

Multidisciplinaire samenwerking in de praktijk

TEKST CAROLINE MANGNUS
BEELD: WIM VAN IJZENDOORN

Vanaf 2010 worden de multidisciplinaire interventies van De Gezonde Zaak vergoed vanuit de basisverzekering. Al ruim twintig jaar worden deze interventies aangeboden en zijn vooral gericht op het (verzuim)gedrag van cliënten. Deze specifieke en bewezen aanpak vereist een multidisciplinaire samenwerking tussen fysiotherapeut, bewegingsdeskundige en psycholoog. Nu deze specifieke combinatie interventies grotendeels vergoed worden door zorgverzekeraars komt deze succesvolle aanpak ook beschikbaar voor de huisartsen. Naast bedrijfsartsen hebben nu ook de huisartsen de mogelijkheid om mensen door te verwijzen naar deze multidisciplinaire interventies, die nu dus ook voor niet werkenden in hun bereik liggen. Vooral voor mensen met Lichamelijke Onverklaarde Klachten (LOK) biedt dit perspectief. Een huisarts en een docent aan de huisartsopleiding geven hun mening.

“In de huisartsenpraktijk komen lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) veelvuldig voor. LOK zijn lichamelijke klachten waar geen of onvoldoende somatische verklaring voor gevonden wordt”, legt René Koop, huisarts in Schiedam uit. “30 tot 50% van de klachten waarmee patiënten naar huisarts komen, blijven onverklaard. Huisartsen en specialisten kunnen hiervoor geen somatische aanknopingspunten vinden,” vult Manon Weltevrede, psycholoog en docent bij de huisartsenopleiding in Rotterdam, aan. “Een deel van de mensen met onverklaarde klachten laat zich gerust stellen door de huisarts. Maar een deel van de mensen blijft zoeken naar de lichamelijke oorzaak van hun klacht. Het blijkt dat juist deze houding een van de belangrijkste factoren is waardoor de klachten blijven bestaan.”

Blijven zoeken, instandhoudende factor

René haakt hierop in: “Veel mensen ervaren afwijkende dingen aan hun eigen lichaam, de ervaringen van hun klacht roept bepaalde gedachten op. Het zijn vaak angstige gedachten, maar ook catastroferende gedachten. Mensen komen in een negatieve denkcirkel en gevoelscirkel terecht: ze hebben een bepaalde klacht, gaan

gevoerd: niet alleen kijken naar de fysieke kant, maar ook de psychologische kant belichten.”

De cognitieve gedragsmatige aanpak

“Bij de opleiding bij huisartsen wordt er aandacht gegeven aan de cognitieve gedragsmatige aanpak, volgens het SCEGS model (dit staat voor: Somatische Cognities Emoties Gedrag Sociaal)”, aldus Manon. “Huisartsen leren aan de hand van dit model de klachten in een breder perspectief te zien. Niet alleen de lichamelijke uitstraling uitvragen (zoals waar zit de pijn? Hoe lang heeft u al pijn? Hoe voelt de pijn?), maar ook de cognities: hoe kijkt de patiënt tegen de pijn aan? Wat voor emoties heeft hij? Hoe voelt hij zich wanneer hij die pijn heeft? Doordat de huisartsen meer inzicht krijgen in de klachten, zowel fysiek als psychisch, kunnen ze effectiever en sneller handelen en gericht verwijzen naar een multidisciplinair programma, een psycholoog of fysiotherapeut.” Manon vervolgt: “Sommige mensen blijven regelmatig het spreekuur bezoeken voor dezelfde klacht of een andere lichamelijke klacht. En dan is er vaak meer aan de hand, dan kan de huisarts met het SCEGS model aan de gang gaan door de klachten breder te bekijken. Zo kan hij proberen



Manon Weltevrede

matige aanpak om pijn te deconditioneren, te demedicaliseren en deelnemers anders te leren omgaan met de problematiek, is er veel aandacht voor het activeren van de cliënten. Fysieke en mentale belastbaarheid is daarbij van belang. Bij De Gezonde Zaak worden cliënten letterlijk en figuurlijk in beweging gebracht.

Shoppen helpt niet

“Dat een gedragsmatige benadering noodzakelijk is ervaar ik ook in mijn praktijk”, geeft René

‘De multidisciplinaire programma’s worden binnenkort grotendeels vergoed door verzekeraars. Dan komt het iedereen ten goede óók mensen die niet werken’

op een bepaalde manier met de klachten om, de klachten hebben effecten in denken en voelen en de cirkel is rond. Angst of bezorgdheid is een belangrijke raadgever hierin. Dit is een onbewust proces. Deze mensen komen vaak bij de huisarts, omdat ze klachten hebben, en door allerlei cognities die er omheen hangen, zal het klachtenpatroon eerder versterkt worden dan dat de klacht vermindert.”

Manon: “Dat blijkt ook uit onderzoek: het blijven zoeken naar de lichamelijke oorzaak is één van de instandhoudende factoren van de klachten. Het is daarom goed om na te gaan, wat de gevolgen van de klachten zijn, kan je daar iets mee? In hoeverre beïnvloedt de klacht feitelijk het leven van iemand, in hoeverre kun je met deze klacht ‘gewoon’ door. Om dit te doorbreken is het van belang dat er tijdig een tweesporenbeleid wordt

een link te leggen naar een andere verklaring dan de lichamelijke. Bijvoorbeeld dan kan de patiënt samen met de arts erachter komen dat zijn conditie heel slecht is. Dan is het wel logisch dat de patiënt vaak zo vermoeid is. Wanneer je dat kan blootleggen, dan kan je aan de hand daarvan je beleid uitstippelen, wat ga je daarmee doen? Dat de patiënt zelf zijn gedrag verandert is natuurlijk erg moeilijk. Gericht doorverwijzen naar iemand die je daarbij kan begeleiden is vaak de betere oplossing. Ik weet dat bijvoorbeeld De Gezonde Zaak in haar multidisciplinaire programma’s daar zich juist op oriënteert. Het is anders om leren gaan met de klachten.”

Bij dit soort multidisciplinaire gedragsinterventies wordt vanuit een gedragsmatige aanpak cliënten geleerd anders om te gaan met ziekte, beperkingen, stress en dergelijke. Naast de gedrags-

aan. “Wanneer je met de patiënt tot een andere definiëring van het probleem kan komen, dus kan zeggen dat de bezorgdheid het probleem is, dan moet je kijken hoe je iets in het patroon van de bezorgdheid kan veranderen. Je kiest dan voor een heel andere benadering. Je probeert samen met de patiënt tot een zelfde definitie van het probleem te komen. Als je die definitie hebt, dan kan je naar andere manieren kijken, kijken hoe je het aan kan pakken. In dat geval heb je met begeleiding van een psycholoog of fysiotherapeut of beter nog, een integrale aanpak een grotere kans op succes. Met een integrale aanpak proberen de psycholoog en de fysiotherapeut samen de klachten een plek te geven en ervoor te zorgen dat die angstspiraal minder op de voorgrond komt of juist te doorbreken.” Wat belangrijk is bij de start van een multidis-



René Koop

ciplinair programma, is dat de patiënt er wel voor gaat”, geeft René aan. “Je moet wel tot die andere definitie van het probleem komen. Wanneer het puur lichamenlijk is moet je soms een andere stap maken om iemand te overtuigen. Als ik als huisarts ervan overtuigd ben dat het niet lichamenlijk is, en de patiënt weet zeker dat het wel lichamenlijk is, dan bespreek ik dat met de patiënt: ik merk dat je ervan overtuigd bent dat het lichamenlijk is, ik kan eigenlijk geen enkele aanwijzing vinden. Ik denk dat toch een ander probleem een rol speelt, wat kan jou nu geruststellen? Wat heb je nu nodig om gerustgesteld te worden dat deze lichamenlijke klachten niet veroorzaakt wordt door een lichamenlijke aandoening? Er wordt dan verwezen naar een specialist binnen een bepaald kader.”

“De zogenaamde final test”, geeft Manon aan. “De final test is voor die groep mensen die moeilijk te motiveren is voor een andere aanpak, omdat hij of zij het puur lichamenlijk ziet. De final test is nog een keer doorverwijzen voor onderzoek, waardoor de cliënt wel gerustgesteld kan worden. En mocht de cliënt dan nog niet gerustgesteld zijn, dan praten we over een andere aanpak. Het is een beetje een onderhandeling. Ook om te voorkomen dat iemand gaat shoppen in het medische circuit. We weten allemaal dat dat niet helpt.”

Integrale aanpak is uitstekend

“Bij de overheid en in de maatschappij geeft men er de voorkeur aan om zoveel mogelijk in de eerste lijn te houden. Je ziet ook lokale initiatieven tussen huisartsen met andere eerstelijns

werkers”, aldus Manon. “Ik bespreek altijd wel de mogelijkheden waar je als huisarts naar toe kan verwijzen, zoals naar de multidisciplinaire programma’s van De Gezonde Zaak. Het is vaak de onbekendheid met dit soort programma’s, waardoor vooral verwijzing naar de eerste lijn in de reguliere zorg plaatsvindt. Het is dan ook heel goed dat de multidisciplinaire programma’s van De Gezonde Zaak grotendeels vergoed gaan worden door verzekeraars. Dan komt het iedereen ten goede. Bij huisartsen komen natuurlijk ook veel mensen die geen werkgever hebben, maar wel klachten. Deze programma’s komen dan ook voor hen beschikbaar en zullen meer bekendheid krijgen.”

René: “Ik kan mij heel goed vinden in een gecombineerde aanpak, juist omdat het probleem zich op beide vlakken afspeelt. Mensen ervaren lichamenlijke klachten, zoals pijn of vermoeidheid. De fysiotherapeut richt zich op de lichamenlijke kant, hoe ga je om met fysieke klachten? Door de cognitieve gedragstherapie bij de psycholoog leren ze de gedachtencirkel waar ze in gevangen zitten, te doorbreken. De mensen krijgen handvatten mee. Het is de combinatie van vertrouwen in je lijf en van een andere manier om met je gedachten om te gaan, gevoelens weten te plaatsen. Dat is in mijn ogen een hele goede en succesvolle benadering. Bovendien met een geïntegreerde aanpak ben ik als huisarts niet meer de brug tussen de fysiotherapeut en psycholoog. Het is juist goed dat de psycholoog en fysiotherapeut samen overleggen en direct in kunnen spelen op wat nodig is voor hun patiënt. Het werkt niet goed wanneer ik er als doorgeefluik tussen zit. Daarom vind ik een integrale aanpak waarbij psycholoog en fysiotherapeut samen de cliënt benaderen uitstekend!”

Iedereen baat bij multidisciplinaire aanpak

“Om een multidisciplinair programma succesvol te laten zijn, is het altijd belangrijk om concrete doelen en bepaalde kaders te hebben. En dat de cliënt achter de aanpak staat, uiteraard”, geeft Manon aan. “Ik geloof dat ook juist mensen zonder werk baat hebben bij zo’n multidisciplinaire aanpak. Werk geeft natuurlijk structuur en zal wellicht bevorderend werken, maar het gaat er ook om dat die persoon anders gaat denken, anders gaat handelen, waardoor hij of zij dingen weer gaat oppakken. Vaak vermijden mensen

activiteiten, omdat ze bang zijn dat de pijn erger wordt. Je hoeft geen werk te hebben om anders hier mee om te leren gaan en wel te gaan bewegen. Ik geloof in de combinatie van gedragsmatige aanpak met bewegen.”

Snelle inzet van tweesporenbeleid

Er is momenteel veel aandacht voor LOK, van een nieuwe richtlijn voor huisartsen tot de opzet van zogenaamde LOK-poli’s. In ziekenhuizen door het hele land zijn er initiatieven om LOK poli’s op te zetten, maar helaas is dat de omgekeerde wereld. Deze poli’s zitten aan het einde van de pijplijn, het is juist zaak om eerder in actie te komen, dan voorkom je dat patiënten vastlopen en dat bespaart de gezondheidszorg veel kosten. “LOK-poli’s zijn leuk, maar eigenlijk zou de geïntegreerde zorg veel verder naar voren moeten gaan. Je moet zo vroeg mogelijk een tweesporenbeleid bewandelen en zo snel mogelijk wanneer je merkt dat mensen gaan vastlopen in hun denkpatroon, bepaalde gedachten gaan koppelen aan hun klachten, actie ondernemen”, geeft René met klem aan. “Daarom is een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak zo goed. Ik heb een aantal patiënten met de meest onverklaarbare pijnen. Die mensen zijn eigenlijk vast gelopen. Ze zitten zo klem in hun angst, dat bij elke pijn die ze voelen in hun lijf, het ergste gaan denken. Die zitten muurvast. Bovendien kosten zij de gezondheidszorg vreselijk veel geld. Dat proces moet je proberen in een eerder stadium te couperen. Ik denk dat initiatieven zoals de multidisciplinaire programma’s van De Gezonde Zaak daar heel goed bij zijn.” □

Bij De Gezonde Zaak werken multidisciplinaire teams (psychologen, fysiotherapeuten, bewegingsdeskundigen en specialisten) aan het (functie) herstel van mensen met lichamenlijke en psychische klachten. Dat kunnen klachten van uiteenlopende aard zijn die het verzuim veroorzaken of ervoor zorgen dat het werk en/of privé niet lekker loopt. Voorbeelden zijn psychische klachten zoals burn-out, depressie, angst of andere gedragsgerelateerde problemen. Of meer lichamenlijke klachten waarbij de gedragscomponent een grote rol speelt zoals RSI, whiplash, rugklachten, bekkeninstabiliteit, chronische pijnklachten of lichamenlijk onverklaarde klachten.