGS-klachtexploratie of diagnostiek volgens het gevolgenmodel, zie achtergronddocument [SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel](#). Bij de S van somatisch geeft de arts (huisarts of een somatisch medisch specialist) uitleg over hoe hij tot de werkhypothese SOLK gekomen is en waardoor hij redelijk gerust is dat er geen somatische ziekte is. Soms valt het patiënten niet gemakkelijk te begrijpen hoe het diagnostisch redeneren van de arts werkt of niet gemakkelijk te accepteren dat de arts, terwijl er nog geen diagnose is, toch verdere diagnostiek als niet zinvol beschouwt. De arts dient zijn zorgvuldige uitleg goed te laten aansluiten bij de denkwijze van de patiënt. Hij legt uit hoe hij de kans op ziekte bij deze klacht bij deze patiënt inschat, rekening houdend met leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis en risicofactoren. Hij legt uit hoe vervolgens gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en eventuele aanvullende diagnostiek hem tot de werkhypothese SOLK hebben gebracht.

Daarna bespreken arts en patiënt de uitkomsten van de overige klachtdimensies van de SCEGS: welke mogelijke instandhoudende factoren zijn er gevonden? Daarbij kunnen ook coping en psychische factoren of kwetsbaarheden benoemd worden. Dit vormt de basis voor het samen vaststellen van behandeldoelen.

Als patiënten de volgende drie vragen aan hun zorgverlener stellen, blijkt dit de kwaliteit te verhogen van het gesprek en de informatie die ze over de keuzeopties krijgen:

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie?

5.1.2 Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming betekent dat de patiënt samen met de zorgverlener beslist over welke zorg het beste bij hem past. De zorgverlener geeft informatie over de inhoud, het doel en over de beschikbaarheid van behandelingen waarvan uit onderzoek of ervaring in de praktijk is gebleken dat die de klachten kunnen verminderen, zodat de patiënt de voor- en nadelen kan afwegen. Het is belangrijk dat er voldoende tijd genomen wordt voor de uitleg en dat de uitleg goed aansluit bij de beleving en situatie van de patiënt, zodat deze zich erin herkent. Uiteindelijk beslist de patiënt, in samenspraak met zijn naasten, voor één of geen van de mogelijkheden die door de zorgverlener zijn besproken. Vaak zullen patiënten even tijd nodig hebben om na te denken over de verschillende behandelmogelijkheden voordat een keus wordt gemaakt. De zorgverlener stimuleert de patiënt om de mogelijkheden te bespreken met naasten en biedt een extra consult aan als er behoefte is aan toelichting. De extra tijdsinvestering ondersteunt het nemen van een gemotiveerde beslissing ten aanzien van de behandeling en bevordert de therapietrouw en daarmee de effectiviteit van de behandeling.

In de gesprekken met een zorgverlener over behandelmogelijkheden kan de patiënt in ieder geval de volgende vragen stellen:

Bron: Patiëntenfederatie Nederland. Rapport 'Samen beslissen', 2015.

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie?

De antwoorden op deze vragen kunnen de patiënt helpen bij het kiezen van een behandeling.

5.1.3 Doel van de behandeling en uitleg

De arts informeert de patiënt dat behandelingen voor SOLK gericht kunnen zijn op verschillende doelen:

1. verminderen of opheffen van psychologische factoren of kwetsbaarheid (persoonsgericht);
2. leren omgaan met de klachten (coping gericht);
3. optimaliseren van de omstandigheden voor het herstel van de klachten door de reacties die de klacht in stand houden, op te heffen (klachtgericht).

De arts geeft ook uitleg over de te verwachten effecten van de behandelingen op de lichamelijke klachten. Bewijs ontbreekt dat een behandeling die zich richt op psychologische factoren of kwetsbaarheid tot een afname van de ernst of frequentie van de lichamelijke klachten leidt. Anders leren omgaan met de klachten kan tot afname van lichamelijke klachten leiden, maar dat is niet expliciet het doel. Een verbetering van het functioneren wordt vaak wel gerealiseerd, met name bij chronische pijnklachten. Klachtafname is wel het expliciete doel, en mag ook verwacht worden, van behandelingen die gericht zijn op het opheffen van de klacht. Wanneer klachten inderdaad afnemen, kan dit ook leiden tot verbetering van het functioneren.

In een proces van gezamenlijke besluitvorming informeert de arts de patiënt over de

behandelmogelijkheden en wegen zij samen de voors en tegens af. Wanneer de patiënt een doel stelt dat met de bestaande en wetenschappelijk getoetste behandelingen niet gerealiseerd kan worden, dan bespreekt de arts dit met de patiënt. Wellicht kan de patiënt of de arts zijn doelen bijstellen. In overleg met de patiënt kunnen naasten betrokken worden bij de uitleg en het bepalen van behandeldoelen.

Bij de bespreking van mogelijke behandelingen en begeleidingsvormen wordt aangegeven in hoeverre er hiervoor wetenschappelijk bewijs is. Daarbij is het goed om te beseffen dat zelfs voor de behandelingen die aantoonbaar effectief zijn (statistisch significant beter resultaat opleveren dan de controlegroep) er altijd nog een groot aantal patiënten is dat niet van die behandeling profiteert. Bij hen spelen mogelijk andere klachtinstandhoudende mechanismen een rol, waar de betreffende behandeling niet op gericht is.

5.1.4 Overdracht en tegenoverdracht

SOLK roepen bij patiënten en zorgverleners regelmatig wederzijdse negatieve gevoelens op. De hulpverleningsrelatie is er bij gebaat dat de zorgverlener gevoelens die op het heden slaan kan onderscheiden van overdracht en tegenoverdracht.

Bron: Gabbard GO, Weiss Roberts L, Crisp-Han H, Ball V, Hobway G, Rachal F. Professionaliteit in de psychiatrie. Utrecht, De Tijdstroom, 2012. Zie ook: Gilbert P, Leahy RL, red. The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies. New York, Routledge, 2007.

Overdracht is een veelvoorkomend algemeen verschijnsel, waarbij emoties rondom belangrijke figuren in de jeugd zoals de ouders of leerkrachten uit de kinderjaren onbewust opnieuw worden beleefd aan derden (zoals de zorgverlener). Zo kan bijvoorbeeld iemands diep weggestopte liefde of haat voor een ouder te voorschijn komen. De overdracht wordt 'positief' genoemd als het om vriendelijke gevoelens van de patiënt voor de zorgverlener gaat die in het algemeen niet besproken worden, en 'negatief' als het afwijzende gevoelens betreft die als het de behandeling stoort, besproken kunnen worden. Tegenoverdracht zijn de onbewuste reacties van de zorgverlener op de persoon van de patiënt. Daardoor is de zorgverlener geen 'objectieve toeschouwer' meer, wat de zorgverlener moet herkennen en erkennen in zichzelf. Overdracht en tegenoverdracht zijn elkaars tegenhanger. Wat de patiënt oproept bij de zorgverlener kan verhelderend zijn. Door zijn persoonlijke reacties te registreren maakt de zorgverlener maximaal gebruik van zijn tegenoverdracht.

Casus

Een voorbeeld: Karin komt bij de bedrijfsarts. Ze is net een tijdje ziek geweest en moet zich bij de bedrijfsarts melden. Ze verwacht aangesproken te worden op haar gedrag dat ze te lang is thuisgebleven voor haar vaak terugkerende hoofdpijn. In de verwachting dat de bedrijfsarts kritiek op haar zal hebben, zoals thuis altijd het geval was, gaat zij gespannen naar het gesprek. Ze is van te voren al gestrest en is geïrriteerd dat ze op gesprek moet komen. Ze draagt haar verwachting over dat ze zich aanstelt en eerder aan het werk had gekund. Haar boosheid en schuldgevoel, zijn oude gevoelens die wel kloppen met het gedrag van haar moeder, maar niet kloppen met het actuele

gedrag van de bedrijfsarts, want die lijdt toevallig ook aan hoofdpijn, wat Karin niet weet. De bedrijfsarts is niet boos op haar, ze is juist vol begrip (tegenoverdracht) met het gevaar dat de bedrijfsarts niet objectief is. Wat Karin hier overdraagt aan gevoelens op de bedrijfsarts noem je overdrachtsgevoelens.

5.2 Zelfmanagement

Zelfmanagement bij SOLK heeft betrekking op activiteiten die patiënten zelf op zich nemen om hun gezondheid en welzijn te bevorderen. Hieronder kunnen ook activiteiten vallen die traditioneel door professionele zorgverleners worden uitgevoerd. Zorgverleners kunnen zelfmanagement ondersteunen en bevorderen. Het doel van zelfmanagement bij SOLK is om, met behulp van een laagdrempelige interventie, de omstandigheden voor het herstel van de klachten gunstig te beïnvloeden. Daarbij is aandacht voor de klachten en voor aanpassingen in leefstijl of gedrag die een gunstig effect op de klachten kunnen hebben. Zelfmanagement is geschikt voor mensen met milde SOLK. Zie verder de [generieke module Zelfmanagement](#).

Voor patiënten met ernstige SOLK of met lage gezondheidsvaardigheden kan '[casemanagement](#)' ter ondersteuning van zelfmanagement overwogen worden. Bij casemanagement wordt een zorgverlener (bijvoorbeeld POH-GGZ) aan de patiënt gekoppeld om de patiënt en naasten zoveel mogelijk te ondersteunen. De casemanager biedt de patiënt ondersteuning in zijn zelfmanagement, afgestemd op de persoon en zijn specifieke klachten en problemen. Casemanagers beschikken hiertoe over algemene competenties zoals communicatieve en coachende vaardigheden, het goed kunnen overdragen van kennis en vaardigheden en het kunnen stimuleren van gedragsverandering. Daarbij accepteert de professional de waarden, opvattingen en keuzes van de patiënt.

Casemanagers of andere zorgverleners kunnen het zelfmanagement van patiënten versterken door de '[5 A](#)' vragen te stellen:

- Achterhalen: vraag de patiënt om ervaringen en behoeften te noemen.
- Adviseren: verklaar deze ervaringen en behoeften en geef informatie op maat.
- Afspreken: help bij het stellen van haalbare doelen en neem gezamenlijk besluiten.
- Assisteren: help bij persoonlijke barrières en ga na of er behoefte is aan extra ondersteuning.
- Arrangeren: maak samen een specifiek plan voor (vervolg)ondersteuning (NHG-leefstijladvisering, zie Generieke modules).

5.2.1 Aansluiten bij niveau gezondheidsvaardigheden

Om te bevorderen dat zowel patiënten met sterke, als met minder goede gezondheidsvaardigheden tot zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming kunnen komen, is het belangrijk is dat alle betrokken zorgverleners hun mondelinge en schriftelijke communicatie aanpassen op het begripsniveau van de patiënt.

Zelfmanagement is het meest effectief als wordt aangesloten bij de specifieke individuele situatie. De volgende doelen voor zelfmanagement worden in de literatuur genoemd:

- Het verwerven van inzicht in het ontstaan, instandhoudende factoren en gevolgen van de klachten en behandeling van de klachten.

- Het actief deelnemen aan en medeverantwoordelijkheid nemen voor de behandeling.
- Het leren omgaan met de klachten en de gevolgen van de klachten.
- Het bereiken van gedragsverandering: een stapsgewijs toewerken naar een actieve leefstijl met balans tussen inspanning en ontspanning, met (herstel van) sociaal en werk.

5.2.2 Zelfmanagementhulpmiddelen voor patiënten

Ter ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten met SOLK zijn er diverse hulpmiddelen beschikbaar, zoals (online) zelfmonitoring, een vermoeidheidsmeter, een app voor het plannen van activiteiten, een klachtendagboek via een app, ontspanningsoefeningen.

Grip op klachten

Eén van de eHealth-tools binnen het programma [Grip op klachten](#) is een op de patiënt toegesneden behandelprogramma dat onder begeleiding van de POH-GGZ kan worden uitgevoerd. Dit programma wordt samengesteld op grond van het persoonlijke probleemprofiel van de patiënt en sluit aan bij SCEGS-klachtenexploratie. Het doel van de tool is om patiënten meer grip op hun klachten te laten krijgen, in de zin dat de klachten het leven minder moeilijk maken. Voorbeelden van grip krijgen zijn:

- Beter kunnen voorspellen waar, wanneer of waarom de patiënt soms meer last krijgt.
- Beter weten wat de patiënt kan doen of laten om de klachten weer te laten verminderen of verdwijnen.
- Het verminderen van de vervelende gevolgen van de klachten.

Bij sommige mensen kunnen op deze manier de klachten verdwijnen. Bij andere mensen gaan de klachten niet weg maar worden ze minder ernstig. Vaak wordt het leven weer makkelijker als de patiënt meer grip op de klachten heeft.

Thuisarts.nl

Op [Thuisarts](#) staat toegankelijke, laagdrempelige informatie over SOLK: wat is SOLK, uitleg over uitlokkende en instandhoudende factoren (SCEGS), wat kan de patiënt zelf doen: gedachten noteren, stapsgewijs activeren, ontspanningsoefeningen, behandelmogelijkheden via de huisarts (POH-GGZ, ggz-zorgverlener, individueel /groep/gezin/relatie, (psychosomatische) oefentherapie/fysiotherapie, medicijnen). Ook staat er informatie over een groot aantal klachten die vaak onverklaard blijven (duizeligheid, moeheid, buikklachten, spier- gewrichtsklachten, pijn).

Onbegrepen klachten.nl

De website [Onbegrepen klachten](#) is helemaal gewijd aan algemene informatie over SOLK en biedt uitleg over de verschillende soorten behandelingen. Met behulp van deze informatie kunnen patiënten zich goed informeren en (samen met hun zorgverlener) een weloverwogen keuze maken uit de verschillende behandelmogelijkheden.

5.3 Psycho-educatie

5.3.1 Verklaringsmodellen

Veel patiënten vragen zich af wat er in hun lichaam gebeurt, waardoor ze zonder dat er een somatische aandoening is gevonden toch lichamelijke klachten hebben. Ook voor naasten is uitleg hierover van belang. De volgende verklaringsmodellen worden veel gebruikt en zijn in meer of mindere mate onderbouwd.

1. Somatosensorische amplificatie

De somatosensorische amplificatietheorie gaat er van uit dat patiënten hun aandacht richten op lichamelijke sensaties. Deze lichamelijke sensaties resulteren in cognities en emoties waarbij er lichamelijke attributies ontstaan.

Bron: Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. Clin Psychol Rev 2007;27:821-41.

Attributies zijn verklaringen die iemand voor zichzelf maakt naar aanleiding van een gebeurtenis, waarbij men oorzaken toekent aan specifieke sensaties. Hierdoor worden de oorspronkelijke klachten versterkt en uitvergroot. Als gevolg hiervan ontstaat er een vicieuze cirkel van het onderhouden en versterken van lichamelijke klachten.

2. Centrale sensitisatie

Het uitgangspunt van dit verklaringsmodel is dat voorgaande (herhaalde) prikkels van pijn en andere symptomen in het verleden het centrale zenuwstelsel gevoeliger maken voor deze prikkels.

Bron: Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. Clin Psychol Rev 2007;27:821-41.

Hierbij spelen ook psychologische processen een rol. Sensitisatie kan er toe leiden dat normale lichamelijke processen worden ervaren als symptomen.

3. Kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling

Dit model gaat ervan uit dat sommige mensen kwetsbaar zijn voor de gevoeligheid van SOLK, door vroege jeugdervaringen of persoonlijkheidstrekken. Dit kan zich uiten in moeilijkheden in het ervaren van het verband tussen lichaamssignalen en gedachten en emoties. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met SOLK moeite hebben met het herkennen van gevoelens en emoties en moeite hebben deze te onderscheiden van fysieke sensaties.

Bron: de Gucht V, Fischler B, Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. J Psychosom Res 2004;56:279-85. Zie ook: Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. Psychosom 2001;42:235-40.

Het niet voldoende kunnen reguleren van emoties kan een lichamelijke ontregeling geven die tot langdurige lichamelijke klachten kan leiden. De invloed van vroege trauma's, vroeg affectieve verwaarlozing

affectieve verwaarlozing : Emotionele basisbehoeften van kinderen worden niet vervuld, waardoor het aangaan van vertrouwensrelaties op latere leeftijd vaak (zeer) moeizaam gaat.

en vroege aangeleerde manieren van omgaan met lichamelijke klachten kunnen ook bijdragen aan kwetsbaarheid voor SOLK.

4. Sensitisatie van het immuunsysteem

De hersenen spelen een belangrijke rol in de immuunrespons. De hersenen reageren op ontstekingsmediatoren door het in gang zetten en ook weer stoppen van zowel lichamelijke veranderingen als gedragsveranderingen. Als de hersenen gesensitiseerd zijn voor ontstekingsmediatoren, door bijvoorbeeld herhaaldelijke ontstekingen, kan dit te sterke of te langdurige effecten hebben op lichamelijke processen en gedrag en zo bijdragen aan SOLK.

5. Dysregulatie van de HPA-as

Bij blootstelling aan psychische of lichamelijke stress wordt de HPA-as (hypothalamus-hypofyse-bijnier-as) geactiveerd. Hierdoor wordt er een aantal hormonen afgegeven, waaronder het hormoon cortisol. Bij patiënten met langdurige SOLK wordt gedacht dat er te weinig cortisol aanwezig is. Een mogelijke oorzaak ervan is blootstelling aan veel stress in het verleden.

6. Signaalfiltering

Het lichaam voorziet de hersenen de hele dag door van informatie over allerlei processen die plaatsvinden. De meeste van deze processen merken we niet bewust op; de hersenen hebben een filter waardoor we alleen de belangrijke lichamelijke signalen opmerken. Dit model stelt dat dit filtersysteem niet goed functioneert bij SOLK, waardoor allerlei onbelangrijke lichamelijke processen ervaren kunnen worden als symptomen.

7. Cognitief-gedragsmatige processen

Het uitgangspunt van dit model is dat ideeën van patiënten hun gedrag beïnvloeden, en daarmee ook lichamelijke processen en klachten. Deze vicieuze cirkel kan leiden tot verergering of instandhouding

van SOLK.

8. Dysfunctie van het autonome zenuwstelsel

De directe respons op lichamelijke of psychische stress wordt in het lichaam verzorgd via het autonome zenuwstelsel, via zenuwbanen en de productie van hormonen. Dit model gaat er vanuit dat er verstoringen zijn in de functie van dit systeem, in het bijzonder in het weer uitschakelen van deze respons, die kunnen bijdragen aan SOLK.

9. Abnormale proprioceptie

Het uitgangspunt van dit model is dat er bij SOLK sprake is van een meer precieze en gevoeliger waarneming van het eigen lichaam. Dit zou er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat kleine veranderingen in spierspanning worden ervaren als lichamelijke klachten.

10. Predictive coding model

Bron: Van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;74:185-203.

Een relatief nieuw model voor SOLK is het predictive coding model. Klassieke modellen nemen aan dat lichamelijke klachten hun oorsprong hebben in een proces in het lichaam dat door de hersenen wordt waargenomen. Het predictive coding model gaat ervan uit dat waarnemingen ook beïnvloed worden door voorafgaande ervaringen met lichamelijke klachten die in de hersenen zijn opgeslagen en als impliciete voorspellingen worden vooruitgestuurd. De uiteindelijke waarneming weerspiegelt een bepaalde verhouding tussen signalen uit het lichaam en de voorspellingen die de hersenen uitsturen. Als lichamelijke signalen onduidelijk zijn en de voorspellingen sterk, dan zal de waarneming van klachten meer gebaseerd zijn op de ervaringen zoals opgeslagen in de hersenen dan op signalen uit het lichaam.

11. Niet-westerse modellen

Verklaringsmodellen zijn cultuurgebonden. In westerse culturen overheerst het biomedische model: een ziektebeeld is te herleiden tot een stoornis in het lichaam of de geest. In niet-westerse culturen wordt vaak geen onderscheid gemaakt tussen lichaam en geest; oorzaken en oplossingen van problemen worden buiten zichzelf gezocht (goden of geesten). In Marokko wordt bijvoorbeeld van oudsher onderscheid gemaakt tussen ziekten die ontstaan door natuurlijke oorzaken (verstoringen van de balans tussen warm en koud), bovennatuurlijke oorzaken (contacten met djinns, demonen die in een wereld parallel aan mensen wonen) of menselijke oorzaken (het boze oog, tovenarij of magie).

Bron: Borra R. Cultuur en psychiatrische diagnostiek: stemmingsstoornissen bij allochtonen. *Bijblijven* 2003;19:381-93.

Sommige islamitische patiënten zien hun klachten vooral als het lot dat Allah op hun weg heeft gelegd en hebben niet het gevoel dat zij daar zelf actief iets aan kunnen doen. Gezondheid is niet maakbaar en ook niet een eigen verdienste, gezondheid is een gunst van Allah.

Bron: Noordenbos G. Aandacht voor sekse- en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie. Een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie 2007; MOVISIE. <http://www.movisie.nl>

In de oosterse geneeskunde wordt een disbalans in yin en yang-energie gezien als oorzaak van klachten.

5.3.2 Uitgangspunt behandeling: individuele vicieuze cirkel

Over het algemeen zal bij SOLK een combinatie van verklaringsmodellen in het spel zijn. Alle modellen sluiten aan bij delen van het biopsychosociale model (zie [Diagnostiek en monitoring](#)). Vicieuze cirkels spelen een belangrijke rol bij de relaties tussen de verschillende bijdragende factoren uit het biopsychosociale model. Vooral de interpretatie van klachten en het daaruit volgend ziekte- en/of hulpzoekgedrag staan centraal.

Bron: Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992;36:515-29. Zie ook;

- Arnold IA, Speckens AE, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms: the feasibility of group cognitive-behavioural therapy in primary care. *J Psychosom Res* 2004;57:517-20;
- van Rood YR, ter Kuile MM, Speckens AEM. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In: Spinhoven P, Bouman TK, Hoogduin CAL, editors. *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2001:17-41.

De vicieuze cirkel is voor elke patiënt uniek. Op dit verklaringsmodel is de SCEGS-klachtexploratie gebaseerd. Ook diagnostiek volgens het gevolgenmodel resulteert in een gepersonaliseerde verklaring in de vorm van een vicieuze cirkel waarin de belangrijkste cognitieve, emotionele en gedragsmatige instandhoudende factoren in relatie tot elkaar en tot de klacht worden weergegeven. De vicieuze cirkel vormt het uitgangspunt voor de behandeling die tot doel heeft de vicieuze cirkel te doorbreken en zo de omstandigheden voor herstel te optimaliseren. Hierbij is ook aandacht voor de balans tussen klachten en krachten van de patiënt.

5.3.3 Overeenstemming in uitleg tussen zorgverleners

De zorgverlener kan een keuze maken voor een verklaringsmodel dat aansluit bij de klachten en in standhoudende factoren, de denkwijze en de opvattingen van de individuele patiënt én dat past bij zijn

eigen opvattingen. Het verdient aanbeveling de gegeven uitleg te noteren in het patiëntendossier, zodat volgende zorgverleners hierbij kunnen aansluiten. Specialisten doen er goed aan de door hun gegeven uitleg in de terugrapportage aan de huisarts te vermelden.

5.3.4 Mogelijkheden voor psycho-educatie buiten zorgverlener-patiëntrelatie

In het kader van psycho-educatie kunnen groepsbijeenkomsten nuttig zijn. Algemene uitleg hoeft dan maar eenmaal gegeven te worden. Patiënten herkennen factoren bij anderen die ze daarna bij zichzelf ook makkelijker herkennen. Ook is onderling begrip en steun welkom voor mensen die soms met hun klachten in een sociaal isolement zijn geraakt. Patiëntenorganisaties kunnen hier een rol spelen door groepsbijeenkomsten, cursussen en lotgenotencontact te bieden.

Betrouwbare patiënteninformatie over het effect van behandelingen voor SOLK draagt bij aan realistische verwachtingen, een actieve rol in de gezamenlijke besluitvorming en besluiten die beter passen bij de waarden van de patiënt.

Bron: O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD001431.

Er zijn echter aanwijzingen dat het voor patiënten moeilijk is betrouwbare informatie te vinden over het effect van behandelingen voor lichamelijke klachten.

Bron: Glenton C, Paulsen EJ, Oxman AD. Portals to Wonderland: health portals lead to confusing information about the effects of health care. BMC Med Inform Decis Mak 2005;15:5-7.

In deze zorgstandaard verwijzen wij naar specifiek voorlichtingsmateriaal voor patiënten met SOLK, maar voor zover ons bekend zijn er geen evaluaties van de effecten van voorlichtingsmateriaal op SOLK.

5.4 Eerste-stap interventies

Eerste-stapinterventies zijn eenvoudige interventies die onder leiding van een zorgprofessional plaatsvinden. Dit kan de huisarts, POH-GGZ of zorgverlener in de generalistische basis ggz (GB GGZ) zijn. Eerste-stapinterventies worden ingezet als zelfmanagement onvoldoende effect heeft gehad of als vooraf duidelijk was dat zelfmanagement niet mogelijk is.

De eerste-stapinterventie is afhankelijk van de aard van de klachten en de in kaart gebrachte instandhoudende factoren. Zorgverlener en patiënt kunnen vaak kiezen welke instandhoudende factor(en) zij in eerste instantie gaan aanpakken. Daarbij bepalen ze hoeveel en welke ondersteuning

de patiënt daarbij nodig heeft.

5.4.1 Kernpunten bij eerste-stap interventies bij SOLK

- Overeenstemming over de instandhoudende factoren is de basis voor de interventie. Het repertoire van eerste-stapinterventies is breed en gevarieerd: gesprekken met de partner, wandelschoenen kopen en een vast wandelrondje per dag lopen, pijnstillers wijzigen, sociale activiteiten weer opbouwen (2 x per week met vrienden afspreken, geen dutje na het eten maar de kinderen 15 minuten voorlezen), stoppen met slaapmiddelen, een vast piekerkwartier per dag, yogales nemen, de oude rugoefeningen driemaal daags doen, enz.).
- Activerend beleid/behandeling werkt beter dan passieve behandelingen. Wanneer er sprake is van angst voor toename van de klachten en de patiënt om die reden inspanning vermijdt, dan is het beter om de activiteiten op vaste tijdstippen op te bouwen en niet op geleide van de klachten. Hierdoor ontstaat een vast ritme, waardoor de activerende interventie tot een gewoonte wordt, die stapsgewijs uitgebreid kan worden.
- Wanneer er sprake is van doorgaan ondanks de klachten en negeren van tekenen van overbelasting, dan is het belangrijk om de patiënt te leren om tekenen van overbelasting tijdig te herkennen en op basis daarvan rust te nemen of over te gaan op een andere activiteit. Het opbouwen van activiteiten vindt pas plaats nadat een basisniveau is gerealiseerd.
- Aandacht voor activiteit en ontspanning, eet-, drink-, en slaappatroon.
- Zelf de uitvoering van de interventie en de ernst/frequentie van de klachten bijhouden geeft controle en maakt effect van interventies zichtbaar.
- Indien de huisarts of POH-GGZ de patiënt begeleidt dan kunnen controleafspraken op vaste tijden helpen om ingezet beleid vol te houden én het doorbreekt een patroon van 'alleen komen op de slechtste momenten'. Bij de controlebezoeken gaat het om het stimuleren van de interventie en het evalueren van het functioneren. Controleafspraken gaan niet over (nieuwe of veranderde) klachten. Daarvoor wordt zo nodig een apart consult bij de huisarts afgesproken.

Eerste-stapinterventies worden meestal aangeboden door de huisarts of POH-GGZ.

Bewegingsinterventies kunnen aangeboden worden door een fysio- of oefentherapeut.

5.4.2 Graded activity

Graded activity is een gedragsinterventie die kan worden ingezet door huisarts, POH-GGZ, (psychosomatisch) fysiotherapeut, oefentherapeut of ggz-zorgverlener. Graded activity wordt gekenmerkt door geleidelijke opbouw van activiteiten en inspanning. Een belangrijk indicatiegebied voor graded activity is chronische pijn met aanzienlijke functiebeperking. Pijn en functiebeperking kunnen elkaar op een nadelige manier beïnvloeden, waardoor patiënten het risico lopen in een negatieve spiraal terecht te komen. Door middel van een individueel opgesteld oefenprogramma, bestaande uit geleidelijke opbouw van fysieke inspanning, kan vermindering van pijn worden bereikt en daarmee een negatieve spiraal worden doorbroken en een positieve spiraal worden ingezet. Voor patiënten met chronische pijn en hierdoor functionele beperkingen kan graded activity zeker overwogen worden.

Graded activity is geïndiceerd voor patiënten die door angst voor klachttoename inspanning zijn gaan vermijden. Graded activity doorbreekt bij hen de vicieuze cirkel van pijn -> angst -> vermindering van

inspanning -> sensitisatie/krachtsverlies -> meer pijn. Voor patiënten met een patroon van overactiviteit zal eerst een basisniveau gerealiseerd moeten worden, waarin fysieke en mentale activiteiten worden afgewisseld en zodanig rust wordt genomen dat de patiënt van de geleverde inspanning herstelt, voordat de activiteiten worden uitgebreid.

Het is de vraag of niet-pijngerelateerde klachten op eenzelfde manier benaderd moeten worden. Hier is geen onderzoek naar gedaan en dus ook geen bewijs voor. Het is wel aannemelijk dat het ontzien van aangedane ledematen in het dagelijks functioneren herstel belemmerend werkt.

Bron: Ek JW, van Gijn JC, Samwel H, van Egmond J, Klomp FP, van Dongen RT. Pain exposure physical therapy may be a safe and effective treatment for longstanding complex regional pain syndrome type 1: a case series. Clin rehabilitation 2009;23:1059-66.

5.5 Psychosociale behandeling

Indien bij de klachtexploratie instandhoudende factoren zijn gevonden op psychosociaal gebied, zal een eerste-stapinterventie naast algemeen activerende elementen, ook op deze psychosociale factoren gericht zijn. Buikpijn bij sociale angst, rugpijn bij een werkconflict en moeheid bij overbelasting vragen om een aanpak gericht op de bij deze individuele patiënt spelende factor. Deze behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit Problem Solving Treatment door de POH-GGZ. Als er psychosociale problemen thuis spelen, kunnen relatie- of gezinsgesprekken van toepassing zijn. Bij een werkprobleem kan ook begeleiding via de bedrijfsarts ingeschakeld worden.

5.6 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Psychologische behandelingen worden uitgevoerd door psychologen getraind in die specifieke behandeling.

5.6.1 Cognitieve gedragstherapeutische interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een psychotherapeutische behandeling die gebruikmaakt van interventies die aangrijpen op cognities of gedrag. Voor sommige, maar lang niet alle SOLK bestaan CGT-protocollen.

Voor SOLK waar geen protocol voor is, kan een gepersonaliseerde behandeling op basis van diagnostiek volgens het gevolgenmodel gegeven worden. De interventies richten zich op het doorbreken van iemands vicieuze cirkel. Dat kunnen CGT-interventies zijn, cognitieve herstructurering, imaginaire exposure (IE),

imaginaire exposure (IE),: Een psychotherapeutische methode om traumatische gebeurtenissen te verwerken. De therapeut vraagt de patiënt de gebeurtenis terug te vertellen alsof het nu gebeurt. De therapeut moedigt aan om te letten op de naaste momenten: wat voelt, hoort, ziet en ruikt de patiënt. Vaak herinnert men zich nieuwe informatie tijdens imaginaire exposure. Daardoor kan men anders tegen de traumatische gebeurtenis aankijken. Men merkt ook dat het weliswaar naar is om terug te denken, maar dat men niet gek wordt door terug te denken aan die heel nare momenten. Het doorwerken van deze momenten helpt ook om herbelevingen als flashbacks en nachtmerries te laten verminderen.

exposure in vivo of een graded exposure traject

graded exposure traject: Een cognitieve behandeling van pijn, waarbij de patiënt leert dat hij de pijn en de angst voor pijn-uitlokkende bewegingen/activiteiten zelf kan managen. De op maat gemaakte lijst van praktische handelingen, met toenemende mate van angst-opwekkende handelingen, wordt gebruikt voor de opbouw. De feitelijke pijn blijkt minder dan de verwachte pijn en nadelen van bewegen blijken kleiner dan de verwachte pijn en schade. Therapeut leert de patiënt ergonomisch en creatief om te gaan met de situatie.

en ontspanningstraining.

Bij de subgroep van patiënten met SOLK waarbij onverwerkte traumatische ervaringen de SOLK in stand houdend, kan EMDR gericht op verwerking van deze traumatische ervaringen met specifieke aandacht voor de bijbehorende lichamelijke sensaties geschikt zijn. Voor veel SOLK zijn hiermee gunstige klinische ervaringen opgedaan en voor de toepassing bij pijn is EMDR inmiddels evidence based.

Bron: Tefft AJ, Jordan IO. Eye Movement Desensitization Reprocessing as Treatment for Chronic Pain Syndromes: A Literature Review. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2016, 1-23.

5.6.2 ACT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarin aandacht- en acceptatiegerichte processen centraal staan. Een ACT-interventie bestaat uit oefeningen gericht op aanvaarding, een training in mindfulness, het ontdekken welke waarden je werkelijk belangrijk vindt in het leven en acties ondernemen op basis van deze waarden.

Bron: Zangi HA, Mowinckel P, Finset A, Eriksson LR, Høystad TØ, Lunde AK, Hagen KB. A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2012;71:911-7.

ACT kan zowel door een hierin getrainde ggz-zorgverlener als vanuit een getraind multidisciplinair team worden aangeboden.

Net als bij graded activity is het goed te beseffen dat de effectiviteit van CGT en ACT weliswaar bewezen is, maar dat dit niet betekent dat elke patiënt er baat bij heeft.

5.6.3 Mindfulness

Mindfulness heeft een matig-klein effect op de ernst van de klachten waaronder pijn en op kwaliteit van leven, maar angst vermindert er niet door.

5.6.4 Hypnotherapie

Hypnotherapie is bewezen effectief bij maag-darmklachten. Bij andere SOLK is dit niet bekend.

5.6.5 Psychodynamische psychotherapie

Deze vorm van psychotherapie kan voor patiënten met SOLK geschikt zijn om emoties bewust te maken en meer integratie tot stand te brengen tussen lichamelijke sensaties en iemands psychische toestand.

Bron: Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel L, Sack M, Sauer N, Schneider S, Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomized controlled trial. *Br J Psych* 2012;100:60-7. Zie ook: Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 2015;14:137-50.

De interventie 'lichaamsmentaliseren' is erop gericht het reflectieve vermogen te ontwikkelen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn, ze te symboliseren en onder woorden te brengen, en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden.

5.6.6 Duur interventies

De duur van psychologische en psychotherapeutische behandelingen kan uiteenlopen van enkele maanden tot enkele jaren. De duur hangt samen met de ernst van de SOLK, met de aard van

instandhoudende factoren bij een individuele patiënt en met de gekozen behandelmethode. Meestal kan de behandelaar, na een intake, aan een individuele patiënt wel een inschatting geven van de te verwachten behandelduur.

5.7 Medicamenteuze behandeling

Medicatiebeleid bij SOLK is maatwerk: zowel te veel als te weinig medicatie kan lichamelijke klachten in stand houden. Medicamenteuze behandeling kan aangewezen zijn als de klachten hebben geleid tot een ernstige depressie en deze het herstel van de lichamelijke klachten verhindert. In het algemeen kan bij aanwezige comorbiditeit die het herstel van de klachten verhindert de van toepassing zijnde richtlijn worden gevolgd. Antidepressiva (TCA en SSRI) hebben geen effect op SOLK in het algemeen. Wel is er enig effect op SOLK die gepaard gaat met pijn.

5.7.1 Bijwerkingen of instandhoudende effecten

Medicijnen kunnen door hun bijwerkingen of door de langetermijneffecten echter ook klachten in stand houden. Zo houdt het dagelijks gebruik van meerdere tabletten paracetamol over langere tijd, hoofdpijn in stand. Veel voorkomende bijwerkingen van nogal wat medicijnen zijn duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid, buikpijn, moeheid, spierpijn, slapeloosheid, concentratieverlies, trillen. Dit zijn juist ook bij SOLK veel voorkomende klachten. Wanneer gedacht wordt dat de medicatie de klacht in stand zou kunnen houden dan kan de zorgverlener in overleg met de voorschrijver en patiënt voorstellen om de medicatie gedurende een periode te staken en het effect op de klachten vast te stellen door dagelijks voor, tijdens en na het staken de ernst van de klacht te registreren. Aandachtspunt hierbij is dat sommige medicijnen (slaapmiddelen, antidepressiva, schildkliermedicijnen) niet zomaar gestopt of herstart kunnen worden.

5.7.2 Medicatiebeleid onderwerp van gezamenlijke besluitvorming

De keuze om wel of geen medicijnen te starten, te blijven gebruiken of te stoppen is maatwerk van patiënt en arts samen. Herhaalde bespreking van de werking van de medicatie en de verwachtingen van de patiënt hierover is van belang. Hierbij horen ook de zelf gekochte en door alternatieve zorgverleners voorgeschreven middelen betrokken te worden.

5.8 Combinatiebehandeling

Bij een aantal SOLK is aangetoond dat gecombineerde behandelingen een groter effect hebben dan enkelvoudige behandeling. Bijvoorbeeld bij darmklachten is effect aangetoond voor een combinatie van dieet, leefstijl, medicijnen (bijvoorbeeld peppermuntolie) en gedragmatige therapie. Bij lage rugpijn is multidisciplinaire biopsychosociale revalidatie bewezen effectiever dan monodisciplinaire behandeling. Revalidatiecentra bieden multidisciplinaire behandeling bij chronische pijn in het houding- en bewegingsapparaat. Er zijn ook hoofdpijnteams actief, veelal onder leiding van een neuroloog, evenals buikklachtenteams, veelal onder leiding van MDL-arts of gynaecoloog.

Psychische stoornissen die gepaard gaan met SOLK kunnen behandeld worden in de GB GGZ of S GGZ. Vrijwel alle psychische stoornissen zijn verbonden met ook meer lichamelijke klachten. Soms valt het lichamelijke klachtenpatroon meer op en ontleent dit het zicht op bijvoorbeeld depressie,

angst, AD(H)D, autisme.

5.9 Biologische behandeling

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van biologische behandelingen zoals magnetische en elektrische stimulatie van zenuwen of hersenen (Transcraniële Magnetische Stimulatie of TMS, Transdermale Elektrische Neuro Stimulatie of TENS op SOLK. Er is enig zwak, bewijs dat TENS bij pijnklachten verlichting geeft. De overige biologische behandelingen bevelen wij vooralsnog niet aan.

5.10 Vaktherapie

Onder vaktherapieën worden gerekend: beeldende therapie, muziektherapie, dramatherapie, danstherapie, speltherapie en psychomotorische therapie.

Bron: Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. J Bodywork Movement Ther 2015;19:35-56.

Vaktherapieën hebben een ervaringsgerichte, handelingsgerichte en/of creatieve kwaliteit en maken methodisch en doelgericht gebruik van diverse werkvormen, materialen en instrumenten (zie ook de [generieke module Vaktherapieën]). Gevoelens, gedachten en gedragspatronen die daardoor naar voren komen, bieden aanknopingspunten voor (zelf)reflectie. Door hun ervaringsgerichte en mentaliserenbevorderende karakter zijn vaktherapieën vaak aanjagers dan wel bestendigers van psychotherapie. Thema's die bij SOLK vaak aan de orde komen zijn: het bewust worden van en omgaan met lichaamssignalen en emoties, bewaken van grenzen, omgaan met hulp, verlieservaringen, lichaamsbeleving en inspanning en ontspanning. Vaktherapieën kunnen mensen met SOLK helpen bij het vinden van taal en metaforen voor de (lichamelijke) ervaring, verwerking, zingeving, spiritualiteit en empowerment

empowerment: iemand (of een groep mensen) ondersteunen in het vergroten van zelfvertrouwen, om invloed uit te oefenen, keuzes te maken en invulling te geven aan zijn eigen leven.

[Psychomotorische Therapie](#) bij SOLK (bijvoorbeeld 'Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden')

Bron: Michels F, Kind E, Goffin J, Tijssen B, König D, Martens B. Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden 2015.

en 'Samen Gezond door Bewegen en Dans') kan mensen met SOLK helpen om weer plezier te beleven aan het eigen lijf, minder last van beperkingen te hebben en de functionaliteit te verbeteren.

Vaktherapieën worden veelal aangeboden in GB GGZ en S GGZ instellingen en overige gezondheidscentra en in zelfstandige praktijken die vaak deel uitmaken van lokale en regionale gezondheidsnetwerken. Ook voor mensen met een laag opleidingsniveau of degenen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen zijn vaktherapieën geschikt, zeker als de cursus in samenwerking met een tolk aangeboden kan worden. Ambulante vaktherapieën zijn vaak toegankelijk op verwijzing van een huisarts, POH-GGZ of POH-somatiek

Ambulante vaktherapieën zijn vaak toegankelijk op verwijzing van een huisarts, POH-GGZ of POH-somatiek: Zie ook de generieke module Vaktherapie.

5.11 Innovatieve en experimentele behandelingen

Bij een subgroep van patiënten met (zeer) ernstige SOLK die geen of onvoldoende herstel laat zien in reactie op evidence-based behandelingen zoals CGT of ACT kan Lichaamsgerichte Mentalisatie Bevorderende Therapie (L-MBT) overwogen worden.

Bron: Spaans JA, Veselka L, Luyten P, Bühring MEF. Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten Tijdschr voor Psychiatr 2009;4:239-48.

Bij L-MBT leren patiënten in interactie met anderen hun lichaamssignalen te (h)erkennen en verdragen en verbinding te ervaren met innerlijke ervaringen zoals emoties, gedachten, herinneringen, intenties en verlangens. Deze methode is gebaseerd op mentalization-based treatment (MBT) voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Bron: Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. J Clin Psychol 2006;62:411-30.

en lijkt met name geschikt voor patiënten met ernstige SOLK in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. L-MBT wordt met name toegepast in de hoogspecialistische ggz (HG GGZ). Er zijn gunstige klinische ervaringen en de eerste onderzoeksgegevens naar de effectiviteit van deze en aanverwante methodes zijn hoopgevend.

Bron: Houtveen JH, van Broeckhuysen-Kloth S, Lintmeijer LL, Bühring ME, Geenen R. Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: a prospective evaluation. J Nerv Ment Dis. 2015; 203:141-8. Zie ook:

- elders M, Visser R, van Rooij W, Delfstra G, Koelen J. The development of a brief group intervention (Dynamic Interpersonal Treatment) for patients with medically unexplained somatic symptoms: a pilot study. Psychoanal Psychother 2015;28:182-98;
- Delfstra, G, van Rooij W. Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): Its Application in the treatment of Medically Unexplained Somatic Symptoms. Psychoanal Psychother 2015; 29-2:171-81.

5.12 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Patiënten met SOLK zoeken soms alternatieve behandeling of complementaire zorg, omdat zij in de reguliere zorg onvoldoende positieve effecten ervaren. Alternatieve behandelingen of geneeswijzen richten zich op genezing. Complementaire zorg is bedoeld als aanvulling op reguliere behandeling en is gericht op ondersteuning en verbetering van kwaliteit van leven. Lichamelijke en psychische kracht staan hierbij centraal. Er is een breed aanbod van alternatieve behandelingen zoals acupunctuur, chiropraxie, craniosacraaltherapie, dry needling, yoga, qigong, antroposofische geneeskunde, homeopathie, ayurvedische geneeskunde, Chinese kruiden, cupping, enz. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit ontbreekt grotendeels. Er zijn ook behandelingen die een beetje tussen regulier en alternatief in staan: zoals podotherapeutische inlegzolen, osteopathie en Dixhoorn-ademtherapie.

Andere voorbeelden van complementaire zorg zijn vitaminepreparaten en voedingssupplementen. Van deze niet- of minimaal invasieve interventies zijn de fysiologische mechanismen en de effectiviteit onduidelijk. Bovendien kunnen bij het gebruik daarvan ongewenste bijwerkingen optreden in interactie met de reguliere zorg. Het wordt daarom aanbevolen om bij het opstellen van een behandelplan aan de patiënt te vragen of deze gebruikmaakt van alternatieve behandelingen of complementaire zorg. De complementaire of alternatieve behandelaar dient de patiënt er op te wijzen dat er geen wetenschappelijk bewijs is wat betreft de effectiviteit van zijn behandelwijze. Hij dient ook de patiënt, diens huisarts en eventuele andere behandelend artsen te informeren over zijn behandelwijze en mogelijke negatieve interacties met reguliere behandelingen (Wkkgz). Zo kunnen op zichzelf veilige

plantaardige middelen gevaarlijke interacties hebben met reguliere medicijnen.

Rapportage naar de huisarts dient nog een belang, namelijk om behandeldoelen en effecten van alternatieve en complementaire behandelingen te evalueren, en tenslotte om tegenstrijdige uitleg over de klachten op het spoor te komen en met de patiënt te bespreken.

6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

6.1 Herstel

Herstel betekent niet altijd het vrij zijn van symptomen. Aansluitend bij de definitie van positieve gezondheid van Machteld Huber beschrijven we herstel als het te boven komen van klachten en weer in het eigen leven kunnen functioneren.

Bron: Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst HE, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ 2011;343:D4163.

Dit functioneren omvat een aantal gebieden (zie figuur Gebieden van functioneren, hieronder):

- Lichaamsfuncties (je gezond voelen, fitheid, klachten en pijn, slapen, eten, conditie en bewegen)
- Dagelijks functioneren (zorgen voor jezelf, je grenzen kennen, kennis van gezondheid, omgaan met tijd, omgaan met geld, kunnen werken, hulp kunnen vragen)
- Sociaalmaatschappelijk participeren (sociale contacten, serieus genomen worden, samen leuke dingen doen, steun van anderen, erbij horen, zinvolle dingen doen, interesse in de maatschappij)
- Kwaliteit van leven (genieten, gelukkig zijn, lekker in je vel zitten, balans, je veilig voelen, hoe je woont, rondkomen met je geld)
- Zingeving (zinvol leven, levenslust, idealen willen bereiken, vertrouwen hebben, accepteren, dankbaarheid, blijven leren)
- Mentaal welbevinden (onthouden, concentreren, communiceren, vrolijk zijn, jezelf accepteren, omgaan met verandering, gevoel van controle).



Figuur: Gebieden van functioneren

Werken aan herstel is dus werken aan het eigen functioneren. Dat gebeurt grotendeels thuis, met familie en vrienden (op alle zes gebieden), daarnaast met behandelaars (vooral lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, participeren), en op het werk (vooral participeren en dagelijks functioneren, maar ook de andere vier gebieden). Het web van Huber kan samen met een patiënt bekeken en ingevuld worden. Hierdoor wordt direct inzichtelijk op welke vlakken het goed en minder goed gaat.

Voor daadwerkelijk herstel is het terugwinnen en vinden van de eigen kracht van groot belang. Empowerment en eigen regie zijn belangrijke kenmerken van herstel. Herstellen doen patiënten in de eerste plaats zelf, op basis van hun eigen kracht en vaardigheden. Een combinatie van informele steun uit de omgeving en professionele hulp bevordert het herstel. Patiënten geven aan dat het voor herstel belangrijk is het gevoel te hebben om ondanks klachten deel uit te maken van de maatschappij en mogelijkheden te hebben voor zelfontplooiing. Zie ook de [generieke module Herstelondersteuning](#).

6.2 Participatie

Patiënten met ernstige SOLK zijn vaak in hoge mate beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Ze kunnen niet werken, geen vrijwilligerswerk doen, niet uitgaan of bezoek ontvangen. Ze zijn voor transport vaak afhankelijk van anderen. Het verbeteren van het functioneren is naast afname of herstel van klachten een tweede doel van de behandeling. Nadat de instandhoudende reacties op de klacht zijn aangepakt en de vicieuze cirkel die het herstel van de klachten verhindert, is doorbroken, kan het sociaal en maatschappelijk functioneren worden uitgebreid. Hier kan al vroeg in de behandeling een begin mee worden gemaakt met zo mogelijk betrekken van naasten. Dit is zeker zinvol als zij zich zorgen maken dat de patiënt door deze activiteiten wordt overvraagd of als zij menen dat de patiënt wel wat flinker zou mogen zijn.

Voor patiënten met SOLK die in een instelling wonen (verpleeghuis, huis voor mensen met een verstandelijke beperking), is het gewenst het SOLK-beleid te integreren in het zorgplan.

SOLK wordt door WMO-indicatieorganen

WMO-indicatieorganen: De Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) regelt het recht van burgers op verstrekking van voorzieningen bij ziekte of beperking/handicap. Het kan gaan om bijvoorbeeld een rolstoel, scootmobiel, toiletbeugels of traplift. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeenten. Het gemeentelijk indicatieorgaan beoordeelt of een aanvraag van een burger wordt gehonoreerd.

niet gemakkelijk geaccepteerd als onderbouwing voor voorzieningen. Patiënten hebben veel moeite om bijvoorbeeld een rolstoel of scootmobiel vergoed te krijgen. WMO-indicatieorganen geven als argument dat voorzieningen zoals een rolstoel de revalidatie belemmeren. Behandelaars dienen het in een zorgplan op te nemen als een voorziening juist ingezet wordt om de revalidatie en participatie te bevorderen. Dit zou voor indicatieorganen een argument voor (tijdelijke) toekenning moeten zijn.

6.3 Re-integratie

Werk is belangrijk voor mens en maatschappij. Een baan zorgt voor ontplooiing, maatschappelijke zingeving en inkomen. Werk heeft een positieve invloed op gezondheid, welzijn en herstel.

Bovendien maken werkenden minder gebruik van zorg. Zie de [generieke module Arbeid als medicijn](#) en de [zorgmodule Arbeid 2014](#) van het CBO. Voor een deel van de patiënten met SOLK spreekt het niet vanzelf om te werken. Door de klachten ervaren zij beperkingen in het functioneren waardoor zij hun huidige werk niet (volledig) kunnen uitvoeren. Van de werknemers met SOLK die chronische pijn aan het bewegingsapparaat hebben, meldt de helft zich ziek.

Bron: de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave? J Occup Rehabil 2012;22:489-502.

6.3.1 Meer aandacht nodig voor re-integratie, werk en verzuim

Bij langdurige klachten raken patiënten met SOLK vaak werkloos met financiële problemen als gevolg. Zowel voor de patiënt als voor de maatschappij is het dus van belang om aan het werk te blijven of aan het werk te gaan. In de zorg voor patiënten met SOLK moet verzuim en re-integratie aandacht krijgen. Hoewel er duidelijke regels zijn voor het uitwisselen van gegevens tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen blijken er op individueel niveau vaak geen afspraken te zijn gemaakt over het uitwisselen van zorggegevens tussen zorgverleners (zoals bedrijfsgeneeskundigen, verzekeringsartsen, huisartsen en medisch specialisten) en betrokken organisaties (zoals arbodiensten en re-integratiebedrijven). Een patiënt kan zelf ook regie nemen door gegevens op te vragen en door te geven. Volgens de [zorgmodule Arbeid 2014](#) moet in het zorgdossier omschreven worden hoe ondersteuning en begeleiding wordt geboden bij re-integratie en werkhervatting.

6.3.2 Regie en afstemming in arbozorg

Patiënten met SOLK die beperkingen ervaren op gebied van werk hebben te maken met veel verschillende zorgverleners en organisaties. Zij geven aan behoefte te hebben aan een zorgprofessional die hen helpt regie te houden in het woud van zorgverleners en organisaties, te meer als arbo- en uitkeringsvragen spelen. Dit is vooral noodzakelijk voor laaggeletterden en migranten: voor hen is het omgaan met wet- en regelgeving en het aanspreken van zorgverleners en medewerkers van instanties vaak extra moeilijk.

Bron: van den Muijsenbergh M. & Oosterberg E. (red.) 'Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk', uitgave Pharos en NHG, 2016. ISBN: 978-90-5793-265-6.

Alleen een goede afstemming en samenwerking tussen alle betrokkenen (patiënt, behandelaars, arbodienst, verzekeringsarts en werkgever) maakt goede arbozorg, eventueel met een werkplan, mogelijk. Daarbij worden alle domeinen waarin de patiënt beperkingen ervaart in kaart gebracht. Dit gebeurt in overleg met de patiënt en onder de voorwaarden dat de autonomie wordt bewaakt en de privacy wordt gewaarborgd. . Knelpunt hierbij is dat er vaak geringe mogelijkheid, dan wel tijd is vanuit de curatieve sector om te overleggen met bedrijfs- en verzekeringsartsen.

6.3.3 Eigen regie en verantwoordelijkheid: balans zoeken

Van een werknemer met gezondheidsproblemen wordt eigen verantwoordelijkheid verwacht voor het

behouden of opnieuw vinden van werk. Vormt het voortdurend leven met klachten echter al een belasting op zich, dan is het omgaan met werkbelasting vaak nog zwaarder. Het is van belang dat de patiënt, de zorgverleners, de arbodienst en de werkgever alert zijn op signalen van disbalans in de verhouding belasting en belastbaarheid op het werk.

Factoren die de balans verstoren moeten in beeld worden gebracht. Vervolgens moet een werkplan aangeven hoe de invloed van belastende factoren kan worden verminderd. Wie de leiding in dit traject neemt hangt af van de soort belemmeringen. Het kan gaan om kleine aanpassingen van de omgeving of de werksituatie of om ingrijpende veranderingen in taken en functie.

6.3.4 Arbeidsparticipatie bevorderen

Patiënten met SOLK, werkend of in de ziektewet, hebben niet alleen te maken met zorgverleners maar ook met hun leidinggevenden, hun collega's, de medewerkers van personeelszaken en de eigen directe sociale omgeving. Steun van zorgverleners (met name de bedrijfsarts en de verzekeringsarts) is belangrijk om werk te behouden of om terug te keren naar werk. De steun van de werkgever is van belang voor aanpassingen in de werksituatie. Tot slot is begrip van collega's onontbeerlijk. Het geeft steun 'gekend' te worden als patiënt. Collega's die accepteren dat de patiënt even wat minder aankan of die het de patiënt gunnen om flexibel te werken zijn een voorwaarde voor continuïteit. Ook de arbeidsdeskundige en de bedrijfsarts spelen hierbij een cruciale rol. Zij moeten de werkgever aansporen een tolerante bedrijfscultuur te creëren en 'werk gerelateerde zorg' te bieden.

Daarnaast bieden ook pijn- en arbeidsrevalidatie mogelijkheden om aan het werk te blijven. Het doel van deze vorm van revalidatie is om met vroegtijdige interventie op een passend tempo het werk voort te zetten of te hervatten en zo een voor de patiënt haalbare arbeidsproductie te realiseren.

De algemene bedrijfsgeneeskundige principes voor werkhervatting bij lichamelijke klachten zijn ook bij SOLK van toepassing:

1. Een benadering vanuit biopsychosociaal perspectief;
2. Een geleidelijke opbouw van activiteiten (vergelijkbaar met graded activity die de fysiotherapeut als behandeling kan inzetten) en werkzaamheden doordat aangepast werk en/of aangepaste uren beschikbaar komen;
3. Een schriftelijke overeenstemming tussen patiënt en zijn werkgever over het doel en het traject van werkhervatting;
4. Een start van het traject op het optimale moment, in principe tussen zes weken en drie maanden na het begin van het werkverzuim, met ruimte voor individuele variatie.

6.3.5 Patiënt, regie en re-integratie

Veel werknemers met langdurige SOLK ervaren problemen op het werk. Bedrijfsartsen blijken bij patiënten met SOLK stressfactoren thuis en op het werk goed te zien. Verzuimende werknemers met SOLK ervaren echter gebrek aan erkenning door bedrijfs- en verzekeringsartsen voor hun klachten en de daaruit voortvloeiende spanningen op het werk en financiële gevolgen.

Bron: Hoedeman R, Blankenstein AH, Koopmans PC, Groothoff JW. What bothers the sick-listed employee with severe MUPS? Scand J Public Health 2013;41:256-9.

Het oplossen van deze problemen die het herstel van de klachten bemoeilijken en terugkeer naar de werkvloer vertragen, is zowel voor de patiënt als voor de maatschappij van belang.

SOLK-patiënten hebben vaak een combinatie van pijn, vermoeidheid, conditieverlies en verminderde concentratie. Flexibel werken, zodat de patiënt afhankelijk van hoe hij zich die dag voelt zijn werk kan organiseren, kan een oplossing zijn.

Bron: Michels F, Kind E, Goffin J, Tijssen B, König D, Martens B. Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden 2015. <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=3168&download=1>

Het is daarbij van belang dat de patiënt een proactieve houding aanneemt en zijn beperkingen bespreekbaar maakt. Zo kan er een goede inschatting gemaakt worden van de balans tussen belasting door werkzaamheden en belastbaarheid van de patiënt. Dit is maatwerk voor de individuele patiënt.

Bij patiënten met chronische pijn (verklaard of onverklaard) is vastgesteld dat degenen die ongeacht hun klachten (ook als deze het bewegingsapparaat betreffen) blijven doorwerken, werk als therapeutisch ervaren.

Bron: Michels F, Kind E, Goffin J, Tijssen B, König D, Martens B. Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden 2015. <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=3168&download=1>

Door de afleiding hebben ze minder last van hun pijn, ze krijgen energie van werken en ze ervaren structuur in hun leven. Daarnaast vinden zij in hun werk status, ontplooiing en eigenwaarde. Bovendien voelen zij zich betrokken bij de samenleving. Voorwaarde hierbij is wel dat er een goede balans blijft tussen werk en privé, de patiënt moet privé ook nog kunnen functioneren.

Rol werkgever

De opstelling van de werkgever is cruciaal. Neemt hij zijn werknemer met zijn aandoening of beperking serieus, dan vergroot dat in het algemeen de kans op doorwerken. De werkgever kan in goed overleg met zijn werknemer en bedrijfsarts naar passende oplossingen zoeken. Er bestaan diverse voorzieningen en er is regelgeving ter bevordering van arbeidsparticipatie. Het is niet bekend of al deze succesfactoren ook voor werknemers met SOLK gelden.

Rol zorgverlening

Naast de patiënt en de werkgever kan de zorgsector ook een bijdrage leveren door bij de planning van afspraken en het opstellen van behandelplannen rekening te houden met het maatschappelijk functioneren van de patiënt.

6.3.6 Wet- en regelgeving

Van de patiënt en de werkgever wordt verwacht dat zij zich inzetten opdat, binnen de mogelijkheden van de werknemer en het bedrijf, het werk zo snel als mogelijk hervat wordt. Bij een re-integratietraject speelt de wet- en regelgeving een grote rol. Patiënten kunnen zich goed voorbereiden op de stappen van een re-integratietraject zodat zij goed toegerust zijn voor het gesprek met de werkgever, de bedrijfsarts en met functionarissen van arbodiensten. Daarnaast kunnen zij in kaart brengen waar de belemmeringen zitten en welke oplossingen daarbij passen. Drie patiëntenorganisaties hebben een online re-integratietool ontwikkeld waarmee patiënten via e-learning aan de slag kunnen met hun re-integratie. [Het programma](#) geeft informatie over wet- en regelgeving, brengt in beeld wat de belangrijkste redenen zijn voor verzuim en stelt aanpassingen of maatregelen voor om weer aan de slag te gaan.

Bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen

Bedrijfs- en verzekeringsartsen ervaren de begeleiding en beoordeling van mensen met SOLK over het algemeen als moeilijk. Een aantal patiënt- en werkfactoren is van invloed op de verzuimduur bij SOLK:

- Het aantal klachten
- De mate van angst over de klachten
- Comorbiditeit met psychische aandoeningen
- Leeftijd
- Werkomgeving

Wanneer de bedrijfs- of verzekeringsarts de werknemer beter kent, deze sympathie opwekt, en er meer onderling vertrouwen is, blijkt dat de arts vaak meer ruimte geeft voor een langere ziekte duur.

Als verwacht wordt dat de patiënt niet snel terug zal keren naar het werk, wordt door de arbodienst of de bedrijfsarts een probleemanalyse WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) gemaakt die als basis dient voor het re-integratietraject. De analyse beschrijft de redenen voor het verzuim, de manier waarop de patiënt het werk weer zal opbouwen en het bijbehorende tijdpad. Daarnaast geeft de analyse maatwerkadviezen voor werkhervatting. Die kunnen gaan over het opvoeren van het aantal uren, het aanpassen van de werkplek en de taken of het combineren van werk met geplande behandelingen. De werkgever en de werknemer zijn samen verantwoordelijk voor het overeengekomen re-integratietraject.

6.3.7 Langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid

Bij langdurig verzuim wanneer niet duidelijk is of volledige werkhervatting in het eigen werk op termijn haalbaar is, wordt de arbeidsdeskundige ingeschakeld. Deze speelt dan een rol bij zowel de terugkeer van de patiënt naar het arbeidsproces als het zich handhaven in de werksituatie. Bij terugkeer naar het arbeidsproces moet aan de volgende voorwaarden voldaan zijn:

- De werknemer voert in overleg met de werkgever de belasting geleidelijk op;
- Patiënt en werkgever, samen met bedrijfsarts, arbeidsdeskundige en betrokken behandelaars maken samen afspraken over de manier waarop de re-integratie wordt aangepakt;
- Er wordt aandacht besteed aan de psychosociale belemmering(en) thuis of op het werk.

De verzekeringsarts wordt formeel aan het einde van het tweede ziektejaar betrokken bij de werknemer vanwege de WIA-keuring. De verzekeringsarts kan echter ook al eerder door de werkgever of de patiënt worden geraadpleegd voor een deskundigenoordeel. Bij werkenden zonder werkgever vervult de verzekeringsarts de rol van 'bedrijfsarts'.

De verzekeringsarts beoordeelt, net als de bedrijfsarts, de mogelijkheden en de beperkingen in relatie tot het werk, echter in breder perspectief. De verzekeringsarts onderzoekt de mogelijkheden van de patiënt om werk te verrichten op de volledige arbeidsmarkt.

De belastbaarheid van patiënten met SOLK kan per dag verschillen, vandaar dat meerdere 'meetpunten' of beoordelingsmomenten nodig zijn voor een reëel beeld. Beoordeling op basis van een momentopname moet worden voorkomen. Niet alleen de inhoud van het werk moet worden gewogen, ook de met SOLK samenhangende vermoeidheids- en concentratieproblemen moeten

worden meegenomen. Goede aandacht en begeleiding zijn vereist bij een verandering van functie, een herschikking van taken of wellicht een andere werkgever. Deze veranderingen kunnen gepaard gaan met minder uitdagend werk en achteruitgang in inkomen. Dit kan door de patiënt als zeer stressvol ervaren worden.

6.3.8 Arbo-curatieve samenwerking behoeft verbetering

Patiënten met SOLK lopen aan tegen de volgende problemen met betrekking tot werk:

- Onbegrip en ongeloof: SOLK is geen ziekte, de klachten zijn vaak aan de buitenkant niet te zien. De patiënt oogst wantrouwen als hij zegt dat hij een taak ten gevolge van zijn klachten niet kan uitvoeren. Behandelaars worden vaak niet betrokken bij re-integratie en beoordeling van arbeidsvermogen.
- Een verstoorde dialoog met de werkgever: moeizame, steeds terugkerende gesprekken met de werkgever over klachten, minder presteren op het werk en verzuim, zijn belastend.
- Starheid op de werkvloer: de patiënt kan zijn taken niet zelf indelen. Er zijn geen voorzieningen (zoals flexwerk of een rustkamer) en de omgeving denkt niet probleemoplossend mee.
- Slechte communicatie: dossiers zijn incompleet, de overdracht is onvolledig en wordt niet vastgelegd, gesprekken tussen patiënt, werkgever, arbo-organisaties en behandelaars verlopen moeizaam, zijn ongestructureerd en worden niet vastgelegd.

Dergelijke problemen veroorzaken stress en vormen obstakels die de terugkeer naar werk of het blijven werken bemoeilijken. Alle betrokkenen (patiënt, werkgever, arbo-zorgverleners en behandelaars) dienen dan ook zodanig samen te werken dat werken ondanks klachten gerealiseerd kan worden. De arbocuratieve samenwerking bij SOLK behoeft verbetering, waarbij het initiatief tot samenwerken van beide kanten (terrein zorg en terrein werk) moet komen.

7. Samenhang met andere kwaliteitsstandaarden

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

7.1 Generieke modules

- Arbeid als medicijn
- Destigmatisering
- Bijwerkingen
- Herstelondersteuning
- Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- Vaktherapie
- Zelfmanagement
- Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA)

7.2 Klachtgerichte richtlijnen en (zorg)standaarden

- Zorgstandaard chronische pijn
- Zorgstandaard Conversiestoornis
- Multidisciplinaire richtlijn Chronisch Vermoeidheids Syndroom

7.3 NHG leefstijladvisering algemeen

Zorgprofessionals krijgen informatie over preventie en signalering, motiverende gespreksvoering, leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden, man-vrouwverschillen, sociale kaart, handige websites en samenwerkingsafspraken rond leefstijladvisering.

Zie [NHG](#).

7.4 NHG zorgmodules leefstijl

In de zorgmodules leefstijl is kennis uit relevante NHG-Standaarden en zorgmodules gebundeld. Per thema zijn doel, doelgroep, betrokken zorgverleners en praktische richtlijnen voor diagnostiek en behandeling uitgewerkt. Voor het maken van afspraken over gedragsverandering is een informatiekaart '[Gezond Leven](#)' voor de patiënt gemaakt.

Algemene aspecten leefstijladvisering:

- zelfmanagement;
- migranten en laaggeletterden;
- sociale kaart;

- samenwerking.

Alcohol: gericht op mensen met een drinkpatroon dat lichamelijke, psychische of sociale problemen veroorzaakt, of zelfs aanzienlijke beperkingen of lijdensdruk geeft.

Bewegen: gericht op mensen met risicofactoren of (chronische) ziekten bij wie het aanleren van een gezond bewegingsgedrag onderdeel is van de behandeling.

Roken: gericht op alle rokers die zelf willen stoppen of bij wie stoppen met roken van belang is vanwege zwangerschap of aan roken gerelateerde klachten en risico's.

Voeding: gericht op mensen met risicofactoren of (chronische) ziekten bij wie het aanleren van een gezond voedingsgedrag onderdeel is van de behandeling.

Voor deze modules zie [NHG](#).

7.5 NHG-Standaarden

De volgende standaarden zijn via [NHG](#) te raadplegen. Zoek op de term.

- Aspecifieke lage rugpijn
- Duizeligheid
- Hand- en polsklachten
- Hoofdpijn
- Lumbosacraal radiculair syndroom
- Maagklachten
- Niet-traumatische knieklachten
- Obstipatie
- Prikkelbaredarmsyndroom
- Pijn
- Schouderklachten
- Slaapproblemen en slaapmiddelen

7.6 KNGF-standaard Beweeginterventies

Zie [KNGF-standaard Beweeginterventies](#)

7.7 Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken

Zie LESA [Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek](#)

7.8 Richtlijn informatie-uitwisseling

- Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP)
- Richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz
- Richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-fysiotherapeut

7.9 Online behandelingen met generieke modules

Een groot aantal online behandelingen voor lichamelijke klachten bevat generieke modules. Deze worden hier niet nader gespecificeerd.

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

8.1 Inleiding

Organisatie van zorg beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met SOLK en beoogt primair kwalitatief goede integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking te faciliteren. Het gaat daarbij om zorgstandaardafhankelijke aspecten en zorgstandaardonafhankelijke aspecten. Een belangrijk onderdeel zijn ook afspraken over het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid). Dit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces.

8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

Er moet goede samenhangende zorg geboden worden waarin mensen met klachten door de huisartsenzorg, de specialistische somatische zorg, de bedrijfsartsen/arbozorg, de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde GGz (S GGZ) en hoogspecialistische ggz (HS GGZ) snel en effectief worden behandeld. Uitgangspunt is passende zorg. Dit betekent dat zorgverleners continu passende en doelmatige zorg bieden en zich steeds weer (en niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet) de vraag stellen wat de persoon nodig heeft.

Patiënten, hun naasten en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk wordt (verergering van) klachten voorkomen. In de gehele gezondheidszorg is preventie, in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen', essentieel.

8.2.1 Integrale herstelbenadering

Binnen een integrale herstelbenadering wordt het herstellvermogen van de patiënt zelf gestimuleerd en maken re-integratie en rehabilitatie onderdeel uit van de zorg. Naasten worden niet alleen gezien als mede-ondersteuner of zelfs co-begeleider, maar ook als mens met een mogelijke ondersteuningsbehoefte (zie ook de [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek]). Er is daarnaast aandacht voor mogelijk betrokken kinderen ([KOPP/KVO](#)).

Voor de integrale herstelbenadering is het heel belangrijk dat sprake is van een goede relatie, samenwerking, zorgcoördinatie en afstemming tussen zorgverleners werkzaam in de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg en professionals buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld om mensen met klachten zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt en (weer) deel te laten nemen aan de samenleving.

8.2.2 Echelonering en gepast gebruik

In de Nederlandse gezondheidszorg heeft de huisarts een centrale plaats: 95% van alle gezondheidsklachten wordt in de huisartspraktijk behandeld. Huisartsenzorg, psychosomatisch fysio/oefentherapeut en voor werknemers de bedrijfsarts zijn zonder verwijzing vrij toegankelijk. De huisarts heeft een poortwachtersfunctie: specialistische zorg wordt alleen vergoed na verwijzing.

8.2.3 Echelonering ggz

In 2014 is de structuur van de ggz aangepast om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De herziening heeft als doel een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons: meer zorg vanuit de S GGZ naar de GB GGZ en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement. De nieuwe ggz-structuur wijzigde de werkdomeinen van de verschillende echelons. De huisarts kan met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van eHealth en consultatiemogelijkheden bij de GB GGZ en S GGZ meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de GB GGZ worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de S GGZ is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste reductie van klinische opnameplekken, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de S GGZ is de HS GGZ, die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de S GGZ en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de HS GGZ.

In de [Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ \(LGA\)](#) tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz worden de verantwoordelijkheden van de verschillende echelons in de zorg beschreven. Vanuit het uitgangspunt van matched care is het streven dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek door de juiste zorgverlener wordt geholpen. Zo mogelijk wordt hulp geboden in de huisartsenpraktijk.

8.2.4 Echelonering in de behandeling van SOLK naar ernst van de aandoening

- Milde SOLK wordt in de regel door de huisarts of daartoe getrainde POH-GGZ behandeld.
- Matig-ernstige SOLK kan meestal in de eerste lijn en/of generalistische basis ggz (GB GGZ) behandeld worden door huisarts met POH-GGZ, (psychosomatische) fysio- of oefentherapeut en ggz-zorgverlener.
- Ernstige SOLK kan meestal het best in de S GGZ of HS GGZ behandeld worden of in multidisciplinair werkende teams in de somatische tweede lijn. In de meeste behandelprogramma's werken somatisch medisch specialisten samen met ggz-zorgverleners. Ernstige SOLK kan ook behandeld worden door een vrijgevestigde ggz-professional, zo nodig in zijn professionele netwerk met andere ggz-zorgverleners, fysiotherapeut en andere zorgverleners.

HS GGZ wordt geboden vanuit Universitaire Medische Centra (UMC's) en gespecialiseerde centra of klinieken. Deze centra richten zich op patiënten die vanwege hun complexe en/of zeldzame klachten

al behandeling in de GB GGZ of S GGZ achter de rug hebben met onvoldoende resultaat. Bij deze patiënten is sprake van complexe problematiek. Enerzijds door de ernst van klachten en anderzijds door de aanwezigheid van comorbide persoonlijkheidsstoornissen en/of somatische stoornissen, sociaalmaatschappelijke problemen en/of beperkingen in het intellectueel functioneren. In deze instellingen wordt gespecialiseerde patiëntenzorg gecombineerd met wetenschappelijk onderzoek. Innovatieve behandelingen worden ontwikkeld, uitgevoerd en onderzocht op effectiviteit.

8.2.5 Echelonnering in de behandeling van SOLK naar aantal instandhoudende factoren

Behalve naar aantal klachten, functionele belemmeringen en klachtenduur kan de ernst van de SOLK en de passende zorgswaarte op basis van het aantal en de aard van de instandhoudende gevolgen bepaald worden.

- Patiënten waarbij één instandhoudende factor het herstel van de klachten verhindert, kunnen meestal bij de huisarts en POH-GGZ of in de GB GGZ behandeld worden.
- Patiënten waarbij meerdere instandhoudende factoren een rol spelen, er sprake is van somatische of psychische comorbiditeit en/of traumatische ervaringen die het herstel verhinderen kunnen over het algemeen behandeld worden in de S GGZ en/of door somatische tweedelijns revalidatieteams.
- Patiënten waarbij persoonlijkheidsproblematiek, vroegkinderlijke traumatisering en ernstige somatische comorbiditeit een rol spelen of die ADL afhankelijk zijn, kunnen het best behandeld worden in HS GGZ, academische centra en revalidatieklinieken.

8.2.6 Gepast gebruik

Naast echelonnering is gepast gebruik van zorg een uitgangspunt binnen de zorgstandaard SOLK. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject ('matched care').

Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. De mogelijkheden van zelfmanagement, zelfhulp- en lotgenoten(groepen) worden altijd nagegaan om via herstelondersteuning - naast een eventuele behandeling - empowerment en herstel te bevorderen. Daarnaast zijn gezamenlijke (vraaggerichte) besluitvorming door zorgverlener en patiënt en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken.

Zorgaanbieders zorgen er daarom voor dat de volgende zaken in hun organisatie/praktijk geregeld zijn:

- Zorgverleners zijn bevoegd en bekwaam, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en houden hun deskundigheden op peil.
- Er wordt gewerkt op basis van principes van matched care.
- De effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden.
- Behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en door te overleggen met collega's (intervisie

en peer review).

- Zorgverleners hebben voldoende kennis over het betrekken en ondersteunen van naasten. Hun is bekend dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional, ongeacht het echelon of zorgdomein.

8.2.7 Regiebehandelaar

Wanneer meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. In de multidisciplinaire richtlijn en de NHG-Standaard SOLK is de huisarts aangewezen als regiehouder over de zorg, zowel wat betreft de somatische als de ggz-aspecten. Ook en juist als de patiënt is verwezen naar somatisch-specialistische zorg en/of GB GGZ of S GGZ, houdt de huisarts (of diens POH GGZ) met de patiënt regelmatig contact om na te gaan of de verwijzing tot stand is gekomen, of de patiënt de behandelingen volhoudt, wat het resultaat is en welke vervolgstappen nodig zijn.

Binnen de ggz is de functie van regiehouder bindend geregeld door altijd een regiebehandelaar

regiebehandelaar: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

[Meer informatie](#)

aan te wijzen. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep.

Regiebehandelaar ggz

In de ggz is bindend geregeld welke disciplines de functie van regiebehandelaar kunnen vervullen.

Voor de voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar in de ggz wordt verwezen naar het [Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ](#). Dit kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard SOLK. Bij patiënten met SOLK is het van belang dat zorgverleners vanuit verschillende disciplines goede samenwerkingsafspraken maken.

8.2.8 Overdracht en consultatie

Voor overdracht en consultatie binnen de ggz gelden in deze zorgstandaard onverkort de aanbevelingen van de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz \(LGA\)](#) over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing en over de taakafbakening,

verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Deze module geldt als model voor lokale en regionale samenwerkingsafspraken.

De [LGA](#) is onverkort van toepassing op de zorgstandaard SOLK. Er kan ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen of met het sociale domein.

8.2.9 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom zal deze zorgstandaard in de toekomst een eenduidige beschrijving van de gegevens gaan bevatten die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden (informatiestandaard).

Daarom zal deze zorgstandaard in de toekomst een eenduidige beschrijving van de gegevens gaan bevatten die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden (informatiestandaard): Dit vereist onder meer eenheid van taal.

Partijen zullen nog landelijke afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorg- en hulpverleners. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Doel van de informatie-uitwisseling is een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel. Er worden geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om. De informatiestandaard besteedt ook aandacht aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals. Landelijk zullen de bij de zorgstandaarden betrokken partijen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners. Daarnaast maken zij nog afspraken over welke terminologie zij hierbij gebruiken en definiëren zij de kernbegrippen. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en wisselen zorgverleners geen gegevens uit buiten de patiënt om. In de informatiestandaard komt ook de uitwisseling van informatie aan bod met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

8.2.10 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en

coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast:

- zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met betrekking tot de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wmo georganiseerde begeleiding de juiste ggz deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis aanwezig;
- worden wachtlijsten voorkomen.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8.2.11 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of begeleiding. Om rechtsgeldig toestemming te kunnen geven heeft de patiënt goede informatie nodig van een zorgverlener. Informed consent is de twee-eenheid van de informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste van de patiënt. Het betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt begrijpelijk en zo volledig mogelijk informeert over de voorgestelde behandeling: aard en doel, de risico's en mogelijke alternatieven. Los van het juridische aspect is goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Dit kan ook impliciet plaatsvinden, bijvoorbeeld bij een behandeling in een acute situatie of noodsituatie. In de ggz is het gebruikelijk dat het besluit ondertekend door de patiënt in een behandelovereenkomst wordt opgenomen.

Keuzemogelijkheden

De organisatie van zorg doet niet alleen recht aan het beginsel van informed consent, maar biedt een patiënt altijd keuzemogelijkheden om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt voor elke regio in Nederland, ongeacht welke lokale afspraken er gemaakt worden. De patiënt houdt de mogelijkheid om zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen, waarbij hij zich dient te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Een behandelplan voor SOLK wordt altijd door patiënt en zorgverlener samen opgesteld, op basis van behandeldoelen. Samen evalueren zij het behandelplan regelmatig, zodat de patiënt altijd invloed heeft op de zorg die hij ontvangt.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (binnen instellingen of in samenwerkingsverbanden, etc.) in de gezondheidszorg als geheel een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest).
- De informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt.
- De informatie wordt tijdig gegeven.
- De regiebehandelaar bespreekt, zo nodig en altijd met toestemming van de patient, informatie met naasten.

8.2.12 Onafhankelijke patiëntenondersteuning

Om daadwerkelijk inhoud te geven aan keuzevrijheid schrijft de Wmo voor dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. Dat geldt in elk geval op het moment dat iemand met een lichamelijke of psychische aandoening om ondersteuning vraagt vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wlz.

Het gaat om 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'.

In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenoemde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. Hij helpt dus om de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek.

Volgens het inspiratiedocument van de VNG kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle drie de lagen:

1. Patiëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
2. Patiëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.
3. Patiëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

8.2.13 Privacy

De zorg wordt zo georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet beroepen individuele gezondheidszorg). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier. Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naastbetrokkenen niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiëntgebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naastbetrokkene (intern en extern bij bijvoorbeeld familieorganisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

8.3.1 Uitgangspunten en knelpunten in de zorg

Een goede organisatie van zorg rondom patiënten met SOLK is belangrijk. Omdat veel patiënten moeite hebben met de acceptatie van de werkhypothese SOLK, kunnen gemakkelijk communicatieproblemen optreden tussen zorgverlener en patiënt. Daarom is het des te belangrijker om als zorgverleners goed samen te werken. Huisartsen kijken zowel naar lichamelijke als psychische factoren, maar moeten met doorverwijzen al snel een keuze maken tussen een verwijzing naar een somatisch werkende zorgverlener of naar een ggz-zorgverlener. Dit blijken vaak heel verschillende sectoren te zijn waarin de samenwerking nog veel te wensen over laat. Dit geeft veel onduidelijkheid en frustratie bij de patiënt en belemmert goede zorg.

Continue en samenhangende zorg bieden (zie [Zorgstandaardafhankelijke aspecten](#)) betekent goed aansluiten op de individueel sterk uiteenlopende behoeften van patiënten. Er mag geen sprake zijn van knellende ketenzorg. Er moet een duidelijk omschreven mono- of multidisciplinair behandel aanbod zijn dat door de zorgverzekeraar kan worden ingekocht.

Knelpunten

Er is een aantal knelpunten in de zorg rondom SOLK:

Bron: Tak L, Spaans J, Rood Y. Aanpak SOLK vraagt om meer samenhang. Medisch Contact 2016; 36:22-5.

- Voor goede zorg is het nodig dat de rol van huisarts en POH-GGZ wordt versterkt, zodat de start van de behandeling geen vertraging oploopt. Nu wordt eerst een aantal somatisch specialisten bezocht en gaat er veel tijd verloren in het zoeken naar een somatische oorzaak van de klachten. De passende behandeling van SOLK komt te laat op gang en als er uiteindelijk verwezen wordt zijn er vaak lange wachtlijsten, vooral bij de S GGZ, HS GGZ en revalidatie. Gemeenschappelijke (na)scholing van huisarts plus POH-GGZ kan inhoudelijk en organisatorisch de rol van dit team versterken.
- Een goed overzicht van de sociale kaart wordt gemist, waardoor het zorgaanbod inzichtelijk is voor zorgverleners en patiënten.
- Een financieringsvorm, waarbij somatische zorg en ggz geïntegreerd worden aangeboden, zou veel problemen oplossen en de zorg aan patiënten met SOLK verbeteren.

Belangrijke elementen in de organisatie van zorg zijn de communicatie tussen zorgverleners bij verwijzing, tussentijdse rapportage en eindrapportage, de instellingen die zorg bieden en bekendheid met de zorgaanbieders in de regio en beleid ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Een gemeenschappelijk digitaal portaal waarin patiënt en betrokken zorgverleners toegang hebben tot het dossier, kan betere afstemming in de zorg bevorderen.

8.3.2 Communicatie en samenwerking tussen zorgverleners

Verwijzing

Verwijzing voor diagnostiek of behandeling kan plaatsvinden via een verwijsbrief, eventueel aangevuld met direct contact (telefonisch of face-to-face) tussen twee zorgverleners. Een belangrijk uitgangspunt is dat de zorgverlener in de verwijsbrief een duidelijke vraag formuleert die door de patiënt en zorgverlener samen is opgesteld.

Bij verwijzing van een patiënt naar de medisch specialist is het belangrijk in de verwijsbrief het verzoek op te nemen om de patiënt weer terug te verwijzen naar de huisarts als er geen afwijkende bevindingen zijn. Dit om te voorkomen dat de patiënt van de ene naar de andere specialist gaat. Verder dient de verwijsbrief te voldoen aan de [Richtlijn informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist](#) bij verwijzingen (HASP) zoals geformuleerd door het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) en de – toenmalige – Orde van Medisch Specialisten.

Voor verwijzingen naar de S GGZ dient de verwijsbrief te voldoen aan de [Richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz](#). Voor patiënten met de werkhypothese SOLK is het specifiek van belang dat in de verwijsbrief melding wordt gemaakt van het aanvullend onderzoek dat gedaan is en heeft geleid tot de werkhypothese SOLK.

Bij een verwijzing voor behandeling in de ggz, dan wel bij paramedisch zorgverleners (bijvoorbeeld psychosomatische oefen- en/of fysiotherapeuten) dient de verwijzer expliciet in de verwijsbrief aan te

geven welke uitleg of welk verklaringsmodel hij heeft gegeven voor de klachten aan de patiënt. Zo kan de therapeut eenvoudig aansluiten op eerder gegeven uitleg van de verwijzer. Verder dient de verwijsbrief naar paramedische zorgverleners te voldoen aan de [Richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-fysiotherapeut](#).

Tussentijdse rapportage

De richtlijnen voor tussentijdse rapportage staan ook beschreven in de genoemde richtlijnen Informatie-uitwisseling. Tussentijdse rapportage dient om de verwijzend zorgverlener te informeren over de laatste stand van zaken betreffende de patiënt (onder andere beloop van de klachten), de reeds genomen stappen in het diagnostisch-, behandel- of begeleidingstraject en over de nog geplande activiteiten.

Omdat SOLK een werkhypothese is, is het voor alle zorgverleners van belang om elkaar goed over tussentijdse veranderingen te informeren. Deze veranderingen kunnen de ingestelde behandeling beïnvloeden, maar kunnen ook, in uitzonderingsgevallen, alsnog wijzen op somatische pathologie die de klachten verklaart. In deze gevallen is soms hernieuwd lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek noodzakelijk. Daarnaast is het belangrijk wijzigingen in de medicatie, een complicatie van de behandeling of een nieuwe diagnose of episode of belangrijke life events, tussentijds te rapporteren. De zorgverlener die de tussentijdse rapportage opstelt, dient ook een voorstel voor verdere behandeling en controle van de patiënt te doen.

Eindrapportage

De eindrapportage wordt zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 2 tot 4 weken verstuurd aan de verwijzer. De richtlijnen voor eindrapportage staan in de [richtlijnen Informatie-uitwisseling]. In de afsluitbrief van de somatisch medisch specialist aan de huisarts staat een duidelijk antwoord op de verwijsvraag van de huisarts en op de hulpvraag van de patiënt. Naast een terugkoppeling van de somatische bevindingen en testuitslagen dient de medisch specialist in de afsluitbrief aan te geven welke uitleg hij heeft gegeven aan de patiënt en of hij de klachten een specifieke naam of label heeft gegeven. De specialist zou moeten overwegen de brief zo te schrijven, alsof hij de brief aan de patiënt richt. Zo krijgt de verwijzer zo concreet mogelijk te horen wat er precies gezegd is in de spreekkamer van de medisch specialist.

Behandelaren van patiënten met SOLK dienen in hun eindrapportage duidelijk te vermelden wat het beloop van de behandeling is geweest en tot welke nieuwe inzichten en uitgangspunten dit geleid heeft. De mening van de patiënt over de behandeling en het beloop van de klachten dient beschreven te zijn. Ook dient de behandelaar een inschatting van de prognose te geven en een advies wat te doen bij terugval.

8.3.3 Betrokken zorgaanbieders, regionale netwerken en digitale infrastructuur

De taakomschrijving van de beroepsgroepen betrokken bij de zorg aan patiënten met SOLK wordt in de volgende paragrafen besproken.

8.3.4 Huisarts

De huisarts herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten met (chronische) somatische, psychische, psychosociale en psychosomatische klachten. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klacht-, niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Als poortwachter beoordeelt hij of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen. Een kaderhuisarts GGZ is een huisarts met extra expertise op het gebied van de ggz. Hij kan collega-huisartsen adviseren, consultatie geven en supervisie geven aan de POH-GGZ.

8.3.5 Somatisch medisch specialist

Met name de internist, neuroloog, maagdarmlieverarts, reumatoloog, gynaecoloog, cardioloog en revalidatiearts zien veel patiënten met SOLK. Veel klachten, vooral buikklachten, hoofdpijn en rugklachten, waarvoor de huisarts geen ziekte als verklaring kan vinden, blijven ook in de tweede lijn onverklaard. Veel ziekenhuizen hebben gespecialiseerde teams die aan patiënten met specifieke SOLK (bijvoorbeeld bekkenbodemplachten, prikkelbare darmsyndroom, houdings- en bewegingsapparaat) diagnostiek, advies en behandeling bieden. De somatisch medisch specialist verleent hier zorg samen met een psycholoog van de afdeling medische psychologie, vaak ook met een (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut. Ook kan de specialist doorverwijzen naar de afdeling medische psychologie van het ziekenhuis. Daar werken psychologen die gespecialiseerd zijn in psychische problematiek die samenhangt of samengaat met lichamelijke problemen.

Een anaesthesist-pijnspecialist voert bij patiënten met SOLK soms zenuwblokkades uit. Ook deze somatisch medisch specialist werkt bij voorkeur samen met de afdeling medische psychologie in een geïntegreerde pijnpoli.

8.3.6 POH-GGZ

De POH-GGZ is opgeleid als onder andere sociaalpsychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog

De POH-GGZ is opgeleid als onder andere sociaalpsychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog: Taakomschrijvingen in de ggz zijn ontleend aan de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA).

[Meer informatie](#)

of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ-opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langer durende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Uitgangspunt hierbij is dat niet zozeer de aandoening centraal staat, maar het aanpassingsvermogen van de patiënt en zijn vermogen tot zelfmanagement. De focus ligt niet op de symptomen, maar bij veerkracht, gedrag en gezondheid.

8.3.7 (Psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut

De (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut behandelt mensen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij sprake is van chronische pijnklachten of (te) lang aanhoudende klachten, SOLK, depressie en/of angststoornissen en burn-out. Psychosomatisch fysio- en oefentherapeuten hebben na hun opleiding een vervolgopleiding gevolgd gericht op behandeling van deze klachten. Er zijn ook fysio- en oefentherapeuten die via aanvullende scholing en ervaring specifieke deskundigheid voor de behandeling van SOLK hebben ontwikkeld.

8.3.8 GZ-psycholoog

De GZ-psycholoog behandelt – kortdurend, eclectisch en uitgaande van de geldende richtlijnen – lichte tot matig ernstige psychische problematiek. Hij diagnosticeert en behandelt psychische aandoeningen en psychische aspecten van lichamelijke ziekten, invaliditeit en aandoeningen in de persoonlijke levenssfeer. De GZ-psycholoog is generalistisch opgeleid en kan zelfstandig werkzaam zijn in alle echelons. Een eerstelijnspsycholoog is een GZ-psycholoog met extra opleiding en ervaring voor het verlenen van psychologische zorg in de eerste lijn.

8.3.9 Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is expert op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling. Dit betreft met name de complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie, op het snijvlak van somatiek en psyche. Hij heeft kennis van en ervaring met toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie.

8.3.10 Psychotherapeut

De psychotherapeut diagnosticeert en behandelt patiënten met complexe psychische problematiek en indiceert en behandelt hen met daartoe geëigende psychotherapie. Daarnaast kan hij ook kortdurend en protocollair werken.

8.3.11 Medisch psycholoog en psychiater

De **medisch psycholoog** werkt nauw samen met de specialist in het ziekenhuis op de afdeling medische psychologie. De medisch psycholoog is gespecialiseerd in problemen rond het omgaan met lichamelijke aandoeningen. Voor SOLK patiënten kan het prettig zijn dat behandeling plaatsvindt binnen de muren van het ziekenhuis. Behandeling door de psycholoog in het ziekenhuis is meestal kort, en gericht op direct aanpakken van het belangrijkste probleem.

8.3.12 Psychiater

De psychiater is een medisch specialist, die op basis van onderzoek van biologische, psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexere psychiatrische problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie.

farmacotherapie.: Behandeling met geneesmiddelen.

Verder stelt hij zich beschikbaar als consulent op het gebied van diagnose, indicatiestelling en behandeling.

8.3.13 GGz-verpleegkundige

De GGz-verpleegkundige kan ggz-zorgbehoeftes op complexiteit en urgentie inschatten en kan de aard en omvang van de zorg die nodig is organiseren en uitvoeren. Hij biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van hun psychische aandoening en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.

8.3.14 Verpleegkundig specialist GGz

De verpleegkundig specialist GGz is een verpleegkundige die, op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij individuele behandelrelaties aangaat. Op basis van klinisch redeneren komt de verpleegkundig specialist GGz tot diagnostiek, waarna hij interventies toepast. Ook kan hij in beperkte mate welomschreven voorbehouden geneeskundige handelingen indiceren en verrichten.

8.3.15 Sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV)

De sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV) is een gespecialiseerde verpleegkundige die generalistisch werkt en die mede gericht op de sociale context, patiënten en hun systemen behandelt en begeleidt en nauw samenwerkt met diverse professionals. De SPV richt zich op triage, preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende behandeling van zorgvragen. [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.](#)

8.3.16 Verslavingsarts KNMG

De profielgeregistreerde verslavingsarts KNMG diagnosticeert en behandelt het veelal chronisch verlopend ziektebeeld van een verslaving. Op de deelgebieden waarin hij competent is, diagnosticeert en behandelt hij ook psychische en somatische aandoeningen of hij draagt zorg voor een gerichte doorverwijzing. Hij is expert op het gebied van medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie, het voorkómen van terugval en zorg voor de chronische verslaafde.

8.3.17 Huisarts en POH-GGZ meest betrokken

De huisarts levert samen met de POH-GGZ het grootste deel van de SOLK-zorg. De [NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten](#) stelt dat patiënten met SOLK met milde tot matig-ernstige klachten bij de huisarts behandeld kunnen worden. Hierbij speelt de

(psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut ook een belangrijke rol. Juist de huisarts levert zorg op zowel het terrein van de psyche als van de somatiek en kent de context van de patiënt. De prominente rol van huisarts en de POH-GGZ in de SOLK-zorg vraagt om goede scholing van huisarts en POH-GGZ, een goede vergoedingsstructuur en de ontwikkeling van eHealth-tools.

8.3.18 Ggz en multidisciplinaire zorg: samenwerkingsverbanden

Patiënten die niet voldoende behandeld kunnen worden door de huisarts kunnen verwezen worden naar een zorgverlener in de GB GGZ of S GGZ. In de S GGZ bieden sommige instellingen een of meerdere specifieke programma's aan rond SOLK of bieden op basis van de diagnostiek volgens het gevolgenmodel een uni- of multidisciplinaire gepersonaliseerde behandeling. Om de vaak lange en omslachtige gang door de gezondheidszorg voor de patiënt te voorkomen zijn er in het land verschillende samenwerkingsverbanden ontstaan. Ook een vrijgevestigde BIG-geregistreerde ggz-professional kan GB GGZ en S GGZ leveren, al dan niet in een professioneel netwerk met bijvoorbeeld een psychiater, fysiotherapeut, vaktherapeut. Daarnaast zijn er instellingen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van bepaalde specifieke klachten.

8.3.19 Behandeling in de hoogspecialistische ggz (HS GGZ)

Een aantal Nederlands HG GGZ afdelingen voor psychosomatiek bieden zorg aan patiënten met ernstige somatisch-symptoomstoornissen. Patiënten die naar deze centra verwezen worden zijn al jaren in zorg bij andere zorgverleners. Er wordt na een uitgebreide intake, klinische (opname), poliklinische of dagdeeltijdse, individuele of groepsgewijze behandeling geboden. Behandelingen zijn gericht op specifieke klachten en gebaseerd op een gepersonaliseerd profiel van instandhoudende factoren. Deze behandelingen zijn meestal multidisciplinair. Bij voorkeur zijn de verschillende disciplines verbonden aan dezelfde behandelinstelling. Daarbij is er een keuze uit onder andere cognitieve revalidatietherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT), acceptance and commitment therapy (ACT), lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT) en traumatherapie. Farmacotherapie wordt ingezet voor zowel psychische aandoeningen als voor pijn. Er wordt nauw samengewerkt met psychosomatisch fysio en/of oefentherapeuten en met de huisarts van de patiënt. De huisarts wordt bij het beëindigen van de behandeling voorzien van advies over het opvolgen van de farmacotherapie en terugvalpreventie. Ook verrichten deze afdelingen voor HS GGZ consultatie en second opinions. In de HS GGZ zijn klinische behandel mogelijkheden (opname) voor patiënten met (zeer) ernstige SOLK landelijk beperkt. Er zijn lange wachttijden. Aanbevolen wordt dat instellingen in overleg met zorgverzekeraars het minimaal noodzakelijke volume en de landelijke spreiding van klinische behandelplaatsen voor patiënten met (zeer) ernstige SOLK bepalen en realiseren.

8.3.20 Regionale netwerken

Het is wenselijk dat patiënten zoveel mogelijk in de eigen regio, dichtbij huis, de voor hun geschikte behandeling kunnen krijgen. De huisarts heeft via het persoonlijk netwerk contact met zorgverleners van verschillende disciplines in de regio. Een online overzicht van het SOLK-behandelaanbod kan de huisarts hierbij ondersteunen.

Een stap verder dan persoonlijke netwerken zijn formele regionale netwerken. Om patiënten met complexere SOLK op een doelmatige manier te verwijzen bevelen we aan dat SOLK-zorgverleners

zich regionaal organiseren in een netwerk. Zorgverleners in een netwerk zouden hun doelgroepen in onderling overleg goed moeten definiëren.

Als zo'n regionaal netwerk er eenmaal is, zouden huisartsen via een standaard verwijsformulier een SOLK-verwijzing naar het regionale netwerk kunnen sturen, waarna de deelnemers de meest geschikte behandelplek bepalen. Regionale netwerken zouden een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid kunnen zijn van de grotere instellingen in de regio zoals een ggz-instelling, revalidatiecentrum, een universitair centrum of een afdeling/instelling voor HS GGZ, in samenspraak met zorgverzekeraars en vertegenwoordigers uit de basiszorg (huisarts, GZ-psycholoog, fysiotherapeut).

8.3.21 Digitale infrastructuur

Implementatie van doelmatige zorg kan worden gefaciliteerd door een gedeelde digitale infrastructuur. Dat zorgt voor een aanbod van valide meetinstrumenten die uniforme screening, complexiteitsbepaling en behandelevaaluatie (routine outcome monitoring) mogelijk maken binnen het regionale netwerk. Ook eHealth-tools ingezet bij de behandeling zouden hieraan kunnen worden gekoppeld. Binnen deze infrastructuur past ook een persoonlijke gezondheidsomgeving van de patiënt, waartoe nieuwe behandelaren toegang kunnen krijgen indien de patiënt hier toestemming voor geeft. Het is van belang dat deze digitale infrastructuur aansluit op het huisartsendossier en het ziekenhuisdossier zodat de informatie over een patiënt zo volledig mogelijk beschikbaar is. Daarbij gelden onverkort de afspraken en wet- en regelgeving rond de privacy van de patiënt en de bescherming van zijn gegevens. [Grip op klachten](#) is een voorbeeld van een digitale infrastructuur.

8.4 Kwaliteitsbeleid

Kwaliteit van zorg is een breed begrip en behelst meerdere aspecten van zorgverlening. De Basisset Kwaliteitscriteria GGZ van [MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid criteria](#) gelden ook voor patiënten met SOLK.

Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. De waardering van de patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch) die met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Zo ontstaat een verbinding tussen zorgstandaard, routine outcome monitoring en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, zorgverleners en andere belanghebbenden met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met SOLK. Het kwaliteitsbeleid bij SOLK is complex. Er zijn vele somatische disciplines en ggz-zorgverleners bij betrokken, evenals bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

8.4.1 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.

Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van toepassing op deze zorgstandaard.

8.4.2 Samenwerkingsinitiatieven kwaliteitsverbetering bij SOLK

NOLK

NOLK is een netwerk van instellingen en professionals van verschillende disciplines op het gebied van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). NOLK brengt professionals van verschillende disciplines en instellingen op het gebied van SOLK samen met als doel de kwaliteit van zorg voor patiënten met SOLK te verbeteren en te bewaken. NOLK brengt de praktijken en instellingen in kaart die een zorgaanbod hebben voor patiënten met SOLK. Deze online sociale kaart is openbaar en in ontwikkeling. Daarnaast stimuleert NOLK ontwikkelingen die een voor patiënten adequate organisatie van zorg bevorderen. Tenslotte wil NOLK wetenschappelijk onderzoek en onderwijs stimuleren en in kaart brengen. Daartoe brengt het onder meer academische en HS GGZ centra (die wetenschappelijk onderzoek doen naar SOLK en onderwijs ontwikkelen over SOLK) bij elkaar om te komen tot een breed gedragen onderwijsprogramma en een brede relevante onderzoeksagenda.

Grip op klachten

[Grip op klachten](#) bestaat uit een samenwerking van behandelaren en wetenschappelijk onderzoekers. Grip op klachten is een online hulpmiddel, dat huisartsen en andere zorgverleners ondersteunt bij de diagnose, behandeling en monitoring van SOLK-patiënten. Het bestaat uit een digitale infrastructuur voor SOLK-zorgverleners, met daarin een set eHealth-tools die aansluiten bij de relevante standaarden en de zorgstandaard en de implementatie daarvan faciliteren. Het systeem ondersteunt de huisarts in de diagnostiekfase bij het in kaart brengen van de ernst van de SOLK en van eventuele onderliggende bijdragende factoren, waaronder psychopathologie en gebruik van medicijnen en middelen. Ook construeert het systeem persoonlijke probleemprofielen gebaseerd op de systematiek van SCEGS en het gevolgenmodel. Met behulp van deze probleemprofielen genereert de software een op de persoon afgestemd zelfhulpprogramma, dat onder begeleiding van de POH-GGZ kan worden uitgevoerd. Op basis van de verzamelde data wordt ook een gericht verwijzingsadvies aan de huisarts gegeven, voor online of face-to-face therapie conform de relevante richtlijnen. Elke patiënt in Grip op klachten zal automatisch periodiek worden gevolgd met standaard ROM-instrumentarium

ROM-instrumentarium: Routine Outcome Measure: een standaard meting (meestal vragenlijst) die bij elke patiënt gedaan wordt om het effect van een behandeling te meten. Meestal wordt ROM bij begin, tijdens en na een behandeling gedaan. ROM is vooral in de ggz ingeburgerd.

(zie [Meetinstrumenten voor complexiteit SOLK](#)). Dat maakt het mogelijk om in de praktijk te bestuderen in welke mate interventies werkzaam zijn, maar ook voor wie ze werkzaam zijn. Zo kan

Grip op klachten meer kennis opleveren over de optimale behandeling van SOLK, waardoor de adviezen doelmatiger zullen worden.

8.4.3 Deskundigheidsbevordering

Het is van belang dat alle betrokken zorgverleners goede en actuele kennis hebben. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid en de juiste attitude hebben om de beschreven zorg te kunnen waarborgen.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de wet en de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

Alle zorgverleners dienen voldoende op de hoogte zijn van de nieuwste inzichten rondom diagnostiek en behandeling van SOLK en dienen dezelfde taal te spreken naar patiënten. Daartoe is het belangrijk dat al in de basisopleiding van alle opleidingen van zorgverleners die bij SOLK zijn betrokken, aandacht is voor SOLK.

In de huisartsopleiding is SOLK bestempeld tot een van de tien kernthema's en uitgewerkt in kenmerkende beroepsactiviteiten (KBA's). Alle huisartsopleidingen geven onderwijs over SOLK.

In de opleiding tot POH-GGZ is vaak nog weinig onderwijs over SOLK opgenomen. In de basisopleiding psychologie is weinig tot geen onderwijs over SOLK. Ook in het onderwijs aan medisch specialisten is op dit gebied nog veel te winnen.

8.4.4 Nascholingsaanbod

Er is een ruim nascholingsaanbod op het gebied van SOLK voor de verschillende zorgverleners, zowel schriftelijk en digitaal als in de vorm van trainingen. De website elearningsolk.nl sluit aan bij de delen van de zorgstandaard die gaan over uitleg, communicatie, consultvoering en samenwerking.

Generieke onderwerpen in scholing over SOLK voor alle zorgverleners zijn:

- Duidelijkheid over eigen plaats en zorgverlenersrol in matched care voor SOLK.
- Herkennen en hanteren van eigen attitude ten opzichte van SOLK en patiënten met SOLK.
- Realiseren van een therapeutische werkelijkheid.
- Bekend zijn met principes van overdracht en tegenoverdracht en die kunnen herkennen en hanteren in de relatie met patiënten met SOLK.
- Omgaan met eigen diagnostische of therapeutische onzekerheid.
- Brede klachtenexploratie met behulp van het SCEGS-gevolgenmodel.
- Uitleg instandhoudende factoren (voor klachten binnen het eigen vakgebied).
- Met patiënt toewerken naar een gemeenschappelijke probleemformulering.
- Individueel behandelplan, activerend en gericht op verbetering van functioneren.
- Verwijzing, overleg en terugrapportage naar verwijzer en huisarts.

8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

8.5.1 Systematische review kosteneffectiviteit

Een voor deze zorgstandaard uitgevoerde systematische review vond 36 studies over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Voor een beschrijving van de review en de opzet, resultaten en kwaliteit van de gevonden studies zie achtergronddocument [Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse](#).

Door de grote diversiteit van de studies (in termen van doelgroep, land, tijdshorizon en interventie) is het niet goed mogelijk is om samenvattende uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van de onderzochte interventies. Er springen evenmin specifieke interventies uit die consequent kosteneffectief blijken, uitgezonderd de groepsinterventies, die relatief vaak kosteneffectief leken. De budget impact analyse richt zich daarom op het grootschaliger aanbieden van een in Nederland onderzochte groepsinterventie.

Bron: Visser MS, Zonneveld LN, Van 't Spijker A, Hunink MG, Busschbach JJ. The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. Value Health 2015; 18:570-7.

8.5.2 Budget impact analyse

De uitkomsten van de budget impact analyse (zie achtergronddocument [Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse](#)) hangen af van het gekozen perspectief (zorgperspectief of maatschappelijk perspectief) en de beschouwde periode. Een langere tijdshorizon gepaard gaat met grotere onzekerheid over de daadwerkelijke uitkomsten. Op basis van de studie van Visser et al.

Bron: Visser MS, Zonneveld LN, Van 't Spijker A, Hunink MG, Busschbach JJ. The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. Value Health 2015; 18:570-7.

kan worden geconcludeerd dat het aanbieden van cognitieve gedragstherapie in groepsvorm aan 1.000 patiënten per jaar, na 21 maanden naar verwachting gepaard gaat met additionele zorgkosten van € 1,3 miljoen per jaar en € 775.000 aan maatschappelijke kosten per jaar, terwijl dit naar verwachting 39 QALYs genereert. Hiermee is de interventie na 21 maanden volgens de richtlijnen van Zorginstituut Nederland gemiddeld kosteneffectief vanuit maatschappelijk perspectief: vanaf dat moment liggen de kosten per QALY onder de gewenste € 20.000 per QALY ($\text{€ } 775.000 / 39 \text{ QALYs} = \pm \text{€ } 20.000 \text{ per QALY}$).

8.5.3 Conclusie

Drie algemene bevindingen kunnen worden gedaan op basis van de systematische review en de budget impact analyse:

1. Groepsinterventies lijken relatief vaker kosteneffectief dan individuele interventies. Bedenk wel dat de verschillende studies die werden beschouwd in de systematische review zich niet goed laten vergelijken als gevolg van verschillen in bijvoorbeeld perspectief, doelgroep, tijdshorizon en controleconditie. Op basis van de beschikbare, veelal internationale evidentie, lijkt het raadzaam om voor de behandeling van SOLK groepsinterventies te overwegen, al zal een groot deel van de patiënten mogelijk geen voorkeur hebben voor een groepsinterventie.
2. Het al dan niet kosteneffectief zijn van een interventie komt mogelijk pas na een wat langere tijdshorizon tot uiting. Het aanbieden van een cognitieve gedragsinterventie in groepsvorm is naar verwachting kosteneffectief na 21 maanden. De tijdshorizon van 12 maanden zoals beschouwd in een andere recente Nederlandse studie is mogelijk de reden dat de interventie in die studie niet kosteneffectief werd bevonden.
3. Interventies worden in Nederland als kosteneffectief beschouwd wanneer de additionele kosten per QALY minder dan € 20.000 bedragen. Dit betekent dat kosteneffectieve interventies gepaard gaan met additionele kosten maar dat de additionele gezondheidswinst volgens de geldende richtlijnen tegen deze kosten opweegt. Daadwerkelijke kostenbesparingen als gevolg van het aanbieden van interventies werden in Nederlandse studies, met uitzondering van de verwachte langetermijnresultaten binnen Visser et al. niet geconstateerd. Zeker op de korte termijn geldt daarom dat het geld kost om effectieve en kosteneffectieve zorg te bieden aan deze doelgroep.

8.5.4 Overige bevindingen

Een algemene beperking is dat het effect van somatische specialistische zorg binnen de gevonden studies vaak niet werd beschouwd, terwijl verwacht zou kunnen worden dat goede behandeling van de SOLK-klachten kan leiden tot een daling in de kosten als gevolg van afname van deze somatische specialistische zorg. Mogelijk wordt hierdoor de kosteneffectiviteit van interventies onderschat. Een andere beperking is dat bij veel van de studies in de systematische review een beperkter zorgperspectief werd gehanteerd in plaats van het door Zorginstituut Nederland aanbevolen bredere maatschappelijke perspectief, waardoor de beschikbare evidentie veelal niet compleet genoeg is om een goed beeld te kunnen schetsen van de kosteneffectiviteit van de onderzochte interventies.

Al met al werden geen Nederlandse studies gevonden die geheel empirisch aantoonen dat zorg voor de beschouwde doelgroep kosteneffectief blijkt te zijn, al liet een modelmatige aanpak zien dat cognitieve gedragstherapie in groepsvorm kosteneffectief kan zijn.

Bron: Visser MS, Zonneveld LN, Van 't Spijker A, Hunink MG, Busschbach JJ. The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. *Value Health* 2015; 18:570-7.

Het lijkt daarom raadzaam om de kosteneffectiviteit van interventies verder empirisch te onderzoeken. Idealiter wordt daarbij een zo lang mogelijke tijdshorizon beschouwd, zodat eventuele dalingen in zorgkosten en overige maatschappelijke kosten die ontstaan na het aanbieden van de

interventie, zoveel mogelijk empirisch kunnen worden onderbouwd.

8.6 Financiering

8.6.1 Algemeen

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

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

8.6.2 Specifiek

Zorg voor patiënten met SOLK omvat somatische gezondheidszorg en ggz. De financiering van deze zorgkosten is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverleners krijgen via contracten met zorgverzekeraars betaald voor verleende zorg. Patiënten sluiten verplicht een basiszorgverzekering af en kunnen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten.

Patiënten krijgen alle zorg door huisarts en POH-GGZ vergoed uit de basisverzekering, zonder eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor medicijnen en voor aanvullend onderzoek dat de huisarts aanvraagt. Voor medisch specialistische zorg geldt het eigen risico.

Alle zorg in de GB GGZ of S GGZ wordt vergoed uit de basisverzekering, op voorwaarde dat de patiënt verwezen is door huisarts, bedrijfsarts of specialist en dat er een DSM-5 classificatie is vastgesteld. Matig-ernstige en ernstige SOLK zijn onder te brengen onder de DSM-5 classificatie somatisch-symptoomstoornissen.

Vaktherapie, als onderdeel van een multidisciplinaire, integrale behandeling in de S GGZ of HS GGZ, kan uit de basisverzekering worden vergoed. Kijk op zorgwijzer.nl voor de vergoedingen van [ergotherapie](#) vanuit de basisverzekering en van eerstelijns [fysiotherapie/oefentherapie](#). Wat fysiotherapie betreft komt momenteel alleen bij specifieke aandoeningen van de zogeheten 'chronische lijst van aandoeningen' vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking. Deze 'chronische lijst' bevat geen SOLK, maar aanvullende verzekeringen kunnen wel een aantal behandelingen vergoeden, afhankelijk van de gekozen aanvullende verzekering.

Ondersteunende voorzieningen met betrekking tot huishouden, vervoer of woning kunnen vergoed worden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De patiënt vraagt deze vergoedingen zelf aan bij het sociaal wijkteam en betaalt een eigen bijdrage naar inkomen en vermogen. Voor rolstoelen geldt geen eigen bijdrage. Rollators worden niet verstrekt.

Hulp bij persoonlijke verzorging of verpleging wordt aangevraagd via de wijkverpleegkundige.

Hiervoor geldt geen eigen bijdrage. Deze zorgstandaard adviseert om ondersteunende voorzieningen alleen in te zetten in het kader van een stapsgewijs activerende behandeling.

9. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 14-02-2020 Beoordelingsdatum 14-02-2020

9.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten dient te gebeuren in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de paragraaf monitoring leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk is op 3 maart 2020 toegevoegd aan deze zorgstandaard in het Register van het zorginstituut Nederland

egister van het zorginstituut Nederland: Niet alle partijen die de zorgstandaard 'SOLK' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

Platform Meer GGZ: geen reactie

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA): het VRA-bestuur heeft besloten geen uitspraken te doen over de voorgenomen wijzigingen, gezien het feit dat beide onderwerpen geen doelgroepen van de revalidatiegeneeskunde betreffen.

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV): reactie volgt nog

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG): reactie volgt nog

Nederlandse Vereniging voor verzekeringsgeneeskunde (NVVG): In samenspraak met onze commissie Wetenschap laat het NVVG bestuur u hierbij dan ook weten dat wij geen autorisatie kunnen verlenen aan de voorgenomen wijzigingen Zorgstandaard SOLK vanwege het ontbreken van de concreet benoemde factor arbeid.

9.2 Uitkomstindicatoren

9.2.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten dient te gebeuren in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de paragraaf monitoring leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een overzicht van meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)', deze lijst is hetzelfde als de lijst van de zorgstandaard '[conversiestoornis](#)'. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Dit overzicht is opgesteld na raadpleging van professionals; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van het overzicht is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten.

De zorg voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en conversie wordt zowel klinisch als ambulant geleverd binnen de eerste, de tweede en de derde lijn, aan kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen binnen de somatische zorg en binnen de GGZ. De zorg is sector, echelon en leeftijd overstijgend. Hierdoor worden vanuit de diverse behandelperspectieven diverse meetinstrumenten voorgesteld en worden niet alle meetinstrumenten door iedereen onderschreven. Men zal goed moeten kijken wat het beste aansluit bij het doel en het verloop van de behandeling en de persoonlijke situatie van de patiënt.

Vanuit diverse bronnen

diverse bronnen: Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, input Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK), paragraaf 'monitoring' uit zorgstandaarden SOLK en Conversie, <https://www.solkweb.nl/meetinstrumenten> en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28745072>

, is de lijst met instrumenten opgesteld, waarbij wordt benadrukt dat niet alle instrumenten in alle situaties bruikbaar zijn. Alle instrumenten uit deze bronnen zijn opgenomen in de [ROM bibliotheek](#).

Naast de in de paragraaf diagnostiek en monitoring van de zorgstandaard SOLK aanbevolen instrumenten en de aanbevolen instrumenten vanuit de andere bronnen biedt het Handboek SOLK een overzicht van de indicatoren en bijbehorende meetinstrumenten. Deze instrumenten zijn opgenomen in onderstaande tabel en worden in de volgende paragrafen kort toegelicht.

De instrumenten voor volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen. Als een instrument alleen geschikt is voor ouderen, staat deze in de kolom voor ouderen.

Overzicht van instrumenten per indicator en doelgroep* (*op basis van het handboek SOLK)			
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel	Diverse beoordelingsschalen waaronder de Brief Pain Inventory (BPI)	Checklist pijngedrag (CPG) (verstandelijke beperkingen)	Rotterdam Eldery Pain Observation Scale (REPOS)
	Symptom Checklist 90 (SCL-90)		
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
	Symptom Questionnaire 48 (SQ48)		
	Patient health Questionnaire (PHQ-9)		
	Patient health Questionnaire (PHQ-15)		
	Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV)		
	Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL)	Vanaf 15 jaar (4DKL)	
	Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12)* (*nog niet in het handboek opgenomen)		
Functioneel herstel	WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)		
	Patiënt specifieke Klachten lijst (PSK)		
	Utrechtse schaal voor evaluatie van revalidatie-participatie (USER-Participatie)	USER-P jongeren (10 tot 20 jaar)	
Kwaliteit van leven	Short Form (SF-36/SF-12) Health Survey Questionnaire		
	Sickness impact profile (SIP)		
	EuroQoL (EQ5D)		
Mate van overeengekomen doelen	GAS (Goal Attainment Scaling)		
Patiënt-ervaringen	Consumer Quality Index (CQi)	CQi (vanaf 16 jaar)	

9.2.3 Specifieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel

Pijn observatielijsten:

Volwassenen:

De **Brief Pain Inventory (BPI)**

Brief Pain Inventory (BPI): https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/PR_4_-_Toelichting_BPI.pdf

is een multidimensionele pijnvragenlijst die de gemiddelde ernst meet van de pijn gedurende de laatste 24 uur (op een schaal van 0-10 waarbij 0 staat voor geen pijn en 10 voor de meest erge pijn) en de invloed hiervan op het dagelijks functioneren (algemene activiteit, stemming, loopvermogen, normale werkzaamheden, relaties met andere mensen, slaap en plezier in het leven). De vragenlijst wordt ingevuld door de interviewer, samen met de patiënt. Afname kan dagelijks tot meerdere malen per dag plaatsvinden.

Jongeren/Verstandelijk beperkten:

De **Pijnobservatielijst Checklist Pijngedrag (CPG)**

Pijnobservatielijst Checklist Pijngedrag (CPG):
<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gezondheid/pijnobservatielijst-pijngedrag-cpg-checklist>

is ontwikkeld voor jongeren/kinderen met een uitingsbeperking of een zeer ernstige verstandelijke beperking. Zij kunnen niet vertellen dat ze pijn hebben. Omdat ze niet met woorden kunnen aangeven dat ze pijn hebben, zijn zij afhankelijk van anderen. Begeleiders of familieleden moeten de signalen die patiënten wel geven kunnen zien en begrijpen. De checklist bestaat uit 10 items: gespannen gezicht, lijn tussen neus en mondhoek dieper, grimas, verdrietige blik, dichtknijpen van de ogen, paniek, kermen, huilen, onrustgeluiden en tranen. De vragenlijst wordt ingevuld door de interviewer.

Ouderen:

De **Rotterdam Elderly Pain Observation scale (REPOS)**

Rotterdam Elderly Pain Observation scale (REPOS):
<https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gezondheid/pijnobservatielijst-repos-rotterdam-elderly-pain-observation-scale>

is een instrument om pijn te observeren bij ouderen met een uitingsbeperking. De REPOS stelt tien gedragingen die als kenmerkend voor pijn bij deze groep worden gezien. Vijf van de tien gedragingen betreffen gezichtsuitdrukkingen, de overige vijf bewegingen en verbale uitingen van pijn. De geobserveerde gedragingen worden gescoord waarna er een pijnscore aan wordt verbonden (schaal 1-10). Op basis van de combinatie van beide scores wordt een eventuele interventie bepaald. De vragenlijst wordt ingevuld door de interviewer.

Overige specifieke instrumenten:

Naast de specifieke instrumenten op het gebied van pijnobservatie zijn er diverse klachten specifieke vragenlijsten die terug zijn te vinden in de [ROM bibliotheek](#). Te denken valt hierbij aan de CIS-20 (Checklist Individuele Spankracht) bij vermoeidheid, de FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) bij Fibromyalgie, de IBS-SSS (Irritable Bowel Syndrome- Severity Scoring System) bij prikkelbare darmklachten en de TFI (Tinnitus Functionele Index) en TQ (Tinnitus Questionnaire) bij oorsuizen (Tinnitus). Ook zijn er diverse specifieke stoornis-of klachten specifieke kwaliteit van leven schalen en SOLK-specifieke kwaliteit van leven instrumenten.

9.2.4 Generieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel

De **Symptom Checklist 90 (SCL-90)**

Bron: Arrindell, W.A., Ettema, J.H.M. (1975, 1986, 2005). Symptom checklist: handleiding bij multidimensionale psychopathologie-indicator. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V

is een multidimensionale klachtenlijst, die weergeeft in welke mate de onderzochte de afgelopen periode last had van verschillende psychische en/of lichamelijke klachten. De SCL-90 is een klachtenlijst bestaande uit 90 vragen die 8 subschalen uitvragen; agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit, slapeloosheid. De vragen worden gescoord op een 5-puntsschaal lopend van "helemaal niet = 1" tot "heel erg = 5". De terugvraagperiode is een week. De SCL-90 wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De **Brief Symptom Inventory (BSI)**

Bron: De Beurs, E. (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

is de verkorte versie van de SCL-90, een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Tevens geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI heeft 9 subschalen (somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY) en bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn

helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is 1 week. De BSI wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De **Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)**

Bron: Carlier, I. et al (2012). Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 904-910.

Carlier I. et al. (2014). The Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) as an outcome measure for psychological distress in psychiatric outpatients: test-retest reliability and responsiveness to therapeutic change. Intern rapport LUMC Psychiatrie

is een vragenlijst (zelfrapportage) die gebruikt kan worden om algemene psychopathologie (angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten) te meten. De SQ-48 bestaat uit 48 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De SQ-48 heeft 7 schalen (angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, somatische klachten, vijandigheid, cognitieve klachten) en 2 subschalen (vitaliteit en werk). De terugvraagperiode is 1 week. De SQ-48 wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

Bron: Pfizer Inc., Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke et al.

kan gebruikt worden om de aanwezigheid en ernst van depressieve gevoelens te toetsen. De vragenlijst bestaat uit 9 gesloten vragen waarbij de frequentie van een probleem wordt vastgelegd. De score loopt van 0 (helemaal niet) tot 4 (bijna elke dag). Daarnaast is er een aanvullende vraag over de mate waarin de problemen een belemmering zijn voor het dagelijkse functioneren. (van helemaal niet moeilijk tot extreem moeilijk). De terugvraagperiode betreft de afgelopen 2 weken. De vragenlijst kan samen met de patiënt of door patiënt zelf worden ingevuld.

De **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**

Bron: Pfizer Inc., Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke et al.

richt zich op veelvoorkomende lichamelijke klachten. De vragenlijst bestaat uit 15 items, die gescoord kunnen worden op een 3 puntsschaal, van helemaal geen last (0) tot heel veel last (2). De terugvraagperiode is 4 weken en de vragenlijst wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De **Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV)**

Bron: A.M. van Hemert, M.W.M. de Waal, Y.R. van Rood Meetinstrumenten bij somatoforme (2004) tijdschrift voor psychiatrie 46 (2004) 10, 693-696

is bedoeld voor onderzoek naar somatisatie, al dan niet met co-morbiditeit met angst en depressie, door middel van 51 vragen. De antwoorden voor de aanwezigheid van klachten worden gegeven op een 4-puntsschaal van 0 ("ik had hier geen last van") tot 3 ("ik had hier vaak last van"). De terugvraagperiode is een week en de patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De **Vier dimensionale klachtenlijst (4DKL)**

Bron: Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39:538-47.

is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst bestaat uit 50 items gericht op psychosociale en lichamelijke klachten. De lijst maakt onderscheid tussen specifieke 'distress' klachten, depressie, angst en somatisatie. De 4DKL wordt gebruikt bij patiënten met psychische symptomatologie. De items worden gescoord op een 5 puntsschaal, lopend van nee (afwezig), soms, regelmatig, vaak, tot heel vaak/voortdurend. De terugvraagperiode is 1 week en de patiënt vult de vragenlijst zelf in.

De **Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12)**

Bron: Kamp, C.A.D., de Vroege, L., van Eck van der Sluijs, J.F., Kop, W.J. & van der Feltz Cornelis, C.M. ; Validation study of the dutch SSD-12 for SS(R)D (2017)

(nog niet opgenomen in het handboek) bestaat uit 12 items waarin gevraagd wordt naar gedachten en gevoelens bij lichamelijke klachten en hoe men met dit soort klachten omgaat. De vragenlijst wordt gescoord op een 5 punts-likertschaal, lopend van nooit (0) tot erg vaak (4). De SSD-12 wordt door de patiënt zelf ingevuld.

De mate van functioneel herstel

De **WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)**

Bron: De WHODAS2 is integraal opgenomen in het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®), in het hoofdstuk 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling'.

is gebaseerd op een internationaal classificatie systeem en wordt gebruikt bij het beoordelen van het functieniveau van een persoon waarbij de nadruk ligt op activiteiten en participatieniveau. De WHODAS meet de volgende domeinen: verstaan en communiceren, mobiliteit, zelfverzorging, interactie met mensen, huishouden en activiteiten, participatie in maatschappij. Er zijn verschillende versies beschikbaar: 36-items, 12-items, 12+24-items, die gescoord kunnen worden van 1 (geen/niet) tot 5 (heel veel). De vragenlijst richt zich op de laatste 30 dagen. Afhankelijk van de versie wordt deze ingevuld door een interviewer, patiënt zelf, of een naaste.

Het meetinstrument ***Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK)***

Bron: Beurskens AJHM. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. In: Low back pain and traction: thesis. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg; 1996. p. 83-96.

is een manier om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de voor hem/haar 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en uitvoering moet regelmatig plaatsvinden. De terugvraagperiode is een week.

De ***Utrechtse schaal voor evaluatie van revalidatie-participatie (USER-Participatie)***

Utrechtse schaal voor evaluatie van revalidatie-participatie (USER-Participatie) :
<https://www.kcrutrecht.nl/producten/user-p/>

gaat over het dagelijks leven en bestaat uit vier onderdelen: (1) Tijd besteedt aan werk, studie en huishouden (4 items) (2) frequentie van activiteiten, zoals sporten, uitgaan etc.(7 items), (3) ervaren beperkingen in het dagelijks leven (10 items) (4) tevredenheid met het dagelijks leven (10 items). De vragen uit de verschillende onderdelen worden op verschillende wijzen gescoord. De terugvraagperiode varieert tussen 1 week of 4 weken. De vragenlijst wordt door de patiënt zelf ingevuld. Er is ook een versie aangepast voor jongeren van 10 tot 20 jaar.

De mate van overeengekomen doelen

De ***Goal Attainment Scaling (GAS)***

Goal Attainment Scaling (GAS):

https://revant.nl/dynamic/media/1/documents/Gas/handleiding_GAS.pdf

is een methode waarmee specifieke doelen geëvalueerd worden. Met de methode wordt vastgelegd in hoeverre het doel behaald is op een van te voren gemaakte schaal. GAS-schalen zijn zo geformuleerd dat de mate waarin het doel behaald wordt een maat is voor de effectiviteit van de behandeling. Iedere patiënt heeft zijn eigen individuele doelen, alle schalen zijn verschillend. Er kunnen meerdere schalen per patiënt gevormd worden en de doelen zijn specifiek voor de patiënt. De normering van de schalen is echter gebaseerd op werkafspraken, waardoor het mogelijk is om met de uitkomsten van de GAS-schalen niet alleen de veranderingen te meten in de situatie van individuele patiënten, maar ook de veranderingen binnen groepen patiënten.

De mate van verandering van kwaliteit van leven:

De Short Form (SF-36/SF-12)

: Ware JE, Sherbourne CD (1990); Nederlandse versie: SF-36: Aaronson N (1998)

Health Survey Questionnaire (ook wel bekend als de RAND 36) wordt veelvuldig gebruikt voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De SF-36 is een zelfrapportage instrument en kent 36 items. Dit instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De terugvraagperiode is 1 week en de patiënt vult de vragenlijst zelf in. De SF-12 is een verkorte versie.

De EuroQol-5 (EQ-5D)

EuroQol-5 (EQ-5D): <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>

is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score wordt gegeven. Verder moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op een schaal van 0 tot 100 ervaart. Om de lijst goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk dat de zorgverlener bekend is met de demografische gegevens van de patiënt. De vragenlijst gaat over hoe de patiënt zich vandaag voelt en is een zelfbeoordelingsschaal.

De Sickness Impact Profile (SIP)

: Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Medical care. 1981 Aug;19(8):787-805.

Luttik A, Jacobs HM, de Witte L. Een Nederlandstalige versie van de Sickness Impact Profile. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht; 1985

is een generiek instrument om de gezondheidstoestand van individuen te meten. Met de SIP kan de invloed van ziekte en/of gezondheidsklachten op het dagelijks functioneren worden vastgesteld. De vragenlijst is ontworpen in de Verenigde Staten om gedragsveranderingen te meten, die het gevolg zijn van ziekte. De lijst bevat 136 uitspraken, die zijn ondergebracht in 12 categorieën, die ieder een specifiek gebied van de dagelijkse activiteiten omvatten. Er zijn verschillende korte versies van de SIP in omloop.

Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie

De **Consumer Quality Index (CQi)**

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek
<https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

9.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met SOLK. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

9.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met SOLK. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

10. Implementatieplan

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

10.1 Kwaliteitsstandaarden

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

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

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

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

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

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

10.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

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

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

[Meer informatie](#)

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

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

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

[Meer informatie](#)

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

gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

10.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

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

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

10.4 Bestaande afspraken

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

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

10.5 Algemene implementatie thema's

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

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

10.5.1 Bewustwording en kennisdeling

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

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

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

Landelijke afspraken

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

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

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

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

Lokale oplossingsrichtingen

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

10.5.2 Samenwerking

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

Landelijke afspraken

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

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van [het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

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

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

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

10.5.3 Capaciteit

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

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

Landelijke afspraken

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

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

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

10.5.4 Behandelanaanbod

Landelijke afspraken

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

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

[Meer informatie](#)

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

Lokale oplossingsrichtingen

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

10.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

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

Lokale oplossingsrichtingen

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

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

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

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

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

10.5.6 ICT

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

Landelijke afspraken

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

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

Lokale oplossingsrichtingen

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

10.6 Specifieke implementatie thema's

10.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Professionals zijn in veel gevallen onvoldoende geschoold om SOLK (vroeg) te signaleren en de zorg conform de zorgstandaard te bieden. Ook is het van belang om diagnostiek en behandeling in de ggz én de somatiek op accurate wijze met elkaar te verbinden. In de huidige praktijk is daarnaast sprake van onderdiagnostiek van een groot deel van de patiënten met SOLK, waardoor zij niet de juiste zorg ontvangen. Dit wordt veroorzaakt door onvoldoende kennis over en/of bekendheid met SOLK in de gehele keten. Daarbij is constructieve communicatie tussen behandelaar en patient in dit kader van groot belang. Het ervaren van onverklaarbaar somatische klachten wordt vaak door behandelaren nog niet goed begrepen en/of voldoende serieus genomen, wat weer kan leiden tot een beschadiging in de behandelrelatie. Open en veilige communicatie tussen patient en behandelaar is daarom van essentieel belang.

Landelijke afspraken

De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk. Hierbij moet de focus onder andere liggen op het aanbieden van structurele, interdisciplinaire scholing over somatiek en psychiatrie in het basiscurriculum van relevante beroepsopleidingen. Ook het informeren van het brede publiek over SOLK kan leiden tot meer patiënten die in een eerder stadium hulp zoeken voor hun klachten en problemen.

Lokale oplossingsrichtingen

Iedere zorgaanbieder en zorgprofessional kan specifieke scholing over SOLK volgen, bijvoorbeeld via reeds beschikbare EMDR cursussen of via de scholingsmodule Grip Op Je Klachten.

10.6.2 Samenwerking

Behandeling van SOLK vraagt om een goede samenwerking tussen ggz en somatiek. Zonder goede samenwerking tussen verschillende domeinen kan de benodigde integrale zorg niet geleverd worden.

Landelijke afspraken

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

10.6.3 Capaciteit

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

10.6.4 Behandelaanbod

Patiënten met een ernstige, langdurige en meervoudige (ELM) SOLK en somatische comorbiditeit kunnen het beste behandeld worden in een instelling waar zowel psychiatrische als somatische klachten behandeld kunnen worden (hoog specialistische ggz, academisch centrum of revalidatiekliniek). Er zijn echter onvoldoende behandelplekken voor patiënten met dergelijke problematiek. In de praktijk is er in de (specialistische) ggz onvoldoende kennis en ruimte voor behandeling van somatische klachten, terwijl deze patiënten door hun (meervoudige) psychiatrische problematiek evenmin terecht kunnen in een gespecialiseerd somatisch centrum.

Landelijke afspraken

Op landelijk niveau zouden afspraken gemaakt kunnen worden over uitbreiding van behandelplekken voor patiënten die zowel somatische als psychiatrische zorg nodig hebben. Naar verwachting zullen ELM SOLK patiënten die een jaar intensieve zorg met opname in een kliniek ontvangen, op de lange termijn minder (intensieve) zorg nodig hebben. Om deze verwachting te onderbouwen kan worden onderzocht (middels een kosteneffectiviteitsstudie) welke effecten intensieve zorg in het eerste behandeljaar heeft op de vervolgvraag.

10.6.5 Financiering

SOLK patiënten ontvangen zowel ggz zorg als somatische zorg. De bestaande schotten in het bekostigingssysteem belemmeren de (ontwikkeling van) integrale behandeltrajecten (incl. de daarbij benodigde ondersteunende hulpmiddelen) en soms zelfs een goede samenwerking in de keten.

Landelijke afspraken

De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk, met name de afspraken over de vraag hoe we de komende jaren kunnen komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals mensen met

zowel somatische als psychiatrische problematiek.

10.6.6 ICT

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

11. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 15-05-2018 Beoordelingsdatum 15-05-2018

11.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

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

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

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

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

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. Weijenborg	NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Mw.	K. Weerdesteijn	NWVG, 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

Financiën: systematic review en budget impact analyse		
Mw.	M. Wortman	VUmc (systematic review)
Hr.	J. Lokkerbol	Trimbos Instituut (systemic review en budget impact analyse)

11.2 Themagroepjes zorgstandaard SOLK met knelpunten per themagroep

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

11.3 Update systematic reviews interventies ter preventie van SOLK

Samenvatting SOLK zorgstandaard update preventie: interventies ter preventie van SOLK

Zoekstrategie SOLK conform MDR in april 2016, vanaf 1-1-2007: in totaal ruim 250000 hits.

Gecombineerd met zoekterm “prevention” in titel of abstract en inperking tot de periode vanaf 1-1-2007 (zoekactie MDR was ongeveer tot die datum) gereduceerd tot 2383.

Verder ingeperkt tot publication type systematic reviews: 233 hits.

Preventie chronische spierspanningshoofdpijn:

- Banzi 2015: SSRI's en SNRI's niet effectief.

Preventie chronische aspecifieke lage rugpijn:

- Steffens 2016: Oefentherapie in combinatie met patiëntenvoorlichting is effectief. Oefentherapie alleen is ook effectief, maar minder. Alleen voorlichting is niet effectief.
- Niet effectief: Ruggordels en inlegzooltjes
- Brunner 2013: Graded activity, een op CGT gebaseerde interventie gebaseerd op operante conditionering is effectief.
- O'Sullivan 2012: Dynamisch zitten is niet effectief.
- Verbeek 2011: Manual material handling (MMH) advies en assistive devices zijn niet effectief.
- Chai 2010: oefentherapie is effectief na de behandeling voor preventie van recidief; oefentherapie als behandeling heeft twijfelachtige evidence.
- Bakker 2009:
 - Je krijgt geen lage rugpijn van vrijetijdssport of oefeningen, zitten en lang staan/wandelen.
 - Conflicterend bewijs voor ontstaan van lage rugpijn door klussen, tuinieren, lichaams vibraties, verpleging, zwaar lichamelijk werk en werken met een gedraaid of gebogen bovenlijf.
 - Bell 2009: oefeningen zijn effectief bij lage rugpijn om ernst en beperkingen te verminderen.
 - Weinig bewijs voor oefeningen als preventie van lage rugpijn.
 - Bigos 2009: alleen oefenen effectief als preventie. Niet effectief: educatie, lumbale ondersteuning, zooltjes, programma's met minder tillen.

Preventie van postoperatieve pijn

- McNicol 2014: intraveneuze ketamine geeft geen verschil in ontwikkelen van post operatieve pijn of

ernst van de pijn. Wel verschil in postoperatieve pijn ontwikkeling na 3 en 6 maanden.

- Chaparro 2014: ketamine lijkt postoperatieve pijn te verminderen (maar kleine studies). Geen effect van gabapentine, regabalin, nsais, intraveneuze steroïden, orale NDMA blokkers, oraal mexiletine, intraveneuze fentanyl, intraveneuze lidocaine, orale venlafaxine en geïnhaleerde stikstofoxide.
- Andreae 2012: minder chronische postoperatieve pijn bij epiduraal bij thoracotomie (1:4).
- Minder chronische pijn bij paravertebraal blok bij borstkanker (1:5).
- Kleine studies, allerlei bias.
- Clarke 2012: gabapentine en pregabaline zijn effectief bij de preventie van post operatieve pijn.

Referenties

- Andreae MH(1), Andreae DA. Local anaesthetics and regional anaesthesia for preventing chronic pain after surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD007105.
- Bakker EW, Verhagen AP, van Trijffel E, Lucas C, Koes BW. Spinal mechanical load as a risk factor for low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. Spine (Phila Pa 1976). 2009;34(8):E281-93.
- Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;5:CD011681.
- Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. J Occup Rehabil. 2009;19(1):8-24.
- Bigos SJ, Holland J, Holland C, Webster JS, Battie M, Malmgren JA. High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. Spine J. 2009;9(2):147-68.
- Brunner E, De Herdt A, Minguet P, Baldew SS, Probst M. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. Disabil Rehabil. 2013;35(1):1-10.
- Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;7:CD008307.
- Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD006555.
- Chuter V, Spink M, Searle A, Ho A. The effectiveness of shoe insoles for the prevention and treatment of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Musculoskelet Disord. 2014;15:140.
- Clarke H, Bonin RP, Orser BA, Englesakis M, Wijeyesundera DN, Katz J. The prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis.
- Anesth Analg. 2012;115(2):428-42.
- van Duijvenbode IC, Jellema P, van Poppel MN, van Tulder MW. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD001823.
- McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. Acta Anaesthesiol Scand. 2014;58(10):1199-213.
- O'Sullivan K, O'Keeffe M, O'Sullivan L, O'Sullivan P, Dankaerts W. The effect of dynamic sitting on the prevention and management of low back pain and low back discomfort: a systematic review.
- Ergonomics. 2012;55(8):898-908.
- Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, Brezis M, Lahad A. Insoles for prevention and treatment of back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005275.

- Sahar T, Cohen MJ, Uval-Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, Brezis M, Lahad A. Insoles for prevention and treatment of back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(9):924-33.
- Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, Teixeira-Salmela LF, Hancock MJ. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):199-208.
- Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijter PP, Viikari-Juntura E, Takala EP. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6):CD005958.

11.4 SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel

In de somatische gezondheidszorg wordt vaak gebruikt gemaakt van de SCEGS-methode, in de ggz wordt vaak gesproken over diagnostiek volgens het gevolgenmodel.

SCEGS-methode

Het acroniem SCEGS kan de huisarts helpen na te gaan of alle klachtdimensies zijn geëxploreerd. SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensies. Deze dimensies vinden hun oorsprong in het biopsychosociale model.

Somatische dimensie

Aandacht besteden aan de somatische dimensie van de klacht houdt in: uitgebreid uitvragen van de klachten, begeleidende symptomen, gebruikte medicatie (en alcohol/drugsgebruik) en gericht lichamelijk onderzoek.

Cognitieve dimensie

Vragen passend bij de cognitieve dimensie zijn: wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over de mogelijke oorzaak? Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Welke verwachting heeft hij over het beloop van de klachten? Wat verwacht hij van medische hulp?

Emotionele dimensie

De emotionele dimensie omvat vragen als: wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Gedragsmatige dimensie

Bij de gedragsdimensie horen vragen als: wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die achterwege gelaten worden sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten? Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren?

Sociale dimensie

Bij de sociale dimensie ten slotte gaat het om vragen als: welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? Welke invloed hebben de klachten op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten en naar tevredenheid functioneren in allerlei opzichten?

Diagnostiek volgens het gevolgenmodel

Dit model verklaart wat het herstel verhindert van de specifieke klachten van een specifieke patiënt. Het model bestaat uit 5 stappen:

- a. In kaart brengen van de klacht(en), ideeën over de klacht, emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen van de klacht.
- b. Checken of het model logisch en samenhangend is.
- c. Selecteren van reacties die de klacht op de meest directe wijze in stand houden.
- d. Formeren van de vicieuze cirkel op basis van c.

Diagnostiek volgens het gevolgenmodel resulteert in een gepersonaliseerde verklaring in de vorm van een vicieuze cirkel waarin de belangrijkste cognitieve, emotionele en gedragsmatige instandhoudende factoren in relatie tot elkaar en tot de klacht worden weergegeven. De vicieuze cirkel vormt het uitgangspunt voor de behandeling die tot doel heeft de vicieuze cirkel te doorbreken en zo de omstandigheden voor herstel te optimaliseren.

11.5 Update Systematic Reviews interventies bij SOLK

In deze bijlage zetten we de resultaten op een rij van onze zoektocht naar nieuwe systematische reviews naar de verschillende vormen van SOLK. De zoekactie werd uitgevoerd in de periode maart – mei 2016, bij de start van het schrijfwerk aan de zorgstandaard. We beperkten ons tot systematische reviews, in de eerste plaats omdat dit type publicaties algemeen als het hoogste niveau van bewijs wordt gezien, in de tweede plaats vanwege de praktische uitvoerbaarheid. We zochten in PubMed met voor elke vorm van SOLK de meest relevante zoektermen, zowel als MeSH-term als in titel of abstract. We hebben zowel gezocht naar enkelvoudige klachten als naar veel voorkomende combinaties van klachten (syndromen). Aangezien sommige SOLK geclassificeerd kunnen worden als chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, whiplash of prikkelbaredarmsyndroom, zijn deze ook als zoekterm meegenomen.

Onze zoektocht startte grofweg op de zoekdatum van de systematische literatuursearch van de multidisciplinaire richtlijn SOLK (voorjaar 2007). Voor verschillende vormen van SOLK bleek het aantal nieuwe systematische reviews erg groot en er was vaak sprake van eenzelfde vraagstelling. Logischerwijze biedt bij een vergelijkbare vraagstelling en methode een recentere systematische review een adequater (want bijdetijds) antwoord dan een oudere systematische review. Om deze reden zijn we bij onze selectie zodanig te werk gegaan dat we begonnen met de meest recente en terug in de tijd gingen totdat we een in onze ogen voldoende aantal reviews geselecteerd hadden. Deze werkwijze had tot gevolg dat de periode waaruit we reviews selecteerden verschilde tussen de

verschillende vormen van SOLK. In onderstaande inhoudsopgave geven we aan hoeveel systematische reviews we selecteerden en welke periode het betrof (steeds tot voorjaar 2016).

1. SOLK en somatoforme stoornissen algemeen: 10 systematische reviews vanaf 2007
2. Chronisch vermoeidheid / Chronic Fatigue Syndrome: 9 systematische reviews vanaf 2009
3. Fibromyalgie: 50 systematische reviews vanaf 2011
4. Tension-Type Headache (spanningshoofdpijn) : 13 systematische reviews, vanaf 2008
5. Whiplash: 13 systematische reviews vanaf 2009
6. Repetitive strain injury / complaints of arms neck shoulder: 2 systematische reviews vanaf 2005
7. IBS / prikkelbaredarmsyndroom: 40 systematische reviews vanaf 2011
8. Lage rugpijn: 63 systematische reviews vanaf 2011

Per klacht/syndroom houden we onderstaande rubricering aan voor het indelen van de interventies. Deze is overgenomen van het standaardmodel voor de zorgstandaarden ggz, met één toevoeging: 'fysiotherapie en dergelijke'.

- Zelfmanagement
- Behandeling en begeleiding
- Psycho-educatie
- Eerste-stapinterventies
- Fysiotherapie en dergelijke
- Psychosociale behandeling
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling
- Medicamenteuze behandeling
- Combinatiebehandeling
- Biologische behandeling
- Vaktherapieën
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen

11.5.1 Somatoforme aandoeningen / SOLK niet nader omschreven

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste-stapinterventies – geen relevante reviews.
- Fysiotherapie en dergelijke – geen relevante reviews.
- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:

Psychologische interventies bij brede doelgroep SOLK:

Psychologische interventies bij ernstige SOLK

- Koelen 2014 - Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis (10 RCTs). Psychotherapie is effectief voor ernstige somatoform stoornis vergeleken met usual care als het gaat om fysieke symptomen en impairment, maar niet voor psychologische symptomen.

Psychiatische consultatie ten behoeve van huisarts

- Van der Feltz-Cornelis 2010 - Effect of psychiatric consultation models in primary care (10 RCTs). We beperken ons hier tot ernstige SOLK: psychiatrische consultatie vergeleken met usual care was effectief, met name wanneer het werd gecombineerd met een consultation letter aan de behandelend arts.
- Hoedeman 2010 - Consultbrieven voor SOLK in de eerste lijn (Cochrane, 6 RCTs). Beter fysiek functioneren, minder medische kosten, beter sociaal functioneren.
- Medicamenteuze behandeling:
- Kleinstäuber 2014 - Pharmacological interventions for somatoform disorders. Cochrane (23 RCTs). Geen verschil tussen TCAs en placebo voor ernst van de klachten. Voor nieuwe generatie antidepressiva (NGAs), zeer lage kwaliteit bewijs dat ze effectief waren op klachtenernst (3 RCTs). Voor natuurlijke producten (NPs) lage kwaliteit bewijs dat ze effectief waren (2 RCTs). Geen verschil tussen TCAs en NGAs en tussen verschillende NGAs. SSRIs waren minder effectief dan SSRIs gecombineerd met antipsychotica op klachtenernst.
- Combinatiebehandeling – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling – geen relevante reviews.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen – geen relevante reviews.

11.5.2 Chronisch vermoeidheidssyndroom

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste stapinterventies – geen relevante reviews.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Larun 2016 - Oefentherapie bij chronische vermoeidheid. (Cochrane, 8 RCTs). Oefentherapie lijkt effectief en geen bijwerkingen te hebben. Positieve effecten werden gevonden voor slaap, fysiek functioneren, en zelf-gerapporteerde gezondheidstoestand, maar er kon niets worden gezegd over pijn, kwaliteit van leven, angst en depressie.
- Marques 2015 - Gedragsinterventies met een fysieke graded activity component bij chronische vermoeidheid. (16 RCTs). Significante kleine tot medium effect sizes in het voordeel van de interventie.
- Meeus 2015 - The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia. (3 RCTs bij CVS). Een multimodale aanpak leek beter dan ontspanning.
- Chambers 2006 - Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. (70 RCTs) . Graded exercise effectief op symptomen en functioneren.
- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:
- Price 2008 - CGT voor chronisch vermoeidheidssyndroom (Cochrane, 15 RCTs). CGT vergeleken met usual care (6 RCTs), leidde op korte termijn tot lagere moeheidsscores. CGT bleek op korte termijn effectiever dan andere psychologische interventies (ontspanning, counseling voorlichting en ondersteuning). Lange termijn effecten waren inconsistent voor beide vergelijkingen.
- Malouff 2008 - CGT voor chronisch vermoeidheidssyndroom. CGT was effectiever dan andere interventies. Chambers 2006 - Interventions for the treatment, management and rehabilitation of

patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis(70 RCTs). CGT was effectief op klachten en functioneren.

- Medicamenteuze behandeling – geen relevante reviews.
- Combinatietherapie – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling – geen relevante reviews.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen:
 - Wang 2014 - Traditional Chinese Medicine (TCM) voor CVS. (23 RCTs). Soorten interventies: kruidentherapie, acupunctuur, qigong, moxibustion, en acupoint application. Resultaten van meta-analyse lieten zien dat TCM, alleen of in combinatie met andere interventies, de moeheidsklachten verminderden. Onduidelijk of ook de kwaliteit van leven verbeterde. Hoge risk of bias.
 - Alraek 2011 - Complementary and alternative medicine (CAM) voor CVS. (26 RCTs). Soorten interventies: mind-body medicine, distant healing, massage, tuina en tai chi, homeopathie, ginseng, voedingssupplementen. Qigong, massage en tuina lieten positieve effecten zien, distant healing en homeopathie niet. Ook de meeste voedingssupplementen lieten geen effect zien, met uitzondering van NADH and magnesium. Hoge risk of bias en kleine studies.

11.5.3 Fibromyalgie

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste-stapinterventies:
 - Rain 2015 - Oefentherapie (25 RCTs) voor fibromyalgie. Regelmatig bewegen heeft waarschijnlijk een gunstig effect op pijn.
 - O'Connor 2015 - Walking exercise for chronic musculoskeletal pain. 17 studies van redelijke kwaliteit, wandelen is effectief vergeleken met controle-interventies. Lange-termijn effect onduidelijk.
 - Bidonde 2015 - Aquatic exercise training for fibromyalgia. Cochrane (16 RCTs). Lage tot matige kwaliteit bewijs dat oefenen in het water gunstig is voor kwaliteit van leven, symptomen en fitheid.
- Fysiotherapie en dergelijke:
 - Winkelmann 2012 - Physiotherapy and physical therapies for fibromyalgia syndrome. Lage tot matige intensiteit aerobic exercise en krachttraining worden sterk aanbevolen. Chiropractie, laser therapy, magnetic field therapy, massage and transcranial current stimulation worden niet aanbevolen.
 - Lima 2013 - Aquatic physical therapy in the treatment of fibromyalgia. Statistisch significante resultaten ten gunste van aquatic physical therapy gedurende tenminste 20 weken. Maar lage methodologische kwaliteit.
 - Naumann 2014 - Balneotherapy and hydrotherapy for fibromyalgia syndrome (7-8 studies). Matig tot sterk bewijs voor een lichte pijnreductie en verbetering van kwaliteit van leven.
 - Lorena 2015 - Spierstrek oefeningen voor fibromyalgia (5 studies). Meest lage kwaliteit. Significante verbetering voor pijn, kwaliteit van leven en conditie.
 - Busch 2013 - Resistance exercise training for fibromyalgia – Cochrane (5 RCTs). Lage kwaliteit van bewijs dat matig- tot hoog-intensieve resistance verbetering geeft voor functioneren, pijn, tenderness en spierkracht.
 - Li 2014 - Massage for fibromyalgia (9 RCTs). Massagetherapie gedurende minstens 5 weken leidt

tot significante verbetering van pijn, depressie-en angstklachten, maar niet van slap.

- Kelley 2011 - Exercise on tender points in adults with fibromyalgia. Niet effectief in intention to treatanalyse, wel in per protocol analyse.
- Meeus 2015 - Ontspanningstherapie bij fibromyalgia (11 RCTs bij fibromyalgie). Beperkt bewijs voor een enkele sessie van 'guided imagery' op pijn en functioneren
- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:
- Bawa 2015 - Mindfulness in patients with chronic pain (11 studies waarvan 4 bij fibromyalgie). Resultaten niet voor fibromyalgie apart. Overall conclusie beperkt bewijs.
- Lauch 2013a - Mindfulness based stress reduction for fibromyalgia (6 RCTs). Lage kwaliteit bewijs voor verbetering Kwaliteit van leven op korte termijn. Geen bewijs voor lange termijn.
- Theadom 2015 - Mind and body therapy voor fibromyalgie– Cochrane (61 RCTs). Psychologische interventies gericht op mind&body mogelijk effectief op functioneren, pijn en stemming, maar kwaliteit van bewijs is laag. Het effect van biofeedback, mindfulness, bewegings therapie en ontspanningstherapieën is onduidelijk en kwaliteit van bewijs laag of zeer laag.
- Bernardy 2012 - Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia (Cochrane 23 RCTs). Kwaliteit van bewijs laag. CGT was in geringe mate effectiever dan controle-interventies op pijn, stemming en disability op korte en lange termijn.
- Arnold 2012 - Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. SR+ guideline (German). Multicomponent therapie (combinatie van aerobic exercise met ten minste één psychologische therapie) voor minimaal 24 uur wordt aanbevolen. Dit staat echter op gespannen voet met gerapporteerde lage effect sizes.
- Bernardy 2011 - Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome (6 studies). Lage kwaliteit bewijs. Geen conclusie mogelijk.
- Medicamenteuze behandeling:
- Fitzcharles 2016 - Effect en bijwerkingen van cannabinoiden bij chronische pijn (fibromyalgie, rugpijn, artrose, reumatoïde artritis)(4 RCTs). Risk of bias hoog in 3 studies. Resultaten niet consistent.
- Cording 2015 - Milnacipran voor pijn bij fibromyalgie. Cochrane (6 RCTs). Matige pijnreductie, werkzaam bij ongeveer 40% van de deelnemers.
- Walitt 2015 - SSRIs voor fibromyalgie. Cochrane (7 RCTs). Bewijs van zeer lage kwaliteit. Geen overtuigend bewijs dat SSRIs beter zijn dan placebo.
- VanderWeide 2015 - Venlafaxine voor fibromyalgia (1 RCT). Veel beperkingen, venlafaxine lijkt enigszins effectief.
- Gaskell 2014 - Oxycodone voor neuropathische pijn en fibromyalgie. Geen evidence voor fibromyalgie.
- Moore 2014 - Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults (Cochrane). Onvoldoende evidence voor fibromyalgie.
- Wiffen 2014 - Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults (Cochrane). Onvoldoende evidence voor fibromyalgie.
- Lunn 2014 - Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia (Cochrane). Duloxetine was effectief voor fibromyalgie, maar met bijwerkingen (dosisafhankelijk).
- Wiffen 2013 - Lamotrigine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. (Cochrane). Geen overtuigend bewijs, 10% kreeg uitslag.
- Üçeyler 2013 - Anticonvulsants for fibromyalgia (Cochrane, 8 RCTs). Pregabalin gaf een iets beter

effect dan placebo op pijn en slaapproblemen, maar niet op vermoeidheid.

- Wiffen 2013- Topiramate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults (Cochrane). Geen evidence voor effect bij fibromyalgie.
- Seidel 2013 - Antipsychotica voor acute en chronische pijn (Cochrane, 11 RCTs). Antipsychotica bleken effectief vergeleken met placebo op pijnintensiteit, maar met bijwerkingen. Meest kleine studies.
- Häuser 2013 - Serotonin en noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. (Cochrane, 10 RCTs). Laag risico op bias. Duloxetine en milnacipran effectiever dan placebo op de pijn, maar nauwelijks op vermoeidheid en kwaliteit van leven. Geen effect op slaapproblemen. Meer bijwerkingen.
- Corrigan 2012 - Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. (Cochrane). Geen evidence.
- Birse 2012 - Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Geen evidence voor effect.
- Tort 2012 - Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) voor fibromyalgie (Cochrane, 2 RCTs). Beperkte evidence voor beperkte effectiviteit.
- Häuser 2012 - Antidepressiva voor fibromyalgie (35 RCTs). TCA amitriptyline en SNRIs duloxetine and milnacipran zijn beiden effectief.
- Hearn 2012 - Lacosamide voor neuropathische pijn en fibromyalgia (Cochrane). Slechts één RCT voor fibromyalgia.
- Häuser 2011 - Placebo responders in randomized controlled drug trials of fibromyalgia syndrome. 30 studies: 31% van de patiënten rapporteert tenminste 30% pijnreductie op placebo, en 19% rapporteert tenminste 50% pijnreductie op placebo.
- Gill 2011 - Valproic acid en sodium valproate voor neuropathic pain and fibromyalgia (Cochrane). Geen evidence voor fibromyalgie.
- Daniel 2011 – Vitamin D. Tegenstrijdige resultaten
- Choy 2011 - Pharmacological treatments for fibromyalgia (45 RCTs). Werkzaam: pregabalin en SNRIs duloxetine en milnacipran.
- Combinatiebehandeling – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling:
- Knijnenik 2016 - Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Fibromyalgia (5 studies). Matige tot hoge kwaliteit, matige effect size voor Kwaliteit van leven, niet significant voor pijn en depressieve symptomen.
- Galhardoni 2015 - Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in chronic pain (33 studies). Veel significant effect, pijn vaak >30% vergeleken met controlebehandeling.
- Glombiewski 2013 - EMG- and EEG-Biofeedback in fibromyalgia (7 studies). Vergeleken met controlegroepen sterke reductie van pijn, met name door EMG-BFB, niet EEG-BFB. Geen effect op slaap, depressie, moeheid en HLQoL.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen:
- Lauche 2013b – Qigong exercise for fibromyalgia (zou ook onder exercise passen). Lage kwaliteit bewijs voor effectiviteit op pijn, kwaliteit van leven en slaap, vergeleken met usual care, zeer lage kwaliteit van bewijs voor vermoeidheid. Geen bewijs voor superioriteit ten opzichte van andere behandelingen.
- Chan 2012 - Qigong exercise for fibromyalgia. Onvoldoende bewijs.
- Zhao 2015. Auricular therapy for chronic pain management in adults (15 RCTs). Te weinig

evidence, langetermijn effect onduidelijk.

- Langhorst 2013 - Meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome (7 studies). Kwaliteit? Effectief op slaap, moeheid, depressie en HLQOL, maar niet op pijn. Voor slaap en Health-related Kwaliteit van leven effect ook op lange termijn.
- Yang 2014 - Acupuncture for fibromyalgia syndrome (9 studies). Onvoldoende evidence en lage kwaliteit van bewijs.
- Deare 2013 - Acupuncture for treating fibromyalgia. Cochrane(9 RCTs). Meeste low risk of bias. Lage tot gemiddelde kwaliteit bewijs dat acupunctuur beter helpt dan usual care of niets doen voor pijn en stijfheid. Moderate-level bewijs dat acupunctuur niet beter werkt dan sham acupunctuur op pijn, moeheid, slap en algeheel welzijn.
- Cao 2013 - Acupoint stimulation for fibromyalgia (16 RCTs). Slechts twee studies met low risk of bias. Acupunctuur al of niet gecombineerd met cupping therapy effectiever dan conventionele medicatie zowel op pijn als het aantal tender points. Echter niet beter dan sham acupuncture.
- Boehm 2014 – Homeopathy for fibromyalgia. Onvoldoende bewijs.
- De Souza Nascimento 2013 - Medicinal plants or related natural products for fibromyalgia (8 RCTs). Het lijkt erop dat MP or RNP werken op slaap, pijn, depressie, stijfheid, angst, fysiek functioneren en Kwaliteit van leven, vergeleken met conventionele geneesmiddelen of placebo.
- Terhorst 2011 - Complementary and alternative medicine voor pijn bij fibromyalgia (60 RCTs). Balneotherapie en mind-body therapie waren effectief op pijn. Gebrek aan bewijs voor massage en manipulatie.

11.5.4 Tension-type headache

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste-stapinterventies – geen relevante reviews.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Varatharajan 2016 - Non-invasive interventions (15 studies). Bewijs voor werkzaamheid low load endurance craniocervical and cervicoscapular exercises voor TTH.
- Chaibi 2014 - Manual therapies for primary chronic headaches (6 RCTs). Vier van de RCTs waren van goede kwaliteit. Massage en fysiotherapie lijken effectief voor chronische TTH. Eén RCT liet zien dat fysiotherapie effectiever is dan usual care op frequentie en intensiteit van de hoofdpijn.
- Lozano López 2014 - Manual therapy in the treatment of tension-type headache (2000-2013)(14 RCTs). Twaalf RCTs waren van acceptabele kwaliteit. Ze lieten positieve resultaten zien op intensiteit en frequentie van de hoofdpijn, medicatiegebruik en kwaliteit van leven. Beperking: heterogeniteit van de onderzoeken.
- Gil-Martínez 2013: oefen therapie voor tension type headache en migraine (10 RCTs). Zeven studies van goede kwaliteit. Alle studies vonden afname intensiteit en frequentie van pijn, vijf studies ook nog beter dan in de controlegroep. Sterk bewijs voor het ontbreken van bijwerkingen, voor het effect van fysio- en oefen therapie. Beperkte evidence voor aerobic exercise bij migraine.
- Posadzki P 2012 - Spinal manipulations for tension-type headaches (5 RCTs) (5 RCTs). Meest van goede kwaliteit . Vier van de RCTs suggereren dat spinal manipulation beter is dan geneesmiddelen, usual care en nog wat vergelijkingen. Evidence niet conclusive.
- Mesa-Jiménez 2015 - Multimodal manual therapy vs. pharmacological care (5 RCTs). Manuele therapie effectiever dan medicatie meteen na behandeling maar niet na langere follow-up.

- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling – geen relevante reviews.
- Medicamenteuze behandeling:
- Diener 2014 - Acetylsalicylzuur, paracetamol en cafeïne vergeleken met alleen paracetamol (4 RCTS). De triple therapie resulteerde in kortere hoofdpijnepisodes. Gaat alleen over korte termijn, dit beperkt de relevantie. Baseline ernst is van invloed.
- Weinman 2014 - Parenteral treatment of episodic tension-type headache (8 RCTS). Risk of bias liep uiteen van laag tot hoog. Effectiever dan placebo: metamizol, chloorpromazine, en metoclopramide. Combinatie van metoclopramide + diphenhydramine was effectiever dan ketorolac. Niet effectiever dan placebo waren: mepivacaine, meperidine + promethazine, and sumatriptan.
- Jackson 2010 - Tricyclic antidepressants and headaches (37 RCTS). TCAs vergeleken met placebo gaven minder dagen met hoofdpijn en minder aanvallen, maar niet in vergelijking met SSRIs. Effect nam toe met duur van de behandeling. TCAs lieten meer bijwerkingen zien dan placebo en SSRIs.
- Yoon 2012 - Anti-inflammatory drugs versus paracetamol (6 RCTS). Geen verschil tussen NSAIDs in lage dosering en paracetamol. In hoge dosering lijken NSAIDs effectiever, maar ze hebben ook meer bijwerkingen.
- Verhagen 2010 - NSAIDs en paracetamol bij tension type headache. Samenvatting van 5 systematic reviews. NSAIDs en paracetamol beiden effectief op korte termijn, geen verschil tussen NSAIDs, ibuprofen gaf minder bijwerkingen.
- Combinatiebehandeling – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling:
- -Nestoriuc 2008. Biofeedback treatment for headache disorders. (Niet alleen TTH – 94 studies). Matig tot grote effect sizes voor biofeedback vergeleken met wachtlijst, placebo en ontspanning. Effecten bleven stabiel bij een follow-up van gemiddeld 14 maanden.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen:
- Linde 2009. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane (11 RCTS). Acupunctuur zou een waardevolle niet-farmacologische aanpak kunnen zijn.

11.5.5 5. Whiplash

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding:
- Wiangkham 2015- Conservative management for acute whiplash associated disorder (WAD).(15 RCTS). Alle studies hoge risk of bias, bewijs werd als (zeer) zwak geclassificeerd (GRADE). Conservatieve en actieve interventies kunnen leiden tot pijnreductie bij patiënten met acute WAD. Conservatieve en gedragsmatige interventies kunnen de mobiliteit van de nek bevorderen. Additionally, cervical horizontal mobility could be improved by conservative intervention.
- Sutton 2014. Is multimodal care effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? (VALT OOK ONDER NEKPIJN). 14 RCTS. Het lijkt erop dat multimodal care die manuele therapie, voorlichting en oefenen omvat effectief is bij patiënten met graad I en II WAD en NAD. Huisartsenzorg bestaand uit geruststellen, advies om actief te blijven en het weer oppakken van de normale activiteiten lijkt een optie. Het zou wel eens kunnen zijn dat patiënten die veel zorg ontvangen juist minder goede uitkomsten hebben.
- Meeus 2012: efficacy of patient education in whiplash associated disorders (10 RCTS).

Middelmatige tot goede kwaliteit. Mondeling en schriftelijk advies, voorlichting geïntegreerd in oefenen en gedragsprogramma's bleken effectief op pijn, hinder, herstel, mobiliteit.

- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste-stapinterventies:
- Côté P 2011. Does early management of whiplash-associated disorders assist or impede recovery? Conclusie: teveel zorg te snel na het ongeluk is gerelateerd aan later herstel.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Wong JJ 2015. Manual therapies, passive physical modalities, en acupunctuur voor whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? 38 studies, waarvan 22 met low risk of bias. Mobilizatie, manipulatie, clinical massage zijn effectief voor nekpijn, maar electroacupuncture, strain-counterstrain, relaxation massage, enkele passieve fysische interventies (heat, cold, diathermy, hydrotherapy, ultrasound) zijn dat niet.
- Sterling 2014. Physiotherapy management of whiplash-associated disorders (WAD). Meest consistente risicofactoren voor slecht herstel zijn pijnintensiteit en niveau van hinder bij aanvang. Daarnaast initial post-traumatische stress symptomen, pain catastrophising en depressieve symptomen. Lage verwachting van herstel draagt ook niet bij.
- Rushton 2011. Physiotherapy rehabilitation for whiplash associated disorder (21 RCTs). 20 RCTs high risk of bias. Meta-analyse: 12 trials. Op korte termijn, in het acute/subacute stadium enig bewijs dat een actieve fysiotherapeutische interventie pijn reduceert en de range of movement vergroot, en dat specifieke interventies de pijn kunnen reduceren. Behoorlijke heterogeniteit: effect kan verschillen tussen patiënten.
- Teasell 2010b - noninvasive interventions for chronic WAD. 22 RCTs, 12 van goede kwaliteit. Er is bewijs dat oefenprogramma's in ieder geval op korte termijn whiplash-gerelateerde pijn kan verminderen. Conflicterende resultaten voor het effect van interdisciplinaire interventies.
- Michaleff 2012. Physiotherapy rehabilitation for whiplash associated disorder grade II. 21 included trials, 20 were evaluated as having a high risk of bias. Alle over acute/subacute fase, geen analyses mogelijk voor chronische fase en long-term follow-up. Te weinig data dus.
- Teasell 2010c - therapeutic interventions for subacute whiplash-associated disorder. (13 RCTs). Zes ervan waren RCTs van goede kwaliteit. Enig bewijs voor interdisciplinaire interventies en chiropractic manipulatie
- Psychosociale behandeling:
- Spearing 2012. Does injury compensation lead to worse health after whiplash? 11 studies, keken naar lawyer involvement, litigation, claim submission, or previous claims. Van 16 gerapporteerde uitkomsten waren er 9 statistisch significant. Conclusie: geen duidelijk bewijs.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:
- Shearer HM 2015. Are psychological interventions effective for the management of neck pain and whiplash-associated disorders? (VALT OOK ONDER NEKPILN). 19 studies, 10 met low risk of bias. Geen bewijs voor of tegen psychologische interventies bij patiënten met recent ontstane NAD or WAD. Progressive goal attainment program kan behulpzaam zijn voor persistente WAD, en Jyoti meditation voor mensen met persistente NAD.
- Medicamenteuze behandeling – geen relevante reviews.
- Combinatiebehandeling – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling:
- Teasell 2010a - Surgical and injection-based interventions for chronic WAD. (25 studies). Zes ervan waren RCTs van goede kwaliteit. Bewijs van matige kwaliteit voor de effectiviteit van radiofrequency

neurotomy voor whiplash-related pain. Steriel water injecties beter dan zout water, maar effectiviteit onduidelijk. Andere interventies slechts in één RCT onderzocht.

- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen – geen relevante reviews.

11.5.6 RSI/CANS

- Zelfmanagement – geen relevante reviews.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie:
- Goodman 2012. Effective interventions for cumulative trauma disorders of the upper extremity in computer users: practice models based on systematic review. (25 studies). Beste bewijs voor voorlichting en training in ergonomics, onderarmsteun, ergonomische toetsenborden en muizen, en oefeningen en rustpauzes.
- Eerste-stapinterventies – geen relevante reviews.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Verhagen 2013 - Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. (44 studies). Er waren 25 verschillende interventies onderzocht. Bewijs van heel lage kwaliteit dat oefenen helpt voor pijn, herstel, hinder en verzuim. Lage kwaliteit bewijs dat ergonomische interventies op korte termijn geen effect hebben op pijn maar wel op lange termijn. Op andere uitkomsten geen bewijs. Voor gedragsmatige interventies geen consistente effecten.
- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling – geen relevante reviews.
- Medicamenteuze behandeling – geen relevante reviews.
- Combinatiebehandeling – geen relevante reviews.
- Biologische behandeling – geen relevante reviews.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen – geen relevante reviews.

11.5.7 Irritable bowel syndrome (IBS)

- Zelfmanagement:
- Liegl 2015 – Guided self-help interventions for IBS. (10 RCTs). Guided self-help is effectief, en online interventies lijken effectiever dan andere formats.
- Ahl 2013 - Self-administered or minimal therapist contact psychotherapies for IBS. (9 RCTs). Zelfhulpprogramma's zonder therapeut hebben weinig effect, 'minimal therapist' contact programs laten wel positieve resultaten zien op symptomen.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie – geen relevante reviews.
- Eerste-stapinterventies:
- Moayyedi 2015 - The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome. (3 RCTs). Beperkten zich tot eliminatiediëten, onvoldoende evidence.
- McKenzie 2012 - British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. (30 studies)(search 1985-2009) Richtlijn. Drietrapadvies dieetmaatregelen. 1. Klinische en voedingsanamnese, adviezen gezonde voeding en leefstijl. 2. Geavanceerde dieetinterventies gebaseerd op NSP, fermentable koolhydraten en probiotica. 3.

Eliminatie en empirische dieten.

- Nagarajan 2015 - Fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome. 22 RCTs, van gemiddelde kwaliteit. Significante verbetering bij vezelsuppletie vergeleken met placebo op symptomen, buikpijn. Met name oplosbare vezels. Onoplosbare vezels niet effectief.
- Marsh 2015 – Low FODMAPs diet for symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? (6 RCTs en 16 andere studies). Low FODMAP diet effectief op IBS scores, kwaliteit van leven, buikpijn, bloating.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Müller 2014 - Osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of IBS. (5 RCTs). Lage risk of bias. 'Preliminary evidence' dat het effectief is t.o.v. controletherapie.
- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:
- Laird 2015 - Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome. (41 RCTs). Vergeleken met verschillende controle-interventies lieten psychologische therapieën een 'medium effect size' zien op ernst van de symptomen direct na afloop van de behandeling. Ook op de lange termijn hielden de effecten aan.
- Altayar 2015 - Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome. (15 RCTs). Vooral CGT. Effectief voor ernst van de symptomen, kwaliteit van leven en buikpijn. Niet op diarree en constipatie. Enige risk of bias en kleine studies.
- Henrich 2015 – Psychological treatments for IBS. (48 RCTs). Effectief op alle uitkomsten met effect sizes 0.3-0.6. Kenmerken van effectieve interventies: die een doel stelden, self-monitoring van symptomen en cognities vroegen, tailored feedback gaven, problem solving of assertiviteitstraining gebruikten en algemene ondersteuning boden waren effectiever dan interventies die dat niet deden.
- Ford 2014b- Antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in IBS. (48 RCTs). Antidepressiva (TCA en SSRI) beter dan placebo, psychologische therapie idem. CGT, multicomponent psychologische therapie en dynamische psychotherapie allen gunstig.
- Li 2014 - Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome. (18 RCTs). CBT effectiever dan wachtlijst aan het eind van de behandeling en na korte termijn follow-up, op IBS symptomen, kwaliteit van leven en psychologische kenmerken. Vergeleken met steun en medicatie was CBT effectief op IBS symptomen, maar niet op kwaliteit van leven psychologische kenmerken. Nauwelijks verschil met andere psychologische interventies.

Hypnose

- Medicamenteuze behandeling:
- Xie 2015 - Antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. (12 RCTs). Meeste van hoge kwaliteit. Overall: antidepressiva kunnen de algemene symptomen verbeteren. Geldt met name voor TCAs, niet voor SSRIs. SSRIs lieten geen effect zien op pijn en kwaliteit van leven. Geen verschil in bijwerkingen tussen medicatie- en controlegroepen.
- Bundeff 2014 – Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of IBS. (7 RCTs). Conflicterend bewijs voor de diverse SSRIs.
- Chao 2013 – Amitriptyline for treating IBS. (4 RCTs). Gepooled effect (RR verbetering) was 4.18 (95% CI: 2.00 to 8.77, p=0.0001).
- Li 2016 – Rifaximin in IBS (4 RCTs). Beter dan placebo en goed verdragen.
- Schönfeld 2014 – Rifaximin in IBS. (3 RCTs). Alleen over bijwerkingen. Incidentie van adverse effects verschilde niet van die van placebo.

- Khanna 2014 – Peppermint oil for the treatment of IBS. (9 RCTs). Lage risk of bias. Pepermuntolie significant beter dan placebo voor IBS symptomen en buikpijn. Wel meer bijwerkingen, maar mild en voorbijgaand. Mozaffari 2014
- Renzapride in IBS (4 RCTs). Geen statistisch significante verschillen t.o.v. placebo, maar meer bijwerkingen (diarree).
- Atluri 2014 – Linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. (3 RCTs). Beter dan placebo ('moderately effective' op symptomen), maar meer bijwerkingen (diarree).
- Videlock 2013 - Linaclotide in patients with irritable bowel syndrome with constipation or chronic constipation (7 RCTs). Behoorlijk effectief vergeleken met placebo (NNT 7), maar meer bijwerkingen (diarree)(NNT: 7).
- Martínez-Vázquez 2012 - Antispasmodic agents for the treatment of IBS. (23 RCTs). Onderzicht werden: pinaverium bromide, mebeverine, otilonium, trimebutine, alverine, hyoscine, alverine/simethicone, pinaverium/simethicone, fenoverine, and dicyclomine. Antispasmodica effectiever dan placebo zonder belangrijke bijwerkingen. Beperking tot antispasmodic agents verkrijgbaar in Mexico.
- Ruepert 2011 - Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for IBS – Cochrane. (56 RCTs). Risk of bias was laag voor de meeste items. Bulking agents lieten geen verschil zien met placebo voor buikpijn, global assessment of symptom scores. Antispasmodica waren effectiever dan placebo voor buikpijn (NNT=7), global assessment (NNT=5) en symptoomverbetering (NNT=3). Subgroup analyses lieten met name effecten zien van cimetopium/ dicyclomine, pepermuntolie, pinaverium en trimebutine. Antidepressiva waren effectiever dan placebo voor de buikpijn (NNT=5), global assessment (NNT=4) en symptoomverbetering (NNT=4). SSRIs en TCAs vergelijkbaar.
- Ford 2014b- Antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in IBS. (48 RCTs). Antidepressiva (TCA en SSRI) beter dan placebo, psychologische therapie idem. CBT, multicomponent psychologische therapie en dynamische psychotherapie allen gunstig.

Probiotica

- Combinatiebehandeling:
- Chey 2015 - Irritable bowel syndrome: a clinical review (JAMA). Diverse interventies zijn effectief gebleken: dieet, leefstijl, medisch, gedragsmatig. Optimaal is een geïndividualiseerde holistische benadering met een combinatie van interventies.
- Biologische behandeling – geen relevante reviews.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen:
- Li 2015 - Integrated traditional Chinese and Western medicine for managing irritable bowel syndrome. Aantal RCTs onduidelijk. Combineren van TCM en Westerse behandelwijzen effectiever dan alleen Westerse geneeskunde.
- Xiao 2015 - The efficacy of Shugan Jianpi Zhixie therapy for diarrhea-predominant IBS. (7 RCTs). Risk of bias laag. SJZT was effectiever dan placebo voor algemene symptomen, therapeutic gain (NNT= 3), overall BSS score en buikpijn. Niet meer bijwerkingen.
- Li 2013 - Treatment of constipation-predominant irritable bowel syndrome by focusing on the liver in terms of Traditional Chinese Medicine. (19 RCTs). TCM gunstiger dan traditioneel westerse geneeskunde op herstel, 'remarkable efficacy, recidief en recurrence en bijwerkingen. Funnelplot suggereert publicatiebias.
- Chao 2014 – Acupuncture for IBS. (6 RCTs). Vijf RCTs van hoge kwaliteit. Effectief.

- Manheimer 2012 – Acupuncture for IBS – Cochrane (17 RCTs). Vijf RCTs vergeleken acupunctuur met sham acupunctuur. Risk of bias was laag. Geen verschil in effect op symptomen en kwaliteit van leven. Vier RCTs vergeleken acupunctuur met medicatie (antispasmodica). Risk of bias hoog door gebrek aan blindering. Acupunctuur effectiever dan medicatie en geen behandeling.
- Park 2013 – Moxibustion in the management of IBS (20 RCTs). Risk of bias hoog. Moxibustion effectiever dan medicatie. Moxibustion gecombineerd met acupunctuur eveneens. Combineren van maxibustion met medicatie of kruiden had geen meerwaarde. Eén kleine trial vond geen verschil tussen moxibustion en sham control. Moxibustion lijkt weinig bijwerkingen te hebben, maar bewijs is beperkt.
- Pei 2012 - Acupuncture-moxibustion for IBS (11 studies). Combinatie van acupunctuur en moxibustion effectiever dan conventionele westerse medicatie.
- Peckham 2013 - Homeopathy for treatment of IBS – Cochrane (3 RCTs). Oude studies (1976-1990), en onduidelijke tot hoge risk of bias.

11.5.8 Lage rugpijn (vooral beperkt tot chronische lage rugpijn)

- Zelfmanagement:
- Oliveira 2012 - Effectiveness of self-management of low back pain.(11 RCTs). Middelmatige kwaliteit van bewijs voor een klein effect op pijn en disability.
- Lawford 2015 - Does walking improve disability status, function, or quality of life in adults with chronic low back pain? (7 RCTs). Geen evidence dat wandelen effectiever is dan usual care, krachtoefeningen, en andere oefenprogramma's.
- Abdel Shaheed 2014 - Interventions available over the counter and advice for acute low back pain. (13 RCTs). Lage tot zeer lage kwaliteit bewijs dat bedrust niet effectief is, advies niet effectief is, NSAIDS wel effectief zijn, 'heat wrap' en capsicumzalf effectief zijn.
- Chuter 2014 - Shoe insoles for the prevention and treatment of low back pain. (11 RCTs). Onvoldoende bewijs.
- Behandeling en begeleiding – geen relevante reviews.
- Psycho-educatie:
- Clarke 2011 Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain(2 RCTs). Zeer lage kwaliteit van bewijs dat het werkt, en gering effect.
- Eerste-stapinterventies – geen relevante reviews.
- Fysiotherapie en dergelijke:
- Saragiotto 2016 - Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. (29 RCTs). Zeer lage tot middelmatige kwaliteit van bewijs dat MCE een klinisch belangrijk effect heeft. Middelmatige tot hoge kwaliteit dat het vergelijkbare resultaten geeft als manuele therapie, en lage tot middelmatige kwaliteit bewijs dat het gelijke resultaten geeft als andere vormen van oefening.
- Byström 2013 - Motor control exercises reduces pain and disability in chronic and recurrent low back pain. (16 RCTs). MCE beter dan algemene oefeningen op pijn op korte en middellange termijn. MCE beter dan manuele therapie voor wat betreft disability, maar niet voor pijn. MCE beter dan een minimale interventie voor pijn en disability.
- Searle 2015 - Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain. (45 RCTs). Oefeningen hebben een positief effect op pijn vergeleken met niets doen. Exploratieve subgroepenanalyses lieten zien dat met name oefeningen gericht op kracht/weerstand en coördinatie/stabilisatie effectief waren.
- Furlan 2015 - Massage for low-back pain. Cochrane (25 RCTs). Kwaliteit van bewijs lag tot zeer

laag. Voor subacute en chronische LBP bleek massage beter dan een inactieve controlegroep voor pijn en functie, maar alleen op korte termijn. Vergeleken met een actieve controlegroep was massage effectiever voor de pijn, zowel op korte als lange termijn, maar niet op functie.

- López-de-Uralde-Villanueva 2015 - Graded activity and graded exposure for chronic nonspecific low back pain. (13 RCTs). Graded activity effectiever dan controle voor disability op korte en lange termijn. Graded activity minder effectief dan graded exposure voor disability op korte termijn, en op catastroferen. Beperkt bewijs.
- Van der Giessen 2012 - The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain. (5 RCTs). Geen of onvoldoende bewijs.
- Yamato 2015 - Pilates for low back pain. Cochrane. (10 RCTs). Zeven van de RCTs hadden een laag risico op bias. Lage kwaliteit bewijs dat Pilates op korte termijn het beter doet dan een minimale interventie. Op middellange termijn middelmatige kwaliteit bewijs voor effectiviteit. Vergelijking met andere oefeningen laat een gevarieerd beeld zien, geen doorslaggevend bewijs voor verschillen.
- Patti 2015 - Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain. (29 RCTs). Onvoldoende bewijs voor effectiviteit.
- Wells 2014 - The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain. (14 RCTs). Pilates effectiever op pijn en functioneren dan usual care en fysieke activiteit. Geen consistente verschillen met massage en andere oefeningen.
- Smith 2014 - An update of stabilisation exercises for low back pain. (29 RCTs). Sterk bewijs dat stabilisatie-oefeningen niet effectiever zijn dan andere oefeningen.
- Wang 2012 - A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. (5 RCTs). Core stability exercise beter dan oefenen in het algemeen voor pijn en disability op korte termijn. Geen verschil op lange termijn.
- Franke 2015 - Muscle energy technique for non-specific low-back pain. Cochrane (12 RCTs). Hoge risk of bias. Lage kwaliteit bewijs dat MET niet effectief is.
- Merepeza 2014 - Effects of spinal manipulation versus therapeutic exercise on adults with chronic low back pain. (3 RCTs). Inconclusive.
- McCaskey 2014 - Effects of proprioceptive exercises on pain and function in chronic neck- and low back pain rehabilitation. (18 RCTs). Lage kwaliteit bewijs dat dit type oefeningen effectiever is dan niets doen, maar minder effectief dan voorlichting en gedragsmatige aanpak.
- Lee 2014 - Effectiveness of sling exercise for chronic low back pain. (7 RCTs). te weinig evidence.
- Yue 2014 - Sling exercise for chronic low back pain. (9 RCTs). Hoge risk of bias. Geen klinisch relevante verschillen met andere oefeningen, traditionele Chinese geneeskunde en in combinatie met acupunctuur. Wel effectiever dan thermomagnetische therapie (2 RCTs).
- - Richards 2013 - Physiotherapy functional restoration for post-acute low back pain. (16 RCTs). Hoge kwaliteit bewijs voor een klein effect vergeleken met uitsluitend advise. Lage tot middelmatige kwaliteit bewijs dat het niet effectiever is dan andere behandelingen.
- - Franke 2014 - Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain. (15 RCTs). Middelmatige kwaliteit van bewijs dat OMT effectief is voor pijn en functioneren.
- Rubinstein 2012 - Spinal manipulative therapy for acute low back pain. Cochrane review (20 RCTs). Zes RCTs hadden een lage risk of bias. Lage tot zeer lage kwaliteit bewijs dat er geen verschil is tussen SMT en inerte interventies, placebo SMT of als aanvullende therapie. Wisselende kwaliteit evidence dat SMT niet beter werkt dan andere interventies.
- Kuczynski 2012 - Physical therapist administered spinal manipulation for the treatment of low back pain/ (6 RCTs). Er lijkt bewijs voor effectiviteit.

- Hidalgo 2014 - Manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain. Voor chronische lage rugpijn: middelmatig tot sterk bewijs dat het op korte termijn effectiever is dan sham MT. Beperkt bewijs dat MT gecombineerd met oefenen en usual care beter is dan alleen usual care, zowel op korte als lange termijn.
- Slater 2012 - The effectiveness of sub-group specific manual therapy for low back pain. (7 RCTs). Kwaliteit van bewijs laag. Subgroepspecifieke manual therapie leek effectiever dan verschillende controleinterventies.
- Parreira 2014 - Kinesio Taping. (12 RCTs, waarvan 2 bij LBP). Niet effectiever dan sham taping/placebo of een actieve controlegroep.
- Laird 2012 - Modifying patterns of movement in people with low back pain (12 RCTs). Inconsistente effecten.
- Wegner 2013 - Traction for low-back pain with or without sciatica. (32 RCTs). De helft van de RCTs had een lage risk of bias. Lage tot middelmatige kwaliteit bewijs dat tractie weinig effectiever is dan placebo, sham tractie of geen behandeling. Idem dat tractie toegevoegd aan fysiotherapie beter is dan zonder.
- Surkitt 2012 - Efficacy of directional preference management for low back pain. (6 RCTs). Vijf van de RCTs waren van hoge kwaliteit. Middelmatig bewijs dat DPM effectiever is dan andere behandelingen, zowel op korte als middellange termijn.
- standaert 2011 - Comparative effectiveness of exercise, acupuncture, and spinal manipulation for low back pain. (2 RCTs). Geen verschil tussen oefenen en spinal manipulation op korte termijn. Voor andere vergelijkingen geen studies gevonden.

Neurofysiologische interventies

Ergonomische interventies

- Psychosociale behandeling – geen relevante reviews.
- Psychologische en psychotherapeutische behandeling:
- Richmond 2015 Cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain. (23 RCTs). Meeste RCTs over patiënten met persistente LBP (>6 weken; n=20). CBT effectief voor pijn en disability, vergeleken met usual care en wachtlijst.
- Cramer 2013 Mindfulness-based stress reduction for low back pain. (3 RCTs). Inconclusive.
- Medicamenteuze behandeling:
- Enthoven 2016 - Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. (13 RCTs). 10 RCTs lage risk of bias. Lage kwaliteit bewijs dat NSAIDs effectiever zijn dan placebo op pijn en disability. Geen verschil tussen diflusal en placebo, celecoxib beter dan tramadol (1 RCT). Oefenen beter dan NSAIDs (1 RCT).
- Santos 2015 - Tapentadol for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane (4 RCTs). Patiënten met artrose of rugpijn. Middelmatige kwaliteit. Tapentadol extended release effectiever voor pijnreductie dan placebo en oxycodon, en minder bijwerkingen dan oxycodon.
- Machado 2015 - Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis. (13 RCTs). Hoge kwaliteit bewijs dat paracetamol op korte termijn niet effectiever is dan placebo bij lage rugpijn op pijn, disability en kwaliteit van leven. Bijwerkingen verschilden niet. Grotere kans op afwijkende leverwaarden, maar klinische relevantie onduidelijk.
- Petzke 2015 - Opioids in chronic low back pain. (12 RCTs). Opiaten beter dan placebo op pijnreductie en verbeterd fysiek functioneren. Geen verschil in bijwerkingen.

- Chaparro 2013 - Opioids compared with placebo or other treatments for chronic low back pain. Cochrane (15 RCTs). Op korte termijn zijn opiaten effectiever dan placebo en geen verschil in bijwerkingen. Oplange termijn onduidelijk.
- Nampiaparampil 2012 - Oral opioid analgesics vs. spinal steroid injections in the treatment of low back pain syndromes. (18 RCTs). Indirecte vergelijking, geen enkele RCT vergeleek de interventies. Orale opiaten lijken effectief, bijwerkingen onduidelijk. Steroidinjecties in de ruggewervels effectief op pijn en hinder op korte termijn. Hogere dropout rate bij opiaten.
- Williamson 2014 - Antidepressants in the treatment for chronic low back pain: questioning the validity of meta-analyses. (11 RCTs en 5 sys reviews). Gaat over eerdere meta-analyses. De diversiteit van eerdere systematic reviews en de wijze van poolen maken dat we de conclusies niet zomaar moeten aanvaarden.
- Chung 2013 - Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain. (25 RCTs). COX-2 remmers effectief, opiate niet significant voor pijn, wel voor functioneren.
- Sodha 2013 - The use of glucosamine for chronic low back pain. (3 RCTs) Lage kwaliteit bewijs dat glucosamineeffectief is op functioneren en disability. Conflicterend bewijs voor pijn.
- Cawston 2013 - Efficacy of duloxetine versus alternative oral therapies: an indirect comparison of randomised clinical trials in chronic low back pain. (15 RCTs). Geen verschil tussen duloxetine en orale analgetica.
- Choi 2013 - Epidural steroid injection therapy for low back pain. (29 RCTs). Geen verschil op pijn, disability en uiteindelijke operatie ten opzichte van placebo en andere behandelingen.
- White 2011 - Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. Samenvatting Cochrane reviews: opiate en NSAIDs zijn effectief, antidepressiva hebben geen meerwaarde. Opiaten meer bijwerkingen, worden daarom niet aanbevolen.
- Combinatiebehandeling:
- Brunner 2013 - Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? (8 RCTs). Vier studies hadden een hoge risk of bias. Graded activity toegevoegd aan fysiotherapie lijkt veelbelovend om chronische lage rugpijn te voorkomen.
- O'Keeffe 2016 - Comparative effectiveness of conservative interventions for non-specific chronic spinal pain: Physical, behavioural/psychologically informed or combined? (24 RCTs). Geen verschil tussen fysieke, gedragsmatige, psychologische of gecombineerde interventies op pijn.
- Kamper 2014 - Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. (41 RCTs). 19 van de RCTs low risk of bias. Middelmatige tot lage kwaliteit bewijs dat MBR effectiever is dan usual care voor pijn en disability, maar niet voor werkgerelateerde uitkomsten. Middelmatige tot lage kwaliteit bewijs dat MBR effectiever is dan een fysieke behandeling op pijn, disability en werkgerelateerde uitkomsten.
- Waterschoot 2014 - Pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain. (18 RCTs). Gericht op 'dosering' van de programma's. De gevolgen van de verschillende doseringen op het effect konden niet worden vastgesteld omdat inhoud en dosering erg samenhangen.
- Rolli Salathé 2012 - Multidisciplinary treatment for chronic low back pain. (8 sys revs). Lijkt efficient en kosteneffectief vergeleken met chirurgie.
- Biologische behandeling – geen relevante reviews.
- Vaktherapieën – geen relevante reviews.
- Complementaire en aanvullende behandelwijzen:
- Gagnier 2016 - Herbal medicine for low back pain: A Cochrane review. (14 RCTs). Capsicum

frutescens (cayenne) effectiever dan placebo. Onderzoek naar andere extracten van slechte kwaliteit.

- Quan 2015 - Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain. (75 RCTs). Matige kwaliteit bewijs dat acupunctuur op korte termijn effectiever was dan placebo (sham). 'Cupping' zou wel eens effectiever kunnen zijn dan medicatie. Geen ernstige bijwerkingen.

- Hutchinson 2012 Acupuncture in treating chronic non-specific low back pain. (7 RCTs).

Conflicterende resultaten. Geen conclusies mogelijk.

- Kong 2012 - Tuina-focused integrative chinese medical therapies for inpatients with low back pain. (20 RCTs). Methodologische kwaliteit was zwak. TICMT effectief voor pijn en functioneren met name in combinatie met Chinese herbal medicine en met acupunctuur. Tuina plus moxibustion of hot pack liet geen verbetering zien.

- Furlan 2012 - Selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. (147 RCTs). CAM op korte termijn effectiever dan geen behandeling, fysiotherapie en usual care op pijn en disability, maar niet vergeleken met sham acupuncture. Geen van de CAM behandelingen was superieur ten opzichte van de andere CAM behandelingen.

Laser therapy, radiofrequency, ultrasound

- Huang 2015 - Low-level laser therapy for nonspecific chronic low back pain. (7 RCTs). Effectief op pijn vergeleken met placebo, maar niet op disability en range of motion.

- Maas 2015 - Radiofrequency denervation for chronic low back pain. (23 RCTs). 13 RCTs hadden lage risk of bias. Overall kwaliteit van bewijs heel laag tot middelmatig. Middelmatig bewijs dat facetgewricht RF denervation (RFD) resulteert in minder pijn dan placebo op korte termijn. Lage kwaliteit bewijs dat facetgewricht RFD beter is dan placebo op functioneren op korte en lange termijn. Lage tot zeer lage kwaliteit bewijs dat facetgewricht RFD effectiever is dan steroïdinjecties, op korte en lange termijn. RFD voor wervelpijn geeft conflicterende resultaten. Lage kwaliteit evidence dat RFD niet beter is dan placebo voor pijn aan het SI gewricht en functie op korte termijn. Invasieve procedure met potentiële complicaties.

- Poetscher 2014 - Radiofrequency denervation for facet joint low back pain. (15 RCTs). Kwaliteit van bewijs laag tot middelmatig. RFD effectiever dan placebo voor pijn en functioneren. Te weinig informatie over bijwerkingen.

- Ebadi 2014 - Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. Cochrane (7 RCTs). 2 RCTs lage risk of bias. included. Middelmatige kwaliteit van bewijs dat ultrageluid op korte termijn het functioneren verbetert, vergeleken met placebo. Lage kwaliteit van bewijs dat ultrageluid op korte termijn voor de pijn niet effectiever is dan placebo. Lage kwaliteit van bewijs dat ultrageluid minder effectief is dan manipulatie. Geen informatie over bijwerkingen.

Yoga

- Holtzman 2013 - Yoga for chronic low back pain. (8 RCTs). Yoga was effectiever dan een controlebehandeling (voorlichting, wachtlijst, usual care) meteen na behandeling, minder op lange termijn maar nog steeds significant.

- Hill 2013 - Is yoga an effective treatment in the management of patients with chronic low back pain compared with other care modalities? (4 RCTs). Alle vier vonden positieve effecten vergeleken met de controlegroep.

- Cramer 2013 - A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain (10 RCTs). Acht RCTs hadden een lage risk of bias. Sterk bewijs voor effect op de korte termijn op pijn, disability en global improvement. Ook sterk bewijs voor effect op lange termijn op pijn, middelmatige evidence

voor langetermijn disability. Geen evidence voor effect op kwaliteit van leven.

Acupunctuur

- Liu 2015 - Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. 16 systematic reviews. Acupunctuur effectiever dan geen behandeling op korte termijn voor pijnen functie.
- Lam 2010 - Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain. (32 RCTs). Acupunctuur effectiever dan niet behandelen op pijn en functioneren. Geen klinisch relevante verschillen met medicatie (NSAIDs, spierverslappers en analgetica).

11.5.9 Referenties (alfabetisch) update systematic review interventies

Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2009;78(5):265-74.

Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *J Pain.* 2014;15(1):2-15.

Ahl A, Mikocka-Walus A, Gordon A, Andrews JM. Are self-administered or minimal therapist contact psychotherapies an effective treatment for irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review. *J Psychosom Res* 2013;75(2):113-20.

Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2011;11:87.

Arnold B, Häuser W, Arnold M, et al. [Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. [Article in German, incl. English] *Schmerz.* 2012;26(3):287-90.

Atluri DK, Chandar AK, Bharucha AE, Falck-Ytter Y. Effect of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation (IBS-C): a systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26(4):499-509.

Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2015;65(635):e387-400.

Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9:CD009796.

Bernardy K, Füßer N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome--a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12:133.

Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;10:CD011336.

Birse F, Derry S, Moore RA. Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD009485.

Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia--

a comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2014;22(4):731-42.

Brunner E, De Herdt A, Minguet P, Baldew SS, Probst M. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. *Disabil Rehabil.* 2013;35(1):1-10.

Bundeff AW, Woodis CB. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2014;48(6):777-84.

Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12:CD010884.

Byström MG, Rasmussen-Barr E, Grooten WJ. Motor control exercises reduces pain and disability in chronic and recurrent low back pain: a meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013;38(6):E350-8.

Cairns R, Hotopf M. A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome.

Occup Med (Lond) 2005;55(1):20-31.

Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, Dunn KM. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *Int Arch Occup Environ Health.* 2013;86(2):119-37.

Cao H, Li X, Han M, Liu J. Acupoint stimulation for fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:362831.

Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, et al. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32(2 Suppl):S97-S107.

Carroll LJ. Beliefs and expectations for recovery, coping, and depression in whiplash-associated disorders: lessening the transition to chronicity. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36(25 Suppl):S250-6.

Carstensen TB. The influence of psychosocial factors on recovery following acute whiplash trauma. *Dan Med J* 2012;59(12):B4560.

Cawston H, Davie A, Paget MA, Skljarevski V, Happich M. Efficacy of duloxetine versus alternative oral therapies: an indirect comparison of randomised clinical trials in chronic low back pain. *Eur Spine J.* 2013;22(9):1996-2009.

Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *J Headache Pain* 2014;15:67.

Chambers D, Bagnall AM, Hempel S, Forbes C. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *J R Soc Med* 2006;99(10):506-20.

Chan CL, Wang CW, Ho RT, Ng SM, Ziea ET, Wong VT. Qigong exercise for the treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med* 2012;18(7):641-6.

Chao GQ, Zhang S. A meta-analysis of the therapeutic effects of amitriptyline for treating irritable bowel syndrome. *Intern Med* 2013;52(4):419-24.

Chao GQ, Zhang S. Effectiveness of acupuncture to treat irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20(7):1871-7.

Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD004959.

Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA*. 2015;313(9):949-58.

Choi HJ, Hahn S, Kim CH, Jang BH, Park S, Lee SM, Park JY, Chung CK, Park BJ. Epidural steroid injection therapy for low back pain: a meta-analysis. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(3):244-53.

Choy E, Marshall D, Gabriel ZL, Mitchell SA, Gylee E, Dakin HA. A systematic review and mixed treatment comparison of the efficacy of pharmacological treatments for fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;41(3):335-45.e6.

Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Dana T, Sullivan S, Bougatsos C, Jarvik J. Pain management injection therapies for low back pain [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Mar. AHRQ Technology Assessments.

Chung JW, Zeng Y, Wong TK. Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain: systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*. 2013;16(6):E685-704.

Chuter V, Spink M, Searle A, Ho A. The effectiveness of shoe insoles for the prevention and treatment of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:140.

Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther*. 2011;16(6):544-9.

Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD008244.

Corrigan R, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD009486.

Côté P, Soklaridis S. Does early management of whiplash-associated disorders assist or impede recovery? *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36(25 Suppl):S275-9.

Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther* 2015;19(1):35-56.

Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:162.

Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. 2013;29(5):450-60.

Daniel D, Pirotta MV. Fibromyalgia--should we be testing and treating for vitamin D deficiency? *Aust Fam Physician*. 2011;40(9):712-6.

Daubs MD, Norvell DC, McGuire R, Molinari R, Hermsmeyer JT, Fournery DR, Wolinsky JP, Brodke D. Fusion versus nonoperative care for chronic low back pain: do psychological factors affect outcomes? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(21 Suppl):S96-109.

Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD007070.

Decoutere L, van den Eede F, Moorkens G, Sabbe BG. [Antipsychotic agents in the treatment of somatoform disorders; a review]. *Tijdschr Psychiatr*. 2011;53(3):163-73.

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. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD011142.

Didari T, Mozaffari S, Nikfar S, Abdollahi M. Effectiveness of probiotics in irritable bowel syndrome: Updated systematic review with meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(10):3072-84.

Diener HC, Gold M, Hagen M. Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover studies. *J Headache Pain* 2014;15:76.

Driessen MT, Proper KI, van Tulder MW, Anema JR, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2010;67(4):277-85.

Ebadi S, Henschke N, Nakhostin Ansari N, Fallah E, van Tulder MW. Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD009169.

Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD012087.

van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res*. 2010;68(6):521-33.

Fitzcharles MA, Baerwald C, Ablin J, Häuser W. Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids in chronic pain associated with rheumatic diseases (fibromyalgia syndrome, back pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis) : A systematic review of randomized controlled trials. *Schmerz*. 2016;30(1):47-61.

Ford AC, Quigley EM, Lacy BE. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109(10):1547-61. (2014a)

Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109(9):1350-65. (2014b)

Forte ML, Butler M, Andrade KE, Vincent A, Schousboe JT, Kane RL. Treatments for Fibromyalgia in Adult Subgroups [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Jan. Report, No.: 15-EHC006-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.

Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:286.

Franke H, Fryer G, Ostelo RW, Kamper SJ. Muscle energy technique for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2:CD009852.

Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9:CD001929.

Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, Van Tulder M, Santaguida L, et al. A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:953139.

Galhardoni R, Correia GS, Araujo H, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation in chronic pain: a review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(4 Suppl):S156-72.

Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD010692.

Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J. Does It matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2015;84(4):217-26.

van der Giessen RN, Speksnijder CM, Helders PJ. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2012;34(13):1070-6.

Gil-Martínez A, Kindelan-Calvo P, Agudo-Carmona D, Muñoz-Plata R, López-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R. [Therapeutic exercise as treatment for migraine and tension-type headaches: a systematic review of randomised clinical trials]. *Rev Neurol*. 2013;57(10):433-43.

Gill D, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Valproic acid and sodium valproate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(10):CD009183.

Glombiewski JA, Bernardy K, Häuser W. Efficacy of EMG- and EEG-Biofeedback in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis and a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:962741.

Goldsmith R, Wright C, Bell SF, Rushton A. Cold hyperalgesia as a prognostic factor in whiplash associated disorders: a systematic review. *Man Ther* 2012;17(5):402-10.

Goodman G, Kovach L, Fisher A, Elsesser E, Bobinski D, Hansen J. Effective interventions for cumulative trauma disorders of the upper extremity in computer users: practice models based on systematic review. *Work*. 2012;42(1):153-72.

Gurung T, Ellard DR, Mistry D, Patel S, Underwood M. Identifying potential moderators for response to treatment in low back pain: A systematic review. *Physiotherapy*. 2015;101(3):243-51.

Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MH. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):165-72.

Häuser W, Urrútia G, Tort S, Uçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:CD010292. (2013a)

Häuser W, Burgmer M, Köllner V, Schaefert R, Eich W, Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. [Fibromyalgia syndrome as a psychosomatic disorder - diagnosis and therapy according to current evidence-based guidelines]. [Article in German] *Z Psychosom Med Psychother*. 2013;59(2):132-52. (2013b)

Häuser W, Wolfe F, Tölle T, Uçeyler N, Sommer C. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2012;26(4):297-307.

Häuser W, Bartram-Wunn E, Bartram C, Tölle TR. [Placebo responders in randomized controlled drug trials of fibromyalgia syndrome: Systematic review and meta-analysis]. *Schmerz*. 2011;25(6):619-31. [Article in German]

Hearn L, Derry S, Moore RA. Lacosamide for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD009318.

Heins MJ, Knoop H, Lobbestael J, Bleijenberg G. Childhood maltreatment and the response to cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2011;71(6):404-10.

Heitz CA, Hilfiker R, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. *Eur Spine J*. 2009;18(12):1829-35.

Henrich JF, Knittle K, De Gucht V, Warren S, Dombrowski SU, Maes S. Identifying effective techniques within psychological treatments for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;78(3):205-22.

Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther*. 2014;22(2):59-74.

Hill C. Is yoga an effective treatment in the management of patients with chronic low back pain compared with other care modalities - a systematic review. *J Complement Integr Med*. 2013 May 7;10.

Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane*

Database Syst Rev. 2010;(12):CD006524.

Holtzman S, Beggs RT. Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Res Manag.* 2013;18(5):267-72.

Huang Z, Ma J, Chen J, Shen B, Pei F, Kraus VB. The effectiveness of low-level laser therapy for nonspecific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther.* 2015;17:360.

Hutchinson AJ, Ball S, Andrews JC, Jones GG. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature. *J Orthop Surg Res.* 2012;7:36.

Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010;341:c5222. doi: 10.1136/bmj.c5222.

Jensen R, Zeeberg P, Dehlendorff C, Olesen J. Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre. *Cephalalgia* 2010;30(10):1214-24.

Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;9:CD000963.

Kelley GA, Kelley KS, Jones DL. Efficacy and effectiveness of exercise on tender points in adults with fibromyalgia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis.* 2011;2011:125485.

Kent P, Kjaer P. The efficacy of targeted interventions for modifiable psychosocial risk factors of persistent nonspecific low back pain - a systematic review. *Man Ther.* 2012;17(5):385-401.

Khanna R, MacDonald JK, Levesque BG. Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(6):505-12.

Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;11:CD010628.

Knijnenik LM, Dussán-Sarria JA, Rozisky JR, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for fibromyalgia: systematic review and meta-analysis. *Pain Pract* 2016;16(3):294-304.

Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, Bühring ME, Geenen R. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014;204(1):12-9.

Kong LJ, Fang M, Zhan HS, Yuan WA, Pu JH, Cheng YW, Chen B. Tuina-focused integrative chinese medical therapies for inpatients with low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:578305.

Kuczynski JJ, Schwieterman B, Columer K, Knupp D, Shaub L, Cook CE. Effectiveness of physical therapist administered spinal manipulation for the treatment of low back pain: a systematic review of the literature. *Int J Sports Phys Ther.* 2012;7(6):647-62.

Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short-term and Long-term Efficacy of

Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. . Clin Gastroenterol Hepatol. 2015 Dec 22. pii: S1542-3565(15)01706-1.

Laird RA, Kent P, Keating JL. Modifying patterns of movement in people with low back pain -does it help? A systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2012;13:169.

Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2013;8(8):e71834.

Lakke SE, Soer R, Takken T, Reneman MF. Risk and prognostic factors for non-specific musculoskeletal pain: a synthesis of evidence from systematic reviews classified into ICF dimensions. Pain 2009;147(1-3):153-64.

Lam M, Galvin R, Curry P. Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine (Phila Pa 1976). 2013;38(24):2124-38.

Langhorst J, Klose P, Dobos GJ, Bernardy K, Häuser W. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatol Int. 2013;33(1):193-207.

Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD003200.

Lauche R, Cramer H, Dobos G, Langhorst J, Schmidt S. A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. J Psychosom Res 2013;75(6):500-10. (2013a)

Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A systematic review and meta-analysis of qigong for the fibromyalgia syndrome. Evid Based Complement Alternat Med 2013;2013:635182. (2013b)

Lawford BJ, Walters J, Ferrar K. Does walking improve disability status, function, or quality of life in adults with chronic low back pain? A systematic review. Clin Rehabil. 2015 Jun 18. pii: 0269215515590487.

Lee HH, Choi YY, Choi MG. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. J Neurogastroenterol Motil 2014;20(2):152-62.

Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. Clin J Pain. 2013;29(2):172-85.

Lee JS, Yang SH, Koog YH, Jun HJ, Kim SH, Kim KJ. Effectiveness of sling exercise for chronic low back pain: a systematic review. J Phys Ther Sci. 2014;26(8):1301-6.

Li CY, Ain Mohd Tahir N, Li SC. A systematic review of integrated traditional Chinese and Western medicine for managing irritable bowel syndrome. Am J Chin Med. 2015;43(3):385-406.

Li YH, Wang FY, Feng CQ, Yang XF, Sun YH. Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2014 Feb 20;9(2):e89304.

- Li J, Zhu W, Liu W, Wu Y, Wu B. Rifaximin for irritable bowel syndrome: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(4):e2534.
- Li Q, Liu F, Hou Z, Luo D. Treatment of constipation-predominant irritable bowel syndrome by focusing on the liver in terms of Traditional Chinese Medicine: a meta-analysis. *J Tradit Chin Med.* 2013;33(5):562-71.
- Liegl G, Plessen CY, Leitner A, Boeckle M, Pieh C. Guided self-help interventions for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015;27(10):1209-21.
- Lima TB, Dias JM, Mazuquin BF, et al. The effectiveness of aquatic physical therapy in the treatment of fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *Clin Rehabil* 2013;27(10):892-908.
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD007587.
- Liu L, Skinner M, McDonough S, Mabire L, Baxter GD. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:328196.
- López-de-Uralde-Villanueva I, Muñoz-García D, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Muñoz-Plata R, Angulo-Díaz-Parreño S, Gómez-Martínez M, La Touche R. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of graded activity and graded exposure for chronic nonspecific low back pain. *Pain Med.* 2015 Aug 3. doi: 10.1111/pme.12882.
- Lorena SB, Lima Mdo C, Ranzolin A(2), Duarte ÂL. Effects of muscle stretching exercises in the treatment of fibromyalgia: a systematic review. *Rev Bras Reumatol* 2015;55(2):167-73.
- Lozano López C, Mesa Jiménez J, de la Hoz Aizpurúa JL, Pareja Grande J, Fernández de Las Peñas C. Efficacy of manual therapy in the treatment of tension-type headache. A systematic review from 2000-2013. *Neurologia.* 2014 May 21. pii: S0213-4853(14)00011-5.
- Lu Y, Guzman JZ, Purmessur D, Iatridis JC, Hecht AC, Qureshi SA, Cho SK. Nonoperative management of discogenic back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2014;39(16):1314-24.
- Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD007115.
- Maas ET, Ostelo RW, Niemisto L, Jousimaa J, Hurri H, Malmivaara A, van Tulder MW. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;10:CD008572.
- Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CW, Day RO, McLachlan AJ, Ferreira ML. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ.* 2015;350:h1225.
- Magalhaes FN, Dotta L, Sasse A, Teixeira MJ, Fonoff ET. Ozone therapy as a treatment for low back pain secondary to herniated disc: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Physician.* 2012;15(2):E115-29.

Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Bhullar N, Schutte NS. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28(5):736-45.

Marques MM, De Gucht V, Gouveia MJ, Leal I, Maes S. Differential effects of behavioral interventions with a graded physical activity component in patients suffering from Chronic Fatigue (Syndrome): An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:123-37.

Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2015 May 17. [Epub ahead of print]

Martínez-Vázquez MA, Vázquez-Elizondo G, González-González JA, Gutiérrez-Udave R, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Mex* 2012;77(2):82-90.

Mazurak N, Broelz E, Storr M, Enck P. Probiotic Therapy of the Irritable Bowel Syndrome: Why Is the Evidence Still Poor and What Can Be Done About It? *J Neurogastroenterol Motil* 2015;21(4):471-85.

McCaskey MA, Schuster-Amft C, Wirth B, Suica Z, de Bruin ED. Effects of proprioceptive exercises on pain and function in chronic neck- and low back pain rehabilitation: a systematic literature review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:382.

McKenzie YA, Alder A, Anderson W, et al. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. *J Hum Nutr Diet*. 2012 Jun;25(3):260-74.

Meeus M, Nijs J, Hamers V, Ickmans K, Oosterwijck JV. The efficacy of patient education in whiplash associated disorders: a systematic review. *Pain Physician* 2012;15(5):351-61.

Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, Baert I, Descheemaeker F, Struyf F. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rehabil* 2015;29(3):221-33.

Meng H, Fei Q, Wang B, Yang Y, Li D, Li J, Su N. Epidural injections with or without steroids in managing chronic low back pain secondary to lumbar spinal stenosis: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:4657-67.

Merepeza A. Effects of spinal manipulation versus therapeutic exercise on adults with chronic low back pain: a literature review. *J Can Chiropr Assoc*. 2014;58(4):456-66.

Mesa-Jiménez JA, Lozano-López C, Angulo-Díaz-Parreño S, Rodríguez-Fernández ÁL, De-la-Hoz-Aizpurua JL, Fernández-de-Las-Peñas C. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia* 2015;35(14):1323-32.

Michaleff ZA, Ferreira ML. Physiotherapy rehabilitation for whiplash associated disorder II: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2012;46(9):662-3.

- Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al. The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Transl Gastroenterol*. 2015;6:e107.
- Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Toelle T, Rice AS. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD007938.
- Mozaffari S, Nikfar S, Abdollahi M. Efficacy and tolerability of renzapride in irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized, controlled clinical trials including 2528 patients. *Arch Med Sci* 2014;10(1):10-8
- Mroz TE, Norvell DC, Ecker E, Gruenberg M, Dailey A, Brodke DS. Fusion versus nonoperative management for chronic low back pain: do sociodemographic factors affect outcome? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(21 Suppl):S75-86.
- Müller A, Franke H, Resch KL, Fryer G. Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 2014;114(6):470-9.
- Nagarajan N, Morden A, Bischof D, King EA, Kosztowski M, Wick EC, Stein EM. The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2015;27(9):1002-10.
- Nampiamparmpil DE, Nampiamparmpil GM, Nampiamparmpil RG. Oral opioid analgesics vs. spinal steroid injections in the treatment of low back pain syndromes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(2):162-76.
- Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2014;16(4):R141. doi: 10.1186/ar4603.
- Nestoriuc Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2008;33(3):125-40.
- Nijrolder I, van der Horst H, van der Windt D. Prognosis of fatigue. A systematic review. *J Psychosom Res* 2008;64(4):335-49.
- Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, Jüni P. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2013;72(6):955-62.
- O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96(4):724-734.e3.
- O'Keeffe M, Purtill H, Kennedy N, Conneely M, Hurley J, O'Sullivan P, Dankaerts W, O'Sullivan K. Comparative effectiveness of conservative interventions for non-specific chronic spinal pain: Physical, behavioural/psychologically informed or combined? A systematic review and meta-analysis. *J Pain*. 2016 Feb 1.
- olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically

unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res.* 2009;66(5):363-77.

Oliveira VC, Ferreira PH, Maher CG, Pinto RZ, Refshauge KM, Ferreira ML. Effectiveness of self-management of low back pain: systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(11):1739-48.

Park JW, Lee BH, Lee H. Moxibustion in the management of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:247.

Parreira Pdo C, Costa Lda C, Hespanhol LC Jr, Lopes AD, Costa LO. Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *J Physiother.* 2014;60(1):31-9.

Patti A, Bianco A, Paoli A, Messina G, Montalto MA, Bellafiore M, Battaglia G, Iovane A, Palma A. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(4):e383.

Peckham EJ, Nelson EA, Greenhalgh J, Cooper K, Roberts ER, Agrawal A. Homeopathy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;11:CD009710.

Pei LX, Zhang XC, Sun JH, Geng H, Wu XL. [Meta analysis of acupuncture-moxibustion in treatment of irritable bowel syndrome]. [Article in Chinese] *Zhongguo Zhen Jiu.* 2012;32(10):957-60.

Perrot S, Russell IJ. More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: a meta-analysis examining six core symptoms. *Eur J Pain.* 2014;18(8):1067-80.

Peters SL, Muir JG, Gibson PR. Review article: gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41(11):1104-15.

Petzke F, Welsch P, Klose P, Schaefer R, Sommer C, Häuser W. [Opioids in chronic low back pain. A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks duration]. [Article in German] *Schmerz.* 2015;29(1):60-72. Includes English version.

Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Maher CG, Ordoñana JR, Andrade TB, Tsathas A, Ferreira PH. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *Spine J.* 2016;16(1):105-16.

Porter NS, Jason LA, Boulton A, Bothne N, Coleman B. Alternative medical interventions used in the treatment and management of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *J Altern Complement Med* 2010;16(3):235-49.

Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for tension-type headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* 2012;20(4):232-9.

Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in

adults. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD001027.

Rain C, Seguel W, Vergara L. Does exercise improve symptoms in fibromyalgia? Medwave 2015;15 Suppl 3:e6335.

Reuter L, Bengel J, Scheidt CE. [Non-response to therapy in acute and rehabilitative psychosomatic inpatient care - a systematic review]. [Article in German] Z Psychosom Med Psychother. 2014;60(2):121-45.

Richards MC, Ford JJ, Slater SL, Hahne AJ, Surkitt LD, Davidson M, McMeeken JM. The effectiveness of physiotherapy functional restoration for post-acute low back pain: a systematic review. Man Ther. 2013;18(1):4-25.

Richmond H, Hall AM, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Hoxey-Thomas N, Cooper Z, Lamb SE. The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(8):e0134192.

Rolli Salathé C, Elfering A, Melloh M. [Efficacy, utility and cost-effectiveness of multidisciplinary treatment for chronic low back pain]. [Article in German] Schmerz. 2012;26(2):131-49.

de Rooij A, Roorda LD, Otten RH, van der Leeden M, Dekker J, Steultjens MP. Predictors of multidisciplinary treatment outcome in fibromyalgia: a systematic review. Disabil Rehabil 2013;35(6):437-49.

Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD008142.

Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD008880.

Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(8):CD003460.

Rushton A, Wright C, Heneghan N, Eveleigh G, Calvert M, Freemantle N. Physiotherapy rehabilitation for whiplash associated disorder II: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open 2011;1(2):e000265.

Santos J, Alarcão J, Fareleira F, Vaz-Carneiro A, Costa J. Tapentadol for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;5:CD009923.

Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, Macedo LG. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016;1:CD012004.

Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Psychosom Med 2014;76(5):389-98.

Schoenfeld P, Pimentel M, Chang L, Lembo A, Chey WD, Yu J, Paterson C, Bortey E, Forbes WP.

Safety and tolerability of rifaximin for the treatment of irritable bowel syndrome without constipation: a pooled analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39(10):1161-8.

Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil*. 2015;29(12):1155-67. doi: 10.1177/0269215515570379.

Shearer HM, Carroll LJ, Wong JJ et al. Are psychological interventions effective for the management of neck pain and whiplash-associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for

Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Spine J*. 2015 Aug 13. pii: S1529-9430(15)01221-8. doi: 10.1016/j.spinee.2015.08.011. [Epub ahead of print]

Slater SL, Ford JJ, Richards MC, Taylor NF, Surkitt LD, Hahne AJ. The effectiveness of sub-group specific manual therapy for low back pain: a systematic review. *Man Ther*. 2012;17(3):201-12.

Smith ME, Haney E, McDonagh M, Pappas M, Daeges M, Wasson N, Fu R, Nelson HD. Treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med* 2015;162(12):841-50.

Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:416. doi: 10.1186/1471-2474-15-416.

Sodha R, Sivanadarajah N, Alam M. The use of glucosamine for chronic low back pain: a systematic review of randomised control trials. *BMJ Open*. 2013;3(6). pii: e001167.

de Souza Nascimento S, Desantana JM, Nampo FK, et al. Efficacy and safety of medicinal plants or related natural products for fibromyalgia: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:149468.

Spearing NM, Connelly LB, Gargett S, Sterling M. Does injury compensation lead to worse health after whiplash? A systematic review. *Pain* 2012;153(6):1274-82.

Standaert CJ, Friedly J, Erwin MW, Lee MJ, Rehtine G, Henrikson NB, Norvell DC. Comparative effectiveness of exercise, acupuncture, and spinal manipulation for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(21 Suppl):S120-30.

Sterling M. Physiotherapy management of whiplash-associated disorders (WAD). *J Physiother* 2014;60(1):5-12.

Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med*. 2007;69(9):889-900.

Surkitt LD, Ford JJ, Hahne AJ, Pizzari T, McMeeken JM. Efficacy of directional preference management for low back pain: a systematic review. *Phys Ther*. 2012;92(5):652-65.

Sutton DA, Côté P, Wong JJ, et al. Is multimodal care effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? A systematic review by the

Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. Spine J. 2014 Jul 8. pii: S1529-9430(14)00650-0. doi: 10.1016/j.spinee.2014.06.019. [Epub ahead of print]

Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M, Sequeira K, Death B. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): part 5 - surgical and injection-based interventions for chronic WAD. Pain Res Manag. 2010;15(5):323-34. (2010a)

Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M, Sequeira K, Death B. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): part 4 - noninvasive interventions for chronic WAD. Pain Res Manag 2010;15(5):313-22. (2010b)

Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M, Sequeira K, Death B. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): part 3 - interventions for subacute WAD. Pain Res Manag 2010;15(5):305-12. (2010c)

Terhorst L, Schneider MJ, Kim KH, Goozdich LM, Stilley CS. Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. J Manipulative Physiol Ther. 2011;34(7):483-96.

Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2015;4:CD001980.

Tiequn B, Guanqun C, Shuo Z. Therapeutic effects of Lactobacillus in treating irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Intern Med. 2015;54(3):243-9.

Tort S, Urrútia G, Nishishinya MB, Walitt B. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2012;4:CD009807.

Treleaven J. Dizziness, unsteadiness, visual disturbances, and postural control: implications for the transition to chronic symptoms after a whiplash trauma. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(25 Suppl):S211-7.

Tsang CC, Giudice MG. Nabilone for the Management of Pain. Pharmacotherapy. 2016. doi: 10.1002/phar.1709. [Epub ahead of print]

Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD010782.

VanderWeide LA, Smith SM, Trinkley KE. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. J Clin Pharm Ther. 2015;40(1):1-6.

Varatharajan S, Côté P, Shearer HM, et al. Are work disability prevention interventions effective for the management of neck pain or upper extremity disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) collaboration. J Occup Rehabil. 2014 Dec;24(4):692-708. doi: 10.1007/s10926-014-9501-1.

Varatharajan S, Ferguson B, Chrobak K, et al. Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. Eur Spine J. 2016 Feb 6. [Epub ahead of print]

Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Lenssinck ML, Passchier J, Kroes BW. [Treatment of tension type headache: paracetamol and NSAIDs work: a systematic review]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1924. [Article in Dutch]

Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Stynes SM, de Vet HC, Koes BW. Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;12:CD008742.

Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. Phys Ther. 2012;92(9):1093-108.

Victoria Espí-López G, Arnal-Gómez A, Arbós-Berenguer T, González ÁA, Vicente-Herrero T. Effectiveness of physical therapy in patients with tension-type headache: literature review.

J Jpn Phys Ther Assoc. 2014;17(1):31-8.

Videlock EJ, Cheng V, Cremonini F. Effects of linaclotide in patients with irritable bowel syndrome with constipation or chronic constipation: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013;11(9):1084-1092.

Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. J Psychosom Res. 2010;68(5):403-14.

Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, Cantrell SE, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2015;6:CD011735.

Walton DM, Macdermid JC, Giorgianni AA, Mascarenhas JC, West SC, Zammit CA. Risk factors for persistent problems following acute whiplash injury: update of a systematic review and meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2013 Feb;43(2):31-43.

Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, et al. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. PLoS One. 2012;7(12):e52082.

Wang YY, Li XX, Liu JP, Luo H, Ma LX, Alraek T. Traditional Chinese medicine for chronic fatigue syndrome: a systematic review of randomized clinical trials. Complement Ther Med 2014;22(4):826-33.

Ward L, Stebbings S, Cherkin D, Baxter GD. Yoga for functional ability, pain and psychosocial outcomes in musculoskeletal conditions: a systematic review and meta-analysis. Musculoskeletal Care 2013;11(4):203-17.

Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JH, Reneman MF. Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. Pain. 2014;155(1):179-89.

Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD003010.

Weinman D, Nicastro O, Akala O, Friedman BW. Parenteral treatment of episodic tension-type headache: a systematic review. *Headache* 2014;54(2):260-8

Wells C, Kolt GS, Marshall P, Hill B, Bialocerkowski A. The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(7):e100402.

Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014;14(11):2658-78. (2014a)

Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. Catastrophizing-a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014 Nov 1;14(11):2639-57. (2014b)

Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*. 2014;14(5):816-36.e4. (2014c)

Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(3):263-73. (2014d)

White AP, Arnold PM, Norvell DC, Ecker E, Fehlings MG. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(21 Suppl):S131-43.

Wiangkham T, Duda J, Haque S, Madi M, Rushton A. The effectiveness of conservative management for acute whiplash associated disorder (WAD) II: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133415.

Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Kalso EA. Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD005451.

Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Lamotrigine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD006044. (2013a)

Wiffen PJ, Derry S, Lunn MP, Moore RA. Topiramate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD008314. (2013b)

Williamson OD, Sagman D, Bruins RH, Boulay LJ, Schacht A. Antidepressants in the treatment for chronic low back pain: questioning the validity of meta-analyses. *Pain Pract*. 2014;14(2):E33-41.

Winkelmann A, Häuser W, Friedel E, et al. [Physiotherapy and physical therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. [Article in German+ English] *Schmerz*. 2012;26(3):276-86.

Wong JJ, Shearer HM, Mior S, et al. Are manual therapies, passive physical modalities, or acupuncture effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? An update of the bone and joint decade task force on neck pain and its associated disorders by the optima collaboration. *Spine J* 2015. pii: S1529-

9430(15)01234-6. [Epub ahead of print]

Xiao Y, Liu Y, Huang S, et al. The efficacy of Shugan Jianpi Zhixie therapy for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *PLoS One* 2015;10(4):e0122397.

Xie C, Tang Y, Wang Y, et al. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(8):e0127815.

Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, Menezes Costa LC, Costa LO. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD010265.

Yang B, Yi G, Hong W, Bo C, Wang Z, Liu Y, Xue Z, Li Y. Efficacy of acupuncture on fibromyalgia syndrome: a meta-analysis. *J Tradit Chin Med* 2014;34(4):381-91.

Yoon YJ, Kim JH, Kim SY, Hwang IH, Kim MR. A comparison of efficacy and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs versus acetaminophen in the treatment of episodic tension-type headache: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trial studies. *Korean J Fam Med*. 2012;33(5):262-71. doi: 10.4082/kjfm.2012.33.5.262. In het Engels, en fulltext beschikbaar

Yuan QL, Guo TM, Liu L, Sun F, Zhang YG. Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Feb 24;10(2):e0117146.

Yue YS, Wang XD, Xie B, Li ZH, Chen BL, Wang XQ, Zhu Y. Sling exercise for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(6):e99307.

Zhai J, Zhang L, Li M, Tian Y, Zheng W, Chen J, Huang T, Li X, Tian Z. Epidural injection with or without steroid in managing chronic low back and lower extremity pain: a meta-analysis of ten randomized controlled trials. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(6):8304-16.

Zhao HJ, Tan JY, Wang T, Jin L. Auricular therapy for chronic pain management in adults: A synthesis of evidence. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(2):68-78.

11.6 Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. De systematische review richtte zich op alle studies waarin de kosten en de effecten werden onderzocht van interventies gericht op de behandeling van SOLK. De budget impact analyse zoomde vervolgens in op het aanbieden van cognitieve gedragstherapie in groepsvorm aan personen met SOLK.

11.6.1 Systematische review

Selectie publicaties

De systematische review bracht alle onderzoeken in kaart waarin werd gerapporteerd over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op de behandeling van SOLK. Hiervoor werden artikelen gezocht in PubMed, PsycINFO, NHS EED en de CEA registry waarin zowel de kosten als effecten

van twee condities werden vergeleken. De search, die tot april 2016 liep, leidde tot 1.407 artikelen waarvan 36 werden geïnccludeerd. Hierbij werd preventie en screening geëxcludeerd, en was de scope beperkt tot Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS), Fibromyalgia (FM), Irritable Bowel Syndrom (IBS) en Chronic Fatigue Syndrom (CFS). Geen andere exclusiecriteria werden gehanteerd.

De meerderheid van de geïnccludeerde studies (n=27) werd uitgevoerd in Europa (Verenigd Koninkrijk (n=11), Nederland (n=5), Duitsland (n=3), Spanje (n=3), Zweden (n=2), Denemarken (n=1), Schotland (n=1), Noorwegen, Zweden, Finland & Denemarken (n=1)), zeven studies werden uitgevoerd in Amerika, één in Mexico, en één studie beschouwde geen specifiek land. Negen studies hadden betrekking op MUPS, negen studies beschouwden FM, 11 studies keken naar IBS en zeven studies waren gericht op CFS. 9 economische evaluaties waren gebaseerd op modelmatige doorrekeningen en 27 economische evaluaties waren gebaseerd op trials, waarvan 24 voortkwamen uit gerandomiseerd onderzoek. [Tabel: Karakteristieken van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK](#) toont de details van de geïnccludeerde studies.

Kosteneffectiviteit

Bij 19 van de 36 studies werd de kwaliteit van leven van de patiënten beschouwd (4x MUPS, 7x FM, 5x IBS, 3x CFS). Voor deze studies kon worden beoordeeld of de interventies kosteneffectief waren, gebruikmakend van de richtlijn van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut Nederland, 2015). Op basis van deze richtlijn werd verondersteld dat de samenleving bereid is om €20.000 te betalen voor het winnen van één additionele Quality-Adjusted Life Year (QALY), een jaar in volledig goede gezondheid.

Bij de MUPS-studies waarbij kwaliteit van leven werd beschouwd, gold dat de groepsinterventies (collaborative group intervention of cognitive-behavioural group training) kosteneffectief waren

Bron: Konnopka et al., 2016; Visser et al., 2015.

en dat de individuele interventies (psychodynamic interpersonal therapy of mindfulness-based cognitive therapy) niet kosteneffectief bleken.

Bron: Chernyak et al., 2014; Ravesteijn et al., 2013.

Elk van deze interventies werd vergeleken met enhanced usual care of enhanced medical care, met uitzondering van de wachtlijstcontrole in Visser et al. (2015). Elk van de studies werd recent uitgevoerd en was, met uitzondering van Chernyak et al. (kwaliteitsscore 67%), van hoge kwaliteit (gemiddelde kwaliteitsscore 83%).

Bij de FM-studies was de aquatic exercise program gemiddeld genomen kosteneffectief ten opzichte van usual care,

Bron: Gusi et al., 2008.

terwijl spa treatment gemiddeld genomen niet kosteneffectief was ten opzichte van usual care.

Bron: Zijlstra et al., 2007.

In een oudere studie in Nederland

Bron: Goossens et al., 1996.

bleek een educational cognitive intervention niet kosteneffectief ten opzichte van een educational discussion group (maar een vergelijking met gebruikelijke zorg ontbrak). Twee studies naar medicatie, gefinancierd door de industrie, lieten zien dat duloxetine als second-line treatment naar verwachting kosteneffectief was (Beard et al., 2011) en dat pregabalin 450 mg naar verwachting kosteneffectief was ten opzichte van duloxetine 120 mg, maar niet ten opzichte van placebo, tramadol of amitriptyline.

Bron: Choy et al., 2010.

In Nederland worden duloxetine en amitriptyline off-label voorgeschreven voor SOLK zonder angst of depressie, terwijl pregabaline wel geregistreerd is. Uit twee Spaanse studies

Bron: Luciano et al, 2013, 2014.

bleek dat group-based cognitive behavioral therapy en additionele psycho-education kosteneffectief was ten opzichte van usual care. Met uitzondering van spa-treatment,

Bron: Zijlstra et al., 2007.

waren de (niet-farmacologische) groepsinterventies kosteneffectief ten opzichte van usual care.

Bron: Luciano et al., 2013, 2014; Gusi et al., 2008.

Bij vijf studies gericht op IBS werden de additionele kosten per QALY beschouwd. Drie studies onderzochten farmacologische interventies (en werden gefinancierd door de farmaceutische industrie).

Bron: Fisher et al., 2016; Huang et al., 2015; Bracco et al., 2007.

Hierbij leek linaclotide kosteneffectiever dan antidepressiva

Bron: Fisher et al., 2016.

en dan lubiprostone (wat in Nederland niet wordt aangeboden),

Bron: Huang et al., 2015.

en was tegaserod niet duidelijk kosteneffectiever dan placebo. In het farmacotherapeutisch kompas wordt linaclotide geadviseerd voor patiënten met ernstige IBS met pijn en obstipatie die niet verbeterden na minstens een jaar richtlijnconforme behandeling, waarbij dit alleen in de tweede lijn mag worden voorgeschreven volgens een vastgesteld protocol. Tegaserod werd in 2007 uit de handel gehaald. Voor de niet-farmacologische interventies gold dat sacral nerve stimulation ten opzichte van no-treatment mogelijk op de lange termijn (na zeven jaar) kosteneffectief kan worden, waarbij werd aangenomen dat effecten na de behandeling standhouden,

Bron: Tipsmark et al., 2015.

terwijl accupunctuur in aanvulling op usual care ten opzichte van usual care gemiddeld niet kosteneffectief is.

Bron: Stamuli et al., 2012.

Bij studies gericht op CFS bleken supportive listening en pragmatic rehabilitation gemiddeld niet kosteneffectief ten opzichte van treatment as usual.

Bron: Richardson et al., 2013.

Individuele CBT bleek gemiddeld kosteneffectief ten opzichte van Specialist Medical Care.

Bron: McCrone et al., 2012.

Een Nederlandse studie

Bron: Severens et al., 2004.

liet zien dat een individuele CBT een vergelijkbare kosteneffectiviteit heeft als de natural course arm, waarin geen op protocol gebaseerde interventies werden aangeboden. In [Tabel: Karakteristieken van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK](#) staan de details met betrekking tot de resultaten van elk van de studies.

Kwaliteit van de studies

De kwaliteit van de studies werd in kaart gebracht met de CHEC-list (Consensus on Health Economic Criteria),

Bron: Evers ea, 2005.

waarmee werd beoordeeld in welke mate de studies goed werden uitgevoerd en gerapporteerd. Gemiddeld genomen was de kwaliteit van de studies goed (71% van de score), maar er waren aanzienlijke verschillen tussen individuele studies (scores varieerden tussen 53-86%), zie [tabel Kwaliteitsbeoordeling CHEC-extended](#) voor de score op elk item van de CHEC-list voor elk van de studies.

Niet elk item op de CHEC-list is even belangrijk. Bepaalde items, zoals de beschouwde tijdshorizon en het gekozen perspectief (item 6 en 7), spelen een extra belangrijke rol bij het bepalen van de kwaliteit van een studie. Waar de tijdshorizon meestal lang genoeg was (item 6: gemiddeld 78%), was het gekozen perspectief in veel van de studies beperkter dan gewenst (item 7: gemiddeld 57%), doordat niet een maatschappelijk maar een beperkter zorgperspectief werd gehanteerd.

Conclusie

Kostenutiliteitsstudies van op SOLK gerichte interventies laten geen eenduidige conclusie zien, met studies waarin de interventie meer kosteneffectief bleek dan de controleconditie, studies waarbij de interventie juist minder kosteneffectief was dan de controleconditie en studies waarbij er geen duidelijke voorkeur was voor de controle- of interventieconditie in termen van kosteneffectiviteit. De grote diversiteit van de studies (in termen van doelgroep, land, tijdshorizon en interventie) maakt dat het niet goed mogelijk is om samenvattende uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van deze interventies. Wel lijken effectieve groepsinterventies vaak kosteneffectief (vijf van de zes studies). Een mogelijke verklaring kan zijn dat interventies veelal een kleine verbetering van kwaliteit van leven bewerkstelligen, waardoor relatief goedkope interventies in groepsformat nodig zijn om de kosten op te laten wegen tegen de baten. Daarnaast kan ook gelden dat studies mogelijk positieve effecten over het hoofd zien, doordat vermindering van gebruik van somatische specialistische zorg niet altijd wordt meegenomen in de bepaling van kosteneffectiviteit.

Vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit kan geconcludeerd worden dat er in Nederland nog geen duidelijkheid bestaat over welke interventies kosteneffectief zijn. Nieuwe, goed uitgevoerde trials op het gebied van kosteneffectiviteit zijn nodig om te bepalen welke interventies het beste kunnen worden aangeboden vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit. Op basis van de beschikbare, veelal internationale evidentie, lijkt het raadzaam wanneer zorgaanbieders voor de behandeling van SOLK groepsinterventies overwegen.

11.6.2 Budget impact analyse

Omdat de effectieve groepsinterventies vaak kosteneffectief lijken, richt de budget impact analyse zich op het grootschaliger aanbieden van een in Nederland onderzochte groepsinterventie waarover recent werd gepubliceerd door Visser ea (2015).

Beschrijving Visser ea (2015)

Visser et al. (2015) voerden een modelmatige economische evaluatie uit waarin de kosten en gezondheidseffecten van een cognitieve gedragstherapie in groepsvorm (cognitive-behavioral group training) werd vergeleken met een wachtlijstconditie voor patiënten met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Patiënten tussen 18 en 65 jaar werden geworven in poliklinieken van algemene ziekenhuizen en in de Riagg Rijnmond en voldeden aan de DSM-IV criteria van een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, of een chronische pijnstoornis volgens de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders/Patient edition. Patiënten werden geëxcludeerd als taalvaardigheden of handicaps een goed begrip van de cognitieve gedragsinterventie in de weg stonden.

De interventiegroep kreeg wekelijks een twee uur durende groepstraining aangeboden gedurende een periode van drie maanden. De groepsgrootte was minimaal vijf en maximaal tien (en gelijk aan zes in het onderzoek van Visser et al. (2015)) en patiënten volgden gemiddeld 11 van de 13 sessies. De interventie werd vergeleken met een wachtlijstconditie in termen van kosten (interventiekosten, overige zorgkosten en werkgerelateerde kosten) en effecten (uitgedrukt in kwaliteit van leven).

Visser et al. (2015) schatten de kosten en effecten van beide condities over een periode van vier jaar,

waarbij werd geëxtrapoleerd vanuit een trial waarin deelnemers uit de interventieconditie 15 maanden werden gevolgd (drie maanden interventie plus 12 maanden follow-up) en waarin de wachtlijstconditie drie maanden werd gevolgd (waarna de deelnemers in deze conditie de interventie kregen aangeboden). Verondersteld werd dat de wachtlijstconditie na de 3 maanden stabiel bleef, onderbouwd door de observatie dat dit een chronische doelgroep betrof waarbij de mediane duur van de klachten inmiddels negen jaar bedroeg. Ook voor de interventieconditie werd aangenomen dat er 12 maanden na het einde van de interventieconditie een nieuw evenwicht was ontstaan in termen van de kosten en gezondheid van de deelnemers. Vervolgens werden de kosten en gezondheidsuitkomsten in beide condities door de tijd heen verlengd in cycli van drie maanden, zodat gegeven deze aannamen kon worden onderzocht na hoeveel tijd de interventieconditie kosteneffectief of zelfs kostenbesparend zou kunnen zijn ten opzichte van de wachtlijstconditie.

Over de beschouwde tijdshorizon van 48 maanden vonden Visser et al. (2015) dat de interventieconditie gepaard ging met een betere gezondheid en lagere kosten dan de wachtlijstconditie. Dit betekent dat de interventieconditie kosteneffectiever was dan de wachtlijstconditie. Daarnaast bleek dat de interventie naar verwachting na 30-33 maanden kostenbesparend werd, en daalden de kosten per QALY tussen de 18e en 21e maand onder de €20.000 per QALY, volgens Zorginstituut Nederland de grenswaarde waaronder een interventie als kosteneffectief kan worden gezien.

Visser et al. (2015) scoren 80% op de CHEC-list (Evers et al., 2005), welke de kwaliteit van het onderzoek en de kwaliteit van de rapportage beschouwt. De belangrijkste beperking bij dit onderzoek was dat de modelmatige doorrekening werd gebaseerd op één onderliggende trial welke alleen over de eerste 3 maanden gecontroleerd was, maar de laatste 12 maanden niet meer. Dit vergroot de onzekerheid rondom de uitkomsten.

Budget impact

Om in te schatten wat de impact is op benodigde budgetten van het grootschaliger aanbieden van de interventie, is het enerzijds nodig om een inschatting te maken van de grootte van de doelgroep, en anderzijds om inzicht te hebben in de extra kosten per patiënt.

Een prevalentiestudie van De Waal et al. (2004) schatte dat 13% van de mensen in de huisartspraktijk een ongedifferentieerde somatoforme stoornis heeft en dat 1,6% een chronische pijnstoornis heeft. Uitgaande van ±10 miljoen mensen tussen 18-65 jaar (de leeftijd die werd beschouwd in Visser et al. (2015)), en het feit dat ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking in een gegeven jaar niet naar de huisarts gaat (www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/row-6/4-miljoen-niet-naar-huisarts), kan de prevalentie van de desbetreffende stoornissen in deze groep worden geschat op grofweg 1 miljoen mensen per jaar. Dit grote aantal wordt mede veroorzaakt doordat deze aandoeningen van chronische aard zijn. Uitgaande van de mediane duur van negen jaar, zoals gerapporteerd in Visser et al. (2015), zou uitgegaan kunnen worden van een instroom van ±120.000 mensen per jaar. Onder de aanname dat slechts 25% van de patiënten open zou staan voor een groepsbehandeling, is een voorzichtige schatting van de doelgroep gelijk aan ±30.000 patiënten per jaar.

De meerkosten worden niet expliciet gerapporteerd in Visser et al. (2015), maar zijn wel indirect af te leiden uit de publicatie. Het aanbieden van de interventie kost gemiddeld €1.924 per patiënt. Deze

additionele kosten worden gedurende het verstrijken van de tijd gecompenseerd door lagere zorgkosten en lagere werkgerelateerde kosten in de interventieconditie, dusdanig dat na vier jaar de totale kosten in de interventieconditie €828 lager liggen dan in de controleconditie. Wordt er alleen naar de zorgkosten gekeken (waarbij de werk gerelateerde kosten buiten beschouwing worden gelaten) dan liggen de kosten na vier jaar nog €479 euro hoger in de interventieconditie. Rekening houdend met de gehanteerde discontovoet van 4% (waarmee kosten die later plaatsvinden minder zwaar meetellen dan kosten die eerder plaatsvinden), en ervan uitgaande dat de daling in zorgkosten en werkgerelateerde kosten gelijkmatig optreedt na de interventieduur van drie maanden, kan worden afgeleid dat de zorgkosten elke drie maanden naar schatting € 102 lager liggen in de interventieconditie, en dat de totale maatschappelijke kosten naar schatting € 195 per drie maanden lager liggen in de interventieconditie.

De meerkosten van het aanbieden van de interventie nemen dus af gedurende de beschouwde periode van vier jaar totdat deze vanuit het maatschappelijk perspectief uiteindelijk zijn verdwenen en mogelijk zelfs plaatsmaken voor maatschappelijke besparingen. Er zijn drie belangrijke ijkpunten in de studie:

- De meerkosten na 15 maanden, waarna de oorspronkelijke trial eindigde
- De meerkosten na 21 maanden, waarna de interventie als kosteneffectief kan worden gezien volgens de geldende richtlijnen van Zorginstituut Nederland
- De meerkosten na 33 maanden, waarna de interventiekosten vanuit maatschappelijk perspectief naar verwachting volledig zijn gecompenseerd.

In termen van de meerkosten per patiënt vertaalt dit zich naar:

- Na 15 maanden: ±€1.500 additionele kosten vanuit het zorgperspectief; ±€1.150 additionele kosten vanuit het maatschappelijke perspectief
- Na 21 maanden: ±€1.300 additionele kosten vanuit het zorgperspectief; ±€ 800 additionele kosten vanuit het maatschappelijke perspectief
- Na 33 maanden: ±€ 900 additionele kosten vanuit het zorgperspectief; geen additionele kosten vanuit het maatschappelijke perspectief

De budget impact hangt dus af van het gekozen perspectief (zorgperspectief of maatschappelijk perspectief) en de beschouwde periode. Daarbij geldt dat een langere tijdshorizon gepaard gaat met meer onzekerheid over de daadwerkelijke uitkomsten. Ter illustratie; als 1.000 patiënten per jaar de cognitieve gedragstherapie in groepsvorm krijgen aangeboden, dan gaat dat na 21 maanden naar verwachting gepaard met additionele zorgkosten van € 1,3 miljoen euro per jaar, en € 775.000 maatschappelijke kosten per jaar, terwijl dit naar verwachting 39 QALYs genereert. Hiermee is de interventie volgens de richtlijnen van Zorginstituut Nederland gemiddeld kosteneffectief vanuit maatschappelijk perspectief, want de kosten per QALY liggen vanaf dan onder de gewenste € 20.000 per QALY ($\text{€ } 775.000 / 39 \text{ QALYs} = \text{€ } 20.000 \text{ per QALY}$).

11.6.3 Conclusie en discussie

Drie algemene bevindingen kunnen worden gedaan op basis van de systematische review en de budget impact analyse:

1. Groepsinterventies lijken relatief vaker kosteneffectief dan individuele interventies. Hierbij moet worden benadrukt dat de verschillende studies die werden beschouwd in de systematische review zich niet goed laten vergelijken als gevolg van verschillen in bijvoorbeeld perspectief, doelgroep, tijdshorizon en controleconditie. Ten opzichte van het groepsformat is het belangrijk om te realiseren dat een groot deel van de patiënten mogelijk geen voorkeur heeft voor een groepsinterventie.
2. Het al dan niet kosteneffectief zijn van een interventie komt mogelijk pas na een wat langere tijdshorizon tot uiting. Op basis van de publicatie van Visser et al. (2015) kan worden afgeleid dat het aanbieden van een cognitieve gedragsinterventie in groepsvorm naar verwachting kosteneffectief is na 21 maanden. De tijdshorizon van 12 maanden zoals beschouwd in een andere recente Nederlandse studie (van Ravesteijn et al., 2013) is mogelijk de reden dat de interventie in die studie niet kosteneffectief werd bevonden. Interventies worden in Nederland als kosteneffectief beschouwd wanneer de additionele kosten per QALY minder dan € 20.000 bedragen. Dit betekent dat kosteneffectieve interventies gepaard gaan met additionele kosten, maar dat de additionele gezondheidswinst volgens de geldende richtlijnen tegen deze kosten opweegt. Daadwerkelijke kostenbesparingen als gevolg van het aanbieden van interventies werden in Nederlandse studies, met uitzondering van de verwachte lange termijn resultaten binnen Visser et al. (2015), niet geconstateerd. Zeker op de korte termijn geldt daarom dat het geld kost om effectieve en kosteneffectieve zorg te bieden aan deze doelgroep.

Een algemene beperking is dat de kosten van de somatische specialistische zorg binnen de gevonden studies vaak niet werd beschouwd, terwijl verwacht zou kunnen worden dat goede behandeling van de SOLK-klachten kan leiden tot een daling in de kosten als gevolg van deze somatische specialistische zorg. Hierdoor kan de kosteneffectiviteit van interventies mogelijk worden onderschat. Een andere beperking is dat bij veel van de studies in de systematische review een te beperkt zorgperspectief werd gehanteerd in plaats van het door Zorginstituut Nederland aanbevolen bredere maatschappelijke perspectief, waardoor de beschikbare evidentie veelal niet compleet genoeg is om een goed beeld te kunnen schetsen van de kosteneffectiviteit van de onderzochte interventies.

Al met al werden geen Nederlandse studies gevonden die geheel empirisch aantoonen dat zorg voor de beschouwde doelgroep kosteneffectief blijkt te zijn, al lieten Visser et al. (2015) wel via een modelmatige aanpak zien dat cognitieve gedragstherapie in groepsvorm kosteneffectief kan zijn. Het lijkt daarom raadzaam om de kosteneffectiviteit van interventies verder empirisch te onderzoeken, waarbij idealiter een zo lang mogelijke tijdshorizon wordt beschouwd, zodat eventuele dalingen in zorgkosten en overige maatschappelijke kosten die ontstaan na het aanbieden van de interventie, zoveel mogelijk empirisch kunnen worden onderbouwd.

11.6.4 Tabel: Karakteristieken van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK

ID	Authors (year)	Country	Economic evaluation	Target population	Analysis	Perspective	Time horizon	Industry funding
1	Konnopka et al. 2016	Germany	TBEE	MUPS	CUA	Societal	1 year	No
2	Visser et al. 2015	Netherlands	MBEE	MUPS	CUA	healthcare and societal	4 years	No
3	Chernyak et al. 2014	Germany	TBEE	MUPS	CUA	Healthcare	1 year	No
4	Ravesteijn et al. 2013	Netherlands	TBEE	MUPS	CUA	Societal	1 year	No
5	Barsky et al. 2013	United States	TBEE	MUPS	CEA	Healthcare	1 year	No
6	Hiller et al. 2003	Germany	TBEE	MUPS	CEA	Societal	2 years	No
7	Morriss et al. 1998	United Kingdom	TBEE	MUPS	CEA	Healthcare	3 months	No
8	Smith et al. 1995	United States	TBEE	MUPS	CEA	Not mentioned - Healthcare	2.5 year retrospectively and 2 years prospectively	No
9	Kashner et al. 1992	United States	TBEE	MUPS	CEA	Healthcare	1 year	No
10	Luciano et al. 2014	Spain	TBEE	FM	CUA	Societal	6 months	No
11	Luciano et al. 2013	Spain	TBEE	FM	CUA	healthcare and societal	1 year	No
12	Arreola Ornelas et al. 2012	Mexico	MBEE	FM	CEA	Healthcare	1 year	Yes
13	Lloyd et al. 2012	United States	MBEE	FM	CEA	Societal	1 year	Yes
14	Beard et al. 2011	United States	MBEE	FM	CEA/CUA	healthcare and societal	2 years	Yes
15	Choy et al. 2010	United Kingdom	MBEE	FM	CEA/CUA	Healthcare	3 years	Yes
16	Gusi et al. 2008	Spain	TBEE	FM	CUA	Societal	8 months	No
17	Zijlstra et al. 2007	Netherlands	TBEE	FM	CUA	Societal	1 year	No
18	Goossens et al. 1996	Netherlands	TBEE	FM	CUA	Societal	1 year	No
19	Fisher et al. 2016	Scotland	MBEE	IBS	CUA	Healthcare	5 years	Yes
20	Tipsmark et al. 2015	Denmark	MBEE	IBS	CUA	Healthcare	20 years	No
21	Huang et al. 2015	United States	MBEE	IBS	CEA/CUA	Societal	12 weeks	Yes
22	Stamuli et al. 2012	United Kingdom	TBEE	IBS	CUA	Healthcare (NHS)	1 year	No
23	Andersson et al. 2011	Sweden	TBEE	IBS	CEA	Societal	12 months	No
24	Ljotsson et al. 2011	Sweden	TBEE	IBS	CEA	Societal	1 year	No
25	McCrone et al. 2008	United Kingdom	TBEE	IBS	CEA	Societal	1 year	No
26	Bracco et al. 2007	Norway, Sweden, Finland, Denmark	TBEE	IBS	CUA	Healthcare	12 weeks	Yes
27	Robinson et al. 2006	United Kingdom	TBEE	IBS	CMA	Healthcare	1 year	No
28	Spiegel et al. 2004	Global scope	MBEE	IBS	CEA	Healthcare	10 years	No
29	Creed et al. 2003	United Kingdom	TBEE	IBS	CEA	Societal	15 months	Unclear
30	Meng et al. 2014	United States	TBEE	CFS	CEA	Societal	1 year	No
31	Richardson et al. 2013	United Kingdom	TBEE	CFS	CUA	Healthcare	70 weeks	No
32	McCrone et al. 2012	United Kingdom	TBEE	CFS	CEA/CUA	Societal	1 year	No
33	Sabes-Figuera et al. 2012	United Kingdom	TBEE	CFS	CEA	Healthcare	6 months	No
34	Severens et al. 2004	Netherlands	TBEE	CFS	CEA/CUA	Healthcare	14 months	No
35	McCrone et al. 2004	United Kingdom	TBEE	CFS	CEA	Healthcare	8 months	No
36	Chisholm et al. 2001	United Kingdom	TBEE	CFS	CEA	Societal	6 months	No

CEA: cost-effectiveness analysis, CUA: cost-utility analysis, MBEE: model-based economic evaluation, TBEE: trial-based economic evaluation.

11.6.5 Tabel: Karakteristieken en resultaten van de economische evaluaties van interventies gericht op SOLK

ID	Target population	Treatment alternatives (n) ^a	Effect measurement and valuation ^b	Discount rates	Valuation year	Health Economic Results
1	Patients with functional somatic syndromes	I: collaborative group intervention (183); II: enhanced medical care (145)	QALY	NA	2007	CGI dominated EMC in the base case point estimate. Uncertainty analysis showed the probability of the intervention to be cost-effective was 69% given a willingness to pay of 0 EUR/QALY, and increased to 92% for a willingness to pay (WtP) of 50,000 EUR/QALY
2	Patients with a diagnosis of unexplained physical symptoms according to DSM-IV criteria	I: Cognitive behavioural group training (84); II: wait-list (78)	QALYs	4% costs; 1.5% effects	2011	After four years, the intervention condition was dominant. At a WtP of €30,000 per QALY, the probability was 86% that the intervention was more cost-effective than the wait-list condition
3	Patients with multisomatoform disorder	I: psychodynamic interpersonal therapy (106); II: enhanced medical care (102)	QALY	NA	not reported	After multiple imputation, cost per QALY equalled €44,222. In case of LOCF, cost per QALY equalled 46,663 for psychodynamic interpersonal therapy as compared to enhanced medical care.
4	Patients belonging to the 10% most frequently attending patients in the participating GPs, fulfilling the DSM-IV criteria of an undifferentiated somatoform disorder	I: Mindfulness-based cognitive therapy (64); II: Enhanced usual care (61)	QALYs	NA	2010	MBCT was on average more effective and more costly than enhanced usual care, resulting in an ICER of €56,637 per QALY gained. At a willingness to pay of €80,000 per QALY, the probability that MBCT is cost-effective is 57%.
5	The highest 20% outpatient utilizers	I: two-step cognitive behavioural therapy accompanied by a training seminar for their primary care physicians (59); II: relaxation training (30)	somatization; hypochondriasis; overall psychiatric distress; role impairment	NA	not reported	At 6 month and 12 month follow-up, both intervention groups showed significant improvements in somatization ($p<0.01$), hypochondriacal symptoms ($p<0.01$), overall psychiatric distress ($p<0.01$), and role impairment ($p<0.01$). Outcomes did not differ significantly between the two groups. When both groups were combined, ambulatory visits declined from 10.3 to 8.8 ($p=0.036$), and mean ambulatory costs decreased from 3,574USD to 2,991USD ($p=0.028$) in the year preceding versus the year following the interventions. Psychiatric visits and costs were unchanged.
6	Patients with medically unexplained somatic symptoms at a German tertiary care facility	I: Cognitive Behavioural treatment (172); II: waitlist (262)	SOMS; WI; CABA; BDI; DAQ	costs 3%	not reported	Patients improved significantly with respect to physical symptom distress, health anxiety, dysfunctional beliefs towards body and health, depression and psychosocial functioning. Cost-offsets were found in inpatient, outpatient and indirect socioeconomic costs
7	Patients with somatized mental disorder in primary care	I: treatment by GPs having received additional training for somatized mental disorder (103); II: treatment by GPs without additional training (92)	psychiatric symptom questionnaire (GHQ-12)	NA	1995	Total costs per patient were lower in the intervention condition (28,912.44 versus 34,134.04), while the number of patients successfully treated (no longer GHQ-12 cases) was higher in the intervention condition (50 versus 33)
8	Patients who somatize / patients with 6 to 12 unexplained medical symptoms	I: patients' physician receives psychiatric consultation letter (27); II: patients' physician receive letter after a year (one way cross-over design) (29)	health outcome measured with RAND Health Status Measures	No	1990	the intervention reduced annual medical care charges by 289 USD which equates to a 32.9% reduction in annual median cost.

9	Patients with somatization disorder	I: psychiatric consultation letter (40); II: no psychiatric consultation letter (33)	Mental Health; General Health Rating; Physical Capacity	NA	1990	During the 1-year follow-up period, a psychiatric consultation letter was associated with a 12% reduction in health care costs (\$455 per patient within the first year), with no evidence of deterioration in physical, mental, or general health.
10	Patients with FM recruited from primary healthcare centres	I: Group-based cognitive behavioral therapy (57); II: Recommended pharmacologic treatment (56); III: Treatment as usual (55)	QALY	NA	2011	Group-based CBT has significantly lower costs than patients receiving RPT or TAU, while generating non-significantly higher utility. CBT can therefore be seen as cost-effective
11	Primary care patients meeting the American College of Rheumatology criteria for FM	I: psychoeducation+usual care (108); II: usual care (108)	QALYs	NA	2008	The intervention was dominant from the healthcare and societal perspective. At a WtP of €3,000, there was a 98% (healthcare perspective) and 95% (societal perspective) probability that supplementing usual care with psychoeducation was more cost-effective than usual care alone
12	Patients with fibromyalgia and men and women with musculoskeletal pain	I: pregabalin; II: Tramadol/acetaminophen; III: Duloxetine; IV: Gabapentin; V: Amitriptyline; VI: Fluoxetine; VII: Fluoxetine/amitriptyline	Visual Analog Pain Scale Score; Global Improvement (FIQ) of Fibromyalgia	costs and effects at 5%	2010	At a willingness to pay of 50000 Mexican Pesos for one additional patient for adequate pain control and 75000 Mexican Pesos for overall improvement, pregabalin is a cost-effective alternative to amitriptyline with 60% and 80% probability.
13	Patients with severe fibromyalgia	I: pregabalin; II: placebo; III: duloxetine; IV: gabapentin; V: tramadol; VI: milnacipran; VII: amitriptyline	Response	NA	not reported	at 1 year, pregabalin was cost saving and more effective than placebo, duloxetine, tramadol, milnacipran and gabapentin. Compared to amitriptyline, pregabalin was not cost-effective at both dosages, although when excluding old and methodologically weak studies of clinical effectiveness of amitriptyline, pregabalin 225 mg BID became cost saving and pregabalin 150 mg was cost-effective
14	Patients eligible for pharmacotherapy who had received a clinical diagnosis of FM by fulfilling 1990 ACR classification criteria	Six different treatment sequences with TCA, SNRI, ANTI, TRAM and PRAM in fixed order and DUL on place one to six	BPI or FIQ; QALY	costs and effects at 3%	2009	First-line duloxetine resulted in an ICER of 47,560USD per QALY gained. Second-line duloxetine resulted in an ICER of 16,565USD per QALY gained.
15	Patients with severe fibromyalgia, with fibromyalgia meeting ACR criteria	I: pregabalin; II: placebo; III: duloxetine; IV: gabapentin; V: tramadol; VI: amitriptyline	response / QALY	costs and effects at 3.5%	2008	Pregabalin 300 mg and 450 mg increased cost per patient by 601GBP (95% CI: 532 - 669) and 653 GBP (95% CI: 587 - 727) and improved QALYs per patient by 0.03 (-0.03; 0.06) and 0.03 (-0.04; 0.08) respectively compared to placebo. Cost per QALY gained was 23,166GBP and 22,533GBP. Cost per QALY gained for pregabalin 450 mg was 19,224GBP and 14,096GBP compared to duloxetine 60 mg and 120 mg, 35,737GBP compared to gabapentin, 98,072GBP compared to tramadol, and was dominated by amitriptyline. Pregabalin 450mg had a 60% probability of being more cost-effective than placebo at a WtP of 30,000GBP.
16	Women with FM according to ACR criteria	I: aquatic exercise program + usual care (17); II: usual care (16)	QALY	NA	2005	The addition of an aquatic exercise programme to usual care is associated with €3947 EUR per QALY gained and €7878 EUR per QALY gained as compared to usual care from a healthcare and societal perspective, respectively. The probability that the intervention is cost-effective is 95% at a WtP of €14,200 per QALY and €28,300 per QALY from a healthcare and societal perspective, respectively.
17	Patients with primary FM according to the ACR 1990 classification criteria	I: Spa treatment (58); II: usual care (76)	QALY	NA	2000	After six months, the ICER for spa-treatment was €65,550 per QALY gained as compared to usual care. (own addition: after 12 months, this would be higher due to lower QALY gains and higher cost differences)

18	Patients meeting the American College of Rheumatology criteria for FM	I: educational cognitive intervention (49); II: educational discussion group (39)	QALY	NA	1993	ECO was associated with significantly higher healthcare costs and no additional improvement in quality of life
19	Adults with moderate to severe IBS with constipation who have previously received antispasmodics and/or laxatives	I: linaclotide; II: antidepressants	QALY	3,50%	2011/2012	The likelihood of linaclotide being cost-effective at a willingness to pay of 20.000GBP per QALY was 73%
20	Patients with diarrhoea-predominant or mixed IBS according to Rome III criteria	I: sacral nerve stimulation (26); II: no-treatment (17)	QALY (transformed using GSRS-IBS scores)	costs and effects at 3%	2013	After four years, the intervention condition was associated with an incremental cost of 31,270 GBP per additional QALY. After seven years this decreased to 18,901 GBP per additional QALY
21	Adult patients with irritable bowel syndrome with constipation	I: Linaclotide; II: Lubiprostone	QALY / Response	NA	not reported	Linaclotide was found to be a less costly option versus lubiprostone for the treatment of adult patients with IBS-C over a period of 12 weeks
22	Patients with IBS	I: Acupuncture as adjunct to usual care (116) II: Usual care (117)	QALYs	NA	2010	ICER: 62,429 GBP per QALY gained for acupuncture compared to usual care alone.
23	People diagnosed with IBS by a physician and presently fulfilling the ROME III criteria for IBS	I: Internet-based cognitive behavior therapy (43); II: Internet chat forum (43)	clinically significant improvement on the GSRS-IBS	NA	2008	The intervention was cost-saving from a societal perspective, with estimated savings of 16,806 USD per clinically significant improvement
24	Patients fulfilling the ROME III criteria for IBS	I: internet-based cognitive behavior therapy (30); II: waiting list (31)	clinically significant improvement on the GSRS-IBS	NA	2010	Post-treatment, the intervention condition had a 87% probability of being more effective, and less costly than the waitlist condition. Comparing 12 month follow up data for the intervention condition with the post-treatment outcomes for the waitlist, there was a 79% probability that the intervention was more effective and less costly
25	Patients aged 16-50 years with a clinical diagnosis of IBS	I: CBT + Mebeverine (72); II: Mebeverine (76)	Irritable bowel severity scoring system	NA	2000/2001	The incremental cost-effectiveness ratio, expressing the additional cost per clinically significant change in IBS severity, is 171 GBP, 1027 GBP and 3080 GBP after 3 months, 6 months and 12 months, respectively
26	Non-diarrhoea IBS patients	I: tegaserod (247); II: placebo (238)	QALY	NA	not reported	the ICER of tegaserod ranges between €19,000 and €38,000 per QALY gained, with the percentage of the bootstrap estimates below the willingness to pay level of €50,000 per QALY gained ranging between 90% and 69%
27	Patients with IBS 18 years and older	I: guidebook (141); II: guidebook and self-help group session (139); III: usual care (140)	number of primary care consultations and patients' clinical global impression scores	NA	Unclear	reduced primary care consultations by 60% in guidebook only group compared with usual care. No differences in effects.
28	Patients fulfilling the ROME II criteria for IBS-D	I: empirical IBS treatment; II: serologic test for CS followed by endoscopic biopsy for positive tests	symptomatic improvement	costs and effects at 3%	not clearly reported	Incremental cost per additional symptomatic improvement is 11,000USD. Testing of CS in patients with IBS-D has an acceptable cost when the prevalence of CS is above 1% and is the dominant strategy when the prevalence exceeds 8%.
29	Patients with severe and very severe symptoms of IBS, at least 6 months and not responding to "usual" medical treatment	I: psychotherapy (85); II: paroxetine (86); III: routine practice (86)	abdominal pain, hrQoL	costs 6%	1997/1998	Over a period of 15 months, participants taking psychotherapy and paroxetine have similar costs as participants under usual treatment, but have significantly better outcomes on the physical component of the SF-36
30	Patients aged 18-65 years with at least six months of persistent fatigue	I: cognitive behavioral therapy based fatigue self-management (37); II: usual care (36)	Fatigue Severity Scale	NA	2010	The ICER for FSM was -\$2358, indicating that FSM dominates UC and it may generate societal cost savings as compared to usual care. Net monetary benefit analysis showed that FSM has a probability of

0.833 (95% CI: 0.819 - 0.847) to achieve positive NMB at a willingness to pay of \$0

31	Patients with CFS/ME diagnosed using the Oxford criteria	I: pragmatic rehabilitation (95); II: supportive listening (101); III: treatment as usual (100)	QALY	costs and effects at 3.5%	2008/2009	The probability of TAU being cost-effective is 0.645 at a WtP of 20,000GBP per QALY, 0.626 at a WtP of 30,000GBP, and 0.600 at a WtP of 50,000GBP
32	patients with the Oxford diagnostic criteria for CFS	I: Adaptive Pacing Therapy (159); II: Cognitive Behaviour Therapy (161); III: Graded Exercise Therapy (160); IV: Specialist Medical Care (160)	Chalder Fatigue Scale; SF-36 physical function sub-scale; QALY	NA	2009/2010	From a healthcare perspective, CBT (18,374GBP/QALY vs SMC) had a 62.7%, GET (23,615GBP/QALY vs SMC) had a 26.8%, APT (55,235GBP/QALY vs SMC) had a 2.6% and SMC had a 7.9% probability of being the most cost-effective treatment at a WtP of 30,000GBP. From a societal perspective, CBT (dominant vs SMC) had a 59.5%, GET (dominant vs SMC) had a 34.8%, APT (127,047GBP/QALY vs SMC) had a 0.2% and SMC had a 5.5% probability of being the most cost-effective treatment at a WtP of 30,000GBP
33	Patients from GP practices who had experienced symptoms of fatigue for at least three months	I: graded-exercise (71); II: counselling (76); III: usual care plus a self-help booklet (75)	Chalder Fatigue Scale	NA	2006/2007	This study suggests that counselling is not cost-effective, but it is unclear whether GET represents value for money compared to BUC, with incremental costs of 987 GBP per unit of clinically significant improvement on the Chalder Fatigue Scale
34	Patients, aged 18-60, with CFS	I: cognitive behaviour therapy (92); II: guided support groups (90); III: natural course (88)	QALY / Response	no discounting	1998	CBT was less costly and more effective than SG. CBT was associated with €20516 per clinically significant improvement and €21375 per QALY as compared to the natural course
35	Patients with unexplained fatigue that had lasted for more than 3 months	I: cognitive behavioural therapy (52); II: graded exercise therapy (50); III: usual care plus a self-help booklet (30)	fatigue	NA	2000/2001	The cost-effectiveness of CBT and GET was similar. The cost of providing therapy is higher than usual GP care plus a self-help booklet, but the outcome is better. The cost-effectiveness of therapy depends on how much society values reductions in fatigue.
36	Patients from GP practices who had experienced symptoms of fatigue for at least three months	I: counselling (65); II: cognitive behavior therapy (64)	Fatigue Questionnaire	NA	1998	Counselling and CBT both led to improvements in fatigue and related symptoms, while slightly reducing informal care and lost productivity costs. Counselling represents a less costly (and more widely available) intervention but no overall cost-effectiveness advantage was found for either form of therapy.

11.6.6 Tabel: Kwaliteitsbeoordeling CHEC-extended

Item	Study ID															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Is the study population clearly described?	0,5	1	0,5	0,5	1	1	1	1	0,5	1	1	0	0,5	0,5	1	1
2. Are competing alternatives clearly described?	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1
3. Is a well-defined research question posed in answerable form?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Is the economic study design appropriate to the stated objective?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5. Are the structural assumptions and the validation methods of the model properly reported (models only)?	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,5	0,5	1	0,5	NA
6. Is the chosen time horizon appropriate in order to include relevant costs and consequences?	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0,5
7. Is the actual perspective chosen appropriate?	1	1	0,5	1	0	1	0	0	0	1	1	0,5	1	1	0,5	1
8. Are all important and relevant costs for each alternative identified?	1	1	0	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,5	0,5
9. Are all costs measured appropriately in physical units?	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
10. Are costs valued appropriately?	0,5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X	0
11. Are all important and relevant outcomes for each alternative identified?	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1
12. Are all outcomes measured appropriately?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13. Are outcomes valued appropriately?	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	1	1	1

14. Is an appropriate incremental analysis of costs and outcomes of alternatives performed?	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
15. Are all future costs and outcomes discounted appropriately?	NA	1	NA	NA	NA	0,5	NA	0	NA	NA	NA	1	NA	1	1	NA
16. Are all important variables, whose values are uncertain, appropriately subjected to sensitivity analysis?	1	1	1	0,5	0	0	0	0	0	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1
17. Do the conclusions follow from the data reported?	1	0,5	0,5	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0	1
18. Does the study discuss the generalizability of the results to other settings and patient/client groups?	0,5	0	0	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0	1	0,5
19. Does the article/ report indicate that there is no potential conflict of interest of study researcher(s) and funder(s)?	1	0,5	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
20. Are ethical and distributional issues discussed appropriately?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Score (%) ^a	86	80	69	83	62	61	56	53	56	81	86	63	64	70	73	81

0: nee, 0,5: niet volledig, 1: ja, X: onduidelijk, NA: not applicable.

^a Score uitgedrukt als percentage van de maximum score, waarbij items gescoord als NA niet werden beschouwd

Tabel (vervolg): Kwaliteitsbeoordeling CHEC-extended

Item	Study ID															
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1	0,5	0,5	0,5	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0,5	0,5
2	1	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	1	0,5	1	0,5	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	NA	NA	0	0	0,5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,5
7	1	1	0,5	0	1	0,5	1	1	1	0	0,5	0	0,5	1	0,5	1
8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
10	1	0	1	0,5	0	1	0	0	1	1	0,5	0	0,5	0	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	0	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	0	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	1	1
14	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
15	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	0,5	NA	1	NA
16	0,5	0,5	1	1	1	1	1	0,5	0,5	1	0	1	1	0,5	1	0,5

Item	Study ID																			
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1	1	0,5	0,5	0,5	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	0,5	0,5
2	1	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	1	0,5	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	NA	NA	0	0	0,5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,5	1	0,5	0,5
7	1	1	0,5	0	1	0,5	1	1	1	0	0,5	0	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1
8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	0	1	0,5	0	1	0	0	1	1	0,5	0	0,5	0	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	0	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	0	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	1	NA	NA
14	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
15	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	0,5	NA	1	NA	NA	0	NA	NA
16	0,5	0,5	1	1	1	1	1	0,5	0,5	1	0	1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1

11.6.7 Referenties

Andersson E, Ljotsson B, Smit F, Paxling B, Hedman E, Lindefors N et al. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011; 11:215.

Arreola OH, Rosado BA, Garcia L, Dorantes AJ, Contreras H, I, Mould Quevedo JF. Cost-effectiveness analysis of pharmacologic treatment of fibromyalgia in Mexico. Reumatol Clin 2012; 8(3):120-127.

Barsky AJ, Ahern DK, Bauer MR, Nolido N, Orav EJ. A randomized trial of treatments for high-utilizing somatizing patients. J Gen Intern Med 2013; 28(11):1396-404.

Beard SM, Roskell N, Le TK, Zhao Y, Coleman A, Ang D et al. Cost effectiveness of duloxetine in the treatment of fibromyalgia in the United States. J Med Econ 2011; 14(4):463-476.

Bracco A, Jonsson B, Ricci JF, Drummond M, Nyhlin H. Economic evaluation of tegaserod vs. placebo in the treatment of patients with irritable bowel syndrome: an analysis of the TENOR study. Value Health 2007; 10(4):238-246.

Chernyak N, Sattel H, Scheer M, Baechle C, Kruse J, Henningsen P et al. Economic evaluation of brief psychodynamic interpersonal therapy in patients with multisomatoform disorder. PLoS One 2014; 9(1):e83894.

Chisholm D, Godfrey E, Ridsdale L, Chalder T, King M, Seed P et al. Chronic fatigue in general

practice: Economic evaluation of counselling versus cognitive behaviour therapy. *Br J Gen Pract* 2001; 51(462):15-18.

Choy E, Richards S, Bowrin K, Watson P, Lloyd A, Sadosky A et al. Cost effectiveness of pregabalin in the treatment of fibromyalgia from a UK perspective. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(4):965-975.

Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124(2):303-317.

De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiatry* 2004; 184: 470-476.

Evers S, Goossens M, de Vet H, van Tulder M, Ament A. Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21: 240-245.

Fisher M, Walker A, Falques M, Moya M, Rance M, Taylor D et al. Cost-effectiveness of linaclotide compared to antidepressants in the treatment of irritable bowel syndrome with constipation in Scotland. *Eur J Health Econ* 2016;17(9):1091-1100.

Goossens ME, Rutten-van Mölken MP, Leidl RM, Bos SG, Vlaeyen JW, Teeken-Gruben NJ. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. II Economic evaluation. *J Rheumatol* 1996; 23(7):1246-1254.

Gusi N, Tomas-Carus P. Cost-utility of an 8-month aquatic training for women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther* 2008; 10(1):R24.

Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and Cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 2003; 54(4):369-380.

Huang H, Taylor DC, Carson RT, Sarocco P, Friedman M, Munsell M et al. Economic evaluation of linaclotide for the treatment of adult patients with irritable bowel syndrome with constipation in the United States. *J Med Econ* 2015; 18(4):283-294

Kashner TM, Rost K, Smith GR, Lewis S. An analysis of panel data. The impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. *Med Care* 1992;30(9):811-821

Konnopka A, König H, Kaufmann C et al Cost-utility of a specific collaborative group intervention for patients with functional somatic syndromes. *J Psychosom Res* 2016; 90: 43-50.

Ljotsson B, Andersson G, Andersson E, Hedman E, Lindfors P, Andriewitch S et al. Acceptability, effectiveness, and Cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol* 2011; 11:110.

Lloyd A, Boomershine CS, Choy EH, Chandran A, Zlateva G. The cost-effectiveness of pregabalin in the treatment of fibromyalgia: US perspective. *J Med Econ* 2012; 15(3):481-492.

Luciano JV, D'Amico F, Cerda-Lafont M, Penarrubia-Maria MT, Knapp M, Cuesta-Vargas AI et al. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: an economic-evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther* 2014; 16(5):451.

Luciano JV, Sabes-Figuera R, Cardenosa E, Penarrubia-Maria T, Fernandez-Vergel R, Garcia-Campayo J et al. Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: an economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2013; 29(8):702-711.

McCrone P, Knapp M, Kennedy T, Seed P, Jones R, Darnley S et al. Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy in addition to mebeverine for irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20(4):255-263.

McCrone P, Sharpe M, Chalder T, Knapp M, Johnson AL, Goldsmith KA et al. Adaptive pacing, cognitive behaviour therapy, graded exercise, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome: a cost-effectiveness analysis. *PLoS One* 2012; 7(8):e40808.

McCrone P, Ridsdale L, Darbishire L, Seed P. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy, graded exercise and usual care for patients with chronic fatigue in primary care. *Psychol Med* 2004; 34(6):991-999.

Meng H, Friedberg F, Castora-Binkley M. Cost-effectiveness of chronic fatigue self-management versus usual care: a pilot randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2014; 15:184.

Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B et al. Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Fam Pract* 1998; 15(2):119-125.

Richardson G, Epstein D, Chew-Graham C, Dowrick C, Bentall RP, Morriss RK et al. Cost-effectiveness of supported self-management for CFS/ME patients in primary care. *BMC Fam Pract* 2013; 14:12.

Robinson V Lee, A Kennedy, L Middleton, A Rogers, D G Thompson, D Reeves. A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome *Gut* 2006;55:643-648.

Sabes-Figuera R, McCrone P, Hurley M, King M, Donaldson AN, Ridsdale L. Cost-effectiveness of counselling, graded-exercise and usual care for chronic fatigue: evidence from a randomised trial in primary care. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:264.

Severens JL, Prins JB, van der Wilt GJ, Bleijenberg G. Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *QJM* 2004;97(3):153-61.

Smith GR, Jr, Rost K, Michael Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:238-243.

Spiegel BM, DeRosa VP, Gralnek IM, Wang V, Dulai GS. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a Cost-effectiveness analysis. *Gastroenterology* 2004;

126(7):1721-1732.

Stamuli E, Bloor K, MacPherson H, Tilbrook H, Stuardi T, Brabyn S, et al. Cost-effectiveness of acupuncture for irritable bowel syndrome: findings from an economic evaluation conducted alongside a pragmatic randomised controlled trial in primary care. *BMC Gastroenterology* 2012, 12:149

Tipsmark LS, Fassov J, Lundby L, Laurberg S, Ehlers L, Krogh K. Cost-effectiveness analysis of sacral nerve stimulation as treatment for severe irritable bowel syndrome. *Colorectal Dis* 2016; 18(1):O30-O36.

van Ravesteijn H, Grutters J, olde HT, Lucassen P, Bor H, van WC et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *J Psychosom Res* 2013; 74(3):197-205.

Visser MS, Zonneveld LN, Van 't Spijker A, Hunink MG, Busschbach JJ. The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. *Value Health* 2015; 18(5):570-577.

Zijlstra TR, Braakman-Jansen LM, Taal E, Rasker JJ, Van de Laar MA. Cost-effectiveness of Spa treatment for fibromyalgia: general health improvement is not for free. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46(9):1454-1459.

Zorginstituut Nederland. Kosteneffectiviteit in de praktijk. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.

11.7 Proces van ontwikkeling

De werkgroep is begonnen met een knelpuntenanalyse.

Hiervoor zijn alle leden van de werkgroep en de klankbordgroep benaderd.

De volgende onderwerpen werden geïnventariseerd:

Ervaringen in de zorg

1a. Is er voldoende kennis van de sociale kaart bij zorgverleners?

1b. Is de capaciteit van het zorgaanbod voldoende?

1c. Hoe is de kwaliteit van zorg?

1d. Wordt het zorgaanbod geaccepteerd door de patiënt?

Behoeften in de zorg:

2a. Is er voldoende affiniteit en deskundigheid bij artsen, psychologen en andere zorgverleners?

2b. Lukt het om SOLK patiënten voldoende te laten participeren in arbeid?

2c. Hoe is de samenwerking tussen somatiek en ggz?

Knelpunten in de zorg:

3a. Wat weten we over effectieve behandelingen?

3b. Is de definitie van effectieve behandelingen hetzelfde voor zorgverleners en patiënten?

3c. Wat is de invloed van cultuur en diversiteit op herkenning en behandeling?

Ervaringen met de richtlijnen:

4a. Welke richtlijnen worden gebruikt in de dagelijkse praktijk?

4b. Wat heb je er aan? Wat mis je?

4c. Hoe is de implementatie van de richtlijn in de beroepsgroep?

4d. Welke knelpunten van de richtlijnen ervaren patiënten?

De knelpunten zijn samengevat en geordend. Vervolgens zijn deze in de werkgroep geprioriteerd en zijn er 8 themagroepjes gevormd (zie Themagroepjes zorgstandaard SOLK met knelpunten per themagroep)

De themagroepjes zijn vanuit de klankbordgroep aangevuld.

Er waren een aantal themagroepjes met patiënten vanuit de werkgroep.

Voor aanvulling van de themagroepjes vanuit de patiënten is contact gezocht met het NPCF en met pijnpatiënten met 1 stem.

De patiënten hebben ervoor gekozen om niet mee te werken in de themagroepjes, maar commentaar te geven op de geschreven teksten.

Er zijn twee systematische searches gedaan voor interventies ter preventie van SOLK en voor interventies bij SOLK. De aanbevelingen hiervan staan voor een klein deel in de zorgstandaard en verder in [Update systematic reviews interventies ter preventie van SOLK](#) en [Update Systematic Reviews interventies bij SOLK](#). Een budget impact analyse werd gemaakt, de resultaten hiervan staan in [Kosten-effectiviteit en doelmatige zorg](#).

Vervolgens is een tekst van de zorgstandaard ontwikkeld, deze tekst is in diverse vergaderingen becommentarieerd door de werkgroepleden en klankbordgroepleden.

In de commentaarfase is de zorgstandaard door een aantal verenigingen becommentarieerd en daarna gereviseerd.

Tenslotte is de zorgstandaard ter autorisatie aan de verenigingen voorgelegd.

11.8 Begrippenlijst

Affectieve verwaarlozing

Emotionele basisbehoeften van kinderen worden niet vervuld, waardoor het aangaan van vertrouwensrelaties op latere leeftijd vaak (zeer) moeizaam gaat.

Ambulante setting

Hulpverlening waarbij de patiënt niet is opgenomen in een instelling.

Comorbide

Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer ziekten of aandoeningen bij een patiënt. Soms is dit te verklaren omdat de oorzaken van de ziektes op elkaar lijken, zoals longkanker en blaaskanker bij rokers. Soms is comorbiditeit een logisch gevolg van een ziekte. Zo kan een gebroken been zorgen voor spierafbraak, omdat het been een aantal weken niet wordt gebruikt of tot depressie omdat iemand zijn opleiding niet haalt. De depressie en de spierzwakte zijn dan comorbide aandoeningen bij het gebroken been.

Construct

Theoretisch idee waarvan in de praktijk getest kan worden of het waar of nuttig is. Bijvoorbeeld het construct 'catastroferen' (klachten verergeren als je bij alles aan het ergste denkt) kan getest worden door mensen hun gedachten en klachten te laten noteren en dan te kijken of daar verband tussen te zien is.

DSM-IV en DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4e en 5e editie. DSM is een classificatiesysteem van psychiatrische aandoeningen, opgesteld door de American Psychiatric Association. Oorspronkelijk is de DSM ontwikkeld ten behoeve van wetenschappelijke onderzoek. Nu wordt de DSM ook in de GGZ gebruikt en door zorgverzekeraars als criterium voor vergoeding van GGZ zorg.

(Ernstige) SOLK werd in de DSM-IV gerubriceerd onder Somatoform Disorders, in de DSM-5 als 'Somatic Symptom Disorder', in het Nederlands: 'Somatisch-symptoomstoornis'.

Empowerment

Iemand (of een groep mensen) ondersteunen in het vergroten van zelfvertrouwen, om invloed uit te oefenen, keuzes te maken en invulling te geven aan zijn eigen leven.

Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)

Een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende/ernstig stressgevend ervaring, zoals een ongeval, of (seksueel) geweld. Terwijl de patiënt zich de gebeurtenis opnieuw voor de geest haalt, geeft de therapeut een afleidende prikkel, bijvoorbeeld door met de hand te bewegen. De kracht van de schokkende beelden neemt dan geleidelijk af.

Farmacotherapie

Behandeling met geneesmiddelen.

Foutpositieve testuitslagen

De test is positief bij iemand die de ziekte niet heeft. Als een test wordt gedaan bij iemand met een lage vooraf-kans op de ziekte, is de kans op een foutpositieve uitslag groter.

Fysiologische parameters

Lichamelijke maten die de gezonde werking van het lichaam aangeven, zoals hartslag, ademhaling, spijsvertering, bloeddruk, spierkracht.

Gabapentine

Geneesmiddel tegen epilepsie en tegen pijn vanuit de zenuwbanen (neuropathische pijn) zoals voorkomt bij diabetes, na gordelroos, of zonder duidelijke oorzaak. Veelvoorkomende bijwerkingen (>10%) zijn slaperigheid, vermoeidheid, koorts en griepgevoel, duizeligheid, onwillekeurige bewegingen.

GB GGZ

Zie Ggz

Gevalideerd

Van een gevalideerd meetinstrument is aangetoond dat het echt meet wat het meten moet. Bijvoorbeeld een angstvragenlijst die te moeilijk is, is niet valide omdat hij eigenlijk meer leesvaardigheid dan angst meet.

ggz

Geestelijke gezondheidszorg. Deze is onderverdeeld in:

1. Generalistische basiszorg. Met psychische problemen of klachten kun je als eerste terecht bij de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts. Je krijgt dan hulp van een arts zelf of een praktijkondersteuner huisarts met een specialisatie in ggz (POH GGZ). Er wordt een inschatting gemaakt van de klachten en je wordt via een aantal sessies geholpen met jouw psychische problemen. Deze sessies vallen onder huisartsenzorg en worden gedekt vanuit het basispakket. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage of eigen risico. Als blijkt dat de POH-GGZ of arts niet de gewenste zorg of hoeveelheid zorg kan leveren, wordt de patiënt doorverwezen naar de basis ggz.
2. In de generalistische basis ggz (GB GGZ) worden mensen met mildere, niet-complexe, psychische klachten behandeld. Binnen de GB GGZ zijn vier verschillende behandeltrajecten, waarbij de patiënt wordt ondersteund/behandeld door een GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut.
3. De gespecialiseerde ggz (S GGZ) is bedoeld voor mensen met ernstige psychische problemen of instabiele problematiek. Hiervoor kun je terecht bij een klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut. Enkele centra zijn erkend als centra voor hoogspecialistische ggz (HS GGZ).
4. 4. Somatische GGZ: in het ziekenhuis werken psychologen op de afdeling Medische psychologie. Zij behandelen bij uitstek mensen met psychische klachten die samenhangen met lichamelijke problemen, zoals bij SOLK het geval is. De zorg is dan onderdeel van de ziekenhuiszorg: geestelijke gezondheidszorg binnen de muren van het ziekenhuis. Een medisch specialist van het ziekenhuis kan naar medische psychologie doorverwijzen. In een klein aantal ziekenhuizen kan ook de huisarts naar medische psychologie verwijzen.

Gezamenlijke besluitvorming

Ook wel genoemd shared decision making of gedeelde besluitvorming. Patiënt (en diens naaste) neemt in een gezamenlijk proces met de zorgverlener beslissingen over diagnostiek, behandeling of vervolgbeleid, op grond van wetenschappelijke kennis, klinische ervaring en wat de patiënt belangrijk vindt. In principe kunnen alle beslissingen gezamenlijk genomen worden, mits het om niet acuut levensbedreigende situaties gaat. Gezamenlijke besluitvorming is vooral nodig als er verschillende mogelijkheden zijn waarvan niet één op alle fronten de beste is. De beslissing hangt dan af van een subjectieve afweging van de voor- en nadelen, van voorkeuren dus.

Ggz-zorgverlener

Voor de leesbaarheid van de tekst noemen we in de zorgstandaard alle zorgverleners werkzaam in de GB GGZ of S GGZ of somatische GGZ 'ggz-zorgverlener'. In de ggz kunnen dit verschillende zorgverleners zijn: GZ psychologen, klinisch psychologen, basispsychologen onder supervisie en psychotherapeuten. Daarnaast zijn er psychologen die werken op de afdeling medische psychologie in het ziekenhuis, verpleegkundig specialisten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en (medisch) maatschappelijk werkers werkzaam. Het is van belang dat de betreffende zorgverlener opgeleid is in de diagnostiek en behandeling van SOLK.

Graded exposure traject

Een cognitieve behandeling van pijn, waarbij de patiënt leert dat hij de pijn en de angst voor pijn-uitlokkende bewegingen/activiteiten zelf kan managen. De op maat gemaakte lijst van praktische handelingen, met toenemende mate van angst-opwekkende handelingen, wordt gebruikt voor de opbouw. De feitelijke pijn blijkt minder dan de verwachte pijn en nadelen van bewegen blijken kleiner dan de verwachte pijn en schade. Therapeut leert de patiënt ergonomisch en creatief om te gaan met de situatie.

Imaginaire exposure (IE)

Een psychotherapeutische methode om traumatische gebeurtenissen te verwerken. De therapeut vraagt de patiënt de gebeurtenis terug te vertellen alsof het nu gebeurt. De therapeut moedigt aan om te letten op de naaste momenten: wat voelt, hoort, ziet en ruikt de patiënt. Vaak herinnert men zich nieuwe informatie tijdens imaginaire exposure. Daardoor kan men anders tegen de traumatische gebeurtenis aankijken. Men merkt ook dat het weliswaar naar is om terug te denken, maar dat men niet gek wordt door terug te denken aan die heel nare momenten. Het doorwerken van deze momenten helpt ook om herbelevingen als flashbacks en nachtmerries te laten verminderen.

Indicatoren

In de zorg is een indicator een meetbaar aspect van zorg dat aangeeft hoe het staat met de kwaliteit van de zorg. Bijvoorbeeld het aantal doorligwonden is een indicator voor de kwaliteit van de verpleegzorg.

Invasieve diagnostische procedures

Diagnostisch onderzoek waarbij een instrument het lichaam in gaat. Bijvoorbeeld bloedonderzoek, maag/darmscopie, hartcatheterisatie.

Ketamine

Geneesmiddel tegen pijn vanuit de zenuwbanen (neuropathische pijn) zoals voorkomt bij diabetes, na gordelroos, of zonder duidelijke oorzaak. Werd aanvankelijk als narcosemiddel gebruikt, maar gaf vaak hallucinaties. Wordt gebruikt als partydrug juist vanwege de hallucinaties.

Medicaliseren

Een probleem dat niet medisch is toch als een medisch probleem gaan opvatten en behandelen. Bijvoorbeeld druk gedrag labelen als ADHD en met medicijnen gaan behandelen.

NHG

Nederlands Huisartsen Genootschap: de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. Het NHG ontwikkelt o.a. de richtlijnen voor huisartsen (NHG-Standaarden) en de patiëntenwebsite [Thuisarts](#).

Pregabaline

Geneesmiddel tegen epilepsie, gegeneraliseerde angststoornis en tegen pijn vanuit de zenuwbanen (neuropathische pijn) zoals voorkomt bij diabetes, na gordelroos, of zonder duidelijke oorzaak.

Veelvoorkomende bijwerkingen (>10%) zijn slaperigheid, duizeligheid, hoofdpijn.

PTSS

Post-Traumatische Stress Stoornis: psychiatrische aandoening ten gevolge van schokkende/ernstige stressgevendende ervaringen die voor de persoon traumatisch zijn, zoals oorlog, ongeval, verbranding, traumatische bevalling, seksueel geweld of bedreiging. De symptomen zijn herbeleving (nachtmerries, flashbacks), vermijding van herinneringen of emotionele uitschakeling ervan, ernstige prikkelbaarheid en slaapstoornissen, extreme spanning en schrikreacties bij bepaalde prikkels.

ROM-instrumentarium

Routine Outcome Measure: een standaard meting (meestal vragenlijst) die bij elke patiënt gedaan wordt om het effect van een behandeling te meten. Meestal wordt ROM bij begin, tijdens en na een behandeling gedaan. ROM is vooral in de ggz ingeburgerd.

Socialisatie

Het proces waarbij iemand, bewust en onbewust, de waarden, normen en andere culturele kenmerken van zijn groep krijgt aangeleerd. Het is een levenslang proces en een voorwaarde voor integratie. Socialisatie gebeurt ten eerste door de opvoeding in gezin en naaste vrienden. Ten tweede op school, werk, buurt. Een derde vorm van socialisatie betreft de waarden en normen die aangeboden worden vanuit massamedia zoals kranten, TV, reclame, social media, belangengroepen, mode-industrie enz.

Wmo indicatieorgaan

De Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) regelt het recht van burgers op verstrekking van voorzieningen bij ziekte of beperking/handicap. Het kan gaan om bijvoorbeeld een rolstoel, scootmobiel, toiletbeugels of traplift. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeenten. Het gemeentelijk indicatieorgaan beoordeelt of een aanvraag van een burger wordt gehonoreerd.

11.9 Verdieping

11.9.1 Geestelijke gezondheidszorg. Deze is onderverdeeld in:

1. Generalistische basiszorg. Met psychische problemen of klachten kun je als eerste terecht bij de huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts. Je krijgt dan hulp van een arts zelf of een praktijkondersteuner huisarts met een specialisatie in ggz (POH GGZ). Er wordt een inschatting gemaakt van de klachten en je wordt via een aantal sessies geholpen met jouw psychische problemen. Deze sessies vallen onder huisartsenzorg en worden gedekt vanuit het basispakket. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage of eigen risico. Als blijkt dat de POH-GGZ of arts niet de gewenste zorg of hoeveelheid zorg kan leveren, wordt de patiënt doorverwezen naar de basis ggz.
2. In de generalistische basis ggz (GB GGZ) worden mensen met mildere, niet-complexe, psychische klachten behandeld. Binnen de GB GGZ zijn vier verschillende behandeltrajecten, waarbij de patiënt wordt ondersteund/behandeld door een GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut.
3. De gespecialiseerde ggz (S GGZ) is bedoeld voor mensen met ernstige psychische problemen of instabiele problematiek. Hiervoor kun je terecht bij een klinisch psycholoog, psychiater of psychotherapeut. Enkele centra zijn erkend als centra voor hoogspecialistische ggz (HS GGZ).
4. Somatische GGZ: in het ziekenhuis werken psychologen op de afdeling Medische psychologie. Zij behandelen bij uitstek mensen met psychische klachten die samenhangen met lichamelijke problemen, zoals bij SOLK het geval is. De zorg is dan onderdeel van de ziekenhuiszorg: geestelijke gezondheidszorg binnen de muren van het ziekenhuis. Een medisch specialist van het ziekenhuis kan naar medische psychologie doorverwijzen. In een klein aantal ziekenhuizen kan ook de huisarts naar medische psychologie verwijzen.