

Zorgprogramma ALK



ZORGPROGRAMA ALK (SAMENVATTING)

De kern

- ALK staat voor 'aanhoudende lichamelijke klachten.'
- ALK kunnen negatieve gevolgen opleveren voor patiënten op lichamelijk, psychisch, maatschappelijk en/of sociaal gebied.
- Daarnaast kunnen bestaande problemen binnen deze genoemde domeinen effect hebben op ALK (onderhoudende factoren) of ALK uitlokken.
- Factoren als opleidingsniveau, trauma in de voorgeschiedenis en culturele achtergrond kunnen ook effect hebben op ALK. In bepaalde wijken is de prevalentie van uitlokkende en onderhoudende factoren hoger.
- In het zorgprogramma is uitwerking gegeven aan de aanpak bij ALK, gecombineerd met problematiek in meerdere domeinen.

Diagnostiek

- Begin altijd met adequaat medisch onderzoek naar de klacht. Dat wil zeggen: onderzoek volgens de geldende professionele maatstaven en richtlijnen. Als er sprake is van de werkhypothese ALK wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matige of ernstige ALK.
- In geval van matige of ernstige ALK is de volgende stap het vormen van een kernteam. Dit bestaat uit een huisarts in samenwerking met andere zorgprofessionals, zoals een fysiotherapeut, een GZ psycholoog, een buurtteammedewerker en/of een POH GGZ. De volgende stap is diagnostiek in alle vier genoemde domeinen: redenerend volgens het 4D-model*. Zo wordt het op elkaar inwerken van de uitlokkende en onderhoudende factoren in de vier domeinen zichtbaar. Dit is met het 4D model ook op begrijpelijke wijze uit te leggen aan de patiënt. Als nodig (en indien mogelijk): verwijst naar de tweede lijn voor verdere diagnostiek.

Behandeling

Sluit altijd aan bij de beleving van de patiënt, dus:

- Lichamelijk onderzoek positief geformuleerd 'terug geven' aan de patiënt;
- Advies, uitleg, voorlichting. Stel kleine, haalbare doelen, liefst door de patiënt zelf bedacht.
- Maak afspraken en plannen in overleg met de patiënt.
- Maak proactief periodieke afspraken samen met de patiënt (alle betrokken hulpverleners doen dit en stemmen af) met intervallen tussen de zes en twaalf weken. In de acute fase kan zelfs elke twee tot vier weken noodzakelijk zijn. De huisarts houdt de regie tenzij anders afgesproken.
- Maak samenwerkingsafspraken met alle betrokken hulpverleners ((para-)medici, welzijnswerkers, maatschappelijk werkers, psychologen en anderen) over:
 - Behandeldoelen;
 - Terugrapportage (formeel en informeel);
 - Gemeenschappelijke taal;
 - Hoe je elkaar makkelijk bereikt.
- Werk in het kernteam samen en koppel regelmatig terug naar elkaar.
- Werk volgens het stepped care principe.
- Overweeg na afsluiten van de behandeling terugvalafspraken.
- Investeer in gezamenlijke visievorming en ontwikkeling van 'één taal' door de bij de ALK-aanpak betrokken professionals. Casuïstiekbesprekingen en gezamenlijke scholing zijn manieren waarop hieraan gewerkt kan worden.

* zie bijlage 5

** SCEGS staat voor Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	4
1.1. Bron	4
1.2. Definitie ALK	4
1.3. Aanleiding zorgprogramma ALK in Utrecht	4
1.4. Doel van het ALK zorgprogramma	5
1.5. Doelgroep	6
1.5.1 Inclusiecriteria	7
2. DIAGNOSTIEK	7
2.1. Werkwijze in het kort	7
2.2. Profielen in het kort	7
2.3. Exclusiecriteria	8
3. BEHANDELING	8
3.1. Kenmerken	8
3.2. Behandeling in het kort	8
3.3. Einde behandeling	9
4. SAMENWERKINGSAFSPRAKEN	10
4.1 Samenwerking binnen het Kernteam	10
4.1.1 Afspraken POH GGZ	10
4.1.2 Afspraken Fysiotherapeut	10
4.1.3 Afspraken Psycholoog	11
4.1.4 Afspraken sociale domein	12
4.2 Samenwerking buiten het Kernteam	12
4.2.1 Afspraken psychiater	12
4.2.2 Verwijzing voor behandeling ALK in tweede of derde lijn	12
5. RANDVOORWAARDEN	13
5.1 Informatie, communicatie en registratie	13
5.2 Verwijzen en terugverwijzen	14
5.3 Competenties van de professionals	14
5.4 Multidisciplinair overleg en gebruik maken van elkaars expertise	14
5.5 Scholing	14
5.6 Randvoorwaarden overig	14
6. HET ZORGPROGRAMMA IN STROOMSCHEMA'S	15
1 Zorgprogramma in het kort	16
2 Signalering en diagnose	17
3 Intake	18
4 Behandeling door kernteam	19
5 Terugvalpreventie	20
7. BIJLAGEN	21
1. Het biopsychosociaal model	21
2. Ernst Checklist	22
3. Het 4D model	
4. Cijfer voor gezondheid (NRS/VAS score)	24
5. Voorbeeld SCEGS	25
6. Format casuïstiek MDO	26
7. Patiëntenfolder ALK	27
8. Georganiseerde samenwerking ALK in Utrecht	29
8. CASUÏSTIEK	30
COLOFON	37

1. INLEIDING

Dit Zorgprogramma ALK 2022 is een revisie en uitbreiding van het Zorgprogramma SOLK van Overvecht Gezond (2013). Het is destijds ontwikkeld als onderdeel van het project 'SOLK gezond georganiseerd in de eerste lijn' en gefinancierd in het kader van het ZonMw 'Programma op één lijn'. De huidige revisie kwam tot stand met steun van Sterkz.org.

1.1 Bron

Bij de oorspronkelijke versie van dit zorgprogramma is gebruik gemaakt van de Multidisciplinaire Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. In de revisie is rekening gehouden met de GGZ Standaard SOLK uit 2019, waarin in 2021 de term ALK geïntroduceerd is en de term SOLK wordt losgelaten. Daarnaast is gebruik gemaakt van relevante literatuur die in de richtlijn is opgenomen. Deze bronnen zijn niet apart vermeld.

1.2 Definitie ALK

We spreken van Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) bij lichamelijke klachten die minstens enige weken duren en het functioneren beperken en/of lijdensdruk veroorzaken. Het al dan niet oorzakelijk verklaard zijn van de lichamelijke klacht is niet langer de kern. De focus gaat uit naar de gevolgen van de klachten op allerlei gebieden en via welke mechanismen het natuurlijk herstel bevorderd kan worden. Bij het aanhouden van de lichamelijke klachten kunnen zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen.

1.3 Aanleiding zorgprogramma ALK in Utrecht

De recent veranderde financiering- en organisatiestructuur van de gezondheidszorg in Utrecht onder de O&I (Sterkz.org) geeft aanleiding om structurele zorgthema's stedelijk in kaart te brengen en de bestaande expertise te verzamelen. Dit gereviseerde zorgprogramma reikt de wijken een model aan om doelmatige zorg en samenwerking rondom ALK te kunnen organiseren.

In de stad Utrecht bestaat naast een groep ALK patiënten met een hoge sociale economische status, ook een aanzienlijke groep mensen met een lage sociale economische status (SES). Een concentratie daarvan bevindt zich in de wijk Overvecht en vormde tien jaar geleden aanleiding tot het ontwikkelen van een zorgprogramma. Lage SES leidt tot meer morbiditeit, meer mortaliteit en een slechtere ervaren gezondheid (volksgezondheidsmonitor gemeente Utrecht, 2010, 2018). Lage SES wordt daarbij geassocieerd met langdurige ALK en omdat er sprake is van meer, ernstiger en langer durende onderhoudende factoren, is de problematiek taaier. Bovendien leidt gerelateerde casuïstiek tot een hoger ervaren werkbelasting van de professionals.

Wanneer ALK lang aanhoudt en/of gepaard gaat met belemmeringen in het dagelijks functioneren, ontstaan er problemen voor patiënt, behandelaar en maatschappij. Deze problemen hebben onder meer te maken met een verschil in perspectief van de zorgprofessional en patiënt, de communicatie tussen hen, het versnipperde zorgaanbod en een hoog werkverzuim. De medische zorg is hierdoor minder doelmatig. Dit alles brengt hogere kosten met zich mee, zowel medisch als maatschappelijk.

Vershil in perspectief tussen arts en patiënt

In het klassieke biomedische model is er een duidelijke focus op ziekte en de oorzaken van ziekte. Over het algemeen werkt dit model goed in de spreekkamer, maar wat de patiënt beleeft in relatie tot zijn klachten komt soms minder aan bod.

Sinds de zeventiger jaren wordt in toenemende mate geprobeerd een meersporenbeleid toe te passen gebaseerd op het biopsychosociale model (zie bijlage 1). Dit betekent dat de arts zo goed mogelijk een ziekte als lichamelijke oorzaak van de klachten aantoonst of uitsluit en daarnaast psychische en sociaal maatschappelijke factoren exploreert die invloed op de klacht kunnen hebben. Wanneer de klachten toenemen, aanhouden of veranderen van aard moet de arts opnieuw denken aan een mogelijke lichamelijke oorzaak.

Zelfs als behandelaars proberen gebruik te maken van een meersporenbeleid, blijven veel mensen met ALK zich ongezond voelen. De patiënt voelt zich niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust terwijl de behandelaar zich machteloos voelt en soms zelfs geïrriteerd begint te raken. Patiënt en behandelaar zijn hierdoor niet in staat om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen.

Over de oorzaken van hun ALK hebben patiënten meestal zo hun eigen ideeën. Ze zien zowel ziekten, als stress maar ook sociale of maatschappelijke problemen als oorzaak. Over deze ideeën geven de meeste patiënten tijdens het consult vaak meerdere 'cues'. Er zijn ook patiënten die eenzijdig hun aandacht richten op de somatische aspecten van hun klacht en blijven aandringen op een medisch-biologische insteek, ook nadat hun behandelaar heeft uitgelegd dat de klacht niet op ziekte berust.

Communicatieproblemen tussen zorgprofessional en patiënt

Het verschil in perspectief tussen zorgprofessional en patiënt leidt vaak tot communicatieproblemen die zich op verschillende manieren uiten. Patiënten voelen zich niet gehoord en niet serieus genomen. Patiënten komen afspraken niet na of gaan naar een andere zorgverlener. Er kan wrijving ontstaan in de relatie met de behandelaar maar ook met andere medewerkers, zoals hun assistenten. Klachten en beperkingen van patiënten met ALK blijken te verbeteren als zij zich tijdens consulten begrepen voelen en emotionele ondersteuning (empathie) ervaren en een overtuigende positief geformuleerde uitleg van hun klachten krijgen.

Versnipperd zorgaanbod

Het zorgaanbod en de kennis/deskundigheid voor ALK patiënten is versnipperd, onder meer door(dat):

- Diagnostiek en behandeling door meerdere hulpverleners gebeurt (zowel het reguliere als het alternatieve circuit)
- De hulpverleners die betrokken zijn soms niet (volledig) van elkaar weten wat de ander voor beleid hanteert
- Met verschillende informatiesystemen en ICT wordt gewerkt
- Er tussen hulpverleners grote variatie aan affiniteit is met deze patiëntengroep
- ALK niet altijd goed wordt herkend
- Zorgverleners/therapeuten onvoldoende geschoold zijn in de behandeling van ALK.

Gevolgen, arbeid en functioneren

Langer bestaande ALK leidt tot vermindering van het functioneren op alle terreinen. ALK levert een aanzienlijke bijdrage aan frequent en langdurig ziekteverzuim. Dit is een belangrijk maatschappelijk probleem omdat het leidt tot afname van participatie en tot aanzienlijke kosten.

Klik [hier](#) voor een video waarin psychiater Lineke Tak uitlegt hoe veel mensen onder invloed van de bovengenoemde factoren onnodig en vaak na jaren van zoeken bij tweedelijnszorg uitkomen.

1.4 Doel van het ALK zorgprogramma

Zoals eerder genoemd is de bron van dit document het zorgprogramma SOLK van Overvecht Gezond uit 2013. Dit beschrijft de werkwijze en multidisciplinaire afspraken binnen Overvecht Gezond en haar

samenwerkingspartners. Het was bedoeld voor alle hulpverleners die betrokken waren bij de zorg aan mensen met SOLK en somatoforme stoornissen in Overvecht. Gebleken is dat de uitgangspunten en werkwijze van dit zorgprogramma nu nog steeds bruikbaar zijn voor ALK. Daarnaast is de beschreven aanpak wijkoverstijgend: het biedt concrete handvatten voor elke wijk die ALK patiënten zorg op maat wil bieden met behulp van een multidisciplinaire aanpak.

Met de implementatie van het zorgprogramma en de stedelijke stuurgroep ALK beoogt de werkgroep:

1. Verbeteren of stabiliseren van de ervaren gezondheid van patiënten met ALK
2. Doelmatige en efficiënte zorg leveren aan patiënten met ALK onder andere door:
 - a. Het verbeteren van het medische consumptiegedrag (optimaliseren verwijzingen, aanvullende diagnostiek, consulten).
 - b. De samenwerking versterken van betrokken disciplines en centra in de eerste lijn.
 - c. Houvast bieden bij bejegening, herkenning, diagnostiek, voorkómen van verergering, behandeling, verwijzing en begeleiding van mensen met ALK en somatische symptoomstoornissen.
3. Voorkomen of beperken van iatrogene schade door over- of onderbehandeling.
4. De ervaren werkdruk ten gevolge van de ALK patiëntengroep bij eerste lijns professionals verbeteren, het werkplezier vergroten.
5. Verankeren van het biopsychosociale model in de werkwijze van zorgprofessionals in Utrecht.

In de wijk Overvecht hebben zorgprofessionals de afgelopen jaren ervaren dat de methode die voor ALK is ontwikkeld, ook toepasbaar is voor andere patiënten met complexe problematiek (= slechte ervaren gezondheid + problematiek in meerdere domeinen, zoals werk, financiën, psychische problemen).

1.5 Doelgroep

Uitgangspunten:

1. Als mensen een huisarts bezoeken vindt deze lang niet altijd een ziekte als oorzaak van de klachten: bij de huisarts blijft 30-50% van de lichamelijke klachten medisch onverklaard (landelijke cijfers).
2. In de wijken met lage SES zijn meer onderhoudende factoren en meer uitlokkende factoren voor ALK dan gemiddeld in Utrecht.
3. Frequentie presentatie van ernstige ALK in de huisartsenpopulatie gebeurt door ongeveer 2,5% van de gehele populatie (landelijke cijfers). In de GGZ standaard staat hierover: 'Artsen rapporteren dat zij het idee hebben dat patiënten met een migratie-achtergrond vaker de huisarts bezoeken met ALK dan patiënten zonder deze achtergrond. Alleen voor niet-westerse migranten is dit ook daadwerkelijk aangetoond. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, zoals een achtergrond met geweldervaringen (trauma) of de culturele context van ziektebeleving.'

Voor een gemiddelde huisartsenpraktijk (2095 patiënten) betekent dit dat het gaat om ongeveer 53 patiënten met ernstige ALK.

Bij deze patiëntengroep is de lijdensdruk vaak groot. Deze patiënten voelen zich ongezond en vaak ongerust. Ze hebben een verminderde kwaliteit van leven, ervaren belemmeringen in het dagelijks functioneren en hebben een hoog werkverzuim. Bovendien bezoeken ze veel (verschillende) artsen en andere hulpverleners. Ze ondergaan meerdere medische onderzoeken en behandelingen zonder dat dit altijd hun gezondheid ten goede komt. In veel gevallen hebben deze patiënten niet slechts één klacht, maar meerdere samenhangende symptomen.

Patiënten met meerdere ALK blijken in vergelijking tot mensen met één ALK gemiddeld meer beperkt te zijn in hun dagelijks functioneren en langduriger klachten te houden. Vaak spelen er naast de lichamelijke klachten ook problemen in andere domeinen.

Het zorgprogramma richt zich op patiënten tussen de 18-65 jaar met aanhoudende lichamelijke klachten

1.5.1 Inclusiecriteria

EN één of meer van de volgende criteria:

- Er is een sinds een aantal weken bestaande of ernstige beperking van het functioneren door de ALK op lichamelijk, sociaal en/of maatschappelijk gebied (ICF);
- Er is langer bestaande of complexe problematiek op één of meer leefgebieden: lichamelijk, geestelijk, sociaal, maatschappelijk);
- Er is langer bestaande of ernstige wrijving of onmacht in de arts-patiënt relatie.

2. DIAGNOSTIEK

2.1 Werkwijze in het kort

De werkwijze richt zich op patiënten die zich presenteren met ALK die langer duurt dan enkele weken. Uitgangspunt is dat er adequaat medisch onderzoek is gedaan naar de ingangsklacht. Om richting te geven aan de aanpak maken we onderscheid tussen lichte, matige of ernstige ALK op grond van de volgende factoren (de 'Ernst Checklist' van [bijlage 2](#) kan als handvat hiervoor dienen):

- Voorgeschiedenis;
- Duur van de klachten;
- Bijkomende beperkingen;
- Mate van inzicht in verband tussen lichamelijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk functioneren;
- Mate en ernst van sociale problematiek (onderhoudende factoren en/of gevolgen);
- Psychiatrische comorbiditeit;
- Lichamelijke comorbiditeit;
- Inventariseren (eerdere) behandelingen zowel regulier als alternatief.

Na inventarisatie van deze factoren kan men een patiëntenprofiel opstellen. Aan de hand van het profiel van de patiënt wordt een keuze gemaakt voor stepped care behandeling en/of matched care behandeling (zie toelichting in hoofdstuk 3.1 Behandeling, kenmerken).

2.2 Profielen in het kort

Lichte ALK

- Klachten met lichte tot matige fysieke symptomen.
- Relatief korte duur (4-8 weken).
- Patiënt begrijpt dat er een relatie is tussen lichamelijk, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren.
- Nauwelijks sociaal-maatschappelijke problematiek.
- Geen of zeer geringe psychiatrische problematiek.
- Geen of geringe functionele beperkingen.
- Geen eerdere behandeling bekend.

Matige ALK

- Klachten met matige fysieke symptomen.
- Ziektegeschiedenis van minder dan 6 maanden.
- Mate van onbegrip over verband tussen lichamelijk, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren.
- Lichte sociaal-maatschappelijke problematiek.
- Geringe tot matige psychiatrische problematiek.
- Lichte functionele beperkingen.
- Geen eerdere behandeling bekend of licht tot weinig aantoonbaar effect.

Ernstige ALK

- Ernstige lichamelijke klachten.
- Langdurig (rond een jaar, of zeer ernstig: vele jaren).
- Patiënt kan geen of nauwelijks verbanden zien tussen lichamelijk sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren.
- Opvallende tot soms ernstige psychosociale, sociaal-maatschappelijke gevolgen.
- Matige tot ernstige psychiatrische problematiek, verdenking op persoonlijkheidsproblematiek.
- (Ernstige) lichamelijke complicaties of functionele beperkingen.
- Geen of nauwelijks effect bij eerdere behandelingen.

2.3 Exclusiecriteria

Patiënten die aan de volgende criteria voldoen zijn (nog) niet gebaat met behandeling volgens de ALK werkwijze:

- Instabiele of acute psychiatrische en/of lichamelijke aandoeningen;
- Ernstige maatschappelijke instabiliteit (bijvoorbeeld dreigende huisuitzetting).

3. BEHANDELING

3.1 Kenmerken

- De visie, werkwijze en diagnostiek zijn gebaseerd op het biopsychosociale model.
- Tijdige herkenning van- en adequate zorg bij ALK. Het is goed behandelbaar.
- ALK en somatische symptoomstoornissen vormen een continuüm, van heel eenvoudig/licht tot complex/ zeer ernstig.
- De huisarts vormt een kernteam samen met één of meer zorgprofessionals, denk aan een fysiotherapeut, een buurtteammedewerker en een POH GGZ of een GZ psycholoog.
- Continue samenwerking en afstemming binnen het kernteam (meersporen behandeling) als de basis van het behandelbeleid bij ALK.
- Bij matige tot ernstige ALK wordt een zo concreet mogelijk behandelgoal geformuleerd.
- Stepped care aanpak (= zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig) als basis voor de organisatie van de zorg.
- Het matched care principe (= afstemming van behandeling op patiëntvariabelen): er wordt gebruikgemaakt van bestaande (behandel)relaties van de patiënt en wat bij hem/haar goed aansluit.
- Werken met patiëntenprofielen biedt de mogelijkheid om mensen die het risico hebben op een ongunstig beloop (iatrogeen schade) dan wel chroniciteit te identificeren. Ze kunnen vervolgens adequaat behandeld worden door ze op geleide van hun profiel ergens in de stepped care behandeling te laten instromen.
- Betrokken behandelaars houden elkaar via formele en informele routes op de hoogte van de voortgang.

3.2 Behandeling in het kort

Zoals altijd in de huisartsgeneeskunde moet alle somatische en psychiatrische comorbiditeit die wordt gediagnosticeerd, worden behandeld volgens de geldende standaarden en richtlijnen. Als het gaat om acute, instabiele of ernstige beelden wordt geadviseerd om deze eerst te stabiliseren. Als de klachten met elkaar verweven zijn kan men er voor kiezen om in te zetten op gelijktijdig aanpakken (bijvoorbeeld bij milde angststoornis met ALK).

Lichte ALK (aanpak binnen reguliere zorg)

- Huisarts werkt volgens SOEP-systeem (Subjectief Objectief Evaluatie Plan).

- Stel effectief gerust door uit te leggen aan de hand van de daarvoor beschikbare modellen:
 - Gebruik SCEGS bij exploreren anamnese (zie bijlage 5);
 - Geef concrete uitleg aan de hand van de uitkomsten van de exploratie volgens SCEGS (sluit aan bij de patiënt);
 - Gebruik directe, positief geformuleerde terugrapportage van lichamelijk onderzoek;
 - Leg uit: klacht is een feit, maar geen verklarende ziekte gevonden. Binnen oorzakelijk model geen behandelopties, binnen het biopsychosociaal model echter wel.
- Overweeg gevolgenmodel te introduceren.
- Denk aan andere modellen zoals dat van centrale sensitiviteit.
- Maak met behulp van het 4D model (zie bijlage 3) inzichtelijk aan de patiënt welke factoren een rol spelen bij de ervaren klachten en gezondheid. Hierbij kan ook naar 'het cijfer voor gezondheid' worden gevraagd (zie bijlage 4).
- Gebruik educatie, voorlichting, preventieprogramma's, overweeg verbreden context (familie betrekken).

Matige ALK(ALK zorgprogramma)

- Aanpak huisarts zoals bij lichte ALK. Introduceer daarna de rollen van de leden van het kernteam en de meersporenbehandeling (=introdactie ALK zorgprogramma).
- Stel behandeldoelen vast (en overeenstemming: doel patiënt is doel kernteam).
- Is behandeling in de eerste lijn mogelijk? Zo niet: is de patiënt gemotiveerd voor of in staat tot verdere behandeling in tweede lijn? Overbrugging nodig wachttijd?
- Probeer ingang tot behandeling te krijgen, bijvoorbeeld door introductie gevolgenmodel.
- Overweeg consultatie psychiater.
- Afhankelijk van behandelgoal eventueel verbreden naar inzet andere hulpverleners voor behandeling of begeleiding (sociaal wijkteam, maatschappelijke hulpverlening).
- Overweeg maken van terugvalpreventie afspraken (periodiek proactief bij huisarts en/of POH GGZ) na afloop van de behandelperiode.

Ernstige ALK (ALK zorgprogramma)

- Probeer de patiënt te motiveren voor de tweede of derde lijn. Behandel alleen in eerste lijn als patiënt niet te motiveren is voor- of niet 'aankomt' in de tweede of derde lijn. (Of ter overbrugging.)
- Introduceer ALK zorgprogramma (= aanpak huisarts zoals bij lichte ALK en introductie rol kernteam in de meersporenbehandeling) en:
- Betrek zowel de (psychosomatisch werkend) fysiotherapeut, als de POH GGZ en/of de GZ psycholoog en eventueel de buurtteammedewerker. Bij ernstige ALK vormen zij altijd het kernteam met de huisarts.
- Overweeg consultatie of overleg met psychiater of Altrecht psychosomatiek.
- Stel behandeldoelen vast als mogelijk (doel patiënt en/of doel kernteam). Streven is in elk geval: structureren en beperken van (iatrogene) schade; dit is vaak het hoogst haalbare doel.
- Zet eventueel andere hulpverleners in voor behandeling of begeleiding (sociaal wijkteam, maatschappelijke hulpverlening) om het doel te realiseren.
- Zet altijd in op terugvalpreventie. (Na behandelperiode periodiek proactief bij huisarts en/of POH GGZ of na behandeltraject in tweede of derde lijn.)

3.3 Einde behandeling

Het moment voor het einde van de behandeling wordt bepaald aan de hand van de eerder vastgestelde behandeldoelen.

- Doel is behaald: einde of terugvalpreventie.
- Doel zal waarschijnlijk niet worden behaald: analyse oorzaak van niet behalen doel. Doel herzien? Als niet:
 - Einde behandeling;
 - Of toch laag frequente afspraken om schade te beperken.

4. SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Omdat het bij ALK gaat om lichamelijke klachten, heeft de huisarts *altijd* een rol.

4.1 Samenwerking binnen het Kernteam

In de fase van diagnostiek kan het nodig zijn om gericht diagnostisch onderzoek en consultatie in te zetten van somatisch specialisten. In de stad is hiermee de laatste jaren ervaring opgedaan. Gebleken is dat de betrokken professionals uit de eerste en tweede lijn de geleverde zorg als doelmatiger ervaren indien de zelfde taal wordt besproken. Hiermee wordt bedoeld: expliciet zijn dat het om ALK gaat, streven naar het hanteren van dezelfde termen en verklaringsmodellen en tevens expliciet zijn over wie regie houdt. Voor deze complexe patiëntengroepen is het belangrijk dat vanuit één visie wordt gewerkt. Denk hier ook aan bij het bespreken van de uitkomst van diagnostiek met een patiënt (eventueel in een gezamenlijk consult van huisarts en medisch specialist). De leden van het kernteam zijn allen aanspreekpunt en stemmen af wie wat coördineert. Of gekozen wordt voor een POH GGZ in het kernteam of een psycholoog, hangt deels af van met wie de huisarts al samenwerkt. Het ligt er ook maar net aan welke van de twee in de lokale context meer affiniteit met het onderwerp heeft.

4.1.1 Afspraken POH GGZ

Afspraken over de samenwerking.

- a) Voorafgaand aan de verwijzing vindt voorbereiding/verwachting management van de patiënt plaats door de huisarts. (checklist 1).
- b) Huisarts en de POH GGZ wisselen onderling informatie uit via het (huisartsen informatie systeem) HIS. De leden van het kernteam spreken af op welke wijze ze elkaar op de hoogte willen houden (e-mail, Siilo, telefonisch, via postvak let op privacy) en houden elkaar op de hoogte van het beloop.

CHECKLIST 1

Verwachting management; besproken dient te zijn vóór de verwijzing:

- 1) Dat de POH GGZ praktische adviezen kan geven, mee kan denken en hulpmiddelen kan aanreiken om met nare ideeën om te gaan; dat de manier waarop iemand tegen zijn klacht aankijkt invloed kan hebben op hoe iemand die klacht beleeft.
- 2) Dat de behandeling zal gebeuren aan de hand van door de patiënt samen met het kernteam gestelde doelen.

4.1.2 Afspraken Fysiotherapeut

1) Afspraken over de samenwerking.

- a) Voorafgaand aan de verwijzing vindt voorbereiding/verwachting management van de patiënt plaats door de huisarts (checklist 1).
- b) In de behandelplanbespreking van het kernteam is duidelijk geworden op welke van deze onderwerpen nadruk moet liggen in de fysiotherapeutische behandeling. Deze word(t)(en) aangekruist (checklist 2).
- c) De leden van het kernteam spreken af op welke wijze ze elkaar op de hoogte willen houden (e-mail, Siilo, telefonisch, via postvak let op privacy) en houden elkaar op de hoogte van het beloop.

2) Afspraken over de zorginhoudelijke aspecten.

- a) De fysiotherapeut en de patiënt formuleren samen maximaal drie problemen (drie beperkingen op het

gebied van fysieke activiteiten) waaraan zij gaan werken. Hiervoor kan als ondersteuning de PSK (patiënt specifieke klachten, Beurskens 1996) worden gebruikt of het spinnenweb van het ÍPH.

b) De fysiotherapeut houdt zich bezig met zijn eigen vak, kan als nodig laagdrempelig hulp/feedback/overleg vragen wanneer een hulpvraag (deels) buiten zijn eigen vakgebied (lijkt te zijn) is.

3) Randvoorwaarden

a) De patiënt moet aanvullend verzekerd zijn.

b) Mensen die niet aanvullend verzekerd zijn, kunnen niet verwezen worden. Bij deze patiënten is de onderhoudende factor 'toegankelijkheid van de gezondheidszorg' mogelijk van toepassing. Dit wordt dan meegenomen in de behandelplan bespreking.

c) De fysiotherapeut heeft een oefenzaal ter beschikking en tevens een behandelruimte (privacy).

CHECKLIST 1

Vóór de verwijzing dient besproken te zijn dat:

- 1) de fysiotherapeut helpt u inzien hoe u gezond/verantwoord kunt bewegen (er is geen sprake van passieve behandeling binnen deze verwijzing, en er zal soms ook gepraat worden, bijvoorbeeld over motivatie hoe het oefenen is gegaan e.a.).
- 2) de behandeling zal gebeuren in een eindig aantal consulten (geen chronische indicatie).
- 3) de behandeling zal gebeuren aan de hand van samen opgestelde doelen.

CHECKLIST 2

- 1) De onderwerpen waar de nadruk op moet liggen tijdens de behandeling:
 - a) Activatie;
 - b) 'Pacing' (beter evenwicht verwerven tussen inspanning en ontspanning);
 - c) Lichaamsbewustzijn verbeteren.

4.1.3 Afspraken Psycholoog

1) Afspraken over de samenwerking:

a) Voorafgaand aan de verwijzing vindt voorbereiding/verwachting management van de patiënt plaats door de huisarts (checklist 1);

b) De verwijzing vindt plaats via de gebruikelijke route (zorgdomein, fysieke brief);

c) De behandeldoelen uit het plan op maat worden teruggekoppeld aan de psycholoog zodat duidelijk is waar de interventies op moeten worden ingezet.

2) Afspraken over de zorginhoudelijke aspecten:

a) De psycholoog en de patiënt formuleren samen het doel waaraan zij gaan werken. Hiervoor wordt als leidraad het behandelplan ALK gebruikt;

b) De psycholoog houdt zich bezig met zijn eigen vak, kan als nodig laagdrempelig hulp/feedback/overleg vragen met huisarts wanneer er sprake lijkt van een lichamelijk hulpvraag die niet goed in beeld is bij het kernteam.

3) Randvoorwaarden

a) De patiënt moet ervan op de hoogte gesteld worden dat –indien van toepassing– de eigen bijdrage/eigen risico wordt aangesproken. Indien de betrokkene hier niet aan kan voldoen dient dit te worden

besproken in de behandelplanfase. Bij deze patiënten is de onderhoudende factor 'toegankelijkheid van de gezondheidszorg' mogelijk van toepassing. Dit wordt dan meegenomen in de behandelplan bespreking.

CHECKLIST 1

Verwachting management; besproken dient te zijn vóór de verwijzing:

- 1) Dat de psycholoog kan helpen onderscheid te maken tussen feiten en gedachten, en hulpmiddelen kan aanreiken om met nare ideeën om te gaan; dat de manier waarop iemand tegen zijn klacht aankijkt invloed kan hebben op hoe iemand die klacht beleeft.
- 2) Dat de behandeling zal gebeuren aan de hand van de door de patiënt samen met het kernteam gestelde doelen.

4.1.4 Afspraken sociale domein

De samenwerking met het sociale domein heeft in het programma nadrukkelijk aandacht omdat in de groep patiënten met matige en ernstige ALK vaak sociale en maatschappelijke problematiek voorkomt. Medische professionals hebben vaak een beperkt zicht op de sociaal maatschappelijk context. Daarom draagt de blik van een buurtteammedewerker vrijwel altijd bij aan een vollediger beeld van de mogelijkheden. Bepaal op grond van de casus of het zinvol is een buurtteammedewerker te betrekken bij het kernteam. Zie voor meer informatie over deze samenwerking ook de [Toolkit Krachtige basiszorg](#).

4.2 Samenwerking buiten het Kernteam

4.2.1 Afspraken psychiater

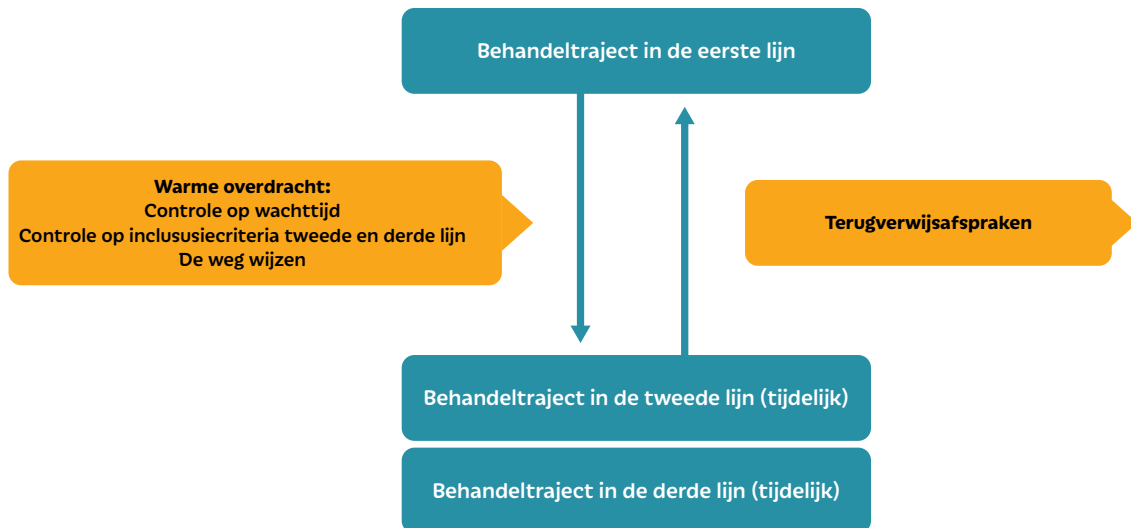
Binnen de POH GGZ module bestaat de mogelijkheid voor de huisarts om een psychiater te consulteren. De doelgroep waar de samenwerking zich op richt is de complexe patiënt met problematiek in meerdere domeinen. De psychiater wordt geconsulteerd en beoordeelt de patiënt in de huisartsensetting. Hieruit volgt een behandeladvies aan het eerstelijnssteam dat wordt voorgelegd aan de patiënt. Ook Altrecht Psychosomatiek Eikenboom kan worden ingezet voor consultatie.

4.2.2 Verwijzing voor behandeling ALK in tweede of derde lijn

Bij de behandeling in tweede of derde lijn is het inzetten van een 'warme overdracht' van zeer groot belang bij deze doelgroep. Dit geldt ook voor het maken van afspraken over wederzijdse consultatie en rapportage tijdens de behandeling. Hierbij let het kernteam op zowel patiënt gerelateerde- als praktische zaken:

- Controle op wachttijd en zonodig inzetten van begeleiding in de eerste lijn gedurende de wachttijd;
- Beperkingen patiënt (lichamelijk, psychisch, sociaal, maatschappelijk);
- De 'weg' wijzen (intake, behandelaar, wie is wie);
- Inclusiecriteria gesteld door behandelaar tweede of derde lijn (b.v. Nederlands spreken, motivatie, groepsaanbod);
- Beelden, verwachtingen en ideeën bij de patiënt met betrekking tot de tweedelijns GGZ;
- Terugverwijsafspraken met de tweede of derde lijn.

In feite komt het er op neer dat een patiënt in de eerste lijn onder regie van de huisarts blijft maar een tijdelijke uitstap doet naar de tweede of derde lijn, of dat er een gezamenlijk behandeltraject wordt geformuleerd. De eerste lijn neemt daarbij de verantwoordelijkheid voor zijn aandeel in een goede in- en uitstroom in en uit de tweede en/of derde lijn volgens het principe 'Better in, Better out'.



5 RANDVOORWAARDEN

5.1. Informatie, communicatie en registratie

Op het gebied van informeren, communiceren en regisseren, adviseren we je om over bepaalde zaken afspraken te maken. Houd daarbij rekening met een aantal uitdagingen.

Communicatie tussen zorgverleners onderling gebeurt zowel formeel (verwijsbrief, ontslagbrief e.a.) als informeel (telefonisch, via (zorg) mail of Siilo), en zowel georganiseerd (MDO) als ad hoc (wandeling). We adviseren afspraken te maken over al deze vormen van communicatie, zowel tussen groepen professionals, als tussen individuele professionals.

Er wordt over harde uitkomsten gerapporteerd, maar er worden ook andere aspecten uitgewisseld:

- 'Niet verschenen zonder bericht';
- Motivatieproblemen;
- Doelen niet bereikt;
- Hoe we met patiënten communiceren (één taal tussen zorgverlener – patiënt);
- Zorgen dat de betrokken zorgverleners weten wie er verder betrokken zijn en elkaar op de hoogte houden van eventuele wisselingen.

Bij uitdagingen met betrekking tot de onderlinge communicatie kun je denken aan:

- ICT: niet compatibele of niet gekoppelde (huisartsen)informatiesystemen;
- Privacywetgeving;
- Parttime werken;
- Individuele wensen en voorkeuren van de professionals met betrekking tot vorm (telefoon, e-mail, Siilo, face-to-face e.d.) en timing (wel op vrije dag, niet tussen de middag etc.).

5.2 Verwijzen en terugverwijzen

Verwijzen en terugverwijzen vraagt bij ALK extra zorgvuldigheid omdat coördinatie en het spreken van dezelfde taal nauw luistert. Het is zowel voor de verwijzer als voor de terugverwijzer belangrijk om expliciet te zijn. Hierbij kun je denken aan de volgende onderwerpen:

- Benoemen dat je aan ALK denkt;
- Overweeg te benoemen welk model is gebruikt om uitleg te geven;
- Benoem expliciet wie wanneer de regie heeft (vertel als huisarts bij de verwijzing naar de medisch specialist dat je na terugverwijzing de verdere begeleiding op je neemt (pro actief));
- Noem in de onderlinge communicatie dat je laagdrempelig bereikbaar bent voor afstemming en overleg.

5.3 Competenties van de professionals

Algemene en inhoudelijke competenties en vaardigheden:

- Visie op gezondheid volgens het biopsychosociaal model;
- Bovenstaande moeiteloos kunnen verbinden met je eigen vakkennis;
- Herkennen en verdragen van je eigen professionele onzekerheid en machteloosheid in het contact met complexe patiënten;
- Hierbij actief zoeken naar steun bij (multidisciplinaire) collega's;
- Eigen professionele en persoonlijke grenzen herkennen en bewaken, zorgen voor jezelf;
- Feedback kunnen vragen, geven en ontvangen. Openstaan voor 'coaching on the job';
- Kennis en begrip van definities en theoretische kaders;
- Kennis en beheersing van vaardigheden zoals toepassen van SCEGS;
- Kunnen samenwerken in een netwerkorganisatie;
- Cultuursensitief denken en handelen.

5.4 Multidisciplinair overleg en gebruik maken van elkaars expertise

Denk er in de wijk over na hoe je kunt organiseren dat je gebruik kunt maken van elkaars expertise. In verschillende wijken is hiervoor al een structuur waar al langer naar tevredenheid mee gewerkt wordt, zie [bijlage 8](#).

5.5 Scholing

Voor gezamenlijke visievorming met andere disciplines is samen leren en periodiek onderhoud noodzakelijk. Naast gezamenlijke casuïstiekbesprekingen kun je dit invullen door gezamenlijke scholing. Dit is belangrijk om te organiseren op praktijk-, wijk en stedelijk niveau. Er wordt stedelijk een kader ontwikkeld om de wijken en de praktijken handvatten te bieden.

5.6 Randvoorwaarden overig

- Zoveel mogelijk vaste behandelaars;
- Periodiek overleg binnen het kernteam (inhoudelijk en procesmatig);
- Werkplek met toegang tot beveiligd berichtenverkeer.

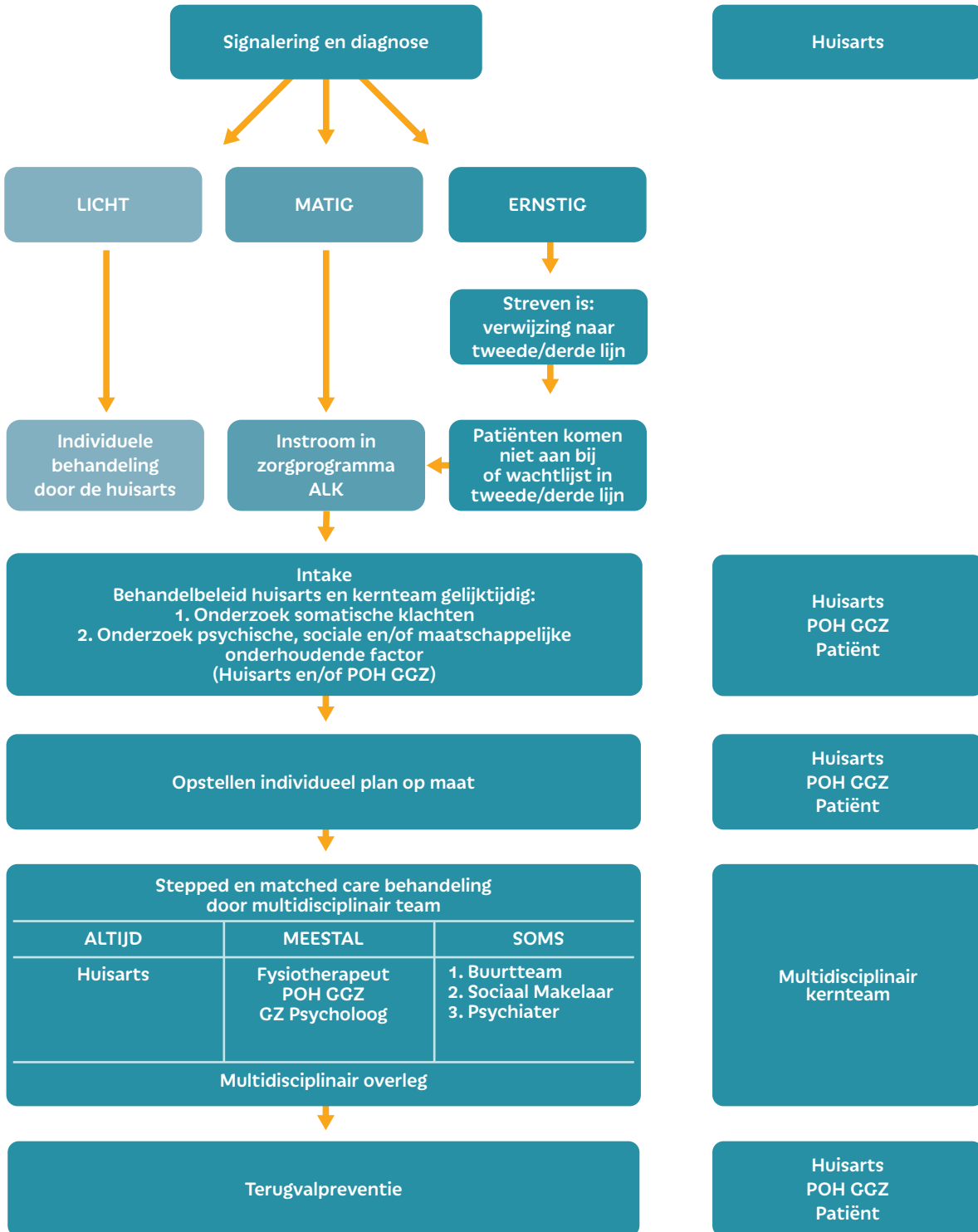
6. HET ZORGPROGRAMMA IN STROOMSCHEMA'S

1. Zorgprogramma ALK in het kort
2. Signalering en diagnose ALK
3. Intake
4. Behandeling door kernteam
5. Terugvalpreventie

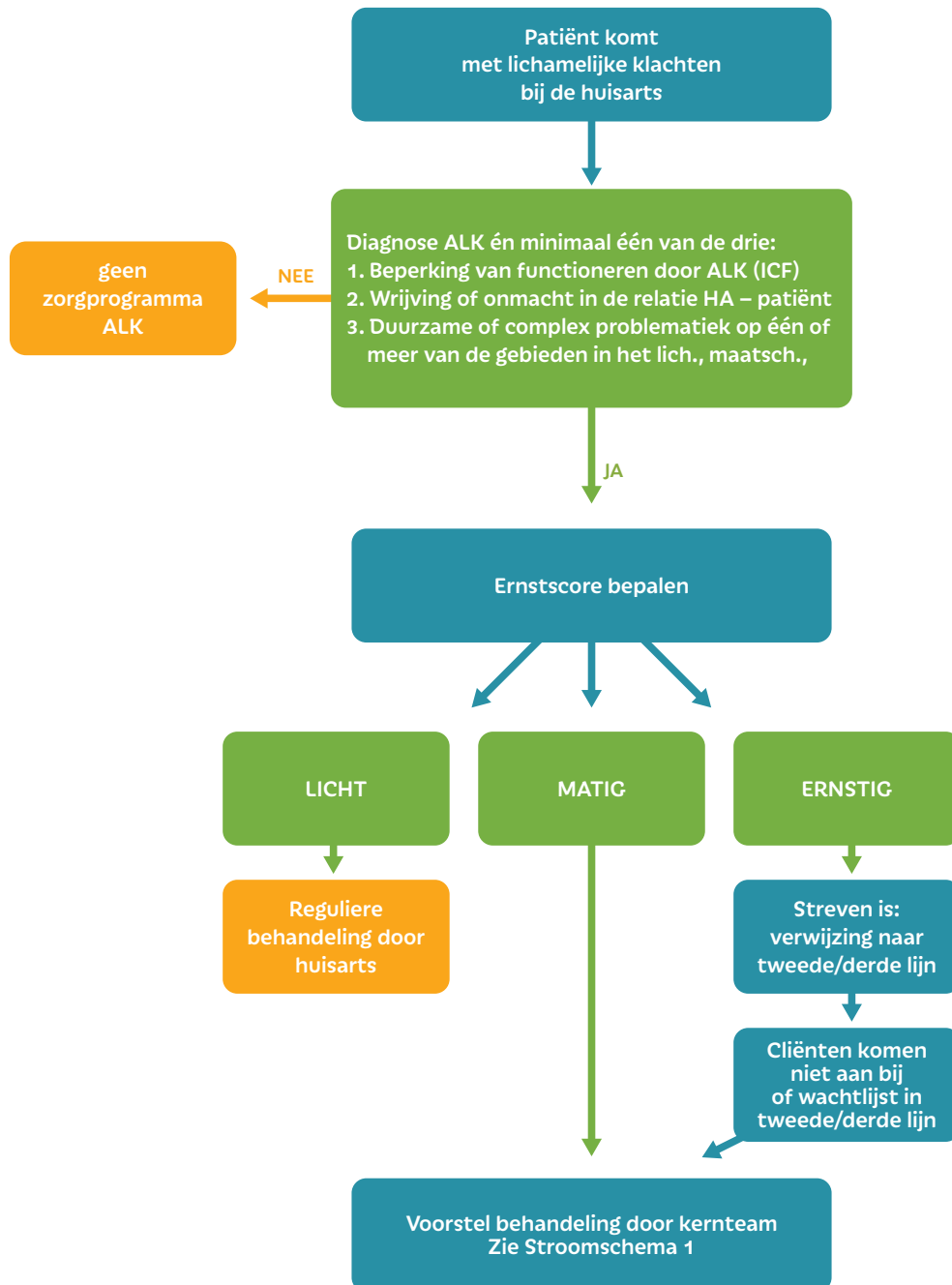
Lijst van termen en afkortingen:

HIS	: huisartsen informatie systeem (ICT)
Stepped care	: zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig
Matched care	: afstemming van behandeling op patiëntvariabelen
ICF	: International Classification of Functioning, Disability and Health

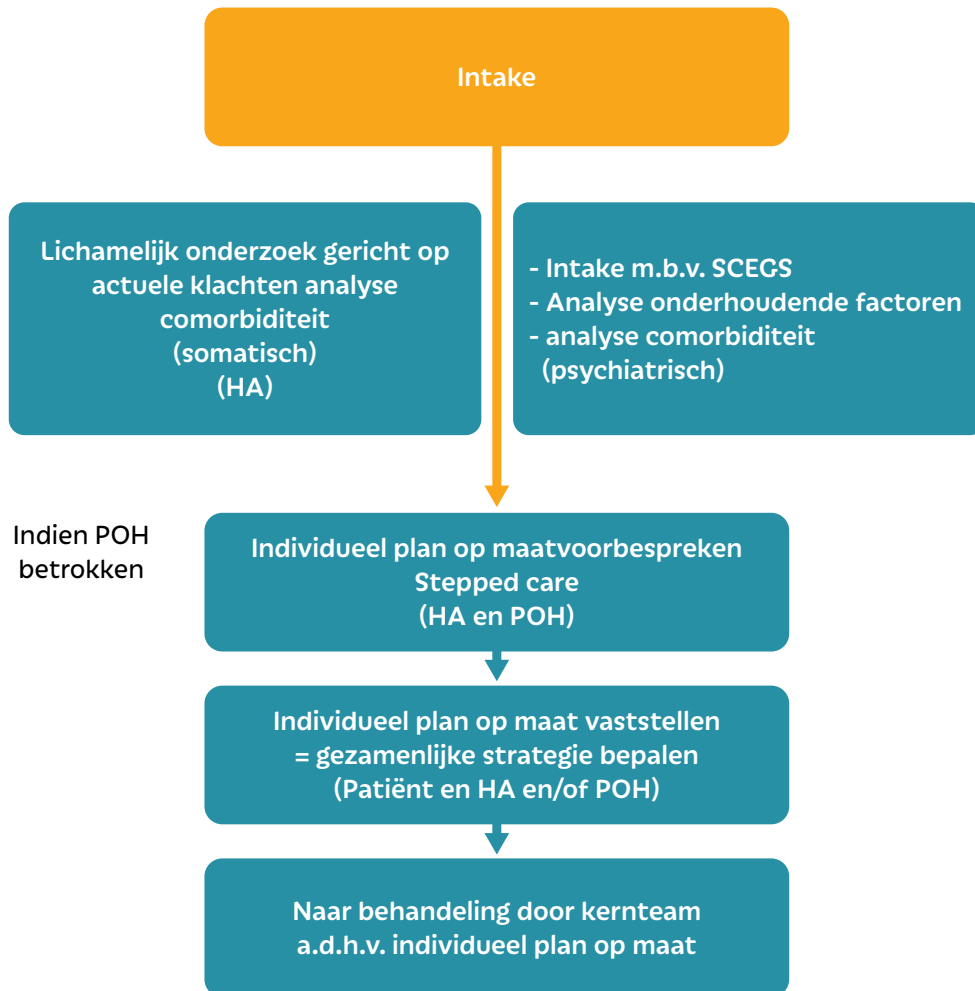
STROOMSCHEMA 1.
ZORGPROGRAMMA IN HET KORT



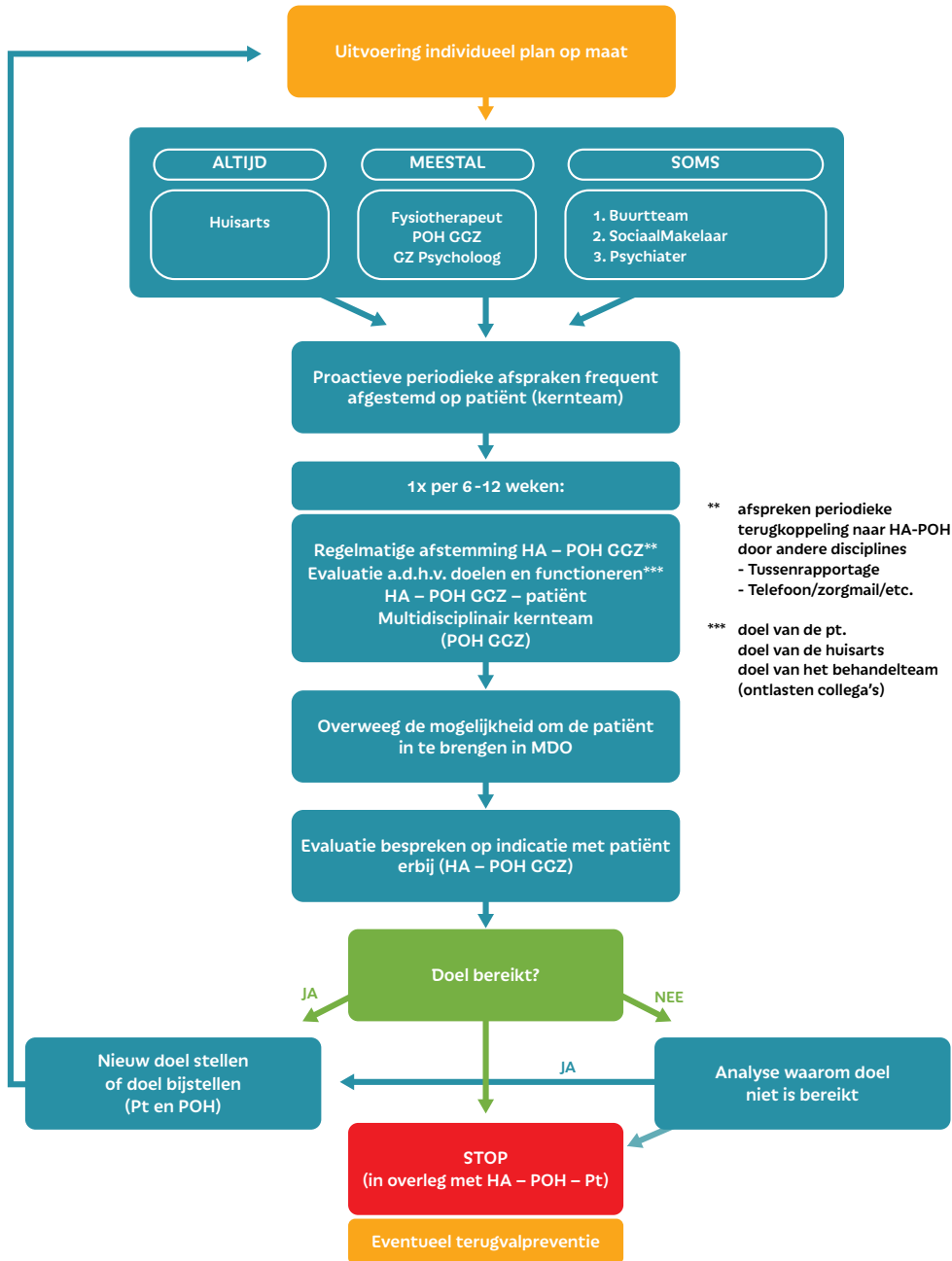
STROOMSCHEMA 2.
SIGNALERING EN DIAGNOSE



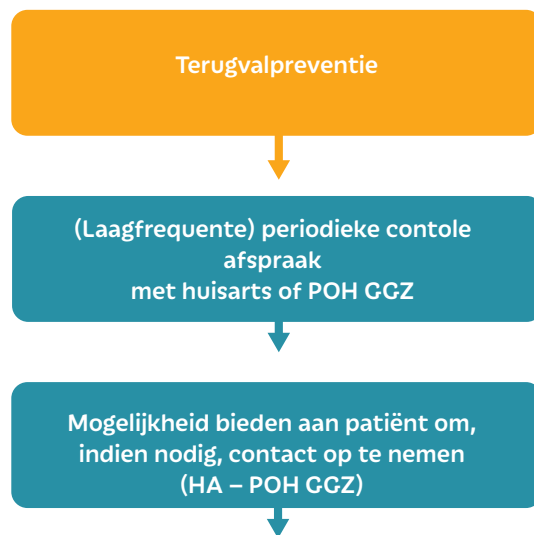
STROOMSCHEMA 3.
INTAKE



STROOMSCHEMA 4.
BEHANDELING DOOR KERNTTEAM



STROOMSCHEMA 5.
TERUGVALPREVENTIE



Afspraak als de patiënt niet meer komt:

- (1x) bellen
- brief sturen
- nota sturen

7. BIJLAGEN

Bijlage 1. Het biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model is gebaseerd op de theorie van George Engel, psychiater (1977). Hij introduceerde de biopsychosociale benadering als tegenhanger van het biomedische model. Zijn model gaat ervan uit dat bij ziekten en stoornissen in het menselijk functioneren eigenlijk altijd drie factoren – biologische, psychologische en sociale – een significante rol spelen. Het model gaat ervan uit dat de mens in voortdurende interactie met zijn omgeving staat. Risicofactoren kunnen optreden binnen alle drie de domeinen: biologisch, psychologisch en sociaal. Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden in drie subtypen binnen de risicofactoren:

- Predisponerende of voorbeschikkende factoren zijn al lang bestaande of genetische kenmerken, of vroegere ervaringen die iemand kwetsbaar maken voor het ontstaan van de klacht.
- Uitlokkende of luxerende factoren lokken het optreden van de klacht uit.
- In stand houdende factoren onderhouden de klacht of maken hem erger.

Al deze factoren kunnen op elkaar inwerken.

Voorbeelden van factoren die op elkaar in kunnen werken:

	Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Voorbeschikkend	Genetische aanleg	Misbruik in de jeugd	Hoe heeft iemand geleerd met ziekte om te gaan
Uitlokkend	Een acute ziekte	Onder druk staan/stress	Life event
Onderhoudend	Slechte conditie	Angst of depressie	Klein netwerk

Het diagnosticeren van de verschillende factoren in de verschillende domeinen bij elke individuele patiënt is van wezenlijk belang voor de behandeling: kies je voor het wegnemen van de voorbeschikkende factoren? Richt je je op nog aanwezige uitlokkende factoren? Of probeer je het beloop te beïnvloeden via het bewerken van de onderhoudende factoren? Het is vooral belangrijk om te beoordelen welke factoren het zwaarst wegen bij deze patiënt. Je kunt bijvoorbeeld geen eetstoornis behandelen bij iemand die dakloos is.

Bijlage 2. Ernst Checklist

Deze checklist is bedoeld om houvast te bieden bij het maken van een behandelplan.

Inventarisatielijst ernst klachten/ernstscore

Inventariseer de duur van de klachten

- 6 weken tot 3 mnd.
- 3-6 mnd.
- 6 mnd. tot een jaar (of langer)

Ernst van somatische klachten en functionele beperkingen ten gevolge van de ALK.

- weinig somatische klachten, weinig tot geen functionele beperkingen
- matige somatische klachten, enige milde functionele beperkingen
- ernstige somatische klachten, forse functionele beperkingen

Mate van inzicht van de patiënt

- Patiënt ziet in dat er een relatie bestaat tussen lichamelijke klachten, sociaal en psychisch functioneren.
- Patiënt vindt het moeilijk om het verband te zien tussen lichamelijk, sociaal en psychisch functioneren.
- Patiënt ziet niet of nauwelijks verbanden tussen lichamelijk functioneren en sociale en/of psychische factoren.

Mate van sociale problematiek

- Problemen met de primaire steungroep
- Problemen met betrekking tot de sociale omgeving
- Opleidingsproblemen (waaronder taalbeheersing)
- Beroepsmatige problemen (werkloosheid)
- Huisvestingsproblemen
- Financiële problemen
- Problemen met toegankelijkheid gezondheidszorg
- Problemen met betrekking tot het rechtssysteem/criminaliteit
- Andere psychosociale en/of omgevingsproblemen
- Problemen ten gevolge van een ziekte of beperking,

Comorbiditeit psychiatrische of andere somatische aandoeningen.

Predisponerende factoren (zoals verwaarlozing, geweld, misbruik in de voorgeschiedenis, opvoeding en genetische aanleg).

Luxerende factoren (dat wil zeggen een ontregelende gebeurtenis op lichamelijk, sociaal-maatschappelijk of psychologisch gebied in de (recente) voorgeschiedenis).

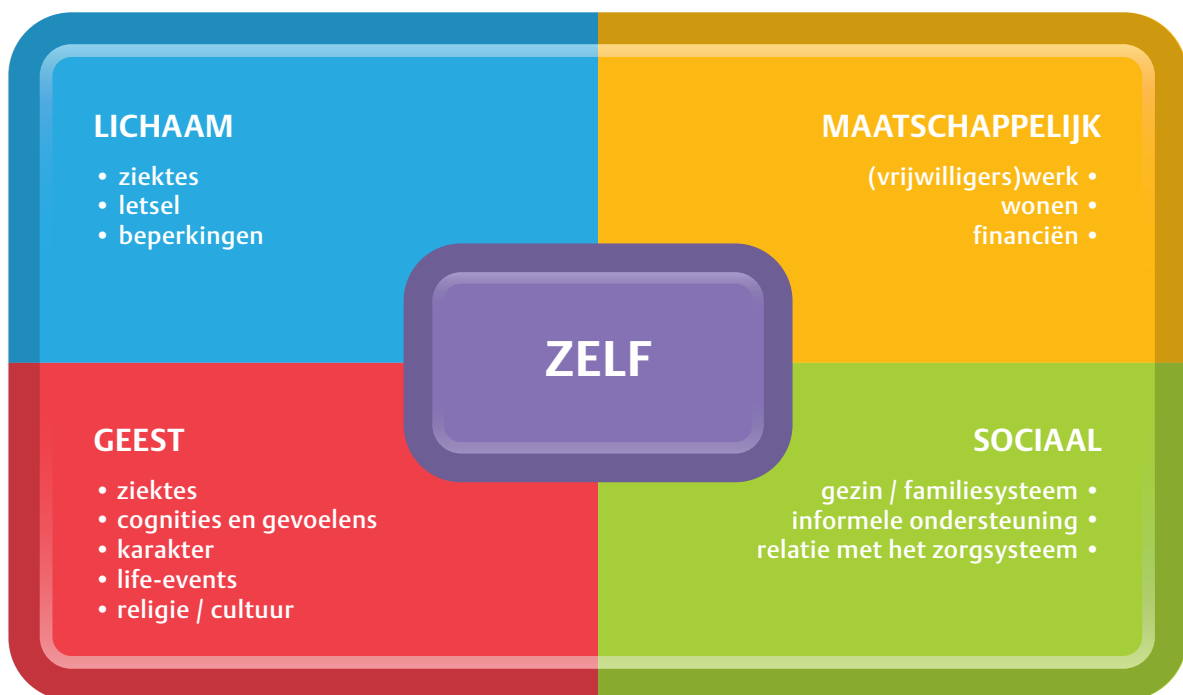
De kwaliteit van de relatie met het zorgsysteem. Vraag eventueel een cijfer.
Effecten van eerdere behandeling. Positief of negatief.

Bijlage 3. Het 4D Model

Zowel in de spreekkamer als in dialoog met partners in de wijk is het 4D model een zeer geschikt model gebleken om in gesprek te gaan over ervaren gezondheid en ziekte. Voor een uitgebreide handleiding hierbij, klik je hier. Het model is gebaseerd op het biopsychosociaal model en het 4D-denkraam van Robert Coppenhagen.

Het 4D model wordt in de spreekkamer gebruikt om het verband te verhelderen tussen ervaren gezondheid en klachten versus verschillende feiten en gebeurtenissen die plaatshebben in de vier genoemde domeinen. Hiermee wordt gezamenlijke besluitvorming gefaciliteerd tussen dokter en patiënt, het bevordert het inzicht van patiënt en dokter, en er wordt duidelijkheid verkregen over mogelijkheden, verwachtingen en verantwoordelijkheden.

Het 4-Domeinen model



Bijlage 4. Cijfer voor Gezondheid (NRS/VAS score)

In het consult kan het cijfer voor gezondheid worden toegepast. Aan de patiënt wordt gevraagd een cijfer te geven voor zijn ervaren gezondheid. Dit biedt een opening om te praten over wat nodig is om een hoger cijfer te behalen. Met andere woorden: het kan als startpunt dienen voor een gesprek over wat er speelt, wat doelen en prioriteiten zijn van de patiënt. Een vraag hierbij kan zijn: wat heb jij nodig om van een vijf naar een zes te gaan? Met die vraag kunnen vervolgens de vier domeinen bekeken worden.

Hieronder een voorbeeld van het fysieke product dat Overvecht Gezond bij deze consulten gebruikt. Een stedelijke versie hiervan is in ontwikkeling en komt in het najaar van 2022 beschikbaar.

Overvecht Gezond!

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNS ZORG

Overvecht Gezond!

Smiley faces (happy, neutral, neutral, sad, sad, sad)

GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNS ZORG

Bijlage 5. Voorbeeld SCEGS

SOMATISCH door huisart	Voorbeeldvragen
<p>COGNITIEF</p> <ul style="list-style-type: none"> • ideeën over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht • invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben; • waarom de patiënt denkt bepaalde activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen; • de verwachtingen omtrent de bijdrage van hulpverleners aan het oplossen van de klacht. • Door een exploratie van deze aspecten komt men opvattingen op het spoor, die het herstel kunnen belemmeren: catastroferende gedachten, ziekteattributies, of ideeën over omgang met de klacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat denkt u als u daar last van heeft? • Welke gedachten komen er bij u op als u last van heeft? • Heeft u zelf ideeën over wat er aan de hand kan zijn/ waar uw klachten mee te maken kunnen hebben? ('fear avoidance beliefs') • Heeft u opgezocht wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn?
<p>EMOTIONEEL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke gevoelens ervaart de patiënt door de klachten? Depressief, angstig, moedeloos of opstandig? • Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid? • Klachten en de cognities over de klachten kunnen samengaan met ongerustheid, angst of een sombere stemming. Eventueel een vragenlijst als hulpmiddel gebruiken om distress, angst en depressieve gevoelens bespreekbaar te maken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat doen die klachten (emotioneel) met u? • Brengen de klachten die u ervaart bepaalde gevoelens naar boven? • Hoe voelt u zich sinds u de klachten heeft? • Onderzoek catastroferende gedachten n.a.v. de emoties: wat vreest de patiënt?
<p>GEDRAG</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermijden van belasting of beweging, • werkverzuim; • negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt; • ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren. • besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag: • Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij zelf de problemen op te lossen? Bezoekt hij verschillende artsen/ zorgverleners voor hetzelfde probleem? • Wat heeft de patiënt zelf aan de klacht gedaan • Let ook op non-verbaal gedrag tijdens het consult (bijvoorbeeld een patiënt met rugpijn die erg scheef in de stoel zit). 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat doet u als u de klachten heeft? Houdt u er rekening mee? En helpt dat dan? • Kunt u iets doen om de klachten te verminderen? • Zijn er zaken die u vermijdt in verband met uw klachten? • Wat zien andere mensen aan uw gedrag als u die klachten heeft?
<p>SOCIAAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt? • Hoe reageert de omgeving er op: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? • Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk? 	<ul style="list-style-type: none"> • Moet u uw leven aanpassen aan de klachten? (werk, hobby, prive) • Hoe reageert de omgeving dat u deze klachten heeft? • Hebben de klachten invloed op uw sociale leven? • Komen er nog gedachten over de oorzaak van uw klachten vanuit de omgeving? • Hoe reageert de omgeving op uw klachten?

Met dank aan Vicino, een zorgorganisatie in Noord-Holland Noord.

SCEGS

- Toon echte belangstelling
- Luister, vat samen, vraag door
- Blijf gericht op de klacht en de gevolgen

Doel SCEGS:

- Patiënt wordt zich bewust van ineffectieve gedachten
- Hierdoor kan hij gaan kiezen voor ander gedrag
- Zelf gevonden inzichten hebben meer effect dan aangereikte adviezen

Bijlage 6. Format casuïstiek MDO

Format casuïstiekbespreking 2013

Doel inbreng (hulpvraag professional: probleemverheldering, wel/niet inclusie project, feedback):

Korte introductie patiënt:

Discussie:

Afronding:

Wat is het advies met betrekking tot de:

Patiënt (4 domeinen)

Afspraken/oplossingen

Beleid

Hulpverlener

Feedback

Samenwerking met andere betrokken hulpverleners

Organisatie

Praktijk

Wijk

Bijlage 7. Patiëntenfolder ALK

In Utrecht circuleert een aantal patiëntenfolders rond het thema SOLK, dat inmiddels ALK heet. Mocht je overwegen om voor jouw wijk of praktijk een folder over ALK te maken dan is het belangrijk om uit te leggen wat onder ALK wordt verstaan, hoe de zorg lokaal is georganiseerd en vanuit welke visie gewerkt wordt. Hieronder ter illustratie de tekst van de ALK folder van Overvecht:



☉ Wat is ALK

Er komen regelmatig patiënten op het spreekuur van de huisarts met klachten (zoals bijvoorbeeld rugpijn, buikpijn, benauwd gevoel, hartkloppingen) waarvoor de dokters, na medisch onderzoek, geen lichamelijke oorzaak kunnen vinden. Als deze klachten langer dan een paar weken blijven bestaan spreken we van Aanhoudende Lichamelijke Klachten (kortweg ALK).

ZHet is gebleken dat iemand die last heeft van ALK zich vaak onvoldoende gehoord en begrepen voelt door de huisarts. Dit komt omdat er bijvoorbeeld te weinig tijd is om uitgebreid stil te staan bij de klachten. Dit is frustrerend, zowel voor de patiënt als voor de huisarts die vaak het gevoel heeft met lege handen te staan.

Andere manier van kijken naar de klachten en de rol van de praktijkondersteuner/ verpleegkundige

Uw huisarts heeft met u besproken dat het misschien een goed idee is om samen met een praktijkondersteuner te kijken hoe uw lichamelijke klachten van invloed zijn op uw dagelijkse leven. De praktijkondersteuner gaat dit in een paar gesprekken met u op een rij zetten (de intake). Daarna gaat hij of zij samen met u bespreken wat u graag weer wilt kunnen in uw dagelijks leven. Dat is bijvoorbeeld iets wat nu niet of niet goed lukt vanwege uw lichamelijke klachten. Een voorbeeld kan zijn: weer zelf een boodschap kunnen doen; uw kind weer zelf naar school kunnen brengen, u weer fit genoeg voelen om een stukje te kunnen wandelen, etc.

Ook bekijken we dan welke hulp er ingezet kan worden zodat de door u gestelde doelen behaald kunnen worden. U kunt dan denken aan het inzetten van de fysiotherapeut, of een maatschappelijk werkende. Als duidelijk is welke hulpverlener u kan ondersteunen om samen met u aan de slag te gaan om uw doelen te bereiken, dan zetten we dit in een behandelplan. Het doel hiervan is dat voor u en iedere hulpverlener duidelijk is waar u aan gaat werken. Als iedereen het met elkaar eens is (vooral ook u zelf, dit noemen we overeenstemming) wordt uw behandelplan ondertekend door u zelf, uw huisarts

en de praktijkondersteuner. Daarnaast gaat de praktijkondersteuner iedere 3 maanden met u samen een aantal vragenlijsten doornemen zodat we zicht blijven houden met elkaar over hoe het met uw klachten gaat en hoe u uw gezondheid ervaart. De praktijkondersteuner zal verder met u stilstaan bij wat de gevolgen van uw klachten zijn voor uw functioneren in het dagelijkse leven.

🕒 Afspraak bij de huisarts

Met uw huisarts heeft u regelmatig een afspraak waarin hij of zij 30 minuten de tijd heeft om stil te staan bij al uw klachten. Hierna maakt hij een volgende afspraak met u. U probeert zo veel mogelijk uw bestaande klachten op deze geplande afspraken met de huisarts te bespreken. Als er nieuwe klachten zijn die niet kunnen wachten (bijvoorbeeld u krijgt een blaasontsteking, uw teennagel groeit in) dan kan u natuurlijk tussendoor een normale afspraak maken zoals gebruikelijk. De huisarts zal niet perse blijven zoeken naar de oorzaak van de klachten, want die is meestal al vaker gezocht en niet gevonden. Wel kunt u met hem/haar spreken over waar u last van heeft. U wordt telkens lichamelijk goed nagekeken. Soms besluit u samen dat er toch nog een verwijzing naar een specialist nodig is. De huisarts zal verder samen met u alert blijven of er veranderingen in uw lichamelijke klachten optreden, of er nieuwe klachten zijn en als het nodig is aanvullend onderzoek doen.

🕒 Afspraak bij de praktijkondersteuner

Naast de geplande afspraken bij uw huisarts krijgt u iedere 4-6 weken ook een afspraak (30 minuten) bij de praktijkondersteuner. Met hem/haar bespreekt u de voortgang van uw behandeling. Er wordt gekeken met u hoe u met uw doelen aan de slag bent gegaan: wat is er al gelukt; wat moet u nog doen om de doelen te behalen; zijn de doelen haalbaar of moeten ze worden bijgesteld. De praktijkondersteuner onderhoudt ook contacten met de ingezette andere hulpverleners om te horen hoe uw behandeling verloopt.

🕒 Informatie opvragen bij andere hulpverleners

Omdat het vaak zo is dat patiënten al eerder bij andere instanties en hulpverleners in zorg zijn geweest met hun klachten, zal de praktijkondersteuner met uw toestemming informatie opvragen over het verloop van de behandelingen elders. Dit met als doel om zicht te krijgen op wat er geholpen heeft in het verleden en wat niet.

Bijlage 8- Georganiseerde samenwerking ALK in Utrecht

In Utrecht zijn op dit moment vijf wijken waar met een zorgprogramma voor ALK patiënten wordt gewerkt. Dit levert doelmatigere zorg op voor de patiënten en maakt het werk beter behapbaar voor de zorgprofessionals.

In de eerste plaats **Overvecht**, waar ongeveer de helft de patiënten een lage SES heeft. Het zorgprogramma in dit document is gebaseerd op de aanpak van samenwerken aldaar. Naast de inzet van kernteams voor patiënten is er voor de zorgprofessionals een ALK expertteam opgezet. Dit team bestaat uit een kaderhuisarts GGZ, POH GGZ, fysiotherapeut, GZ psycholoog en buurtteammedewerker. Alle professionals die aangesloten zijn bij Overvecht Gezond kunnen gebruik maken van het aanbod van het expertteam. Dat kan door een patiënt in te brengen in het ALK multidisciplinair overleg (MDO), door coaching te vragen en door het team mee te laten denken over werkhypothese en voorstel voor behandeling. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van het 4D model. [Klik hier voor een link naar de website.](#)

In **Kanaleneiland** werkt huisartsenpraktijk Danhof met een ALK zorgprogramma. Ook hier wordt gewerkt met het 4D model in besprekingen met de patiënt en worden een Cesar therapeut, een psycholoog en/of een psychosomatische fysiotherapeut betrokken bij de behandeling. De huisarts houdt de regie en plant periodiek afspraken met de patiënt.

Bij het Therapeuticum van **Binnenstad** is een zorgprogramma ontwikkeld gericht op de groep patiënten met ernstige, complexe ALK (2%). De praktijk bedient mensen met een hoge SES. Voor het in kaart brengen van de domeinen waarop de klachten zich manifesteren, wordt gewerkt met het spinnenweb van het IPH (Institute for Positive Health). Vervolgens wordt de patiënt besproken door een multidisciplinair team. De bevindingen van het team worden teruggekoppeld naar de patiënt, die dan kiest waaraan hij/zij gericht wil werken. De behandelingen zijn veelal non-verbaal; lichaamsgericht. De huisarts bewaakt het proces en de behandeling.

Hoewel het officiële SOLK project een aantal jaren geleden is afgerond, wordt in Gezondheidscentrum **Lombok** nog wel gewerkt met het 4D model en met het inzetten van meerdere disciplines in de zorg rond ALK. Er is een patiëntenfolder ontwikkeld over dit onderwerp. Meerdere zorgprofessionals hebben affiniteit met het thema en volgen geregeld nascholingen op dit gebied. In de wijk is al langere tijd een werkgroep psychosociale casuïstiek actief, waarin patiënten of vragen rond ALK, ingebracht kunnen worden.

Ook in **Zuilen Ondiep** wordt gewerkt met een ALK zorgprogramma waarbij gebruikt wordt gemaakt van het 4D model. Op de homepage van Zuilen Ondiep Gezond is uitgebreide informatie over de aanpak van ALK via een stappenplan en over wat ALK inhoudt, zo werd ondermeer het filmpje Sip heeft Solk ontwikkeld. In deze wijk kunnen mensen met ALK eventueel gebruik maken van een zogenaamde VICTOR, die helpt bij het organiseren en afstemmen van zorg-en hulpverlening. [Klik hier voor meer informatie.](#)

Tot slot: in **Oost en Lunetten** is naar aanleiding van onze inventarisatie recentelijk actie ondernomen om de mogelijkheden voor multidisciplinaire samenwerking in te onderzoeken.

Mocht je met een bepaalde wijk in contact willen komen of meer informatie willen, wend je dan tot de betreffende DUO's GGZ. Bij Sterkz.org kun je een opvragen wie de DUO GGZ rollen vervullen per wijk.

8. CASUÏSTIEK

(Bron: 'Een duw in de goede richting: Patiënten over het zorgprogramma SOLK in Utrecht Overvecht', Cliëntenbelang Utrecht i.o.v. Overvecht Gezond)

CASUS 1

Vrouw, 50 jaar, van Marokkaanse afkomst. Onder behandeling voor chronische vermoeidheid en pijn in nek en schouders. Heeft ook fibromyalgie.

"Ik had gigantisch veel klachten en emoties. In de driehoek huisarts, POH GGZ en fysiotherapeut hebben ze me een jaar lang heel strak gehouden. Er was tijd en aandacht en ze legden de stukjes onderling goed bij elkaar. Je hoeft niet altijd pillen, praten kan veel oplossen. Toen ik binnenkwam bij de dokter was ik één brok emotie, verkrampt, alles deed zeer, je hoefde maar te wijzen en de tranen rolden al. Je ziet hoe ik er nu bijzit: positief, ik doe weer m'n ding, thuis is het niet rustig maar het is zoals het is. Ik heb geleerd om te luisteren naar mijn lichaam. In mijn cultuur zijn we ja-knikkers en ik heb nu geleerd om nee te zeggen. Toch blijft vertrouwen in mezelf een knelpunt, want dat heb ik niet van huis uit meegekregen."

"Je hebt oude gewoontes in je systeem zitten en af en toe moet een professional je weer even op het rechte pad zetten. Die stok achter de deur is voor mij belangrijk. Dan krijg je een soort peptalk en ga je ermee aan de gang. De regelmaat brengt je in een positieve spiraal, dan hou je het scherp in de gaten. Fietsen is nu mijn relax-moment. Ik heb altijd gefietst voor boodschappen en werk, maar nu doe ik het voor mezelf."

"Om je te laten helpen moet je open zijn. In het begin vond ik het heel confronterend dat ik mezelf een cijfer moest geven en dat moest toelichten. Dat was een 4 en toen moest ik toegeven: zo kijk ik naar mezelf. Een poosje geleden deden we dat weer en toen gaf ik mezelf een 7. Zo krijg je zelfinzicht: wat heb ik gedaan dat het nu beter is? Anders sta je daar niet bij stil en modder je gewoon door in de vicieuze cirkel waarin je vastzit. Maar de huisarts kan je hand niet blijven vasthouden. Mijn relatie met haar is wel veranderd: het is dieper geworden, daar was tijd voor. Ik hoef nu maar twee woorden te zeggen en ze weet waar ik het over heb. Haar ogen zeggen soms: ik ben trots op je. De dokter staat ons heel dichtbij."

"de POH GGZ was er ineens en het vertrouwen moest nog worden opgebouwd. Dat komt ook omdat hij een man is, dat heeft met mijn achtergrond te maken. Het is nu weer erg rumoerig bij mij thuis en gisteren zei hij: 'Zet maar een afspraak met jezelf in je telefoon. Als die afgaat, laat je alles los en kom je de afspraak na. Al ga je maar een half uur fietsen.' Daar heb ik veel aan. Ik voel me dan wel dom, want dat had ik zelf ook kunnen bedenken. Maar ik bedenk het zelf niet, oude gewoontes nemen de overhand. Het is goed als ik die opening krijg. Ik leer al beter om het zelf te kunnen, mijn hoofd en lichaam vragen bijna om dat fietsen. Voor het emotionele deel heb ik geen vangnet, dus dat leg ik nog wel bij de POH GGZ of de huisarts."

"Met de fysiotherapeut had ik gelijk een klik. Ik kon tegen haar zeggen: 'Deze week heb ik de opdracht niet gedaan.' Dan zei zij: 'Dan gaan we er dit keer keihard tegenaan.' Zij zei ook: 'Ik wou dat meer mensen van jouw cultuur zo open kunnen zijn.' In mijn cultuur is er schaamte om zoiets eerlijk te zeggen. Ik zie de fysiotherapeut niet meer en heb een tijdje de oefeningen niet gedaan, maar doe ik ze weer. Als het nodig is, kan ik dat laatste opentrekken."

"De zorg in het project voelde heel dichtbij. Voorheen was ik op de psychiatrie in Zeist en in onze cultuur geldt: als je daar belandt is er in je hoofd een lampje uit – dan hoor je bij de gekken. Voor mij was dat in het diepe gooien."

CASUS 2

Man, 30 jaar, van Turkse afkomst. Onder behandeling voor chronische vermoeidheid, overgewicht, gewrichtspijnen en depressieve klachten.

“De huisarts heeft me naar de fysiotherapeut, de internist en de cardioloog verwezen. Voor de depressieve klachten ben ik bij het maatschappelijk werk en de psycholoog geweest. Ook ben ik bij de POH GGZ geweest. De laatste anderhalf jaar is het psychisch erg verslechterd. Ik krijg antidepressiva, maar daar ben ik alleen slechter door geworden. Met de psycholoog gaan we daarnaar kijken. Bij de fysiotherapie doe ik aan lopen, fietsen, enzovoorts. Ik merk dat ik er wat meer kracht door heb gekregen, maar voor de depressie helpt het niet. Ik denk dat mijn depressie door de lichamelijke klachten komt. Maar in het ziekenhuis is niets gevonden.”

“Eerst werd het alleen door de huisarts beoordeeld en in het project kijken ze samen naar jou. Er wordt aandachtiger geluisterd door de huisarts, ze maakt meer tijd vrij. Dat is prettig. Om dingen uit te sluiten heeft ze me doorgestuurd naar het ziekenhuis. Het contact met de POH GGZ is ook goed, hij heeft ook aandacht en kijkt naar: wat doe je op een dag? Wat is goed voor je en wat niet? Op zich wel een goede ondersteuning, maar ik heb er niet veel aan gehad. Ik voel me rot. Ik ben zwaar depressief, ik heb overal pijn en ik kom nauwelijks uit bed of uit huis. Hij probeert conclusies te trekken of het nu aan het lichamelijke of aan het psychische gedeelte ligt. Maar ik heb pas vier gesprekken gehad, dus we gaan nog verder.”

“Lichamelijk heeft het me niets opgeleverd, maar het is fijn dat je meer tijd krijgt. Anders kun je amper je verhaal kwijt. Ik stap nu makkelijker naar de POH GGZ of de dokter toe, dat is ook een belangrijk punt. Ik vind dat de relatie met de huisarts is verbeterd, ik kan nu over sommige dingen meer openlijk praten. Dat heeft met vertrouwen te maken en dat komt omdat er meer tijd en aandacht is denk ik. Voorheen kwam ik met een klacht naar het consult en daar probeerde de huisarts dan wat aan te doen. Tegenwoordig bespreek ik meer, ook problemen thuis. Ik ben zelfs een keer met mijn vrouw naar de dokter en naar POH GGZ gegaan, zodat mijn vrouw weet dat het geen aandachttrekkerij is. Ik stel me nu meer open. Vandaag bij de psycholoog was dat ook zo en daardoor kon zij voorstellen om een bepaalde training te gaan doen, waardoor je sommige dingen meer gaat accepteren.”

“Sommige dingen vergeet ik of zeg ik niet makkelijk tegen de dokter en die wil ik wel kwijt bij de POH GGZ. Die geeft hij dan door en daar overleggen ze over. Soms vraagt hij eerst aan mij of dat goed is. De fysio stuurt niet alleen een brief als het klaar is, maar gooit het in de groep. Zo kunnen ze de situatie beter beoordelen en elkaar aanvullen. Als ik gisteren bij de fysio ben geweest en ik ga morgen naar de huisarts, dan weet die het allemaal. Ik had vandaag een gesprek met de psycholoog en die wist precies wat er aan de hand was. Zo hoef ik geen intake, het bespaart tijd. Omdat het een complex geheel is, kan er met deze werkwijze meer. Grootste pluspunt vind ik dat er meer aandacht is. Als ik acht jaar geleden zo was opgevangen als nu, was ik er misschien veel beter vanaf gekomen. Toen moest ik zelf opletten of er belletjes gingen rinkelen bij zorgverleners. Nu wordt echt gekeken wat ik nodig heb.”

CASUS 3

Vrouw, 75 jaar, van Nederlandse afkomst. Onder behandeling voor vermoedheid, zenuw die klem zit (pijn), last van een heup (pijn) en bloedingen aan de borst.

"Het project heeft me lichamelijk niets opgeleverd, ik ben alleen maar beroerder geworden. Ik kreeg zoveel medicijnen voor pijnbestrijding van de anesthesist dat ik niets meer deed. Ik ben mager geworden en zag het niet meer zitten. Ik heb nu andere medicijnen waarmee de pijn in rug en heup veel minder is, maar ik loop als een zombie. Het is fijn dat ik geen pijn meer heb, maar ik durf de weg niet meer op, ik ben al een paar keer onderuit gegaan. Het liefste zou ik teruggaan naar mijn geboortedorp en daar in een bejaardenhuis gaan wonen. Terwijl ik een rot jeugd heb gehad. Maar ja, de hond mag niet mee en die wil ik voor geen goud missen. Ik heb hier iemand die de hond uitlaat en iemand die boodschappen voor me doet. Maar ik kom niet meer onder de mensen. Zo word je eenzaam als je niet uitkijkt. De psycholoog heeft weleens gezegd: huil toch eens. Maar dat kan ik niet. Vroeger mocht het niet en nu kan ik het niet meer."

"Mijn huisarts mag wel een 10 hebben: daar kun je alles tegen zeggen. En ze draait nergens omheen, ze zegt het recht in je gezicht. Je gaat met een bepaalde verwachting naar de dokter toe, je wilt een pilletje en dan is het over. Dan praat zij zó met je dat je denkt: 'Ach, het gaat wel weer over.' Zij geeft me een duw in de goede richting. Dan kom je er blij vandaan terwijl je je pil niet hebt gekregen. Maar ik vind het moeilijk om dat gevoel vast te houden. Van de fysiotherapie krijg ik een gevoel van zekerheid. Ik ben altijd onzeker en denk: 'Dat kan ik toch niet.' Dan zegt zij: 'Jawel hoor, maar je moet wel oefenen natuurlijk.' Ik vind de nieuwe aanpak fantastisch, vooral de gesprekken met de POH GGZ. Ik kan makkelijker met hem praten dan met de psycholoog. Ik ga me rustig en ontspannen voelen door hem."

"Ik geloof niet dat er veel contact is tussen de dokter en de fysiotherapeuten, maar wel tussen de POH GGZ en de dokter. Ik denk dat ik door alle gesprekken in het afgelopen jaar, met de huisarts maar vooral met de POH GGZ, mondiger ben geworden. Ik voel me ook niet zo waardeloos meer. Ik durf het nu soms eerlijk te zeggen als ik het niet met de huisarts eens ben. Ze heeft in het afgelopen jaar de tijd voor me genomen en dat waardeer ik enorm. 's Morgens als ik wakker word denk ik: ik ga dit doen en ik ga dat doen vandaag. Maar dan kom je uit bed en dan breek je je nek zowat. Het is op dit moment hoofdzakelijk het lichamelijke wat problemen geeft."

Klinische les

KLINISCHE LES

Samenwerken rond onverklaarde klachten

VAN MACHTELOOSHEID NAAR REGIE

Nikki C. Makkes, Erik te Biesebeke, Jorrit I. Hoff, Maartje E. Verspui en Jan van Gijn

DAMES EN HEREN,

Soms blijven patiënten bij herhaling terugkeren op het spreekuur met een somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klacht. Een multidisciplinaire behandeling onder regie van de huisarts kan veel gezondheidswinst opleveren. Bij deze aanpak is er niet alleen aandacht voor de lichamelijke problemen, maar ook voor de gevolgen hiervan voor de patiënt.

Huisartsen kunnen bij 30-50% van lichamelijke klachten waarvoor patiënten hen consulteren geen of een onvoldedige somatische verklaring vinden.¹ Dezelfde cijfers gelden voor het poliklinisch spreekuur van veel specialisten. Zorgverleners staan hier in de dagelijkse praktijk vrijwel nooit bij stil. Wanneer patiënten echter bij herhaling blijven terugkeren op het spreekuur met een somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klacht (SOLK) is het belangrijk om dit patroon te herkennen. Deze groep beslaat ongeveer 2,5% van de huisartsenpopulatie.^{2,3} Naast de grotere zorgconsumptie die deze patiënten vertonen, ervaren zij meerdere problemen. Zij voelen zich vaak langere tijd ongezond, hebben veelal te maken met een versnipperd zorgaanbod en ondervinden vaak beperkingen in hun dagelijks functioneren thuis en op het werk. Voor deze groep kan een door de huisarts geregisseerde multidisciplinaire behandeling uitkomst bieden, vooral wanneer de huisarts de regie over de behandeling voert samen met de praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (hierna 'praktijkondersteuner ggz' genoemd). Hierbij wordt het biopsychosociale model als uitgangspunt gehanteerd.⁴ Aan de hand van een tweetal voorbeelden laten wij u zien dat deze benadering veel gezondheidswinst voor de patiënt kan opleveren.

Patiënt A is een 19-jarige, gezonde Nederlands-Marokkaanse vrouw. Zij woont met een jonger zusje bij haar gescheiden moeder. Patiënte volgt het 1e jaar van een middelbare beroepsopleiding in de horeca. Zij bezocht in 2 weken tijd 3 maal de waarnemend huisarts met ernstige pijn in de ledematen. Deze was in de loop van een aantal dagen ontstaan en nam toe. Er had geen uitlokkende gebeurtenis plaatsgevonden. Zij kon niet meer zonder krukken lopen en gebruikte soms een rolstoel, waardoor zij verzuimde op school. Bij lichamelijk onderzoek werden geen reumatische, orthopedische of neurologische

Stichting Overvecht Gezond!, Utrecht.

Drs. N.C. Makkes, huisarts (tevens Huisartsenkliniek Overvecht, Utrecht); E. te Biesebeke, sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht.

Dr. J.I. Hoff, neuroloog.

Praktijk voor Fysiotherapie Overvecht-Noord, Utrecht.

M.E. Verspui, fysiotherapeut.

Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Prof.dr. J. van Gijn, neuroloog.

Contactpersoon: drs. N.C. Makkes

(n.makkes@huisartsenkliniek.com).

afwijkingen gevonden. Uit aanvullend laboratorium- en röntgenonderzoek kwamen evenmin afwijkingen naar voren.

Toen patiënte de 1e keer met haar moeder op het spreekuur van haar eigen huisarts kwam, kon zij nauwelijks lopen. Zij hinkte, zwaar steunend op krukken. Er was al een afspraak bij een reumatoloog gemaakt, maar de wachttijd bedroeg 4 maanden. Moeder was vreselijk ongerust en patiënte vertelde wanhopig dat zij alleen nog op de bank kon liggen en niet kon slapen van de pijn.

De huisarts deed de anamnese volgens de SCEGS-methode.⁵ Deze methode houdt in dat de klachten in 5 dimensies worden geëxploreerd: somatisch (S), de bijbehorende cognities (C) en emoties (E), het eruit voortvloeiende gedrag (G) en de sociale consequenties (S). Naar voren kwam dat patiënte angst had om haar opleiding niet te kunnen volbrengen en dat zij regelmatig moeilijke situaties vermeed. Bij gericht lichamelijk onderzoek vond de huisarts geen afwijkingen. De uitleg dat haar lichaam er gezond uitzag had een geruststellende werking op patiënte. Hierna organiseerde de huisarts vervolgspraken volgens een tweesporenbeleid. Ten 1e werd de somatische analyse voortgezet. Patiënte werd snel gezien door een neuroloog met wie de huisarts al algemene werkafspraken had gemaakt over patiënten met SOLK. De geruststellende conclusie van deze consultatie werd door de huisarts nabesproken met patiënte. Ten 2e vonden in diezelfde periode gesprekken plaats met de praktijkondersteuner ggz. Deze inventariseerde alle zaken die mogelijk invloed konden hebben op de klachten (zogenoemde onderhoudende factoren) door de psychische en sociaal-maatschappelijke situatie te exploreren.⁶ Ook in deze consulten werd de SCEGS-methode toegepast. De praktijkondersteuner ggz bleef patiënte periodiek terugzien. De consulten waren gericht op de gevolgen van de klachten en bestonden uit psycho-educatie, cognitief-gedragstherapeutische interventies en advisering. Zo adviseerde de praktijkondersteuner ggz moeder om haar dochter niet fysiek te helpen, maar mentaal te ondersteunen. Ook werd gelijktijdig fysiotherapie gestart die gericht was op oefening (evenwicht leren tussen inspanning en ontspanning, begrijpen van het eigen lichaam) en actieve deelname aan dagelijkse bezigheden.⁷ Met de fysiotherapeut bestonden ook werkafspraken rond SOLK. Alle behandelaars hielden elkaar op de hoogte van de voortgang. De coördinatie was in handen van de huisarts en de praktijkondersteuner ggz.

In de eerste 6 weken kwam patiënte tweewekelijks in de huisartspraktijk, om en om bij de arts en de praktijkondersteuner ggz. De huisarts gebruikte steeds de SCEGS-methode en deed gericht lichamelijk onderzoek. Hierdoor verminderde de ongerustheid van patiënte: zij kreeg weer vertrouwen in haar lichaam. Ook verbeterde

de relatie met de zorgverleners. Slechts 1 maal maakte patiënte een extra afspraak, omdat het niet goed ging met haar. De hierop volgende maanden verminderden de klachten en patiënte ervoer stapsgewijs meer regie over haar lichaam. De consultfrequentie werd verlaagd. De reumatoloog stelde intussen de diagnose 'fibromyalgie' (een SOLK), die echter geen verklaring vormde voor het acute beeld waarvoor zij in eerste instantie bij de huisarts kwam. Na 4 maanden liep patiënte zonder krukken. 1 maand daarna liep zij pijnvrij, fietste ze weer en deed ze weer aan sport in de oefenruimte bij de fysiotherapeut. Daarnaast kreeg zij meer inzicht in de zaken die een onderhoudende rol speelden bij haar gezondheidsklachten, zowel op sociaal vlak als op het gebied van haar persoonlijkheid. Voorbeelden hiervan waren financiële problemen door perioden van excessief koopgedrag en de neiging tot vermindering van moeilijke situaties.

Inmiddels hebben de verplichtingen van het nieuwe schooljaar de klachten weer doen toenemen. Ook is het vermijdende gedrag terug, waardoor zij niet meer op afspraken komt. Wanneer patiënte weer hulp zoekt zullen de gemaakte multidisciplinaire afspraken ertoe moeten leiden dat er geen ondoelmatige verwijzingen en behandelingen tot stand komen.

Patiënt B is een 37-jarige Nederlands-Marokkaanse vrouw. Zij is gehuwd en heeft 2 jonge kinderen. Zij kwam op het spreekuur van de huisarts met onhoudbare rugpijn. Opvallend was dat zij al vanaf haar vroege volwassenheid gemiddeld 3 keer per jaar diverse specialisten in de tweede lijn bezocht voor verschillende functionele klachten, zoals pijn op de borst en duizeligheid. Zij was al vele jaren ernstig beperkt in haar functioneren. Veel taken binnen het gezin waren overgenomen door haar man, zus en ouders. Patiënte kwam sinds ongeveer 2 jaar nauwelijks bij de huisarts. Ze stelde weinig vertrouwen in de huisarts en wachtte meestal met een klacht totdat het echt niet meer ging. Wanneer ze uiteindelijk kwam, leidde haar wanhoop ertoe dat er direct iets moest gebeuren. Het gevolg was ondoelmatige zorg: ongerichte verwijzing naar de tweede lijn, medicalisering en risico op iatrogene schade. Zij bleef haar gezondheid als 'slecht' ervaren.

Nu had zij vanwege onhoudbare rugpijn op eigen initiatief een MRI-scan van de onderrug laten maken in een commercieel centrum. Hierop was een onschuldige afwijking te zien die haar evenwel zeer verontrustte. De huisarts nam het initiatief tot een proactieve werkwijze. Anamnese volgens de SCEGS-methode leverde direct een verbetering van de arts-patiëntrelatie op. De ziektegerichte gedachten van patiënte waren opvallend. Zij volhardde in haar overtuiging dat de dokters iets over het hoofd zagen. Hierop werd zij verwezen naar een neuro-

loog met kennis van SOLK en pijnbehandeling in de derde lijn. De neuroloog, de huisarts en de fysiotherapeut voerden vervolgens regelmatig overleg over de behandelstrategie en het gebruik van gemeenschappelijke taal. Zo spraken zij bijvoorbeeld allen over 'een te gevoelige afstelling van het zenuwstelsel', zoals in de literatuur wordt beschreven.⁸ Patiënte kwam elke 6 weken bij de huisarts, 2 maal per week bij de fysiotherapeut en ongeveer eens per 2 maanden bij de neuroloog.

Patiënte kwam op geplande vervolgspraken, waardoor de ongerustheid niet meer zo hoog opliep. In het 1e halfjaar ontstond meer vertrouwen in haar lichaam en in de behandelrelatie. Zij breidde haar activiteiten geleidelijk uit, in huis en met sport in de oefenruimte van de fysiotherapeut. Haar klachten bleven gelijk, maar omdat zij frequent een afspraak had, was het voor haar niet nodig om tussentijds het spreekuur te bezoeken. Na een half jaar kreeg zij echter een voorstadium van borstkanker. De periodieke afspraken moesten worden afgezegd en patiënte was in haar functioneren weer terug bij af.

Enige weken na afronding van de oncologische nabehandeling ontstond een verschil van inzicht tussen huisarts en patiënte. Dit ging over het te volgen beleid bij bovenbuikpijn waar patiënte ongerust over bleef, ondanks adequaat lichamelijk onderzoek. Opvallend was dat de huisarts nu wél overeenstemming kon verkrijgen met patiënte over de te volgen aanpak. Deze overeenstemming werd bereikt door met succes te onderhandelen over beëindiging van de zoektocht naar een oorzaak. Ook de praktijkondersteuner ggz werd gevraagd deel te nemen aan de behandeling en deze richtte zich op de gevolgen van de klachten en op het verbeteren van het functioneren van patiënte. De zoektocht naar een somatische oorzaak van de buikklacht werd afgerond met een bezoek aan de gastro-enteroloog.

Patiënte komt inmiddels weer elk kwartaal bij de huisarts en ook in die frequentie bij de praktijkondersteuner ggz. Zij heeft onverminderd klachten en functioneert zeer matig, maar de relatie met de huisarts is sterk verbeterd en haar zorgconsumptie is afgenomen en veel meer gestructureerd.

BESCHOUWING

Patiënten met SOLK roepen vaak machteloosheid of ergernis op bij hun behandelaars. Als de huisarts dit gevoel bij zichzelf herkent kan dat hem helpen zich er van bewust te worden dat zijn beleid onvoldoende effect heeft. De ziektegerichte aanpak volgens het 'oorzakelijk model' (waarin men zich richt op het vinden van een causaal verband tussen een symptoom en een somatische ziekte of aandoening) dat meestal wordt gebruikt, schiet namelijk tekort. Wat nodig is, is een aanpak die gericht is

op het 'ziek voelen' en de introductie van het 'gevolgenmodel': de behandeling moet worden verlegd van het niveau van de klacht naar het niveau van de consequenties van de klacht.⁹ Deze ommezwaai moet expliciet uitgelegd worden aan de patiënt. Deze moet immers begrijpen dat het focus wordt verlegd. Het is onontbeerlijk om daarbij uit te leggen dat alle door patiënt en dokter overwogen somatische verklaringen voor de klacht zijn onderzocht.

Met behulp van de SCEGS-methode brengt de huisarts de klachtbeleving in beeld. Patiënt en arts kunnen hierdoor beter tot een gemeenschappelijke formulering komen van het probleem. Dit heeft een gunstig effect op de behandelrelatie. Deze methode kan in de anamnese verweven worden en kost na enige oefening nauwelijks extra tijd. Het gericht uitvoeren van lichamelijk onderzoek met positieve terugrapportage aan de patiënt draagt bij aan een gevoel van erkenning (bijvoorbeeld: 'ik hoor uw hart mooi krachtig kloppen'). Wanneer patiënten de relatie met de arts positief waarderen neemt de kans toe dat ze minder klachten ervaren, dat zij een hogere mate van welbevinden hebben en dat zij zich beter aan het voorgestelde beleid houden.¹⁰

Wanneer klachten onverklaarbaar zijn neemt de kans op het gebruik van verschillende uitleg- en behandelstrategieën door verschillende hulpverleners over het algemeen toe. Voor het slagen van de multidisciplinaire samenwerking is een gedeelde visie en taal essentieel.

COÖRDINATIE

Bovengenoemde aanpak is effectief te organiseren wanneer de huisarts en de praktijkondersteuner ggz samen de zorg coördineren. Zij voeren gericht overleg met de betrokken zorgprofessionals en bespreken periodiek de uitkomsten hiervan. Daarnaast doorlopen de huisarts en de praktijkondersteuner ggz een gezamenlijk periodiek behandeltraject. De huisarts richt zich vooral op de somatische klachten, de praktijkondersteuner ggz met name op de gevolgen van de klachten. De praktijkondersteuner geeft onder meer psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie, hij gebruikt de SCEGS-methode en hij monitort de klachten. De keuze voor de intensiteit van de behandeling en voor de behandeldoelen gebeurt op grond van het ingeschatte risicoprofiel en de mogelijkheden van de patiënt: men begint met de lichtst mogelijke effectieve behandeling ('stepped care'-benadering). Deze werkwijze sluit ook goed aan bij patiënten met matige tot ernstige SOLK, bij wie het (nog) niet gelukt is te verwijzen voor een gespecialiseerde behandeling.

Meestal is het zinvol direct een fysiotherapeut bij de behandeling te betrekken, die de patiënt inzicht geeft in zijn klachten en activeert volgens het biopsychosociale model. Andere medische, paramedische en sociaal-

LEERPUNTEN

- 30-50% van de lichamelijke klachten die in de eerste en tweede lijn worden gepresenteerd blijft onverklaard.
- 2,5% van de patiënten bezoekt zijn huisarts tenminste 4 keer per jaar met een somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klacht (SOLK).
- Patiënten met een SOLK hebben baat bij een proactief beleid van de huisarts samen met de praktijkondersteuner ggz.
- De huisarts en de praktijkondersteuner coördineren de zorg die andere medische, paramedische en sociaal-maatschappelijke disciplines in de eerste en tweede lijn leveren.
- Het uitgangspunt voor de behandeling van SOLK-patiënten is het biopsychosociale model.
- Om te voorkomen dat het functioneren verslechtert tijdens de wachttijd voor somatische diagnostiek kan direct een tweesporenbeleid worden ingezet.

maatschappelijke professionals uit de eerste en tweede lijn waarmee werkafspraken gemaakt zijn, kunnen op indicatie geconsulteerd worden. Door te werken met behandeldoelen die het behandelteam in samenspraak met de patiënt formuleert, wordt een doelmatige behan-

deling nagestreefd. Soms is het effectief om een patiënt na het afronden van de behandeling alsnog laagfrequent, maar periodiek op het spreekuur terug te laten komen om terugval te voorkomen.

Dames en Heren, zorgverleners kunnen soms geërgerd raken als een patiënt steeds blijft terugkeren met een klacht waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden. Deze casus laten echter zien dat een proactieve benadering wel degelijk kan leiden tot gezondheidswinst bij patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Deze aanpak is multidisciplinair en wordt geïnitieerd en gecoördineerd door de huisarts samen met de praktijkondersteuner ggz. Bovendien kan met deze benadering het risico op iatrogene schade door over- of juist onder-behandeling worden beperkt.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 2 januari 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5393

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 Khan AA, Khan A, Harezlak J, et al. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*. 2003;44:471-8.
- 2 Multidisciplinaire Richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen'. Utrecht: Trimbo-instituut; 2010. p. 9-10.
- 3 Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*. 2006;23:414-20.
- 4 Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978;310:169-81.
- 5 Horst van der HE. Diagnostiek in de huisartsenpraktijk. In: Feltz-Cornelis van der CM, Horst van der HE, redacteuren. *Handboek Somatisatie*. 2e dr. Hfdst 6. Utrecht: Tijdstroom; 2008. p. 103-16.
- 6 Multidisciplinaire Richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen'. Utrecht: Trimbo-instituut; 2010. p. 22.
- 7 Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946-55.
- 8 Van Wilgen CP, Keizer D. Het sensitiseringsmodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004;148:2535-8.
- 9 Speckens AE, Hemert van AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioral therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ*. 1995;311:1328-32.
- 10 Multidisciplinaire Richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen'. Utrecht: Trimbo-instituut; 2010. p. 35.

COLOFON

Dit project is in de zomer van 2021 ontstaan vanuit de vraag wat er is aan georganiseerde samenwerkingen rond ALK in Utrecht, vanuit de missie om wijken zelf de mogelijkheid te geven om een samenwerking rond ALK-zorg op te zetten en tot slot voor het verstevigen van draagvlak om ALK (voortaan) te beschouwen als onderdeel van de vaste basisinfrastructuur.

Projectgroep

Nikki Makkes, kaderhuisarts GGZ, Overvecht
Juliette van Gijssel, huisarts, Binnenstad
Maartje Verspui, fysiotherapeut, Overvecht
Liselot Schiphorst, fysiotherapeut Binnenstad
Marguerite Samama, procesbegeleiding

Productie

Tekstrevisie: Nikki Makkes en Marguerite Samama
Tekst redactie: Marguerite Samama
Vormgeving: Smaak ontwerpers
Uitgave Utrecht juni 2022



Vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze uitgave kun je mailen naar Sterkz.org (info@huisartsenutrechtstad.nl), ter attentie van TRIO GGZ.