

FORUM

DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEF



Somatisatie en psychische klachten kunnen medische behandeling flink bemoeilijken. De medisch specialist heeft daarvoor expertise binnen handbereik via de afdeling medische psychologie. De huisarts staat min of meer met lege handen als de problematiek complex is en de deskundigheid van de PraktijkOndersteuner



Huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) overstijgt. Een succesvolle aanpak in Friesland laat zien dat het loont als huisartsen direct gebruik kunnen maken van medische psychologie in het ziekenhuis, aldus Gerdien Schuitemaker en collega's. Godfried Westen en Tessa Magnée reageren.

Psychische factoren spelen een grote rol bij hardnekkige lichamelijke gezondheidsproblemen. Huisartsen hebben hier vaak een goed oog voor. Zij kennen de patiënt en diens achtergrond, en denken sterk vanuit het bio-psychosociaal model. In dit model is naast biomedische aspecten oog voor de invloed van psychologische en sociale factoren op ziekte en het genezingsproces. Huisartsen zijn gewend te manoeuvreren tussen biomedische en gedragsmatige hypothesen, en navenant te behandelen of verwijzen.

SOLK HERKENNEN

Het brede perspectief van de huisarts komt goed van pas bij het herkennen van somatisch onvoldoende begrepen lichamelijke klachten (kortweg SOLK). Volgens schattingen gaat het om dertig tot zestig procent van alle klachten waarvoor medische hulp wordt gezocht^{1,2}, uiteenlopend van relatief onschuldige tot langdurig ernstige SOLK. De zorgkosten van de patiënt met SOLK zijn hoog: gemiddeld €3.123 per jaar³. Het ontbreken van

een somatische verklaring kan de patiënt aanzetten tot zoeken naar (steeds andere) medische expertise; als zoeken in een hooiberg naar een speld, die er bovendien niet eens hoeft te zijn.⁴ Wie de patiënt van het biomedische spoor tracht af te brengen, loopt het risico strijd in de spreekkamer te halen. De huisarts-patiëntrelatie raakt dan ook vaker verstoord bij SOLK.⁵

SOMATISCHE IMPACT VAN

EMOTIES Wanneer een patiënt met psychische klachten kampt, is de huisarts de aangewezen persoon om deze in de context van het somatisch functioneren te plaatsen. Angsten, stress of stemmingsproblemen kunnen lichamelijke klachten geven of een aanwezige aandoening uitvergrooten. Andersom kunnen angst, stress en stemmingsproblemen zich voordoen *in reactie* op ziekte. Deze op zich normale reactie gaat vaak vanzelf over, maar kan ook evolueren naar een psychische stoornis. Persisteren of verergeren van angst of depressiviteit kan de kwaliteit van leven, het aanpassingsvermogen en therapietrouw ondermijnen. Stuk voor stuk zijn dit factoren die lichamenlijk herstel belemmeren. Vooral chronische aandoeningen zijn beducht om hun psychische gevolgen die de somatische last kunnen versterken of mede in stand houden.

MEDISCHE UITKOMST

VERBETEREN Expertise over de wisselwerking tussen psyche en soma is onmisbaar in de somatische zorg. Niet voor niets behoort het vakgebied medische psychologie tot de reguliere ziekenhuiszorg: de medische uitkomst verbetert als aanverwante psychische klachten en gedragsmatige belemmeringen doelgericht worden behandeld met kortdurende psychotherapie. Zo blijkt uit het werk van Bushnell⁶ dat psychologische interventies zeer effectief zijn bij de behandeling van chronische pijn, en toont het overzicht van Jaspers⁷ de diversiteit aan chronische somatische ziekten waarvoor dit eveneens is onderzocht.

In de vakgroepen medische psychologie zijn klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen (beide BIG-specialismen) en gezondheidszorgpsychologen verenigd, die specifieke deskundigheid hebben in somatische aandoeningen en de gevolgen daarvan. Hun hoofdtaken zijn het diagnosticeren, indiceren en behandelen van patiënten in nauwe samenwerking met medisch specialisten en andere zorgverleners. Daartoe hoort ook het geven van gericht advies aan zorgprofessionals, veelal in multidisciplinair teamverband. Door ook de huisarts te informeren over bevindingen en uitkom-

1 Multidisciplinaire richtlijn SOLK. Trimbos 2010

2 De Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A. & Hemert, A.M. van (2004). Somaform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.

3 Zonneveld, L.N.L., Sprangers, M.A.G., Kooiman, C.G., Van 't Spijker, A. & Buschbach, J.J.V. (2013). *Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burdens*. BMC Health Services Research.

4 Yanda van Rood deed deze uitspraak op 9-3-18, als docent van de workshop 'EMDR bij SOLK' in de Jaarbeurs te Utrecht.

5 Den Boeft, M (2016). *Medically unexplained physical symptoms in primary care: Identification, management and societal aspects*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

6 Price, D.D. & Bushnell, M.C. (2004). *Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives*. Seattle: IASP Press.

7 Jaspers, J. & Middendorp, H. van (2010). *Psychologische interventies bij chronisch somatische ziekten*. *Psychologie en Gezondheid*, 38-45.

sten van gedragsmatige behandeling, wordt integrale zorg in het gehele netwerk van de patiënt bevorderd.

Het ligt voor de hand dat medisch psychologische zorg een hoge kosteneffectiviteit heeft. Na een gerichte (ziekte-)angstbehandeling kunnen onnodige onderzoeken ter geruststelling immers achterwege blijven, of doen zich minder somatische exacerbaties voor.

Studies bevestigen dit. Een goed voorbeeld is het onderzoek van Visser et al.⁸, waarin gezondheid gerelateerde kosten van SOLK-patiënten structureel afnamen na behandeling met cognitieve gedragstherapie.

DILEMMA VOOR DE HUISARTS

Medisch specialisten werken nauw samen met de vakgroepen medische psychologie. Huisartsen hebben deze mogelijkheid niet. Zij zijn bij (vermoeden van) complexe samenhang tussen lichamelijke en psychische stoornissen voor specialistische zorg aangewezen op de reguliere ggz. Vanuit het perspectief van patiënten met primair somatische klachtbeleving is dat verre van ideaal. De patiënt heeft veel weerstand tegen een verwijzing naar de ggz; hij is toch immers niet 'gek'.

In de praktijk wordt daarom regelmatig een U-bocht naar medische psychologie gecreëerd: de huisarts verwijst naar een

medisch specialist met de vraag om te verwijzen naar medische psychologie. Groot nadeel daarbij is dat een onnodig beroep wordt gedaan op de medisch specialist. Bovendien kunnen diverse scenario's (van somatische toevalsbevinding tot verwachtingen bij de patiënt) alsnog uitmonden in een medisch-technisch vervolg.

Aldus kan de U-bocht medicalisering in de hand werken, en de neiging tot somatisering bij de patiënt zelfs versterken.⁹ Ook medisch specialisten zijn niet blij met deze 'doorgeef'-functie, omdat zij ook vaak de overbodigheid ervan inzien.

PILOT IN SNEEK: OPZET

In Zuidwest-Friesland hebben de huisartsen, het Antonius ziekenhuis, De Friesland Zorgverzekeraar en zorgverzekering VGZ de samenwerking gezocht om rechtstreekse verwijzing door de huisarts naar medische psychologie in het ziekenhuis mogelijk te maken, en deze te toetsen op bruikbaarheid en effectiviteit. In de periode 2011-2016 konden huisartsen in het verzorgingsgebied van het Antonius Ziekenhuis patiënten met

complexe comorbide somatische en psychologische problematiek verwijzen naar medische psychologie in het kader van een ontwerpgerichte studie.¹⁰

Doel was te monitoren of het zorgaanbod zou aansluiten bij behoeften van de huisarts en qua aantallen verwezen patiënten beheersbaar zou blijven. De Friesland Zorgverzekeraar had tevens de wens om de zorgconsumptie van de patiëntengroep te bestuderen. De verwachting was dat medisch psychologische interventie tot afname van zorgkosten zou leiden.

Patiëntenzorg in het kader van de pilot werd vooreerst bekostigd vanuit ggz-financiering en voor jeugd tot achttien jaar vanaf 01-01-2015 via contracten met de gemeente. Vanwege deze ggz-financiering waren DSM-IV te classificeren stoornissen vereist. De patiënten werden gezien door klinisch psychologen van de afdeling medische psychologie. Tweemaal per jaar kwamen de initiatiefnemers bij elkaar om te evalueren.

RESULTATEN Medio 2011 werd gestart met een beperkt aantal verwijsindicaties en een kleine groep huisartsen. Naar aanlei-

8 Visser, M.S., Zonneveld, L.N., Van't Spijker, A., Hunink, M.G. & Busschbach, J.J. (2015). The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. *Value Health*, 18(5), 570-577

9 Konnopka, A., Schaefer, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lupp, M., Herzog, W. & König, H.H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 265-275.

10 Jones, P. (2013). *Design for care: Innovating healthcare experience*. Rosenfeld Media.

Wie de patiënt van het biomedische spoor tracht af te brengen, loopt het risico strijd in de spreekkamer te halen

DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE
PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEF

GERDIEN SCHUITEMAKER, ANTOINETTE BUSCH,
THEO BAKKER & PAUL FELIX

FIGUUR 1. AANTAL VERWIJZINGEN, UITVALLERS EN AANTAL PATIËNTEN DAT DAADWERKELIJK IN ZORG KWAM, EN HET GEMIDDELD AANTAL SESSIES PER PATIËNT

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal verwijzingen door huisartsen	45	71	115	136	140	122
Aantal patiënten dat afzag van zorg	1	15	17	11	14	6
Aantal patiënten in zorg gekomen	44	56	98	125	126	116
Gemiddeld aantal contacten per patiënt	8,1	6,3	5,3	6,3	6,6	7,0

FIGUUR 2. GEMIDDELDE GAF-SCORES BIJ EERSTE EN LAATSTE CONTACT MET KLINISCH PSYCHOLOOG

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GAF-score bij eerste contact	61	53	54	54	55	59
GAF-score bij einde van interventie	74	69	69	71	70	69

PRAKTIJKVOORBEELD

De huisarts verwees een 51-jarige vrachtwagenchauffeur met persisterende klachten van pijn op de borst. Patiënt is erg bang voor een hartinfarct. Een aantal jaren terug werden lichte hartritmestoornissen geconstateerd, en een jaar geleden is een familielid overleden aan een hartstilstand. Aan de verwijzing gingen diverse huisartsbezoeken en een extra onderzoek door de cardioloog vooraf. Patiënt is recent op eigen initiatief meerdere keren naar de spoedeisende hulp gegaan uit ongerustheid.

De klinisch psycholoog ziet in gezelschap van echtgenote een angstige en geagiteerde man die de volgende klachten meldt: pijn op de borst- verergerend in rust-, verminderde energie, slechte nachtrust, piekeren over de klachten, vergeetachtigheid, prikkelbare stemming. Patiënt is bang een hartinfarct te zullen krijgen. Coping bestaat uit extra op het hart letten, vermijden van inspanning, zoeken naar verklaringen op internet en medische hulp zoeken. Patiënt heeft zich reeds twee maanden ziek gemeld, mede op advies van echtgenote.

Zijn hulpvraag is erop gericht van de pijn af te komen en niet meer bang te hoeven zijn. Conclusie na intake: ziekteangst.

Voor gedragsmatige behandeling werd ingezet op psycho-educatie aan het echtpaar, individuele cognitieve gedragstherapie om dysfunctionele overtuigingen over de klachten bij te stellen, het veiligheidsgedrag en vermijdingsgedrag te doorbreken. De behandeling verliep vlot en succesvol. Na acht sessies gaat het zichtbaar beter met patiënt. Hij herkent dat de pijn op de borst ontstaat bij spanning, en merkt hierin een duidelijke afname. Hij is niet meer zo ongerust en is weer aan het werk. Patiënt werd terugverwezen naar de huisarts.

Classificatie DSM-IV:

As I hypochondrie

As II uitgesteld

As III hartritmestoornissen

As V GAF start 41-50, GAF eind 71-80

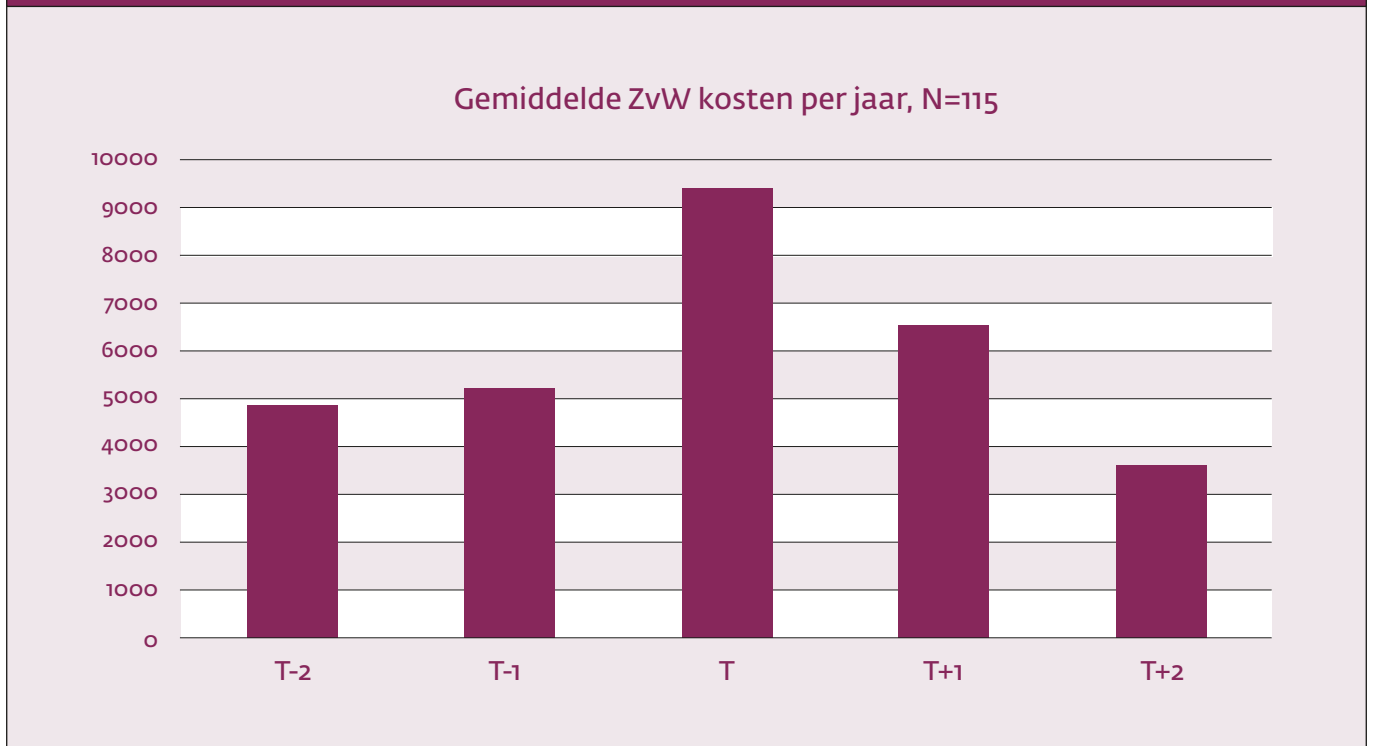
ding van tussentijdse evaluaties konden zowel de indicaties als de huisartsgroep stap voor stap tot maximaal worden uitgebreid. Het aantal verwijzingen groeide uit tot circa 130 patiënten per jaar, zie figuur 1. Onterechte verwijzingen

kwamen slechts incidenteel voor, en bij vermoeden hiervan werd bij triage telefonisch overleg met de huisarts gezocht.

In DSM-IV-termen werd bij ongeveer de helft van de patiënten een vorm van SOLK geclassificeerd.

De andere helft betrof diverse as-I stoornissen als gevolg van één of meerdere somatische aandoeningen op as III, dan wel as-I problematiek die sterk interfereerde met as-III (bijvoorbeeld PTSS en diabetes).

FIGUUR 3. GEMIDDELDE VAN ZORGCOSTEN IN EURO'S PER PATIËNT PER JAAR, VOOR EN NA HET JAAR (T) VAN VERWIJZING DOOR DE HUISARTS UITMONDEND IN MEDISCH PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIE



Figuur 2 toont de gemiddelde GAF-scores (Global Assessment of Functioning), een globale maat voor psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren.

Huisartsen die hadden verwezen, rapporteerden bij zowel de enquête na een jaar als bij de tussentijdse evaluatiemomenten, dat zij de medisch psychologische zorg goed vonden aansluiten bij de verwijzingsvraag. Na interventie meldden zij de volgende waarnemingen: hogere kwaliteit van leven bij de patiënt, betere klacht coping en therapietrouw, en verbetering van gezinsrelaties en maatschappelijk functioneren. De casus in het kader illustreert dit.

INDIRECTE RESULTATEN De Friesland Zorgverzekeraar heeft de declaratiegegevens op een rij gezet van patiënten die zorg hadden gekregen in het kader van de pilot, voor zover bij DFZ verzekerd. Bekeken werd het totaal aan zorgkosten per jaar per verzekerde over vijf opeenvolgende jaren; van twee jaar voorafgaand aan het jaar waarin de huisarts naar medische psychologie verwees, tot twee jaar erna. Van 115 verzekerden die via de huisarts medisch psychologische zorg hadden gekregen, bleek deze informatie compleet.

In figuur 3 zijn de gemiddelde zorgkosten per jaar per verzekerde weergegeven. De figuur toont dat zorgkosten fors zijn opgelopen tot en met het jaar van de verwijzing,

gevolgd door een aanzienlijke daling tot beneden het aanvankelijke kostenniveau.

DISCUSSIE

In de pilot werd reguliere medisch psychologische zorg geboden via een niet eerder gebruikte route: op verwijzing van de huisarts. Bij de evaluaties gaven de huisartsen consequent aan deze verwijzingsmogelijkheid zeer te waarderen. Er werd gebruik gemaakt van ggz-financiering.

Het aantal patiënten dat sinds de start jaarlijks werd verwezen (circa 130) komt overeen met ongeveer een promille van de bevolking in het verzorgingsgebied. Medisch psychologische interventie vergde gemiddeld zes

tot zeven contacten. Het laat zien dat specialistische psychologische zorg aan somatische patiënten in korte tijd plaatsvindt, en daarmee relatief goedkope zorg is. Na dit

beperkt aantal contacten werd in termen van GAF (figuur 2) een vooruitgang in functioneren gescoord van gemiddeld tien tot vijftien punten. Dit is verrassend, omdat de GAF-schaal in principe weinig gevoelig is voor subtiele gedragsverandering in termen van somatisatie of omgaan met gezondheidsproblemen.

De in deze publicatie getoonde cijfers van De Friesland Zorgverzekeraar geven een indrukwekkend beeld: de gemiddeld gedeclareerde zorgkosten dalen na de medisch psychologische interventie. Een causaal verband is aannemelijk, waarbij medisch psychologische interventie leidt tot psychisch gezonder omgaan met ziekte, en resulteert in afname van medische consumptie. Gemiddelde zorgkosten waren het hoogst in het jaar waarin de huisarts verwees en namen sterk af in de twee jaar na de interventie bij medische psychologie. Deze interventie, die ten hoogste €1.252 kostte, kan als uitstekende investering worden aangemerkt.

Beschikbaarheid van kortduurende medisch psychologische interventies, zo kan de conclusie luiden, geeft de huisarts expertise binnen handbereik bij complexe comorbiditeit van een psychische stoornis en somatische problematiek. Daarmee wordt beproefde kennis en ervaring op dit gebied ingezet in een vroeg stadium. Eventuele vrees voor een aanzuijgende werking van dit verwijzaanbod blijkt ongegrond met een stabiele jaarlijkse verwijsstroom van circa een promille. De huisartsen rondom Sneek zijn tevreden over het aanbod en nemen

positieve effecten waar bij hun patiënten. De aanwijzingen dat zorgkosten bovendien dalen na verwijzing en medisch psychologische interventie zijn veelbelovend.

De bevindingen pleiten voor het versterken van de regierol van de huisarts op het gebied van medische psychologie. Vervolgonderzoek waarbij medische psychologie beschikbaar wordt gesteld voor huisartsen in andere regio's ligt dan ook voor de hand. Naar aanleiding van deze pilot is het meer dan interessant om het effect van medisch psychologische interventie op zorgconsumptie nader te bekijken met praktijkwetenschappelijk onderzoek. Gezien de voor het ziekenhuis relatief hoge administratieve last van ggz-financiering, is het raadzaam te zoeken naar alternatieve bekostigingsvormen voor deze zorg aan huisartspatiënten (poortfunctie/ registratie- en declaratierecht). De pilot laat tevreden patiënten en huisartsen zien, en er gloren mogelijkheden om zorgconsumptie terug te dringen. Dat is een investering waard!

OVER DE AUTEURS

Gerdien Schuitemaker is als klinisch psycholoog verbonden aan Medisch Centrum Leeuwarden. A.G.J.M. Busch, klinisch psycholoog, Antonius Ziekenhuis te Sneek T.C.P. Bakker, huisarts te Sneek P.R. Felix, adviserend geneeskundige De Friesland Zorgverzekeraar Geen belangenverstrengeling gemeld door auteurs. Correspondentie aangaande dit artikel: ggashuitemaker@gmail.com.



OP DE HELLING

In het laatste novembern timer van *De Psycholoog* stond een forumbijdrage met de titel 'Toename psychische zorg in de huisartsenpraktijk: gevolgen voor psychologen'¹¹. Blijkbaar een thematiek die psychologen in de gezondheidszorg bezighoudt, want onderhavige forumbijdrage handelt over hetzelfde. Beide bijdragen zijn een samenwerking tussen verschillende disciplines: artsen en psychologen – wat ik een pre acht. Wat beide bijdragen gemeen hebben, is het vermoeden dat het verwijsmodel efficiënter en effectiever kan.

De invalshoek is wel anders. Eerstgenoemde forumbijdrage handelt over (voornamelijk kwantitatieve) gevolgen van behandeling van minder ernstige psychische klachten in de huisartsenpraktijk voor psychologen werkzaam in de basis en gespecialiseerde ggz. De bijdrage sluit af met vragen over de effectiviteit van het verwijsmodel, onder andere omdat de wachttijden nog steeds erg lang zijn, ook al worden er wel meer psychische klachten behandeld in de huisartsenpraktijk zelf.

Deze forumbijdrage van Schuitemaker en collega's handelt in het bijzonder over solk en psychische klachten die voortko-

Er is onze overheid – en indirect onszelf als belastingbetalers – veel aan gelegen om uit oogpunt van kostenbeheersing doorverwijzing naar elke specialist zo effectief mogelijk te laten zijn

men uit het feit dat men een somatische aandoening heeft. De huisarts neemt soms een U-bocht om via een medisch specialist door te kunnen verwijzen naar een medisch-psycholoog. Ik herken veel van de geschetste problemen, zoals dat een psychische verklaring van een klacht niet geaccepteerd wordt door het merendeel van de patiënten.

Er is onze overheid – en indirect onszelf als belastingbetalers – veel aan gelegen om uit oogpunt van kostenbeheersing doorverwijzing naar welke specialist dan ook zo effectief mogelijk te laten zijn. Schuitemaker c.s. onderzoeken of directe doorverwijzing naar de medisch psycholoog effectief is. Zij laten zien dat er kostenvoordelen zijn te behalen met directe doorverwijzing naar een medisch psycholoog en dat de effectiviteit van de behandeling goed is (in termen van klachtvermindering).

Waar de eerste bijdrage veel vragen opwierp over de gevolgen voor de psycholoog van het verwijsmodel (aantal patiënten dat niet meer terecht komt bij basis- en gespecialiseerde ggz- psychologen), geeft deze tweede bijdrage een deel van het antwoord:

doorverwijzen naar meer specialis- tische medisch-psychologische zorg kan tegen lagere kosten en met een hogere opbrengst voor de patiënt. Dat is winst.

Dat leidt tot de volgende slotsom. Een: De eerste forumbijdrage laat zien dat het nieuwe verwijsmodel niet tot kortere wachttijden in de basis- en gespecialiseerde ggz leidt. Twee: onderhavige forumbijdrage laat redelijk overtuigend zien dat direct doorverwijzen naar medisch psychologen leidt tot lagere kosten en betere behandeling. Rechtvaardigt dit samengenomen niet de conclusie dat niet alleen het verwijsmodel voor medisch psychologen maar ook dat voor basis- en gespecialiseerde ggz op de helling moet?

Overigens is mijn persoonlijke mening dat we iets moeten doen aan de manier waarop door patiënten en huisartsen aangekeken wordt tegen 'psychische oorzaken'. Die spelen bij heel veel somatische aandoening direct of indirect een rol. Dat moet het nieuwe normaal worden.

Godfried Westen is psycholoog en publicist. E-mail: info@schoolvoorpsychologie.nl.

¹¹ Magnée, T., Beurs, D. de., Schellevis, F. & Verhaak, P. (2018). Toename psychische zorg in de huisartsenpraktijk: gevolgen voor psychologen. *De Psycholoog*, 11, 34-42.

VOORBARIG

Schuitemaker en collega's houden een pleidooi voor directe verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar de afdeling medische psychologie in het ziekenhuis. In een pilotstudie onderzochten zij het functioneren en het zorggebruik van patiënten met ernstige SOLK die door de huisarts – zonder tussenkomst van een specialist – werden verwezen naar de afdeling medische psychologie. De conclusies zijn dat huisartsen tevreden zijn over deze aanpak en dat zorgconsumptie onder patiënten wordt verminderd.

Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, met name wat betreft het kostenplaatje, zijn deze conclusies aan de voorbarige kant. Het onderzoek heeft verschillende methodologische beperkingen en betreft bijvoorbeeld maar een klein aantal huisartsen. Verder geeft de pilotstudie nog geen inzicht in de feitelijke meerwaarde van directe verwijzing naar een medisch psycholoog ten opzichte van andere opties, zoals behandeling in de reguliere ggz. De auteurs opperen de mogelijkheid dat patiënten met SOLK meer open staan voor behandeling in een somatische setting. Dit is een interessante suggestie, maar wordt op basis van de gepresenteerde resultaten niet onderbouwd. Tenslotte bracht men uitkomsten op korte termijn in kaart: functioneren direct na afloop van de behandeling en zorgkosten tot na twee jaar na verwijzing. SOLK keren echter regelmatig terug, ook na initieel



herstel¹² (Claassen-Van Dessel, 2018). Daarom is het zeker bij dit soort problematiek van belang ook uitkomsten na langere tijd te onderzoeken. Dat huisartsen tevreden zijn over het uitbreiden van hun verwijzingsmogelijkheden lijkt geen verrassing, gezien de huidige wachttijden voor de reguliere ggz.¹³

De vakgroep medische psychologie behandelt door de huidige verwijzingsregels voornamelijk patiënten die (ook) onder behandeling zijn van een specialist. Onduidelijk blijft nog of dit zorgaanbod aansluit op de problematiek van alle patiënten met ernstige SOLK die direct vanuit

de huisartsenpraktijk kunnen worden verwezen. In de discussie noemt men dat directe verwijzing naar medische psychologie aansluit op het doel van versterking van de eerstelijnszorg. Toch lijkt het toegankelijker maken van ziekenhuiszorg – al is het voor kortdurende behandeling – enigszins strijdig met dat idee. Voor het versterken van de regierol van huisartsen op het gebied van SOLK is het vooral ook belangrijk dat huisartsen en POH's-ggz medisch psychologen eenvoudig kunnen consulteren. Zo kunnen zij hun kennis en expertise ook indirect inzetten bij de grote groep patiënten met milde tot matig-ernstige SOLK die de huisartsenpraktijk bezoekt.

Dr. Tessa Magnée is als onderzoeker verbonden aan onderzoeksinstituut IVO en als psycholoog (POH-GGZ) werkzaam bij de FortaGroep. E-mail: tessa0307@hotmail.com.

12 Claassen-Van Dessel, N. (2018). *Getting a grip on the unexplained: classification, course, predictors and treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS)* [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit.

13 Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Wachttijden in de GGZ: voortgangsrapportage*. Utrecht: NZa.