

Lichaam en geest: één zorg!

Multidisciplinaire aanpak inmiddels onomstreden

Tekst: Caroline Mangnus

Beeld uit: In Therapie (NCRV)



Een multidisciplinaire aanpak bestaande uit fysieke en psychologische begeleiding blijkt ook bij mensen met Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (OLK) het meeste baat te hebben. Dit geldt zowel qua behandel-effectiviteit, als qua kosteneffectiviteit. OLK-patiënten ervaren allerlei belemmeringen in het dagelijks functioneren en een verminderde kwaliteit van leven. De medische en maatschappelijke kosten zijn hoog als gevolg van een verhoogde zorgconsumptie (medisch shoppen), arbeidsongeschiktheid en uitkeringen. Gelet op de nadruk op gedragsmatige factoren die de klachten in stand houden, is behandeling in en financiering vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) de aangewezen wijze.

Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Minstens 20% van de mensen die in Nederland de huisarts bezoeken, lijdt aan ernstige lichamelijke klachten die na medisch somatisch onderzoek niet goed te verklaren zijn. Bij medische specialisten ligt dat percentage zelfs tussen de 25 en 60%. Het zijn de zogeheten Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (OLK), vaak ook Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) genoemd. Voorbeelden zijn de ernstige onverklaarde pijnklachten, chronische vermoeidheid, buikklasten of uitvalsverschijnselen. Behandeling binnen de GGz waarin zowel aandacht is voor de lichamelijke als de psychische factoren, blijkt meestal effectief te zijn voor deze patiëntendoelgroep.

Het is wetenschappelijk aangetoond dat zodra deze patiënten binnen de GGz worden behandeld, er een substantiële afname is van ziekenhuiskosten, bezoeken aan de huisarts, bezoeken aan de medisch specialist en de eerste hulpafdelingen. Worden deze patiënten niet meer in de GGz behandeld dan zullen de medische kosten met minimaal 45 % stijgen. Dit zijn alleen de directe medische kosten. De directe en indirecte kosten die het gevolg zijn van verzuim, arbeidsongeschiktheid, beroep op uitkeringen, aanpassingen van woningen en vervoersmiddelen e.d. zijn hierin niet meegenomen.

Verklaringsmodel

Het biopsychosociale model wordt binnen veel richtlijnen gehanteerd als het meest treffende model dat een verklaring biedt voor het ontstaan en de instandhouding van OLK. Het biopsychosociale model stelt dat ziekte en gezondheid altijd het resultaat is van een complex samen-

spel van biologische, psychologische en sociale factoren, inclusief gedrag. Of het nu gaat om het ontwikkelen van gezondheidsklachten of juist het handhaven van de gezondheid dan wel het snelle of juist vertraagde herstel na een ziekte of een verwonding, altijd zullen genoemde drie factoren hun invloed doen gelden. De invloed van iedere factor is geen constante, maar kan per situatie en zelfs ook binnen individuen van het ene op het andere moment sterk fluctueren.

Het (ineffectieve) gedrag is vaak een instandhoudende factor van de aanwezige klachten. Gedrag moet daarbij worden gezien als een resultante van gedachten/overtuigingen (cognities) die iemand heeft ten aanzien van de klachten en de gevoelens die deze oproepen. Pijn wordt over het algemeen herkend als een signaal dat iets in het lichaam beschadigd is. Vaak leidt dit ertoe dat iemand inactief gedrag gaat vertonen. Wanneer de pijn daarnaast ook nog eens irreële cognities oproept (bijvoorbeeld de overtuiging dat er sprake is van een ernstige beschadiging of een ernstige ziekte), zal dit leiden tot (spier)spanning en beweegangst. Zo kan iemand in een negatieve spiraal belanden, waar moeilijk zelfstandig uit te komen is.

Vijf dimensies

Een gecombineerde somatische en psychologische aanpak in diagnostiek en behandeling biedt uitkomst. In de richtlijnen van zowel bedrijfsartsen

als huisartsen komt het SCEGS-model steeds vaker naar voren om hiervoor handvatten te bieden. SCEGS is een afkorting van de 5 dimensies die in de diagnostiek en behandeling terug zouden moeten komen: Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale dimensies.

Voor gedegen onderzoek op deze SCEGS-dimensies dient een multidisciplinair onderzoeks- en behandelteam te worden gevormd bestaande uit somatische

‘Worden deze patiënten niet meer in de GGz behandeld dan zullen de medische kosten met minimaal 45 % stijgen’

professionals zoals (psychosomatische) fysiotherapeuten en bewegingsdeskundigen, en psychologische specialisten zoals psychotherapeuten, psychiaters en/of psychologen.

Diagnostische fase

Het onderzoek maakt duidelijk wat de predisponerende, oorzakelijke en instandhoudende factoren zijn. Er wordt getoetst op welke dimensies de sterkste overtuigingen zitten die binnen de behandeling aangepakt dienen te worden. De psycholoog krijgt in deze fase inzicht in de copingstijl en cognities van de patiënt ten aanzien van de gepresenteerde klachten. Ook de sociale context wordt in de anamnese in kaart gebracht. De sociale context speelt een belangrijke rol bij het ontstaan en instandhouden van de klachten.

De fysiotherapeut beoordeelt het aspectieve karakter van de klacht (is er echt geen medische oorzaak?) en test de fysieke belastbaarheid. Ook kijkt de fysio-

MIJN FYSIO ONLINE



Mijn Fysio Online verandert de wereld van fysiotherapeut en patiënt voorgoed

Fysiotherapie 2.0

- De patiënt voert steeds meer de regie en vervult een actieve rol binnen de behandeling.
- De patiënt neemt meer verantwoordelijkheid; u als fysiotherapeut treedt meer op als coach.
- U sluit meer bij uw patiënten en hun veranderende behoeften aan.
- Fysiotherapie waar en wanneer de patiënt én de fysiotherapeut het uitkomt ('het nieuwe werken').
- Anticipatie op dreigende arbeidstekort in zorgsector (en ook fysiotherapie sector).

Mijn Fysio Online is vooralsnog alleen beschikbaar voor UVIT verzekerden.

Heeft u belangstelling voor Mijn Fysio Online? Wilt u meer informatie?

Neem dan contact met ons op via www.defysioonline.nl, kies Mijn Fysio Online en kies 'meer weten?'

Zie ook: www.movemens.nl/mijnfysioonline



therapeut naar het beweeggedrag en de aanwezigheid van beweegangst.

De psychiater heeft binnen de diagnostische fase vooral een belangrijke rol in het uitsluiten van een somatische verklaring voor de aandoening. Daarnaast kijkt de psychiater of er sprake is van comorbiditeit. Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met OLK 3 tot 6 keer meer last hebben van somberheid, angst en gezondheidsangst. In de diagnostische fase beoordeelt de psychiater met de psycholoog samen deze co-morbiditeit. Getoetst wordt in hoeverre er een relatie ligt tussen de OLK-klacht en een andere klacht. Wanneer bijvoorbeeld sprake is van een ernstige depressie, kan het zijn dat het eerst medicamenteus behandelen van deze depressie een voorwaarde is om te kunnen werken aan de OLK.

Multidisciplinaire behandeling

Na het onderzoek is het belangrijk dat het behandelteam gezamenlijk een behandelplan opstelt waarin hele duidelijke functioneringsdoelen worden geformuleerd, dit in overleg met de patiënt. Gedurende de behandeling is regelmatige afstemming

nodig voor de juiste rolverdeling waarbij de doelen in het oog gehouden worden.

De behandeling van de psycholoog of psychotherapeut kent meerdere doelstellingen. Een belangrijk onderdeel is psycho-educatie: de patiënt wordt uitleg gegeven over en inzicht geboden in zijn klachtenbeeld, om zo irreële cognities op dit vlak weg te nemen. Bij pijn is het bijvoorbeeld belangrijk om duidelijk te maken dat chronische pijn vaak geen signaalfunctie meer heeft voor weefselbeschadiging. Daarnaast is het belangrijk om de locus of control te verleggen van extern naar intern. Oftewel, de patiënt dient weer zelf de regie te nemen over zijn klachten. Vaak denkt de patiënt dat hij zelf niets kan doen om de klachten te verminderen. Hij denkt dat alleen anderen (behandelaars) nog iets kunnen doen aan de klachten.

Een andere belangrijke doelstelling is dat de patiënt effectieve copingstrategieën aanleert. Wanneer inzichtelijk is gemaakt welke factoren de klachten hebben veroorzaakt en hoe deze in stand worden gehouden, leert de patiënt hoe hij moet omgaan met situaties die normaal leiden

tot een toename van klachten. Dit geldt ook voor het aanleren van vaardigheden op het gebied van stressherkenning en -reductie. Stress is een gezonde reactie van het lichaam als voorbereiding op een activiteit. Bij mensen met OLK leidt stress tot een provocatie van klachten. Inzicht in het begrip stress en het aanleren van ontspanningstechnieken moeten voorkomen dat de klachten hierdoor geprikkeld worden.

Een fysiotherapeut werkt binnen de behandeling vooral aan het doorbreken van de beweegangst. Wanneer een OLK-patiënt een lage fysieke belastbaarheid heeft, kan een kleine lichamelijke inspanning al leiden tot een reactie van het lichaam. Patiënten ervaren dit als een bedreiging voor het lichaam, wat leidt tot een toename van (spier)spanning en zorgen. Men zal hierdoor beweging en activiteiten gaan mijden. Dit heeft tot gevolg dat de fysieke belastbaarheid verder zal dalen. Het verhogen van de algehele belastbaarheid is dan ook een belangrijk ander doel. Door deze te verhogen is de patiënt fysiek weerbaarder, voelt zich lekkerder in zijn vel en ervaart hij dat hij ondanks zijn klachten veel dingen wél kan. Naast psycho-educatie krijgt de patiënt ook 'fysio-educatie' om ook vanuit een fysieke bril inzicht te geven in zijn klachtenbeeld, zodat dit bijdraagt aan het wegnemen van irreële cognities.

Gelet op de sterk gedragsmatige werkwijze (ook op het fysieke vlak), kan gesteld worden dat de GGz de aangewezen plek is voor behandeling. Binnen de financieringsstructuur (aan de hand van DBC's) bestaat de mogelijkheid om tijd van zowel de psychologische als de somatische professional op te nemen. Bovendien is aangetoond dat niet alleen bij OLK een multidisciplinaire aanpak de meeste effectieve wijze is. Ook bij aan-



doeningen die als ‘zuiver psychologisch’ worden bestempeld (bijvoorbeeld angst, depressie, burnout etc.), is bekend dat een gecombineerde aanpak van gespreks-therapie en een beweegprogramma de meest effectieve werkwijze is.

gaan op onder meer diagnostiek, het stepped-careprincipe en behandelset-tingen. Aan de hand van deze richtlijn kunnen behandelaars beslissingen nemen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en case-management van

als van het kwaliteitsinstituut in de zorg (CBO).

- Complex Regionaal Pijn Syndroom: deze richtlijn is opgesteld op initiatief van de Nederlandse verenigingen voor revalidatieartsen en anesthesiologen, in het kader van het programma ‘Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling’ van de orde van medisch specialisten.
- Chronische Vermoeidheid Syndroom: een Nederlandse richtlijn is in de maak; wel bestaan er vertaalde Canadese en Engelse richtlijnen waarbinnen de multidisciplinaire aanpak terugkomt.
- Hypochondrie: dit klachtenbeeld komt terug binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen van het Trimbos instituut.

‘Een multidisciplinaire behandeling bij OLK-patiënten is effectief; dit komt terug in richtlijnen die zijn ontwikkeld rondom typische OLK-beelden’

Bewezen aanpak

Dat een multidisciplinaire behandeling bij OLK-patiënten effectief is, is ook terug te vinden in richtlijnen die zijn ontwikkeld rondom typische OLK-beelden. Voor onderstaande klachtbeelden zijn (recent) richtlijnen verschenen waarin een multidisciplinaire aanpak (van somatische en psychologische begeleiding) beschreven wordt:

- SOLK-richtlijn: dit is een algemene richtlijn, uitgegeven door het Trimbos-instituut. In de richtlijn wordt inge-

SOLK, gebaseerd op wetenschappelijk getoetste methodieken.

- Whiplash: deze richtlijn is verschenen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, met ondersteuning van het kwaliteitsinstituut in de zorg (CBO), in het kader van het programma ‘Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling’ van de orde van medisch specialisten.
- Lage a-specifieke rugpijn: er zijn meerdere richtlijnen op dit vlak, zowel vanuit het genootschap voor fysiotherapie

Volwassenheid in aanpak

Al sinds begin jaren ‘90 worden programma’s aangeboden voor mensen met chronische, onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Partijen die deze programma’s hebben ontwikkeld en uitgevoerd (bijvoorbeeld De Gezonde Zaak

en het voormalige Rug Advies Centrum), deden dit vooral voor verzuimende werknemers. De werkgever betaalde de kosten voor dit programma omdat de programma's niet gefinancierd werden door zorgverzekeraars. Werkgevers namen deze kosten op zich, omdat zij gebaat waren bij (versneld) herstel van een langdurig verzuimende werknemer. Het productieverlies werd hiermee beperkt, de werkgever diende minder onnodige loonkosten te betalen en een 'Pembaote' kon worden voorkomen.

'De multidisciplinaire aanpak is inmiddels onomstreden'

Ruim 20 jaar later is de erkenning voor de multidisciplinaire aanpak onomstreden en is meer dan duidelijk dat deze ook voor zorgverzekeraars leidt tot besparingen. Wetenschappelijk is aangetoond dat:

- OLK-patiënten die niet geholpen worden binnen de GGz geneigd zijn veel (verschillende) artsen te bezoeken en veel medisch somatische onderzoeken en behandelingen te ondergaan, zonder dat dit hun gezondheid ten goede komt. Hierdoor verbruiken ze waarschijnlijk twee keer zoveel aan medische kosten dan patiënten met verklaarde lichamelijke klachten.
- OLK-patiënten die lang éézijdig in de somatische medische zorg verblijven en geen beroep (kunnen) doen op geïntegreerde behandeling binnen de GGz, medische overconsumptie zullen ontwikkelen, wat leidt tot hogere kosten.
- geïntegreerde zorg (met aandacht voor somatisch én psychologische factoren) binnen de GGz bij patiënten met OLK

hun medische consumptie vermindert. Als deze patiënten daarentegen een beroep doen op aparte somatische en psychologische hulp, dan zullen de totale medische kosten drastisch stijgen.

- psychologische behandeling van OLK binnen de GGz leidt tot een substantiële afname van ziekenhuiskosten, bezoeken aan huisartsen, bezoeken aan medisch specialisten en de eerste hulpafdelingen. Deze kostenbesparing is groter dan de kosten van de psychologische behandeling binnen de GGz.

Naast deze wetenschappelijk aangetoonde aspecten levert vertraagde of minder adequate behandeling ook verlies van kwaliteit van leven bij patiënten op en lopen de kosten wat betreft verzuim en arbeidsongeschiktheid onnodig op.

Het netwerk van instellingen dat dergelijke multidisciplinaire programma's aanbiedt wordt steeds groter. Dit blijkt wel uit het aantal leden dat al is aangesloten bij het NOLK, nog voordat dit officieel van start is gegaan.

Met de oprichting van het netwerk bundelen deze partijen hun krachten richting politiek en zorgverzekeraars, onder andere voor de erkenning dat deze vorm van somatische klachten thuis hoort binnen de financiering van de geestelijke gezondheidszorg. Hiermee moet ook worden bewerkstelligd dat verwijzers sneller verwijzen naar de juiste hulp, maar ook dat patiënten zelf inzien dat lichamelijke klachten in veel gevallen beter behandeld worden in een GGz-setting dan in een somatische setting. En aan de diversiteit van de leden te zien, zijn zowel somatische als geestelijke instellingen het op basis van wetenschappelijk onderzoek hierover eens. □

Meer informatie ➔ www.moveemens.nl

Een nieuw netwerk: NOLK

Op 24 november 2011 wordt tijdens het landelijke congres 'Onverklaarde Lichamelijke Klachten 2011: Lichaam en geest: één zorg!' het Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK) officieel gelanceerd.

Instellingen die lid zijn van het Netwerk Onvoldoende Lichamelijke Klachten zijn Accare, Altrecht psychosomatiek, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, De Gezonde Zorg, Dimence/ Tactus, GGZ inGeest, GGZ NoordHollandNoord, GGZ Rivierduinen, Groot Klimmendaal, Revalidatiecentrum, Leids Universitair Medisch Centrum, Lievegoed zorggroep, Medisch Centrum Leeuwarden, MoleMann mental health clinics, PsyQ, Rijksuniversiteit Groningen, Rode Kruis ziekenhuis, St. Antoniusziekenhuis, TweeSteden ziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Utrecht, ViaReva revalidatiecentrum, VU-Medisch Centrum, Yulius/ COLK, Ziekenhuis Groep Twente en Ziekenhuis Rivierenland

NOLK wil:

- de zorg voor patiënten met OLK (online sociale kaart) in kaart brengen;
- voldoende gedifferentieerde behandelmogelijkheden nastreven;
- afdoende doorverwijsmogelijkheden helpen creëren;
- evidence based behandelingen en richtlijnen ontwikkelen en invoeren;
- bruikbare concepten breder toepasbaar maken door uitwisseling en 'van elkaar leren';
- onderzoek en onderwijs stimuleren en in kaart brengen.