

Behandelbeleid SOLK

Netwerk Psychosomatische Fysiotherapie

Stedendriehoek

Auteurs:

Netwerk Psychosomatische Fysiotherapie,
Locatie Zutphen e.o.:

Marlies v. d. Belt
Louise Pruys
Annet Schoenmaker
Irma Sicco Smit
Moniek Westenend
Annelies van Zanten

Juni 2014

Inhoud

1 Inleiding.....	2
Missie	
Algemeen doel	
Specifiek doel	
Prevalentie SOLK	
2 Indicatie	4
Definitie SOLK	
3 Diagnostisch proces.....	5
Aanmelding	
DTF/ Verwijzing	
Anamnese	
Aanvullend onderzoek	
Analyse	
4 Behandelproces	7
Behandelplan	
Behandeling	
Communicatie met andere disciplines	
Eindevaluatie	
Afsluiting	
Literatuurlijst.....	8
Bijlage 1: Somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-T	9
Bijlage 2: Sleutelvragen SOLK	10

1 Inleiding

Missie

De psychosomatisch fysiotherapeuten in de regio Stedendriehoek staan voor optimale psychosomatisch fysiotherapeutische zorg en voor duidelijkheid en bekendheid naar potentiële patiënten en verwijzers. Daarnaast beogen we een intensievere samenwerking in multidisciplinaire setting.

Wij willen zoveel mogelijk transparant en evidence-based handelen, conform de bestaande richtlijnen, adviezen en standpunten van de NFP en KNGF. Wij streven naar uniformiteit in therapieaanbod, aangevuld door en met behoud van de individuele mogelijkheden van de verschillende psychosomatisch fysiotherapeuten.

De psychosomatisch fysiotherapeuten van het Netwerk Psychosomatische Fysiotherapie Stedendriehoek zijn:

Regio Apeldoorn: Marjon Boot
Piet ter Horst
Hester Pattijs - ter Beek
Fieke Velthuis

Regio Deventer: Laura Holterman
Ninke Kromdijk
Ton Mensink
Guido Staarink
Manon Stemkens
Carmen Tapmeijer

Regio Zutphen: Marlies v.d. Belt
Louise Pruys
Annet Schoenmaker
Irma Sicco Smit
Monique Westenend
Annelies van Zanten

Het Netwerk is in 2010 opgericht in de regio Apeldoorn, Zutphen en Deventer, de Stedendriehoek. De werkzaamheden van het netwerk zijn te volgen op de website:

www.psychosomatiek.net

Algemeen doel

Binnen het Netwerk Psychosomatische Fysiotherapie Stedendriehoek hebben we getracht de gemeenschappelijk benader- en behandelwijzen vast te leggen voor de belangrijkste indicaties in de psychosomatische fysiotherapie, te weten: SOLK, overspanning, angst en hyperventilatie (Delphi studies, NFP 2012).

Specifiek doel

Het doel van dit document is het beschrijven van uniform behandelbeleid t.a.v. SOLK.

Prevalentie SOLK

SOLK is een veelvoorkomend probleem in de huisartsenpraktijk, voor 25-50 % van de klachten waar patiënten mee op het huisartsenspreekuur komen is er geen somatische oorzaak of verklaring te vinden (Verhaak et al. 2006).

Bij bezoek aan de ziekenhuisspecialist zijn deze percentages nog hoger, variërend van 45 tot 66% (Nimnuan & Wessely, 2001).

2e lijn (specialist)	Reumatologie	45 %	(Nimnuan & Wessely, 2001)
	Cardiologie	53 %	
	Gastro-enterologie	58 %	
	Neurologie	62 %	
	Gynaecologie	66 %	

In de DSM-IV-TR (zie bijlage 1 op blz. 14) vormt het aandeel somatoforme stoornissen ca. 43 % op het spreekuur van de huisarts (De Waal e.a., 2004).

Uit het onderzoek van Bazelmans et al. (1997) blijkt Nederland 17.000 Chronisch Vermoeidheid Syndroom-patiënten te hebben (112 per 100.000). De auteurs geven hier zelf al aan dat dit een minimale schatting is. Uit ditzelfde onderzoek komt naar voren dat het merendeel van de patiënten vrouw is, namelijk 81 procent. De commissie van de Gezondheidsraad heeft het prevalentie onderzoek dat in Nederland is gedaan naast elkaar gezet en vergeleken met internationale cijfers. Zij komen met een schatting van tussen de 30 en 40 duizend mensen met CVS in Nederland. Driekwart of meer hiervan is vrouw (Gezondheidsraad, 2005).

Over de prevalentie van Fibromyalgie in Nederland zijn geen recente cijfers voorhanden. Een prevalentie onderzoek onder huisartsen in Nederland toonde een prevalentie van 157 per 100.000. In Nederland zouden 24.000 Fibromyalgiepatiënten zijn (Bazelmans et al.1997). In hetzelfde onderzoek wordt door de auteurs al aangegeven dat deze prevalentie-cijfers een minimale schatting zijn als gevolg van de methodologische opzet (het enquêteren van huisartsen). De FES geeft op haar website een prevalentie van 2 op de 100 volwassenen (www.fibromyalgiepatientenvereniging.nl).

2 Indicatie

Definitie SOLK

SOLK is de afkorting van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten.

Er is sprake van SOLK wanneer lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.¹

Wanneer voor een klacht wel een somatische aandoening gevonden wordt maar de klacht ernstiger, langduriger ofwel meer beperkingen geeft dan je op basis van de aandoening mag verwachten is er ook sprake van SOLK. Het gaat om klachten die op dit moment niet voldoende verklaard kunnen worden wat niet wil zeggen dat er in de toekomst mogelijk wel een verklaring voor bestaat.

Het Behandelbeleid SOLK is toepasbaar voor de betreffende oplopende schaal met verschillende gradaties:

- a. lichamelijke onverklaarde klachten horend bij het normale leven,
- b. lichamelijke onverklaarde klachten die langer aanhouden dan verwacht,
- c. lichamelijke onverklaarde klachten die in meer of mindere mate tot somatisatie leiden,
- d. lichamelijke onverklaarde klachten die tot een somatoforme stoornis leiden,
- e. lichamelijke onverklaarde klachten die leiden tot een somatisatie stoornis.

Samenvattend kun je de gradaties van SOLK zien als een continuüm, dat loopt van enerzijds de bij het normale leven behorende ongecompliceerde kortdurende lichamelijke klacht, via de langer dan enkele weken aanhoudende SOLK met meer of minder uitgesproken somatisatie, en de uit meerdere samenhangende SOLK bestaande syndromen tot de somatoforme stoornissen, met als ernstigste vorm de somatisatie stoornis.

Ieder medisch specialisme heeft zijn eigen SOLK. Zo ziet de gastro-enteroloog patiënten met Prikkelbare Darm Syndroom (PDS), de gynaecoloog patiënten met Premenstrueel Syndroom (PMS), de reumatoloog patiënten met Fibromyalgie (FM), de internist patiënten met het Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS), enz.

Definitie somatisatie

Somatisatie is een neiging lichamelijke klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan lichamelijke ziekte en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart (Lipowski, 1988). Somatisatie is dus een benaming voor het proces dat ertoe leidt dat patiënten met SOLK zich met hun klachten (blijven) wenden tot een arts in de hoop dat deze een ziekte vindt.

Definitie somatoforme stoornis

We spreken van een somatoforme stoornis bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten die voldoen aan de criteria van een van de somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-Text Revision (bijlage 1).

Definitie somatisatie stoornis

Multi-symptomatische aandoening die vaak begint voor het dertigste levensjaar, langdurig aanhoudt en gekarakteriseerd wordt door een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudoneurologische klachten.

In- en exclusiecriteria bij SOLK

Voor het behandelen van alle klachten van SOLK gelden twee exclusiecriteria, ook geldend voor Overspannings- en Angst- en Hyperventilatieklachten:

- Ernstige psychische klachten waarbij de PSF de enige behandelaar is
- Psychische klachten zonder lichamelijke klachten

3 Diagnostisch proces

Definiëring

De psychosomatisch fysiotherapeut brengt, op basis van een anamnese en diagnostische verrichtingen, oorzakelijke en herstel bevorderende psychosociale factoren in kaart die zijn gerelateerd aan het bewegend functioneren van de cliënt, relateert deze aan de hulpvraag van de cliënt, waarna hij een interventie- of preventieplan opstelt. Hieronder wordt stapsgewijs het diagnostisch proces beschreven.

Beschrijving

De psychosomatisch fysiotherapeut maakt op basis van zijn specifieke deskundigheid op het gebied van psychosomatisch gerelateerde aandoeningen een analyse en een onderzoekshypothese die hij toetst door middel van gerichte anamnestiche vragen en diagnostische verrichtingen.

De psychosomatisch fysiotherapeut maakt een duidelijk onderscheid tussen de anamnese status praesens en de biografische anamnese.

Tijdens de anamnese herkent de psychosomatisch fysiotherapeut op basis van tekens en/of symptomen de patronen en het specifieke complexiteitsniveau van de gepresenteerde problematiek.

De psychosomatisch fysiotherapeut zet bij het onderzoek zijn deskundigheid op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid van specifieke tests en meetinstrumenten in. Hierdoor is snelle en efficiënte diagnostiek mogelijk.

De psychosomatisch fysiotherapeut betreft bij de diagnostiek de somatische aspecten, cognitieve aspecten, emotionele aspecten, gedrag en sociale omgeving.

De analyse van persoonlijke en omgevingsfactoren, in relatie met het klachtenpatroon van de cliënt, leiden tot het beschrijven van de psychosomatisch behandelbare grootheden. De psychosomatisch behandelbare grootheden vormen de basis waarop de doelen en subdoelen op korte en lange termijn worden opgesteld.

Aanmelding

NAW gegevens, huisarts, zorgverzekering, mate van vergoeding, behandelovereenkomst, toestemmingsverklaring, uitleg protocol.

DTF

DTF als start voor de begeleiding van deze groep patiënten is alleen te verantwoorden als vooraf mogelijke somatische oorzaken voor de klachten zijn uitgesloten. Screening vindt plaats zoals deze geldt voor de algemeen fysiotherapeut.

Verwijzing

Patiënten kunnen verwezen worden door huisarts, bedrijfsarts of specialist.

Anamnese

Vaststellen van hulpvraag en verwachting, mate van stoornissen, beperkingen en problemen met de participatie.

Vaststellen medische historie, eerdere behandelwijzen, medicatie, gebruik van middelen. Aangevuld met uitgebreide SCEGS- analyse, sleutelvragen voor SOLK (bijlage 2), levensloop, attributie, coping, vragen over zingeving, hulpbronnen, e.d.

Onderzoek

Vragenlijsten: PSK en 4 DKL meest bruikbaar als standaard vragenlijsten.

Eventueel aangevuld met: MBI, NHL, TAMPA, RAND 36, PCI, QLQ en VAS (pijn, vermoeidheid, mate van duizeligheid of benauwdheid).

Inspectie: naast alg. fysiotherapeutische inspectie, wordt specifiek gelet op houding, beweging en adempatroon en de expressie daarvan. Observatie van emotionele expressie en mimiek, de mate van congruentie of discongruentie tussen mimiek en verhaal van de patiënt.

Palpatie: onderzoek van temperatuur van de huid, tonus van de spieren, afweerspanning, reacties op aanraking, e.d.

Algemeen functie onderzoek: naar stoornissen qua mobiliteit, spierspanning, spiergevoel, adempatroon, lichaamsbewustzijn en de algehele conditie.

Specifiek onderzoek: naar de diepere duiding van de klacht: wat drukt de patiënt via het lichaam uit met de klacht, bewust en/of onbewust?

Onderzoek naar fysieke, emotionele en mentale vaardigheden: bewust kunnen ontspannen van spieren en ademhaling, aarden, controle loslaten, emoties herkennen, emoties kunnen uiten, grenzen voelen, grenzen bewaken, e.d.

Analyse

Gevormd door werkdiagnose met SCEGS als leidraad.

Vaststellen van complexiteitsniveau.

Klachten met een complexiteitsniveau 3 en 4 zijn geïndiceerd voor de psychosomatische fysiotherapie, waarbij er bij niveau 4 in principe wordt samengewerkt met psycholoog en/of psychiater.

(Zie voor de beschrijving van de complexiteitsniveaus het Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch fysiotherapeut, NPF -2009)

4 Behandelproces

De psychosomatisch fysiotherapeut richt zich naast de lichamelijke klachten specifiek op psychologische en gedragsmatige kenmerken van problemen in het bewegend functioneren van de cliënt

De behandeldoelen worden opgesteld op activiteiten en participatieniveau, afgestemd met de cliënt. Daarnaast kan er gekozen worden voor doelen op stoornis niveau, dit zal in het teken staan van de lichamelijke klachten die de patiënt ervaart

Behandelplan

In samenspraak en overeenstemming met de patiënt wordt een behandelplan opgesteld. Een specifiek op de patiënt en zijn/haar hulpvraag afgestemd plan met een SMART geformuleerd hoofddoel en eventueel een aantal meetbare subdoelen middels vragenlijsten zoals PSK en 4 DKL.

Relevante subdoelen:

Verbeteren van ziekte inzicht.

Verbeteren van lichaamsbewustzijn, adembewustzijn en zelfreflectie.

Verbeteren van vaardigheden:

- herkennen en erkennen van spanning, behoeften, grenzen, emoties,
- verbeteren zelfacceptatie, zelfcompassie
- ontspannen op fysiek, mentaal en emotioneel niveau,
- pijn coping, stressmanagement, angst- en emotie coping

De belangrijkste interventies in de psychosomatische fysiotherapie zijn (Delphi studies, NFP 2012):

- Lichaamsbewustwordingstraining (houding, adem, beweging)
- Spanningsregulatie (ontspanningsoefeningen – adem oefeningen – massage)
- Psycho-educatie (faciliteren van herkennen relaties D-V-D of klacht versus life events, inzicht geven en leren omgaan met stressoren)
- Cognitieve interventies (klachthantering en gedragsverandering, aanleren alternatieve strategieën)
- Oefentherapie (graded activity - graded exposure, ADL-gerichte training - activeren/conditietraining)

Omdat onder SOLK een breed scala aan psychosomatische klachten valt, is het telkens per individueel geval te bepalen welke interventies er worden ingezet.

Communicatie met andere disciplines

Bij multidisciplinaire samenwerking altijd overleggen over werkdiagnose en behandelplan met de andere disciplines, zodat de diverse behandelingen goed op elkaar kunnen worden afgestemd en ter voorkoming van strategieën die elkaar tegenwerken.

Bij afwijkend beloop of nieuwe problemen en/of inzichten ook tussentijdse rapportages en/of overleg met de andere behandelaars en/of verwijzer.

Eindevaluatie

Hertesten en vragenlijsten, evaluatie van behandeling en doelen.

Afsluiting

Eindrapportage naar de huisarts/verwijzer en/of andere disciplines.

LITERATUURLIJST

1. Multidisciplinaire richtlijn SOLK, Trimbos 2010.
2. Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch Fysiotherapeut – NFP, mei 2009

Bijlage 1 Somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV-TR (De Waal e.a., 2004)

	Omschrijving	Prevalentie bij huisarts
Somatisatiestoornis	multi-symptomatische aandoening die vaak begint voor het dertigste levensjaar, langdurig aanhoudt en gekarakteriseerd wordt door een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudoneurologische klachten.	<0,5%
Pijnstoornis	onverklaarde pijn die ernstig genoeg is om het functioneren te beperken en medische hulp in te roepen. Ontstaan, ernst, verergering en voortbestaan worden in verband gebracht met psychische factoren	2%
Conversiestoornis	onverklaarde symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening. Verband met psychische factoren wordt aannemelijk geacht.	0,2%
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	minstens een somatisch onverklaarde lichamelijke klacht die minimaal langer dan zes maanden belemmeringen veroorzaakt in het dagelijks leven. Functionele syndromen kunnen vallen binnen de groep ongedifferentieerde somatoforme stoornis	13%
Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven	somatoforme klachten en syndromen die niet voldoen aan de criteria voor een van de specifieke somatoforme stoornissen	30%
Hypochondrie	sterke preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben, als gevolg van verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen gedurende minstens zes maanden.	1-5%
Gestoorde lichaamsbeleving	preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk.	0%

Bijlage 2 Sleutelvragen SOLK

Somatisatie: somatisatiestoornis, hypochondrie

Stoornis	Klachten	Vragen
Somatisatiestoornis	<ul style="list-style-type: none"> - Terugkerende meervoudige, klinisch belangrijke lichamelijke klachten - Klinisch belangrijk= Medicatie/medische behandeling - Aanmerkelijke beperking ADL/sociaal etc. - Gaat meestal samen met andere psychische stoornissen - Begint voor 30^e levensjaar, enkele jaren aanwezig - 4 pijnklachten, 2 maag-darmklachten, 1 seksueel, 1 (pseudo)neurologisch - Geen lichamelijke oorzaak te vinden - Of klachten of beperkingen worden ernstiger ervaren dan verwacht zou worden. - Klachten worden niet met opzet veroorzaakt en de patiënt doet niet alsof. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biografische anamnese: Darmklachten, Pijnklachten, Seksuele problematiek, Pseudo-neurologische klachten - Bent u sociaal beperkt door uw klachten? - Bent u in werk of ADL beperkt door uw klachten? - Wat is volgens u de oorzaak van uw klachten?
Ongedefinieerde somatoforme stoornis	<ul style="list-style-type: none"> - > 6 mnd. - (verzamelbak onverklaarde klachten) 	
Conversiestoornis	<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid van klachten of uitvalsverschijnselen van de vrijwillige motorische of sensorische functies. - Pseudo neurologische onverklaarde klachten - Dissociatie - Vaak na traumatische gebeurtenis of zware jeugdproblematiek 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma's?
Pijnstoornis	<ul style="list-style-type: none"> - Somatisatie waarbij pijn op de voorgrond staat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pijnklachten
Hypochondrie	<ul style="list-style-type: none"> - Somatisatie met daarbij overmatige bezorgdheid een ernstige ziekte te hebben op basis van verkeerde interpretatie lichamelijke symptomen - Bezorgdheid blijft bestaan, ook nadat er medisch niets gevonden is - Veroorzaakt significant leiden ADL/sociaal etc. - > 6 mnd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biografische anamnese!
Stoornis in de lichaamsbeleving	<ul style="list-style-type: none"> - Ingebeelde of overtrokken afgunst van lichaamsdeel 	<ul style="list-style-type: none"> - Vind je je lichaam mooi? - Zijn er dingen aan je lichaam die je zou willen veranderen?