

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 vervolgsafspraken 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 vermijding 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 geïrriteerd 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 Geneeskd. 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: Trimbos-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: Tjdstroom; 2008. p. 103-16.
- 6 Multidisciplinaire Richtlijn 'Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen'. Utrecht: Trimbos-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 sensibilisatiemodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 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: Trimbos-instituut; 2010. p. 35.