



SOLK

Professionals aan het woord

ProScoop

Voor goede zorg en gezondheid dichtbij

Inhoud

Voorwoord	3
Tim olde Hartman, huisarts en onderzoeker	4
Judith van Rosmalen, hoogleraar psychosomatiek	6
Joris van Driel, kinderarts	8
Yvonne Lepelaars, Jeugdverpleegkundige GGD IJsselland	10
Marten Klaver, neuroloog en stressortherapeut	11
Christine Deurman, arts en medisch adviseur	12
Rene van Oosterwijk, revalidatiearts	16
Han Hollander, psychosomatisch therapeut	18



Voorwoord



We hebben allemaal wel eens te maken met fysieke klachten. Buikpijn bij één van je kinderen die bang is voor een proefwerk op school. Of die collega met hoofdpijn- en nekkklachten waarvan je weet dat hij thuis veel aan zijn hoofd heeft. Er zijn steeds meer mensen bij wie dergelijke klachten langdurig blijven bestaan. En die vanwege deze klachten bij een dokter komen. Als de dokters niets kunnen vinden, spreken we over SOLK; somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

Het aantal mensen met SOLK neemt snel toe. Schattingen van de aantallen lopen uiteen, maar de zorgverleners en onderzoekers die in deze brochure aan het woord komen zijn er helder over: SOLK heeft een hoge urgentie en behoeft aandacht. SOLK legt een onnodig zware last op onze gezondheidszorg en brengt hoge zorg- en maatschappelijke kosten met zich mee. Kinderen verzuimen op school. Volwassenen vallen uit op het werk. Mensen met SOLK hebben maar al te vaak het gevoel niet gezien te worden. Of niet gehoord. Zij hebben het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Van doorverwijzing naar doorverwijzing en van specialist naar specialist. Zonder een oplossing te vinden voor hun klachten.

Dit is frustrerend voor patiënten, maar ook voor professionals. SOLK is voor professionals vaak lastige materie. De ervaring leert dat velen het moeilijk vinden om SOLK bespreekbaar te maken. Om SOLK te behandelen. Of om mensen te vinden waar de SOLK-patiënt aan het juiste adres is. Terwijl SOLK-patiënten met de juiste therapeut een oplossing kunnen vinden voor hun klachten.

Als Proscop zetten we ons in om SOLK voor het voetlicht te brengen en ondersteunen we tal van projecten op het gebied van SOLK. We zijn betrokken bij regionale samenwerkingsverbanden en organiseren diverse bijeenkomsten. Dat doen we niet alleen. Op allerlei plekken zetten professionals zich met hart en ziel in om de problematiek rond SOLK op de kaart te krijgen en waar mogelijk op te lossen. In deze brochure vertellen een aantal professionals hoe zij dit doen. Van huisarts tot specialist en van psychosomatisch therapeut tot onderzoeker. Elk geven zij hun unieke kijk op SOLK en de manier waarop zij daarmee omgaan. Deze verhalen leiden hopelijk tot inspiratie en enthousiasme bij u als lezer. En tot het gevoel van urgentie om de zorg voor SOLK-patiënten te verbeteren.

De boodschap die in ieder interview doorklinkt wil ik van harte onderschrijven: de oproep te luisteren naar het verhaal van de patiënt, de klachten serieus te nemen en samen te blijven zoeken naar een oplossing voor SOLK-problematiek.

Roeline Hubertse-Van Driel
Adviseur Proscop



Tim Oldehartman

**Huisarts en onderzoeker bij het Radboud UMC.
Eerste auteur van de NHG-standaard SOLK**

“Hoewel ik betrokken ben geweest bij het ontwikkelen van de verschillende standaarden op het gebied van SOLK noem ik het bij mijn patiënten nooit SOLK. Ik definieer het als chronisch lichamelijke klachten, waarbij we niet een heel direct lichamelijke oorzaak kunnen vinden, maar waarbij mensen wel buitengewoon veel last hebben van hun klachten.

Als huisarts ben je de ingang en tegelijk ook poortwachter. Als huisarts zien we heel veel SOLK, ik schat zo’n 10-15% van onze consulten, wat voor mij neerkomt op gemiddeld 3-4 mensen per dag. Bij de meeste mensen gaat het overigens vanzelf weer over, na wat onderzoek en uitleg. Er is maar een heel klein groepje, ik schat zo’n 1,5-2%, bij wie klachten aanhouden, de chronische SOLK. Dat zijn echter wel de mensen aan wie we vaak als eerst denken als het over SOLK gaat, maar dit is dus een relatief kleine groep.

De kern van de oplossing voor mensen met onverklaarde klachten ligt in communicatie en relatie, dus je moet in staat zijn een goede therapeutische arts-patiëntrelatie op te bouwen met je patiënt en je moet gewoon echt goed proberen te communiceren. En dat is vaak niet makkelijk. Dat begint met exploreren, dus goed uitvragen waar de klachten vandaan komen, wanneer ze ontstaan zijn, wat de ideeën en verwachtingen van patiënten zijn, wat de gedachten van patiënten zijn en welke invloed het heeft op gedrag en omgeving. Een van mijn PhD-studenten zegt ook altijd dat als je het niet snapt, je niet voldoende

geëxploreerd hebt. Als je echt probeert te snappen hoe het zit met de klachten bij die patiënt, dan komt er op een gegeven moment een punt waarop je denkt ‘ahaa nu snap ik het’. En dan is het probleem nagenoeg weg en is de spanning eraf. Het gaat erom dat je samen met de patiënt begrijpt waarom hij of zij op dat moment zoveel klachten heeft. Op het moment dat je dat weet is het leed geleden en kun je samen gaan kijken wat er veranderd kan worden om die klachten te verminderen. Ik denk dat het mijn taak als huisarts is dat mensen met matig-ernstige SOLK terugvloeien naar de lichte SOLK-groep, en niet doorschieten naar de ernstige SOLK-groep. Je kunt er niet altijd voor zorgen dat mensen klachtenvrij worden, maar je kunt er eigenlijk bijna altijd voor zorgen dat mensen minder last krijgen van hun klachten.

Patiënten met onbegrepen klachten horen bij een huisarts, en in principe niet bij een medisch specialist, psycholoog of revalidatiearts. Het is jouw verantwoordelijkheid als huisarts om deze taak te pakken. Soms heb je de medisch specialist even nodig, omdat je als huisarts het niet helemaal zeker weet of de patiënt zelf onzeker is over de klachten. Ook zijn er geregeld mensen met onverklaarde klachten die we doorsturen naar een psycholoog, als blijkt dat er bijvoorbeeld in het verleden dingen zijn gebeurd die verwerkt moeten worden. Dan is er nog de hele ernstige SOLK. Zij hebben een multidisciplinaire behandeling nodig, waarbij revalidatieartsen, psychologen en psychiaters gezamenlijk behandelen. Maar dit gaat echt maar om een heel kleine groep. De huisarts is het filter. Ik zeg altijd dat SOLK-patiënten je leren om een goede huisarts te zijn. Die leren je om goed te communiceren en een goede arts-patiëntrelatie op te bouwen. Als je dat goed kunt dan ben je een heel eind als huisarts denk ik.

Investeren in lange termijn

Een belangrijk knelpunt bij SOLK zijn de vooroordelen van veel dokters en hulpverleners. Die had ik ook voordat ik me verdiepte in het onderwerp. Inmiddels weet ik dat veel van die vooroordelen, zoals dat het een karaktereigenschap of een persoonlijkheidsstoornis zou zijn, niet kloppen. Dat blijkt ook uit wetenschappelijk onderzoek. Het is dus belangrijk deze vooroordelen bij zorgverleners weg te nemen, dan kan je mensen beter behandelen en begeleiden. Een ander knelpunt is tijd. Het kost veel tijd om mensen goed te behandelen. Aan de andere kant ben ik ervan overtuigd dat als je in het begin veel investeert, je die tijd uiteindelijk dubbel en dwars weer terug krijgt, want die mensen zijn veel eerder gerust gesteld en frequenter niet meer je spreekuur. Dus je moet investeren om uiteindelijk die tijds winst te hebben. In een hele drukke praktijk is dit

natuurlijk wel lastig. Nog een knelpunt is de samenwerking tussen disciplines. Er moet goede communicatie zijn en goede verwijslijnen in je regio. Ik weet precies bij wie ik moet zijn in mijn regio, maar dat heeft niet elke arts.

Mijn boodschap voor de zorg zou zijn: neem patiënten met onbegrepen klachten serieus, en wees nieuwsgierig. Daar is mijn behandeling op geënt, ik wil de patiënt en zijn of haar klachten begrijpen, dat heeft met mijn nieuwsgierigheid te maken. Ik plan daar extra tijd voor in, ik wil gewoon snappen hoe het zit. Het zijn niet de patiënten die me irriteren, het is het feit dat ik het niet begrijp, dat irriteert me. Er zijn patiënten in mijn praktijk met wie ik echt héél veel heb gepraat en waarbij we uiteindelijk snappen wat er aan de hand is. Die komen nog steeds eens per half jaar langs om te vertellen hoe het gaat.”





Prof. dr. Judith Rosmalen

**Hoogleraar Psychosomatiek
aan de Rijksuniversiteit Groningen**

“In het onderzoek in Groningen richten we ons als eerste op de vraag hoe SOLK ontstaat. We volgen grote groepen mensen over de tijd, om te zien wie SOLK-klachten ontwikkelen en of we daar misschien bepaalde factoren aan kunnen linken. Een voorbeeld daarvan is het cohort TRAILS, dat in 2001 is gestart met ruim 2200 kinderen van 10 tot 12 jaar. Een deel van die kinderen, zo’n 15%, hebben relatief veel onbegrepen lichamelijke klachten. We weten nog niet goed wat voorspellende factoren zijn. Wat we wel weten is dat bij twee derde van de kinderen de klachten vanzelf weer overgaan. De groep waar de klachten niet vanzelf over gaan heeft een aantal kenmerken: het zijn vaker meisjes, ze hebben depressieve klachten en de ouders geven aan dat ze veel lichamelijke klachten hebben. Naast onderzoek naar de oorzaken ben ik ook bezig met onderzoek naar de behandeling van klachten. (zie kader)

Hoe vaak SOLK voorkomt hangt af van de definitie die je hanteert. We weten bijvoorbeeld wel dat ongeveer de helft van de mensen die bij de huisarts komen zonder diagnose naar huis gaat, maar noem je dat dan SOLK? Van patiënten bij de interne geneeskunde gaat zelfs twee derde zonder diagnose naar huis. Verder weten we dat in Nederland SOLK na dementie het duurste gezondheidsprobleem is dat we kennen en waar ongeveer 4,5% van ons zorgbudget aan opgaat. Dus het is duurder dan bijvoorbeeld diabetes of hart- en vaatziekten. Deze cijfers zijn echter vaak ‘onzichtbaar’, omdat SOLK-klachten onder veel verschillende codes worden weggeschreven (onder ICPC codes zoals vermoeidheid, rugklachten, prikkelbare darmsyndroom, etc.). SOLK-klachten worden dus versnipperd geregistreerd. Ondanks deze versnippering is bekend dat SOLK meer voorkomt dan bijvoorbeeld depressie, waar veel meer aandacht en financiering voor is en waar veel meer onderzoek naar gedaan wordt. Dit is mijns inziens totaal uit balans.

Denken in termen van oplossingen

De oplossing van SOLK begint al met het denken in termen van een oplossing. Veel mensen denken eerst de oorzaak te moeten weten, voordat naar een oplossing gewerkt kan worden, maar dat klopt niet altijd. We weten van een hoge bloeddruk bijvoorbeeld ook vaak de oorzaak niet, maar we hebben wel allerlei manieren om het op te lossen, bijvoorbeeld met behulp van medicatie en leefstijladvies. Dus ook al weten we de oorzaak niet, dan is het toch belangrijk om te zoeken naar oplossingen. Hiervoor is het belangrijk om goed naar de individuele patiënt te kijken en de context mee te nemen. Bij iedereen speelt wat anders en iedereen heeft dan ook een persoonlijke behandeling nodig. Een patiënt moet dus

heel goed in kaart gebracht worden en je moet per patiënt kijken naar hoe je de omstandigheden kunt aanpassen zodat de klachten verminderen. Want zelfs als patiënten dezelfde klachten hebben, kan de aanleiding verschillen. De huisarts heeft een hele belangrijke functie in het uitvragen van en het in kaart brengen van de patiënt. Een milde klacht kan hij of zij waarschijnlijk zelf goed behandelen, mocht het ernstiger worden dan kan bijvoorbeeld de POH-ggz of een psychosomatisch fysiotherapeut ingeschakeld worden. Een minderheid komt in aanmerking voor (hoog)specialistische ggz. Ik zie overigens ook een rol voor de jeugdgezondheidszorg, met name de schoolartsen. Schoolverzuim is een voorspeller voor een slechter beloop van klachten. Gelukkig heb ik wel het idee dat dit onderwerp de aandacht van schoolartsen heeft.

Knelpunten

Knelpunt nummer 1 in relatie tot SOLK is mijns inziens het onoverzichtelijke behandelaanbod. Waar vind jij als patiënt de juiste behandelaar? Of hoe moet de huisarts dit weten? Ik zou daarom pleiten voor lokale netwerken waarin zorgprofessionals samenwerken en elkaar kennen. Het is voor de behandeling van SOLK belangrijk dat een zorgverlener ervaring met SOLK heeft. Het is vaak erg zoeken naar waar deze mensen werken. Dus, wat is er voor aanbod? En is het dekkend voor de regio? Het volgende knelpunt is dat we eigenlijk ook nog niet goed weten voor wie welke behandeling het meest effectief is. Uiteindelijk moet je profielen creëren, zodat je weet welke behandeling de meeste kans op vooruitgang geeft wanneer een patiënt met bepaalde kenmerken zich bij de huisarts meldt. Verder is de systeemwereld ook een belemmering, aangezien je met zowel ggz als somatiek te maken hebt en dus met verschillende systemen en bekostiging. Hieraan kleeft vervolgens ook nog het stigma van het dualisme, de scheiding tussen lichaam en geest. Deze twee werelden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, zeker bij SOLK. Tenslotte wordt er vaak heel laatdunkend over SOLK gedaan, niet alleen door mensen uit de omgeving van de patiënt, maar ook door zorgprofessionals.

Om de zorg rondom SOLK te verbeteren moeten we werken naar gepersonaliseerde zorg: wat heeft een patiënt nodig? We moeten maatwerk leveren en behandelaren moeten hun behandeling afstemmen op de patiënt. Het verschil tussen patiënten moet groter zijn dan het verschil tussen beroepsgroepen. Het zou mooi zijn als mensen het onderwerp SOLK als een uitdaging zien in plaats van soms als een frustratie. En dat ze al hun kennis en kunde inzetten. Het is een ontzettend interessant onderwerp waarin je heel veel voor patiënten kunt betekenen.”

Voor de behandeling van SOLK is in Groningen een toolbox ontwikkeld onder de naam 'gr!p'. Deze kan zorgverleners uit allerlei disciplines ondersteunen bij de zorg voor patiënten met SOLK. Informatie over de toolbox is te vinden op www.gripopklachten.nl. Daarnaast is in samenwerking met onder andere Lineke Tak (psychiater) en Tim oude Hartman (huisarts), een E-learning module ontwikkeld, zodat zorgverleners dezelfde taal gaan spreken, dezelfde begrippen kaderen, en de patiënt centraal leren stellen. De E-learning gaat steeds meer gebruikt worden, ook in de opleidingen van bijvoorbeeld huisartsen. Voor de patiënten is dit erg belangrijk, die krijgen soms het gevoel dat ze overal wat anders te horen krijgen. Dit heeft vaak vooral met de taal van beroepsgroepen te maken. Met behulp van de E-learning kan dit probleem worden aangepakt. Deze is te vinden op www.elearningsolk.nl en is geaccrediteerd voor verschillende beroepsgroepen.



Joris van Driel

**Kinderarts in het Isala ziekenhuis en
initiatiefnemer van het netwerk Kinderen
en SOLK in de regio Zwolle**

“Als algemeen kinderarts zie ik het als mijn missie om mijn patiënten te helpen met hun zorgen. In een deel van de gevallen hebben de klachten een puur lichamelijke oorsprong. Tegelijk hebben mensen in een groot deel van de gevallen wel de zorgen, maar is er geen puur somatische oorzaak te vinden.

Bij een groot deel van de bezoeken aan de polikliniek is er uiteindelijk geen puur somatische oorzaak van de klachten. En ook voor die kinderen wil ik zorgen. Het zou toch ontzettend jammer zijn als die groep afgescheept wordt met de boodschap dat er niets aan de hand is. Want zij ervaren niet dat er niets aan de hand is. Gelukkig is er de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor SOLK gekomen. De consequenties kunnen namelijk best vergaand zijn. Als mensen geen verklaring krijgen van de dokter, blijft de zorg bestaan en blijven de klachten een rol spelen in hun leven. Vaak betekent dat veel bezoeken aan de huisarts en aan verschillende specialisten. Mijn doel is dan om samen met het kind en de ouders te zoeken naar een goede verklaring van de klacht. Om op die manier patiënten gerust te stellen.

Mensen melden zich niet met SOLK. Ze komen met verschillende klachten op allerlei plekken in het ziekenhuis binnen omdat ze zorgen hebben. De eerste stap is dan ook uitzoeken of iets SOLK is of dat er een somatische verklaring is. Als het helder is dat er sprake is van SOLK

kunnen we daarmee aan de slag. Onze vakgroep is actief betrokken geweest bij het opstellen van een nieuwe richtlijn voor SOLK bij kinderen. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen drie gradaties van SOLK: milde, matige en ernstige SOLK. Milde SOLK betekent dat iemand wel klachten heeft maar dat die geen ernstige hinder opleveren voor het dagelijks functioneren. Kinderen kunnen wel gewoon naar school, kunnen nog sporten. Die kinderen zijn vaak al geholpen met een goed gesprek over wat de oorzaak zou kunnen zijn. Bij de matige variant werkt enkel geruststellen niet. De klachten blijven in stand en dragen bij aan gedrag dat de klachten alleen maar verergert. Kinderen gaan niet meer naar school of bewegen nog minder waardoor de pijn bijvoorbeeld alleen maar meer wordt. In dat geval blijft een kind bij ons onder controle en bekijken we in ons multidisciplinair overleg wat de beste aanpak is. De behandeling is afhankelijk van de klacht en de omstandigheden van het kind. Vaak is een samenwerking met de fysiotherapeut en de psycholoog voldoende, soms moet de oplossing ook meer in de omgeving gezocht worden en haken andere partijen aan, zoals bijvoorbeeld een maatschappelijk werker.

Een multidisciplinaire aanpak is belangrijk omdat je bij ieder kind de vraag stelt: wat moet je behandelen? Ik denk dat het ontzettend belangrijk is dat je de samenhang tussen klachten en oorzaken goed in kaart brengt. Dat is lang niet altijd makkelijk; het zijn vaak gevoelige privé-zaken waar je over praat. Waarom is het niet gezellig thuis? Waarom is het niet leuk op school? Dat zijn misschien ook niet de gesprekken die mensen

bij een kinderarts verwachten. Toch past de rol van behandelcoördinator goed bij de kinderarts. Inherent aan SOLK is ook dat de klachten in de loop van de tijd veranderen. Dat kan bij ouders en kind twijfels oproepen. Is het misschien toch iets lichamelijks? Als kinderarts kun je die somatiek uitsluiten en vaak de twijfel wel wegnemen.

In de regio Zwolle zijn we een netwerk gestart van professionals die zich met SOLK bezighouden. Mede hierdoor hebben we inmiddels goed contact met collega's in de eerste lijn. Door het contact zijn de lijnen wat korter en weet je elkaar makkelijker te vinden. Als ik hier bijvoorbeeld een kind heb met milde SOLK, die nog

wel kan en wil sporten maar behoefte heeft aan wat begeleiding, is het fijn dat ik een van de aangesloten fysiotherapeuten in bijvoorbeeld Kampen kan bellen. Het kind kan dan in zijn eigen woonplaats geholpen worden en hoeft niet meer naar Zwolle te reizen. Misschien nog wel belangrijker is dat je doordat je elkaar kent en ontmoet, je dezelfde boodschap kan uitdragen. Daardoor laat je zien dat je als behandelaars op een lijn zit. Omdat ik denk dat SOLK de komende tijd alleen maar zal toenemen, is het erg belangrijk dat we blijven investeren in het infrastructuur zoals het netwerk Kinderen en SOLK. De tijd investeren om elkaar regelmatig en structureel te zien en te spreken betaalt zich mijns inziens dubbel en dwars terug."





Yvonne Lepelaars

Jeugdverpleegkundige GGD IJsselland

“Kinderen benaderen vanuit gezondheid.”

“SOLK laat voor mij heel goed zien hoe er in het algemeen wordt gekeken naar de relatie tussen lichaam en geest. De gebruikelijke opvatting is dat die gescheiden zijn. De term SOLK zegt het eigenlijk al: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Iemand heeft een lichamelijke klacht, maar er lijkt geen lichamelijke oorzaak. Als je lichaam en geest gescheiden ziet, kan dat dus niet en heb je een probleem.

In het deel van de JGZ waar ik in werk, van 12 jaar tot 18 jaar, lijkt de prevalentie van SOLK toe te nemen. Het begint vaak met buikpijn en hoofdpijn, soms slaapproblemen. Voor steeds meer jongeren is dat de start van een langer traject met veel ziekteverzuim.”

“Een van de oorzaken die ik zie is de toenemende druk op kinderen. Meer in het algemeen zie je dat we met z’n allen steeds meer willen geloven in maakbaarheid en dat we veel minder makkelijk stil staan bij ongemakkelijke dingen. Ouders zijn ook mondiger en nemen minder makkelijk dingen aan. Soms is het lastig als je het gevoel hebt dat er sprake is van SOLK en ouders blijven erbij dat het iets fysieks is. Binnen ons team werken we met intervisie om elkaar daarin te helpen.

Neem ouders en kind serieus

We hebben van de kinderen, zeker als ik ze zie en ze naar de middelbare school gaan, een heel dossier. Het

mooie van de JGZ is dat wij het kind benaderen vanuit het gezonde deel. Ik probeer dan ook altijd zoveel mogelijk te normaliseren, bijvoorbeeld door uit te leggen dat het gedrag van een kind normaal is in een bepaalde situatie. Het belangrijkste is dat je het kind en de ouders serieus neemt. De lichamelijke klachten zijn er, dat is het uitgangspunt. In een gesprek zul je samen op zoek moeten naar de oorzaak van de klacht, ook als het een niet lichamelijke oorzaak is.

Wat mij betreft zou de JGZ nog meer betrokken kunnen worden bij het helpen van kinderen met SOLK. Tegen de huisarts en de kinderarts zou ik willen zeggen: betrek de JGZ bij het multidisciplinair overleg. Daarmee kan de JGZ bijvoorbeeld ook de scholen wat ontlasten. Al is het soms best een klus, als we onze krachten bundelen en samenwerken met ouders en kind, komen we met elkaar een heel eind. Mijn oproep zou dan ook zijn: SOLK; Zoek de samenwerking met de jeugdgezondheidszorg, gezond opgroeien van 0-18 jaar!”





Marten Klaver

Als voormalig zenuwarts en neuroloog onderzocht hij de rol van emoties bij SOLK

“Op zoek naar de emotie.”

“In mijn praktijk als neuroloog kwam ik veel in aanraking met vage klachten. Ik schat wel 25% tot 50% van de mensen die ik zag. Mensen hebben pijn en zoeken een oorzaak. Dat was voor mij een reden om mijn onderzoek te starten. Want wat is pijn eigenlijk?”

Pijn is een onaangename lichamelijke sensatie. Maar de beleving van pijn wordt bepaald door de hersenen en de context. Er zijn verschillende soorten pijn. Het belangrijkste verschil is dat tussen acute pijn en chronische pijn. Chronische pijn moet je niet hetzelfde behandelen als acute pijn. Wat ik ontdekte in al het wetenschappelijk spuurwerk dat ik deed, was dat de chronische pijn ontstaat in het limbisch systeem. Daar wordt als het ware besloten of de pijn geremd of versterkt wordt. Dat laatste noemen we sensitiviteit. Ik leerde verder dat elke emotie pijn kan versterken. Emoties kunnen zich in het lichaam uiten en zo de pijn versterken. Door een verdrongen emotie bewust te maken onderbreek je als het ware de chronische pijn. Een belangrijke emotie die gebruik maakt van het pijnsysteem is afwijzing. Een emotie die zich uit in het lichaam heet een stressor. Het is als het ware een stoorzender aan de psychologische kant. De oplossing voor de klachten zit in het herkennen van de stressor. In mijn praktijk werk ik aan het wegnemen van de stressor.

Mijn ervaring in de gezondheidszorg is dat er bij lichamelijke klachten veel te vaak en te snel naar een lichamelijke oorzaak wordt gezocht. Niet zelden wordt een lichamelijke verklaring te makkelijk ingevuld. Men verwijst naar de

leeftijd, het hoort er nu eenmaal bij, naar hormonen of naar de genen. Bij zaken als fibromyalgie of chronische vermoeidheid wordt dan bijvoorbeeld gewezen naar ontstekingen. Dus naast het probleem van niet of niet voldoende verklaarde klachten, is er ook een probleem met het te snel invullen van een lichamelijke verklaring. Soms heb ik het idee dat er gezocht wordt naar een excuus om niet naar de psyche te hoeven kijken.

Tijd voor een nieuw paradigma

Traditioneel is het zo dat wanneer een psycholoog naar de oorzaak van een klacht kijkt, het bekeken wordt als een multifactorieel probleem. Men kijkt naar de (psychische) gevolgen en behandelt de klacht met cognitieve gedragstherapie. Ik pleit voor een heel ander paradigma: de psychologische oorzaak van onbegrepen klachten. De stressortherapie waarmee ik patiënten behandel en die ik ook onderwijs in bijvoorbeeld de opleiding voor psychosomatisch therapeut, pakt de belangrijkste negatieve factor aan. Als je de stressor weet te onderkennen en weet aan te pakken, sla je de spijker op z'n kop.

Behandelaars moeten zich bewust worden van de rol van emoties. Een huisarts moet leren en durven te praten over emoties. Dat is moeilijk omdat het soms wel lijkt alsof er een taboe op persoonlijke emoties ligt in onze samenleving. Ook bij de patiënten trouwens. Er is een wat ik noem het tussen-de-oren-taboe. Tussen de oren heeft de connotatie van inbeelden en aanstellen. Voor de patiënt betekent dat: het is mijn eigen schuld. SOLK gaat wat mij betreft over gewone psychologische zorgen die je niet goed op kunt lossen. De therapeut of behandelaar moet de patiënt laten zien wat hij of zij niet zag. Mijn boodschap aan collega's is dan ook: kijk op een andere manier naar SOLK. Zie dat er een psychologische oorzaak is die de klachten veroorzaakt. En bovenal: herken de sleutelpositie die emotie inneemt tussen lichaam en geest.”



Christine Deurman

Arts beleid & advies KNMG, medisch adviseur
zorgverzekeraar ENO

“Echt, SOLK is doodnormaal.”

“Lichamelijke klachten die niet verklaard worden door een lichamelijke afwijking of oorzaak. Ik zie het veel in mijn functie als medisch adviseur. Patiënten met ernstige klachten die zomaar ontstaan zijn, of na een ziekte, zoals een virusinfectie of een whiplash. Deze mensen hebben vragen of stuiten op problemen en zijn soms ten einde raad. Zij voelen zich niet serieus genomen. We zouden deze patiënten veel beter kunnen helpen als er minder volgens het biomedisch model en meer volgens het biopsychosociale model naar de klachten wordt gekeken.

Lichaam en geest

Dat lichaam en geest verbonden zijn, weet eigenlijk iedereen wel: als je zenuwachtig bent voor een presentatie voel je hartkloppingen, ga je wat zweten, moet je nog eens naar de wc en misschien voel je zelfs wel buikpijn. Dat is heel normaal. En het is net zo normaal dat allerlei factoren die in je leven spelen, invloed hebben op het ontstaan en het voortduren van klachten. Neem bijvoorbeeld stress op het werk of thuis, boosheid over de

klachten, bang zijn dat je klachten nooit meer overgaan en dagelijkse irritaties die klein lijken, maar die opgeteld je hersenen onbewust flink bezig kunnen houden. Want we hebben het hier altijd over een onbewuste invloed van de geest op het lichaam. De lichamelijke klachten zijn namelijk echt en zeker niet ingebeeld!

Natuurlijk moet een zorgverlener altijd kijken of er een aanwijsbare lichamelijke oorzaak is van de klacht. Maar als die oorzaak er niet is, dan heeft het geen zin om daar maar keer op keer naar te blijven zoeken. Juist als je geen lichamelijke oorzaak kunt vinden is het zinvol om goed te kijken naar alle psychosociale factoren die mogelijk een rol spelen. Dat geldt voor veel ziekten: hoe goed je in je vel zit, hoeveel steun je krijgt, hoe je omgaat met je ziekte etc, heeft invloed op hoe je je voelt. We denken en handelen nog te vaak enkel vanuit het biomedisch model. En met ‘we’ bedoel ik de zorgaanbieders, maar ook de zorgverzekeraars. Met de blik alleen op de biomedische kant, doen we de patiënt tekort.

Communicatie is het oliemannetje

Het is belangrijk dat SOLK besproken en uitgelegd wordt. Daarmee laat je zien dat je de patiënt serieus neemt. Het helpt wanneer we een positieve houding aannemen ten aanzien van de patiënt en zijn klachten. Om de betreffende richtlijnen en zorgstandaarden uit te voeren, is duidelijke communicatie met de patiënt over de oorzaken en gevolgen van SOLK heel belangrijk. Het helpt als iedereen die betrokken is bij deze patiënt dezelfde taal spreekt, bereid is over de schotten te kijken en begrijpelijke taal gebruikt bij zowel de patiënt als bij andere betrokken zorgverleners.

Huisarts als spil in het web

Het zwaartepunt bij de aanpak en behandeling van SOLK ligt bij de huisarts. Dat is de meest integrale zorgverlener, de spil in de communicatie met de patiënt en degene die de samenwerking met andere behandelaars inzet en aanstuurt. Momenteel zijn er interessante initiatieven - van enthousiaste mensen - om verandering op gang te brengen en zorgverleners te ondersteunen. Denk daarbij aan de netwerken NOLK en SOLKnet (landelijk en regionaal), aan actuele onderzoeken, zoals dat van Judith van Rosmalen, maar ook aan online nascholing zoals 'Grip op klachten'. En het NHG heeft SOLK ook als een speerpunt benoemd. Daarnaast zou er wat mij betreft in de opleiding geneeskunde meer aandacht moeten komen

► Lees verder op pagina 15





Vervolg van pagina 13

voor SOLK en het biopsychosociale model. Ook zou de communicatie tussen arts en patiënt over psychosociale factoren meer aandacht moeten krijgen.

SOLK op de agenda

Ik zie dat het ingewikkeld is en zeker niet zomaar op te lossen. Maar het gaat hier om een verandering in het zorgveld die wij als zorgverzekeraar belangrijk vinden. Landelijk volgen we de ontwikkelingen en brengen SOLK ter sprake bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In de regio Deventer staat SOLK op de agenda in onze samenwerking met de Huisartsencoöperatie Deventer en omstreken (HCDO).

Een stap in de goede richting is dat er - in samenspraak met de HCDO - contractering tot stand is gekomen waarin meer tijd is ingeruimd voor de patiënt. Dit hebben we gekoppeld aan een scholing voor huisartsen. In deze scholing ligt de nadruk op een andere benadering van de patiënt, passend bij het project Gezondheid en Gedrag. Het uitgangspunt van dit project in Deventer is de eigen beleving en regie van de bewoner/patiënt op zijn gezondheid en welbevinden.

Een andere regionale ontwikkeling waar ik blij mee ben, zijn de netwerken rondom kinderen met SOLK in Deventer e.o. Het is belangrijk dat netwerken van huisartsen, JGZ-artsen, paramedici, GGZ-professionals, professionals uit sociale wijkteams, gemeentelijk domein en het onderwijs elkaar kennen en goed met elkaar samenwerken.

Toekomst

Ik zie dat we een beweging aan het maken zijn en dat zorgaanbieders meer achter het biopsychosociaal model gaan staan. De psychosomatisch oefen- en fysiotherapeuten laten wat dat betreft in de eerste lijn goede voorbeelden zien, met hun integrale benadering. Met een scherpe blik op hun communicatievaardigheden, waarbij het oog gericht is op uitleg over het ontstaan van klachten en op wat belangrijk is in het leven van de patiënt. Als we komen tot een gezamenlijke aanpak en daarbij onze blik verruimen van biomedisch naar biopsychosociaal, wordt SOLK een kans in plaats van een probleem."

Biomedische model

Het gangbare mensmodel in de medische wetenschap is het biomedische model, waarin ziekte wordt gereduceerd tot een probleem in biologische processen. In het biomedische model heeft de arts de taak om de verstoorde processen terug te brengen tot hun oorspronkelijke evenwicht. Dit model gaat uit van objectieve waarneming en falsifieerbare hypothesen, en is daarmee een klassiek wetenschappelijk model.

Biopsychosociale model

Psychologische en sociale aspecten worden in het biomedische model genegeerd, terwijl ze wel een belangrijk onderdeel vormen van het ziek zijn. Gedrag en omgeving zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte.

Bron: Wikipedia

ENO is een zorgverzekeraar, gevestigd in Deventer, met de merken Salland Zorgverzekeringen, ZorgDirect en HollandZorg. Ook is Zorgkantoor Midden Nederland ondergebracht bij ENO.



Rene van Oosterwijk,

**revalidatiearts en medisch directeur
bij CIR Revalidatie**

“Bij SOLK draait het om de regie.”

“De SOLK-standaard beschrijft wat mij betreft precies waar het bij SOLK om draait: reële klachten van mensen die niet in verhouding staan met het somatisch defect. Tegelijk ben ik niet heel blij met de naam SOLK. Het blijft het gevoel geven dat we het niet weten. Het blijft onduidelijk, terwijl we eigenlijk al heel veel weten over bv. de invloed van psychologische factoren. Wat dat betreft worden er nog te weinig stappen gemaakt en wordt er wat mij betreft in de zorg nog niet voldoende gewerkt vanuit het biopsychosociale model.

Ik merk in mijn werk als revalidatiearts dat SOLK goed is uit te leggen aan patiënten. Als ik praat over SOLK van het bewegingsapparaat, je moet dan denken aan chronische klachten als rug- en nekklachten, en bijvoorbeeld whiplash, dan leg ik uit dat het zenuwstelsel gevoeliger is geworden, waardoor de klachten eigenlijk erger zijn dan somatisch te verklaren is. Eigenlijk is er sprake van een softwareprobleem. Dat is iets wat mensen wel begrijpen. Het is belangrijk om goede voorlichting te geven, het aan mensen uit te leggen. Goede voorlichting is eigenlijk een voorwaarde voor goede, snelle en doelmatige zorg.

In de revalidatie zijn we al twintig jaar bezig met sensibilisatie, een fenomeen waarbij patiënten echte, chronische pijn ervaren als gevolg van een probleem met de pijnprickelverwerking in het centrale zenuwstelsel. Pas recent zie je dat dat ook in de huisartsenpraktijk een plek krijgt en dat het wordt ingevlochten in de zorg. En dan ook nog niet overal, sommige therapeuten in de eerste lijn blijven somatiserende behandelingen bieden bij patiënten met chronische klachten. Ik denk dat het daarom goed is dat er meer aandacht voor SOLK komt in de eerste lijn. En dus niet alleen bij de huisartsen, maar ook bij de therapeuten.

In de revalidatiepraktijk gericht op chronische pijn zijn mijns inziens de meeste patiënten SOLK-patiënten. Bij chronische pijn staat de klacht soms niet meer in verhouding met de somatische oorzaak. Een voorbeeld daarvan is iemand die 15 jaar na een hernia nog veel beperkende klachten heeft. Daar kan dan meer aan de hand zijn dan alleen een fysiek probleem. Er worden vier soorten SOLK onderscheiden. Algemene SOLK (bv. vermoeidheid), buikklachten, thoracale klachten en SOLK van het bewegingsapparaat. En hoewel we als revalidatieartsen ons met name op die laatste categorie richten, zouden onze inzichten en behandelstrategieën ook een belangrijke rol kunnen spelen bij de eerste categorie, de meer algemene SOLK. Er is namelijk heel veel overlap. Waar het in de revalidatie om draait is dat patiënten weer het gevoel van regie terugkrijgen. We zijn niet zozeer gericht op het wegnemen van het defect of de klacht. Het is soms niet reëel genezing te beloven.

Regie op het eigen functioneren en de mogelijkheid weer te participeren, op school of op het werk, is daarom veel belangrijker.

Gedragsmatige behandeling

De behandeling van SOLK start met een analyse vanuit het biopsychosociale model. Je kijkt naar zowel biologische, fysieke aspecten als naar psychologische en sociale factoren die een rol kunnen spelen. Om van daaruit te starten met een gedragsmatige behandeling. De patiënt moet een keus maken: wil ik dit wel, of wil ik dit niet? Mensen wordt gevraagd naar hun eigen aandeel te kijken, zonder ze het idee te geven dat ze schuld hebben. Dat is iets wat je goed moet uitleggen. Pas als patiënten beseffen dat ze zijn vastgelopen kun je verder. Met gedoseerde, coachende fysiotherapie, maar ook door patiënten via behandeling inzicht te geven in gedrags- en denkpatronen. Hoewel er voor de huisarts een goede richtlijn SOLK is, lijkt het ermee werken nog niet goed van de grond te

komen. Een belangrijke reden daarvoor is volgens mij het feit dat de huisarts niet de tijd heeft om door te vragen en met de patiënt op zoek te gaan naar de achterliggende oorzaak. Alleen geruststellen is niet voldoende, een patiënt moet inzicht krijgen en dan kan bijvoorbeeld een gedragsmatige behandeling volgen. Dat vraagt een (tijds) investering van de huisarts. Het vraagt ook dat de huisarts zijn eigen verwijspatroon onderzoekt. Weet je als huisarts de psychosomatisch therapeut voldoende te vinden?

Een goede ontwikkeling is dat er steeds meer en beter samengewerkt wordt. Ook met de zorgverzekeraars op het gebied van toegankelijkheid en vergoedingen. Vanuit het CIR, en samen met andere partijen in het kader van het regionaal pijncentrum in Zwolle, maken we inmiddels goede ketenafspraken. Met de huisartsen zijn er afspraken over doorverwijzing en aan de hand van vragenlijsten willen we in de toekomst de effecten van die samenwerking monitoren.”





Han Hollander

Psychosomatisch fysiotherapeut in Zwolle en Nieuwleusen, sinds 2016 voorzitter van het Netwerk Psychosomatiek Zwolle e.o.

“De aandacht van de wetenschap ligt bij de biomedische as, dat zit de ontwikkeling van psychosomatiek in de weg.”

SOLK heeft op de eerste plaats de officiële definitie, vastgelegd in de zorgstandaard SOLK; het gaat om lichamelijke klachten die langer dan enkele weken aanhouden en waarbij na medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die deze klachten voldoende verklaard. Ik vind het belangrijk de definitie aan te scherpen met als belangrijkste vraag: wat is verstoring, wat is de belangrijkste factor die ten grondslag licht aan het klachtenbeeld? Het is een ‘stressor gerichte’ benadering waarbij je probeert de storende psychologische factor (de stressor) op te sporen. Het doel is deze onderliggende storing te neutraliseren. Het zogeheten ‘gevolgenmodel’ is een andere benadering.

Door de klachten te ontrafelen en te plaatsen in een biopsychosociaal kader, creëer je ruimte om de instandhoudende factoren aan te pakken. Ik probeer vanuit beide invalshoeken te behandelen, ‘stressor gericht’ als het kan, het ‘gevolgenmodel’ vanuit het richtpunt dat de patiënt de eigen regie krijgt.

De patiënt komt bij mij vaak nog zoekend naar een medische verklaring. SOLK is voor mij het handvat dat mij helpt om de patiënt mee te nemen en te verhelderen. Met het doel dat de patiënt de focus verlegt naar de vraag: ‘Hoe ga ik verder met de klachten die er zijn?’.

Ik schat dat ik 90% van de SOLK-gerelateerde patiënten binnen zie komen op doorverwijzing van huisarts of specialist. In de verwijzing tref ik de diagnose SOLK, meestal de gangbare begrippen zoals fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom of chronische vermoeidheid aan. Veel artsen ervaren ongemak bij SOLK. Zij hebben begrip voor de situatie en zien de lijdensdruk, maar hoe kan je lijdensdruk keren in een 10 minuten-consult? Vaak ben ik de eerste in een lange medische reeks verwijzingen die de tijd voor het psychosomatische aspect van de klacht neemt. Ik ga er met de patiënt voor zitten en neem de tijd. En dat kan ook, want met drie kwartier voor een consult heb ik meer tijd voor een patiënt. Tijd voor aandacht, gesprek en oefening blijkt bij SOLK-gevallen zeer waardevol.

Eigenaarschap

De start van de behandeling is dat ik de patiënt meeneem in zijn eigen klacht; psycho-educatie en inzicht geven. De

patiënt is per slot eigenaar van zijn klacht. Deze start, deze eerste stap in de psychosomatische behandeling is cruciaal. De samenhang moet duidelijk worden (gemaakt). Dat is voor patiënten - die vaak gedwaald hebben binnen de medische as - niet altijd even gemakkelijk. Als ik door tijd, helderheid en inzicht de patiënt de goede focus kan bieden, lukt het vaak om de therapie op te pakken. De visie van Machteld Huber over positieve gezondheid sluit heel mooi aan. Het vermogen om je aan te passen en zelf de regie te (blijven) voeren is waar het om gaat.

Zinvol leven

Als psychosomatisch therapeut bied ik therapeutisch lichaamswerk. Oefenvormen om de patiënt bewust te laten worden van zijn lichaam en van de verbinding tussen lichaam en geest. De patiënt is deze verbinding kwijtgeraakt, uit het oog verloren. Door het hervinden van vertrouwen in het eigen lichaam - ondanks de klachten die er zijn - gaat de patiënt op zoek naar mogelijkheden om het leven op een zinvolle manier in te vullen. Ik vervul als psychosomatisch therapeut een verbindende rol; help de patiënt op weg en begeleid hem naar de eigen regie.

Samenwerken

Ik ben voorzitter van het Netwerk Psychosomatiek Zwolle en omstreken, waar fysiotherapeuten en oefentherapeuten elkaar ontmoeten op de vakinhoud. Wij dragen actief de samenwerking uit naar (zorg)partijen die te maken hebben of krijgen met SOLK-gerelateerde problematiek zoals chronische pijn. De oprichting van het Regionaal Pijncentrum Zwolle (RPZ) is een mooi voorbeeld waarbij verschillende zorgpartijen de handen ineenslaan. Het doel is de patiënt met chronische pijn dichtbij de huisarts op te vangen. Daarmee wordt het circuit dat patiënten vaak afleggen in tweede lijn verkleind. De lijnen worden korter, je kent elkaar, je kent de doelstellingen en spreekt elkaars taal.

Het is belangrijk consensus te krijgen en een goed doorverwijsbeleid te creëren. Dat helpt de patiënt. Het Netwerk Psychosomatiek heeft hier een belangrijke rol in. Ik wil graag nog melden dat Roeline Hubertse en Welmoed Nijboer – adviseurs bij Proscop - actief betrokken zijn geweest bij het ontstaan van het netwerk. Met kennis van zaken rondom SOLK-trajecten en het vormen van een netwerk hebben ze ons geweldig geholpen.

Knelpunten

De psychosomatiek heeft (nog) niet de plek die het verdient in het zorg- en onderzoeksveld. Judith Rosmalen (hoogleraar psychosomatiek UMCG en projectleider Grip op Klachten) memoreerde onlangs dat SOLK verantwoordelijk voor 4,5% van de medische zorgkosten in Nederland. Op een totaal van ruim 98 miljard is dat een hele hap geld. Doordat er geen standaard ICPC code is, wordt er vaak op symptoomniveau geregistreerd waardoor de omvang van het probleem grotendeels buiten beeld blijft. Het adagium van VWS is dat de zorg 'zinnig en zuinig' moet zijn. Alle reden dus om meer aandacht te besteden aan onderzoek naar (kosten-) effectieve interventies. Interessant is dat SOLK door de huisartsen in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde 2018 als één van de speerpunten is geprioriteerd. Dat is niet voor niets; huisartsen geven zelf aan dat het gaat om een structureel probleem. Het is teleurstellend dat veel de fondsen voor onderzoek gericht zijn op biomedische vraagstukken, terwijl veel voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk (zoals SOLK) te weinig aandacht krijgen. Hier laten we echt iets liggen. Hier liggen kansen voor onderzoek, voor ontwikkeling en verbetering. Maar dan moet die huisarts wel geholpen worden. Als knelpunt zie ik een overvolle agenda waardoor het in de dagelijkse praktijk ontbreekt aan tijd en financiële middelen. Ik zie dat zorgverzekeraars hier een terughoudende positie innemen; terwijl vanuit mijn optiek een voortrekkersrol meer passend is!

Boodschap voor de toekomst

We moeten er met z'n allen harder aan trekken om te laten zien dat het nut heeft om psychosomatische hulp (vroeg) in te zetten bij patiënten met het vermoeden van SOLK.

Onderzoek naar de effecten op kosten(reductie) is noodzakelijk voor de toekomst. Zeker met de verwachting dat de zorgkosten blijven stijgen.

Uiteindelijk is het mijn doel de patiënt zich gehoord en serieus genomen voelt, dat hij de zorg en aandacht krijgt die hij verdient én nodig heeft. Zinnig en zuinig. De patiënt handvatten geven, zodat hij een plek in de maatschappij kan innemen."

Over ProSCOOP

ProSCOOP is de regionale adviesorganisatie in Noordoost-Nederland voor goede zorg en gezondheid dichtbij. Dat doen we door samenwerking tussen partijen te organiseren met de burgers als uitgangspunt. Wij zijn een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) voor de regio Noordoost-Nederland en maken deel uit van een landelijk dekkend ROS-netwerk.

Op allerlei plekken zetten professionals zich met hart en ziel in om de problematiek rond SOLK op de kaart te krijgen en waar mogelijk op te lossen. In deze brochure vertellen een aantal professionals hoe zij dit doen. Van huisarts tot specialist en van psychosomatisch therapeut tot onderzoeker. Elk geven zij hun unieke kijk op SOLK en de manier waarop zij daarmee omgaan. Deze verhalen leiden hopelijk tot inspiratie en enthousiasme bij u als lezer. En tot het gevoel van urgentie om de zorg voor SOLK-patiënten te verbeteren.



Dokter Klinkertweg 16
8025 BS Zwolle

Lage Bergweg 10
7361 GT Beekbergen

055 505 86 10
info@proscoop.nl
www.proscoop.nl

ProSCOOP

Voor goede zorg en gezondheid dichtbij