

Casuskaart

Auteur: Hansje Heller

Ik heb ontzettende hoofdpijn



Zorgstandaard: Somatisch onvoldoende verklaarde
lichamelijke klachten (SOLK)

Generieke module: Zelfmanagement

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Ik heb ontzettende hoofdpijn

Hansje Heller

Zorgstandaard: SOLK

Generieke module: Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg

Een 34-jarige vrouw komt bij de huisarts vanwege hoofdpijn. Ze heeft een voorgeschiedenis van episodische hoofdpijnlachten. Een aantal jaren geleden is de patiënte vanwege deze klachten naar de neuroloog verwezen. Bij neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De klachten zijn destijds benoemd als 'spanningshoofdpijn'. De klachten zijn periodiek blijven bestaan. De hoofdpijn reageerde tot voor kort goed op paracetamol. De patiënte vertelt dat de hoofdpijn de laatste drie maanden is toegenomen en dat paracetamol niet meer werkt. Het is nu continu aanwezig en komt vanuit haar nek. De aanleiding was dat haar zoontje van zeven tijdens het spelen hard tegen haar aanbotste terwijl ze er niet op verdacht was. Ze raakte uit balans, waarbij haar nek 'heen en weer zwiepte'. Sindsdien probeert ze haar nek te ontzien door een halskraag te dragen en zo veel mogelijk rust te nemen, omdat ze bang is voor verergering van de klachten. De patiënte heeft zich drie weken geleden ziekgemeld op haar werk bij de bibliotheek. Sinds die tijd ligt ze op bed als de kinderen naar school zijn. Als ze op is, probeert ze zo veel mogelijk huishoudelijke taken te verrichten. Ze probeert haar man en kinderen zo weinig mogelijk van haar klachten te laten merken, maar dat lukt vaak niet, omdat ze zoveel pijn heeft. Behalve de pijn heeft de patiënte geen lichamelijke klachten, ook niet in haar voorgeschiedenis. Ze rookt niet en heeft geen belaste familie-anamnese voor hart- en vaatziekten. De huisarts denkt aan een somatisch onvoldoende verklaarde klacht (SOLK).

Dilemma

De huisarts wil direct met de patiënte bespreken dat hij geen lichamelijke oorzaak voor haar klachten verwacht en zijn vermoeden op SOLK ter sprake brengen. Wat vindt u van dit voornemen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Ook al verwacht de huisarts hier niets van, voor patiënten is lichamelijk onderzoek belangrijk. Dit geldt vooral voor laaggeletterden en migranten. Zij zien dit als een erkenning van de klacht.



Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 3. Diagnostiek en monitoring, 3.3 Diagnostiek door de huisarts.

Hierna begint de huisarts met nader onderzoek volgens de SCEGS-methode. Hierbij wordt de klacht nogmaals geëvalueerd op Somatisch gebied (evaluatie en eventueel aanvulling op eerder onderzoek, waarbij rekening wordt gehouden met het risico op iatrogene schade); Cognitief gebied; Emotioneel gebied; Gedragmatig gebied; Sociaal gebied.



Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 11. Achtergronddocumenten, 11.4 SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel

De huisarts kan het beste pas daarna zijn vermoeden op SOLK ter sprake brengen.

Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een magere, vermoeide vrouw, zonder verdere lichamelijke afwijkingen. Met behulp van de SCEGS-methode komt hij erachter dat de patiënte, naast de hoofdpijn, somber is, veel piekert, weinig eet en slecht slaapt. Verder is er recent op haar werk een nieuwe bibliothecaris benoemd, die veel hogere eisen stelt dan haar vorige baas en die haar het gevoel geeft niets goed te kunnen doen. Haar echtgenoot kan het niet opbrengen om haar te steunen en reageert vaak kritisch op het 'gezeur' over haar werk.

Dilemma

De patiënte denkt dat een whiplash de hoofdpijn kan verklaren en wil graag doorverwezen worden naar een neuroloog. De huisarts is bang voor somatische fixatie en denkt dat verwijzing niet nodig is. Wat kan hij het beste doen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij SOLK lopen de diagnostische en de behandelfase in elkaar over. Aan het einde van de diagnostische fase geeft de huisarts uitleg hoe hij aan zijn diagnose is gekomen. Zowel zorgvuldige uitleg als aansluiting bij de denkwijze van de patiënt is hierbij noodzakelijk. Deze uitleg wordt gekenmerkt door de volgende punten:

- de uitleg moet aannemelijk zijn voor arts en patiënt;
- de uitleg moet niet beschuldigend zijn;
- de uitleg moet aanzetten tot gedrag dat herstel bevordert;
- de uitleg moet aansluiten bij het niveau van geletterdheid en van de gezondheids-

vaardigheden van de patiënt. Dit betekent voor laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden: weinig woorden, concrete korte zinnen en als het gaat om schriftelijke informatie veel beeldmateriaal.



**Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 3. Diagnostiek en monitoring,
3.1 Belang van communicatie en coördinatie tijdens diagnostisch proces,
3.1.1. Goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener.**

Als de patiënt desondanks graag doorverwezen wil worden, is het belangrijk om in de verwijsbrief samen een vraag te formuleren en te verzoeken om de patiënt terug te verwijzen als er geen afwijkingen worden gevonden. Dit om te voorkomen dat de patiënt van specialist naar specialist gaat.



**Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 3. Diagnostiek en monitoring, 3.3
Diagnostiek door de huisarts.**

Ook is het belangrijk om te bespreken wat de vervolgstappen worden als de specialist geen somatische verklaring vindt.

Dilemma

De huisarts vermoedt dat er naast de SOLK sprake is van een comorbide depressieve stoornis. Hij vraagt zich af in welk echelon de patiënte het best kan worden behandeld en besluit de patiënte op basis van de SOLK en een comorbide depressieve stoornis door te sturen naar de ggz.

Wat vindt u van dit beleid en waarom?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

In de NHG-standaard wordt SOLK ingedeeld in een milde, matig-ernstige en een ernstige vorm. Hierbij wordt als regel gehanteerd dat milde SOLK door de huisarts zelf of door de POH-GGZ behandeld kan worden, matig-ernstige SOLK door de basis-ggz of ook door de huisarts in samenwerking met de POH-GGZ, een gespecialiseerde fysiotherapeut en een gz-psycholoog, terwijl patiënten met ernstige SOLK het best kunnen worden doorverwezen naar de specialistische ggz of zelfs de hoogspecialistische ggz die wordt aangeboden in UMC's en gespecialiseerde klinieken. Hierbij wordt geen rekening gehouden met psychiatrische comorbiditeit. Een andere indeling is die op grond van in stand houdende factoren. Bij deze indeling worden patiënten waarbij één in stand houdende factor het herstel verhindert door de huisarts of POH-GGZ behandeld. Patiënten met meerdere in stand houdende factoren, zoals somatische en/of psychiatrische comorbiditeit, worden naar de specialistische ggz verwezen.



**Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 3. Diagnostiek en monitoring,
3.7 Onderscheid naar ernst en complexiteit.**

De neuroloog heeft de patiënte beoordeeld en volgens afspraak terugverwezen naar de huisarts. De huisarts vermoedt dat er naast de SOLK sprake is van een depressieve stoornis en verwijst de patiënte conform de Zorgstandaard SOLK naar de specialistische ggz.

Dilemma

Er blijkt sprake van een wachttijd tot de patiënte bij de ggz terecht kan. De huisarts vraagt zich af of en hoe hij de patiënte in de wachttijd voor de behandeling zelf zou kunnen begeleiden.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij SOLK is het belangrijk om via zelfmanagement de omstandigheden voor het herstel gunstig te beïnvloeden. De huisarts kan dit zelf begeleiden of hier een begin mee maken. De vraag van de patiënt moet bij deze begeleiding centraal staan. Uit focusgroepen van patiënten en naastbetrokkenen is naar voren gekomen dat zij het onder andere belangrijk vinden dat:

- 1 er goed geluisterd wordt naar wat de patiënt echt wil en zijn mening als leidend wordt beschouwd voor de aanpak van de problematiek;
- 2 de patiënt geholpen wordt om zijn hulpvraag zo concreet mogelijk te formuleren;
- 3 er eerst voldoende tijd en aandacht wordt besteed aan het accepteren van het probleem, voordat men dit gaat proberen te verbeteren;
- 4 de patiënt ondersteund wordt bij de bewustwording dat herstel gepaard kan gaan met tegenslagen;
- 5 de patiënt ondersteund wordt bij de bewustwording dat herstel tijd nodig heeft en langer kan duren dan hij verwacht/wil;
- 6 in overleg met de patiënt het netwerk wordt betrokken om hem te ondersteunen.



Generieke module *Zelfmanagement*, hoofdstuk 4. Patiëntenperspectief.

De huisarts besluit de patiënte nog eens uit te nodigen en haar visie op de klachten uit te vragen. Hij vraagt of ze haar partner mee wil nemen. Na nogmaals een korte uitleg te hebben gegeven over het ontstaan en de instandhouding van de klachten, vraagt hij hun visie op het verbeteren hiervan. Ze komen eropuit dat de patiënte graag voldoet aan allerlei verwachtingen en daarbij aan haar grenzen voorbijgaat. Samen kiezen ze ervoor om ter overbrugging van de wachttijd voor de ggz al te beginnen met een opbouwend dagprogramma met een vast ritme en aandacht voor activiteit en ontspanning, eet-, drink- en slaappatroon. De patiënte wordt hierbij geholpen door de POH-GGZ, die haar net als haar echtgenoot gaat helpen om zich aan haar

grenzen te houden en haar te steunen bij de te verwachten tegenslagen. Het echtpaar heeft voorlopig regelmatige afspraken met de huisarts over het beloop van de pijn en de depressieve klachten.



**Zorgstandaard SOLK, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding,
5.1 Aandachtspunten bij behandeling, ongeacht methode of fase,
5.1.2 Gezamenlijke besluitvorming.**