

Evelien Peeters

aios interne geneeskunde,
UMC Utrecht

Nikki Makkes

huisarts, kaderarts ggz bij
Stichting Overvecht Gezond,
Utrecht

NETWERKBIJEENKOMSTEN NEMEN OBSTAKELS TUSSEN ZORGVERLENERS WEG

Overleg stroomlijnt de zorg voor SOLK-patiënten

Matige communicatie en onduidelijkheid over wensen en verwachtingen tussen eerste en tweede lijn staan goede zorg voor SOLK-patiënten in de weg. Helderheid over aanpak en terminologie kan veel leed en onnodige medicalisering voorkomen.

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) behoren tot de meest voorkomende redenen voor een doktersbezoek (30-60% zowel bij beschouwende artsen als bij de huisarts).¹ De zorgconsumptie door SOLK wisselt van een eenmalig consult ter geruststelling tot lange medische zoektochten met frustratie aan weerszijden. Om dit te stroomlijnen zijn een gestructureerde aanpak en goede samenwerking in de somatische keten noodzakelijk. Ondanks de hoge incidentie bieden richtlijnen hierbij weinig houvast. Publicaties over SOLK beschrijven vooral de bestaande behandelingen binnen de ggz, dus nadat zowel patiënt als zorgverleners het erover eens zijn dat er sprake is van SOLK. Onze ervaring is dat juist het proces waarbij patiënt en zorgverlener tot dit inzicht komen nog te langdurig, onbevredigend en kostbaar is. Daarnaast is de onzekerheid over de mogelijkheid van een (zeldzame) onderliggende aandoening vaak een complicerende factor. Artsen zoeken gemene delers voor het

begeleiden van patiënten die streven naar een betere kwaliteit van leven en proberen de kosten te beperken door op een verantwoorde manier terughoudend te zijn met aanvullend onderzoek en verwijzingen.

Laagdrempelig multidisciplinair overleg tussen de eerste en tweede lijn heeft op al deze punten een gunstig effect. Zorgverleners willen kennis en ervaring delen over de diagnostiek van SOLK en het vinden van een optimale balans tussen eerste en tweede lijn. Multidisciplinair overleg (mdo) of netwerkbijeenkomsten zijn een vorm om dit te organiseren en kunnen bijdragen aan betere kwaliteit van zorg door beter zicht op knelpunten in de samenwerking en meer kennis van SOLK. Daarnaast versterken deze bijeenkomsten het onderlinge contact tussen professionals, wat laagdrempelig overleg stimuleert. Deze effecten kunnen op termijn leiden tot kostenreductie en minder frustratie bij patiënt en dokter. Wij hebben ervaring opgedaan met de organisatie van dit soort netwerkbijeenkomsten en delen deze graag, om zo ook anderen handvatten te bieden om hun zorg bij SOLK te verbeteren.

Biopsychosociale bril

Vrijwel iedere patiënt met 'matig-ernstige' SOLK wordt een keer naar de tweede lijn verwezen.² Dat kan voortkomen uit diagnostische onzekerheid bij de verwijzend arts, de wens van de patiënt of vanuit een compromis in het kader van een meersporenbeleid. De klachten worden merendeels lichamelijk ervaren waardoor specialist en huisarts regelmatig samen te maken hebben met SOLK-casuïstiek. De huisarts heeft organisatorisch de beste positie om deze zorg te coördineren. Hierbij moet de arts een 'biopsychosociale bril' ophouden, wat een huisarts als generalist

Veel artsen vinden SOLK moeilijker dan een somatisch verklaarde klacht



GETTY IMAGES

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten behoren tot de meest voorkomende redenen voor een doktersbezoek. Maar richtlijnen bieden hierbij weinig houvast.

goed kan. Veel artsen vinden de zorg voor een patiënt met SOLK moeilijker dan de zorg voor patiënten met een somatisch verklaarde klacht.³ Het proces loopt in de eerste lijn nog te vaak spaak door onvoldoende vraagstelling bij de verwijzing en het niet benoemen van 'SOLK-overwegingen', en in de tweede lijn door een onvoldoende brede blik en te veel diagnostiek zonder serieuze verdenking op pathologie. De terugkoppelingsbrief volgt vaak laat en gaat onvoldoende in op de werkhypothese en eventuele verklaringsmodellen of adviezen. Dit proces heeft grote invloed op de navolgende zorgconsumptie. Door betere afstemming kunnen risico's worden beperkt. Deze risico's zijn onder meer overdiagnostiek en -behandeling, onnodige interne doorverwijzingen, *doctor's delay* en onvoldoende begeleiding.⁴ Dit, naast het feit dat artsen aangeven weinig handvatten te hebben om deze punten beter te organiseren, was aanleiding voor het opzetten van periodieke bijeenkomsten.

Enthousiasme

Sinds twee jaar organiseren wij in de regio Utrecht netwerk-bijeenkomsten. Iedere bijeenkomst bestaat uit een combinatie van een voordracht door een spreker met expertise binnen een specifiek SOLK-gebied, een casuïstiekbespreking of een brain-

stormsessie en het inventariseren van interesses en behoeften van de deelnemers voor volgende bijeenkomsten. De groep bestaat uit vijftien tot twintig personen; het zijn huisartsen, POH's ggz, paramedici (zoals fysiotherapeuten, psychomotore therapeuten, psychologen) en verschillende medisch specialisten (uit onder meer de neurologie, interne geneeskunde, mdl, cardiologie, psychiatrie en reumatologie). Naast de inhoudelijke verdieping die de bijeenkomsten bieden, is het onderlinge enthousiasme groot. Men wisselt informeel informatie uit en er wordt actief genetwerkt. Uit de evaluaties blijkt dat deelnemers de bijeenkomsten zinvol vinden, en een voorkeur hebben voor drie bijeenkomsten per jaar. Als pluspunt noemt men onder andere meer inhoudelijke kennis, inhoudelijke verbetering van de uitgewisselde brieven en makkelijker onderling contact.

Specialisten vinden dat de manier waarop de vraag in de verwijsbrief wordt verwoord essentieel is voor het consult dat volgt. Hoe onduidelijker de verwijstekst, hoe groter de kans op overdiagnostiek en secundaire verwijzingen. Er is behoefte aan een standaardformat voor de verwijsbrief die naast een expliciete verwijsvraag ook duidelijkheid geeft over de werkhypothese van de huisarts en de verwachtingen en wensen van verwijzer en patiënt. De verwijzing moet duidelijk maken wat al eerder is gedaan en welke begeleiding al is ingezet. Ook de wensen rond terugverwijzing moeten worden benoemd (bijvoorbeeld: geen interne verwijzingen, graag expliciet terugverwijzen zodat de huisarts de coördinatietaak weer kan oppakken).

Specialisten geven ook aan dat ze in hun onderlinge samenwerking rond SOLK bezorgd zijn voor tunnelvisie, gemakzucht of het 'over de schutting gooien' van chronische, moeilijk te duiden problemen met overlap tussen somatiek en psychiatrie.

Huisartsen vertellen ons dat zij vaak geen zicht hebben op wat in het ziekenhuis gebeurt. Zij willen informatie-uitwisseling over de uitleg ten aanzien van de klachten, omdat het handig kan zijn als dezelfde

metaforen en uitleg worden gebruikt. Zij willen weten of er naast het niet vinden van een diagnose gedacht is aan SOLK en of er afspraken over de verdere coördinatie van het zorgproces zijn gemaakt. Tot slot vinden ook huisartsen het prettig als diagnostiek niet dubbel wordt verricht.

Sleutelwoord

De ervaringen van de afgelopen jaren leren ons dat het opzetten van een SOLK-poli vanuit de somatische tweede lijn geen oplossing is. Men vreest voor de eerder genoemde 'over de schutting'-mentaliteit, mentale overbelasting van de consulteerend specialist en het overvol raken van dit soort poli's. De problematiek is zo

Een SOLK-poli vanuit de somatische tweede lijn is geen oplossing

divers en veelvoorkomend dat iedere arts SOLK zou moeten kunnen herkennen en de zorg coördineren. Specifieke scholing, het liefst tijdens de opleiding, is hiervoor essentieel. Ook is het nuttig om ervaring op te doen door bij complexere casussen een-op-een (huisarts-specialist) samenwerkingsafspraken te maken. Daardoor kan men elkaar naderhand makkelijker vinden voor overleg, wat toekomstige zorgconsumptie kan beperken. Andere inzichten die voortkwamen uit de bijeenkomsten zijn:

- Het gezamenlijke uitgangspunt bij SOLK is: 'De klacht is altijd echt'. De kunst is om te verschuiven van 'zoeken naar een oorzaak' naar 'leren omgaan met de klachten'.
- Communicatie is het sleutelwoord voor een goed consult. Bij SOLK gaat het onder meer om uitleg en het gebruik van positieve bewoordingen.⁵ Een goed therapeutisch gesprek leidt tot beter herstel. Dit houdt in: geef goede uitleg met nadruk op positieve zaken,

zorg voor positieve en duidelijke verwachtingen en gebruik eenduidige verklaringen.⁶

- Timing is essentieel want een medisch consult is eigenlijk veranderkunde. Draagvlak bij de patiënt voor de verandering is onmisbaar. Artsen gebruiken deze technieken niet vanzelfsprekend en training is hierbij bewezen effectief.⁷ Terugkerende trainingen binnen de regionale opleidingen en netwerkbijeenkomsten kunnen hierin voorzien.
- Een goed SOLK-consult kost meer tijd dan een regulier consult. Deze tijd zou verdisconteerd moeten zijn in de dbc. Ook de huisartsenzorg kent geen financiering voor de extra tijd die nodig is bij SOLK. Wij verwachten dat gestructureerde zorg tot doelmatige en meer gerichte zorgconsumptie zal leiden, ondanks een grotere tijdsinvestering in de eerste contacten. Op termijn kan dit kostenbesparing opleveren.

Blauwdruk

Afgezien van een aantal vergelijkbare initiatieven in het land, hebben huisartsen en somatisch specialisten weinig onderlinge afspraken over samenwerking bij patiënten met SOLK. Ook zijn er grote verschillen tussen regio's in de organisatiestructuur. Het SOLK-onderwijs aan specialisten en huisartsen verschilt per regio. Groningen heeft bijvoorbeeld al jaren specifieke aandachtspunten bij SOLK geïntegreerd in het onderwijs aan specialisten in opleiding, zoals gebruikmaken van SCEGS (somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies). Dit komt in Rotterdam en Utrecht pas sinds kort van de grond, vaak zonder structurele basis en vooral binnen de beschouwende specialismen. Een blauwdruk voor een meer uniforme implementatie van netwerkbijeenkomsten kan van grote meerwaarde zijn voor de SOLK-zorg. Het kan leiden tot eerdere (h)erkenning en proactieve begeleiding, wat afname van zorgconsumptie en -kosten kan bewerkstelligen (en minder frustratie bij arts en patiënt en meer werkplezier bij de arts) en arbeidsongeschiktheid kan voorkomen. Dit is des te relevanter omdat SOLK vaak mensen tussen de 30 en 60 jaar treft, die nog participeren op de arbeidsmarkt.¹⁸

Netwerkbijeenkomsten zijn een efficiënt instrument om kennis over te dragen, te onderzoeken welke behoeften er zijn en om wensen beter op elkaar af te stemmen. Het zou goed zijn als er op termijn in alle regio's zorgstructuren voor SOLK ontstaan. ■

contact

efhi.peeters@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.