

dr. Lineke Tak

psychiater, SOLK-poli Dimence,
Deventer

drs. Jaap Spaans

klinisch psycholoog, topklinisch
centrum Altrecht Psychosomatiek
Eikenboom, Zeist.

dr. Yanda Rood

klinisch psycholoog, polikliniek
Psychiatrie Leids Universitair
Medisch Centrum, Leiden

BEHANDELING KAN VEEL EENDUIDIGER

Aanpak SOLK vraagt om meer samenhang

De behandeling van SOLK-patiënten is versnipperd over verschillende beroepsgroepen en een universele zorgstandaard ontbreekt. Met vereende krachten is veel winst te boeken op dit terrein. Deskundigen signaleren knelpunten en dragen oplossingen aan.

SOLK (somaatich onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) behoren tot de meest voorkomende redenen voor consulten in de algehele geneeskunde. Maar de problematiek van deze grote groep patiënten – naar schatting minimaal een half miljoen Nederlanders – laat zich niet gemakkelijk definiëren. In de eerste plaats omdat het om zeer verschillende klachten gaat: van vermoedigheid, buikklachten en chronische pijn tot wegrakingen en verlammingen. Daarnaast varieert de ernst van licht (weinig klachten met weinig beperkingen, korte duur en geen somatische of psychiatrische comorbiditeit) tot ernstig (veel klachten met veel beperkingen, lange duur

en met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit). Bovendien kunnen predisponerende, luxerende en instandhoudende factoren voor de ene patiënt heel anders zijn dan voor de andere.

Hoewel geen specifieke psychische of somatische oorzaak van de klachten kan worden vastgesteld, is psychotherapeutische en/of psychiatrische behandeling, al dan niet in combinatie met fysiotherapie en andere lichaamsgerichte behandelvormen, effectief én kosteneffectief gebleken.¹⁻⁴

Het landelijk Netwerk voor Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK), met vijftig aangesloten instellingen, heeft, samen met SOLK-experts en bestuurders van beroepsverenigingen, echter vastgesteld dat de organisatie van de zorg voor SOLK-patiënten tekortschoot en stelde oplossingsrichtingen voor.⁵ Uniform beleid en geïntegreerd behandel aanbod zijn daarbij speerpunten. Ook een professionele standaard is nodig.

Hieronder zetten we de knelpunten op een rij én stellen we oplossingen voor.

DE KNELPUNTEN

1 Behandeling start te traag

SOLK-patiënten worden vaak eerst verwezen naar de somatisch-specialistische zorg die is georganiseerd rond orgaanspecialisten en niet rond klachten. Als binnen het ene specialisme geen oorzaak voor de klachten is gevonden, wordt het volgende specialisme geraadpleegd. Dergelijke seriële diagnostiek gaat gepaard met hoge kosten en tijdverlies. Gedurende de soms lange periode waarin door huisarts en somatisch specialisten wordt gezocht naar een somatische oorzaak, krijgt de patiënt niet de behandeling die nodig is.⁶

Aldus duurt het vaak te lang voordat de patiënt de eerste stap in

Het gaat om zeer
verschillende klachten



GETTY IMAGES

Het duurt veel te lang voordat de patiënt de eerste stap in de behandeling kan zetten.

de protocollaire (evidencebased) behandeling voor SOLK kan zetten, zoals in de eerste lijn bij de huisarts waarbij ook wordt gekeken naar bijvoorbeeld cognitieve, emotionele en sociale factoren of de basis-ggz. Als deze interventies onvoldoende effect hebben, duurt het vaak nog lang voordat verwezen wordt

naar de tweede/derde lijn, zoals naar een revalidatiekliniek of specialistische ggz. Hier zijn echter vervolgens vaak wachttijden.

2 Zorgaanbod is mager en onoverzichtelijk

Het ontbreekt in meerdere ziekenhuizen nog aan zorgpaden

voor SOLK en niet alle ggz-instellingen hebben een zorgprogramma voor somatoforme klachten en stoornissen. Daarnaast is er beperkte aansluiting van de eerste lijn op de tweede en derde lijn. Ook ontbreekt een overzicht van het zorgaanbod. De NOLK-website geeft weliswaar een redelijk landelijk overzicht, maar nog onvoldoende specifieke regionale informatie op grond waarvan hulpverleners weloverwogen kunnen doorverwijzen. Verder is het, omdat meerdere disciplines betrokken zijn, voor patiënten en verwijzers vaak onduidelijk wie in welke fase van het diagnostisch en behandelproces de 'casemanager' is.

3 Versnipperde financiering

Diagnostiek en behandeling van patiënten met SOLK vinden plaats in alle 'hoofdstromingen' van de gezondheidszorg (soma-tische zorg, ggz en revalidatiezorg). Somatische gezondheidszorg en revalidatiezorg worden gefinancierd op basis van DOT's, specialistische ggz op basis van dbc's en voor de inspanningen van huisarts en psychologen in de basis-ggz bestaat weer een andere financiering. Deze gescheiden geldstromen zijn proble-

matisch, omdat ggz en somatische zorg vaak naast elkaar plaatsvinden, bijvoorbeeld door internist en psychiater. Ook worden onderdelen van de behandeling soms elders en door een andere discipline uitgevoerd, bijvoorbeeld poliklinische trauma-verwerking bij een patiënt die klinisch gerevalideerd wordt. In de praktijk blijkt dat samenwerkingsverbanden tussen somatische en ggz-zorg vanwege schotten in de financiering soms niet bekostigd kunnen worden door zorgverzekeraars, ook al is er een onderbouwing dat dit kosteneffectief is. Gescheiden financiering leidt tot verkokering en ondoelmatigheid van zorg.

4 Geen allesomvattende richtlijn

Een multidisciplinaire richtlijn voor *alle* SOLK die door *alle* betrokken disciplines wordt onderschreven ontbreekt. Er zijn weliswaar enkele richtlijnen voor SOLK, maar deze betreffen niet alle klachten en stoornissen of worden onvoldoende ondersteund door beroepsverenigingen. Bovendien worden bestaande richtlijnen nog onvoldoende als de bindende professionele standaard erkend.

HOE HET OOK KAN

Hoe zou de situatie er voor een patiënt (in de toekomst) beter uit kunnen zien? Twee voorbeelden.

Gwen

Gwen is een 48-jarige vrouw met somatische onvoldoende verklaarde multiple pijnklachten, waarvoor ze bij tijden meermalen per maand bij de huisarts komt. Gwen is door haar huisarts aangemeld voor een e-mental-health zelfmanagementprogramma. Ze krijgt uitleg over wat SOLK is en haar wordt een aantal gepersonaliseerde aan-grijpingspunten voor herstel aange-reikt. Met de POH-ggz heeft ze enkele gesprekken over de problemen in haar relatie, die haar klachten waarschijnlijk mede in stand houden. Daarnaast is ze met fysiotherapie gestart. Met de fysiotherapeut bestaan werkafspraken rond SOLK en vindt regelmatig overleg plaats. De coördinatie is in handen van de huisarts, die Gwen zelf begeleidt bij de afbouw van pijnstillers en haar

maandelijks op een vast tijdstip ziet. Mocht het nodig zijn Gwen te verwijzen naar specialistische SOLK-zorg, dan zou de huisarts haar aanmelden bij het regionaal SOLK-loket. Hier zou nadere diagnostiek plaatsvinden en worden bepaald of zij bijvoorbeeld naar een ggz-instelling of een revalidatiecentrum wordt verwezen. Mocht vervolgens uit ROM-metingen blijken dat ook deze be-handeling onvoldoende resultaat boekt, dan wordt Gwen vanuit het regionaal loket verwezen naar een topklinisch of universitair centrum.

Levi

Levi is een 22-jarige student met soma-tisch onvoldoende verklaarde ernstige vermoeidheidsklachten. Daarnaast heeft hij soms uitvalsverschijnselen van zijn benen. De huisarts heeft de praktijkondersteuner-ggz ingezet en patiënt heeft deelgenomen aan een eer-stelijnsbehandeling met cognitieve ge-dragstherapie met een evidencebased

therapieprotocol conform de Richtlijn chronischevermoeidheidssyndroom. Zijn activiteitsniveau is sindsdien even-wichtiger, maar hij is nog altijd moe en snapt niet hoe dit kan. Hij blijft overtuigd van een somatische verklaring en dreigt volledig vast te lopen met zijn studie. Hij wordt voor de zekerheid nogmaals ingestuurd naar de internist en revali-datiearts. Zij vinden bij hun onderzoek geen duidelijke aangrijpingspunten voor behandeling, en leggen dit uit aan Levi. De huisarts vraagt nu, via het regionaal SOLK-loket, van verschillende gespeci-aliseerde instellingen een consult aan. De consulterend psychiater vermoedt dat er sprake is van een niet eerder gediagnosticeerde autismespectrum-stoornis (ASS), waarbij Levi overvraagd wordt in zijn dagelijkse leven met vermoeidheid als gevolg. De psychiater adviseert via het regionale netwerk doorverwijzing naar de specialistische ggz voor nader onderzoek en behande-ling van de ASS.

Het opstellen van een allesomvattende en voor alle betrokken behandelaren acceptabele richtlijn die breed wordt gedragen, wordt bemoeilijkt doordat er binnen en tussen disciplines een grote variatie aan visies en behandelwijzen bestaat. Niet alleen de perspectieven vanwaaruit wordt gekeken verschillen – medisch, psychologisch, maatschappelijk –, maar ook de opvattingen over de pathogenese en behandeldoelen.

DE OPLOSSINGS- RICHTINGEN

1 Versterk de huisartsfunctie en basis-ggz

Om kosten te reduceren en patiënten sneller adequate zorg te kunnen bieden, is het van belang dat huisartsen en fysiotherapeuten SOLK in een zo vroeg mogelijk stadium herkennen. Vroege detectie en prompte behandeling in de basis-ggz (eerste lijn) en doorverwijzing naar de specialistische ggz (tweede lijn en indien nodig derde lijn) als de behandeling onvoldoende effect heeft, zullen de doelmatigheid vergroten. Hierbij is het van belang dat huisartsen en praktijkondersteuners (POH) patiënten met SOLK op uniforme wijze benaderen op basis van de NHG-Standaard voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.⁷ Huisartsen zouden eenvoudig professionals vanuit de ggz en revalidatiecentra in consult moeten kunnen vragen en een POH-ggz moeten kunnen inzetten.

2 Landelijk en geïntegreerd behandelaanbod

Om te zorgen dat patiënten zonder onnodig tijdverlies binnen hun regio de juiste hulp krijgen, is een overzichtelijke regionale sociale kaart nodig van instellingen en praktijken waar patiënten met SOLK behandeld worden, met ten minste informatie over het behandelaanbod, doelgroep(en), specialisatie(s) en kwalificaties.

Een (digitaal) regionaal loket kan zorgen voor uniforme screening en diagnostiek, toewijzing aan zorgverleners binnen het regionale netwerk en opvolging middels *routine outcome monitoring* van door de huisarts ingestuurde patiënten met SOLK bij wie de eerstelijnszorg onvoldoende effect had. Dit regionale loket moet dan nauw contact houden met SOLK-zorgverleners in de regio. Uniformiteit in de benadering van de patiënten en afstemming van het zorgaanbod dienen te worden gestimuleerd. De patiënt wordt dan gedurende de behandeling vanuit het regionale loket gevolgd en waar nodig wordt de behandeling bijgestuurd.

3 Financiering naar complexiteit en zorgzwaarte

Om de financiering te laten aansluiten bij de behandelrealiteit is het nodig dat de indeling naar de aard van de zorg, somatische of

Een regionaal loket kan zorgen voor uniforme screening en diagnostiek

ggz-zorg, vervangen wordt door een indeling naar complexiteit en zorgzwaarte. De zorgverzekeraars zouden in samenspraak met NOLK en de beroepsverenigingen deze taak op zich kunnen nemen.

4 Professionele standaard

Wij verwachten dat het draagvlak groter is als de richtlijnen die betrekking hebben op de specifieke behandeling van stoornissen en klachten worden gescheiden van de algemene richtlijn voor het professioneel handelen met deze patiëntengroep. Daarom zou onderscheid gemaakt kunnen worden tussen a) een professies overstijgende algemene (niet-stoornisspecifieke) richtlijn of zorgstandaard met algemene aanwijzingen voor preventie, diagnostiek en organisatie van zorg voor patiënten met SOLK en daarnaast b) stoornisspecifieke richtlijnen voor de behandeling van verschillende soorten SOLK en somatoforme stoornissen (bijvoorbeeld specifiek gericht op tinnitus, prikkelbaredarmsyndroom, conversiestoornis of moeheid). Beroepsverenigingen en landelijke platforms zoals NOLK kunnen een rol spelen bij de integratie van richtlijnen en zorgstandaarden als de professionele standaard. ■

contact

l.tak@dimence.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Een overzicht van reeds bestaande initiatieven en eerdere MC-artikelen vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.