

ZORGPAD ALK BIJ VOLWASSENEN

REGIO TREANT

Definitie ALK (SOLK): Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) zijn klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart

Ga naar: Voorbeeldzinnen, woorden en termen bij bespreking van ALK met de patiënt

EDUCATIEFASE

01



SIGNALERINGSFASE

Iedereen kan signaleren.

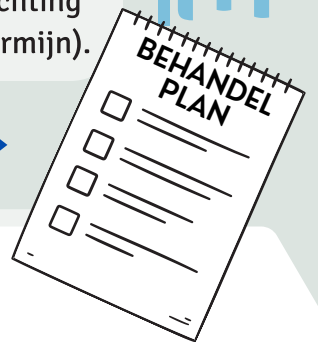
Vervolgens de patiënt verwijzen naar huisarts, revalidatiearts, of medisch specialist met affiniteit met ALK.

02



DIAGNOSEFASE

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Zo nodig aanvullend onderzoek
- Diagnose ALK
- Vaststellen mate van ernst van ALK
- Huisarts is regiebehandelaar, tenzij anders besproken
- Eventueel verwijzen naar een specialist die affiniteit heeft met ALK
- Verklaringsmodellen, SCEGS, vragenlijsten
- Extra aandacht voor emoties, dit goed uitvragen
- Regiebehandelaar maakt samen met patiënt analyse van het probleem plus oplossingsrichting en stelt behandelplan op (+ evt. behandeltermijn).



03



BEHANDELFASE

- Regiebehandelaar betreft medebehandelaars bij behandelplan
- Tussentijdse terugkoppeling plus eindverslag van medebehandelaar aan regiebehandelaar
- Regiebehandelaar maakt eindverslag met terugvalpreventieplan
- Parallel behandeltraject 2e lijn somatiek en GGZ is mogelijk



04



CONTROLEFASE

- Wanneer kan patiënt terug naar de huisarts (terugverwijzing)
- In actie komen bij terugval volgens terugvalplan of eventueel opnieuw diagnosefase
- Definitieve afsluiting behandeltraject door regiebehandelaar

MATE VAN ERNST ALK

MILDE ALK - WPN 1 & 2 - REGIE HUISARTS

(in samenwerking met [POH-GGZ](#))

- Lichte functionele belemmeringen, en
- 1 of enkele ALK-klachten binnen 1 of 2 klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat en algemeen aspecifiek (dat wil zeggen: moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie-/geheugenklachten).

MATIG ERNSTIGE ALK - WPN 3 - REGIE HUISARTS/REVALIDATIEARTS:

- Matig ernstige functionele belemmeringen, en
- Verscheidene ALK-klachten in ten minste 3 klachtenclusters, en/of
- Klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht.

ERNSTIGE ALK - WPN 4 - REGIE REVALIDATIEARTS/SPECIALISTISCHE GGZ:

- Ernstige functionele belemmeringen, en
- ALK-klachten in alle klachtenclusters, en/of
- Klachtenduur > 3 maanden.

[Ga naar website NHG voor uitgebreide toelichting op ALK problematiek >>](#)

TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN REGIEBEHANDELAAR EN MEDEBEHANDELAARS

REGIEBEHANDELAAR

De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

- De continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- Er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- Er één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling *

De regiebehandelaar hoeft niet zelf het aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft ook niet zelf alle vragen van de patiënt en diens naasten te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden.

- Bij de werkdiagnose ALK wordt tijdens de eerste stap van de diagnosefase vastgesteld wie de regiebehandelaar is.
- De regiebehandelaar voert de regie over het gehele diagnose- en behandelproces
- Aan de hand van de [mate van ernst ALK](#) en mogelijkheden, kan de [huisarts](#), [specialistische GGZ](#) of [revalidatiearts](#) (alleen bij pijnklachten aan houding- en bewegingsapparaat of vermoeidheid) regiebehandelaar zijn
- Indien gewenst betreft de regiebehandelaar medebehandelaars met vraagstelling plus eigen diagnostiek
- Regiebehandelaar maakt samen met de patiënt een analyse van het probleem en stelt een behandelplan op (+ evt. behandeltermijn)

MEDEBEHANDELAAR

Alle behandelaren betrokken bij de behandeling van de patiënt, in casu niet zijnde de regiebehandelaar.

Medebehandelaars kunnen o.a. zijn:

- [POH GGZ](#)
- [Psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut](#)
- GZ Psycholoog
- [Klinisch psycholoog](#)
- [Anesthesist](#)

BEHANDELPLAN

Het behandelplan is de koppeling tussen diagnosefase en behandel fase. Hierin worden alle medebehandelaars benoemd, met toestemming van patiënt.

[Ga naar: Voorbeeldzinnen, woorden en termen bij bespreking van ALK met de patiënt >>](#)

EINDVERSLAG MET TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN

Hierin staan afspraken voor de controlefase en welke medebehandelaars nog betrokken blijven.

*Uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 21 januari 2021, uit: <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/hoofdbehandelaar-voortaan-regiebehandelaar>

HUISARTS

SIGNALERINGSFASE:

- Als anamnese en/of lichamelijk onderzoek richting ALK wijzen;
- Als klachten niet in herkenbare lichamelijke of psychische diagnose passen;
- Als klachten onderdeel uitmaken van een patroon van vaker terugkerende, evt. deels onverklaarde, klachten;
- Als patiënt al 1 of meerdere specialisten bezocht heeft voor deze klachten, waarbij geen verklaring gevonden is.

DIAGNOSEFASE:

- Uitgebreide anamnese; eventueel aanvullend onderzoek door [POH GGZ](#)
- Lichamelijk onderzoek;
- [Verwijzing tweede lijn](#) voor medische diagnostiek als patiënt of huisarts nog onvoldoende zeker is van werkdiagnose ALK. Geen verwijzing nodig indien voldoende zekerheid over werkdiagnose ALK en lichte klachten/beperkingen. Bij verwijzing duidelijke vraagstelling en vermoeden van ALK benoemen;
- [SCEGS-analyse](#); hierbij gebruik maken van [verklaringsmodel plus oplossingsrichting](#)
- Als er voldoende zekerheid is over werkdiagnose ALK en matige klachten/beperkingen; verwijzing binnen de eerste lijn (bv [psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut](#), [POH-GGZ](#), diëtist).
- Eventueel verwijzing naar revalidatiearts voor diagnostiek ALK indien sprake van ernstige klachten (m.n. indien ernstig invaliderend/beperkend in dagelijks leven). Zie ook: [Mate van ernst ALK](#)

BEHANDELFASE:

- Bij lichte klachten/beperkingen, als uitleg en enkelvoudige adviezen voldoende zijn: huisarts zelf;
- Bij matige klachten/beperkingen: verwijzing binnen de eerste lijn. Huisarts is regiebehandelaar.
- Bij ernstige klachten/beperkingen: in principe behandeling door revalidatiearts of specialistische GGZ als regiebehandelaar.

CONTROLEFASE:

Monitoren hoe het gaat, op de diverse domeinen: ernst van de klachten maar vooral de beleving.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

- Samen met patiënt weer kijken waarom het weer misgaat en welke route nodig is.
- Eventueel opstellen van terugval(preventie)plan.

POH GGZ

SIGNALERINGSFASE:

De huisarts gaat na of er naast somatische klachten ook psychische klachten zijn, te denken valt aan een angst, somberheid, slaapproblemen. Doorgaans wordt op dit punt de patiënt ingepland bij de POH-GGZ. In de meeste gevallen heeft de patiënt dan nog geen diagnose ALK gekregen. De huisarts vraagt aan de POH-GGZ om te beoordelen waardoor patiënt klachten blijft houden indien somatische oorzaken zijn uitgesloten.

DIAGNOSEFASE:

In principe stelt de huisarts ALK vast aan de hand van de [SCEGS lijst](#), POH-GGZ gaat na of dit gebeurd is en doet indien dit niet het geval is dit zelf. De POH-GGZ kan gebruik maken van de 4 DKL, deze vragenlijst geeft inzicht in klachten bij patiënten op basis van 4 dimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. In de meeste gevallen gaat de POH-GGZ het gesprek aan met de patiënt over het gevolgenmodel. Dit is een veelgebruikte behandelmethode volgens de principes van cognitieve gedragstherapie. De methode wordt veelal toegepast door psychosomatisch oefen- en/of maar kan ook door de POH-GGZ ingezet worden. Uitgangspunt is dat ALK het beste begrepen kan worden als een verstoord herstelproces. Daarbij wordt de nadruk gelegd op de in stand houdende factoren, het gaat om lichamelijke, emotionele, gedragsmatige, cognitieve als om sociale in stand houdende gevolgen,. Het gevolgenmodel representeert het belang om bij ALK naar de problematiek te kijken in termen van in stand houdende factoren.

BEHANDELFASE:

Milde ALK klachten kunnen door huisarts en POH-GGZ behandeld worden in samenwerking met psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut. Complexe ALK klachten gaan doorgaans naar gespecialiseerde poliklinieken en behandelcentra. Zie ook: [Mate van ernst ALK](#). Indien de diagnose ALK is vastgesteld heeft de POH-GGZ meerdere opties qua behandelvormen:

- ACT : Acceptatie en Commitment Therapie. Hiervoor wordt door veel collega's gebruik gemaakt van het boek 'Voluit leven' Ernst Bohlmeijer & Monique Hulsbergen.
- CGT: cognitieve gedragstherapie.
- Oplossingsgerichte therapie: patiënt ondersteunen in het zoeken naar wat hij /zij wel wil.
- Positieve gezondheid: het accent ligt op de mensen zelf, niet op hun ziekte.

De POH-GGZ kan ondersteunend gebruik maken van eHealth modules van onder andere Therapieland. De module ALK, omvat een 6 weeks programma met psycho-educatie.

Therapieland biedt ook een module "balans" welke ook goed aansluit bij ALK klachten.

Daarnaast zijn er websites te bezoeken:

- www.Onbegrepenklachten.nl
- www.Grip.health
- - Pijn de baas
- www.Pijnvoorbij.nl
- www.StichtingEmovere.nl

Deze sites zijn gebaseerd op boeken die in veel gevallen ook zijn omgezet in trainingen/cursussen. Zie ook: [Links naar relevante folders, filmpjes, boeken](#)

CONTROLEFASE:

Voortgang bewaken, terugval(preventie)plan opstellen.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

Aan de hand van het terugval(preventie)plan begeleiding weer oppakken.

PSYCHOSOMATISCH OEFEN- OF FYSIOTHERAPEUT

SIGNALERINGSFASE:

- Bij klachten die langer aanhouden dan 3-6 maanden; wanneer somatische klachten ernstig beperkend, frequent, meervoudig en/of chronisch worden
- Comorbiditeit:
- Al bekend met langer aanhoudende klacht. Bijvoorbeeld chronische pijnklachten rug, nek/schouders, hyperventilatie of slecht slapen.
- Functioneel somatische syndromen als FM, CVS of PDS
- Angst of depressie
- Beperkte gezondheids- of coping vaardigheden; meten met copingvragenlijst UCL
- Er is sprake van uitlokkende- of instandhoudende factoren; bijvoorbeeld psychosociale stress.

DIAGNOSEFASE:

- Anamnese: Psychosomatische analyse opstellen volgens [SCEGS-model](#).
- Duur klachten, (wijd) verspreide klachten, disproportionele klachten.
- In kaart brengen van uitlokkende- en in stand houdende factoren: fysieke, emotionele, cognitieve, gedragsmatige, sociale en overige in standhoudende factoren.
- Gedrag: omgang met klachten, slaap, ontspanning, herstel belemmerend gedrag
- Vragenlijsten:
 - VAS/ NPRS pijn, vermoeidheid en/ of spanning
 - PSK, MAF, RAND 36
 - 4 DKL
 - Vragenlijsten voor coping; UCL
 - Vragenlijsten specifiek voor angst, depressie of burnout
 - CIS

BEHANDELFASE:

- Het behandelplan wordt opgesteld afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt. Totaal aanpak gericht op soma, cognities, emoties, gedrag en sociale domein.
- Psycho-educatie (pijn/ vermoeidheid/ stress/ emoties)
- Therapeutisch lichaamswerk gericht op ademhaling, ontspanning, aandachtstraining (mindfulness), lichaamsbewustwording en expressie.
- Therapeutische gesprekken; Cognitief gedragsmatige interventies
- Activatie d.m.v. Graded exposure/ Graded activity

Waar nodig in samenwerking met [POH GGZ](#), psycholoog of maatschappelijk werk.

CONTROLEFASE:

Start met 1x per week, afbouwend naar 1x per maand.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

- Terugval(preventie)plan opstellen samen met de patiënt
- Aanbevelingen naar de huisarts; wat te doen in geval van recidive.
- Indien recidive: Opnieuw afstemmen met andere behandelaren, overwegen deel van voorgaande behandeling te herhalen en daarbij gevolgenmodel te betrekken. Opnieuw uitgangspositie bepalen – 0-meting. Vanuit 0-meting weer starten met opbouw.

MEDISCH SPECIALIST

- Geef in verwijsbrief specifiek aan wat je verwacht, bijvoorbeeld:
- Uitsluiting van....
- Expliciet benoemen dat gedacht wordt aan ALK danwel dat het al besproken is met patiënt
- Terug verwijzing naar....*
- Na uitsluiting van eventuele enkelvoudige somatische oorzaken, wordt de patiënt terugverwezen naar de verwijzer (i.c. huisarts). NB denk aan boodschap/communicatie naar de patiënt.

*Wat wel zou kunnen is dat de huisarts al aan de specialist vraagt om, aansluitend aan de diagnostiek, uitleg en psycho-educatie rondom de probleemanalyse te laten gebeuren door de vakgroep [Medische Psychologie](#).

ANESTHESIST

SIGNALERINGSFASE:

- Meerdere verspringende klachten
- Onverklaarde bijwerkingen of niet verdragen medicatie
- Veel interventies die heel goed maar heel kort werken
- Discrepante lijdensdruk

DIAGNOSEFASE:

- Het gebruik van vragenlijsten, HADS, coping scale etc. beperkt bruikbaar
- Vragen naar letselschade/procedures, werkgerelateerde klachten

BEHANDELFASE:

Afhankelijk van vraagstelling

MEDISCHE PSYCHOLOGIE

CONSULTATIE:

Sommige specialistische GGZ instellingen hebben ook de mogelijkheid om een consultatie functie te raadplegen. Hierin kan in afstemming gekeken worden of de vraag passend is bij de specialistische GGZ.

SIGNALERINGSFASE:

Een verwijzing kan alleen plaatsvinden door een medisch specialist. In principe verwijst een medisch specialist na het 'uitsluiten van narigheid' terug naar de huisarts, tenzij deze expliciet heeft gevraagd om doorverwijzing naar de vakgroep medische psychologie voor extra uitleg en psycho-educatie rondom de probleemanalyse. Cliënten die worden verwezen zijn gescreend door de aanmelder (huisarts, gemeente, medisch specialist, triage-team). Een somatische onderliggende oorzaak moet voldoende onderzocht zijn en een psychische component waardoor de klachten worden uitgelokt of bestaand blijven dient onderzocht te zijn.

DIAGNOSEFASE:

Het psychosociale model wordt gebruikt als basis: predisponerende, uitlokkende en in standhoudende factoren worden in kaart gebracht. Dit wordt gedaan middels gesprekken met cliënt en systeem, reeds betrokken hulpverleners en andere betrokkenen en aangevuld met vragenlijsten. Er is expliciete aandacht voor het uitvragen van traumatische gebeurtenissen. Daarnaast kan diagnostiek uitgevoerd worden naar onderliggende problematiek.

BEHANDELSFASE:

Afhankelijk van de uitkomsten van de diagnostische fase wordt een behandelbeleid voorgesteld aan de hand van de geldende richtlijnen. In overleg met cliënt en systeem wordt vastgesteld welke behandeling wordt ingezet en op welke factoren deze zich richt.

Bij alle behandelingen is zorgvuldige psycho-educatie noodzakelijk voor de cliënt en het systeem om hen te helpen de ontwikkeling van de klachten te begrijpen, ter ontschuldiging en als kadering voor het gesprek met anderen zoals, de familie, werk, school en sociale omgeving.

Wat betreft behandelmethodes kan gedacht worden aan CGT (verschillende protocollen beschikbaar), EMDR, vaktherapie (zoals PMT) en/of hypnotherapie.

CONTROLEFASE:

Evaluatie met cliënt, zo nodig behandeling bijsturen.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

Terugval preventieplan maken samen met cliënt.
Consultatiefunctie na afsluiting.

REVALIDATIEARTS

SIGNALERINGSFASE:

Bij de revalidatiearts gaat het om ALK in de zin van chronische pijn met klachten in houdings- en bewegingsapparaat.

De behandeling via de revalidatiearts noemen we medisch specialistische revalidatie.

WPN-niveau 1

Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek. Deze patiënten kunnen bij een vraag om behandeling behandeld worden in de eerste lijn en daarbij begeleid door de huisarts.

WPN-niveau 2

Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek.

Patiënten met problematiek op WPN-2 niveau worden behandeld in de eerste lijn, al of niet met begeleiding van de revalidatiearts. Bij voorkeur wordt de behandeling uitgevoerd door paramedici zoals een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut, die specifiek zijn geschoold in het begeleiden van patiënten met chronische pijn.

Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 is er sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-3 niveau minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-4 niveau (zeer ernstige impact) Patiënten met classificatie WPN-niveau 3 en WPN-4 behoeven specialistische revalidatiezorg en dus is een verwijzing naar de revalidatiearts aangewezen. Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 kan er een indicatie zijn voor een behandeling door een revalidatieteam waaraan specifieke deskundigheidseisen worden gesteld.

INTAKE MEDISCHE SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

Bij een intake medisch specialistische revalidatie worden de volgende in- en uitsluitcriteria gebruikt voor deelname aan het chronisch pijnprogramma.

Insluitcriteria behandeling medisch specialistische revalidatie

- Patiënten met pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 3 maanden.
- Evidente discrepantie tussen niveau van het functioneren en het verwachte niveau op grond van de aard en de ernst van de aandoening.
- Patiënt heeft het (terechte) vertrouwen dat er geen zinvolle medisch technisch behandelbare mogelijkheden meer zijn en er is voldoende onderzoek verricht.
- Patiënt begrijpt en accepteert dat pijnreductie niet gegarandeerd kan worden en dat pijnrevalidatie volledig gericht is op optimaliseren van functioneren en kwaliteit van leven.
- Van minder intensieve (bijvoorbeeld monodisciplinaire) interventies wordt geen resultaat (meer) verwacht, dan wel zijn reeds niet succesvol gebleken.
- Patiënt is in staat en bereid om gedurende het revalidatietraject 2-3 maal per week de afdeling revalidatie te bezoeken.
- Het is een voorwaarde dat de patiënt akkoord gaat met de behandeling; motivatie en bereidheid/mogelijkheid tot (gedrags)verandering is belangrijk.

[Lees verder op volgende pagina -->](#)

REVALIDATIEARTS (VERVOLG)

Uitsluitcriteria

- Psychiatrische symptomen zijn niet voldoende onder controle zodat zelfs met ondersteuning van psychiatrische medebehandeling, een werkzame behandelrelatie binnen een revalidatiegeneeskundige setting niet mogelijk is. Of; er is een aanzienlijk risico op psychische decompensatie door een revalidatiebehandeling.
- Er is een nog niet (voldoende) behandelde relevante (andere) aandoening.
- Patiënt zoekt nog naar een (behandelbare) oorzaak voor de klachten.
- Patiënt is uitsluitend gericht op klachten/pijnreductie.
- Soms: In het kader van een schadeletsel zaak of arbeidsongeschiktheidsprocedure dient schade en/of onvermogen te worden aangetoond. Er moet met patiënt besproken worden of die wel motivatie heeft voor gedragsverandering en mogelijk dus verbetering van klachten.
- Patiënt wordt door derden gedwongen een revalidatie traject te volgen en heeft geen eigen intrinsieke motivatie of behandeldoel.
- De patiënt is onvoldoende fysiek belastbaar om een actieve behandeling te kunnen volgen.
- Er zijn taal- of communicatieproblemen die het volgen van een revalidatieprogramma onmogelijk maken.
- WPN niveau 1 en 2 hoort in de 1e lijn thuis.

DIAGNOSEFASE:

Hier ingevuld vanuit de tweedelij, als patiënt is verwezen naar de revalidatiearts:

ROLLEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN:

Revalidatiearts/ Physician Assistant

- uitsluiten van aandoeningen die een andere expertise behoeven dan de revalidatiegeneeskunde.
- identificeren van de hulpvraag van de patiënt;
- indicatiestelling voor behandeling na verzamelen en analyseren van medische gegevens verkregen op basis van eigen onderzoek en eventueel aangevuld met eerder of aanvullend onderzoek;
- het uiteindelijk samen met de patiënt kiezen van het best passende vervolgtraject;
- de behandeling zelf (advies, begeleiding in eerste lijn, interdisciplinaire behandeling, verwijzing naar elders etc.);
- het identificeren en eventueel behandelen van co-morbiditeit die de behandeling belemmert;
- het optimaliseren van het medicatie gebruik;
- de (kwaliteit van de) revalidatiegeneeskundige behandeling;
- de overdracht na afronding van de behandeling.

Algemene verantwoordelijkheden van de teamleden:

- het herkennen van psychosociale factoren tijdens de intake en/of gedurende het behandeltraject
- het herkennen van laaggeletterdheid / beperkte gezondheidsvaardigheden
- het geven van educatie (individueel of in groepsverband): dit vereist communicatieve en didactische vaardigheden
- het begeleiden van de patiënt bij het nemen van beslissingen, het maken van keuzes en het stellen van doelen
- het realiseren van een programma opbouw volgens gedragsmatige principes
- bekrachtigen van gewenst gedrag van de patiënt
- adequaat omgaan met pijngedrag van de patiënt
- stimuleren en opbouwen van self-efficacy (zelfvertrouwen in eigen kunnen) van de patiënt
- initiëren, begeleiden en coachen van zelfmanagement van de patiënt.

[Lees verder op volgende pagina -->](#)

REVALIDATIEARTS (VERVOLG)

BEHANDELFASE:

AANMELDINGSFASE

Patiënt kan door huisarts of medisch specialist worden verwezen. In het consult van de revalidatiearts/ P.A. er wordt besproken of patiënt kan worden aangemeld voor de pijnrevalidatie.

De patiënt kan gewezen worden op de website www.pijnalliantieinnederland.nl waar onder zelfmanagement een aantal links met o.a. een filmpje met uitleg en mogelijkheden voor e-learning. Tevens wordt dan de folder pijnrevalidatie mee gegeven. Er volgt nog een 2e gesprek bij 1 van de andere teamleden (dit kan bij medisch maatschappelijk werk, psycholoog, revalidatiearts of physician assistant). In dit gesprek wordt nagegaan of patiënt een en ander goed heeft begrepen, of de verwachting van de patiënt klopt met wat het behandelprogramma biedt en of de motivatie voldoende is. Soms is er een specifieke vraagstelling voor de psycholoog/ MMW om specifieke in- en uitsluitcriteria nog eens langs te lopen. Bij aanmelding komt patiënt op de wachtlijst en wordt besproken wat de verwachte wachttijd is.

Betrokken hulpverleners uit het revalidatieteam zijn verder:

ergotherapeut, fysiotherapeut, medisch maatschappelijk werk, medisch psycholoog

CONTROLEFASE:

Na afronding pijnrevalidatie volgt een afrondend gesprek bij de revalidatie arts en rapportage naar de huisarts.

Het kan van meerwaarde zijn, na afronding van de behandeling nog een controle af te spreken bij (een aantal van) de therapeuten. Doel is dan bezien of gedragsverandering blijvend is geweest, vragen nog te kunnen beantwoorden, om te voorkomen dat een patiënt snel weer in een nieuw (medisch) behandelcircuit stapt. Bij het MDO na het laatste blok worden hier afspraken over gemaakt. Als er nog afspraken worden gemaakt, volgt nadien nog terugkoppeling via een rondvraag / MDO aan het behandelteam. Let bij eventuele controle op langere termijn, bij wisseling van het jaar speciaal op de dan geldende regels ten aanzien van eventueel een nieuw te betalen eigen risico voor de patiënt.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

Als er duidelijke valkuilen zijn voor patiënt, kan het zijn dat er zoiets is geformuleerd wordt als tips voor dips (terugval preventieplan). Patiënt heeft dat dan zelf in zijn/haar bezit.

Vanuit het revalidatie team wordt gewerkt aan een update van een map, die uitgereikt wordt bij het doorlopen van de pijneducatie, blok 1 in de pijnrevalidatie. Hierin zitten ook werkbladen, notities van patiënt, ook met bedoeling daar later nog eens in terug te kunnen lezen.

SPECIALISTISCHE GGZ

SIGNALERINGSFASE: VROEGE ONDERKENNING EN PREVENTIE

- De behandeling ALK is een integraal gezondheidsconcept op basis van verwevenheid van lichaam en geest.
- Het biopsychosociale model/SCEGS, tijdige klachtgerichte exploratie met oog voor multi causaliteit is het fundament. Doel is gepersonifieerde behandeling en matched care.
- Reden van verwijzing kan tevens zijn nadere psychiatrische of psychologische diagnostiek.

DIAGNOSEFASE:

- Bij verwijzing naar de specialistische GGZ betreft het veelal ernstige, vastgelopen problematiek.
- Binnen de specialistische GGZ wordt tevens vanuit het biopsychosociale model de klachten(en), ideeën over de klacht, emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale dimensies in kaart gebracht. Belangrijk is om zicht te hebben op co morbiditeit en hun rol bij het ontstaan of blijven bestaan van klachten.
- Diverse vragenlijsten en benutten ROM (zoals de RAND-36). Waar nodig wordt aanvullende diagnostiek gedaan en het gevolgenmodel wordt benut. Viciëuze cirkels spelen een belangrijk rol bij de relatie tussen de verschillende factoren uit het biopsychosociaal model.
- De diagnostiek resulteert in een gepersonifieerde verklaring, waarin de belangrijkste factoren in relatie tot elkaar en de klacht worden weergegeven. De viciëuze cirkel is voor elke patiënt uniek.

BEHANDELFASE:

- De afsluiting diagnostische fase en start behandelingsfase lopen in elkaar over.
- De diagnostische fase eindigt met het bespreken van de uitkomsten van de diagnostiek.
- Uitgangspunt voor de behandeling betreft de viciëuze cirkel te doorbreken en zo de omstandigheden voor herstel te optimaliseren. Hierbij is tevens aandacht voor balans tussen klachten en krachten (draagkracht, ik-sterkte) van de patiënt. In elke individuele behandeling gaat het om het doorbreken van de belangrijkste instandhoudende factoren in relatie tot elkaar en tot de klacht om herstel te bevorderen.
- Psycho-educatie/uitleg ten aanzien van de betekenisverlening is van belang. Het doel van de behandeling kan zijn:
 - Verminderen of opheffen van psychologische factoren of kwetsbaarheid (persoonsgericht);
 - Leren omgaan met klachten (copinggericht);
 - Optimaliseren van de omstandigheden voor herstel van de klachten door de reacties die de klacht in stand houden, op te heffen (klacht gericht).
- Het scala van behandel mogelijkheden is breed. Het behandel aanbod verschilt tussen locaties binnen de keten (meer afstemming en samenwerking van belang). De opties worden gezamenlijk met patiënt besproken. Er is sprake van matched care.
- Digitale behandeling (e health zoals Minddistrict, Therapieland ed.), blended behandeling en face to face behandeling behoren tot de behandel mogelijkheden.
- De coördinerende zorgverlener (regiebehandelaar, veelal GZ psycholoog, klinisch psycholoog en/of psychiater) zorgt ervoor dat de behandelingen op elkaar zijn afgestemd.

[Lees verder op volgende pagina -->](#)

SPECIALISTISCHE GGZ (VERVOLG)

BEHANDELFASE (VERVOLG):

Psychologische en psychotherapeutische behandeling:

- Behandeling kan individueel of groepsgericht zijn.
- Cognitief gedragstherapeutische interventies, waaronder 3de generatie CGT (ACT, schematherapie). Voor sommige maar lang niet voor alle ALK bestaan CGT protocollen. Veelal is sprake van gepersonaliseerde behandeling. De interventies richten zich op het doorbreken van de vicieuze cirkel. Interventies als EMDR (zeker wanneer PTSS/stressor en traumagerelateerde problematiek) een rol speelt, bij chronische pijn, CGT interventies als imaginaire exposure, exposure in vivo, graded exposure, ontspanningstraining. Specialistische CGT, waaronder katalepsie inductie, medische hypnose ed. Meer benutten van lichaamsgerichte- en ervaringsgerichte interventies is belangrijke trend. Zo ook gekoppeld aan EMDR, Mindfulness
- Specialistische persoonsgerichte interventies: L-MBT/MBT, DIT, EFT, kortdurende psychodynamische psychotherapie, AFT, naratieve therapie, VR (virtual reality, deze mogelijkheid wordt niet overal geboden).
- Multidisciplinaire samenwerking, combinatiebehandeling, zoals met vaktherapeuten (intern of extern), psychosomatisch oefen- of fysiotherapeuten ed. Tevens samenwerking met gemeenten/sociale teams.
- Medicamenteuze behandeling
- Complementaire zorg als aanvulling op reguliere behandeling. Er is een breed aanbod van alternatieve behandelingen zoals acupunctuur, dry needling, yoga, gijong, chiropraxie, homeopathie, ayurvedische geneeskundige, Chinese kruiden ed. Andere voorbeelden van complementaire zorg zijn vitaminepreparaten en voedingssupplementen. Goede afstelling is van belang en informeren van patiënt, diens huisarts en eventuele andere behandelend artsen wat betreft behandelwijze en oog voor mogelijke interacties met reguliere behandelingen (Wkkg). Op zichzelf veilige plantaardige middelen kunnen gevaarlijke interacties hebben met reguliere medicijnen.

CONTROLEFASE:

De [regiebehandelaar](#) bewaakt de voortgang, evalueert met patiënt, waar mogelijk naasten en betrokken behandelaren. Rapporteert en heeft afstemming indien nodig met huisarts binnen het proces. Tussentijds of bij afronding kan de zorg worden op- of afgeschaald. Vanuit specialistische GGZ kan eventueel verwijzing naar de Basis GGZ plaatsvinden of bij opschalen vanuit Specialistische GGZ naar een hooggespecialiseerde instelling. Oog voor doorstroom houden, niet te kort maar ook niet te lang doorgaan met een behandeling.

TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

Een terugval(preventie)plan is binnen behandeling gemaakt en kan benut worden. Er kunnen aanbevelingen aan de huisarts worden gedaan bij afsluiting wat te doen in geval van recidive en/of doorverwijzing naar Hooggespecialiseerde GGZ.

VOORBEELDZINNEN, WOORDEN EN TERMEN BIJ BESPREKING VAN ALK MET DE PATIËNT

VOORBEELDZINNEN, UITLEG VAN ALK KLACHTEN:

- Er is geen ziekte, beschadiging of andere aandoening die de klachten kan verklaren.
- Het zijn lichamelijke klachten die veel last kunnen geven. U verzint het niet.
- Uw lichaam probeert je iets aan te geven.
- Uw klacht is echt, ik zie dat u er last van heeft.
- Uw klachten zijn reëel en komen veel voor.
- De kans is klein dat lichamelijke oorzaken over het hoofd worden gezien.
- Er is niet slechts één reden aan te wijzen waarom u deze klachten ontwikkelt. Vaak gaat het om een voor u unieke combinatie van verschillende factoren.
- Lichaam en geest beïnvloeden elkaar.
- In het brein wordt de pijnveraring gevormd.
- De hevigheid van de pijn is geen goede weerspiegeling van de mate waarin de weefsels beschadigd zijn.
- Er is sprake van verhoogde waakzaamheid van het centrale zenuwstelsel (centrale sensitatie).
- Het alarmsysteem kan gaan overbeschermen
 - Na weefselschade
 - Na een lange periode van mentale/lichamelijke overbelasting.
- We hebben een pijn dempend en een pijnversterkend systeem, er kunnen dingen zijn die het pijnversterkende systeem blijven aanjagen (chronische stress, bepaalde emotie of angst..).
- Fysiek en mentaal gaan altijd samen op. Bij chronische pijn zijn er vaak veel factoren die elkaar ook weer beïnvloeden.
- We weten dat er wel degelijk pijn kan blijven bestaan zonder dat er weefselschade zichtbaar is.
- Uw lichaam probeert u te beschermen door spieren aan te gaan spannen, maar dat kost weer veel energie en al die aanspanning geeft ook weer pijn.
- Als pijn chronisch is geworden is het vaak veel moeilijker om nog precies de oorzaak aan te wijzen. U kunt wel gaan kijken naar factoren waar u wel wat mee kunt.



NIET ZEGGEN:

- We hebben niets gevonden
- U heeft geen ziekte
- Het gaat vanzelf over
- U moet er maar mee leren leven
- Zorg ervoor dat u leuke dingen gaat doen
- Kortom niet gaan fixen!

WEL DOEN:

- Erkennen dat iemand last heeft
- Niet alleen zeggen wat het niet is, maar juist ook wat het wel is
- Eigen woorden gebruiken
- Zelf stellig zijn dat er medisch niets ernstigs aan de hand is
- Patiënt aan de hand meenemen
- Geef huiswerk mee, verwijst naar boeken of filmpjes
- Maak een nieuwe afspraak en vraag wat ze gelezen en/of gezien hebben
- Geef de regie terug aan de patiënt

SCEGS ANALYSE

SOMATISCH door huisarts

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamenlijk onderzoek

COGNITIEF

- Ideeën over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht
- Invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben;
- Waarom de patiënt denkt bepaalde activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen; De verwachtingen omtrent de bijdrage van hulpverleners aan het oplossen van de klacht.
- Door een exploratie van deze aspecten komt men opvattingen op het spoor, die het herstel kunnen belemmeren: catastroferende gedachten, ziekteattributies, of ideeën over omgang met de klacht.

VOORBEELDVRAGEN

Uitdiepen van de klachten, aard, ernst, het beloop en de duur van de klachten. Uitslagen van lichamenlijk en aanvullend onderzoek

- Wat denkt u als u daar last van heeft?
- Welke gedachten komen er bij u op als u last van heeft?
- Heeft u zelf ideeën over wat er aan de hand kan zijn/ waar uw klachten mee te maken kunnen hebben ? ('fear avoidance believes')
- Heeft u opgezocht wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn?

EMOTIONEEL

- Welke gevoelens ervaart de patiënt door de klachten? Depressief, angstig, moedeloos of opstandig?
- Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?
- Klachten en de cognities over de klachten kunnen samengaan met ongerustheid, angst of een sombere stemming. Eventueel een vragenlijst als hulpmiddel gebruiken om distress , angst en depressieve gevoelens bespreekbaar te maken.

- Wat doen die klachten (emotioneel) met u?
- Brengen de klachten die u ervaart bepaalde gevoelens naar boven?
- Hoe voelt u zich sinds u de klachten heeft?
- Onderzoek catastroferende gedachtes n.a.v. de emoties: wat vreest de patiënt?

[Lees verder op volgende pagina -->](#)

SCEGS ANALYSE

SOMATISCH door huisarts

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamelijk onderzoek

GEDRAG

- vermijden van belasting of beweging,
- werkverzuim;
- negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt;
- ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren.
- besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag:
- Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij zelf de problemen op te lossen? Bezoekt hij verschillende artsen/zorgverleners voor hetzelfde probleem?
- Wat heeft de patiënt zelf aan de klacht gedaan
- Let ook op non-verbaal gedrag tijdens het consult (bijvoorbeeld een patiënt met rugpijn die erg scheef in de stoel zit).

VOORBEELDVRAGEN

Uitdiepen van de klachten, aard, ernst, het beloop en de duur van de klachten. Uitslagen van lichamelijk en aanvullend onderzoek

- Wat doet u als u de klachten heeft? Houdt u er rekening mee? En helpt dat dan?
- Kunt u iets doen om de klachten te verminderen?
- Zijn er zaken die u vermijdt in verband met uw klachten?
- Wat zien andere mensen aan uw gedrag als u die klachten heeft?

SOCIAAL

- Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt?
- Hoe reageert de omgeving er op: (over)bezorgd, negatief of juist steunend?
- Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk?

- Moet u uw leven aanpassen aan de klachten? (werk, hobby, prive)
- Hoe reageert de omgeving dat u deze klachten heeft?
- Hebben de klachten invloed op uw sociale leven?
- Komen er nog gedachten over de oorzaak van uw klachten vanuit de omgeving?
- Hoe reageert de omgeving op uw klachten?

SCEGS

- Toon echte belangstelling
- Luisteren, samenvatten, doorvragen
- Blijf gericht op de klacht en de gevolgen

DOEL SCEGS

- Patiënt wordt zich bewust van ineffectieve gedachten
- Hierdoor kan hij gaan kiezen voor ander gedrag
- Zelf gevonden inzichten hebben meer effect dan aangereikte adviezen

RELEVANTE LINKS, VIDEOS & BOEKEN

BOEKEN:

Zakendoen met emoties - Marten Klaver

Limbsche verklaring en cognitieve emotieve behandeling van SOLK. Dit boek is geschreven voor psychosomatische therapeuten, huisartsen, psychologen, neurologen, psychiaters, andere paramedici en medici en voor iedereen die geïnteresseerd is in SOLK-problematiek.

Omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten - Jan Houtveen, Astrid Blok

Dit boek geeft waardevolle informatie voor iedereen die met onverklaarde lichamelijke klachten te maken heeft.

De Pijn de Baas - Dr. Frits Winter

Het boek De Pijn de Baas helpt u uw eigen therapeut te worden. U kunt de invloed van pijn terugdringen.

RELEVANTE WEBSITES:

 ZIE MIJ NU



FASE	LINK & TOELICHTING
Algemeen	Voor zowel professionals als patiënten: https://uitlegalk.nl/ Website van: NPN (Netwerk Psychosomatiek Noord-Nederland) Website landelijk netwerk SOLK: SOLKnet
Diagnosefase	Thuisarts.nl: onverklaarde lichamelijke klachten
Behandelfase	Thuisarts.nl: Ik wil iets doen aan onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) Thuisarts.nl: Ik wil een behandeling voor onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) Functionele bewegingsstoornissen: Functionelebewegingsstoornissen.nl Stichtingfns.nl Hoofdpijn: Allesoverhoofdpijn.nl Buikpijn: Hypnosebijbuikpijn.nl Chronische pijnklachten: Video YouTube: de pijn begrijpen en wat te doen (10 minuten) Video YouTube: met revalidatiearts Loes Swaan (33 minuten) Mijnbeschermendebrein.nl Video YouTube: Wat is chronische (aanhoudende) pijn? En wat kan revalidatie betekenen voor u? (10 minuten) Retrain Pain Foundation