

Begeleiding van
ALK patiënten
door de POH-GGZ
in de huisartsenpraktijk

Een praktische
handreiking
voor huisarts
en POH-GGZ



Gebaseerd op onderzoek van de afdeling Huisartsgeneeskunde van Amsterdam UMC
Amsterdam Public Health research institute

Het effectiviteitsonderzoek CIPRUS (2015-2020):

Een onderzoek naar de effectiviteit van een behandeling van patiënten met ALK door de POH-GGZ waarbij het behandelprotocol 'Omgaan met de gevolgen van lichamelijke klachten – handleiding voor de POH-GGZ' van K. Sitnikova en L.N.L. Zonneveld (2015) toegepast is.

De projectgroep van het CIPRUS-onderzoek bestond uit: K. Sitnikova, S.S. Leone, L.N.L. Zonneveld, H.W.J. van Marwijk, J. Twisk, J.E. Bosman, J.C. van der Wouden en H.E. van der Horst

Het participatief actieonderzoek PEPTALK (2021-2023):

Deze handreiking is een doorontwikkeling van het CIPRUS behandelprotocol en is tot stand gekomen door participatief actieonderzoek met POH's-GGZ en huisartsen van verschillende huisartspraktijken van het academisch netwerk huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC (ANHA) en ervaringsdeskundigen geworven via stichting Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten (NALK).

De uitvoerende projectgroep van het PEPTALK-onderzoek bestond uit:

C.G.M. Ruijter, psycholoog, onderzoeker

P. Slottje, epidemioloog, projectleider

B.L.F. Walstock, huisarts n.p. en docent huisartsgeneeskunde

J.C. van der Wouden, epidemioloog

Deze handreiking is ook digitaal beschikbaar.

Deze onderzoeken zijn mede mogelijk gemaakt door ZonMw.



ZonMw

Inhouds opgave

	<i>Inleiding en leeswijzer</i>	9
1	<i>Het samen organiseren van ALK zorg in de huisartsenpraktijk door huisarts en POH-GGZ</i>	11
	1.1 Kennis over Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK)	14
	1.2 Rolopvatting en werkwijze van de POH-GGZ	20
	1.3 Rolverdeling tussen de huisarts en POH-GGZ	22
	1.4 Introductie van de POH-GGZ	26
	1.5 De doelgroep	30
	1.6 Verwijzing van huisarts naar POH-GGZ	32
	1.7 Communicatie met patiënten	37
	Checklist werkafspraken ALK zorg	42
2	<i>Methode: Gevolgenmodel en Problem Solving Treatment</i>	45
	2.1 Introductie methode	48
	2.2 Deel 1: De gevolgen van de klachten in kaart brengen	50
	2.3 Deel 2: Problem Solving Treatment (PST)	57
	Stap 1: Probleem/gevolg beschrijven	60
	Stap 2: Doel vaststellen	62
	Stap 3: Oplossingen bedenken (brainstorm methode)	63
	Stap 4: Oplossingen onderzoeken	64
	Stap 5: Oplossing kiezen	65
	Stap 6: Oplossing uitvoeren (actieplan)	66
	Stap 7: Resultaten bekijken	68
	2.4 Aan de slag met patiënten	70
	Voorbeeld opzet in 7 bijeenkomsten	74
	Hand-outs en Werkbladen voor patiënten	
	Hand-out 1 Gevolgen van aanhoudende lichamelijke klachten	78
	Werkblad 1 De Gevolgenlijst	79
	Hand-out 2 Problem Solving Treatment	80
	Werkblad 2 Problem Solving Treatment	82
	<i>Referenties</i>	89

"Ik word van het kastje naar de muur gestuurd"

"Niemand weet wat er met mij aan de hand is"

"Ik ben de enige met deze klachten"

"Ze denken dat het psychisch is"



"De huisarts en POH-GGZ helpen mij samen"

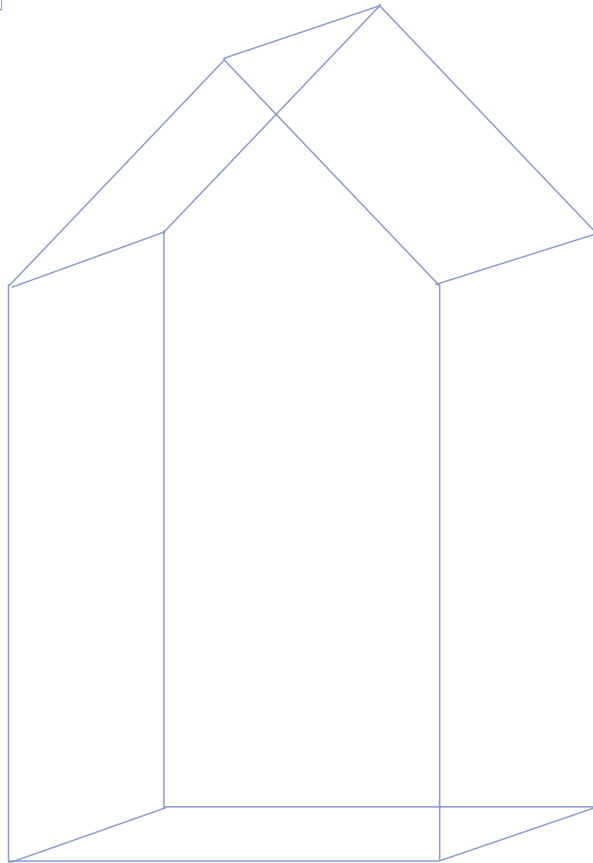
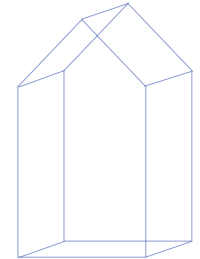
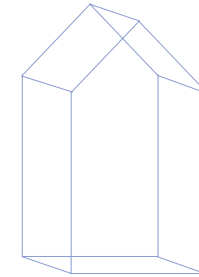
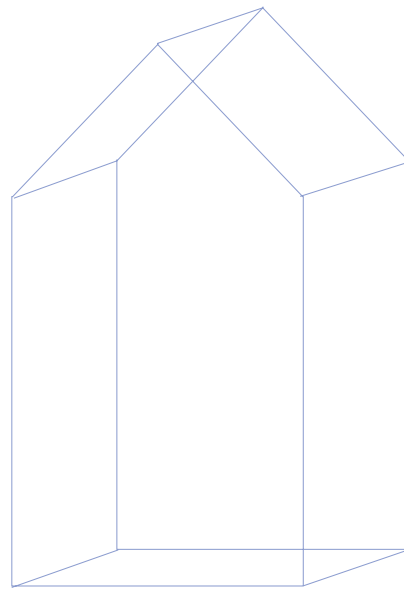
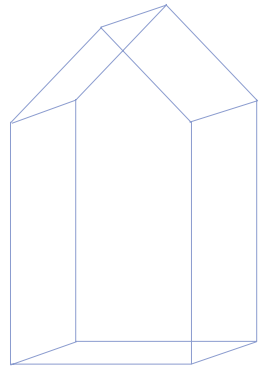
"Wat fijn dat iemand eindelijk de tijd neemt om samen alles op een rijtje te zetten"

"Ik word serieus genomen"

"Er is iemand die me helpt bij mijn proces, ik sta er niet alleen voor"

"Ik kan iets aan mijn klachten doen, ook al is er geen ziekte gevonden"

"Ik kan weer grip krijgen op mijn leven"



Inleiding & leeswijzer

Met de komst van de Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) heeft de huisartsenpraktijk een extra mogelijkheid om voor patiënten met Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) de juiste zorg op de juiste plek te bieden: vroegtijdig, dichtbij in de eigen huisartsenpraktijk, zonder verwijzing naar een medisch specialist of GGZ. Ook kan dit de somatische en psychische zorg dicht bij elkaar brengen.

Benieuwd hoe je dit als huisarts en POH-GGZ samen kunt oppakken om de groep patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten tijdig de juiste zorg op de juiste plek te bieden? Deze handreiking geeft op onderzoek gebaseerde concrete handvatten:

Hoofdstuk 1 gaat over hoe de huisarts en POH-GGZ ALK zorg samen organiseren, afgestemd op de praktijksituatie. Het gaat erom samen stil te staan bij en afspraken te maken over verschillende onderwerpen die zijn toegelicht per paragraaf.

Hoofdstuk 2 biedt een kosten-effectieve oplossingsgerichte aanpak die ingezet kan worden door de POH-GGZ: het Gevolgenmodel gecombineerd met Problem Solving Treatment¹. Er wordt beschreven hoe de POH-GGZ deze 'op maat' in kan zetten en samen met de patiënt aan de slag gaat.

1

Het samen organiseren
van ALK zorg in de
huisartsenpraktijk door
huisarts en POH-GGZ

1

Een goed begin is het halve werk

Patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten goede zorg bieden begint met zorgverleners die voldoende kennis over ALK hebben. Om te zorgen dat patiënten met de juiste verwachtingen bij de POH-GGZ aankomen en open staan voor een gesprek, is een gezamenlijke aanpak van de huisarts en POH-GGZ nodig. Bij een huisartsenpraktijk met meerdere huisartsen is een gezamenlijke visie belangrijk en moeten werkafspraken tussen de huisartsen en POH's-GGZ bij iedereen bekend zijn. Er is afstemming en samenwerking van de POH-GGZ en huisarts nodig over de rolopvatting en werkwijze van de POH-GGZ, wat de rolverdeling is tussen huisarts en POH-GGZ, hoe de POH-GGZ geïntroduceerd wordt, welke ALK patiënten de huisarts naar de POH-GGZ verwijst, wat er in de verwijzing moet staan en hoe er met de patiënt wordt gecommuniceerd.

Elke paragraaf begint met wat er per onderwerp besproken en afgesproken moet worden en bevat verdere toelichting. Aan het einde van dit hoofdstuk vind je een (printbare) checklist voor het maken van werkafspraken rondom ALK zorg. Dit kunnen de huisarts en POH-GGZ gebruiken om met elkaar in gesprek te gaan.



Kennis over ALK



Rolopvatting en werkwijze van de POH-GGZ



Rolverdeling tussen de huisarts en POH-GGZ



Introductie van de POH-GGZ



De doelgroep



Verwijzing van huisarts naar POH-GGZ



Communicatie met patiënten



1.1

Ga met elkaar in gesprek
en stel vast of de POH-GGZ
voldoende ALK expertise heeft
of dat er behoefte is aan bijvoor-
beeld specifieke bijscholing
en regel deze.

Kennis over Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK)

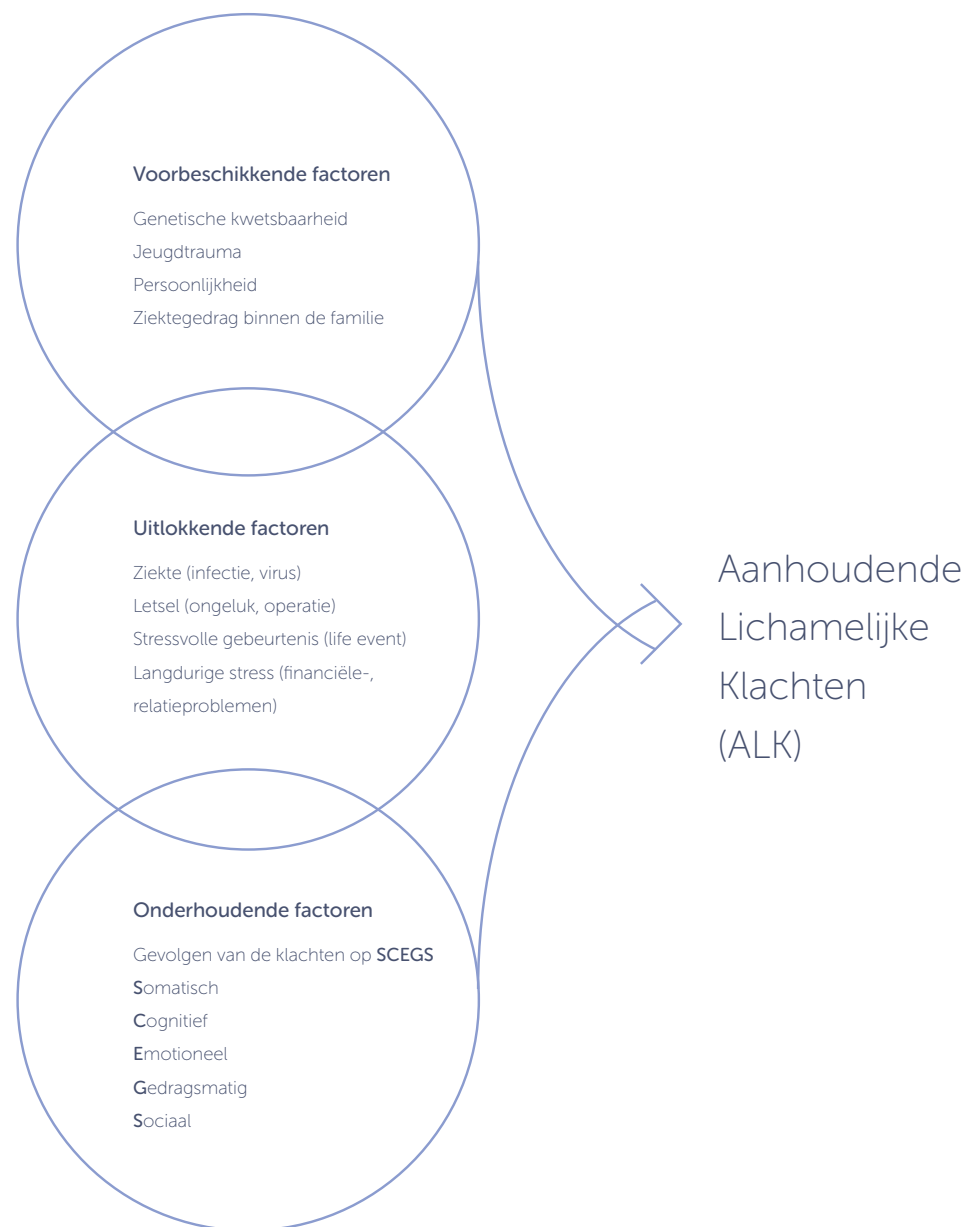
Kennis over Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK)

In deze paragraaf volgt basiskennis over ALK, die als startpunt ge-
bruikt kan worden om hierover met elkaar in gesprek te gaan.

De ALK doelgroep verschilt in bepaalde opzichten van de rest van
de populatie van de POH-GGZ. Het gaat immers in eerste instantie
om lichamelijke klachten, in plaats van psychische of psychosociale
problemen. Kennis over ALK en inzicht in de beleving van patiënten
met ALK is essentieel om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.
Dit is ook van belang voor het herkennen én erkennen van ALK en
ALK onderscheiden van klachten die erop lijken zoals ziekteangst.

Van SOLK naar ALK

Voorheen werd gesproken over somatisch onvoldoende verklaar-
de lichamelijke klachten (SOLK). Het ging daarbij om lichamelijke
klachten die niet, of niet geheel, verklaard kunnen worden door een
lichamelijke of psychiatrische ziekte. In 2021 is de term aangepast
naar ALK. Door deze aanpassing staat niet de oorzaak, maar de
gevolgen en het aanhoudende karakter van de klachten centraal.
De oplossingsgerichte methode in hoofdstuk 2 sluit daar op aan. Zie
Van SOLK naar ALK (nalk.info) voor een uitgebreide toelichting.



Figuur 1. voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren van ALK

Wat zijn Aanhoudende Lichamelijke Klachten?

De meeste mensen hebben wel eens last van lichamelijke klachten zoals bijvoorbeeld vermoeidheid, slaapproblemen, spier-, gewrichts-, rug-, schouder-, nek-, hoofd- en buikpijn, darmklachten, benauwdheid, hartkloppingen, druk en/of pijn op de borst of jeuk. Gelukkig verdwijnen deze klachten meestal vanzelf op korte termijn. Soms blijven de klachten echter een langere tijd aanhouden.

Als de lichamelijke klachten minstens enkele weken duren en het functioneren beperken of lijdensdruk veroorzaken, dan spreekt men van ALK. ALK is geen diagnose, maar een beschrijving van wat er speelt; klachten die aanhouden. Het gaat daarbij om klachten die door een medische behandeling niet of niet volledig behandeld kunnen worden.

Bij het aanhouden van de lichamelijke klachten kunnen zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen. Het biopsychosociaal model onderscheidt voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren³ (Figuur 1). Voorbeschikkende factoren zijn al aanwezig en vergroten de kans op het ontwikkelen van ALK. Uitlokkende factoren zijn de gebeurtenissen waarna ALK ontstaat. Onderhoudende factoren verhinderen het herstel of doen de klacht toenemen. ALK kan bijvoorbeeld beginnen door een duidelijke aanleiding zoals een infectie, verwonding of fysiek trauma, maar soms ontstaan de klachten ook geleidelijk, zonder een specifieke trigger. In de online beschikbare '*GGZ standaard SOLK*' worden veel voorkomende voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren beschreven.

Verklaringsmodellen ALK

Patiënten, maar ook zorgverleners, hebben vaak behoefte aan een verklaring voor de aanhoudende lichamelijke klachten. In veel gevallen weten we echter niet precies de oorzaak of oorzaken van een klacht. Dat er geen onderliggende ziekte gevonden is die



de klachten afdoende verklaart, betekent niet dat er geen kennis is over ALK en over wat kan helpen de gevolgen te beperken. Dat is een belangrijke boodschap om al in een vroeg stadium aan patiënten over te brengen, zodat zij zich niet 'onbegrepen' of eenzaam voelen ('niemand weet wat ik heb', 'het wordt niet erkend') maar juist gesteund voelen ('er zijn meer mensen zoals ik en er is ervaring mee om samen met mij te puzzelen over wat voor mij kan helpen').

Het is belangrijk dat patiënten een goede, bij hen passende uitleg van hun klachten krijgen. Als zij begrijpen waarom de klachten niet overgaan, zullen zij hun zoektocht naar een diagnose als verklaring voor de klachten eerder stoppen. Ook zullen zij sneller bereid zijn te leren hoe met het verminderen van de gevolgen van hun klachten aan de slag te gaan⁴. Verklaringsmodellen kunnen gebruikt worden om uitleg te geven over het ontstaan en het aanhouden van de klachten. In de 'GGZ Zorgstandaard SOLK' worden de verschillende verklaringsmodellen toegelicht. Het zijn de meest gebruikte modellen en ze zijn in meer of mindere mate onderbouwd. Van belang is flexibel, op de patiënt aangepast gebruik te maken van verklaringsmodellen en dat in de huisartsenpraktijk eenheid van taal is (*zie paragraaf 1.7 Communicatie met patiënten*).

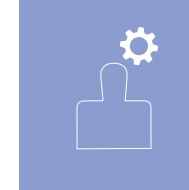
Verklaringsmodellen in de GGZ Zorgstandaard SOLK³:

1. Somatosensorische amplificatie
2. Centrale sensitisatie
3. Kwetsbare persoonlijkheidsontwikkeling
4. Sensitisatie van het immuunsysteem
5. Dysregulatie van de HPA-as
6. Signaalfiltering
7. Cognitief-gedragmatige processen
8. Dysfunctie van het autonome zenuwstelsel
9. Abnormale proprioceptie
10. Predictive coding model
11. Niet-westerse modellen

Mogelijke misvattingen over ALK

die goede zorg in de weg kunnen staan:

- Het acroniem SOLK benoemd expliciet dat de lichamelijke klachten somatisch onvoldoende verklaard zijn, maar niet dat de klachten psychisch onvoldoende verklaard zijn. Dit kan leiden tot de misvatting dat de lichamelijke klachten dus psychisch verklaard zijn.
- Bij het ontbreken van een afdoende lichamelijke verklaring/ziekte kan onterecht worden gedacht dat de lichamelijke klachten niet bestaan of ingebeeld zijn.
- Wanneer een patiënt met aanhoudende lichamelijke klachten ook psychische problemen heeft, kan onterecht worden aangenomen dat de lichamelijke klachten door deze psychische problemen worden veroorzaakt.
- Het ontvangen van ondersteuning (zoals sociale- of financiële steun) kan, vooral bij het ontbreken van een lichamelijke verklaring/ziekte, onterecht worden gezien als 'ziektewinst'. Dit 'winst' noemen doet geen recht aan de lijdensdruk van patiënten. Het zou in sommige gevallen hoogstens een 'onderhoudende factor' kunnen zijn en als zodanig behandeld moeten worden.



1.2

Bespreek in de praktijk met elkaar wat de rol en werkwijze van de POH-GGZ is met betrekking tot ALK zorg: hoe is dat nu en wat kan beter?

Rolopvatting en werkwijze van de POH-GGZ

Rolopvatting en werkwijze van de POH-GGZ

Er is sprake van diversiteit in in scholing, praktijkervaring, achtergrond en de vorm van arbeidsrelaties (in loondienst, gedetacheerd, etc) tussen POH-GGZ's. Mede hierdoor verschilt het per POH-GGZ hoe die zijn of haar rolopvatting ziet en hoe de huisarts die ziet: als behandelaar, als deskundig luisterend oor of iets daar tussenin. De een hanteert standaard een bepaald aantal sessies van bepaalde duur, de ander is daarin flexibeler. Worden bepaalde methoden systematisch toegepast of ligt de focus vooral op waar de patiënt die dag mee komt? Met welke methoden heeft de POH-GGZ al ervaring? En hoe worden deze toegepast: Volgt de POH-GGZ een behandelprotocol of wordt een methode meer op een intuïtieve manier toegepast? Deze contextuele factoren hebben invloed op de werkwijze van de POH-GGZ, ook ten aanzien van ALK. Het is goed om hier als huisarts en POH-GGZ samen bij stil te staan, om de ALK zorg passend in te richten in de lokale situatie.

Verschillende werkwijzen en methodes zijn toepasbaar bij ALK problematiek en het is belangrijk om aan te sluiten bij de behoefte van de patiënt. Als het doel is om daadwerkelijk het dagelijks functioneren van de patiënt te verbeteren, zullen de POH-GGZ en patiënt zich doelgericht moeten opstellen. De bereidheid om hierbij een bepaalde behandelmethode, zoals die in deze handreiking, systematisch te volgen helpt hierbij. Hiervoor is nodig dat de huisartsenpraktijk de ALK zorg organisatorisch op orde heeft.



1.3

Bespreek hoe de rolverdeling met betrekking tot ALK zorg nu ervaren wordt en maak aannames expliciet. Stel vast hoe deze moet worden; aan het begin, gaandeweg en aan het einde van de betrokkenheid van de POH-GGZ bij ALK patiënten.

Rolverdeling tussen de huisarts en POH-GGZ

Rolverdeling tussen de huisarts en POH-GGZ

De expertise van en rolverdeling tussen huisarts en POH-GGZ lijken voor patiënten vanzelfsprekend; de huisarts is er voor de lichamelijke aspecten en de POH-GGZ voor de psychosociale aspecten. In werkelijkheid is juist bij ALK aandacht voor de wisselwerking tussen lichaam en geest heel belangrijk. Het is van belang dat patiënten de zorg die binnen de huisartsenpraktijk geboden wordt als 'eenheid' ervaren. Zo is het de taak van zowel de huisarts als POH-GGZ om ALK te herkennen, erkennen en er uitleg over te geven. Voorkom dat er alsnog een scheiding tussen de zorg voor lichaam en geest is. De huisarts is wel de enige die een eventuele somatische oorzaak van de klachten kan uitsluiten, vaststellen en/of behandelen.

Het is voor ALK patiënten niet altijd duidelijk wat het betekent als zij 'verwezen' zijn naar de POH-GGZ. Sommige patiënten denken dan dat de huisarts concludeert dat de klachten psychisch zijn. Sommige patiënten denken dat de huisarts niet meer betrokken is, terwijl het hen vertrouwen zou geven om te weten dat huisarts en POH-GGZ samen betrokken zijn en elkaar aanvullen. Sommige patiënten denken dat ze voor desbetreffende lichamelijke klachten niet meer welkom zijn bij de huisarts. Het is daarom belangrijk de patiënt te laten weten dat de huisarts op de achtergrond betrokken blijft en welke rol die vervult, zoals het opnieuw beoordelen van de situatie als daar aanleiding toe is (bij verandering van of nieuwe lichamelijke klachten) en aan het einde van het traject bij de POH-GGZ.



Als er gaandeweg reden is om de huisarts opnieuw te consulteren, richt dit dan het liefst parallel in (huisarts naast POH-GGZ) in plaats van in serie (huisarts, POH-GGZ, huisarts, POH-GGZ). Een patiënt gaat niet 'terug' naar de huisarts, maar de huisarts wordt weer 'actief betrokken'. Zo kan worden voorkomen de patiënt zich afwisselend tussen huisarts en POH-GGZ beweegt en het traject met de POH-GGZ onderbroken wordt. Sommige patiënten willen ook graag weten welke informatie de huisarts en POH-GGZ over hen met elkaar delen en wat er in het dossier staat; wees daar helder over.

Andere betrokken partijen

Soms heeft een patiënt ook te maken met andere zorgverleners of instanties met betrekking tot de ALK. Als de patiënt ook bij andere zorgverleners in behandeling is voor de ALK (GGZ, fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen etc.) is van belang met de patiënt af te stemmen óf en hóe een traject bij de POH-GGZ bijdraagt.

Bij lopend onderzoek naar een mogelijke oorzaak van de klachten willen patiënten soms de uitslag van het onderzoek afwachten. Het risico is dat een patiënt weer uit beeld raakt. Onderzoek en uitslagen kunnen lang duren en daarnaast betekent een medische verklaring niet altijd dat er ook een medische oplossing voor de klachten is. Het is dan van belang de patiënt te motiveren toch samen aan de slag te gaan. Het verminderen van de invloed van de klachten op het leven levert immers altijd iets op, of de klachten nu wel of niet verklaard kunnen worden.

Bij ziekteverzuim is het belangrijk aandacht te hebben voor het traject bij de arbodienst. Hoe dat traject verloopt kan de klachten beïnvloeden, zowel in positieve als in negatieve zin. Dat ALK geen diagnose is kan ervoor zorgen dat ALK patiënten niet dezelfde toegang krijgen tot ondersteuning (zoals een uitkering) als patiënten met een diagnose. Dit kan ook reden zijn voor de patiënt om te blijven hopen op een diagnose die wel erkend wordt. Zo kan 'het systeem' van regels en wetgeving een stressor zijn voor patiënten en ook een onderhoudende factor zijn voor de klachten. Als de patiënt toestemming geeft, kan afstemming met de arbodienst helpend zijn.



1.4

Bespreek hoe de huisarts de POH-GGZ introduceert aan de patiënt en hoe de POH-GGZ zichzelf introduceert aan de patiënt. Zorg dat dit op elkaar aansluit. Bekijk ook hoe de POH-GGZ op de website van de huisartsenpraktijk staat en pas dit zo nodig aan. Bedenk hierbij of dit aansluit bij het perspectief van een ALK patiënt.

Introductie van de POH-GGZ

Introductie van de POH-GGZ

Een ALK-patiënt komt voor lichamelijke klachten bij de huisarts. Het kan daarom de vraag oproepen waarom naar de POH-'GGZ' verwezen wordt. Als de patiënt zelf informatie opzoekt over de rol van een POH-GGZ, vindt hij of zij op de website van een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld een beschrijving als "de POH-GGZ biedt ondersteuning aan mensen met psychische klachten". Begrijpelijk dat een ALK-patiënt zich daar vaak niet in herkent. Soms kunnen zij daardoor het gevoel hebben dat de huisarts de klachten als psychisch ziet en niet serieus neemt; "Ze denken dat het tussen mijn oren zit!". Of ze hebben het idee dat de huisarts doorverwijst, omdat die zelf niet weet wat er aan de hand is. Dit kan onzekerheid en angst oproepen: "Blijkbaar zijn mijn klachten zo ingewikkeld, dat zelfs de huisarts niet weet wat het is en wat hij ermee moet". Patiënten kunnen zich ook eenzaam voelen, doordat het voor hen lijkt alsof zij de enige zijn met dergelijke klachten en/of er geen zorgverlener is die hen kan helpen en/of er in hun sociale omgeving ook niet altijd begrip is voor de klachten als er geen diagnose aan ten grondslag ligt.



Introductie van de POH-GGZ met aandacht voor het perspectief van ALK patiënten

De volgende punten gelden zowel voor de huisarts als voor de POH-GGZ:

- Vraag naar de gedachtes en gevoelens van de patiënt over de verwijzing naar de POH-GGZ en neem misvattingen expliciet weg.
- Benoem dat de patiënt niet de enige is en je vaker patiënten ziet met aanhoudende lichamelijke klachten.
- Vertel dat de POH-GGZ, naast mensen met psychische klachten, ook mensen met lichamelijke klachten begeleidt en hier expertise in heeft (ervan uitgaande dat dat daadwerkelijk zo is). Zorg dat de informatie over de POH-GGZ op de website en in de huisartsenpraktijk hierop aansluit, bijvoorbeeld: "De POH-GGZ biedt ondersteuning bij mensen met psychische klachten en aanhoudende lichamelijke klachten".
- Geef uitleg hoe je de klachten wél ziet, bijvoorbeeld aan de hand van het biopsychosociale model, verklaringsmodellen en metaforen.
- Leg uit dat de POH-GGZ samen met de patiënt gaat kijken naar wat kan helpen om te leren de gevolgen van de ALK te verminderen en het dagelijks functioneren te verbeteren.

Daarnaast kunnen een aantal misvattingen spelen over de POH-GGZ. Bijvoorbeeld dat de rol van de POH-GGZ slechts een tussenstation is om te weten waarnaar door te verwijzen, dat de POH-GGZ niet opgeleid is om mensen met lichamelijke klachten te helpen of dat de POH-GGZ psychische diagnoses stelt en medicatie voorschrijft. Met betrekking tot de lichamelijke klachten kunnen patiënten denken dat een POH-GGZ op zoek gaat naar een psychische oorzaak van de klachten. Er moet bij deze doelgroep daarom extra aandacht besteed worden aan hoe de POH-GGZ wordt geïntroduceerd en welke verwachtingen, gedachtes en gevoelens daarbij opkomen bij de patiënt.



1.5

Bepaal welke ALK patiënten naar de POH-GGZ verwezen kunnen worden. Bespreek voor welke patiënten dat al gebruikelijk is en of daar in moet worden bijgestuurd. Denk hierbij ook aan vroegtijdige verwijzing en milde ALK.

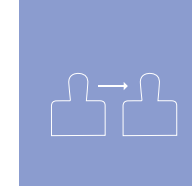
De doelgroep

De doelgroep

In sommige gevallen wordt in eerste instantie met name de sub-groep ernstige ALK en/of ALK met psychische comorbiditeit of psychosociale problemen naar de POH-GGZ verwezen. Maar juist patiënten met milde tot matig-ernstige ALK of die nog niet jarenlang met ALK kampen kunnen baat hebben bij een aanpak samen met de POH-GGZ (zoals die in *hoofdstuk 2* beschreven staat).

Denk bijvoorbeeld ook aan de POH-GGZ bij:

- ALK patiënten waarbij de klachten nog niet heel lang bestaan, bijvoorbeeld korter dan 5 jaar.
- ALK patiënten die aangeven dat hun klachten grote gevolgen hebben op één of meerdere levensgebieden: dit biedt aanknopingspunten voor een gesprek en vaardigheidstraining door de POH-GGZ hoe hierin stapsgewijs verbetering teweeg te brengen.



1.6

Ga in gesprek over hoe ALK patiënten naar de POH-GGZ verwezen worden, over wat er in de verwijzing staat en of de POH-GGZ op die manier voldoende voorbereid is.

Verwijzing van huisarts naar POH-GGZ

Verwijzing van huisarts naar POH-GGZ

De POH-GGZ leest de verwijzing van de huisarts in het medische dossier. Afhankelijk van wat er in de verwijzing of eerdere rapportage staat is de POH-GGZ ervan op de hoogte dat het om ALK problematiek gaat. In de praktijk is de verwijzing vaak algemeen en leest de POH-GGZ niet altijd het hele dossier door.

Hierdoor benadert de POH-GGZ de ALK-patiënt vaak in eerste instantie op dezelfde wijze als een patiënt met een psychische of psychosociale hulpvraag. Dit kan als gevolg hebben dat vanaf het eerste contact de benadering van de POH-GGZ niet aansluit bij de verwachting en behoefte van de ALK-patiënt. Daarom is het belangrijk dat de POH-GGZ ervan op de hoogte is dat er sprake is van ALK, bijvoorbeeld door de aanhoudende lichamelijke klachten te noemen in de verwijzing.

Onduidelijke verwijzingen

"Intake bij POH-GGZ"

"Veel spanning en stress, naar de POH-GGZ"

"Zie dossier"

Duidelijkere verwijzingen

"Last van aanhoudende pijn, desensitatisatiemodel uitgelegd, naar POH-GGZ om verder uit te zoeken"

"Veel stress ivm lichamelijke klachten, patiënt herkende zich in alarmsignaal analogie, wil praten"

"Al langer last van vermoeidheid, kan steeds minder doen met de kinderen, daar veel verdriet van"



Om te zorgen dat de uitleg van de POH-GGZ over ALK aansluit op die van de huisarts, moet de POH-GGZ weten welke uitleg door de huisarts gegeven is. Dit kan door binnen de huisartsenpraktijk afspraken te maken over welke verklaringsmodellen gebruikt worden. Daarnaast is het belangrijk in de verwijzing te noteren welke uitleg gegeven is. De POH-GGZ kan dan beter checken of de patiënt de uitleg heeft begrepen en of die aansluit bij het perspectief van de patiënt.

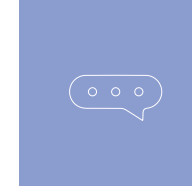
Vanuit de intentie om ALK problematiek bio-psycho-sociaal aan te pakken, worden patiënten vaak tegelijkertijd verwezen naar meerdere zorgverleners zoals de fysiotherapeut én de POH-GGZ. Als de fysiotherapeut zich alleen richt op het lichaam en de POH-GGZ op psychosociale aspecten, zijn deze werelden voor de patiënt alsnog gescheiden. Verwijzen naar meerdere zorgverleners tegelijk kan veel van een patiënt vragen en verwarrend zijn als uitleg en aanpak niet op elkaar aansluiten. Het zou een 'afwachtende houding' van de patiënt in de hand kunnen werken ("Eerst afwachten wat deze zorgverlener te bieden heeft") en het vertrouwen doen afnemen ("Ik heb al zoveel zorgverleners gezien, deze zal me ook wel niet kunnen helpen"). Of er is juist sprake van overlap in wat zorgverleners bieden en daardoor weinig toegevoegde waarde. De keuze om naar meerdere zorgverleners te verwijzen moet worden afgewogen. Daarnaast moet in de verwijzing staan naar wie de patiënt nog meer verwezen is, zodat er afstemming tussen de zorgverleners kan plaatsvinden. Alleen dan kunnen zij elkaar aanvullen.

De huisarts bespreekt in ieder geval het volgende met patiënten:

- dat een somatische oorzaak voor nu voldoende is uitgesloten.
- dat er aandacht blijft voor de somatische kanten: de huisarts blijft betrokken.
- goede introductie van de POH-GGZ (*zie Hoofdstuk 1.4*).

In de verwijzing naar de POH-GGZ staat in ieder geval het volgende:

- dat er sprake is van aanhoudende lichamelijke klachten.
- welke uitleg daarover gegeven is.
- welke zorgverleners nog meer betrokken zijn/worden.



1.7

Bespreek hoe er onderling over ALK gecommuniceerd wordt, hoe er met ALK patiënten gecommuniceerd wordt, of dit op elkaar afgestemd is en of dit aansluit bij de beleving van de patiënt.

Communicatie met patiënten

Communicatie met patiënten

ALK patiënten kunnen te maken hebben (gehad) met meerdere zorgverleners met ieder hun eigen blik op hun klachten of ze hebben informatie opgezocht en zijn daar verschillende invalshoeken tegengekomen. Het kan dan voelen alsof iedereen wat anders zegt en zij in hun eentje de touwtjes aan elkaar moeten knopen. Het is daarom belangrijk dat de huisarts en POH-GGZ eenheid van taal rondom ALK hanteren naar de patiënt. De uitleg over klachten en bewoording die daarvoor gebruikt wordt moet dus op elkaar afgestemd zijn. Dit laat ook zien dat de huisarts en POH-GGZ op één lijn zitten, iets wat het vertrouwen van de patiënt kan vergroten. Hieronder staan enkele concrete adviezen met betrekking tot communicatie met ALK patiënten.

Stem af over:

- Welke termen worden onderling (intercollegiaal) gebruikt.
- Welke termen worden gebruikt naar de patiënt.
- Welke uitleg wordt gegeven over het ontstaan en blijven bestaan van de klachten; verklaringsmodellen.
- Welke metaforen en analogieën worden zoal gebruikt om het begrijpelijker te maken voor de patiënt.



Houding van de zorgverlener

Bij ALK problematiek is in eerste instantie niet duidelijk waardoor klachten zijn ontstaan en waar mogelijke kansen voor verbetering liggen. Het is dan ook aan de POH-GGZ om hier samen met de patiënt naar op zoek te gaan. Deze 'samen-houding' is het tegenovergestelde van de 'alwetende zorgverlener'. Als POH-GGZ heb je expertise op het gebied van welke factoren er mogelijk meespelen bij het ontstaan en aanhouden van de klachten en mogelijke aangrijpingspunten voor verbetering. De patiënt zelf is expert over het eigen leven, wie hij of zij is en hoe de klachten worden ervaren. Bij een samenwerking tussen POH-GGZ en patiënt ontstaat de mogelijkheid om tot een gepersonaliseerde rationale te komen over welke factoren hebben bijgedragen aan het ontstaan en aanhouden van de klachten. Vanuit dat startpunt kan samen besloten worden op wat voor manier verder gegaan wordt. De POH-GGZ coacht dit proces maar neemt het niet over. De bejegening van de patiënt moet daarom ook niet te directief maar ook niet te 'achteroverleunend' zijn. De POH-GGZ vertelt de patiënt niet wat hij/zij moet doen, maar coacht en motiveert de patiënt in het maken van eigen beslissingen. Hierbij worden de kennis en vaardigheden van de patiënt gerespecteerd en ingezet.

ALK patiënten kunnen het gevoel hebben zelf schuld te hebben aan het bestaan van hun klachten of bang zijn dat andere mensen vinden dat zij daar schuld aan hebben. De nadruk op de gevolgen van de klachten, in plaats van de oorzaak, heeft een 'ontschuldige' werking. Daarnaast ontschuldigt de POH-GGZ ook door het nut van de reacties van patiënten op hun klachten te benoemen. Deze reacties waren in het begin functioneel, anders waren ze niet ontstaan, maar zijn in loop van de tijd herstel juist in de weg gaan zitten en extra klachten op gaan leveren. Door de ontschuldiging spreekt de POH-GGZ het vertrouwen in de patiënt uit, wat diens vertrouwen in eigen handelen vergroot. Dit vertrouwen kunnen patiënten vervolgens effectief gebruiken om de gevolgen van hun klachten te veranderen.

Legitimering van de klachten

Het is belangrijk om de klachten te erkennen, zodat de patiënt zich serieus genomen voelt. Dit doe je door (herhaaldelijk) expliciet te benoemen:

- Dat de klachten echt zijn (niet ingebeeld of psychisch).
- Dat het goed is dat de patiënt er hulp voor zoekt.
- Dat je ziet dat de patiënt last ondervindt van de klachten.
- Dat de patiënt niet de enige is.

Het verwijzen naar ALK voorlichtingsmateriaal en patiëntenplatforms helpt om patiënten in te laten zien dat vergelijkbare klachten vaker voorkomen, helpt de patiënt bij het vinden van de juiste informatie en stelt ze in de gelegenheid om eventueel lotgenotencontact te zoeken.

Taalgebruik

In beginsel moet taalgebruik gericht aan patiënten worden aangepast op het niveau van de patiënt en moet jargon vermeden worden. Bij ALK is het belangrijk dat het taalgebruik niet pathologiserend is, maar ontschuldigend en normaliserend om het vertrouwen van patiënt in eigen kennis en kunde te vergroten. Er zijn bepaalde keuzes in taalgebruik die daarbij ondersteunend zijn.



Ongunstigere woordkeuzes

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK).

'Instandhoudende factoren'.

Negatieve taal zoals 'Er zijn geen gekke dingen gevonden'.

Algemene taal zoals 'Er is niks mis', 'Er is niets aan de hand'.

Benadrukken wat onbekend is zoals : 'Onderzoek wijst niks uit, dus we weten niet waar de klachten vandaan komen'.

Gunstigere optie

'Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK)' of de klachten benoemen met de termen die de patiënt gebruikt, zoals 'buikpijn', 'rugpijn', 'vermoeidheid' etc.

'beïnvloeding, verergering of vermindering' van lichamelijke klachten⁵. 'onderhoudende' factoren.

Positieve taal zoals 'Uw rug zag er goed uit op de scan⁷'.

Specifieke taal en legitimering zoals: 'Uw rug is in orde, maar ik zie dat u veel pijn heeft'.

Benadrukken wat wel bekend is zoals: 'We zien vaker patiënten met pijnklachten, zonder dat er schade te zien is aan het lichaam.' Gevolgd door uitleg over een verklaringsmodel. En 'mensen met dergelijke klachten kunnen met de juiste hulp vaak weer beter functioneren'.

In de tabel staan voorbeelden van ongunstigere woordkeuzes met onderbouwing en een suggestie voor een gunstigere optie.

Woorden bewust kiezen is belangrijk, maar iedere patiënt ontvangt de informatie op een andere manier. Wat gezegd wordt, is niet altijd hetzelfde als wat gehoord wordt. Het allerbelangrijkste is dus niet welke woorden gebruikt worden, maar weten en controleren hoe woorden ontvangen worden en daarop inspelen. Wees alert op veelvoorkomende aannames, gedachtes en gevoelens die bij ALK patiënten kunnen spelen. Vraag wat er bij de patiënt speelt! Dat is de enige manier om er zeker van te zijn dat er geen misverstanden ontstaan en na te gaan of jouw boodschap overgekomen is Dit kan door vragen te stellen als 'wat vind je hiervan?'/ 'wat roept dit bij je op?' en de terugvertelmethode/terugvraagmethode te gebruiken waarbij je de patiënt vraagt in eigen woorden te vertellen wat jullie zojuist besproken hebben.

Labels of geen labels

SOLK, ALK, Fybromialgie, Prikkelbare darmsyndroom, Chronisch vermoeidheidssyndroom, Etc.

Patiënten kunnen zowel positief als negatief staan tegenover 'labels'. Aan de ene kant kan het erkenning geven; "er is echt iets aan de hand" en kan het communicatie met de omgeving makkelijker maken, want "het heeft een naam". Aan de andere kant bestaat de kans op angst voor stigmatisering, angst dat er niet meer objectief naar de klachten gekeken wordt en een eventuele lichamelijke aandoening daardoor over het hoofd wordt gezien, angst dat de zorgverlener niet meer open staat voor verschillende invalshoeken en angst dat de klachten door instanties (bv. UWV) of de omgeving niet erkend worden.

Het is dus belangrijk om met de patiënt in gesprek te gaan over hoe de klachten te benoemen, de voor- en nadelen ervan en te bepalen wat de voorkeur heeft. Let hierbij ook op wat in het zorgdossier genoteerd wordt.

Checklist ter ondersteuning van het maken van werkafspraken over ALK zorg

-  **1.1** Beschikt de POH-GGZ over voldoende kennis en expertise met betrekking tot ALK? Is er behoefte aan bijscholing? Zo ja, regel dat.
-  **1.2** Wat is de rol van de POH-GGZ binnen de ALK zorg nu?
Hoe kan dit beter?
Wat is de werkwijze van de POH-GGZ?
Welke methodes worden toegepast?
-  **1.3** Wat is de rolverdeling tussen huisarts en POH-GGZ bij ALK zorg?
Welke aannames spelen over en weer?
Hoe kan dit beter ingericht worden (aan het begin, gaandeweg en aan het einde van de betrokkenheid van de POHGGZ bij ALK patiënten)?
Hoe wordt de rolverdeling naar de patiënt gecommuniceerd?
Hoe wordt omgegaan met de betrokkenheid van eventuele andere zorgverleners?
-  **1.4** Hoe introduceert de huisarts de POH-GGZ aan ALK patiënten?
Hoe introduceert de POH-GGZ zichzelf? Wat wordt daarbij gezegd?
Hoe verschilt dit bij andere patiënten?
Wat staat er op de website van de huisartsenpraktijk?
Sluit dit aan bij het perspectief van een ALK patiënt?
Moet daar in worden bijgestuurd?
-  **1.5** Welke ALK patiënten worden naar de POH-GGZ verwezen? Welke niet?
Moet daar in worden bijgestuurd?
(Denk hierbij ook aan vroegtijdige interventie en milde ALK)
-  **1.6** Hoe verwijst de huisarts de patiënt naar de POH-GGZ? Wat staat er in de verwijzing?
Hoe weet de POH-GGZ dat het om ALK problematiek gaat?
Moet er een episode worden aangemaakt?
-  **1.7** Welke taal wordt er richting patiënten gebruikt? Welke verklaringsmodellen worden gebruikt? Welke metaforen?
Hoe worden de klachten benoemd?
Welke woorden worden niet gebruikt?
Sluit dit aan bij het perspectief van een ALK patiënt?

Zijn we het eens over het plan van aanpak? Hoe bespreken we dit met eventuele andere huisartsen en POH's-GGZ binnen de praktijk? Wanneer is onze vervolgspraak om het plan van aanpak te evalueren en bij te sturen?

Werkafspraken over ALK zorg

2

Methode:
Gevolgenmodel en
Problem Solving
treatment

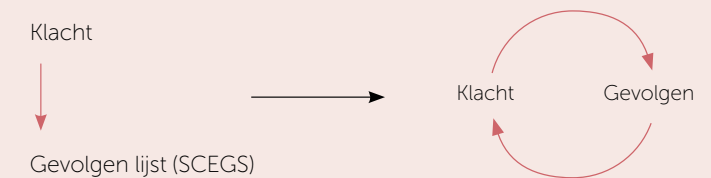
2

Een kosten-effectieve oplossings-gerichte aanpak die ingezet kan worden door de POH-GGZ is het Gevolgenmodel gecombineerd met Problem Solving Treatment¹. In dit hoofdstuk wordt eerst de methode beschreven en daarna hoe de POH-GGZ deze 'op maat' in kan zetten en samen met de patiënt aan de slag gaat.

● Introductie Methode

Deel 1: Gevolgen in kaart brengen

De SCEGS: Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale gevolgen van de ALK worden in kaart gebracht (werkblad 1). Daarna worden klachtenspecifieke vicieuze cirkels gemaakt. Vervolgens kiest de patiënt welk gevolg hij/zij wil verminderen (werkblad 2).

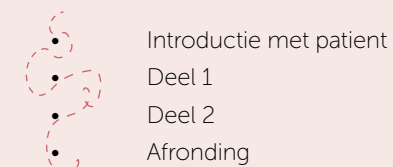


Deel 2: Problem Solving Treatment (PST)

Patient doorloopt onderstaande stappen

1. Probleem beschrijven
2. Doel vaststellen
3. Oplossingen bedenken (brainstorm methode)
4. Oplossingen onderzoeken
5. Oplossing kiezen
6. Oplossing uitvoeren (actieplan)
7. Resultaten bekijken

● Aan de slag met patienten

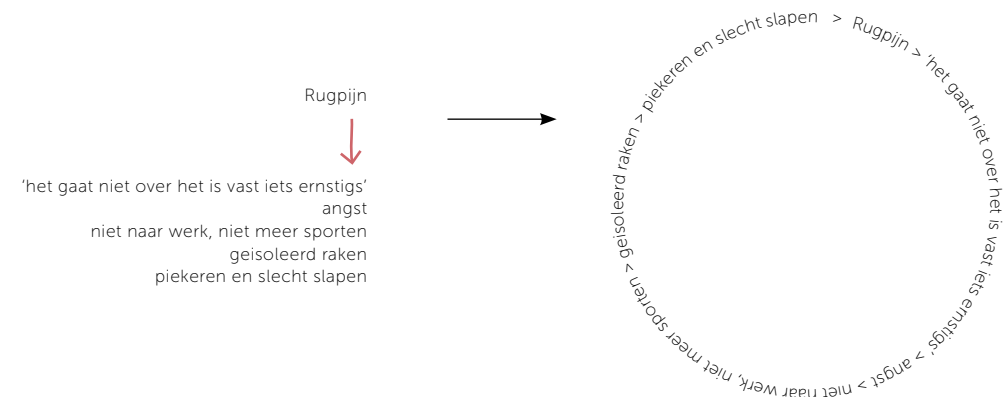


2.1

Introductie Methode

Introductie Methode

Met behulp van het gevolgenmodel worden klacht-specifieke vicieuze cirkels in kaart gebracht (Deel 1). Door te vragen naar de lichamelijke/somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale gevolgen van de klachten bespreek je hoe lichaam en geest reageren op de lichamelijke klachten. Zo ontstaat er een persoonlijke rationale over welke factoren hebben bijgedragen aan het ontstaan en blijven aanhouden van de klachten. Klachten die langere tijd bestaan (ongeacht waardoor ze zijn veroorzaakt) roepen reacties (overlevingsstrategieën/oplossingen) op die op de korte termijn de klachten kunnen doen afnemen (krabben bij jeuk, pijnstillers bij hoofdpijn) maar deze op langere termijn juist kunnen onderhouden. Deze reacties waren in het begin functioneel, anders waren ze niet ontstaan, maar zijn in loop van de tijd herstel juist in de weg gaan zitten en extra klachten op gaan leveren. Deze extra klachten kunnen we beïnvloeden door de vicieuze cirkels te doorbreken. Door middel van Problem Solving Treatment (PST) biedt de POH-GGZ handvatten om vaardig te worden om met de gevolgen om te gaan, zodat de patiënt wensen en doelen kan bereiken, ondanks de lichamelijke klachten (Deel 2). PST bestaat uit 7 stappen. Het is de bedoeling dat de patiënt de probleemoplossende vaardigheden steeds zelfstandiger toepast om ze in de toekomst te kunnen blijven gebruiken.



2.2

Deel 1: De gevolgen van de klachten in kaart brengen

Deel 1: De gevolgen van de klachten in kaart brengen

Een nauwkeurige inventarisatie van de klachten van de patiënt met ALK leidt tot een beter begrip en biedt ook een goed uitgangspunt voor uitleg over het ontstaan en blijven bestaan van de klachten. Het doel is om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de patiënt met zijn of haar klachten, om factoren op te sporen die de klachten verklaren of het herstel belemmeren en om de ernst van de klachten te beoordelen zodat een passende behandeling kan worden aangeboden.

De SOLK standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) adviseert huisartsen om de klachten van ALK patiënten uit te vragen volgens de 'SCEGS-methode'. De Zorgstandaard GGZ SOLK sluit daar op aan en beschrijft hoe de POH-GGZ dit kan doen. In beide wordt (ten tijde van het uitbrengen van deze handreiking) de term SOLK gebruikt in plaats van ALK. Ook wordt de term 'instandhoudende factoren' gebruikt, terwijl in deze handreiking gepleit wordt voor andere terminologie (*zie hoofdstuk 1.7 Communicatie met patiënten*).

Hieronder staat het hoofdstuk 'SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel' uit de Zorgstandaard SOLK (pp. 130-131), geraadpleegd op 5 juni 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

SCEGS-diagnostiek volgens het gevolgenmodel.

In de somatische gezondheidszorg wordt vaak gebruikt gemaakt van de SCEGS-methode, in de ggz wordt vaak gesproken over diagnostiek volgens het gevolgenmodel.

SCEGS-methode

Het acroniem SCEGS kan de zorgverlener helpen na te gaan of alle klachtdimensies zijn geëxploreerd. SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensies. Deze dimensies vinden hun oorsprong in het biopsychosociale model.

Somatische dimensie

Aandacht besteden aan de somatische dimensie van de klacht houdt in: uitgebreid uitvragen van de klachten, begeleidende symptomen, gebruikte medicatie (en alcohol/drugsgebruik) en gericht lichamelijk onderzoek.

Cognitieve dimensie

Vragen passend bij de cognitieve dimensie zijn: wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over de mogelijke oorzaak? Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Welke verwachting heeft hij over het beloop van de klachten? Wat verwacht hij van medische hulp?

Emotionele dimensie

De emotionele dimensie omvat vragen als: wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Gedragsmatige dimensie

Bij de gedragsdimensie horen vragen als: wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die achterwege gelaten worden sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten? Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren?

Sociale dimensie

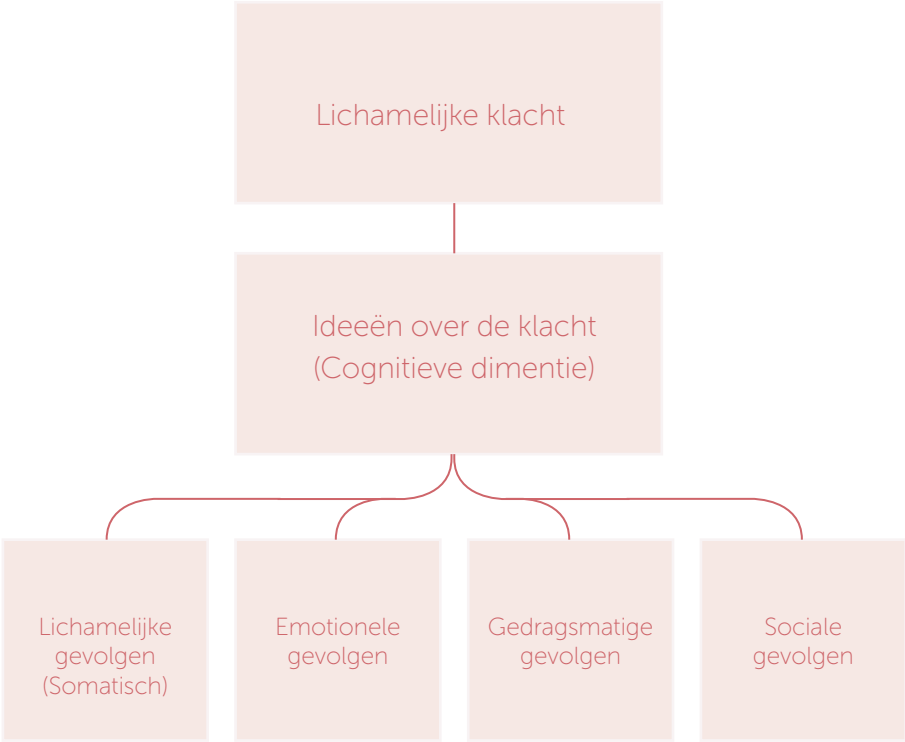
Bij de sociale dimensie ten slotte gaat het om vragen als: welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? Welke invloed hebben de klachten op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten en naar tevredenheid functioneren in allerlei opzichten?

Diagnostiek volgens het gevolgenmodel

Dit model verklaart wat het herstel verhindert van de specifieke klachten van een specifieke patiënt. Het model bestaat uit de volgende stappen:

- a. In kaart brengen van de klacht(en), ideeën over de klacht, emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen van de klacht met behulp van *werklad 1*.
- b. Checken of het model logisch en samenhangend is.
- c. Selecteren van reacties die de klacht op de meest directe wijze in stand houden.
- d. Formeren van de vicieuze cirkel op basis van c.

Diagnostiek volgens het gevolgenmodel resulteert in een gepersonaliseerde verklaring in de vorm van een vicieuze cirkel waarin de belangrijkste cognitieve, emotionele en gedragsmatige instandhoudende factoren in relatie tot elkaar en tot de klacht worden weergegeven. De vicieuze cirkel vormt het uitgangspunt voor de behandeling die tot doel heeft de vicieuze cirkel te doorbreken en zo de omstandigheden voor herstel te optimaliseren.”



Figuur 3. De gevolgenlijst

2.3

Deel 2:
Problem
Solving
Treatment
(PST)

Deel 2: De Problem Solving Treatment (PST)

Een manier om de gevolgen van lichamelijke klachten te veranderen is middels Problem Solving Treatment (PST). Het wordt ingezet om de probleem-oplossende vaardigheden van patiënten te vergroten zodat de patiënt deze zelfstandig kan gaan gebruiken bij het omgaan met problemen. De patiënt gaat samen met de POH-GGZ aan de slag met problemen, in dit geval de gevolgen van de lichamelijke klachten, uit het dagelijks leven. Het uitgangspunt is dat als mensen met klachten aan de slag gaan met hun problemen, dat ze zich dan beter gaan voelen en beter gaan functioneren. Een probleem wordt gedefinieerd als 'iets wat iemand wil maar wat niet lukt'.

De doelen van PST zijn:

- Verbeteren van probleem-oplossende vaardigheden
- Verminderen van angst
- Verbeteren van kwaliteit van leven
- Verhogen van gevoel van controle

PST bestaat uit zeven stappen. Met behulp van ‘*Werkblad 2: Problem Solving Treatment*’ kunnen alle stappen van het Problem Solving proces doorlopen worden. Hieronder wordt de inhoud van elke stap besproken.

De gewenste stappen worden
nog een aantal keer doorlopen



- 1. Probleem beschrijven**
De eerste stap is om één van de gevolgen van de lichamelijke klachten te kiezen en te beschrijven. In deze stap wordt helder, hoe het gevolg eruit ziet in een specifieke situatie.
- 2. Doel vaststellen**
De tweede stap is om het doel te beschrijven dat door dit gevolg niet bereikt wordt. In deze stap wordt het doel zo beschreven, dat het een haalbaar, meetbaar en specifiek doel is.
- 3. Oplossingen bedenken (brainstorm methode)**
De derde stap is om te brainstormen en hiermee zoveel mogelijke creatieve oplossingen te bedenken om het doel te bereiken. In deze stap worden zoveel mogelijk creatieve oplossingen bedacht en opgeschreven zonder deze te beoordelen. Dit vergroot de kans, dat de meest optimale oplossing ertussen zit.
- 4. Oplossingen onderzoeken**
De vierde stap is om de bedachte oplossingen te onderzoeken. De oplossingen worden onderzocht door de voor- en nadelen van de oplossingen te bedenken. In deze stap wordt helder, of de oplossing succesvol zou kunnen zijn.
- 5. Oplossing kiezen**
De vijfde stap is om een oplossing te kiezen. In deze stap wordt de oplossing gekozen, die de meeste voordelen en minste nadelen heeft.
- 6. Oplossing uitvoeren (actieplan)**
De zesde stap is om te beschrijven hoe de oplossing precies wordt uitgevoerd. In het actieplan wordt bijvoorbeeld beschreven, waar en wanneer de oplossing zal worden uitgevoerd, wie daarbij betrokken is en wat er nodig is voor het uitvoeren van de oplossing. Hoe duidelijker het actieplan, hoe groter de kans dat het doel wordt gehaald.
- 7. Resultaten bekijken**
De zevende en laatste stap is om na te gaan hoe het uitvoeren van de oplossing is gegaan. Als het doel is bereikt, dan is er winst geboekt voor kwaliteit van leven. Als het doel op de één of andere manier niet is bereikt, is het doorlopen van de stappen nog steeds zinvol geweest. Het levert dan namelijk extra informatie op over de situatie. Met hulp van deze informatie kan worden nagegaan of en hoe het gevolg alsnog te veranderen is om het doel alsnog te bereiken.

1

Probleem/gevolg beschrijven

In stap 1 herkent de patiënt op realistische wijze een gevolg van de lichamelijke klacht als een probleem en beschrijft hij/zij het probleem in feiten. Tijdens het beschrijven van een probleem kunnen er drie valkuilen ontstaan:

- I. Onze hersenen zoeken automatisch naar feiten en informatie die ons eerste idee bevestigen. Hierdoor is het soms moeilijk om alle beschikbare feiten en informatie te verzamelen.
- II. De patiënt kan het probleem/gevolg met interpretaties beschrijven in plaats van met feiten. 'Mijn dochter gedraagt zich niet respectvol ten opzichte van mij', is een voorbeeld van een incorrecte probleembeschrijving. Het beschrijft namelijk een interpretatie en niet de feiten van de gebeurtenis.

De volgende beschrijving is feitelijker en daarmee correcter: 'Mijn dochter zegt dat ik mijn kop moet houden als ik haar vraag om iets te doen'. Deze probleembeschrijving is objectiever en de feiten wijzen in de richting van gedrag dat gewijzigd kan worden.

- III. De patiënt wil meerdere situaties in één keer veranderen. Er ontstaat dan een te veel omvattende probleembeschrijving, waardoor het doel niet kan worden bereikt. Er zullen dan deelproblemen moeten worden onderscheiden. Een voorbeeld hiervan is een patiënte die aangaf dat ze problemen had met 'familiebanden'. Bij navraag bleek dat er een aantal verschillende problemen speelde. Ten eerste was ze boos op haar echtgenoot omdat deze vier avonden in de week niet thuis was. Ten tweede kreeg ze opmerkingen van haar moeder op de manier waarop zij het huishouden deed. Ten derde had ze de zorg op zich genomen voor haar chronisch zieke zus, die hierover niet haar waardering uitsprak. De POH-GGZ en de patiënt namen al deze deelproblemen zorgvuldig door en kozen er toen één om in eerste instantie aan te werken.

Een ander voorbeeld is van een patiënt die aangaf dat 'vermoeidheid' één van de gevolgen was van zijn lichamelijke klacht. Vermoeidheid kan in verschillende situaties een probleem zijn zoals uitval op het werk en geen hulpvader zijn bij de voetbal. Het kan helpen om te vragen hoe vermoeidheid het functioneren op het gebied van familie, vrienden, werk en dagelijks leven beïnvloedt. Een dergelijke vraag splitst het probleem/gevolg op in deelproblemen. Vervolgens kan er één deelprobleem gekozen worden om mee te beginnen.

Om de drie valkuilen te voorkomen kan het beantwoorden van de volgende vragen bij het beschrijven van het probleem/gevolg helpen:

- Met wie vindt het probleem/gevolg plaats?
- Wat is het probleem/gevolg?
- Wanneer vindt het probleem/gevolg plaats?
- Waar vindt het probleem/gevolg plaats?
- Hoe vindt het probleem/gevolg plaats?

De valkuilen kunnen ook voorkomen worden door de patiënt te vragen het probleem/gevolg te visualiseren. De POH-GGZ kan de patiënt vragen om zijn/haar ogen te sluiten en een plaatje van het gevolg te maken. Wat ziet hij/zij dan? Het is niet mogelijk om eenzaamheid te visualiseren, maar het is wel mogelijk om een plaatje te bedenken van iemand die op een verjaardag afzijdig van de anderen zit. Als iemand het gevolg kan visualiseren, kun je er als POH-GGZ redelijk zeker van zijn dat het op een concrete manier is verwoord.

Als de patiënt samen met de POH-GGZ het probleem/gevolg concreet heeft beschreven, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: doel vaststellen.



Doel vaststellen

Als een gevolg van de lichamelijke klacht, dat de patiënt als probleem ervaart, eenmaal concreet beschreven is, dan volgt het vaststellen van het doel. Hiervoor is het nodig om duidelijk aan het licht te krijgen wat de patiënt precies aan het gevolg veranderd wil zien. Vaak is het behulpzaam om aan de patiënt de volgende vraag te stellen: "Als het gevolg er niet meer was, wat zou er dan veranderd zijn?" Hierbij gaat het om wat de patiënt wel wil in plaats van wat hij/zij niet wil.

Een doel is specifiek, meetbaar, haalbaar en uitvoerbaar. Een doel is niet te groot maar ook niet zo gedetailleerd dat maar één specifieke oplossing mogelijk is. Hiermee zou de volgende stap, waarin gebrainstormd wordt hoe het doel te bereiken, voortijdig worden afgebroken. Als een doel te groot is, dan kunnen er korte- en middellange termijn doelen bedacht worden om een lange termijn doel te bereiken.

Een voorbeeld van een doel is: 'in de loop van de komende week 5 kilo afvallen'. Dit doel is specifiek, meetbaar, maar de vraag is echter of het doel ook haalbaar is. De patiënt heeft in ieder geval maar beperkte controle over het daadwerkelijke gewichtsverlies. Een beter doel zou kunnen zijn: 'komende 3 weken activiteiten doen die een positief effect kunnen hebben op mijn lichaamsgewicht'. Dit doel verhoogt de kans op een succeservaring omdat de patiënt controle heeft over zijn activiteiten maar niet over het gewichtsverlies.

Als de patiënt samen met de POH-GGZ het doel heeft vastgesteld, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: oplossingen bedenken.



Oplossingen bedenken (brainstorm methode)

Wanneer er eenmaal een doel is vastgesteld, wordt de patiënt gevraagd om potentiële oplossingen te bedenken. In deze stap worden er zoveel mogelijk oplossingen bedacht om het gevolg te veranderen en het doel te bereiken. Potentiële oplossingen worden in deze stap niet beoordeeld en niet verworpen. Het bedenken van belachelijke of onuitvoerbare oplossingen kan juist helpen als opstapje naar een creatieve en nieuwe oplossingen. Patiënten laten nadenken over meerdere oplossingen helpt ze flexibeler te worden in hun kijk op de mogelijkheden om gevolgen van hun lichamelijke klachten te veranderen en in hun manier om hiermee om te gaan.

Soms is het moeilijk om oplossingen te bedenken omdat het probleem of het doel niet duidelijk beschreven is. In dat geval moeten de POH-GGZ en de patiënt terugkeren naar stap 1 om het probleem/gevolg, of naar stap 2 om het doel te verhelderen en concreter te beschrijven.

Als de patiënt samen met de POH-GGZ geen nieuwe oplossingen meer kan bedenken en alle bedachte oplossingen zijn opgeschreven, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: oplossingen onderzoeken.

4

Oplossingen onderzoeken

Als er een scala aan potentiële oplossingen is bedacht, wordt de patiënt gevraagd om het effect van elke potentiële oplossing te onderzoeken.

De oplossingen worden onderzocht door de voor- en nadelen van de oplossingen te bedenken. Bij het nadenken over voor- en nadelen kunnen de volgende vragen gesteld worden:

- Is het een korte of lange termijn oplossing?
- Hoe groot is de kans dat ik deze oplossing echt ga doen?
- Wat is de invloed van deze oplossing op andere mensen?

Wanneer alle bedachte oplossingen met deze vragen zijn onderzocht, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: oplossingen kiezen.



5

Oplossing kiezen

Wanneer alle bedachte oplossingen zijn onderzocht, dan beoordeelt de patiënt de mogelijk succesvolle oplossingen om de oplossing te kiezen met de meeste voordelen en minste nadelen op korte en lange termijn.

Wanneer de patiënt een oplossing heeft gekozen, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: oplossing uitvoeren.

6

Oplossing uitvoeren (actieplan)

Als de patiënt een oplossing gekozen heeft, dan gaat de patiënt deze uitvoeren. De POH-GGZ en de patiënt identificeren en plannen gedetailleerde acties om de oplossing uit te voeren. Het actieplan helpt de patiënt om 'goede voornemens' om te zetten in daadwerkelijke acties. Het actieplan is bedoeld om de patiënt vertrouwen te geven om een specifieke actie door te zetten. Het is daarom belangrijk de acties heel gedetailleerd te beschrijven. Zo kan bijvoorbeeld precies worden gespecificeerd wat de patiënt zal gaan zeggen, waar hij/zij gaat zitten en hoe hij/zij zich zal gedragen op welke specifieke data en tijden. Om het actieplan te maken beantwoordt de patiënt in ieder geval de volgende vragen:

- waar de oplossing zal worden uitgevoerd
- wanneer de oplossing zal worden uitgevoerd
- wie daarbij betrokken is
- wat er nodig is voor het uitvoeren van de oplossing



Een voorbeeld is een alleenstaande moeder die met een vriendin uit eten wilde.

Ze bedacht en plande de volgende acties:

- Een vriendin bellen en vragen of en wanneer ze uit eten wil. Samen een leuk restaurant uitzoeken; vanavond beginnen met bellen en bij geen gehoor herhalen.
- Een reservering maken in het afgesproken restaurant op de afgesproken tijd; bellen na afspraak met vriendin en bij geen gehoor herhalen.
- Oppas bellen en bij geen gehoor herhalen, indien niet beschikbaar zorgen voor een aanvullende lijst met oppassen (via vriendinnen of andere moeders op het schoolplein) en deze lijst gaan bellen.

De patiënt mag een nieuwe oplossing kiezen als de eerder gekozen oplossing van de patiënt een actie vereist waartoe hij/zij zich niet in staat voelt. Hiervoor gaan de POH-GGZ en de patiënt terug naar stap 5. De patiënt kiest een nieuwe oplossing op basis van kans op succes, voor- en nadelen voor zichzelf en de ander op korte en lange termijn.

Wanneer een actieplan is gemaakt en uitgevoerd, dan gaan de patiënt en POH-GGZ naar de volgende stap: resultaat bekijken.

7

Resultaten bekijken

Als de patiënt de oplossing heeft uitgevoerd, dan bekijken de POH-GGZ en de patiënt de resultaten ervan. Er zijn twee soorten resultaten mogelijk:

7.1) Positief resultaat

De oplossing heeft een positief resultaat als het doel van de patiënt bereikt is. De POH-GGZ geeft de patiënt een compliment voor het bereiken van het doel en stimuleert de patiënt om zichzelf te belonen voor het behaalde resultaat om twee redenen:

- I. Door zichzelf te belonen wordt het bereikte resultaat onderstreept en beter onthouden door de patiënt. Dit is belangrijk omdat we geneigd zijn om beter te onthouden wat we niet bereikt hebben, dan wat we wél bereikt hebben.
- II. Als de patiënt niet goed in zijn/haar vel zit, schrijft hij/zij een positief resultaat eerder aan de situatie of aan een ander toe en een negatief resultaat eerder aan zichzelf toe. Door zichzelf extra te belonen bij een positief resultaat, herinnert de patiënt zichzelf eraan dat hij/zij degene is die dit resultaat bereikt heeft.

Ook als de patiënt korte- en middellange termijn doelen doorwerkt om een lange termijn doel te bereiken, dan wordt de patiënt gecompimenteerd voor het behalen van zijn/haar korte- en middellange termijn doelen en herinnerd aan zijn/haar doel op lange termijn, om overzicht te houden over de voortgang. Als het uiteindelijke doel bijvoorbeeld is om te solliciteren, dan zijn de korte- en middellange termijn doelen, die elk door het doorlopen van de zeven stappen van PST bereikt worden:

- I. Het zoeken naar vacatures.
- II. Het verkrijgen van informatie over de kwalificaties die nodig zijn voor een vacature.
- III. Het schrijven en sturen van sollicitatiebrieven.
- IV. Als er een uitnodiging ligt, het sollicitatiegesprek goed voorbereiden.

7.2) Negatief resultaat

De oplossing heeft een negatief resultaat als het doel van de patiënt niet bereikt is. Hoewel het gestelde doel niet behaald is, heeft de patiënt wel extra informatie over en meer inzicht in het probleem/gevolg gekregen. Daarom is het uitvoeren van een oplossing altijd succesvol. Het levert namelijk altijd een zinvol resultaat op: het doel is bereikt óf de patiënt heeft aanvullende informatie over en inzicht in het probleem/gevolg gekregen.

Bij een negatief resultaat wordt de in stap 7 verkregen informatie nader onderzocht. Als het actieplan in stap 6 niet uitvoerbaar blijkt, dan wordt het actieplan bijgesteld door de stappen vanaf stap 6 te herhalen. Als de oplossing niet succesvol blijkt en er is een andere, mogelijk succesvolle, oplossing in stap 4, dan wordt deze oplossing gekozen en de stappen vanaf stap 5 herhaald. Als er nog andere nieuwe oplossingen blijken te zijn die niet beschreven zijn in stap 4, dan worden deze oplossingen uitgewerkt door de stappen vanaf stap 3 te herhalen. Als het doel te complex blijkt (bijvoorbeeld omdat de patiënt er niet genoeg controle over heeft of het doel te groot is), dan wordt het doel gewijzigd door de stappen vanaf stap 2 te herhalen. Als het probleem/gevolg te complex blijkt (bijvoorbeeld omdat de patiënt er niet genoeg controle over heeft of het probleem te groot is), dan wordt het probleem opnieuw beschreven door de stappen vanaf stap 1 te herhalen.

Het is daarom uitermate belangrijk, dat er voor alle stappen voldoende tijd wordt genomen om ze zorgvuldig te kunnen doen. Als stap 1 en 2 goed zijn uitgevoerd, dan is het probleem al half opgelost. Stap 1 en 2 zijn cruciaal, omdat de patiënt dan aan realistische doelen werkt en hierdoor ook reële verwachtingen over de mogelijkheden van PST krijgt.



2.4

Aan de slag met patiënten

Introductie met patiënt

Voordat wordt begonnen met de methode is het belangrijk om aandacht te besteden aan het opbouwen van een werkrelatie. In het hoofdstuk '*Communicatie met patiënten*' staan adviezen, over bijvoorbeeld houding en taalgebruik, die hieraan kunnen bijdragen. Bij de klachteninventarisatie probeer je de focus te leggen op de gevolgen van de klachten. Het intakegesprek en 'Deel 1' lopen dus in elkaar over. Dit helpt bij het formuleren van een passende hulpvraag. Vaak hebben patiënten in eerste instantie een hulpvraag rondom het vinden van een oorzaak voor de klachten of klachtvermindering zoals "Ik wil van mijn klachten af". Het helpt dan om de hulpvraag te herformuleren naar een die meer gericht is op het dagelijks functioneren, zoals; "Ik zou weer meer dingen willen kunnen doen die ik belangrijk vind". Dit doe je door de focus van de gesprekken al bij de klachteninventarisatie te verschuiven van de oorzaak en de klachten zelf, naar de invloed die de klachten hebben op het leven van de patiënt.

Gedurende de gesprekken wordt het tempo afgestemd op de patiënt. Aangeraden wordt om telkens samen een start te maken met het invullen van stappen op de werkbladen en het vervolgens de patiënt zelfstandig te laten doen en in het volgende gesprek te bespreken hoe dat is verlopen. Op die manier ontwikkelt de patiënt probleemoplossingsvaardigheden en kan deze uiteindelijk na de gesprekken blijven toepassen. Ter ondersteuning worden hand-outs met informatie en werkbladen meegegeven, die staan achter dit hoofdstuk. De hand-outs met informatie zijn niet altijd geschikt voor minder talige patiënten. Probeer in dat geval vooral mondeling uitleg te geven en maak eventueel samen een samenvatting, eventueel getekend, die de patiënt mee kan nemen. Uitleg over ALK is vaak nieuw voor de patiënt en herhaling is belangrijk. Als de patiënt iets heeft om mee naar huis te nemen, kan die er zelf of samen met iemand uit zijn of haar omgeving nog eens naar kijken.

Mogelijke valkuilen van de POH-GGZ:

- Zich richten op psychische/psychosociale problemen en daarbij de ALK uit het oog verliezen
- Direct vragen naar stressfactoren als mogelijk meespelende factor bij de ALK, dit sluit vaak niet aan bij de beleving van de patiënt. Begin liever met minder bedreigende vragen, zoals in deze volgorde; SGSC (somatisch, gedrag, sociaal, cognitie, emotie)⁸.
- Direct uitleg te geven over dat stress een rol kan spelen bij lichamelijke klachten. Door patiënten eerst te vragen naar mogelijke psychosociale factoren, in plaats van meteen uitleg te geven, wordt ruimte voor het perspectief van de patiënt behouden⁷.

Deel 1: Gevolgen in kaart brengen

Het inventariseren van de gevolgen van de klachten gebeurt vaak al tijdens de intake bij de klachteninventarisatie. Meestal gebeurt dit dan 'terloops'. Het gebruik van *'Werkblad 1: De Gevolgenlijst'* is belangrijk om hier grondig en compleet in te zijn. Het samen invullen van het werkblad maakt voor de patiënt inzichtelijk welke gevolgen er allemaal zijn en geeft de patiënt erkenning in de grote invloed die de klachten op het leven kunnen hebben. Bovendien maakt het ingevulde overzicht het daarna makkelijker om samen te bespreken met welk gevolg de patiënt aan de slag wil. Bij die keuze kan het gaan om welk gevolg het belangrijkste is voor de patiënt of waar gemakkelijk winst te behalen valt.

Voor uitleg over het gevolgenmodel geef je de *'Hand-out 1 Gevolgen van lichamelijke klachten'* mee. Tijdens het gesprek begin je samen met het invullen van *'Werkblad 1: De Gevolgenlijst'*. Na afloop geef je deze aan de patiënt mee zodat die het thuis nog kan bekijken eventueel kan aanvullen. Thuis in het dagelijks leven kan de patiënt namelijk achter nog meer gevolgen van de klachten komen, waar die tijdens het gesprek niet aan heeft gedacht.

Deel 2: Problem Solving Treatment

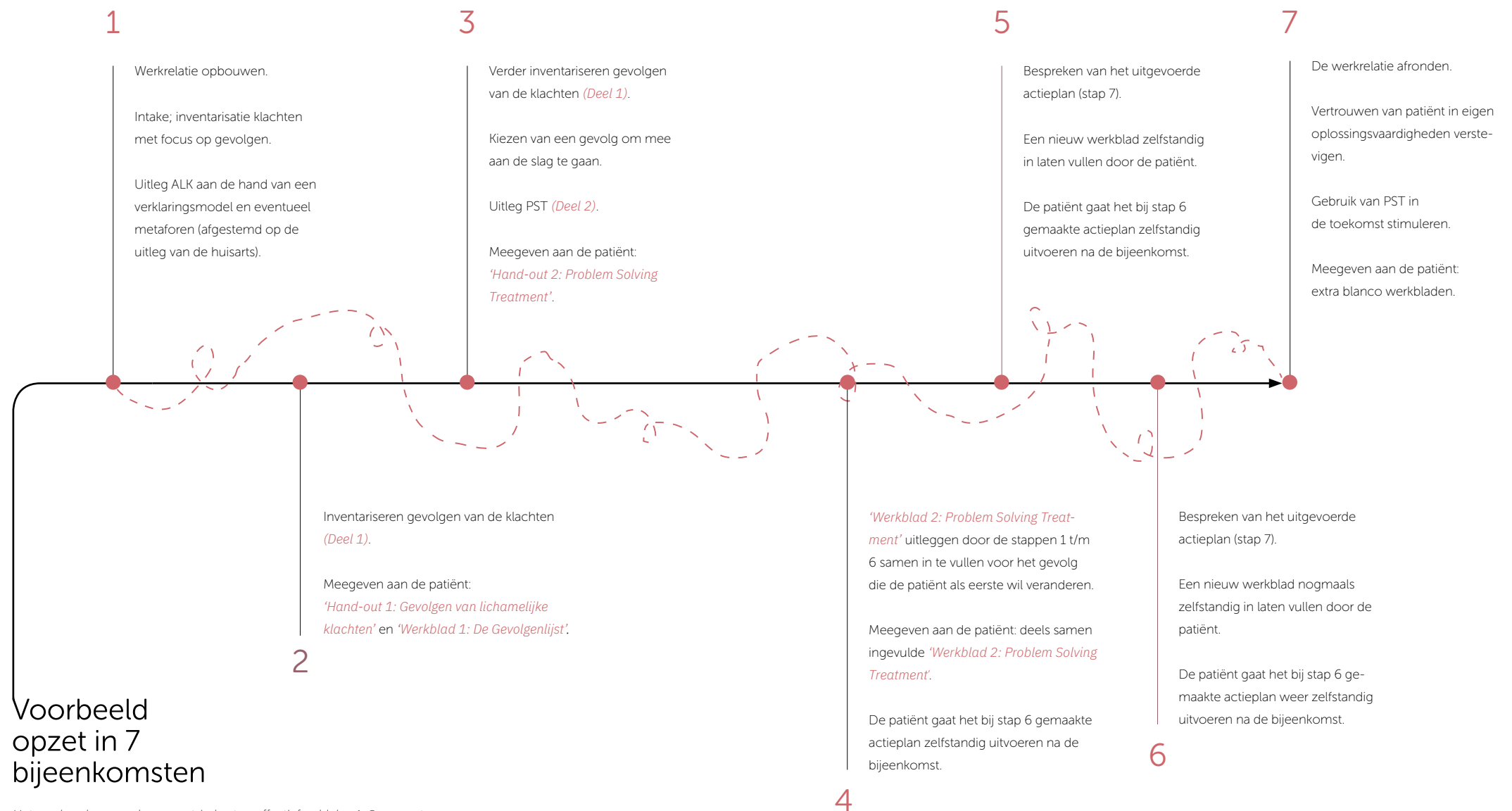
Leg aan de patiënt uit dat Problem Solving Treatment een methode is om gevolgen van de klachten te veranderen en leg de 7 stappen uit. Gebruik hier eventueel *'Hand-out 2 Problem Solving Treatment'* voor. Je begint met het samen doorlopen van stap 1 tot en met 7. Na het succesvol doorlopen van de stappen kiest de patiënt een nieuwe oplossing om uit te voeren (stap 5), stelt een nieuw doel vast (stap 2) of formuleert opnieuw een probleem (stap 1). Het is de bedoeling dat de patiënt de stappen steeds zelfstandiger een aantal keer doorloopt. Overschat hierbij de patiënt niet, maar probeer de patiënt wel tot actie aan te zetten.

Na uitleg over Problem Solving Treatment geef je *'Hand-out 2 Problem Solving Treatment'* mee. Tijdens het gesprek begin je samen met het invullen van *'Werkblad 2: Problem Solving Treatment'*. Na afloop geef je deze aan de patiënt mee zodat die er thuis mee aan de slag kan. Spreek elke keer samen af wat jullie de volgende sessie gaan bespreken.

Afronding

Bij de afronding van de gesprekken met de patiënt wordt stilgestaan bij de opgedane vaardigheden in het kader van het stimuleren van het gebruik van PST vaardigheden in de toekomst. De doelen die patiënt heeft behaald en waarmee het kwaliteit van leven verbeterd is gedurende de training worden op een rijtje gezet, zodat de patiënt de training eindigt met een goed gevoel over het werk dat hij/zij verzet heeft. Het is belangrijk het vertrouwen van de patiënt in eigen oplossingsvaardigheden te verstevigen door de voortgang van de patiënt te bewaken en de geboekte successen met de actieplannen (doel bereikt of meer informatie over de situatie) te bekrachtigen en hiermee te benadrukken dat de patiënt expert is geworden in het maken van eigen oplossingen. Je stimuleert het gebruik van PST in de toekomst door patiënt aan te moedigen om de oplossingsvaardigheden te blijven gebruiken met betrekking tot de gevolgen van lichamelijke klachten en hiervoor extra blanco werkbladen te geven.

Een korte eindevaluatie met de huisarts (eventueel telefonisch) kan bijdragen aan vertrouwen van de patiënt in de zorg die geboden is en bekrachtigend werken. Hierbij kan de huisarts de patiënt bijvoorbeeld laten vertellen wat geholpen heeft en hoe het er nu voor staat met de klachten en het functioneren. De huisarts complimenteert de patiënt voor de inzet en moedigt de patiënt aan oplossingsvaardigheden te blijven inzetten.



Het aanhouden van deze opzet is kosten-effectief gebleken⁴. Om aan te sluiten bij patiënten kan de POH-GGZ variëren in tempo, aantal sessies, mate van zelfstandigheid waarin de patiënt de PST stappen doorloopt, het wel of niet aanbieden van thuisopdrachten etc.



Hand-outs en
Werkbladen voor
patiënten

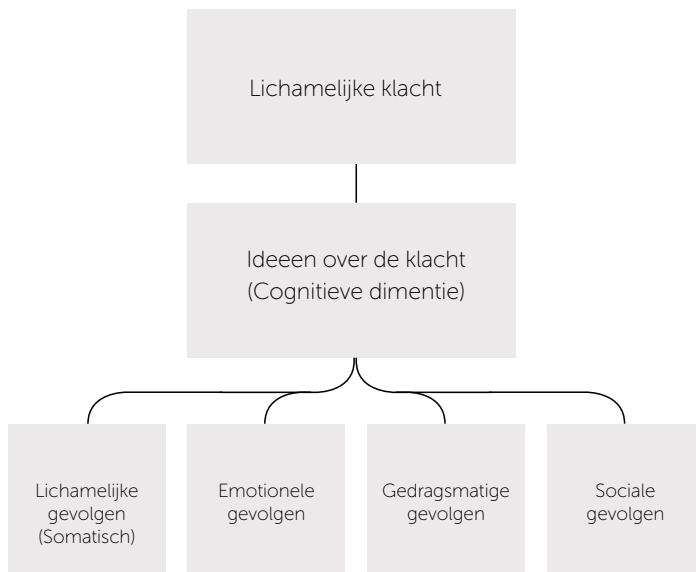
Hand-out 1:

Gevolgen van aanhoudende lichamelijke klachten

Aanhoudende lichamelijke klachten zijn klachten die door een medische behandeling niet of niet volledig behandeld kunnen worden. De klachten blijven hierdoor bestaan. Ze kunnen allerlei gevolgen hebben voor uw leven. Een voorbeeld hiervan is, dat u bepaalde activiteiten die u voorheen deed niet meer kan doen en als u deze toch doet, dan heeft dit extra klachten als gevolg. Als gevolg van uw klachten kunt u machteloos, boos, somber of angstig worden. De klachten gaan hierdoor steeds meer uw leven bepalen.

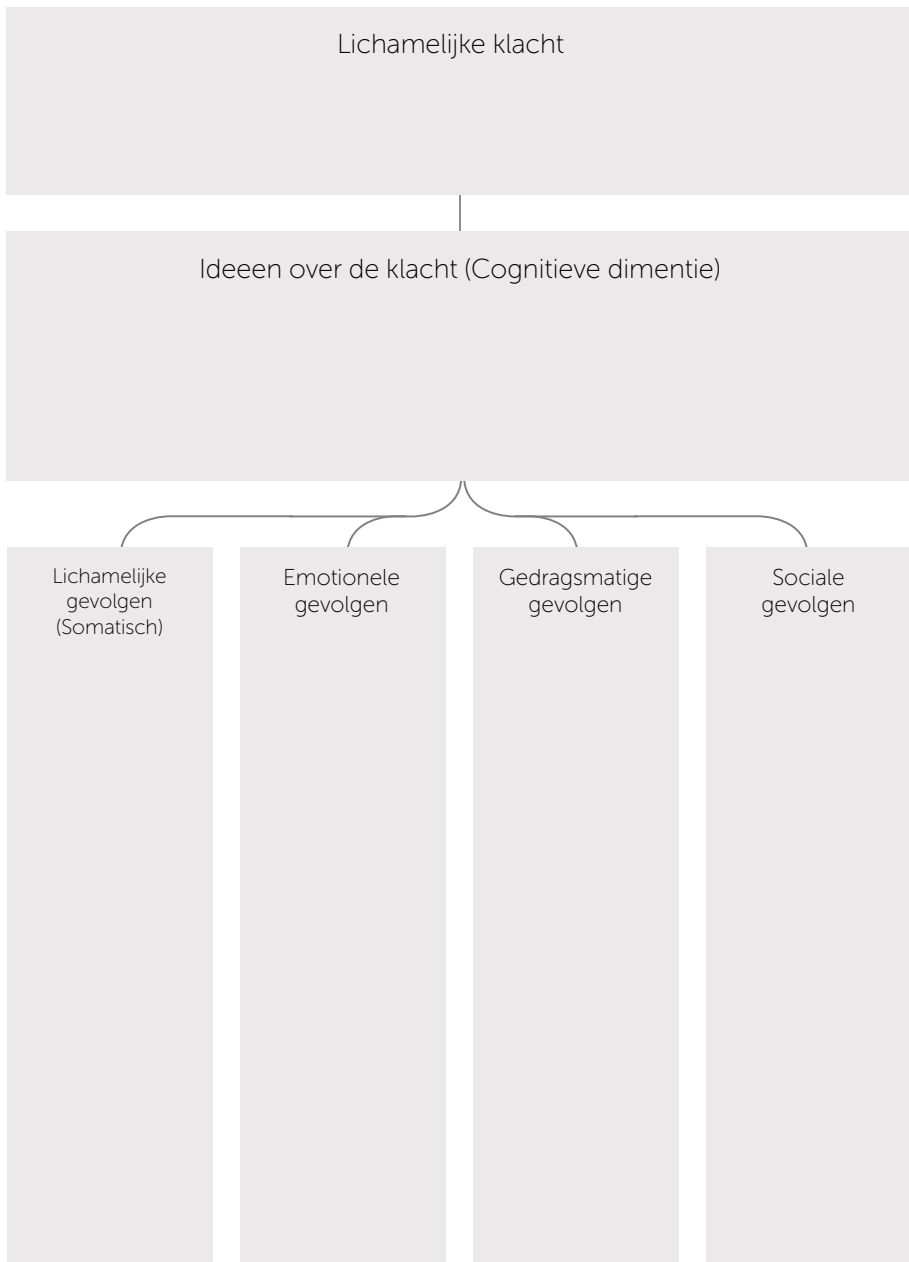
De gevolgen van de lichamelijke klachten kunnen uw kwaliteit van leven verminderen. Ze maken uw leven minder leuk en zorgen ervoor dat u uw wensen/doelen niet meer kunt bereiken. Bij lichamelijke klachten wordt er dus bovenmatige creativiteit en extra handigheid gevraagd om eigen doelen/wensen alsnog te bereiken om kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te maken en te houden.

U heeft samen met de POH-GGZ stilgestaan bij de diverse gevolgen die de lichamelijke klachten in uw leven hebben. Deze gevolgen kunt u opschrijven op 'Werkblad 1: De Gevolgenlijst'



Werkblad 1:

De Gevolgenlijst



Hand-out 2: Problem Solving Treatment

De gevolgen van aanhoudende lichamelijke klachten
veranderen in 7 stappen

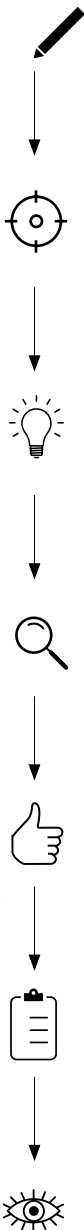
U heeft met de POH-GGZ uitgebreid stilgestaan bij de gevolgen van uw lichamelijke klachten.

U gaat samen met de POH-GGZ één gevolg uitgebreid beschrijven om na te gaan welke wens of welk doel u door dit gevolg niet bereikt. Vervolgens krijgt u van de POH-GGZ handvatten aangereikt voor het bedenken van creatieve manieren om uw doelen nu en in de toekomst zoveel mogelijk te bereiken.

Om eigen doelen te bereiken, en hiermee kwaliteit van leven te verhogen, worden voor elk specifiek gevolg zeven stappen doorlopen. Elk gevolg zal aangepakt worden aan de hand van 7 stappen.

U doorloopt de 7 stappen met behulp van 'Werkblad 2: Problem Solving Treatment'. U gaat samen met de POH-GGZ de stappen 1 t/m 6 doorlopen. Na elke bijeenkomst gaat u stap 6, het actieplan, zelfstandig uitvoeren. In de volgende bijeenkomst gaat u samen met de POH-GGZ stap 7 doen om na te gaan wat het actieplan heeft opgeleverd.

Problem Solving Treatment



U doorloopt
de gewenste stappen
nog een aantal keer

1. Probleem/gevolg beschrijven

De eerste stap is om één van de gevolgen van de lichamelijke klachten te kiezen en te beschrijven. In deze stap wordt helder, hoe het gevolg eruit ziet in een specifieke situatie.

2. Doel vaststellen

De tweede stap is om het doel te beschrijven dat door dit gevolg niet bereikt wordt. In deze stap wordt het doel zo beschreven, dat het een haalbaar, meetbaar en specifiek doel is.

3. Oplossingen bedenken (brainstorm methode)

De derde stap is om te brainstormen en hiermee zoveel mogelijke creatieve oplossingen te bedenken om het doel te bereiken. In deze stap worden zoveel mogelijk creatieve oplossingen bedacht en opgeschreven zonder deze te beoordelen. Dit vergroot de kans, dat de meest optimale oplossing eruit komt.

4. Oplossingen onderzoeken

De vierde stap is om de bedachte oplossingen te onderzoeken. De oplossingen worden onderzocht door de voor- en nadelen van de oplossingen te bedenken. In deze stap wordt helder, of de oplossing succesvol zou kunnen zijn.

5. Oplossing kiezen

De vijfde stap is om een oplossing te kiezen. In deze stap wordt de oplossing gekozen, die de meeste voordelen en minste nadelen heeft.

6. Oplossing uitvoeren (actieplan)

De zesde stap is om te beschrijven hoe de oplossing precies wordt uitgevoerd. In het actieplan wordt bijvoorbeeld beschreven, waar en wanneer de oplossing zal worden uitgevoerd, wie daarbij betrokken is en wat er nodig is voor het uitvoeren van de oplossing. Hoe duidelijker het actieplan, hoe groter de kans dat het doel wordt gehaald.

7. Resultaten bekijken

De zevende en laatste stap is om na te gaan hoe het uitvoeren van de oplossing is gegaan. Als het doel is bereikt, dan is er winst geboekt voor kwaliteit van leven. Als het doel op de één of andere manier niet is bereikt, is het doorlopen van de stappen nog steeds zinvol geweest. Het levert dan namelijk extra informatie op over de situatie. Met hulp van deze informatie kan worden nagegaan of en hoe het gevolg alsnog te veranderen is om het doel alsnog te bereiken.

Werkblad 2:

Problem Solving Treatment

De gevolgen van aanhoudende lichamelijke klachten
veranderen in 7 stappen



Stap 1. Probleem beschrijven

De eerste stap is om één van de gevolgen van de lichamelijke klachten te kiezen en te beschrijven. Beschrijf hoe het gevolg eruit ziet in een specifieke situatie.



Stap 2. Doel vaststellen

De tweede stap is om het doel te beschrijven dat door dit gevolg niet bereikt wordt. Beschrijf het doel zo, dat het haalbaar, meetbaar en specifiek is.



Stap 3. Oplossingen bedenken (brainstorm methode)

De derde stap is om te brainstormen en hiermee zoveel mogelijke creatieve manieren en oplossingen te bedenken om het doel te bereiken. Bedenk zoveel mogelijk oplossingen zonder deze te beoordelen. Dit vergroot de kans dat de beste oplossing ertussen zit.



Stap 4. Oplossingen onderzoeken

De vierde stap is om de bedachte oplossingen te onderzoeken. Bedenk de voor- en nadelen van de oplossingen. Hierdoor wordt duidelijk of de oplossing succesvol zou kunnen zijn.

Tip: Bij het nadenken over de voor- en nadelen van een oplossing kunt u de volgende vragen stellen:

Is het een korte of lange termijn oplossing?

Hoe groot is de kans dat ik deze oplossing echt ga doen?

Wat is de invloed van deze oplossing op andere mensen?

Oplossing	Voordelen	Nadelen



Stap 5. Oplossing kiezen

De vijfde stap is om een oplossing te kiezen.

Kies de oplossing die de meeste voordelen en/of minste nadelen heeft.

De gekozen oplossing is:



Stap 6. Oplossing uitvoeren (actieplan)

De zesde stap is om een actieplan te maken. Beschrijf hoe de oplossing precies wordt uitgevoerd. In het actieplan wordt beschreven;

- waar de oplossing zal worden uitgevoerd
- wanneer de oplossing zal worden uitgevoerd
- wie daarbij betrokken is
- wat er nodig is voor het uitvoeren van de oplossing

Tip: Als de oplossing veel tijd of moeite kost, probeer het dan in tussenstappen op te breken.

Het is makkelijker om een paar tussen stappen te nemen dan één hele grote stap.

Actieplan: welke acties ga je doen om de gekozen oplossing uit te voeren?
(waar, wanneer, wie ,wat)



Stap 7. Resultaten bekijken

De zevende en laatste stap is om na te gaan hoe het uitvoeren van de oplossing is gegaan en of het doel bereikt is.

Is het gelukt om het actieplan uit te voeren?

Ja/Nee (licht uw antwoord toe)

Als het doel is bereikt, dan is het belangrijk om stil te staan bij wat het u heeft opgeleverd.

Als het doel niet is bereikt, is het doorlopen van de stappen nog steeds zinvol geweest.

Het levert namelijk extra informatie op over de situatie.

Met hulp van deze informatie kan worden nagegaan of u het actieplan kunt aanpassen of een andere oplossing kunt kiezen om uw doel alsnog te bereiken.

Heeft u uw doel bereikt?

Ja/Nee (licht uw antwoord toe)

Zo ja, wat zijn de succesfactoren waardoor het doel behaald is?

Zo ja, wat heeft het behalen van uw doel u opgeleverd?

Zo nee, kan het actieplan worden aangescherpt om alsnog uw doel te bereiken?

Kunt u de actie bijvoorbeeld in kleinere stapjes opbreken of hulp inzetten?

Ja/Nee (licht uw antwoord toe)

Zo nee, is er een andere oplossing uit stap 4 die u kunt gebruiken?

Ja/Nee (licht uw antwoord toe)

