

# GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 03-03-2020 om 09:38. Bekijk de meest actuele versie op  
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/conversiestoornis>

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

Zorgstandaard

**Conversiestoornis**

# Inhoudsopgave

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Inhoudsopgave                                                | 2  |
| 1. Samenvatting                                              | 6  |
| 1.1 Samenvattingskaart                                       | 6  |
| 1.1.1 De stoornis                                            | 6  |
| 1.1.2 De epidemiologische kenmerken                          | 6  |
| 1.1.3 Comorbiditeit                                          | 7  |
| 1.1.4 Vroege onderkenning en preventie                       | 7  |
| 1.1.5 Diagnostiek                                            | 7  |
| 1.1.6 Behandeling en begeleiding                             | 8  |
| 1.1.7 Herstel, participatie en re-integratie                 | 9  |
| 1.1.8 Organisatie van zorg                                   | 9  |
| 2. Visie op zorg: gezondheid als perspectief                 | 11 |
| 2.1 Inleiding                                                | 11 |
| 2.2 Inzet op gezondheid                                      | 11 |
| 2.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact       | 12 |
| 2.4 Gepast gebruik van labels                                | 12 |
| 2.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken | 12 |
| 2.6 Samenwerken aan zorg en herstel                          | 12 |
| 3. Inleiding                                                 | 14 |
| 3.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn               | 14 |
| 3.1.1 Zorgstandaard                                          | 14 |
| 3.1.2 Generieke module                                       | 14 |
| 3.1.3 Richtlijn                                              | 14 |
| 3.1.4 Kwaliteitsstandaard                                    | 14 |
| 3.1.5 Zorgstandaard Conversiestoornis                        | 15 |
| 3.2 Patiënt- en familieparticipatie                          | 15 |
| 3.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules  | 15 |
| 3.4 Uitgangspunten                                           | 16 |
| 3.4.1 Algemeen                                               | 17 |
| 3.5 Leeswijzer                                               | 17 |
| 4. Specifieke omschrijving conversiestoornis                 | 19 |
| 4.1 Inleiding                                                | 19 |
| 4.1.1 Kenmerken of symptomen                                 | 19 |
| 4.1.2 Prevalentie                                            | 19 |
| 4.1.3 Risicogroepen of factoren                              | 20 |
| 4.1.4 Prognose/beloop                                        | 20 |
| 4.1.5 Comorbiditeit                                          | 22 |
| 4.1.6 Functioneren en maatschappelijke gevolgen              | 22 |

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2 Doelstelling                                                    | 22 |
| 4.3 Doelgroep                                                       | 23 |
| 5. Zorg rondom conversiestoornis                                    | 24 |
| 5.1 Vroege onderkenning en preventie                                | 24 |
| 5.1.1 Vroege onderkenning                                           | 24 |
| 5.1.2 Preventie                                                     | 24 |
| 5.2 Diagnostiek en monitoring                                       | 25 |
| 5.2.1 Diagnostiek conversiestoornis                                 | 25 |
| 5.2.2 Diagnostiek van lichamelijke klachten                         | 25 |
| 5.2.3 Diagnostiek van psychische klachten: stagering en profilering | 26 |
| 5.2.4 Uitgebreide anamnese                                          | 27 |
| 5.2.5 Differentiaaldiagnostiek                                      | 28 |
| 5.2.6 Gezamenlijke besluitvorming                                   | 29 |
| 5.2.7 Communicatie                                                  | 30 |
| 5.2.8 Onderscheid                                                   | 34 |
| 5.2.9 Monitoring conversiestoornis                                  | 35 |
| 6. Individueel zorgplan en behandeling                              | 36 |
| 6.1 Zelfmanagement                                                  | 36 |
| 6.2 Behandeling en begeleiding                                      | 37 |
| 6.2.1 Evidentie                                                     | 37 |
| 6.2.2 Indeling behandelingen                                        | 37 |
| 6.2.3 Theoretisch kader                                             | 38 |
| 6.2.4 Vertrouwensrelatie aangaan                                    | 39 |
| 6.2.5 In kaart brengen van gedrag en perceptie van de patiënt       | 39 |
| 6.2.6 Het 'doen'                                                    | 40 |
| 6.2.7 Gesprek over de visie van de patiënt op de klachten           | 40 |
| 6.2.8 Psycho-educatie                                               | 41 |
| 6.2.9 Behandeling                                                   | 41 |
| 6.2.10 Eindgesprek                                                  | 41 |
| 6.2.11 Psycho-educatie                                              | 42 |
| 6.2.12 Eerste stap interventies                                     | 42 |
| 6.2.13 Psychosociale behandeling                                    | 43 |
| 6.2.14 Psychologische en psychotherapeutische behandeling           | 44 |
| 6.2.15 Medicamenteuze behandeling                                   | 50 |
| 6.2.16 Combinatiebehandeling                                        | 50 |
| 6.2.17 Biologische behandeling                                      | 52 |
| 6.2.18 Vaktherapieën                                                | 52 |
| 6.2.19 Complementaire en aanvullende behandelwijzen                 | 53 |
| 7. Herstel, participatie en re-integratie                           | 57 |
| 7.1 Inleiding                                                       | 57 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.2 Herstel                                                                      | 57 |
| 7.3 Participatie                                                                 | 57 |
| 7.3.1 In kaart brengen en monitoren van functioneren                             | 58 |
| 7.4 Re-integratie                                                                | 59 |
| 8. Generieke modules                                                             | 62 |
| 8.1 Generieke modules                                                            | 62 |
| 9. Organisatie van zorg                                                          | 65 |
| 9.1 Inleiding                                                                    | 65 |
| 9.1.1 Goede zorg                                                                 | 65 |
| 9.1.2 Integrale herstelbenadering                                                | 65 |
| 9.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten                                        | 65 |
| 9.2.1 Echelonering en gepast gebruik                                             | 65 |
| 9.2.2 Regiebehandelaar                                                           | 66 |
| 9.2.3 Overdracht en consultatie                                                  | 67 |
| 9.2.4 Informatie-uitwisseling                                                    | 67 |
| 9.2.5 Toegankelijkheid                                                           | 68 |
| 9.2.6 Keuzevrijheid                                                              | 68 |
| 9.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning                                      | 69 |
| 9.2.8 Privacy                                                                    | 70 |
| 9.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten                                          | 70 |
| 9.3.1 Samenwerking in de zorgketen                                               | 70 |
| 9.3.2 Betrokken zorgverleners                                                    | 71 |
| 9.3.3 Competenties zorgverleners                                                 | 72 |
| 9.4 Kwaliteitsbeleid                                                             | 72 |
| 9.4.1 Kwaliteitsstatuut                                                          | 72 |
| 9.4.2 Deskundigheidsbevordering                                                  | 73 |
| 9.4.3 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg                                     | 74 |
| 9.4.4 Financiering                                                               | 75 |
| 9.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg                                       | 76 |
| 9.6 Financiering                                                                 | 76 |
| 9.6.1 Algemeen                                                                   | 76 |
| 9.6.2 Specifiek                                                                  | 77 |
| 10. Kwaliteitsindicatoren                                                        | 78 |
| 10.1 Inleiding                                                                   | 78 |
| 10.2 Uitkomstindicatoren                                                         | 78 |
| 10.2.1 Inleiding                                                                 | 78 |
| 10.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren | 79 |
| 10.2.3 Specifieke instrumenten                                                   | 81 |
| 10.2.4 Generieke instrumenten                                                    | 83 |

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 10.3 Procesindicatoren                   | 88  |
| 10.4 Structuurindicatoren                | 88  |
| 11. Implementatieplan                    | 89  |
| 11.1 Kwaliteitsstandaarden               | 89  |
| 11.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden   | 90  |
| 11.2.1 Monitoring van de implementatie   | 91  |
| 11.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen | 91  |
| 11.4 Bestaande afspraken                 | 91  |
| 11.5 Algemene implementatie thema's      | 92  |
| 11.5.1 Bewustwording en kennisdeling     | 92  |
| 11.5.2 Samenwerking                      | 93  |
| 11.5.3 Capaciteit                        | 94  |
| 11.5.4 Behandelaanbod                    | 95  |
| 11.5.5 Financiering                      | 96  |
| 11.5.6 ICT                               | 97  |
| 11.6 Specifieke implementatie thema's    | 98  |
| 11.6.1 Bewustwording en kennisdeling     | 98  |
| 11.6.2 Samenwerking                      | 99  |
| 11.6.3 Capaciteit                        | 99  |
| 11.6.4 Behandelaanbod                    | 99  |
| 11.6.5 Financiering                      | 100 |
| 11.6.6 ICT                               | 100 |
| 12. Achtergronddocumenten                | 101 |
| 12.1 Referenties                         | 101 |
| 12.2 Conclusies informatie zorgverleners | 109 |
| 12.3 Conclusies informatie patiënten     | 111 |
| 12.4 Samenstelling werkgroep             | 112 |
| 12.5 Verdieping                          | 114 |
| 12.5.1 Preventie                         | 114 |
| 12.5.2 Weinig steun                      | 115 |
| 12.5.3 Traumagerichte CGT                | 115 |

# 1. Samenvatting

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

## 1.1 Samenvattingskaart

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

1. De stoornis
2. De epidemiologische kenmerken
3. Vroege onderkenning en preventie
4. Diagnostiek
5. Behandeling en begeleiding
6. Herstel, participatie en re-integratie
7. Organisatie van zorg

### 1.1.1 De stoornis

Van een conversiestoornis of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis is sprake wanneer patiënten motorische of sensorische veranderingen hebben, en deze veranderingen niet verenigbaar zijn met reeds bekende neurologische of andere somatische aandoeningen. Voorbeelden van motorische of sensorische veranderingen zijn verlamningsverschijnselen, blindheid, dystone bewegingen, wegrakingen of episoden van abnormale schokkende bewegingen ('niet-epileptische aanvallen'). Andere somatische of psychische stoornissen geven geen betere verklaring voor de symptomen, die lijdensdruk of beperkingen op belangrijke levensdomeinen veroorzaken of somatisch onderzoek behoeven.

### 1.1.2 De epidemiologische kenmerken

De exacte prevalentie van een conversiestoornis bij volwassenen en kinderen is onbekend. Onderzoek ongeveer 5% van patiënten die worden doorverwezen naar een neuroloog een conversiestoornis heeft, maar dat is mogelijk een onderschatting.

Conversiestoornis komt voor bij alle leeftijdsgroepen waarbij twee tot drie keer vaker bij vrouwen dan bij mannen. Niet-epileptische aanvallen komen vaker voor bij twintigers en motorische symptomen vaker bij mensen met een leeftijd tussen de 30 en 40 jaar. De symptomen kunnen voorbijgaand van aard zijn of persisterend. Het is bekend dat een aantal factoren het beloop gunstig beïnvloedt: een korte duur van de symptomen en acceptatie van de diagnose. Factoren die het beloop negatief beïnvloeden zijn onder andere maladaptieve persoonlijkheidskenmerken en de aanwezigheid van een comorbide somatische ziekte. Mogelijk is de prognose beter voor jeugdigen met een conversiestoornis dan voor volwassenen.

### **1.1.3 Comorbiditeit**

Stoornissen die veel samen voorkomen met een conversiestoornis zijn: angststoornissen (vooral de paniekstoornis), depressieve stemmingsstoornissen, somatische symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook neurologische en andere somatische aandoeningen komen vaak samen voor met een conversiestoornis.

### **1.1.4 Vroege onderkenning en preventie**

Maladaptieve persoonlijkheidskenmerken, een voorgeschiedenis van kindermishandeling of verwaarlozing in de jeugd, stressvolle levensgebeurtenissen en de aanwezigheid van een neurologische ziekte die vergelijkbare symptomen veroorzaakt zijn factoren die mogelijk een risico geven op het ontwikkelen van een conversiestoornis. Vroege herkenning van een conversiestoornis is belangrijk voor het beloop en de prognose. Vroege onderkenning staat hierbij gelijk aan een snelle diagnostiek. Specifieke preventieve interventies op de stoornis zijn niet bekend, los van algemeen ter preventie van psychische aandoeningen in te zetten middelen, zoals stressmanagement, copingstrategieën, mindfulness en assertiviteitstraining.

### **1.1.5 Diagnostiek**

De stoornis en de ernst ervan wordt via somatische diagnostiek en diagnostiek van psychische klachten vastgesteld.

#### **Somatische diagnostiek**

In de diagnostiek is sinds de DSM-5 meer aandacht gekomen voor positieve aanwijzingen. Conversiestoornis is minder een diagnose van uitsluiting, maar een ziektebeeld dat wordt vastgesteld op basis van symptoomkenmerken. Voor elke klinische presentatie vindt allereerst een beoordeling op inconsistentie en incongruentie plaats. Aanvullende somatische diagnostiek kan nodig zijn om een structurele aandoening uit te sluiten en bestaat over het algemeen uit beeldvorming en neurofysiologisch onderzoek. Welk type onderzoek gekozen wordt hangt af van de symptomatologie. Zo kan een 24-uurs EEG-registratie worden gedaan om onderscheid te maken tussen epilepsie en conversiestoornis met aanvallen of convulsies.

#### **Diagnostiek van psychische klachten**

In veel gevallen zal ook psychische diagnostiek worden uitgevoerd. Via de huisarts vindt diagnostiek plaats in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Daarin worden de stagering en profilering van de conversiestoornis bij voorkeur systematisch onderzocht. Met een stagering kunnen de ontwikkeling en uitbreiding van de aandoening worden vastgesteld. Bij profilering gaat het om het systematisch meenemen van de predisponerende (bijvoorbeeld een geschiedenis van mishandeling), luxerende (bijvoorbeeld een ongeval) en instandhoudende (bijvoorbeeld relatieproblemen) factoren bij het opstellen van een op de patiënt toegesneden diagnostische formulering en een behandelplan. Naast een speciële anamnese is een uitgebreide biografische en een sociale anamnese gebruikt om het persoonlijke verhaal van de patiënt goed in kaart te brengen. Op basis van de klinische inschatting van de zorgverlener kan het beeld worden aangevuld met complicaties, comorbiditeit (bijvoorbeeld screening op depressie of angst) en functionele gevolgen van de stoornis. Deze laatste worden

systematisch in kaart gebracht.

Binnen de diagnostiek van de psychische klachten moeten zorgverleners de reeds aanwezige informatie over de somatiek en informatie van de verwijzer, de patiënt en naasten meenemen. Zij dienen alert te blijven op veranderingen in de somatische en psychische toestand en de invloed die deze kunnen hebben op de diagnostiek van conversiestoornis, die ook naast één of meer somatische of psychische aandoeningen kan bestaan.

Zorgvuldig spreken over de diagnose door de zorgverlener is een aandachtspunt. De zorgverlener moet duidelijk aangeven in hoeverre hij of zij kennis over de conversiestoornis heeft en doorverwijzen bij te weinig kennis of affiniteit. De patiënt moet serieus genomen worden en het communicatief handelen dient passend te zijn bij de klachten van de patiënt: een respectvolle, open houding en bejegening zijn uitgangspunt. In de diagnostiek bij jeugdigen is het belangrijk om naast het perspectief van de jeugdige ook dat van zijn of haar ouders/verzorgers mee te nemen.

### **1.1.6 Behandeling en begeleiding**

De behandeling van conversiestoornis vindt plaats in het kader van het biopsychosociale model en kan bestaan uit de volgende stappen:

- Vertrouwensrelatie aangaan. Patiënten met een conversiestoornis hebben vaak een lange medische voorgeschiedenis. In de soms lange zoektocht naar een somatisch antwoord zijn patiënten - mede door het steeds maar uitblijven van uitsluitel - vaak gefrustreerd geraakt en hun vertrouwen in de hulpverlening is nogal eens verloren gegaan.
- In kaart brengen van gedrag en perceptie van de patiënt, vanuit het vertrekpunt dat een somatische verklaring van de klachten onwaarschijnlijk is. Hoe kijkt de patiënt naar zijn klachten en wat zijn zijn ideeën erover (SCEGS-model; Somatisch-Cognitief-Emotioneel-Gedragsmatig-Sociaal)?
- Gesprek aangaan over de visie van de patiënt op de klachten: zijn 'beliefs', in combinatie met wat hij doet (of laat). Doel is om gezamenlijk tot een passend verklaringsmodel te komen.
- Psycho-educatie (ook voor naasten) over het functioneren van lichaam en hersenen.
- Keuze behandeling in gezamenlijke besluitvorming.
- Eindgesprek.
- Nazorg (inclusief monitoring).

Aanbevolen behandelingen (volwassenen):

- Cognitieve gedragstherapie
- Hypnotherapie
- (psychosomatische) Fysiotherapie
- sychodynamische psychotherapie
- Geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandelaanbod

Behandelingen ter overweging (volwassenen):

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Schematherapie
- Psychomotorische therapie
- Virtual reality



Behandelingen ter overweging (jeugdigen):

- Psychodynamische psychotherapie
- Systeemtherapie
- Hypnotherapie
- Traumabehandelingen
- Multidisciplinaire behandeling gebaseerd op de Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen (met uitzondering van conversiestoornis met aanvallen of convulsies)

Bij jeugdigen is het opsporen en aanpakken van stressoren essentieel. Jeugdigen met een conversiestoornis hebben vaak te maken met overvraging, wat in de situatie van het kind (op school, thuis, in dagbesteding, et cetera) opgelost dient te worden. Een stabiele en veilige thuissituatie is een voorwaarde voor een duurzaam herstel van klachten.

### **1.1.7 Herstel, participatie en re-integratie**

Bij conversiestoornis is het belangrijk verschil te maken tussen het accepteren van de diagnose en het accepteren van eventuele beperkingen. Behandelaars bieden te allen tijde een positief perspectief op herstel: van symptomen, van functioneren, van maatschappelijk participeren en herstel van identiteit.

De inzet is behandeling en verbetering. Er zijn geen specifieke interventies gericht op participatie en re-integratie van patiënten met conversiestoornis. Met hulpmiddelen zoals het participatiewiel of de International Classification of Functioning Disability and Health (ICFDH) kan het functioneren in beeld worden gebracht en gemonitord. De inzet van rehabilitatiemethodieken is mogelijk, afhankelijk van de behoeften van de patiënt (zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en de Liberman-modules). Voor arbeidsre-integratie wordt verwezen naar de generieke module Arbeid als medicijn. Voor jeugdigen met een conversiestoornis zijn vaak aanpassingen nodig om optimale participatie te faciliteren (bijvoorbeeld niet op hoog niveau sporten of aanpassingen in onderwijsniveau). Bij conversiestoornis spelen schaamte of angst om onbegrip te ontmoeten vaak nog een rol (stigma). Behandelaars dienen hiermee zorgvuldig en destigmatiserend om te gaan.

### **1.1.8 Organisatie van zorg**

Een goede behandeling van conversiestoornis vindt in een keten of professioneel netwerk plaats, waarin meerdere zorgverleners samenwerken. Over het algemeen komen patiënten met een conversiestoornis via de huisarts of de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis bij een neuroloog terecht. In veel gevallen vraagt de patiënt een second opinion aan. Dit verloopt via de huisarts of de medisch specialist.

Als somatische oorzaken door nader onderzoek onwaarschijnlijk zijn gemaakt en de patiënt (in ieder geval voorlopig) de 'werkdiagnose' conversiestoornis aanvaardt, kan de huisarts de patiënt voor diagnostiek doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Behandeling vindt plaats in de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ), afhankelijk van de inschatting van de complexiteit. Deze doorverwijzing gaat gepaard met goede documentatie en mondelinge toelichting. Bij voorkeur vervult de huisarts de rol als coördinator

als het traject binnen de basiszorg blijft. Komt de patiënt in ggz-behandeling, dan is de regiebehandelaar een ggz-professional (psychiater, psycholoog, verpleegkundig specialist). Naast deze regiebehandelaar staan de gekozen behandelaars.

Goede communicatie over het beleid tussen regiebehandelaar en behandelaars is essentieel voor een goed verloop van het behandeltraject.

## 2. Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 2.1 Inleiding

Deze zorgstandaard gaat over de zorg voor patiënten met een conversiestoornis. Deze klachten kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen met een conversiestoornis, weten dat als geen ander. Wanneer zij een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de somatische en de geestelijke gezondheidszorg verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke-, professionele- en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

### 2.2 Inzet op gezondheid

Deze zorgstandaard gaat over de zorg voor patiënten met een conversiestoornis. Deze klachten kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen met een conversiestoornis, weten dat als geen ander. Wanneer zij een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de somatische en de geestelijke gezondheidszorg verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke-, professionele- en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

In de zorg wordt gewerkt aan het verbeteren van de gezondheid. Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Vanuit dit perspectief draagt de gezondheidszorg bij aan herstel van klachten, ontwikkeling en meer kwaliteit van leven. Wanneer verder herstel van klachten niet mogelijk blijkt dan is het vermogen een leven te leiden dat door de patiënt als volwaardig wordt beschouwd, ondanks klachten of beperkingen, het doel dat wordt nagestreefd. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel.

Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Soms zal de regie tijdelijk door anderen overgenomen moeten worden. Professionals zullen samen met patiënten en naasten een evenwicht moeten vinden tussen hun draaglast en draagkracht om de meest passende weg richting herstel en

ontwikkeling te vinden.

## **2.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact**

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met zorgverleners. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de zorgverlener wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een zorgverlener. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) één van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van zorgverleners dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Voor iedere patiënt is het heel belangrijk dat de zorgverlener de patiënt serieus neemt en dat er voldoende tijd en aandacht voor hen is.

## **2.4 Gepast gebruik van labels**

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Dat alles bepaalt wie wij zijn. Onze identiteit wordt niet bepaald door de klachten die we hebben. Daarom is het van belang om gepast gebruik te maken van classificatie labels. Niet het labelen, maar datgene waar de patiënt hulp voor zoekt, staat centraal.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op classificatie labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat en de omstandigheden.

## **2.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken**

Bij verdergaande langdurige en intensieve zorg blijven de principes van mens- en herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. Waar nodig en gewenst door de patiënt, kan de zorgverlener meer de regie nemen. In de meeste gevallen zal dit de huisarts zijn.

## **2.6 Samenwerken aan zorg en herstel**

De stand van de wetenschap dwingt tot nederigheid. Over het functioneren van de menselijke psyche is nog veel onbekend. Daarom hebben we alle kennis nodig vanuit de wetenschap, de praktijk en de eigen ervaring om stappen vooruit te zetten en de nodige kwaliteitsverbeteringen in de ggz te kunnen realiseren.

Daarnaast is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaat worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz zorg. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij het bepalen van doelen, interventies, tempo en frequentie. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naasten en hulpverleners te bepalen of en hoe dit aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om hiervan op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten. Voor hen zijn patiëntenversies beschikbaar.

## 3. Inleiding

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 3.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

#### 3.1.1 Zorgstandaard

Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van zorg. Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure en care) en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm, met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (inclusief meetinstrumenten). De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de 'regionale' aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om hier in zorgprogramma's uitvoering aan te geven. Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde stoornis. Het beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde stoornis minimaal moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

#### 3.1.2 Generieke module

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'. In [Generieke modules](#) worden de relevante generieke modules voor conversiestoornis kort beschreven.

#### 3.1.3 Richtlijn

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, veelal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en een afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor de ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van (ongewenste) diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

#### 3.1.4 Kwaliteitsstandaard

Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam

‘kwaliteitsstandaard’. Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt.

### **3.1.5 Zorgstandaard Conversiestoornis**

Deze zorgstandaard beschrijft goede zorg voor mensen met een conversiestoornis, gezien vanuit de patiënt en naastbetrokkenen. Het is een algemeen raamwerk bedoeld voor alle partijen om inzichtelijk te maken wat patiënten kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

De tekst beperkt zich zo veel mogelijk tot wat specifiek van belang is voor mensen met een conversiestoornis. Veel onderdelen van goede zorg zijn echter stoornisoverstijgend, ofwel generiek. Hiervoor verwijzen we naar [Visie op zorg: gezondheid als perspectief](#) en naar de relevante generieke modules die worden genoemd bij [Generieke modules](#).

## **3.2 Patiënt- en familieparticipatie**

Patiënten en naasten zijn structureel en nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de zorgstandaard Conversiestoornis. Een groep van patiënten- en naasten kwam in de ontwikkelfase meermaals bijeen en heeft de conceptteksten van commentaar voorzien. Voor een overzicht van de samenstelling van deze groep, zie achtergronddocument [Samenstelling van de projectgroep, werkgroep, klankbordgroep en patiënten- en naastengroep](#). Ook nam één lid van de patiënten- en naastengroep tevens deel aan de werkgroep.

Daarnaast zijn elf patiënten en acht naasten (individueel of in groepsverband) geïnterviewd over hun ervaringen in het zorgproces. De ervaringen en aandachtspunten zijn verwerkt in de zorgstandaard, zie [Uitgangspunten](#). De conclusies van deze inbreng biedt achtergronddocument [Conclusies en informatie patiënten en naasten](#).

## **3.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules**

De zorgstandaard Conversiestoornis heeft veel raakvlakken met de [zorgstandaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke klachten \(SOLK\)](#) en met de zorgstandaard Dissociatieve stoornissen (in ontwikkeling).

Er is (nog) geen wetenschappelijke consensus of een conversiestoornis het beste geclassificeerd kan worden als een somatoforme stoornis, als een dissociatieve stoornis of als geen van beide. Hoewel conversiestoornis binnen de DSM (1) sinds de derde editie geclassificeerd wordt onder somatoforme stoornissen (DSM-5: Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen), heeft de International Classification of Diseases (ICD) (2) een categorie dissociatieve (conversie)stoornissen. Om die reden is gekozen voor de ontwikkeling van een aparte zorgstandaard Conversiestoornis die verwant is aan de beide andere zorgstandaarden.

Vanwege de hoge comorbiditeit zijn ook de zorgstandaarden [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [Angstklachten en Angststoornissen](#) en de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen (in ontwikkeling) relevant. Voor een overzicht van de relevante generieke modules, zie [Generieke zorg](#).

### 3.4 Uitgangspunten

De zorgstandaard is gebaseerd op:

- Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen.
- Nederlands Huisartsen Genootschap - Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten.
- Richtlijn 'Specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen' van Beroepsvereniging van Psychologen in Algemene/Academische ziekenhuizen.
- Specifieke omschrijving Conversiestoornis is grotendeels gebaseerd op de 'DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen'.
- Voor Zorg rondom mensen met conversiestoornis is gebruik gemaakt van de Richtlijn psychiatrische diagnostiek.
- Voor Organisatie van Zorg is gebruikgemaakt van de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA), het model-kwaliteitsstatuut ggz en de Basisset Kwaliteitscriteria GGZ' van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz). .

De kennis uit de bestaande richtlijnen en documenten is aangevuld met:

- het achtergronddocument dat is opgesteld voor de ontwikkeling van deze zorgstandaard. Het achtergronddocument beschrijft per uitgangsvraag de overwegingen en aanbevelingen en is gebaseerd op:
- een systematische literatuursearch, waarin gezocht is naar artikelen over conversiestoornis gepubliceerd vanaf 2007;
- praktijkervaringen; input verkregen via de werkgroep en door interviews met zorgprofessionals (zie achtergronddocument Conclusies informatie zorgverleners);
- patiëntervaringen; input verkregen via de patiënten- en naastengroep, de interviews en de focusgroepen met patiënten en naasten (zie Patiënt- en familieparticipatie en achtergronddocument Conclusies informatie patiënten en naasten).

Met betrekking tot de literatuur wordt opgemerkt dat de meeste studies waarnaar in de zorgstandaard wordt verwezen, betrekking hebben op de diagnose conversiestoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV.

**Bron:** American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th, text rev ed. Washington DC: ; 2000.

Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies over patiënten met een conversiestoornis zoals gedefinieerd in de DSM-5.



**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

Periodiek zal worden beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding van de zorgstandaard nodig is.

### 3.4.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence based), maar ook over praktijkkennis (practice based) en de voorkeuren van patiënten en naasten (experience based). Daarbij wordt nadrukkelijk gesteld dat kwaliteitsstandaarden geen wetten of dwingende voorschriften zijn die tot standaardzorg zouden leiden. Het zijn praktijkgerichte documenten die de basis vormen voor matched care en gepersonaliseerd zorg. In de dagelijkse praktijk bieden zij zowel zorgverleners als patiënten en naasten houvast.

Het werken volgens kwaliteitsstandaarden is dus geen doel op zich. Vaak is een patiëntenpopulatie daarvoor te divers. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de zorgverlener, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

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

## 3.5 Leeswijzer

### Begrippen en terminologie

In de zorgstandaard is gekozen voor de benaming 'patiënt'. Men kan hier ook 'cliënt' lezen. De zorgstandaard hanteert dezelfde termen als gebruikt in de DSM-5. Alternatieve benamingen (bijvoorbeeld 'functionele bewegingsstoornis' voor een conversiestoornis met abnormale bewegingen of 'psychogene niet-epileptische aanvallen' voor een conversiestoornis met aanvallen of convulsies) worden in het document niet gebruikt.

### Jeugdigen

Bij relevante paragrafen is er een subparagraaf 'Jeugdigen' opgenomen. Met jeugdigen bedoelen we de groep tot en met 17 jaar.

## 4. Specifieke omschrijving conversiestoornis

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 4.1 Inleiding

De informatie uit deze paragraaf komt uit de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen.

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

Deze informatie is aangevuld met informatie uit de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten.

**Bron:** Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen. Multi-Disciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.

#### 4.1.1 Kenmerken of symptomen

Van een conversiestoornis, ofwel een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis, wordt gesproken als er motorische of sensorische veranderingen optreden, maar deze veranderingen onverenigbaar zijn met reeds bekende neurologische of andere somatische aandoeningen. Voorbeelden van motorische of sensorische veranderingen zijn verlamingsverschijnselen, blindheid, dystone bewegingen, wegrakingen of episoden van abnormale schokkende bewegingen ('niet-epileptische aanvallen'). Andere somatische of psychische stoornissen geven geen betere verklaring voor de symptomen. Daarnaast veroorzaken deze symptomen klinisch relevante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, of de symptomen behoeven somatisch onderzoek. Belangrijk op te merken is dat de stoornis niet moet worden vastgesteld uitsluitend omdat onderzoek geen afwijkingen laat zien. Er dienen klinische bevindingen te zijn die niet overeenkomen met een structurele aandoening van het zenuwstelsel.

#### 4.1.2 Prevalentie

De exacte prevalentie van een conversiestoornis bij volwassenen en kinderen is onbekend. Ongeveer 5% van patiënten die worden doorverwezen naar een neuroloog heeft een conversiestoornis.

**Ongeveer 5% van patiënten die worden doorverwezen naar een neuroloog heeft een conversiestoornis.:** De exacte prevalentie van een conversiestoornis bij volwassenen en kinderen is onbekend. Ongeveer 5% van patiënten die worden doorverwezen naar een neuroloog heeft een conversiestoornis. Volgens De Waal en collega's bedraagt de prevalentie van conversiestoornis bij de huisarts 0,2%.

Volgens De Waal en collega's

**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.

bedraagt de prevalentie van conversiestoornis bij de huisarts 0,2%.

#### 4.1.3 Risicogroepen of factoren

Er zijn enkele factoren bekend die mogelijk een risico vormen op het ontwikkelen van een conversiestoornis. Het betreft maladaptieve persoonlijkheidskenmerken, een voorgeschiedenis van kindermishandeling of verwaarlozing in de jeugd, stressvolle levensgebeurtenissen en de aanwezigheid van een neurologische ziekte die vergelijkbare symptomen veroorzaakt. Conversiestoornis komt twee tot drie keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen  
DSM-5. p.452. Amsterdam: Boom; 2014.

#### 4.1.4 Prognose/beloop

Conversiestoornissen komen bij alle leeftijdsgroepen voor. Niet-epileptische aanvallen komen meer voor bij twintigers en motorische symptomen meer bij mensen tussen de 30 en 40 jaar. De symptomen kunnen voorbijgaand van aard zijn of persisterend. Het is bekend dat een aantal factoren het beloop gunstig beïnvloedt: een korte duur van de symptomen en acceptatie van de diagnose. Factoren die het beloop negatief beïnvloeden zijn: maladaptieve persoonlijkheidskenmerken, de aanwezigheid van een comorbide somatische ziekte en het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

Uiteraard dient men voorzichtig te zijn met het verbinden van conclusies aan deze bevindingen; voor sommige patiënten is een arbeidsongeschiktheidsuitkering gunstig.

**Uiteraard dient men voorzichtig te zijn met het verbinden van conclusies aan deze bevindingen; voor sommige patiënten is een arbeidsongeschiktheidsuitkering gunstig.:** Dit blijkt uit opmerkingen van patiënten en naasten. Een arbeidsongeschiktheidsuitkering is veelal een permanente uitkering. De patiënt en behandelaar kunnen zich bij de ziekte neerleggen; dit is gunstig als er geen nieuwe behandelingen zijn maar ongunstig als er nieuwe behandelingen zijn of de patiënt in een andere levensfase komt.

Mogelijk is de prognose voor jeugdigen beter dan voor volwassenen.

Er dient opgemerkt te worden dat niet alle patiënten volledig klachtenvrij worden (zie hiervoor ook [Herstel, participatie & re-integratie](#)). De prognose verslechtert mogelijk wanneer de mate van beperking bij patiënten hoger is en hun ziekte-inzicht lager.

**De prognose verslechtert mogelijk wanneer de mate van beperking bij patiënten hoger is en hun ziekte-inzicht lager.:** Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Mogelijk profiteert de groep patiënten die naast de conversieklachten ook neurologische klachten hebben, minder van de behandeling.

**Mogelijk profiteert de groep patiënten die naast de conversieklachten ook neurologische klachten hebben, minder van de behandeling. :** Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Stagerings- en profileringskenmerken (zie [Diagnostiek](#)) spelen hierbij een rol. Mogelijk bestaat er een cumulatief effect van risicofactoren; patiënten met zowel een traumatische voorgeschiedenis als dissociatie, specifieke persoonskenmerken en een omgeving met disfunctionele interactiepatronen, hebben mogelijk een lagere kans op volledig herstel

**Mogelijk bestaat er een cumulatief effect van risicofactoren; patiënten met zowel een traumatische voorgeschiedenis als dissociatie, specifieke persoonskenmerken en een omgeving met disfunctionele interactiepatronen, hebben mogelijk een lagere kans op volledig herstel : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.**

(zie verder ook [Zelfmanagement](#) en [Herstel, participatie en re-integratie](#)).

#### 4.1.5 Comorbiditeit

Stoornissen die veel samen voorkomen met een conversiestoornis zijn: angststoornissen (vooral de paniekstoornis), depressieve stemmingsstoornissen, somatische symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook neurologische en andere somatische aandoeningen komen vaak samen voor met een conversiestoornis.

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

#### 4.1.6 Functioneren en maatschappelijke gevolgen

Hoewel er in Nederland geen onderzoeken zijn gedaan naar het (maatschappelijk) functioneren van mensen met een conversiestoornis, is duidelijk dat er sprake kan zijn van ernstige invaliditeit. Uit gevalbeschrijvingen blijkt dat er aanzienlijke beperkingen in het functioneren kunnen zijn.

**Bron:** Zie bijvoorbeeld:

Hoogduin K. Een adolescent met een schokkende arm: conversieve myoclonische dystonie. Directieve therapie. 2009;29(1):48-61.

de Kleine R, Hoogduin K. Een hockeyer met zeven jaar bestaande psychogene pseudo-epileptische aanvallen. Directieve therapie. 2010;30(1):44-54.

De Poorter D. Het valt wel, maar niet mee! Deborah de Poorter; 2015.

Van volledige ADL zoals bijvoorbeeld rolstoelafhankelijkheid tot onzekerheid bij het lopen. De ernst komt overeen met de invaliditeit van mensen met vergelijkbare aandoeningen met een somatische oorzaak.

## 4.2 Doelstelling

De belangrijkste functie van een zorgstandaard is richting te geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met een psychische stoornis of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord (in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen). Uitgangspunt daarbij is de eigenstandige rol van de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces met de bijbehorende rechten en plichten. Hierbij is een transparante aanpak van doorslaggevend belang.

### **4.3 Doelgroep**

Deze zorgstandaard heeft betrekking op patiënten met een conversiestoornis. Zij vertonen het type symptomen zoals beschreven in de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen:

- Zwakte of paralyse
- Abnormale bewegingen
- Sliksymptomen
- Spraaksymptomen
- Aanvallen of convulsies
- Anesthesie of sensibiliteitsverlies
- Speciale zintuigelijke symptomen
- Gemengde symptomen

## 5. Zorg rondom conversiestoornis

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 5.1 Vroege onderkenning en preventie

#### 5.1.1 Vroege onderkenning

Vroege onderkenning van een conversiestoornis is belangrijk. Vroege herkenning staat hierbij gelijk aan een snelle diagnostiek. Zie [Diagnostiek](#).

#### 5.1.2 Preventie

In de preventie

**preventie:** In deze paragraaf gaan we uit van het preventiemodel zoals beschreven in het VTV-rapport 'Gezond verstand' (Meijer, 2006) ; zie ook Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen, p. 63). Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten preventie:  
[Meer informatie](#)

van psychische aandoeningen in brede zin is mogelijk plaats voor stressmanagement, copingstrategieën, mindfulness en assertiviteitstraining (universele, selectieve en geïndiceerde preventie). Tevens is er een belangrijke plaats voor psycho-educatie, ook van gezin en naastbetrokkenen.

**Tevens is er een belangrijke plaats voor psycho-educatie, ook van gezin en naastbetrokkenen.:** Dit blijkt uit de praktijk.

Jeugdigen

Preventie van conversiestoornis bij jeugdigen ligt mogelijk in het bewaken van de draagkracht zodat overvraging wordt voorkomen in zijn of haar systeem (zoals thuis, op school, in dagbesteding). Te denken valt aan ingrijpen bij onstabiele thuissituaties (bijvoorbeeld (v)echtscheiding van ouders), bij alle vormen van verwaarlozing en/of misbruik, het veranderen van hoge prestatiedruk op school of in sport en aanpassingen maken in de omgeving van een jeugdige wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking of andere psychische problematiek.



**Te denken valt aan ingrijpen bij onstabiele thuissituaties (bijvoorbeeld (v)echtscheiding van ouders), bij alle vormen van verwaarlozing en/of misbruik, het veranderen van hoge prestatiedruk op school of in sport en aanpassingen maken in de omgeving van een jeugdige wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking of andere psychische problematiek.** : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Ook het stimuleren van de krachtige eigenschappen van de persoon zoals bijvoorbeeld sporten kunnen helpen bij het bieden van steun bij de beschreven situaties. Een mogelijke plek voor preventie is op school. Naast psycho-educatie over omgaan met stress, zou psycho-educatie over de werking van het lichaam als universele preventie kunnen gelden.

## 5.2 Diagnostiek en monitoring

### 5.2.1 Diagnostiek conversiestoornis

Het zorgaanbod is afgestemd op de aard en staging van de stoornis en de zorgbehoeften van de individuele patiënt. Daarom zijn het stellen van de juiste diagnose (inclusief de vaststelling van de ernst van de stoornis) en daarna regelmatige monitoring van de patiënt van groot belang; zorgbehoeften kunnen wisselen door de tijd en kunnen tussen patiënten onderling variëren. De diagnostiek kent in ieder geval twee onderdelen; somatische en psychische diagnostiek.

### 5.2.2 Diagnostiek van lichamelijke klachten

In de diagnostiek van conversiestoornis is met de ingang van de DSM-5 meer aandacht gekomen voor positieve aanwijzingen; conversiestoornis is niet een diagnose van uitsluiting, maar een ziektebeeld dat kan worden vastgesteld op basis van symptoomkenmerken. Dat betekent dat voor elke keer dat een patiënt gezien wordt allereerst een beoordeling op tegenstrijdigheid en onsamenhangendheid van de klachten dient plaats te vinden. Aanvullende somatische diagnostiek kan nodig zijn om een structurele aandoening uit te sluiten. Deze bestaat over het algemeen uit beeldvorming en neurofysiologisch onderzoek. Welk type onderzoek gekozen wordt hangt af van de symptomatologie.

**symptomatologie.:** Dit is afhankelijk van het type symptomatologie van de conversiestoornis en valt buiten de scope van deze zorgstandaard.

Een voorbeeld ter illustratie: om onderscheid te maken tussen epilepsie en conversiestoornis met aanvallen of convulsies lijkt het maken van een 24-uurs EEG-registratie een goede manier. Er zijn echter ook (uitzonderlijke) vormen van epilepsie bekend, waarbij er geen epileptische activiteit bij een reguliere EEG-registratie gezien wordt. Bovendien komen epilepsie en conversiestoornis met

aanvallen of convulsies vaak samen voor. Ook hier is de beoordeling van het klinisch beeld in combinatie met het EEG doorslaggevend.

Om onderscheid te maken tussen een somatische en niet-somatische aandoening wanneer de patiënt een tremor (ritmische of bevende bewegingen) heeft, kan tremorregistratie bijdragen aan het stellen van de diagnose. Wanneer de patiënt myoclonus (abrupte samentrekking van spieren) heeft, kan een polygrafie (combinatie van EEG met oppervlakte-elektromyografisch onderzoek) bijdragen aan het aantonen van een conversiestoornis.

**Om onderscheid te maken tussen een somatische en niet-somatische aandoening wanneer de patiënt een tremor (ritmische of bevende bewegingen) heeft, kan tremorregistratie bijdragen aan het stellen van de diagnose. Wanneer de patiënt myoclonus (abrupte samentrekking van spieren) heeft, kan een polygrafie (combinatie van EEG met oppervlakte-elektromyografisch onderzoek) bijdragen aan het aantonen van een conversiestoornis.:** Uit de literatuur blijkt dat een groot aantal tests gebruikt kan worden voor het classificeren van een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Zie het Achtergronddocument Zorgstandaard Conversiestoornis: Wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording gecombineerd met het perspectief van de patiënt en de praktijkprofessional van TNO.

### 5.2.3 Diagnostiek van psychische klachten: stagering en profilering

In veel gevallen zal psychische diagnostiek uitgevoerd moeten worden. Via verwijzing door de huisarts vindt diagnostiek plaats in de gespecialiseerde ggz. Conform de Richtlijn psychiatrische diagnostiek

**Bron:** Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.

wordt aanbevolen om de stagering en profilering van de conversiestoornis systematisch te onderzoeken.

**de stagering en profilering van de conversiestoornis systematisch te onderzoeken. :** Het stageringsmodel van McGorry sluit hierbij aan.

**Bron:** McGorry PD. Issues for DSM-V: Clinical staging: A heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. Am J Psychiatry. 2007;164(6):859-60.

Met een staging kunnen de mate van ontwikkeling en uitbreiding van de stoornis worden vastgesteld.

**Bron:** Beekman ATF, Van Os J, Van Marle HJC, Van Harten PN. Special issue on staging and profiling: Reform of diagnostics. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012;54(11):913-4.

Ook profilering is van belang. Hierbij kunnen de predisponerende (bijvoorbeeld een geschiedenis van mishandeling), luxerende (bijvoorbeeld een ongeval) en instandhoudende (bijvoorbeeld relatieproblemen) factoren systematisch worden meegenomen bij het opstellen van een op de patiënt toegesneden diagnostische formulering en behandelplan.

### 5.2.4 Uitgebreide anamnese

Voor een individuele diagnostische formulering en behandelplan is naast een speciale anamnese een uitgebreide biografische en een sociale anamnese nodig. Het gaat o.a. om het in kaart brengen van het persoonlijke verhaal van de patiënt. Op basis van de klinische inschatting van de zorgverlener kan dit worden aangevuld met complicaties, comorbiditeit en functionele gevolgen van de stoornis. Een voorbeeld is het afnemen van een screening op angst of depressie. Het is van belang de functionele gevolgen van conversiestoornis systematisch in kaart te brengen. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het inzetten van de World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) als hulpmiddel naast het gesprek.

**Bron:** Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010;88(11):815-23.

Binnen de diagnostiek van de psychische klachten is het eveneens van belang de reeds aanwezige informatie over de somatiek en informatie van de verwijzer, de patiënt en naasten mee te nemen. Zorgverleners dienen alert te blijven op veranderingen in de somatische en psychische toestand en de invloed die deze kunnen hebben op de diagnostiek. Nieuwe lichamelijke klachten worden vaak als uiting van een conversiestoornis geduid, wanneer de patiënt in het verleden deze diagnose voor andere klachten heeft gekregen. Dit maakt de drempel voor de desbetreffende patiënt hoger om bij nieuwe klachten hulp te zoeken.

**Dit maakt de drempel voor de desbetreffende patiënt hoger om bij nieuwe klachten hulp te zoeken.** : Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

Opgemerkt dient te worden dat een conversiestoornis ook naast één of meer somatische of psychische aandoeningen kan bestaan.

**Opgemerkt dient te worden dat een conversiestoornis ook naast één of meer somatische of psychische aandoeningen kan bestaan.** : Zie de inleiding voor een overzicht van veelvoorkomende comorbide psychische aandoeningen. Daarnaast valt te denken aan de volgende comorbide stoornissen: dissociatieve stoornissen, stemmingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, verstandelijke beperking, hechtingsproblematiek en maladaptieve persoonlijkheidskenmerken. Een conversiestoornis met aanvallen of convulsies kan o.a. samengaan met epilepsie, chronische medische aandoeningen en as-I psychische stoornissen. Een conversiestoornis met abnormale bewegingen wordt soms in combinatie met een organische bewegingsstoornis gezien. Een conversiestoornis met aanvallen of convulsies bij jeugdigen kan o.a. voorkomen in combinatie met een verstandelijke beperking, leerstoornissen en depressie, autismespectrumstoornissen en aandachtstekortstoornissen.

### 5.2.5 Differentiaaldiagnostiek

Met betrekking tot differentiaaldiagnostiek valt te denken aan simulatie, dissimulatie, aggraviatie en een nagebootste stoornis. Een ernstige depressie of psychose of dissociatieve toestand of deelpersoonlijkheid behoren ook tot de mogelijkheden. Ten slotte kan een conversiestoornis onderdeel zijn van ernstige en complexe problematiek, met langdurig bestaande, meervoudige somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK), ernstige fysieke en sociale beperkingen en een hoge mate van comorbide psychiatrische en somatische stoornissen.

**Bron:** Van der Boom KJ, Houtveen JH. Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2014;56:743-747.

Een specifiek model dat voor diagnostiek gebruikt kan worden, is het gevolgenmodel.

**gevolgenmodel.:** Gevolgenmodel: er wordt een verklaringsmodel (vicieuze cirkel) opgesteld dat laat zien hoe de reactie op de klachten het herstel van de klachten verhindert. Hierbij is ook plaats voor de rol van herinneringen aan onverwerkte traumatische ervaringen.

**Bron:** Van Rood Y, Van Ravesteijn H, De Roos C, Spinhoven P, Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel. In: Keijers G, van Minnen A, Hoogduin K, editors. Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2011.

Daarbij wordt vastgesteld welke reacties op de klacht het herstel ervan verhinderen. Die vicieuze cirkel vormt dan het aangrijpingspunt voor het behandelplan.

### 5.2.6 Gezamenlijke besluitvorming

De tijdens de diagnostiek verzamelde gegevens worden door de zorgverlener in de indicatiestelling geïntegreerd met het patiëntperspectief, ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd.

**De tijdens de diagnostiek verzamelde gegevens worden door de zorgverlener in de indicatiestelling geïntegreerd met het patiëntperspectief, ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd. :** Er is uit de literatuursearch geen literatuur gekomen met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming. Het belang van het patiëntperspectief kwam wel naar voren in de interviews met patiënten en naasten. Zie ook de Richtlijn psychiatrische diagnostiek, p. 89 en p. 90.

De patiënt kan een actieve rol als medebehandelaar hebben, maar dat is alleen praktisch uitvoerbaar indien deze de stoornis heeft erkend. Naasten kunnen een actieve rol spelen in het ondersteunen van de patiënt. Patiënt, naasten en zorgverlener stemmen gezamenlijk af. Omdat patiënt en zorgverlener vaak een verschillende visie op de klachten hebben,

**Omdat patiënt en zorgverlener vaak een verschillende visie op de klachten hebben,:** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

is het zoeken naar een gemeenschappelijke probleemdefinitie noodzakelijk.

**is het zoeken naar een gemeenschappelijke probleemdefinitie noodzakelijk.:** Zie ook Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen.

**Bron:** Multi-Interdisciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.

Voor patiënten kan het zinrijk zijn kennis te nemen van de zogeheten 'drie goede vragen'.

**'drie goede vragen':** Hierover zijn Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten in 2015 een campagne gestart.

In het kader van de gezamenlijke besluitvorming kunnen patiënten en zorgverleners het initiatief nemen tot het benoemen en beantwoorden van de volgende drie vragen:

1. Wat zijn de mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in deze situatie?

### Jeugdigen

Bij gezamenlijke besluitvorming dient het perspectief van de jeugdige, maar uiteraard ook dat van zijn of haar ouders/verzorgers meegenomen te worden: zij hebben een belangrijke rol als medebehandelaar.

Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren. Kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders. Jongeren vanaf 16 jaar mogen (mits wilsbekwaam) zelf beslissen over onderzoeken of medische behandelingen die zij moeten ondergaan.

### 5.2.7 Communicatie

Goede communicatie en een basis van vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt (indien jonger dan 16 jaar ook diens ouders) met een conversiestoornis is van groot belang. Al bij het eerste contact, ook als de diagnose conversiestoornis nog niet gesteld is, moet er sprake zijn van gezamenlijke besluitvorming. Enerzijds moet de zorgverlener duidelijk aangeven in hoeverre hij of zij kennis heeft van de mogelijke diagnose conversiestoornis en doorverwijzen bij te weinig kennis of affiniteit.

Anderzijds moet de patiënt zich serieus genomen voelen en moet het communicatief handelen passend zijn bij de klachten van de patiënt.

**Goede communicatie en een basis van vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt (indien jonger dan 16 jaar ook diens ouders) met een conversiestoornis is van groot belang. Al bij het eerste contact, ook als de diagnose conversiestoornis nog niet gesteld is, moet er sprake zijn van gezamenlijke besluitvorming. Enerzijds moet de zorgverlener duidelijk aangeven in hoeverre hij of zij kennis heeft van de mogelijke diagnose conversiestoornis en doorverwijzen bij te weinig kennis of affiniteit. Anderzijds moet de patiënt zich serieus genomen voelen en moet het communicatief handelen passend zijn bij de klachten van de patiënt.** : Deze informatie is afkomstig uit de interviews en focusgroepen met cliënten en naastennaasten en de adviesgroep waarin cliënten en naasten zitting hadden.

Zorgvuldig spreken met patiënten over de aandoening

Patiënten met een conversiestoornis ondergaan vaak veel onderzoeken waar geen diagnose uitkomt. De mededeling 'dat er (alweer) niets aan de hand is' geeft patiënten het gevoel niet serieus genomen te worden.

**Patiënten met een conversiestoornis ondergaan vaak veel onderzoeken waar geen diagnose uitkomt. De mededeling 'dat er (alweer) niets aan de hand is' geeft patiënten het gevoel niet serieus genomen te worden.**: Dit blijkt niet alleen uit de literatuur (Wyatt , 2014), maar ook uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

Daarnaast is de diagnose voor patiënten soms moeilijk te begrijpen, is er verwarring en ervaren patiënten weinig steun van zorgverleners.

**Daarnaast is de diagnose voor patiënten soms moeilijk te begrijpen, is er verwarring en ervaren patiënten weinig steun van zorgverleners.**: Dit blijkt uit kwalitatieve studies uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

[Meer informatie](#)

Ook zorgverleners vinden communicatie over de diagnose conversiestoornis vaak moeilijk .

**Bron:** Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3).

Kanaan R, Armstrong D, Wessely S. Limits to truth-telling: Neurologists' communication in conversion disorder. *Patient Educ Couns.* 2009;77(2):296-301.

Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 2011;82(9):961-6.

Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. How do neurologists discuss functional symptoms with their patients: A conversation analytic study. *J Psychosom Res.* 2011;71(6):377-83.

Belangrijk is de houding van de zorgverlener en hoe deze een en ander uitlegt:

**Belangrijk is de houding van de zorgverlener en hoe deze een en ander uitlegt::** Uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten kwam de manier waarop er met hen over de diagnose gecommuniceerd werd naar voren als een belangrijk thema waar verbetering wenselijk is.

de patiënt positief, respectvol en open bejegenen, waarbij de zorgverlener de grenzen van het eigen vermogen kent en een open houding aanneemt ten aanzien van doorverwijzen. Het gebruik van een metafoor bij de uitleg van wat conversiestoornis precies inhoudt, kan behulpzaam zijn voor patiënten en naasten.

**Het gebruik van een metafoor bij de uitleg van wat conversiestoornis precies inhoudt, kan behulpzaam zijn voor patiënten en naasten.:** Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

Een voorbeeld van een metafoor is de uitleg: de piano is ontstemd, maar de toetsen en snaren zijn intact.



**Bron:** Vermeulen M, Hoekstra J, Kuipers-Van Kooten MJ, Van Der Linden EAM. Management of patients with conversion disorder. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158(7).

Of: de computer, de muis en het toetsenbord zijn niet kapot, maar de software werkt niet goed.

Gebruik van termen

Een belangrijk onderdeel van de communicatie over de diagnose, is het gebruik van de juiste termen. Zo worden 'tussen de oren', 'hysterisch' en 'psychogeen' als beledigend ervaren.

**Een belangrijk onderdeel van de communicatie over de diagnose, is het gebruik van de juiste termen. Zo worden 'tussen de oren', 'hysterisch' en 'psychogeen' als beledigend ervaren.:** Behalve uit de literatuur (Morgan, 2013) kwam dit ook naar voren in de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en in de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

**Bron:** Morgan LA, Dvorchik I, Williams KL, Jarrar RG, Buchhalter JR. Parental ranking of terms describing nonepileptic events. Pediatr Neurol. 2013;48(5):378-82.

Een term als 'functioneel' wordt over het algemeen als minder beledigend ervaren.

Het is wenselijk om de diagnose in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen en te bespreken met de patiënt. Goede uitleg, voorlichting en wederzijds respectvolle en gelijkwaardige bejegening is een voorwaarde voor acceptatie van de diagnose door de patiënt. Acceptatie kan een belangrijke factor voor een gunstige prognose van conversiestoornis zijn.

**Bron:** Dickinson P, Looper KJ, Groleau D. Patients diagnosed with nonepileptic seizures: Their perspectives and experiences. *Epilepsy and Behavior*. 2011;20(3):454-61.

Thompson R, Isaac CL, Rowse G, Tooth CL, Reuber M. What is it like to receive a diagnosis of nonepileptic seizures? *Epilepsy and Behavior*. 2009;14(3):508-15.

Karterud HN, Risor MB, Haavet OR. The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure*. 2015;24:107-13.

Duncan R, Graham CD, Oto M. Neurologist assessment of reactions to the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: Relationship to short- and long-term outcomes. *Epilepsy and Behavior*. 2014;41:79-82.

Espay AJ, Goldenhar LM, Voon V, Schrag A, Burton N, Lang AE. Opinions and clinical practices related to diagnosing and managing patients with psychogenic movement disorders: An international survey of movement disorder society members. *Movement Disorders*. 2009;24(9):1366-74.

## Jeugdigen

De genoemde punten over diagnostiek en communicatie zijn ook van toepassing bij jeugdigen, met de volgende aanvullingen:

- Het doen van intelligentieonderzoek en het inwinnen van gegevens van school (bijv. omtrent schoolse vaardigheden) is bij de psychische diagnostiek van jeugdigen belangrijk om cognitieve overvraging vast te kunnen stellen.
- Van belang is om met de jeugdige zelf te spreken. Een onderzoek naar de gezinssituatie is doorgaans op zijn plaats. Specifiek dient de zorgverlener rekening te houden met de leeftijd en het perspectief van de jeugdige.

### 5.2.8 Onderscheid

In de DSM-5 wordt onderscheid gemaakt naar het type symptoom van de conversiestoornis (bijvoorbeeld met zwakte of paralyse of met abnormale bewegingen, zie [Doelgroep](#)). Het maken van onderscheid heeft mogelijk geen klinische waarde,

**Het maken van onderscheid heeft mogelijk geen klinische waarde,:** Dit blijkt ook uit de interviews met zorgverleners.

**Bron:** Driver-Dunckley E, Stonnington CM, Locke DEC, Noe K. Comparison of Psychogenic Movement Disorders and Psychogenic Nonepileptic Seizures: Is Phenotype Clinically Important? *Psychosomatics*. 2011;52(4):337-45.

Hopp JL, Anderson KE, Krumholz A, Gruber-Baldini A, Shulman LM. Psychogenic seizures and psychogenic movement disorders: Are they the same patients? *Epilepsy and Behavior*. 2012;25(4):666-9.

maar kan voor de patiënt en diens revalidatie wel van belang zijn. Los daarvan blijken de verschillende vormen van een conversiestoornis ook naast elkaar te kunnen bestaan.

**Los daarvan blijken de verschillende vormen van een conversiestoornis ook naast elkaar te kunnen bestaan.** : Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

### 5.2.9 Monitoring conversiestoornis

Gezien het soms grillige verloop van de conversiestoornis is het voor alle patiënten die een conversiestoornis hebben (gehad) van belang dat er een regelmatige follow-up is. Deze vindt altijd in samenspraak met de patiënt plaats. Door monitoring kunnen veranderingen tijdig gesignaleerd worden en opgevolgd met eventuele aanpassing van het zorgaanbod. Ook wanneer iemand op een wachtlijst voor behandeling staat, is het van belang de patiënt niet uit het oog te verliezen.

Wees bij patiënten die een conversiestoornis hebben gehad, bij belangrijke levensgebeurtenissen alert en houd hun toestand goed in de gaten (uit te voeren door bijvoorbeeld de huisarts). Sommige ex-patiënten houden altijd een kwetsbaarheid.

## 6. Individueel zorgplan en behandeling

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 6.1 Zelfmanagement

Er zijn geen specifieke interventies voor zelfmanagement bij conversiestoornis beschikbaar. Voor meer informatie over zelfmanagement wordt verwezen naar [de generieke module Zelfmanagement](#).

Rond zelfmanagement wordt aangesloten bij het concept van gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

**Rond zelfmanagement wordt aangesloten bij het concept van gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.:** Het gaat dus niet om het bereiken of handhaven van een ideale toestand, maar om een herstel van vitaliteit, functioneren en participeren van mensen. Het concept zelfmanagement benadrukt de dynamiek, kracht en eigen regie van mensen.

**Bron:** Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health; Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. p.238. Enschede: Ipskamp Drukkers; 2014.

Zelfmanagement is een belangrijk begrip en kan onderdeel uitmaken van de behandeling. Met zelfmanagement wordt niet het accepteren van de *bependingen* bedoeld (wat veelal negatief is voor herstel), maar het accepteren van de *diagnose* (wat eerder positief is voor herstel).

Te allen tijde wordt uitzicht op herstel gehouden; de inzet van de zorgverlener is gericht op behandeling en verbetering.

Jeugdigen

Slechts wanneer behandeling met volledig herstel van klachten niet binnen bereik blijkt en er geen zicht is op een effectieve interventie, dient ook bij jeugdigen gekozen te worden voor interventies gericht op zelfmanagement. Daarbij dient altijd het perspectief geboden te worden dat op enig moment opnieuw gekozen kan worden voor een interventie gericht op volledig herstel.

## 6.2 Behandeling en begeleiding

### 6.2.1 Evidentie

Wanneer de diagnose conversiestoornis gesteld is, kiezen patiënt en zorgverlener een behandelvorm die effectief is en past bij de patiënt. De wetenschappelijke literatuur over behandelingen van conversiestoornis is beperkt en van matige kwaliteit. Volgens een update van de Cochrane-review over de behandeling van conversiestoornis met aanvallen of convulsies uit 2014

**Bron:** Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;2(2).

is er slechts één RCT van goede kwaliteit uitgevoerd naar de behandeling van conversiestoornis met aanvallen of convulsies (een vergelijking van cognitieve gedragstherapie met standaard zorg

**Bron:** Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. Neurology. 2010;74(24):1986-94.

(zie ook [Psychologische en psychotherapeutische behandeling](#)). De overige studies werden gekwalificeerd als van matige of slechte kwaliteit. Om deze redenen is Behandeling en begeleiding hoofdzakelijk op praktijk- en patiëntenervaringen gebaseerd. Studies naar somatoforme stoornissen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten die conversiestoornis niet specifiek noemen, zijn niet meegenomen. De bestaande onderzoeken naar behandeling van conversiestoornis richten zich vooral op conversiestoornis met aanvallen of convulsies. Veel van de bevindingen gelden evenwel waarschijnlijk ook voor de andere typen symptomen van conversiestoornis

**Veel van de bevindingen gelden evenwel waarschijnlijk ook voor de andere typen symptomen van conversiestoornis:** Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

(zie [Zorg rondom mensen met een conversiestoornis](#)).

### 6.2.2 Indeling behandelingen

De hier besproken behandelingen zijn ingedeeld als aanbevolen, ter overweging of niet aanbevolen. Voor de aanbevolen behandelingen zijn wetenschappelijke aanwijzingen voor de effectiviteit

gevonden en zijn er in Nederland positieve ervaringen met deze behandeling. Over de te overwegen behandelingen is geen literatuur gevonden, maar er zijn in Nederland positieve ervaringen met deze behandelingen opgedaan. Voor de behandelingen die niet worden aanbevolen zijn wetenschappelijke aanwijzingen voor de ineffectiviteit gevonden. Behandelingen waarmee in Nederland geen ervaring is opgedaan, zijn niet genoemd in de zorgstandaard.

Samenvattend resulteert dat in de volgende opsomming:

#### Aanbevolen

- cognitieve gedragstherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling)
- hypnotherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling)
- (psychosomatische) fysiotherapie (zie Psychosociale behandeling)
- psychodynamische psychotherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling)
- geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandel aanbod (zie Combinatiebehandeling)

#### Ter overweging

- EMDR (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling)
- schematherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling - Schematherapie)
- psychomotorische therapie (zie Vaktherapieën - Psychomotorische therapie (PMT))
- virtual reality behandeling (zie Psychosociale behandeling – Virtual reality behandeling)

#### Niet aanbevolen

- medicamenteuze behandeling (zie Medicamenteuze behandeling)

### 6.2.3 Theoretisch kader

Het theoretisch kader waarin behandeling van patiënten met een conversiestoornis plaatsvindt, is het geïntegreerde biopsychosociaal model, waarin factoren van biologische, psychologische en sociale aard, gedachten, gevoelens, strevingen en gedragingen (waaronder ook lichamelijke gedragingen) als een dynamisch geheel worden beschouwd in de benadering van ziekte en gezondheid.

Kenmerkend voor de groep patiënten met een conversiestoornis is – net als bij patiënten met SOLK – het somatisch georiënteerd denken. Daarbij wordt het lichaam door deze doelgroep in eerste instantie veelal gezien als een mechaniek, in plaats van het ‘niet scheidbaar maar wel onderscheidbaar zijn’ van lichaam en geest. Men accepteert vaak wel dat het lichaam de geest kan beïnvloeden, maar niet andersom.

De behandeling van conversiestoornis bestaat uit de volgende stappen:

**De behandeling van conversiestoornis bestaat uit de volgende stappen: : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.**

- Vertrouwensrelatie aangaan
- In kaart brengen van gedrag en perceptie van de patiënt

- Gesprek over de visie van de patiënt op de klachten
- Psycho-educatie
- Behandeling
- Eindgesprek

## 6.2.4 Vertrouwensrelatie aangaan

Het is van groot belang om de tijd te nemen voor het opbouwen van wederzijds vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener. Patiënten met een conversiestoornis hebben vaak een lange medische voorgeschiedenis. In de uitvoerige zoektocht naar een somatisch antwoord zijn patiënten – mede door het steeds maar uitblijven van uitsluitel – vaak gefrustreerd geraakt. Hun vertrouwen in de hulpverlening is nogal eens verloren gegaan. Door het ontbreken van een somatische verklaring lijken zowel de hulpverlening als iemands directe omgeving – maar soms ook de patiënt zelf – aan te nemen dat de klachten ofwel ‘tussen de oren zitten’, ofwel verzonnen of voorgewend worden of dat er sprake is van ‘aanstellerij’. Door het stigma op psychische aandoeningen beoordelen veel mensen het nog altijd negatief om geassocieerd te worden met de ggz. De patiënt met een conversiestoornis moet de tijd en ruimte krijgen die nodig is voor het opbouwen van vertrouwen.

## 6.2.5 In kaart brengen van gedrag en perceptie van de patiënt

Naar de volgende elementen dient minimaal te worden gekeken:

- De aanwezigheid van een andere aandoening in relatie tot de klachten.
- Voorafgaand aan het onderzoek dient onwaarschijnlijk te zijn gemaakt dat er sprake is van een somatische aandoening die de stoornis zou kunnen verklaren. Daarbij wordt aangetekend dat aanvullende diagnostiek niet altijd vereist is. Wanneer zorgverlener en patiënt geen consensus bereiken over de uitkomsten van het onderzoek, kan een behandeling van de conversiestoornis niet beginnen. Uiteraard kan met ondersteuning van het behandelteam onderzocht worden of – en zo ja hoe – wél consensus kan ontstaan.
- Voor patiënten die overtuigd blijven van een somatische oorzaak, kan het belangrijk zijn de aanwezigheid van ernstige psychische stoornissen nader te onderzoeken (denk aan een somatische waanstoornis, een autismespectrumstoornis, dissociatieve stoornis of narcistische persoonlijkheidsproblematiek). Ook kan het zo zijn dat er sprake is van problemen in de communicatie of een verstoorde behandelrelatie.
- Medicatie: het medicijngebruik wordt in kaart gebracht, inclusief vormen van zelfmedicatie. Bij verslaving of problematisch gebruik kan behandeling door een gespecialiseerde zorgverlener noodzakelijk zijn.
- (Gezondheids)gedrag - het (gezondheids)gedrag kan in kaart worden gebracht door het ‘denken, voelen en doen’ bij de patiënt uit te vragen. Dat kan bijvoorbeeld door middel van de Illness Beliefs, eventueel aangevuld met The Brief Illness Perceptions Questionnaire. Patiënten beantwoorden in eerste instantie naar eigen inzicht de volgende vragen:

1. Wat heb ik?
2. Wat is de oorzaak?
3. Wat zijn de consequenties?
4. Hoe kan ik het onder controle krijgen?

## 5. Hoe lang gaat het duren?

Het doel daarvan is om expliciet zicht te krijgen in hoe de patiënt zélf kijkt naar zijn klachten en naar zijn ideeën daarover. Het gaat dus niet om de vraag wat de diagnose is van de (huis)arts, andere zorgverleners of naasten.

Het acroniem SCEGS wordt in de huisartsenpraktijk veel gebruikt:

**Het acroniem SCEGS wordt in de huisartsenpraktijk veel gebruikt:** : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

- Somatisch: welke klachten ervaart u?
- Cognitief: waar denkt u zelf aan? Wat vindt u ervan?
- Emotioneel: hoe voelt u zich daarbij?
- Gedrag: wat doet u als u klachten heeft? Wanneer belemmeren de klachten u?
- Sociaal: wat denkt uw omgeving van uw klachten?

Deze informatie wordt meegenomen in de volgende stap; gesprek over de visie op klachten.

## 6.2.6 Het ‘doen’

Ten slotte worden de dagelijkse activiteiten, zowel in heden als verleden, in kaart gebracht door het uitvragen daarvan of door het klinisch monitoren. Centrale thema's zijn onder andere leefstijlvaardigheden, slaap, voeding, beweging, werk, ontspanning.

## 6.2.7 Gesprek over de visie van de patiënt op de klachten

De uitkomsten van de Illness Beliefs én het activiteitenpatroon (het ‘doen’) worden met de patiënt besproken. Zorgverlener en patiënt zoeken gezamenlijk naar een verklaringsmodel dat past bij de patiënt en acceptabel is voor hem of haar. Tenzij er duidelijk aanwijsbare externe instandhoudende factoren aanwezig zijn, moet het herstel vanuit de patiënt zelf komen. Vervolgens legt de zorgverlener de bevindingen van het onderzoek uit aan de patiënt.

Het verklaringsmodel van de patiënt kan bijvoorbeeld uitgaan van de huidige klachten als gevolg van traumatische ervaringen. Voor het opstellen van een gepersonaliseerde verklaring kan ook gebruik worden gemaakt van de diagnostiek volgens het gevolgenmodel.

**Bron:** Van Rood Y, Van Ravesteijn H, De Roos C, Spinhoven P, Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel. In: Keijers G, van Minnen A, Hoogduin K, editors. Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2011.



De patiënt en de zorgverlener dienen in elk geval een gedeelde visie op de klachten te hebben om verder te kunnen gaan met de behandeling.

### 6.2.8 Psycho-educatie

Wanneer er consensus is over het verklaringsmodel wordt gerichte psycho-educatie ingezet. Psycho-educatie is een onontbeerlijke stap in de behandeling van een conversiestoornis. Daarbij hoort ook psycho-educatie voor naasten. Het is een misverstand om te denken dat psycho-educatie alleen aan het begin van een behandeling effectief is. Het is zinvol om psycho-educatie op latere momenten in de behandeling nogmaals in te zetten. Bij tijdelijke terugval kan de zorgverlener teruggrijpen op eerdere consensus. Bij voortschrijdend inzicht in welke gebeurtenissen de klachten 'uitlokken' en in stand houden, kunnen patiënt en zorgverlener het verklaringsmodel aanvullen met deze nieuwe inzichten.

De psycho-educatie richt zich op het functioneren van het menselijk lichaam, bijvoorbeeld hoe de hersenen werken en signalen uitzenden en hoe dat verstoord kan raken.

### 6.2.9 Behandeling

In deze stap kiezen patiënt en zorgverlener een specifieke behandelvorm die effectief is en past bij de patiënt. Het biopsychosociaal model is hierbij net als tijdens de diagnostische fase het uitgangspunt: tijdens de behandeling wordt steeds rekening gehouden met zowel de somatische, de psychische als de sociale factoren die bij de patiënt een rol spelen.

De aanwezigheid van (ernstige) voortdurende stressoren die de conversiestoornis waarschijnlijk in stand houden (zoals het ontbreken van een veilige thuissituatie) vormen een contra-indicatie voor behandeling.

**De aanwezigheid van (ernstige) voortdurende stressoren die de conversiestoornis waarschijnlijk in stand houden (zoals het ontbreken van een veilige thuissituatie) vormen een contra-indicatie voor behandeling.:** Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Andere contra-indicaties kunnen zijn: ernstige comorbiditeit die directe behandeling nodig heeft (zoals psychose of suïcidaliteit) en contextuele factoren zoals een lopende rechtszaak.

### 6.2.10 Eindgesprek

In alle situaties is een eindevaluatie essentieel, waarbij patiënt en zorgverlener samen reflecteren op het gehele proces. Uiteraard vindt gezamenlijke reflectie ook plaats op gezette tijden gedurende de behandeling.

Zorg na de behandeling

Zie [Monitoring](#).

### 6.2.11 Psycho-educatie

Voor alle mensen met een conversiestoornis, ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie van essentieel belang.

**Voor alle mensen met een conversiestoornis, ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie van essentieel belang.:** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

Een goed geïnformeerde patiënt heeft kennis over en inzicht in zijn ziekte, zijn behandeling en in de gevolgen voor zijn dagelijks leven. Ook zijn omgeving wordt hierin betrokken. Goede voorlichting en educatie bij alle facetten die een conversiestoornis met zich meebrengt, stellen de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn ziekte te nemen en de kwaliteit van zijn leven optimaal te houden.

**Bron:** Chen DK, Maheshwari A, Franks R, Trolley GC, Robinson JS, Hrachovy RA. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia*. 2014;55(1):156-66.

Thompson N, Connelly L, Peltzer J, Nowack WJ, Hamera E, Hunter EE. Psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study of a brief educational intervention. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;49(2):78-83.

Psycho-educatie wordt altijd in combinatie met psychosociale, psychologische of psychotherapeutische behandelingen ingezet.

### 6.2.12 Eerste stap interventies

Er is geen literatuur over eerste stap-interventies bekend.

**Er is geen literatuur over eerste stap-interventies bekend.:** Er zijn wel aanwijzingen dat een wandelprogramma (Dallocchio, 2010) en mindfulness (Baslet, 2015) het aantal aanvallen bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies kunnen verminderen. Dit zijn echter generieke interventies, geen specifieke (eerste-stap) behandelingen voor conversiestoornis.

Het inrichten van een evenwichtige dagstructuur kan als eerste stap interventie worden gezien, evenals het snel beginnen met behandelen (reeds op de afdeling neurologie of kindergeneeskunde) wanneer een conversiestoornis waarschijnlijk is.

**Het inrichten van een evenwichtige dagstructuur kan als eerste stap interventie worden gezien, evenals het snel beginnen met behandelen (reeds op de afdeling neurologie of kindergeneeskunde) wanneer een conversiestoornis waarschijnlijk is.:**  
Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

### 6.2.13 Psychosociale behandeling

(Psychosomatische) fysiotherapie

Fysiotherapie is een paramedische discipline die zich richt op het steun- en bewegingsapparaat. Psychosomatisch fysiotherapeuten bekijken het verband tussen lichaam, geest en leefomgeving en zijn gespecialiseerd in het behandelen van klachten die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden.

**Bron:** NFP. Folder: Bent u uit balans? Amersfoort: NFP; 2013, .p.2

Met (psychosomatische) fysiotherapie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit. Daarom wordt deze behandeling aanbevolen.

Het lijkt waarschijnlijk dat behandelprogramma's met een component van bewegen (bijvoorbeeld wandelen) effectief zijn voor patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen.

**Bron:** Jordbru AA, Smedstad LM, Klungsøyr O, Martinsen EW. Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with one -year follow-up. J Rehabil Med. 2014;46(2):181-7.

Nielsen G, Buszewicz M, Stevenson F, Hunter R, Holt K, Dudzic M, et al. Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2016.

.Uit recent onderzoek blijkt dat een combinatie van een wandelprogramma met cognitieve gedragstherapie ten opzichte van standaardzorg een verbetering oplevert ten aanzien van de aanwezigheid en ernst van de symptomen. De combinatie was echter niet beter dan een behandeling met enkel cognitieve gedragstherapie.

**Bron:** Dallochio C, Tinazzi M, Bombieri F, Arno N, Erro R. Cognitive behavioural therapy and adjunctive physical activity for functional movement disorders (Conversion Disorder): A pilot, single-blinded, randomized study. *Psychother Psychosom.* 2016;85(6):381-3.

#### Virtual reality behandeling

Er is in Nederland casuïstische ervaring dat het gebruik van virtual reality een meerwaarde kan bieden voor patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Enkele revalidatiecentra zetten de 'GRAIL' in (Gait Realtime Analysis Interactive Lab; een loopband met krachtenplatform en een panoramisch scherm) voor deze doelgroep. De patiënt oefent in spelvorm, waardoor zijn of haar aandacht wordt verlegd. Met virtual reality als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.

**Met virtual reality als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.:** Over de behandeling van de conversiestoornis met behulp van virtual reality is geen literatuur gevonden.

### 6.2.14 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Zie ook de generieke module Psychotherapie.

#### Cognitieve gedragstherapie

Met cognitieve gedragstherapie als behandeling voor conversiestoornis (CGT) is in Nederland ervaring. CGT gaat ervan uit dat problemen in stand worden gehouden door disfunctionele gedachten. Deze 'denkfouten' kunnen leiden tot psychische problemen en disfunctioneel gedrag. In CGT worden deze gedachten en het gedrag uitgedaagd en veranderd.

Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van CGT, met name voor patiënten met een conversiestoornis met aanvallen of convulsies. CGT wordt aanbevolen. Het lijkt waarschijnlijk dat de volgende behandelingen effectief zijn: groeps-CGT voor patiënten met conversiestoornis,

**Bron:** Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: A pilot study. *Epilepsy and Behavior.* 2014;34:68-72.

een multidisciplinaire CGT voor patiënten met conversiestoornis met abnormale bewegingen,

**Bron:** McCormack R, Moriarty J, Mellers JD, Shotbolt P, Pastena R, Landes N, et al. Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: A retrospective comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2014;85(8):893-8.

Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*. 2010;74(24):1986-94.

individuele CGT bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies

**Bron:** Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*. 2010;74(24):1986-94.

LaFrance Jr. WC, Miller IW, Ryan CE, Blum AS, Solomon DA, Kelley JE, et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*. 2009;14(4):591-6.

LaFrance WC, Jr., Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(9):997-1005

en groeps-CGT bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies.

**Bron:** Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: A pilot study. *Epilepsy and Behavior*. 2014;34:68-72.

Ook is het aannemelijk dat bij patiënten met een conversiestoornis de toevoeging van cognitief-therapeutische zelfhulp aan standaardzorg een verbetering van de gezondheid, van de symptomen en van de ziektelast oplevert. Overigens is dit verschil op verbetering van gezondheid na 6 maanden verdwenen.

**Bron:** Sharpe M, Walker J, Williams C, Stone J, Cavanagh J, Murray G, et al. Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology*. 2011;77(6):564-72.

### Traumagerichte CGT

Traumagerichte CGT combineert traumagerichte interventies met cognitief-gedragstherapeutische principes. Traumagerichte CGT is geschikt voor patiënten bij wie de relatie tussen de conversieklachten en de traumatische voorgeschiedenis helder is. Met traumagerichte CGT is in Nederland ervaring als behandeling voor conversiestoornis. Twee varianten van traumagerichte CGT zijn imaginaire exposure en schrijftherapie. De traumagerichte CGT en de schrijftherapie kunnen door patiënten als belastend worden ervaren, omdat zij voortdurend worden blootgesteld aan de traumatische informatie, net zolang tot de (lichamelijke) klachten zijn afgenomen.

**De traumagerichte CGT en de schrijftherapie kunnen door patiënten als belastend worden ervaren, omdat zij voortdurend worden blootgesteld aan de traumatische informatie, net zolang tot de (lichamelijke) klachten zijn afgenomen.:** Uit verschillende meta-analyses komt veel bewijs voor de effectiviteit van traumagerichte CGT bij een posttraumatische stressstoornis. Er is echter geen onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van conversiestoornis met traumagerichte CGT gevonden.

[Meer informatie](#)

Zie ook de zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde aandoeningen.

### Hypnotherapie

Voor patiënten met een conversiestoornis kan hypnose of katalepsie-inductie een effectieve behandeling zijn. In hypnotherapie wordt een toestand van diepe, geconcentreerde ontspanning opgewekt om bij onbewuste gevoelens en overtuigingen te komen.

Er is in Nederland ervaring met hypnotherapie als behandeling voor conversiestoornis en er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit. De multidisciplinaire richtlijn [Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen](#)

**Bron:** Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen. Multi-Disciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.

beveelt een ambulante interventie met hypnotherapie aan voor patiënten met een conversiestoornis

met abnormale bewegingen. Deze aanbeveling is gebaseerd op een studie

**Bron:** Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. Int J Clin Exp Hypn. 2003;51(1):29-50.

die hypnotherapie vergeleek met een wachtlijstconditie bij poliklinische patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Hypnotherapie lijkt voor patiënten weinig belastend.

**Hypnotherapie lijkt voor patiënten weinig belastend.:** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

In Nederland wordt als vorm van hypnotherapie voor motorische conversiestoornis ook katalepsie-inductie gebruikt. Deze techniek bewerkstelligt een gevoel van stijfheid in de spieren, waardoor het mogelijk wordt een arm of been lang zonder inspanning in een bepaalde positie te handhaven. Hypnotherapie wordt aanbevolen.

#### Psychodynamische psychotherapie

Psychodynamische psychotherapie is erop gericht om mensen met behulp van een therapeutische relatie weer een innerlijke verbinding te laten maken tussen een beangstigende gevoelswereld en trauma of conflict van buiten af. Met psychodynamische psychotherapie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit. Het lijkt waarschijnlijk dat psychodynamische psychotherapie effectief is voor patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen,

**Bron:** Hubschmid M, Aybek S, Maccaferri GE, Chocron O, Gholamrezaee MM, Rossetti AO, et al. Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(5):448-55.

een conversiestoornis met spraaksymptomen of een conversiestoornis met aanvallen of convulsie.

**Bron:** Kollbrunner J, Menet A-, Seifert E. Psychogenic aphonia: No fixation even after a lengthy period of aphonia. Swiss Medical Weekly. 2010;140(1-2):12-7.

Barry JJ, Wittenberg D, Bullock KD, Michaels JB, Classen CC, Fisher RS. Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study. Epilepsy and Behavior. 2008;13(4):624-9.

Mayor R, Howlett S, Grünwald R, Reuber M. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: Seizure control and health care utilization. Epilepsia. 2010;51(7):1169-76.

Een combinatie van psycho-educatie met psychodynamische psychotherapie lijkt het aantal aanvallen bij een conversiestoornis met aanvallen of convulsies eveneens te verminderen.

**Bron:** Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy and Behavior. 2013;28(1):91-4.

Er werd geen effect gevonden van een 3-maanden durende psychodynamische psychotherapie bij conversiestoornis met abnormale bewegingen op de ernst van de symptomen en depressie- en angstklachten.

**Bron:** Kompoliti K, Wilson B, Stebbins G, Bernard B, Hinson V. Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: Randomized clinical trial. Parkinsonism and Related Disorders. 2014;20(1):60-3.

Psychodynamische psychotherapie wordt aanbevolen.

#### Schematherapie

Schematherapie gaat ervan uit dat iedereen bepaalde patronen heeft van kijken naar zichzelf, naar anderen en naar de wereld. Het doel van schematherapie is om de negatieve patronen op te sporen en naar de oorzaak te zoeken, om deze negatieve patronen vervolgens te doorbreken. Met schematherapie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.



**Schematherapie gaat ervan uit dat iedereen bepaalde patronen heeft van kijken naar zichzelf, naar anderen en naar de wereld. Het doel van schematherapie is om de negatieve patronen op te sporen en naar de oorzaak te zoeken, om deze negatieve patronen vervolgens te doorbreken. Met schematherapie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.:** Er zijn geen studies gevonden die de effectiviteit van schematherapie bij conversiestoornis hebben onderzocht.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of bilaterale stimulatie

Een behandeling met EMDR kan mogelijk nuttig zijn voor patiënten bij wie de conversieklachten zijn ontstaan na een traumatische gebeurtenis.

**Een behandeling met EMDR kan mogelijk nuttig zijn voor patiënten bij wie de conversieklachten zijn ontstaan na een traumatische gebeurtenis.:** Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Bij EMDR denkt de patiënt terug aan traumatische gebeurtenissen en wordt dit gecombineerd met een bilaterale afleidende stimulus. Mogelijk werkt EMDR goed voor patiënten die naast conversiestoornis ook PTSS klachten hebben, maar zij komen hiermee niet van hun conversieklachten afkomen.

**Mogelijk werkt EMDR goed voor patiënten die naast conversiestoornis ook PTSS klachten hebben, maar zij komen hiermee niet van hun conversieklachten afkomen.:** Dit blijkt uit ervaringen uit de praktijk.

Er zijn ten minste twee aanpassingen van het EMDR-protocol voor de behandeling van de conversiestoornis beschikbaar: een protocol van de Vereniging EMDR Nederland (in druk) en een protocol dat wordt beschreven als de 'progressieve methode van EMDR'.

**Bron:** Gonzalez A, Mosquera D. EMDR and dissociation: The progressive approach. Charleston, SC: Amazon Imprint; 2012.

Met EMDR/bilaterale stimulatie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.

**Met EMDR/bilaterale stimulatie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.:** Over de behandeling van de conversiestoornis met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of bilaterale stimulatie is geen literatuur gevonden.

### 6.2.15 Medicamenteuze behandeling

Redenen om medicatie voor te schrijven (of te continueren) dienen goed onderbouwd en omschreven te zijn (bijvoorbeeld in het geval van comorbide stoornissen die volgens de geldende richtlijnen met medicatie worden behandeld). Er is in Nederland geen ervaring met medicamenteuze behandeling voor conversiestoornis en er zijn aanwijzingen dat een dergelijke behandeling niet effectief is: uit een studie bleek dat sertraline niet beter werkt dan een placebo.

**Bron:** LaFrance WC, Keitner GI, Papandonatos GD, Blum AS, MacHan JT, Ryan CE, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010;75(13):1166-73.

Een andere studie die de combinatie van CGT met sertraline onderzocht, vond wel dat het aantal aanvallen van conversiestoornis met aanvallen of convulsies afnam en het psychosociaal functioneren verbeterde.

**Bron:** LaFrance WC, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(9):997-1005.

Omdat er geen aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van sertraline als monotherapie wordt dit niet aanbevolen voor patiënten met een conversiestoornis zonder psychiatrische co-morbiditeit.

Met betrekking tot conversiestoornis met aanvallen of convulsies is specifiek het volgende op te merken: omdat conversiestoornis met aanvallen of convulsies vaak eerst voor epilepsie wordt aangezien, is het aan te bevelen om eventuele anti-epileptica af te bouwen of te stoppen, behalve als er voor de patiënt gedocumenteerde redenen zijn om dit niet te doen. Anti-epileptica dienen niet te worden gebruikt om te beoordelen of aanvallen wel of niet epileptisch zijn. In het geval van comorbide epilepsie en conversiestoornis met aanvallen of convulsies, kan het zijn dat de epilepsie met anti-epileptica behandeld wordt en de conversiestoornis met psychotherapie (zie verder de [generieke module Bijwerkingen](#)).

### 6.2.16 Combinatiebehandeling

### Multi- of interdisciplinair behandel aanbod

Behandelingen kunnen zowel mono- als multidisciplinair worden aangeboden. Een multidisciplinaire behandeling is dan ook geen therapie zoals CGT, hypnotherapie of EMDR – maar een manier waarop de behandeling aangeboden wordt. Een dergelijk multi- of interdisciplinair aanbod wordt gebruikt bij patiënten met een conversiestoornis bij wie sprake is van weinig zelfregulatie en zelfcontrole, van comorbiditeit met psychische stoornissen, persoonlijkheidsproblematiek of somatische aandoeningen en/of van onvoldoende respons op eerdere behandelingen.

### Gespecialiseerd aanbod

Dit behandel aanbod is beschikbaar binnen gespecialiseerde of hoogspecialistische afdelingen, of instellingen voor patiënten met conversiestoornis en/of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in het algemeen of in een professioneel netwerk. De opzet van het behandel aanbod verschilt per aanbieder. Vaak wordt verbale en non-verbale therapie gecombineerd met lichaamsgerichte therapievormen zoals (psychosomatische) fysiotherapie, psychomotorische therapie, beeldende therapie en vaak is ook verpleegkundige begeleiding onderdeel. Sommige multidisciplinaire behandelingen combineren ook lichaamsgerichte mentalisatie, acceptance and commitment therapy (ACT), CGT en systeemtherapie. Multidisciplinaire behandelingen zijn veelal gericht op het vergroten van de zelfregulatie van cognitie, emotie en gedrag.

**Bron:** Van Dijke A. The clinical assessment of attachment trauma related self- and affect dysregulation. In: Vingerhoets A, Nyklicek I, Denollet J, editors. Affect regulation: conceptual and clinical issues. New York: Springer; 2008. p. 150-169.

Van Dijke A, Ford JD, Wineke J, Hamers, Robbers, Van Gool A, et al. Multimodal grouptherapy of dysfunctional self-regulation in somatic symptoms disorder and conversion disorder: A pilot study. submitted.

### Evidentie

Omdat een multidisciplinair behandel aanbod geen eenduidige therapie is, is het lastig om literatuur hierover samen te nemen. Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van verschillende varianten: het is waarschijnlijk dat gezamenlijke consulten van neurologen en psychiaters de symptomen verminderen.

**Bron:** Aybek S, Hubschmid M, Mossinger C, Berney A, Vingerhoets F. Early intervention for conversion disorder: Neurologists and psychiatrists working together. Acta Neuropsychiatrica. 2013;25(1):52-6.

Ook is het waarschijnlijk dat een 4 weekse multidisciplinaire behandeling met onder andere CGT, ergotherapie, fysiotherapie en de betrokkenheid van zowel psychiaters als neurologen de mentale

gezondheid en het functioneren verbetert.

**Bron:** Demartini B, Batla A, Petrochilos P, Fisher L, Edwards MJ, Joyce E. Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study. J Neurol. 2014;261(12):2370-7.

Een multidisciplinaire behandeling voor conversiestoornis met abnormale bewegingen, waarin op cognitief-gedragstherapeutische principes gebaseerde behandeling (o.a. fysiotherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie en groepstherapieën zoals assertiviteitstraining) werden ingezet, lijkt het functioneren van patiënten te verbeteren.

**Bron:** Saifee TA, Kassavetis P, Pareés I, Kojovic M, Fisher L, Morton L, et al. Inpatient treatment of functional motor symptoms: A long-term follow-up study. J Neurol. 2012;259(9):1958-63.

Uit een andere studie lijkt het waarschijnlijk dat een combinatie van multidisciplinaire individuele en groepspsychotherapie bij patiënten met een conversiestoornis met aanvallen of convulsies het aantal aanvallen vermindert.

**Bron:** Kuyk J, Siffels MC, Bakvis P, Swinkels WAM. Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures: An outcome study. Seizure. 2008;17(7):595-603.

Een geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandelaanbod wordt aanbevolen.

### 6.2.17 Biologische behandeling

Er is in Nederland geen ervaring met biologische behandelingen voor een conversiestoornis.

### 6.2.18 Vaktherapieën

Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag.

**Bron:** Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut. Utrecht: NVPMT; 2009.

Centraal in PMT voor mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in het algemeen en conversie in het bijzonder staat het behandelen van dissociatie van lichaamssignalen, zoals het niet herkennen van spierspanning, vermoeidheid, onrust en apneu's.

**Bron:** Goffin JJM, Broekmans SD, Besemer J. Ik heb écht iets. Een psychomotorisch hulpverleningsmodel voor de behandeling van cliënten met een conversiestoornis. In: De Lange J, editor. Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2010. p. 71-94.

Kind E. Met vallen en opstaan meer grip op de aanval. Psychomotorische therapie bij psychogene pseudo-epileptische aanvallen. Tijdschrift voor Vaktherapie. 2013;9(1):18-24.

Daarnaast zijn de elementen van PMT: lichaamsmentaliteit, het identificeren van emoties en het verkrijgen van een adequaat lichaamsbeeld. Er is in Nederland ervaring met psychomotorische therapie als behandeling voor conversiestoornis.

**Er is in Nederland ervaring met psychomotorische therapie als behandeling voor conversiestoornis.:** Er is geen literatuur over de behandeling van conversiestoornis met psychomotorische therapie gevonden (zie verder de generieke module Vaktherapie).  
[Meer informatie](#)

Deze behandeling kan worden overwogen.

### 6.2.19 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Voor sommige patiënten zijn complementaire en aanvullende behandelwijzen (CAM) een welkome aanvulling op of vervanging van reguliere medische zorg. Vanuit patiëntperspectief is het van belang dat deze bespreekbaar zijn en dat zorgverleners binnen het proces van gezamenlijke besluitvorming aandacht hebben voor een mogelijk verschil in perceptie op gezondheid (zie Behandeling en begeleiding - Gesprek over de visie van de patiënt op de klachten). Vanuit een open houding kunnen voor- en nadelen van CAM worden besproken.

Jeugdigen

Voorwaarden en contra-indicaties voor behandeling

Evenals bij volwassenen is bij jeugdigen het geïntegreerde biopsychosociaal model het theoretisch kader. De jeugdige patiënten, hun ouders/verzorgers en de zorgverlener dienen de visie op de klachten te onderschrijven. Psycho-educatie is essentieel: de jeugdige en ouders/verzorgers dienen op begrijpelijke wijze uitleg te krijgen over de interactie tussen gedachten, gevoelens en gedragingen, waaronder lichamelijke gedragingen. Ook bij jeugdigen kan de uitleg van de conversieklacht aan de hand van een metafoor behulpzaam zijn.

**Ook bij jeugdigen kan de uitleg van de conversieklacht aan de hand van een metafoor behulpzaam zijn.:** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

Bij jeugdigen is het opsporen en aanpakken van stressoren essentieel. Jeugdigen met een conversiestoornis worden vaak overvraagd.

**Bij jeugdigen is het opsporen en aanpakken van stressoren essentieel. Jeugdigen met een conversiestoornis worden vaak overvraagd.:** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

Dit dient in de situatie van de jeugdige (op school, thuis, in dagbesteding, et cetera) opgelost dient te worden. Dat betekent ook dat een stabiele en veilige thuissituatie voorwaardelijk is voor het herstel van klachten en het behoud daarvan. Bij vermoedens van kindermishandeling geldt uiteraard de Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. De betrokkenheid van het systeem van de jeugdige is onontbeerlijk, ongeacht voor welke behandelvorm gekozen wordt.

#### Behandelingen

In Nederland is er praktijkervaring met de behandeling van conversiestoornis bij jeugdigen.

**In Nederland is er praktijkervaring met de behandeling van conversiestoornis bij jeugdigen.:** Er zijn slechts twee artikelen over de behandeling van jeugdigen met een conversiestoornis uit de literatuursearch gekomen. Het eerste artikel beschrijft de behandeling van conversiestoornis met slijksymptomen (psychogene hoest) bij kinderen van 11 tot en met 13 jaar door middel van een botoxinjectie (Sipp, 2007). Het onderzoek is van lage kwaliteit en beschrijft slechts 3 kinderen. Hoewel de hoest bij alle drie in eerste instantie verdween, kwam de hoest ook bij alle drie weer terug. Het tweede artikel betreft repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) bij kinderen en adolescenten met een conversiestoornis met zwakte of paralyse. Deze behandeling lijkt de symptomen van paralyse te verminderen (Chastan, 2010).

Als behandeling kunnen worden overwogen:

- psychodynamische psychotherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling);
- systeemtherapie;
- hypnotherapie (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling);
- traumabehandelingen (zie Psychologische en psychotherapeutische behandeling);
- multidisciplinaire behandeling gebaseerd op de 'Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen ' (met uitzondering van conversiestoornis met aanvallen of convulsies).

#### Multidisciplinaire behandeling

Er worden veelbelovende resultaten behaald met een multidisciplinaire behandelinterventie die gebaseerd is op de Richtlijn specifieke groep functionele klachten van jeugdigen van de PAZ (sectie Psychologen in Algemene en Academische Ziekenhuizen van het NIP) uit 2005.

**Bron:** Benders H, Portegijs CMC, Sondaar M, den Uyl CAJ. Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen. Beroepsvereniging van Psychologen in Algemene/Academische ziekenhuizen (PAZ) van het NIP; 2005.

Deze resultaten zijn behaald bij jeugdigen met een conversiestoornis waarbij sprake was van zwakte of paralyse, sliksymptomen, spraaksymptomen, sensibiliteitsverlies, speciale zintuiglijke symptomen en gemengde symptomen. Deze behandelinterventie is niet uitgevoerd bij kinderen met een conversiestoornis met aanvallen of convulsies.

#### Deze interventie

**Bron:** Benders H, Portegijs CMC, Sondaar M, den Uyl CAJ. Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen. Beroepsvereniging van Psychologen in Algemene/Academische ziekenhuizen (PAZ) van het NIP; 2005.

richt zich op het loslaten van de klachten en het wegnemen van secundaire ziekte winst, naast het geven van inzicht in het ontstaan van de klacht en het aanleren van een adequate coping om met het 'eigenlijke' probleem om te gaan. In de behandeling wordt zowel de psycholoog als de (kinder)fysiotherapeut ingezet. Beide disciplines passen in de behandeling gedragstherapeutische technieken toe, waaronder cognitief herstructureren, graded activity, modelling, bekrachtigingstechnieken (shaping, uitdoving, successieve approximatie, response cost) en psycho-educatie. De klinische behandeling wordt gekenmerkt door een tot in detail verzorgde voorbereiding met behandelafspraken die met de jeugdige en ouders/verzorgers vooraf besproken en overeengekomen zijn. Er is een aantal essentiële elementen: dagelijks therapie, veel zelf oefenen, eigen verantwoordelijkheid, korte lijnen, hoge druk, het overnemen van het ouderlijk gezag en het toewerken naar een punt waarop klachten kunnen worden losgelaten. Daarbij hoort desgewenst ook het verschaffen van een alternatieve verklaring waarbij het kind een gevoel van veiligheid geboden kan worden en gezichtsverlies kan voorkomen.

**Daarbij hoort desgewenst ook het verschaffen van een alternatieve verklaring waarbij het kind een gevoel van veiligheid geboden kan worden en gezichtsverlies kan voorkomen.** : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Overige psychologische en psychotherapeutische behandelingen

Poliklinisch is in Nederland ook ervaring met hypnotherapie (waaronder katalepsie-inductie) bij jeugdigen. Daarnaast bestaan er voor jeugdigen behandelingen die gebruik maken van spanningsreducerende of traumaverwerkingstechnieken, en systeemtherapie en psychodynamische psychotherapie die gebaseerd zijn op diagnostiek volgens het gevolgenmodel.

**Bron:** Van Rood Y, Van Ravesteijn H, De Roos C, Spinhoven P, Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel. In: Keijers G, van Minnen A, Hoogduin K, editors. Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2011.



## 7. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 7.1 Inleiding

Met betrekking tot herstel, participatie en re-integratie wordt opgemerkt dat er een verschil is tussen het accepteren van de diagnose (positief voor herstel) en het accepteren van de beperkingen (negatief voor herstel). Aandacht besteden aan participatie en re-integratie kan ten onrechte de indruk wekken dat een conversiestoornis onbehandelbaar of chronisch is.

### 7.2 Herstel

De herstelvisie onderscheidt vier aspecten van herstel, namelijk herstel van symptomen, herstel van functioneren, herstel van participeren en herstel van identiteit. Herstel van symptomen is gericht op de reductie en de remissie van de klachten. Herstel van functioneren is gericht op het ontwikkelen van de executieve functies voor de dagelijkse routines. Herstel van participeren is gericht op het hervinden van de maatschappelijke identiteit en het vervullen van de maatschappelijke rollen. Herstel van identiteit is gericht op zingeving en regievoering door het individu. De vier aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen gezamenlijk het oogmerk van de behandeling. Te allen tijde is er uitzicht op herstel; de inzet van de zorgverlener is gericht op behandeling en verbetering.

### 7.3 Participatie

Er bestaan enkele interventies die gericht zijn op algemene participatie en rehabilitatie van mensen met een psychische stoornis en die uitgaan van hun eigen behoeften en zelf gestelde doelen. De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en de Liberman-modules zijn mogelijk relevant voor de doelgroep, hoewel ze niet specifiek voor patiënten met een conversiestoornis bedoeld zijn. De keuze voor een interventie is afhankelijk van de wensen en de behoeften van de patiënt en de beschikbaarheid van de interventie. Er zijn geen op re-integratie gerichte interventies voor conversiestoornis, anders dan de in [Individueel zorgplan en behandeling](#) genoemde behandelingen.

**Bron:** Uit de literatuursearch zijn wel enkele artikelen naar voren gekomen die over rehabilitatieprogramma's gaan:

Jordbru AA, Smedstad LM, Klungsøyr O, Martinsen EW. Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with one -year follow-up. J Rehabil Med. 2014;46(2):181-7.

Czarnecki K, Thompson JM, Seime R, Geda YE, Duffy JR, Ahlskog JE. Functional movement disorders: Successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. Parkinsonism and Related Disorders. 2012;18(3):247-51.

### 7.3.1 In kaart brengen en monitoren van functioneren

De International Classification of Functioning, Disability and Health

**Bron:** WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Compilatie. Bilthoven: RIVM; 2002.

vormt het referentiekader voor het bepalen van het menselijk functioneren. Het is te beschouwen als een aanvulling op de International Classification of Diseases

**Bron:** World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.

en de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen.

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

Tezamen kunnen ze gebruikt worden om zowel stoornissen als functioneren in kaart te brengen. Daarnaast biedt het biopsychosociaalmodel (zie ook [Zorg rondom mensen met conversiestoornis](#)) een bruikbaar kader. De WHO heeft op basis van de ICF de Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) opgesteld, een rapportagelijst van 36 items.

**Bron:** Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010;88(11):815-23.

De rapportagelijst is in de DSM-5

**Bron:** American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.

opgenomen als instrument om de beperkingen in het functioneren op zes domeinen in kaart te brengen. Hoewel de WHODAS 2.0 nog niet voor de Nederlandse situatie is gevalideerd, verdient het de overweging om het instrument te gebruiken om het functioneren van patiënten met een conversiestoornis te monitoren.

Het participatiewiel

**Bron:** Movisie. Participatiewiel 2015. Utrecht: Movisie; 2015.

kan gebruikt worden als hulpmiddel om problemen op het terrein van functioneren en participeren in kaart te brengen. Een vergelijkbaar instrument is het waardenkompas van ACT.

**Bron:** Rokx A. Het leven is geen feest. De mythe van het maakbare geluk. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV; 2011.

De instrumenten stellen de leefwereld van het individu centraal en kunnen gebruikt worden om de individuele wensen en behoeften – inclusief obstakels en hindernissen – in kaart te brengen. Dat maakt het mogelijk om vervolgens gerichte actie te ondernemen op de relevante terreinen.

Patiënten dient de mogelijkheid te worden geboden om, zonder gezichtsverlies, weer te kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven.

## 7.4 Re-integratie

De arbeidsre-integratie van mensen met conversiestoornissen verloopt vaak moeizaam. Dit blijkt mede te maken te hebben met de onbekendheid van werkgevers en instanties zoals het UWV, de zorgverzekeraar en arbeidsre-integratieprofessionals.

**Dit blijkt mede te maken te hebben met de onbekendheid van werkgevers en instanties zoals het UWV, de zorgverzekeraar en arbeidsre-integratieprofessionals.:**  
Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

Sommige mensen met een conversiestoornis worden arbeidsongeschikt verklaard, terwijl van anderen juist verwacht wordt dat zij blijven werken. De druk om versneld of binnen een bepaalde tijd te re-integreren heeft regelmatig een averechts effect. Werk kan een belangrijke waarde zijn voor een patiënt. Arbeidsre-integratie is dan ook zeker nastrevenswaardig, mits de patiënt de regie kan houden over het tempo ervan. Het is van belang dat de patiënt en de werkgever een gelijkwaardig gesprek aangaan over de (on)mogelijkheden in het werkproces, wat ook aan de kant van de werkgever kennis en vaardigheden omtrent omgaan met de aandoening vereist. De aanpak van arbeidsre-integratie staat beschreven in de [generieke module Arbeid als medicijn](#).

Een evidence-based ondersteuningsmethodiek om mensen met (ernstige) psychische aandoeningen naar en in betaalde werk te begeleiden, is Individuele Plaatsing en Steun. Met deze ondersteuning door een IPS-trajectbegeleider vinden (veel) meer mensen uit deze groep regulier betaald werk dan met reguliere arbeidsbegeleiding.

**Bron:** Michon HW, Van Busschbach JT, Van Vugt M, Stant AD. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie; Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up. Utrecht en Groningen: Trimbo en RGOc/UMCG; 2011.

## Jeugdigen

Net als bij volwassenen is het voor jeugdigen van belang dat zij zonder gezichtsverlies, hun rol (op school, in de familie- en vriendenkring) weer kunnen oppakken. Daarvoor zijn een goed traject na de behandeling, zoals goede uitleg en adviezen aan ouders/verzorgers nodig.

**Daarvoor zijn een goed traject na de behandeling, zoals goede uitleg en adviezen aan ouders/verzorgers nodig. :** Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

Er zijn veelal aanpassingen in de participatie van jeugdigen (op school, sport et cetera) nodig om optimale participatie van de jeugdige mogelijk te maken (bijvoorbeeld niet op hoog niveau sporten, aanpassingen in onderwijsniveau of studietempo).

**Er zijn veelal aanpassingen in de participatie van jeugdigen (op school, sport et cetera) nodig om optimale participatie van de jeugdige mogelijk te maken (bijvoorbeeld niet op hoog niveau sporten, aanpassingen in onderwijsniveau of studietempo). : Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.**

Er dient goed te worden gekeken welk niveau van participatie wenselijk en haalbaar is.

## 8. Generieke modules

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 8.1 Generieke modules

De generieke modules beschrijven vanuit het patiëntenperspectief de zorg voor het individu die voor meer dan één psychische stoornis relevant is (en daarmee dus generiek genoemd kan worden). Deze generieke zorg kan gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie en/of op behandeling.

Een zorgstandaard kan meer dan één generieke module bevatten. Daarnaast kunnen aan elke generieke module stoornisspecifieke addities worden toegevoegd; het aantal addities hangt af van de betreffende generieke module. In generieke modules beschrijven we een aantal modules die in beginsel onderdeel zouden kunnen zijn van de behandeling of preventie van de zorgstandaard Conversiestoornis. Indien er een specifieke additie voor conversiestoornis beschikbaar is, wordt dat beschreven bij de desbetreffende zorgmodule.

Vaktherapieën

De [generieke module Vaktherapie](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

Psychische klachten in de kindertijd

De [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

Diversiteit

De [generieke module Diversiteit](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

eHealth

De [generieke module eHealth](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek

De [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

Samenvatting

Psychische aandoeningen raken niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten: partners, ouders, (volwassen) kinderen, vrienden, broers en zussen. Daarom is het belangrijk om in de zorg aandacht te hebben voor deze naasten, met hen samen te werken en hen waar nodig te ondersteunen.

Uitgangspunt van de [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#) is een systemische visie op psychische aandoeningen en een

herstelgerichte visie op zorg. De samenwerking met naasten staat in dienst van het herstelproces van de patiënt. Zijn wensen staan centraal, evenals het behoud van zijn netwerken en de veerkracht van zijn naasten. Een ander aspect dat in de generieke module wordt uitgewerkt: bespreek in elke zorgfase de relatie met de naasten en geef aan dat samenwerken het beste is voor de behandeling. Respecteer daarbij de keuze van de patiënt. Ook gaat de module in op hoe de zorgprofessional naasten kan ondersteunen zonder tegen het beroepsgeheim in te gaan.

#### Ziekenhuispsychiatrie

De [generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Vroege opsporing psychische klachten in de huisartsenpraktijk

De [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Comorbiditeit

De [generieke module Comorbiditeit](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Destigmatisering

De [generieke module Destigmatisering](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Psychotherapie

De [generieke module Psychotherapie](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Landelijke samenwerkingsafspraken ggz

De [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Samenvatting

Deze module geeft richtlijnen aan professionals en informatie aan patiënten voor de zorgprocessen bij volwassenen en ouderen met psychische problemen. Kinderen en jeugdigen met psychische problemen worden in dit document buiten beschouwing gelaten; hiervoor worden in de nabije toekomst specifieke samenwerkingsafspraken ontwikkeld.

#### Herstelondersteuning

De [generieke module Herstelondersteuning](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Arbeid als medicijn

De [generieke module Arbeid als medicijn](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Organisatie kind en jongere

De [generieke module Organisatie kind en jeugdige](#) is relevant voor jeugdigen met een conversiestoornis.

#### Acute psychiatrie

De [generieke module Acute psychiatrie](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.

#### Ernstige psychische aandoeningen (EPA)

De [generieke module Ernstige psychische aandoeningen \(EPA\)](#) is relevant voor patiënten met een conversiestoornis.



## 9. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

### 9.1 Inleiding

#### 9.1.1 Goede zorg

De ggz is als sector gericht op het herstel of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen. Daarbij wordt zorg geboden waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is (zie ook [Visie op zorg](#)). Goede zorg voor mensen met een psychische aandoening of klacht houdt in passende, samenhangende, snelle en effectieve behandeling in de huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, ziekenhuispsychiatrie (polikliniek, Medisch Psychiatrische Unit, consultatieve dienst), de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ). Passende zorg betekent dat zorgaanbieders continu passende en doelmatige zorg bieden en zich steeds weer (niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet) afvragen wat de persoon nodig heeft. Patiënten, hun naasten en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk wordt (verergering van) ziekte voorkomen. Preventie in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen' is daarom in de gehele ggz essentieel.

#### 9.1.2 Integrale herstelbenadering

Binnen een integrale herstelbenadering wordt het herstelvermogen 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. Voor de integrale herstelbenadering is het heel belangrijke dat professionals in het ggz-domein goed samenwerken en afstemmen met de professionals in de somatische zorg en in het sociale domein, in het belang van een snelle arbeids(re-)integratie en participatie in de samenleving van patiënten.

### 9.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

#### 9.2.1 Echelonering en gepast gebruik

Echelonering

Voortvloeiend uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013-2014 is enkele jaren geleden een herziene structuur voor de ggz geïntroduceerd 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 meer 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 beddenreductie, 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.

### Gepast gebruik

Naast deze echelonering is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen de voorliggende zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onder-behandeling worden tegengegaan. Om over- en onder-behandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care 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:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden.
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care).
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden. Niet alleen een kwantitatieve evaluatie, maar ook een kwalitatieve is belangrijk: wat doet het met de patiënt?
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling en via intervisie en peer reviews. Overweeg bij het afsluiten van een behandeling om te onderzoeken of er perspectief op verbetering is met een andere behandelmethode.
- zorgverleners hebben voldoende kennis over het betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is 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.

### 9.2.2 Regiebehandelaar

Indien 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. Dit is de regiebehandelaar. 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. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een –gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden.

Voor deze voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar wordt verwezen naar het [model-kwaliteitsstatuut](#).

**Bron:** Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Ineen, Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz), et al. Model-Kwaliteitsstatuut GGZ. 2016.

Dit statuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Conversiestoornissen.

### 9.2.3 Overdracht en consultatie

In een aantal generieke modules worden specifieke afspraken gemaakt rond zaken als overdracht en consultatie. Zo worden in [de generieke module Landelijke samenwerkingafspraken GGZ](#) tussen huisarts, GB GGZ en S GGZ aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van de LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De LGA is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Conversiestoornissen.

Er kan ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen en het sociale domein. Zeker in crisissituaties worden ook naasten geïnformeerd.

### 9.2.4 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. Dit vereist onder meer eenheid van taal. Voor patiënten kan het van belang zijn dat zorgverleners meewerken met het uitwisselen van informatie, bijvoorbeeld voor het aanvragen van zorg of ondersteuning via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hiervoor geldt in het algemeen dat er bij informatie-uitwisseling tussen medebehandelaars kan worden uitgegaan van veronderstelde toestemming voor informatie-uitwisseling. In alle andere situaties dient de patiënt expliciet toestemming te geven voor informatie-uitwisseling, tenzij zulks mag zonder toestemming op grond van de wet of door de beroepsgroep opgestelde (bijv. [wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden](#)) of [richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG](#).

### 9.2.5 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: maak afspraken met de patiënten over de wachttijd en informeer hen bij overschrijding over de reden.
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met 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
- in het kader van transitie en toename Wmo georganiseerde begeleiding, is de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig
- 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.

### 9.2.6 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of onderzoek. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of onderzoek. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet

plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie. In dat geval kan op een later moment alsnog toestemming gegeven worden, vooral met het oog op de wettelijke verplichting van de behandelovereenkomst (wet geneeskundige behandelovereenkomst).

#### Keuzemogelijkheden

De ggz is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent recht wordt gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De patiënt blijft in de gelegenheid zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen. Daarbij dient hij zich te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter 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 informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

### 9.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wmo expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntenondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg.

Patiëntenondersteuning is in de wet omschreven als: '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 patiëntenondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Dit kan gaan om vragen op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een patiëntenondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenaamde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. De cliëntenondersteuner helpt dus 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. Deze

omschrijving maakt ook duidelijk wat een cliëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun problemen op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén cliëntondersteuning genoemd. Volgens het inspiratiedocument van de VNG

**Bron:** VNG. Inspiratiedocument Cliëntondersteuning. VNG; 2015.

kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle drie de lagen:

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

### 9.2.8 Privacy

De zorg wordt zodanig 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 op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wetboek van Strafrecht). De patiënt heeft recht op inzage in, correctie van 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, gehoord of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft voor het delen van informatie, respecteert de professional dit. Als de naasten niettemin vragen hebben kan de professional de volgende informatie geven zonder tegen het beroepsgeheim in te gaan en met inachtneming van de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap:

- algemene, niet-patiënt-gebonden 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 naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

## 9.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

### 9.3.1 Samenwerking in de zorgketen

Een goede behandeling van conversiestoornis vindt in een keten of professioneel netwerk plaats,

waarin meerdere zorgverleners samenwerken. Over het algemeen komen patiënten met een conversiestoornis via de huisarts of de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis bij een neuroloog terecht. In veel gevallen vraagt de patiënt een second opinion aan. Dit verloopt via de huisarts of de medisch specialist. Als door nader onderzoek vast is komen te staan dat somatische oorzaken onwaarschijnlijk zijn en de patiënt aanvaardt (in ieder geval voorlopig) de werkdiagnose conversiestoornis, kan de huisarts de patiënt voor diagnostiek doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Behandeling vindt plaats in de generalistische basis ggz (GB GGZ), S GGZ of hoogspecialistische ggz (HS GGZ), afhankelijk van de inschatting van de complexiteit (zie [Individueel zorgplan en behandeling](#)). Deze doorverwijzing gaat gepaard met goede documentatie en eventuele mondelinge toelichting. Het heeft de voorkeur dat de huisarts binnen dit traject rondom de basiszorg de rol als coördinator vervult. Op het moment dat patiënt in zorg komt, is de regiebehandelaar een ggz professional (conform het kwaliteitsinstituut). Naast deze regiebehandelaar staan de gekozen behandelaars genoemd in [Betrokken hulpverleners](#). Goede communicatie over het beleid tussen regiebehandelaar en behandelaars is essentieel voor een goed verloop van het behandeltraject.

In de keten kunnen worden opgenomen: een ggz-instelling (gedifferentieerd naar GB GGZ, S GGZ en HS GGZ), een algemeen of academisch ziekenhuis, de vrijgevestigde ggz-praktijk, een revalidatiecentrum en een centrum voor epilepsie, een eerstelijnsinstelling of instelling voor arbeidsre-integratie. In dat laatste geval is er sprake van samenwerking met het sociale domein.

In de keten kan worden samengewerkt aan het opschalen en afschalen van zorg, het toeleiden en terugleiden van patiëntenstromen en het re-integreren van patiënten in de maatschappij en/of toeleiden naar (vrijwilligers)werk (of hervatting daarvan). Van belang is dat de keten soepel en tijdig kan op- en afschalen al naar gelang past bij de zorgbehoefte van de patiënt.

Voor meer informatie over de samenwerking tussen huisarts, GB GGZ en S GGZ wordt verwezen naar [de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ \(LGA\)](#).

### 9.3.2 Betrokken zorgverleners

De behandeling van conversiestoornis gebeurt veelal in inter- of multidisciplinaire teams. Bij voorkeur bestaat een team uit een combinatie van bijvoorbeeld een klinisch (neuro)psycholoog, een psychiater, psychosomatisch fysiotherapeut, psychomotorische therapeut, verpleegkundig specialist, gezondheidszorgpsycholoog, groepswerker, consulterend neuroloog, somatisch arts, et cetera.

Voor een beschrijving van betrokken zorgverleners wordt verwezen naar de [multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen](#).

**Bron:** Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen. Multi-Disciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.



### 9.3.3 Competenties zorgverleners

Van zorgverleners die werken met patiënten met een conversiestoornis wordt verwacht dat zij algemene competenties bezitten die van toepassing zijn op klinisch, medisch en maatschappelijk handelen (toepassen van adequate kennis en vaardigheid, doelmatig overleg voeren met andere zorgverleners, handelen naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep, etc.).

Communicatieve competenties bij het verlenen van zorg aan patiënten met een conversiestoornis zijn nadrukkelijk van belang (zie ook [Zorg rondom mensen met conversiestoornis](#)). Daarbij hoort het opbouwen van een effectieve behandelrelatie met patiënten (competenties zoals goed luisteren, inleven, geduldig zijn, motiveren, gentle confrontation, omgaan met tegenstrijdige signalen).

#### Jeugdigen

Bij de zorg aan jeugdigen met een conversiestoornis geldt daarnaast dat de zorgverlener in staat moet zijn om zijn communicatie en het niveau daarvan aan te passen aan de leeftijd en het perspectief van de jeugdige, en – in ieder geval zolang de jeugdige nog geen 16 jaar is – tevens goed moet communiceren met ouders/verzorgers.

De zorgverlener dient speciale aandacht voor het gezin en het bredere systeem van de jeugdige te hebben.

## 9.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke patiënt centraal. De waardering van 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. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een verbetering van de zorg en waarborgen van kwaliteit van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

### 9.4.1 Kwaliteitsstatuut

Het model-kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 is het zogeheten (model-)kwaliteitsstatuut van kracht. Dit geeft aan wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz in het kader van de Zvw te kunnen verlenen. Het kwaliteitsstatuut kan ook toegepast worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het beschrijft de manier waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd. Hierbij moeten de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk worden gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Een kwaliteitsstatuut legt in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de



betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen vast.

Het kwaliteitsstatuut van een zorgaanbieder:

- geeft de patiënt en diens naastbetrokkenen inzicht in hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft;
- stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te beslissen over zijn of haar individuele behandelproces;
- is het kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- geeft financiers, toetsende en toezichthoudende instanties een kader om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de geboden zorg.

Het model-kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Conversiestoornissen. Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [model kwaliteitsstatuut](#).

### 9.4.2 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. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

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.

Om goed met patiënten te kunnen communiceren over een conversiestoornis, moet ook het kennisniveau van zorgverleners over deze stoornis op peil zijn. In de algemene scholingstrajecten voor verschillende zorgverleners, blijkt er weinig ruimte specifiek voor conversiestoornis. Het blijkt dat zorgverleners er niet altijd voldoende kennis over hebben.

**Het blijkt dat zorgverleners er niet altijd voldoende kennis over hebben.:** Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.

Ook komt uit internationale studies naar voren dat er bij zorgverleners nog vaak misconcepties en vooroordelen over conversiestoornis bestaan.

**Bron:** Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2011;82(9):961-6.

Shneker BF, Elliott JO. Primary care and emergency physician attitudes and beliefs related to patients with psychogenic nonepileptic spells. *Epilepsy and Behavior*. 2008;13(1):243-7.

Sahaya K, Dholakia SA, Lardizabal D, Sahota PK. Opinion survey of health care providers towards psychogenic non epileptic seizures. *Clin Neurol Neurosurg*. 2012;114(10):1304-7.

Worsely C, Whitehead K, Kandler R, Reuber M. Illness perceptions of health care workers in relation to epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*. 2011;20(4):668-73.

Ahern L, Stone J, Sharpe MC. Attitudes of neuroscience nurses toward patients with conversion symptoms. *Psychosomatics*. 2009;50(4):336-9.

Mayor R, Smith PE, Reuber M. Management of patients with nonepileptic attack disorder in the United Kingdom: A survey of health care professionals. *Epilepsy and Behavior*. 2011;21(4):402-6.

LaFrance Jr. WC, Rusch MD, Machan JT. What is "treatment as usual" for nonepileptic seizures? *Epilepsy and Behavior*. 2008;12(3):388-94.

Er zijn communicatietrainingen en artikelen omtrent communicatie van de diagnose conversiestoornis voor medisch specialisten beschikbaar.

**Bron:** Zie bijvoorbeeld:

Carson A, Lehn A, Ludwig L, Stone J. Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. *Pract Neurol*. 2016 BMJ Publishing Group Ltd;16(1):56-61.

Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, Van DM, Jacobs ME, Abels DC, et al. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. *PLoS ONE*. 2015;10(9).

### 9.4.3 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

De zorg zoals deze in de zorgstandaard Conversiestoornis wordt beschreven, kan leiden tot (inhoudelijke) aanpassingen in de aangeboden zorg of tot aanpassingen in het zorgproces. Over de kosteneffectiviteit van interventies in Nederland is niets bekend. De bestaande literatuur betreft de

situatie in het buitenland en gaat uit van grove aannames met betrekking tot de zorgconsumptie en daarmee gepaard gaande kosten.

**Bron:** Ahmedani BK, Osborne J, Nerenz DR, Haque S, Pietrantonio L, Mahone D, et al. Diagnosis, Costs, and Utilization for Psychogenic Non-Epileptic Seizures in a US Health Care Setting. *Psychosomatics*. 2013;54(1):28-34.

Magee JA, Burke T, Delanty N, Pender N, Fortune GM. The economic cost of nonepileptic attack disorder in Ireland. *Epilepsy and Behavior*. 2014;33:45-8.

Reuber M, Burness C, Howlett S, Brazier J, Grünewald R. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: A pilot study. *J Psychosom Res*. 2007;63(6):625-32.

#### 9.4.4 Financiering

##### 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.

Zorg en ondersteuning in de brede ggz wordt vanuit verschillende wetten bekostigd (Zvw, Wmo, Wet Langdurige zorg, Jeugdwet, etc.). Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbanden met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

##### Specifiek

De financiering van de zorg voor mensen met een conversiestoornis is grotendeels geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en, in het geval van jeugdigen tot 18 jaar, in de Jeugdwet. Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken, sinds zij vanuit de Wmo en de Participatiewet verantwoordelijk zijn voor de integrale ondersteuning van kwetsbare burgers, zoals bij wonen,

daginvulling, werk of schuldhulpverlening. Voor mensen die langdurig opgenomen zijn, is financiering geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz).

## 9.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

De zorg zoals deze in de zorgstandaard Conversiestoornis wordt beschreven, kan leiden tot (inhoudelijke) aanpassingen in de aangeboden zorg of tot aanpassingen in het zorgproces. Over de kosteneffectiviteit van interventies in Nederland is niets bekend. De bestaande literatuur betreft de situatie in het buitenland en gaat uit van grove aannames met betrekking tot de zorgconsumptie en daarmee gepaard gaande kosten.

**Bron:** Ahmedani BK, Osborne J, Nerenz DR, Haque S, Pietrantonio L, Mahone D, et al. Diagnosis, Costs, and Utilization for Psychogenic Non-Epileptic Seizures in a US Health Care Setting. *Psychosomatics*. 2013;54(1):28-34.

Magee JA, Burke T, Delanty N, Pender N, Fortune GM. The economic cost of nonepileptic attack disorder in Ireland. *Epilepsy and Behavior*. 2014;33:45-8.

Reuber M, Burness C, Howlett S, Brazier J, Grünewald R. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: A pilot study. *J Psychosom Res*. 2007;63(6):625-32.

## 9.6 Financiering

### 9.6.1 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.

Zorg en ondersteuning in de brede ggz wordt vanuit verschillende wetten bekostigd (Zvw, Wmo, Wet Langdurige zorg, Jeugdwet, etc.). Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbanden met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze

wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

### **9.6.2 Specifiek**

De financiering van de zorg voor mensen met een conversiestoornis is grotendeels geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en, in het geval van jeugdigen tot 18 jaar, in de Jeugdwet. Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken, sinds zij vanuit de Wmo en de Participatiewet verantwoordelijk zijn voor de integrale ondersteuning van kwetsbare burgers, zoals bij wonen, daginvulling, werk of schuldhulpverlening. Voor mensen die langdurig opgenomen zijn, is financiering geregeld in de Wet langdurige zorg (Wlz).

## 10. Kwaliteitsindicatoren

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

### 10.1 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

**Register van het zorginstituut Nederland:** Niet alle partijen die de zorgstandaard 'Conversiestoornis' 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.

### 10.2 Uitkomstindicatoren

#### 10.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt

**de patiënt:** Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

### 10.2.2 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 'conversiestoornis', deze lijst is hetzelfde als de lijst van de zorgstandaard ['somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten \(SOLK\)'](#). 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*<br>(*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)*<br>(*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)                                     |                                                 |

### 10.2.3 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](https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/PR_4_-_Toelichting_BPI.pdf)

is een multidimensionale 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.*

#### **10.2.4 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) 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 en 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 functioneren 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](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 tevoren 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)*

**Bron:** 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)*

**Bron:** 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*



*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.*

### **10.3 Procesindicatoren**

*Specifiek voor de zorgstandaard 'conversiestoornis' heeft de werkgroep een aantal procesindicatoren voorgesteld:*

- 1. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis waarvoor een volledig gedocumenteerde verwijzing is.*
- 2. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis dat de communicatie met de zorgverlener als respectvol en open heeft ervaren*
- 3. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis dat een signaleringsplan heeft gemaakt.*

### **10.4 Structuurindicatoren**

*Specifiek voor conversiestoornis heeft de werkgroep een aantal structuurindicatoren opgesteld:*

- 1. Het deel van de zorgverleners dat samenwerkt met de huisarts van de patiënt met een conversiestoornis.*
- 2. Voldoende beschikbare behandelplaatsen voor patiënten met een conversiestoornis, hiervoor moet eerst de behoefte aan behandelplaatsen worden vastgesteld.*



# 11. Implementatieplan

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

## 11.1 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.*

## **11.2 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, beroepscodes, 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.

### **11.2.1 Monitoring van de implementatie**

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

## **11.3 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.

## **11.4 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. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.*

*Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.*

## **11.5 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 mate van wat er 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.*

### **11.5.1 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 bijvoorbeeld:*

- 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 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 ggz en 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 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 informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.*

## **11.5.2 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 ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.*

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

### *Lokale oplossingsrichtingen*

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

*Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:*

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.*
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen 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.*

### **11.5.3 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 problemen met 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 S GGZ.*

#### *Landelijke afspraken*

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

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter 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 in 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 actieprogramma ‘werken in de zorg’.*
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.*

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

### **11.5.4 Behandel aanbod**

#### *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 behandel aanbod 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 niet in vaste dienst 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.*

## **11.5.5 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 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 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.*

### **11.5.6 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 \(VIPPP\) 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, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over*

*dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.*

## **11.6 Specifieke implementatie thema's**

*Door implementatie van de zorgstandaard conversiestoornis kunnen zorgverleners conversiestoornissen beter herkennen en patiënten eerder doorverwijzen naar intensievere zorg (S GGZ). Hierdoor wordt een toename van zorg in de ggz verwacht door een verschuiving van zorg vanuit de somatiek naar de ggz. Dit vraagt aandacht voor kennisoverdracht en scholing van zowel somatische professionals als ggz professionals en goede samenwerking én duidelijke samenwerkingsafspraken tussen beide domeinen (somatiek en ggz), met name tussen neuroloog, psychiater en huisarts.*

*Daarnaast moet worden opgemerkt dat conversiestoornissen relatief gezien niet veel voorkomen in vergelijking met andere psychische aandoeningen. Hoewel we in Nederland een systeem van marktwerking kennen, is het toch aan te raden na te denken over eventuele centralisatie van de zorg voor patiënten met een conversiestoornis. Juist omdat de patiëntengroep zo klein is, kunnen we niet van alle zorgaanbieders (instellingen, groot en klein, en vrijevestigde praktijken) verwachten dat een conversiestoornis direct wordt herkend en adequaat wordt behandeld.*

*Hoewel er zeker aandachtspunten zijn bij de implementatie van deze zorgstandaard lijken de uitvoerbaarheidsvraagstukken en financiële consequenties te overzien. Overigens dienen de implementatie-activiteiten op dit punt goed afgestemd te worden met de Nederlandse vereniging voor Neurologie (NVN).*

### **11.6.1 Bewustwording en kennisdeling**

*In de huidige praktijk is op te merken dat er een gebrek is aan kennis onder zorgprofessionals op het vlak van conversiestoornissen. Vanwege dit kennisgebrek worden in de huidige praktijk patiënten met een conversiestoornis vaak (te) lang behandeld binnen de somatiek. Een tijdige en correcte diagnosticering en verwijzing bij (vermoeden van) een conversiestoornis is van groot belang voor de kwaliteit en intensiteit van het behandeltraject van een patient.*

#### **Landelijke afspraken**

*Om dit kennishiaat te reduceren wordt aangeraden om aandacht te besteden aan conversiestoornissen in de bij- en nascholingsmodules van met name verwijzers. Onder verwijzers verstaan we huisartsen, neurologen en kinderartsen, maar ook professionals werkzaam in het jeugddomein, zoals kinder- en jeugdpsychologen. Behandelervaring met patiënten met deze stoornis kan opgedaan worden door middel van simulatiespellen, waarin een multidisciplinair team gezamenlijk een aantal casussen moet oplossen. Tevens kunnen (TOP) ggz instellingen een rol spelen in de kennisdeling met betrekking tot dit onderwerp. Tenslotte zouden E-learningen ingezet kunnen worden als middel om het kennishiaat te reduceren.*

### **11.6.2 Samenwerking**

*Een integrale (herstel)benadering is voor patienten met een conversiestoornis van groot belang en dat vraagt om goede samenwerking tussen professionals uit de ggz en somatische zorg, met name tussen neuroloog, psychiater en huisarts. Deze samenwerking is in de huidige praktijk nog onvoldoende.*

#### **Landelijke afspraken**

*Professionals uit de ggz en somatische zorg (met name neuroloog, psychiater en huisarts) maken duidelijke samenwerkingsafspraken zodat integrale (herstel)benadering vorm kan krijgen.*

### **11.6.3 Capaciteit**

*Het werken volgens de zorgstandaard Conversiestoornis vraagt om bepaalde competenties en specifieke expertise van professionals. Niet alleen gebaseerd op kennis die opgedaan kan worden in opleidingen, maar ook om praktijkervaring met deze patiëntengroep. In de huidige praktijk zijn er te weinig getrainde professionals, met name (cognitieve) gedragstherapeuten en psychotherapeuten.*

#### **Lokale oplossingsrichtingen**

*Zorgaanbieders kunnen hier een bijdrage aan leveren door het opleiden van meer (cognitieve) gedragstherapeuten en psychotherapeuten met specifieke kennis en ervaring op het gebied van conversiestoornissen te stimuleren. Met name als er nagedacht wordt over concentratie van zorg (zie behandelaanbod), is dit een rol die zorgaanbieders die zorg leveren aan mensen met een conversiestoornis op zich kunnen nemen.*

### **11.6.4 Behandelaanbod**

*De klinische en dagklinische behandelcapaciteit met betrekking tot conversiestoornissen is voldoende. Wat echter problematisch is, is de verdeling van deze behandelcapaciteit op landelijk niveau.*

#### **Landelijke afspraken**

*Een mogelijke oplossing voor dit probleem is om de verdeling van de beschikbare capaciteit per regio in kaart te brengen. Zorgaanbieders kunnen in de eigen regio op basis van deze informatie bespreken of concentratie van zorg voor patiënten met een conversiestoornis tot de mogelijkheden behoort. Dit geldt voor zowel concentratie van klinische als dagklinische behandelcapaciteit, die zou kunnen worden aangeboden in drie tot vier centra's verdeeld over Nederland.*

*Tevens zouden zorgaanbieders het opleiden van meer (cognitieve) gedragstherapeuten en psychotherapeuten met specifieke kennis en ervaring op het gebied van conversiestoornissen dienen te stimuleren.*

### ***11.6.5 Financiering***

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

### ***11.6.6 ICT***

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

## **12. Achtergronddocumenten**

*Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017*

### **12.1 Referenties**

1. *American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.*
2. *World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.*
3. *Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen. Multi-Disciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.*
4. *Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg, D., Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK). Huisarts Wet. 2013;56(5):222-30.*
5. *Benders H, Portegijs CMC, Sondaar M, den Uyl CAJ. Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen. Beroepsvereniging van Psychologen in Algemene/Academische ziekenhuizen (PAZ) van het NIP; 2005.*
6. *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.*
7. *Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2016.*
8. *Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Ineen, Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz), et al. Model-Kwaliteitsstatuut GGZ. 2016.*
9. *Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz). Basisset Kwaliteitscriteria GGZ. Geformuleerd vanuit een cliënten-en familieperspectief. Amersfoort: Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz); 2015.*
10. *van Harten LV, Pannebakker FD, van der Pal SM. Achtergronddocument Zorgstandaard Conversiestoornis: Wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording gecombineerd met het perspectief van de patiënt en de praktijkprofessional. Leiden: TNO; 2016.*
11. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*

4th, text rev ed. Washington DC: ; 2000.

12. 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.

13. Hoogduin K. Een adolescent met een schokkende arm: conversieve myoclonische dystonie. *Directieve therapie*. 2009;29(1):48-61.

14. de Kleine R, Hoogduin K. Een hockeyer met zeven jaar bestaande psychogene pseudo-epileptische aanvallen. *Directieve therapie*. 2010;30(1):44-54.

15. De Poorter D. Het valt wel, maar niet mee! Deborah de Poorter; 2015.

16. Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand; Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006. Report No.: RIVM-270672001.

17. McGorry PD. Issues for DSM-V: Clinical staging: A heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):859-60.

18. Beekman ATF, Van Os J, Van Marle HJC, Van Harten PN. Special issue on staging and profiling: Reform of diagnostics. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2012;54(11):913-4.

19. Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010;88(11):815-23.

20. Van der Boom KJ, Houtveen JH. Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2014;56:743-747.

21. Van Rood Y, Van Ravesteijn H, De Roos C, Spinhoven P, Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het gevolgenmodel. In: Keijers G, van Minnen A, Hoogduin K, editors. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2*. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2011.

22. Wyatt C, Laraway A, Weatherhead S. The experience of adjusting to a diagnosis of non-epileptic attack disorder (NEAD) and the subsequent process of psychological therapy. *Seizure*. 2014;23(9):799-807.

23. Karterud HN, Knizek BL, Nakken KO. Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: Patients' experiences and understanding of their new diagnosis. *Seizure*. 2010;19(1):40-6.

24. Fairclough G, Fox J, Mercer G, Reuber M, Brown RJ. Understanding the perceived treatment needs of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*. 2014;31:295-303.

25. Baxter S, Mayor R, Baird W, Brown R, Cock H, Howlett S, et al. Understanding patient perceptions following a psycho-educational intervention for psychogenic non-epileptic

*seizures. Epilepsy and Behavior. 2012;23(4):487-93.*

26. Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3).

27. Kanaan R, Armstrong D, Wessely S. Limits to truth-telling: Neurologists' communication in conversion disorder. *Patient Educ Couns.* 2009;77(2):296-301.

28. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 2011;82(9):961-6.

29. Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. How do neurologists discuss functional symptoms with their patients: A conversation analytic study. *J Psychosom Res.* 2011;71(6):377-83.

30. Vermeulen M, Hoekstra J, Kuipers-Van Kooten MJ, Van Der Linden EAM. Management of patients with conversion disorder. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2014;158(7).

31. Morgan LA, Dvorchik I, Williams KL, Jarrar RG, Buchhalter JR. Parental ranking of terms describing nonepileptic events. *Pediatr Neurol.* 2013;48(5):378-82.

32. Carson A, Lehn A, Ludwig L, Stone J. Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. *Pract Neurol.* 2016 BMJ Publishing Group Ltd;16(1):56-61.

33. Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, Van DM, Jacobs ME, Abels DC, et al. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. *PLoS ONE.* 2015;10(9).

34. Shneker BF, Elliott JO. Primary care and emergency physician attitudes and beliefs related to patients with psychogenic nonepileptic spells. *Epilepsy and Behavior.* 2008;13(1):243-7.

35. Sahaya K, Dholakia SA, Lardizabal D, Sahota PK. Opinion survey of health care providers towards psychogenic non epileptic seizures. *Clin Neurol Neurosurg.* 2012;114(10):1304-7.

36. Worsely C, Whitehead K, Kandler R, Reuber M. Illness perceptions of health care workers in relation to epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior.* 2011;20(4):668-73.

37. Ahern L, Stone J, Sharpe MC. Attitudes of neuroscience nurses toward patients with conversion symptoms. *Psychosomatics.* 2009;50(4):336-9.

38. Mayor R, Smith PE, Reuber M. Management of patients with nonepileptic attack disorder in the United Kingdom: A survey of health care professionals. *Epilepsy and Behavior.* 2011;21(4):402-6.

39. LaFrance Jr. WC, Rusch MD, Machan JT. What is "treatment as usual" for nonepileptic seizures? *Epilepsy and Behavior.* 2008;12(3):388-94.



40. Dickinson P, Looper KJ, Groleau D. Patients diagnosed with nonepileptic seizures: Their perspectives and experiences. *Epilepsy and Behavior*. 2011;20(3):454-61.
41. Thompson R, Isaac CL, Rowse G, Tooth CL, Reuber M. What is it like to receive a diagnosis of nonepileptic seizures? *Epilepsy and Behavior*. 2009;14(3):508-15.
42. Karterud HN, Risor MB, Haavet OR. The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure*. 2015;24:107-13.
43. Duncan R, Graham CD, Oto M. Neurologist assessment of reactions to the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: Relationship to short- and long-term outcomes. *Epilepsy and Behavior*. 2014;41:79-82.
44. Espay AJ, Goldenhar LM, Voon V, Schrag A, Burton N, Lang AE. Opinions and clinical practices related to diagnosing and managing patients with psychogenic movement disorders: An international survey of movement disorder society members. *Movement Disorders*. 2009;24(9):1366-74.
45. Hamilton R, Bradnam MS, Dutton GN, Lai Chooi Yan AL, Lavy TE, Livingstone I, et al. Sensitivity and specificity of the step VEP in suspected functional visual acuity loss. *Documenta Ophthalmologica*. 2013;126(2):99-104.
46. Driver-Dunckley E, Stonnington CM, Locke DEC, Noe K. Comparison of Psychogenic Movement Disorders and Psychogenic Nonepileptic Seizures: Is Phenotype Clinically Important? *Psychosomatics*. 2011;52(4):337-45.
47. Hopp JL, Anderson KE, Krumholz A, Gruber-Baldini A, Shulman LM. Psychogenic seizures and psychogenic movement disorders: Are they the same patients? *Epilepsy and Behavior*. 2012;25(4):666-9.
48. Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health; Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Enschede: Ipskamp Drukkers; 2014.
49. Swinkels JA. Wat mag ik voor u doen? Een exploratief onderzoek naar de hulpvraag van patienten op een polikliniek psychiatrie. Amsterdam: Benecke Consultants proefschrift UvA; 1994.
50. Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2(2).
51. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*. 2010;74(24):1986-94.
52. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1-16.
53. de Raaij EJ, Schröder C, Maissan FJ, Pool JJ, Wittink H. Cross-cultural adaptation and



*measurement properties of the Brief Illness Perception Questionnaire-Dutch Language Version. Man Ther. 2012;17(4):330-5.*

54. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res. 2006;60(6):631-7.*

55. Chen DK, Maheshwari A, Franks R, Trolley GC, Robinson JS, Hrachovy RA. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: A neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia. 2014;55(1):156-66.*

56. Thompson N, Connelly L, Peltzer J, Nowack WJ, Hamera E, Hunter EE. Psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study of a brief educational intervention. *Perspect Psychiatr Care. 2013;49(2):78-83.*

57. Dallochio C, Arbasino C, Klersy C, Marchioni E. The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. *Movement Disorders. 2010;25(4):421-5.*

58. Baslet G, Dworetzky B, Perez DL, Oser M. Treatment of psychogenic nonepileptic seizures: Updated review and findings from a mindfulness-based intervention case series. *Clinical EEG and Neuroscience. 2015;46(1):54-64.*

59. NFP. Folder: Bent u uit balans? Amersfoort: NFP; 2013.

60. Jordbru AA, Smedstad LM, Klungsøyr O, Martinsen EW. Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with one -year follow-up. *J Rehabil Med. 2014;46(2):181-7.*

61. Nielsen G, Buszewicz M, Stevenson F, Hunter R, Holt K, Dudziec M, et al. Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2016.*

62. Dallochio C, Arbasino C, Klersy C, Marchioni E. The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. *Movement Disorders. 2010;25(4):421-5.*

63. Dallochio C, Tinazzi M, Bombieri F, Arno N, Erro R. Cognitive behavioural therapy and adjunctive physical activity for functional movement disorders (Conversion Disorder): A pilot, single-blinded, randomized study. *Psychother Psychosom. 2016;85(6):381-3.*

64. Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: A pilot study. *Epilepsy and Behavior. 2014;34:68-72.*

65. McCormack R, Moriarty J, Mellers JD, Shotbolt P, Pastena R, Landes N, et al. Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: A retrospective comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2014;85(8):893-8.*

66. LaFrance Jr. WC, Miller IW, Ryan CE, Blum AS, Solomon DA, Kelley JE, et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior. 2009;14(4):591-6.*

67. LaFrance WC, Jr., Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(9):997-1005.
68. Sharpe M, Walker J, Williams C, Stone J, Cavanagh J, Murray G, et al. Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology*. 2011;77(6):564-72.
69. Speckens AEM, Van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: A randomised controlled trial. *BMJ*. 1995;311(7016):1328.
72. Rothbaum BO, Meadows E, Resick P, Foy D. Cognitive-Behavioral therapy. In: Foa E, Keane T, Friedman M, editors. *Effective Treatments for PTSD*. New York: Guilford Press; 2000. p. 60-83.
73. Van Etten ML, Taylor S. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1998;5(3):126-44.
74. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(3).
75. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):214-27.
76. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychol Med*. 2006;36(11):1515-22.
77. Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003;51(1):29-50.
78. Hubschmid M, Aybek S, Maccaferri GE, Chocron O, Gholamrezaee MM, Rossetti AO, et al. Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(5):448-55.
79. Kollbrunner J, Menet A-, Seifert E. Psychogenic aphonia: No fixation even after a lengthy period of aphonia. *Swiss Medical Weekly*. 2010;140(1-2):12-7.
80. Barry JJ, Wittenberg D, Bullock KD, Michaels JB, Classen CC, Fisher RS. Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study. *Epilepsy and Behavior*. 2008;13(4):624-9.
81. Mayor R, Howlett S, Grünwald R, Reuber M. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: Seizure control and health care utilization. *Epilepsia*. 2010;51(7):1169-76.
82. Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*.

2013;28(1):91-4.

83. Kompoliti K, Wilson B, Stebbins G, Bernard B, Hinson V. Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: Randomized clinical trial. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2014;20(1):60-3.

84. Gonzalez A, Mosquera D. *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Charleston, SC: Amazon Imprint; 2012.

85. LaFrance WC, Keitner GI, Papandonatos GD, Blum AS, MacHan JT, Ryan CE, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010;75(13):1166-73.

86. LaFrance WC, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(9):997-1005.

87. Van Dijke A. The clinical assessment of attachment trauma related self- and affect dysregulation. In: Vingerhoets A, Nyklicek I, Denollet J, editors. *Affect regulation: conceptual and clinical issues*. New York: Springer; 2008. p. 150-169.

88. Van Dijke A, Ford JD, Wineke J, Hamers, Robbers, Van Gool A, et al. Multimodal grouptherapy of dysfunctional self-regulation in somatic symptoms disorder and conversion disorder: A pilot study. submitted.

89. Aybek S, Hubschmid M, Mossinger C, Berney A, Vingerhoets F. Early intervention for conversion disorder: Neurologists and psychiatrists working together. *Acta Neuropsychiatrica*. 2013;25(1):52-6.

90. Demartini B, Batla A, Petrochilos P, Fisher L, Edwards MJ, Joyce E. Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study. *J Neurol*. 2014;261(12):2370-7.

91. Saifee TA, Kassavetis P, Pareés I, Kojovic M, Fisher L, Morton L, et al. Inpatient treatment of functional motor symptoms: A long-term follow-up study. *J Neurol*. 2012;259(9):1958-63.

92. Kuyk J, Siffels MC, Bakvis P, Swinkels WAM. Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures: An outcome study. *Seizure*. 2008;17(7):595-603.

93. Garcin B, Roze E, Mesrati F, Cognat E, Fournier E, Vidailhet M, et al. Transcranial magnetic stimulation as an efficient treatment for psychogenic movement disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2013;84(9):1043-6.

94. Broersma M, Koops EA, Vroomen PC, Van der Hoeven JH, Aleman A, Leenders KL, et al. Can repetitive transcranial magnetic stimulation increase muscle strength in functional neurological paresis? A proof-of-principle study. *European Journal of Neurology*. 2015;22(5):866-73.

95. Chastan N, Parain D. Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *Movement Disorders*. 2010;25(10):1501-4.

96. Ferrara J, Stamey W, Strutt AM, Adam OR, Jankovic J. Transcutaneous electrical stimulation (TENS) for psychogenic movement disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2011;23(2):141-8.
97. Kasap E, Ayhan S, Yüceyar H. Does *Helicobacter pylori* treatment improve the symptoms of globus hystericus? *Turkish Journal of Gastroenterology.* 2012;23(6):681-5.
98. Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut. Utrecht: NVPMT; 2009.
99. Goffin JJM, Broekmans SD, Besemer J. Ik heb écht iets. Een psychomotorisch hulpverleningsmodel voor de behandeling van cliënten met een conversiestoornis. In: De Lange J, editor. *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2010. p. 71-94.
100. Kind E. Met vallen en opstaan meer grip op de aanval. *Psychomotorische therapie bij psychogene pseudo-epileptische aanvallen. Tijdschrift voor Vaktherapie.* 2013;9(1):18-24.
101. Bo P, Chen Q-, Zhu H-, Zhang X-, Xu H-, Zhang Y, et al. Clinical observations on 46 cases of globus hystericus treated with modified Banxia Houpu decoction. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2010;30(2):103-7.
102. Sipp JA, Haver KE, Masek BJ, Hartnick CJ. Botulinum toxin A: A novel adjunct treatment for debilitating habit cough in children. *Ear, Nose and Throat Journal.* 2007;86(9):570-2.
103. Michon HW, Van Busschbach JT, Van Vugt M, Stant AD. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie; Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up. Utrecht en Groningen: Trimbos en RGOc/UMCG; 2011.
104. Czarnecki K, Thompson JM, Seime R, Geda YE, Duffy JR, Ahlskog JE. Functional movement disorders: Successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. *Parkinsonism and Related Disorders.* 2012;18(3):247-51.
105. WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Compilatie. Bilthoven: RIVM; 2002.
106. Movisie. Participatiewiel 2015. Utrecht: Movisie; 2015.
107. Rokx A. Het leven is geen feest. De mythe van het maakbare geluk. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV; 2011.
108. Maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen) [Internet]. Den Haag: Ministerie van VWS [cited 2016]. Available from: <http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>.
109. VNG. Inspiratiedocument Cliëntondersteuning. VNG; 2015.

110. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Adér HJ, Van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom*. 2006;75(5):282-9.
111. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Adér H, Van Dyck R. Collaborative care for medically unexplained physical symptoms in general practice. *Huisarts en Wetenschap*. 2006;49(7):342-7.
112. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care*. 2004;42(12):1211-21.
113. Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano Jr. A, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: A systematic review. *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2080-90.
114. Gilbody SM. IMPACT collaborative care programme reduces suicide ideation in depressed older adults: Commentary. *Evidence-Based Mental Health*. 2007;10(2):51.
115. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management. Manchester: NICE; 2007. Report No.: NICE guidelines [CG53].
116. Frank JR, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians; 2015.
117. KNMG. *Algemene competenties van de medisch specialist*. Utrecht: KNMG; 2005.
118. Ahmedani BK, Osborne J, Nerenz DR, Haque S, Pietrantonio L, Mahone D, et al. Diagnosis, Costs, and Utilization for Psychogenic Non-Epileptic Seizures in a US Health Care Setting. *Psychosomatics*. 2013;54(1):28-34.
119. Magee JA, Burke T, Delanty N, Pender N, Fortune GM. The economic cost of nonepileptic attack disorder in Ireland. *Epilepsy and Behavior*. 2014;33:45-8.
120. Reuber M, Burness C, Howlett S, Brazier J, Grünewald R. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: A pilot study. *J Psychosom Res*. 2007;63(6):625-32.

## **12.2 Conclusies informatie zorgverleners**

De samenvatting van de interviews met de zorgverleners is te vinden in het Achtergronddocument van TNO.

**Bron: van Harten LV, Pannebakker FD, van der Pal SM. Achtergronddocument Zorgstandaard Conversiestoornis: Wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording gecombineerd met het perspectief van de patiënt en de praktijkprofessional. Leiden: TNO; 2016.**

### **Preventie**

- *Er is een belangrijke plaats voor psycho-educatie, vooral van gezin en naastbetrokkenen.*
- *Preventie van conversiestoornis bij jeugdigen ligt mogelijk in het beperken van overvraging van de jeugdige in zijn of haar systeem (zoals thuis, op school, in dagbesteding).*

### **Diagnostiek**

- *Het doen van intelligentieonderzoek en het inwinnen van gegevens is bij de psychische diagnostiek van jeugdigen belangrijk, om cognitieve overvraging vast te kunnen stellen.*
- *Het maken van onderscheid naar het type symptoom van de conversiestoornis heeft geen klinische waarde.*
- *Het blijkt dat de verschillende vormen van een conversiestoornis ook naast elkaar kunnen bestaan.*

### **Zelfmanagement**

- *Het aanpassen aan de stoornis kan een instandhoudende factor van conversiestoornis zijn.*

### **Behandeling**

- *De behandeling van conversiestoornis bestaat uit de volgende stappen:*
- *Vertrouwensrelatie aangaan;*
- *Onderzoek naar gezondheidsgedrag;*
- *Gesprek over de visie van de patiënt op de klachten;*
- *Psycho-educatie;*
- *Behandeling.*
- *De prognose verslechtert mogelijk wanneer de mate van beperking bij patiënten hoger is en het ziekte-inzicht lager.*
- *Mogelijk bestaat er een cumulatief effect van risicofactoren; patiënten met zowel een traumatische voorgeschiedenis als dissociatie, specifieke persoonskenmerken en een omgeving met disfunctionele interactiepatronen, hebben vermoedelijk een lagere kans op volledig herstel.*
- *Voor alle mensen met een conversiestoornis, ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie over een gezonde levenswijze en het leren omgaan met de gevolgen van het ziekteverloop van essentieel belang.*
- *Hypnotherapie lijkt voor patiënten weinig belastend.*
- *Bij jeugdigen blijkt dat uitleg van de conversieklacht middels een metafoor behulpzaam kan zijn.*
- *Er worden veelbelovende resultaten behaald met een multidisciplinaire behandelinterventie*



*die gebaseerd is op de 'Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen' van de PAZ (sectie Psychologen in Algemene en Academische Ziekenhuizen van het NIP) uit 2005. Deze behandeling wordt gekenmerkt door een tot in detail verzorgde voorbereiding met behandelafspraken die met de jeugdige en ouders/verzorgers vooraf besproken en overeengekomen zijn.*

#### **Herstel, participatie en reïntegratie**

- *Met betrekking tot herstel, participatie en re-integratie wordt opgemerkt dat het aanpassen aan een conversiestoornis een instandhoudende factor kan zijn.*
- *De arbeidsre-integratie van mensen met conversiestoornissen verloopt vaak moeizaam, wat te maken heeft met de onbekendheid van werkgevers en instanties zoals het UWV, de zorgverzekeraar en jobcoaches met de conversiestoornis.*
- *Er zijn aanpassingen in de participatie van jeugdigen nodig om optimale participatie van de jeugdige mogelijk te maken.*

## **12.3 Conclusies informatie patiënten**

*De samenvatting van de interviews met de patiënten en naasten is te vinden in het Achtergronddocument van TNO.*

**Bron: van Harten LV, Pannebakker FD, van der Pal SM. Achtergronddocument Zorgstandaard Conversiestoornis: Wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording gecombineerd met het perspectief van de patiënt en de praktijkprofessional. Leiden: TNO; 2016.**

#### **Preventie**

- *De patiënt moet zich serieus genomen voelen en het communicatief handelen van de zorgverlener moet passend zijn bij de klachten van de patiënt.*

#### **Diagnostiek**

- *Nieuwe lichamelijke klachten worden vaak als uiting van een conversiestoornis geduid, wanneer de patiënt in het verleden deze diagnose voor andere klachten ook heeft gekregen. Dit maakt de drempel voor de betreffende patiënt hoger om bij nieuwe klachten hulp in te roepen.*
- *De mededeling 'dat er (alweer) niets aan de hand is' geeft patiënten het gevoel niet serieus genomen te worden.*
- *De diagnose is voor patiënten soms moeilijk te begrijpen, er is verwarring, en de patiënten ervaren weinig steun van zorgverleners.*
- *Belangrijk is de houding van de zorgverlener en hoe deze een en ander uitlegt.*
- *Het gebruik van een metafoor voor het uitleggen wat conversiestoornis precies inhoudt, kan behulpzaam zijn voor patiënten en naastbetrokkenen.*
- *Een belangrijk onderdeel van de communicatie over de diagnose, is het gebruik van de*

*juiste termen.*

- *Zorgverleners hebben niet altijd voldoende kennis over conversiestoornis.*

*Behandeling*

- *Geïntegreerde behandelaanbod past bij de behoeften van patiënten.*
- *Gezamenlijke besluitvorming is erg belangrijk.*

## 12.4 Samenstelling werkgroep

*Projectgroep*

| Organisatie                                                     | Naam                                     |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| TNO                                                             | Mw. L.V. van Harten, MSc Mphil           |
| TNO                                                             | Mw. dr. F.D. Pannebakker (projectleider) |
| Yulius – Centrum voor behandeling van psychosomatische klachten | Mw. dr. A. van Dijke (adviseur)          |

*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.***



| Vertegenwoordiging                                                           | Naam                             |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Voorzitter (tevens lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP) | Dhr. em. prof. dr. J.A. Swinkels |
| Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid                                | Dhr. drs. P. Ulrich*             |
| Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid                                | Mw. drs. A.M. Kamevaar*          |
| Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid                                | Dhr. drs. D. Meijnckens**        |
| Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)                                      | Mw. drs. J.K. Santing            |
| Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) - sectie Algemene Ziekenhuizen    | Mw. drs. E.A.M. Rijper           |
| Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) - sectie Revalidatie              | Dhr. prof. dr. S. Visser         |
| Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP)    | Dhr. drs. M. Rümke               |
| Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)                                 | Dhr. dr. A. A. van der Plas      |
| Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)                               | Dhr. dr. A. Maras                |
| Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)                               | Dhr. dr. A.R. Van Gool           |

\* Deelgenomen tot 01-04-2016. \*\* Vanaf 01-07-2016.

#### Klankbordgroep

| Vertegenwoordiging                                  | Naam                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Altrecht - Psychosomatiek Eikenboom                 | Mw. dr. M. Bühring                      |
| Federatie van Vaktherapeutische Beroepen (FVB)      | Dhr. drs. J. Goffin / mw. drs. D. König |
| HSK Groep coördinator expertisecentrum Conversie    | Mw. drs. M. I. Tibben                   |
| Overwaal Centrum voor Angststoornissen              | Mw. dr. R. A. de Kleine                 |
| Nederlandse Vereniging van Psychotherapie (NVP)     | Mw. drs. C. Kaufmann                    |
| Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)  | Dhr. drs. H. S. Beeker                  |
| Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie (NVKN) | Dhr. drs. F. Visscher                   |
| Zorgverzekeraars Nederland (ZN)                     | Mw. drs. M. C. Diepenhorst              |

#### Patiënten- en naastengroep

---

## **Naam**

---

Dhr. F. Hesselink

Mw. D. de Poorter

Mw. A. Sturkenboom\*

Dhr. drs. P. Ulrich\*\*

Mw. L. Verkuyl

Dhr. drs. D. Meijnckens\*\*\*

---

*\* Verpleegkundig specialist GGZ, coördinator naastbetrokkenen*

*\*\* Tevens lid van de werkgroep. Deelgenomen tot 01-04-2016.*

*\*\*\* Vanaf 01-07-2016, tevens lid van de werkgroep.*

## **12.5 Verdieping**

### **12.5.1 Preventie**

*In deze paagraaf gaan we uit van het preventiemodel zoals beschreven in het VTV-rapport 'Gezond verstand';*

***Bron: Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand; Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006. Report No.: RIVM-270672001.***

*zie ook Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen.*

***Bron: Trimbos Instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. GGZ-Richtlijnen. Multi-Disciplinaire Richtlijn Solk en somatoforme stoornissen, versie 1.0. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011, p.63.***

*Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten preventie:*

- *Universele preventie - Preventie gericht op de algemene bevolking, met als doel de prevalentie van risicofactoren in de bevolking te verlagen. Universele preventie wordt meestal uitgevoerd op maatschappelijk macroniveau (overheid en media, inclusief internet) of*

mesoniveau (school, werk, wijkcentrum).

- **Selectieve preventie** - Preventie gericht op risicogroepen die nog geen klachten hebben. Selectieve preventie is erop gericht aanwezige risicofactoren te beïnvloeden en kan zowel op macro- en mesoniveau als aan individuen of kleine groepen worden aangeboden.
- **Geïndiceerde preventie** - Preventie gericht op het voorkómen van verergering bij mensen die al klachten hebben. Geïndiceerde preventie wordt meestal via de gezondheidszorg aangeboden, individueel of in kleine groepen.
- **Terugvalpreventie** - Preventie gericht op het voorkomen van de terugkeer van een stoornis na afloop van behandeling. Zie hiervoor Individueel zorgplan en behandeling.

### 12.5.2 Weinig steun

*Dit blijkt uit kwalitatieve studies*

**Bron: Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. Are there interactional reasons why doctors may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. Patient Educ Couns. 2011;85(3);**

**Kanaan R, Armstrong D, Wessely S. Limits to truth-telling: Neurologists' communication in conversion disorder. Patient Educ Couns. 2009;77(2):296-301;**

**Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. Neurologists' understanding and management of conversion disorder. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2011;82(9):961-6;**

**Monzoni CM, Duncan R, Grünewald R, Reuber M. How do neurologists discuss functional symptoms with their patients: A conversation analytic study. J Psychosom Res. 2011;71(6):377-83.**

*uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden*

### 12.5.3 Traumagerichte CGT

*Uit verschillende meta-analyses*

**Bron: Rothbaum BO, Meadows E, Resick P, Foy D. Cognitive-Behavioral therapy. In: Foa E, Keane T, Friedman M, editors. Effective Treatments for PTSD. New York: Guilford Press; 2000. p. 60-83;**

**Van Etten ML, Taylor S. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy. 1998;5(3):126-44;**

**Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(3).;**

**Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry. 2005;162(2):214-27;**

**Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. Psychol Med. 2006;36(11):1515-22.**

*komt veel bewijs voor de effectiviteit van traumagerichte CGT bij een posttraumatische stressstoornis. Er is echter geen onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van conversiestoornis met traumagerichte CGT gevonden.*