

ZORGSTANDAARD

# Conversiestoornis



**Oktober 2017**

---

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz  
Helling 12  
3523 CC Utrecht  
030 737 04 70  
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

[www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)



**Kwaliteits-  
ontwikkeling**  
GGz

*Netwerk voor goede zorg*

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Visie op zorg: Gezondheid als perspectief</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding zorgstandaard</b>	<b>5</b>
2.1	Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	5
2.2	Patiënt- en familieparticipatie	6
2.3	Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	6
2.4	Betrokken organisaties	6
2.5	Uitgangspunten	7
2.6	Leeswijzer	8
<b>3</b>	<b>Conversiestoornis</b>	<b>9</b>
3.1	Inleiding	9
3.2	Doelstelling	10
3.3	Doelgroep	10
<b>4</b>	<b>Zorg rondom mensen met conversiestoornis</b>	<b>11</b>
4.1	Inleiding	11
4.2	Vroege herkenning en preventie	11
4.2.1	Vroege herkenning	11
4.2.2	Preventie	11
4.3	Diagnostiek en monitoring	11
4.3.1	Diagnostiek	11
4.3.2	Onderscheid	14
4.3.3	Monitoring	14
<b>5</b>	<b>Individueel zorgplan en behandeling</b>	<b>15</b>
5.1	Zelfmanagement	15
5.2	Behandeling en begeleiding	15
5.2.1	Psycho-educatie	18
5.2.2	Eerste stap interventies	19
5.2.3	Psychosociale behandeling	19
5.2.4	Psychologische en psychotherapeutische behandeling	19
5.2.5	Medicamenteuze behandeling	21
5.2.6	Combinatiebehandeling	21
5.2.7	Biologische behandeling	22
5.2.8	Vaktherapieën	22
5.2.9	Complementaire en aanvullende behandelwijzen	22



<b>6</b>	<b>Herstel, participatie &amp; re-integratie</b>	<b>24</b>
6.1	Herstel	24
6.2	Participatie	24
6.3	Re-integratie	25
<b>7</b>	<b>Generieke zorg</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>Organisatie van zorg</b>	<b>28</b>
8.1	Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	28
8.1.1	Echeloning & gepast gebruik	28
8.1.2	Regiebehandelaar	29
8.1.3	Overdracht & consultatie	29
8.1.4	Informatie-uitwisseling	30
8.1.5	Toegankelijkheid	30
8.1.6	Keuzevrijheid	30
8.1.7	Onafhankelijke patiëntenondersteuning	31
8.1.8	Privacy	32
8.2	Zorgstandaard afhankelijke aspecten	32
8.2.1	Samenwerking in de zorgketen	32
8.2.2	Betrokken zorgverleners	33
8.2.3	Competenties zorgverleners	33
8.3	Kwaliteitsbeleid	33
8.3.1	Kwaliteitsstatuut	34
8.3.2	Deskundigheidsbevordering	34
8.4	Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	35
8.5	Financiering	35
<b>9</b>	<b>Hoofdstuk 9. Kwaliteitsindicatoren</b>	<b>36</b>
9.1	Uitkomstindicatoren	36
9.2	Procesindicatoren	36
9.3	Structuurindicatoren	36

---

# 1 Visie op zorg: Gezondheid als perspectief

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.

## **Inzet op gezondheid**

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.

## **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.

## **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.

### **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.

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

Over het functioneren van het menselijk lichaam, de menselijke psyche en de interactie daartussen is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naasten nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de zorg te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de specialisten in de tweede lijn, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz\* (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) en de hoog gespecialiseerde ggz (HS GGZ). Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er altijd meerdere opties zijn en ook daarom is gezamenlijke besluitvorming\* van groot belang. Het is aan patiënten om in overleg met hun naasten en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod bij hen past. De zorgstandaarden geven richting aan het zorgaanbod (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

Het helpt als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de zorg 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. Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

---

## 2 Inleiding zorgstandaard

### 2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

#### 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 & 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.

#### 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 [hoofdstuk 7 Generieke zorg] worden de relevante generieke modules voor conversiestoornis kort beschreven.

#### 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.

#### Kwaliteitsstandaarden

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.

#### Zorgstandaard Conversiestoornis

Deze zorgstandaard beschrijft goede zorg voor mensen met een conversiestoornis, gezien vanuit de patiënt en naastbetrokkenen.<sup>1</sup> 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 [hoofdstuk 1. Visie op zorg: gezondheid als perspectief] en naar de relevante generieke modules die worden genoemd bij [hoofdstuk 7 Generieke zorg].

## 2.2 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 [bijlage D 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 [2.5 Uitgangspunten]). De conclusies van deze inbreng biedt [bijlage C Conclusies en informatie patiënten en naasten].

## 2.3 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]. 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], [Angststoornissen] en [Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen] relevant (zie [[www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)]). Voor een overzicht van de relevant geachte generieke modules, zie [hoofdstuk 7 Generieke zorg].

## 2.4 Betrokken organisaties

Een projectgroep heeft de ontwikkeling van de zorgstandaard gecoördineerd en conceptteksten geschreven. In deze projectgroep zaten betrokkenen vanuit het instituut voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO). De projectgroep werd geadviseerd door een afgevaardigde van Yulius – Centrum voor Behandeling van Psychosomatische Klachten.

De projectgroep is in de ontwikkeling van deze zorgstandaard ondersteund door een werkgroep. De werkgroep werd voorgezeten door em. prof. dr. Jan Swinkels (tevens lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). De werkgroep bestond verder uit afgevaardigden van de volgende organisaties:

- Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz)
- Nederlands Instituut van Psychologen; sectie PAZ
- Nederlands Instituut van Psychologen; sectie Revalidatie
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

De volgende partijen zijn uitgenodigd om plaats te nemen in de werkgroep, maar hebben afgezien van deelname:

- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten<sup>1</sup>
- Nederlands Instituut van Psychologen; sectie GGZ

De klankbordgroep bestond uit afgevaardigden van de volgende organisaties:

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen
- Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie
- Zorgverzekeraars Nederland
- Pro Persona – Overwaal, centrum voor angststoornissen
- HSK Groep - expertisecentrum Conversie
- Altrecht – Psychosomatiek Eikenboom

De volgende partij was uitgenodigd om plaats te nemen in de klankbordgroep, maar heeft afgezien van deelname:

- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Zie [bijlage D Samenstelling van de projectgroep, werkgroep, klankbordgroep en patiënten- en naastengroep] voor een overzicht van betrokken organisaties en personen.

## 2.5 Uitgangspunten

De zorgstandaard is gebaseerd op:

- Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen (3).
- Nederlands Huisartsen Genootschap - Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (4).
- Richtlijn 'Specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen' van Beroepsvereniging van Psychologen in Algemene/Academische ziekenhuizen (5).
- [Hoofdstuk 3 Specifieke omschrijving Conversiestoornis] is grotendeels gebaseerd op de 'DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen' (1).
- Voor [hoofdstuk 4 Zorg rondom mensen met conversiestoornis] is gebruik gemaakt van de Richtlijn psychiatrische diagnostiek (6).
- Voor [hoofdstuk 8 Organisatie van Zorg] is gebruikgemaakt van de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA)] (7), het model-kwaliteitsstatuut ggz (8) en de Basisset Kwaliteitscriteria GGZ' van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) (9).

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

- het Achtergronddocument (10) dat is opgesteld voor de ontwikkeling van deze zorgstandaard. Het achtergronddocument beschrijft per uitgangsvraag de overwegingen en aanbevelingen en is gebaseerd op:

---

<sup>1</sup> Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP en de NPAV.



- 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 [bijlage B Conclusies informatie zorgverleners]);
- patiëntervaringen; input verkregen via de patiënten- en naastengroep, de interviews en de focusgroepen met patiënten en naasten (zie [2.2 Patiënt- en familieparticipatie] en [bijlage C 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 (11). Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies over patiënten met een conversiestoornis zoals gedefinieerd in de DSM-5 (1).

Periodiek zal worden beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding van de zorgstandaard nodig is [zie Onderhoudsplan].

### **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.

## **2.6 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 (1). 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.

---

# 3 Conversiestoornis

## 3.1 Inleiding

De informatie uit deze paragraaf komt uit de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (1). Deze informatie is aangevuld met informatie uit de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (3).

### 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 episodische 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 compatibel zijn met een structurele aandoening van het zenuwstelsel.

### 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.<sup>2</sup> Volgens De Waal en collega's (12) bedraagt de prevalentie van conversiestoornis bij de huisarts 0,2%.

### 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 (1, p. 452).

### 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 persistent. 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 (1). Uiteraard dient men voorzichtig te zijn met het verbinden van conclusies aan deze bevindingen; voor sommige patiënten is een arbeidsongeschiktheidsuitkering gunstig.<sup>3</sup> Mogelijk is de prognose voor jongeren beter dan voor volwassenen.

Er dient opgemerkt te worden dat niet alle patiënten volledig klachtenvrij worden (zie hiervoor ook [6 Herstel, participatie & re-integratie]). De prognose verslechtert mogelijk wanneer de mate van beperking bij patiënten hoger is en hun ziekte-inzicht lager.<sup>4</sup> Mogelijk profiteert de groep patiënten die naast de conversieklachten ook neurologische klachten hebben, minder van de behandeling.<sup>5</sup> Stagerings- en profileringskenmerken (zie [4.3.1

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 (zie verder ook [5.1 Zelfmanagement] en [6 Herstel, participatie en re-integratie]).<sup>6</sup>

### **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).

### **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 (zie bijvoorbeeld: (13), (14) en (15)). 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.

## **3.2 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.

## **3.3 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

---

# 4 Zorg rondom mensen met conversiestoornis

## 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over vroege onderkenning, preventie, diagnostiek en monitoring van conversiestoornis.

## 4.2 Vroege herkenning en preventie

### 4.2.1 Vroege herkenning

Vroege herkenning van een conversiestoornis is belangrijk. Vroege herkenning staat hierbij gelijk aan een snelle diagnostiek. Zie [4.3.1 Diagnostiek]).

### 4.2.2 Preventie

In de preventie van psychische aandoeningen in brede zin is mogelijk plaats voor stressmanagement, copingstrategieën, mindfulness en assertiviteitstraining (universele, selectieve en geïndiceerde preventie).<sup>7</sup> Tevens is er een belangrijke plaats voor psycho-educatie, ook van gezin en naastbetrokkenen.<sup>8</sup>

#### *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.<sup>9</sup> 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.

## 4.3 Diagnostiek en monitoring

### 4.3.1 Diagnostiek

Het zorgaanbod is afgestemd op de aard en stagering 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.

#### **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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

### **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 (6) wordt aanbevolen om de stagering en profilering van de conversiestoornis systematisch te onderzoeken.<sup>12</sup>

Met een *stagering* kunnen de mate van ontwikkeling en uitbreiding van de stoornis worden vastgesteld (18). 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.

### **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. (19).

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.<sup>13</sup>

Opgemerkt dient te worden dat een conversiestoornis ook *naast één* of meer somatische of psychische aandoeningen kan bestaan.<sup>14</sup>

### **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 (20).

Een specifiek model dat voor diagnostiek gebruikt kan worden, is het gevolgenmodel (21).<sup>15</sup> Daarbij wordt vastgesteld welke reacties op de klacht het herstel ervan verhinderen. Die vicieuze cirkel vormt dan het aangrijpingspunt voor het behandelplan.

### **Gezamenlijke besluitvorming**

De tijdens de diagnostiek verzamelde gegevens worden door de zorgverlener in de indicatiestelling geïntegreerd met het patiëntperspectief, ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd.<sup>16</sup>

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,<sup>17</sup> is het zoeken naar een gemeenschappelijke probleemdefinitie noodzakelijk (zie ook (3)). Voor patiënten kan het zinnig zijn kennis te nemen van de zogeheten 'drie goede vragen'.<sup>18</sup> 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.

### **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.<sup>19</sup>

#### *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 (22).<sup>20</sup> Daarnaast is de diagnose voor patiënten soms moeilijk te begrijpen, is er verwarring en ervaren patiënten weinig steun van zorgverleners (22-25).<sup>21</sup> Ook zorgverleners vinden communicatie over de diagnose conversiestoornis vaak moeilijk (26-29). Belangrijk is de houding van de zorgverlener en hoe deze een en ander uitlegt:<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> Een voorbeeld van een metafoor is de uitleg: de piano is ontstemd, maar de toetsen en snaren zijn intact (30). 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 (31).<sup>24</sup> 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 (40-44).

### *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.<sup>25</sup>
- Van belang is om met de jeugdige zelf te spreken. Een onderzoek naar de gezinssituatie is doorgaans op zijn plaats.<sup>26</sup> Specifiek dient de zorgverlener rekening te houden met de leeftijd en het perspectief van de jeugdige.

## 4.3.2 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 [3.3 Doelgroep]). Het maken van onderscheid heeft mogelijk geen klinische waarde (46, 47),<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup>

## 4.3.3 Monitoring

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 staan, 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..

---

# 5 Individueel zorgplan en behandeling

## 5.1 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}((48), p.238).<sup>29</sup> Zelfmanagement is een belangrijk begrip en kan onderdeel uitmaken van de behandeling. Met zelfmanagement wordt niet het accepteren van de *beperkingen* 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.

## 5.2 Behandeling en begeleiding

### **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 (50) 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 (51) (zie ook [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling]). De overige studies werden gekwalificeerd als van matige of slechte kwaliteit. Om deze redenen is dit hoofdstuk 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 (zie [4 Zorg rondom mensen met een conversiestoornis]).<sup>30</sup>

### **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 [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling])
- hypnotherapie (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling])
- (psychosomatische) fysiotherapie (zie [5.2.3 Psychosociale behandeling])
- psychodynamische psychotherapie (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling])
- geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandel aanbod (zie [5.2.6 Combinatiebehandeling])

### *Ter overweging*

- EMDR (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling])
- schematherapie (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling - Schematherapie])
- psychomotorische therapie (zie [5.2.8 Vaktherapieën - Psychomotorische therapie (PMT)])
- virtual reality behandeling (zie [5.2.3 Psychosociale behandeling – Virtual reality behandeling])

### *Niet aanbevolen*

- medicamenteuze behandeling (zie [5.2.5 Medicamenteuze behandeling])

### **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:<sup>31</sup>

- [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]
- [zorg na de behandeling]

### **Vertrouwensrelatie**

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.

### **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 (52-54). Patiënten beantwoorden in eerste instantie naar eigen inzicht de volgende vragen:
  - Wat heb ik?
  - Wat is de oorzaak?
  - Wat zijn de consequenties?
  - Hoe kan ik het onder controle krijgen?
  - 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:<sup>32</sup>

- 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.

### **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.

### **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 (21). 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.

### **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.<sup>33</sup> Bij tijdelijke terugval kan de zorgverlener terugrijpen 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.

### **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.<sup>34</sup> Andere contra-indicaties kunnen zijn: ernstige comorbiditeit die directe behandeling nodig heeft (zoals psychose of suïcidaliteit) en contextuele factoren zoals een lopende rechtszaak.

### **Eindgesprek**

In alle situaties is een evalueerend gesprek 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 [4.3.3 Monitoring].

#### **5.2.1 Psycho-educatie**

Voor alle mensen met een conversiestoornis, ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie van essentieel belang.<sup>35</sup> 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 (55, 56). Psycho-educatie wordt altijd in combinatie met psychosociale, psychologische of psychotherapeutische behandelingen ingezet.

## 5.2.2 Eerste stap interventies

Er is geen literatuur over eerste stap-interventies bekend.<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup>

## 5.2.3 Psychosociale behandeling

### **(Psychosomatische) fysiotherapie**

Fysiotherapie is een paramedische discipline die zich richt op het steun- en bewegingsapparaat. Psychosomatische 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 (59, 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 (60-62). 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 (63).

### **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.<sup>38</sup>

## 5.2.4 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 (64), een multidisciplinaire CGT voor patiënten met conversiestoornis met abnormale bewegingen (51, 65), individuele CGT bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies (51, 66, 67) en groeps-CGT bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies (64). 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 (68).

### **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.<sup>39</sup> 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](#) (3) beveelt een ambulante interventie met hypnotherapie aan voor patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Deze aanbeveling is gebaseerd op een studie (77) die hypnotherapie vergeleek met een wachtlijstconditie bij poliklinische patiënten met een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Hypnotherapie lijkt voor patiënten weinig belastend.<sup>40</sup> 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 (78), een conversiestoornis met spraaksymptomen of een conversiestoornis met aanvallen of convulsies (79-81). Een combinatie van psycho-educatie met psychodynamische psychotherapie lijkt het aantal aanvallen bij een conversiestoornis met aanvallen of convulsies eveneens te verminderen (82). 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 (83). 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.<sup>41</sup>

### **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.<sup>42</sup> 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.<sup>43</sup> 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' (84). Met EMDR/bilaterale stimulatie als behandeling voor conversiestoornis is in Nederland ervaring en deze behandeling kan derhalve worden overwogen.<sup>44</sup>

### 5.2.5 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 (85). 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 (86). 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]).

### 5.2.6 Combinatiebehandeling

#### **Multi- of interdisciplinair behandelaanbod**

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 behandelaanbod 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 behandelaanbod 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 (87, 88).

#### **Evidentie**

Omdat een multidisciplinair behandelaanbod 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 (89). 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 (90).

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 (91). 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 (92).

Een geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandelaanbod wordt aanbevolen.

### 5.2.7 Biologische behandeling

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

### 5.2.8 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 (98). 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 (99, 100). 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.<sup>45</sup> Deze behandeling kan worden overwogen.

### 5.2.9 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 [5.2 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.<sup>46</sup>

Bij jeugdigen is het opsporen en aanpakken van stressoren essentieel. Jeugdigen met een conversiestoornis worden vaak overvraagd.<sup>47</sup> Dit dient in de situatie van de jeugdige (op school, thuis, in dagbesteding, et cetera) opgelost 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.<sup>48</sup> Als behandeling kunnen worden overwogen:

- psychodynamische psychotherapie (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling]);
- systeemtherapie;
- hypnotherapie (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling]);
- traumabehandelingen (zie [5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling]);
- multidisciplinaire behandeling gebaseerd op de 'Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen' (5) (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 (5).<sup>49</sup> 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 (5) 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.<sup>50</sup>

### *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 (21).



---

## 6 Herstel, participatie & re-integratie

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.

### 6.1 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.

### 6.2 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 [hoofdstuk 5 Individueel zorgplan en behandeling] genoemde behandelingen.<sup>51</sup>

#### **In kaart brengen en monitoren van functioneren**

De International Classification of Functioning, Disability and Health (105) vormt het referentiekader voor het bepalen van het menselijk functioneren. Het is te beschouwen als een aanvulling op de International Classification of Diseases (2) en de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (1). Tezamen kunnen ze gebruikt worden om zowel stoornissen als functioneren in kaart te brengen. Daarnaast biedt het biopsychosociaalmodel (zie ook [hoofdstuk 4 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 (19). De rapportagelijst is in de DSM-5 (1) 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 (106) 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 (107). 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.

### 6.3 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.<sup>52</sup> 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 (103).

#### *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.<sup>53</sup>

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).<sup>54</sup> Er dient goed te worden gekeken welk niveau van participatie wenselijk en haalbaar is.

---

## 7 Generieke zorg

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 dit hoofdstuk 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 Vaktherapieën] 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 Vroege opsporing 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.

**Herstelondersteunende zorg**

De [generieke module Herstelondersteunende zorg] 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.

---

## 8 Organisatie van zorg

### 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 [hoofdstuk 1 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.

### 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.

## 8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

### 8.1.1 Echelonering & 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.

### 8.1.2 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 (<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>) (8). Dit statuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Conversiestoornissen.

### 8.1.3 Overdracht & consultatie

In een aantal generieke modules worden specifieke afspraken gemaakt rond zaken als overdracht & consultatie. Zo worden in [de generieke module Landelijke samenwerkingafspraken ggz] (LGA) (7) 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.

#### 8.1.4 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 [\[richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG\]](#)).

#### 8.1.5 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 (108), 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.

#### 8.1.6 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.

### **8.1.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning**

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wmo expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. 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.

Patiëntondersteuning 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 patiëntondersteuner 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 patiëntondersteuner 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



cliëntondersteuner 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 (109) 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.

### 8.1.8 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 familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

## 8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

### 8.2.1 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 [hoofdstuk 5 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 [8.2.2 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 ggz (LGA)] (7).

### 8.2.2 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](#)] (3).

### 8.2.3 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 [hoofdstuk 4 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.

## 8.3 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.

### 8.3.1 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 [\[model kwaliteitsstatuut\]](#).

### 8.3.2 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.<sup>55</sup> Ook komt uit internationale studies naar voren dat er bij zorgverleners nog vaak misconcepties en vooroordelen over conversiestoornis bestaan (28, 34-39). Er zijn communicatietrainingen en artikelen omtrent communicatie van de diagnose conversiestoornis voor medisch specialisten beschikbaar. Zie bijvoorbeeld ((32) (33)).

## 8.4 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 (118-120).

## 8.5 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 Hoofdstuk 9. Kwaliteitsindicatoren

Voor de multidisciplinaire samenwerking is kwaliteit een centraal thema. Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Reflectie op het resultaat van eigen handelen is een essentiële stap in de beleidscyclus voor kwaliteit, en die reflectie vereist gesystematiseerde informatie.

Kwaliteitsindicatoren hebben een belangrijke functie in het kwaliteitsbeleid van zorgverleners en zijn bovendien vereist voor de verantwoordingsinformatie die moet worden aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt zelf een algemene indicatorenset die van toepassing is op alle zorgstandaarden. Deze indicatorenset wordt in 2017 opgeleverd.

Daarnaast beschrijft elke zorgstandaard in een apart hoofdstuk de relevante stoornisspecifieke kwaliteitsindicatoren. Deze zijn onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel stoornisspecifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek) en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie).

Specifiek voor de conversiestoornis stelt de werkgroep aanvullende indicatoren voor. Het advies is om hiervoor een stoornisspecifiek evaluatie-instrument te ontwikkelen.

### 9.1 Uitkomstindicatoren

1. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis bij wie middels een gevalideerd instrument herstel of klinisch relevante afname van symptomen is vastgesteld.
2. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis dat aangeeft herstel van functioneren te ervaren.
3. Het deel van de patiënten met een conversiestoornis dat aangeeft een betere kwaliteit van leven te ervaren.

### 9.2 Procesindicatoren

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.

### 9.3 Structuurindicatoren

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.

## Eindnoten

- 
- <sup>1</sup> In deze zorgstandaard wordt uitgegaan van zorg aan volwassenen en jeugdigen. Waar relevant zijn subparagrafen 'Jeugdigen' opgenomen. Met jeugdigen bedoelen we de groep tot en met 17 jaar.
- <sup>2</sup> Neurologen geven echter aan dat 5% waarschijnlijk een onderschatting is.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>5</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>6</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>7</sup> In deze paragraaf gaan we uit van het preventiemodel zoals beschreven in het VTV-rapport 'Gezond verstand' ((16); zie ook Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen (3), 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 [hoofdstuk 5] over behandeling.
- <sup>8</sup> Dit blijkt uit de praktijk.
- <sup>9</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>10</sup> Dit is afhankelijk van het type symptomatologie van de conversiestoornis en valt buiten de scope van deze zorgstandaard.
- <sup>11</sup> Uit de literatuur blijkt dat een groot aantal tests gebruikt kan worden voor het classificeren van een conversiestoornis met abnormale bewegingen. Zie het Achtergronddocument (10).
- <sup>12</sup> Het stageringsmodel van McGorry sluit hierbij aan (17).
- <sup>13</sup> Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> Gevolgenmodel: er wordt een verklaringsmodel (viciëuze 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.
- <sup>16</sup> 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 (6), p. 89 en p. 90.
- <sup>17</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

- 
- <sup>18</sup> Hierover zijn Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten in 2015 een campagne gestart.
- <sup>19</sup> Deze informatie is afkomstig uit de interviews en focusgroepen met cliënten en naastennaasten en de adviesgroep waarin cliënten en naasten zitting hadden.
- <sup>20</sup> Dit blijkt niet alleen uit de literatuur, maar ook uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.
- <sup>21</sup> Dit blijkt uit kwalitatieve studies, uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>23</sup> Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.
- <sup>24</sup> Behalve uit de literatuur kwam dit ook naar voren in de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en in de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.
- <sup>25</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>26</sup> Bij mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik van een jeugdige kan het betrekken van de ouders/het systeem bij de diagnostiek gecontraïndiceerd zijn.
- <sup>27</sup> Dit blijkt ook uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>28</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>29</sup> 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.
- <sup>30</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>31</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>32</sup> Dit blijkt uit ervaringen in de praktijk.
- <sup>33</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>34</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>35</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>36</sup> Er zijn wel aanwijzingen dat een wandelprogramma (57) en mindfulness (58) het aantal aanvallen bij conversiestoornis met aanvallen of convulsies kunnen verminderen. Dit zijn echter generieke interventies, geen specifieke (eerste-stap) behandelingen voor conversiestoornis.
- <sup>37</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>38</sup> Over de behandeling van de conversiestoornis met behulp van virtual reality is geen literatuur gevonden.
- <sup>39</sup> Uit verschillende meta-analyses (72-76) 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.
- <sup>40</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>41</sup> Er zijn geen studies gevonden die de effectiviteit van schematherapie bij conversiestoornis hebben onderzocht.
- <sup>42</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.
- <sup>43</sup> Dit blijkt uit ervaringen uit de praktijk.
- <sup>44</sup> Over de behandeling van de conversiestoornis met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of bilaterale stimulatie is geen literatuur gevonden.
- <sup>45</sup> Er is geen literatuur over de behandeling van conversiestoornis met psychomotorische therapie gevonden (zie verder [de generieke module Vaktherapieën]).
- <sup>46</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>47</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.
- <sup>48</sup> 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 sliksymptomen (psychogene hoest) bij kinderen van 11 tot

---

en met 13 jaar door middel van een botoxinjectie (102). 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 (95).

<sup>49</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

<sup>50</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

<sup>51</sup> Uit de literatuursearch zijn wel enkele artikelen naar voren gekomen die over rehabilitatieprogramma's gaan: (60) en (104).

<sup>52</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

<sup>53</sup> Dit blijkt uit de interviews met zorgverleners.

<sup>54</sup> Deze informatie is gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

<sup>55</sup> Dit blijkt uit de interviews en focusgroepen met patiënten en naasten en uit de adviesgroep waarin patiënten en naasten zitting hadden.





Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGZ

*Netwerk voor goede zorg*