

Klachten, symptomen en gedrag

Een wetenschappelijk gefundeerde benadering van de patiënt

Klachten, symptomen en gedrag

Een wetenschappelijk gefundeerde benadering van de patiënt

Dr. Pieter van Akkerveeken en Dr. Jan Derksen

Schrijvers: Pieter F. van Akkerveeken, www.pietervanakkerveeken.nl

Jan J.L. Derksen

Coverontwerp: Tjabien Wissenraet, Muiden

ISBN: 9789463182034

Uitgever: www.mijnbestseller.nl

Print: Printforce, Alphen aan de Rijn

© P.F. van Akkerveeken en J.J.L. Derksen

Woord vooraf	5
<i>Prof. Dr. Rutger Jan van der Gaag</i>	
Inleiding	7
<i>Onze gezondheidszorg</i>	8
<i>Doelgroep</i>	12
<i>De inhoud</i>	13
Hoofdstuk 1 Hoe hanteer je het multicausale van ziekte in de praktijk?	19
Casus 1: Griep	
Waarom krijgt de een wel griep en een ander niet?	
<i>Het multicausale van ziekte</i>	20
Hippocrates heeft gelijk	22
Het biomedische model	26
Casus 2: Hyperventilatieklachten	
Lichamelijke en psychische processen verweven	
De biopsychosociale benadering	33
Ook bij psychische stoornissen heeft Hippocrates gelijk	
Casus 3: Een patiënt met depressie	
Een puur psychisch probleem?	
<i>Integratie van disciplines in de dagelijkse praktijk</i>	43
De hand als metafoor	43
Casus 4: Nog een patiënt met depressie	
De 'hand' aanpak van een klassiek, psychiatrisch probleem?	
Werkwijze van een solitair werkende professional	47
Casus 2 vervolg: De patiënt met hyperventilatieklachten	
De psycholoog benadert de patiënt vanuit de 'hand'	
Werkwijze van een multidisciplinair team	59
Casus 5: Obesitas	

Het multidisciplinaire obesitasteam benadert de patiënt vanuit de 'hand'

Hoofdstuk 2 Zes dimensies van 'ziekte'	69
1. <i>Lichamelijke pathologie</i>	70
Psycho-neuro-immunologische aspecten van hartklachten en coronairsclerose	72
Wat kan een patiënt doen om hartproblemen te voorkomen?	77
2. <i>Lichamelijke fitheid</i>	78
Wat kan een patiënt zelf doen om ziekten te voorkomen?	86
Metabool syndroom	87
Chronische vermoeidheidsyndroom	89
3. <i>De psychische dimensie</i>	93
Psychische klachten in verband met psychische stoornissen	94
Casus 6: Een professor vertelt over zijn psychotherapie	
Psychische klachten door verstoorde psychische processen	
Psychische klachten in verband met lichamelijke pathologie	101
Lichamelijke klachten in verband met psychische processen en patronen	102
Psychische processen	103
Casus 7: Onderdrukte gevoelens verschijnen als een lichamelijke klacht	
4. <i>De dimensie stress</i>	106
Definitie	107
Stressoren en stressgevoeligheid	108
Stress respons	112
Stress coping	115
Stress kan bij uitzaaien van borstkanker een rol spelen	121
5. <i>De chronische dimensie</i>	128
Leerprocessen: van acuut naar chronisch	129
Non-associatief leren	132

Respondente conditionering	133
Operante conditionering	134
Sociaal leren	136
Wat kan een zorgprofessional doen om te voorkomen dat de klachten van zijn patiënt chronisch worden?	136
6. <i>Omgevingsfactoren</i>	137
Hoofdstuk 3 Pijn heeft ook meer dan een dimensie!	139
<i>Casus 8: Gebroken onderbeen: veel of weinig pijn?</i>	
Psychische factoren bij een duidelijk lichamelijk probleem	
<i>Wat is pijn en hoe ontstaat pijn?</i>	140
De drie dimensies van pijn	142
Definitie	143
Hoe ontstaat pijn?	144
<i>Casus 8 vervolg: Gebroken onderbeen</i>	
De medisch specialist benadert de patiënt vanuit de 'hand'	
<i>Het biopsychologische model van chronische pijn</i>	152
Pijn en leerprocessen	152
Model van chronische pijn	153
<i>Casus 9: Pijn in de hand en geen afwijking te vinden</i>	
Psychische verklaring voor een lichamelijke klacht	
<i>De pijn dreigt chronisch te worden: is dat te voorkomen?</i>	157
Ziektegedrag, pijngedrag en pijn	159
Voorkomen van chroniciteit in de praktijk	160
<i>Therapeutische aspecten bij chronische pijn</i>	163
Chronische rugpijn als aangeleerd en onbewust gedrag	164
Hoofdstuk 4 Wat denkt en verwacht een patiënt?	171
<i>Casus 10: Lang bestaande rugpijn</i>	
De rol van overtuigingen	

<i>Overtuigingen en genezing</i>	173
Blokkerende overtuigingen	174
Casus 10 vervolg: Lang bestaande rugpijn	
Het multidisciplinaire rugteam benadert de patiënt vanuit de 'hand'	
Verwachtingen over ziek zijn en ziekte	178
Overtuigingen van de patiënt over ziek zijn en ziekte	180
Chronische pijn en gedachten van mensen	185
<i>Het gaat om de patiënt</i>	187
Patiëntgerichte zorg	187
Het verhaal van de patiënt	188
Wat wil een patiënt ?	190
Een patiënt wil mede de regie voeren. Hoe?	192
<i>Goed behandeld maar toch nog klachten</i>	195
Casus 11: Geslaagde operatie, maar klachten blijven	
Waarom nog klachten na totale heup operatie zonder complicaties?	
Wat betekent goed behandeld?	197
Casus 5 proloog: Obesitas niet ervaren als probleem	
Ondanks goede voeding- en bewegingsadviezen geen verbetering	
Is de patiënt gemotiveerd om te veranderen?	201
Wat te doen bij persisterende klachten	
na een 'goede' behandeling?	203
Hoofdstuk 5 De juiste behandeling?	207
<i>Wat wil dat eigenlijk zeggen: de juiste behandeling?</i>	207
De patiënt als cliënt	207
De zorgprofessional	211
De facilitator	213
<i>Een effectief werkende zorgprofessional</i>	215
Casus 12: Een normale bevalling en toch een nare ervaring	
Een bevalling met veel angst en spanning. Miscommunicatie?	

De dokter is patiëntgericht	218
De relatie patiënt – zorgprofessional	218
<i>Effectieve zorg anders georganiseerd</i>	225
Patiëntvriendelijk interactief internet	225
Bij de individuele zorgprofessional	226
Naar een multidisciplinair team	227
Opzetten van een zorgprogramma	
met integratie van disciplines	227
<i>Borging van kwaliteit</i>	234
Hoe wordt kwaliteit van zorg gedefinieerd?	234
Welke kenmerken van een zorgprofessional zijn wezenlijk om zorg van een goede kwaliteit te kunnen leveren?	235
Kwaliteitsnormen	237
Bijlage 1	239
<i>Duidelijkheid en eenduidigheid, termen en begrippen</i>	239
‘Ziek’ en ‘ziekte’, ‘aandoening’, ‘stoornis’ en ‘afwijking’	239
‘Klacht’, ‘lijden’ en ‘ziektegedrag’	243
Referenties	245
Aanbevolen literatuur	251
Trefwoordenregister	253
Woord van dank	257
Over de schrijvers	261

Woord vooraf

De bejegening en benadering van mensen die lijden, onze "patiënten", is essentieel voor het effect van de zorg. De eminente internist Jordan, een van mijn leermeesters, gaf zijn studenten het volgende advies mee: "Denk bij iedere patiënt dat het een van je meest dierbaren is. Hoe zou je hem dan bejegenen?". In een tijd waarin zorgverlening steeds meer "instrumentaliseert", is het een verademing om dit boek, als letterlijke dia-gnostische handreiking te mogen ontvangen.

Een patiënt is zoveel meer dan zijn klacht. Een open integere benadering van heel die mens is een voorwaarde voor zijn genezing of weg tot herstel. Het is geen luxe! In dit boek wordt hier op een empirisch gefundeerde wijze recht aan gedaan. Rijtjes leren is uit de mode, maar helpt wel bij het differentiaal diagnostisch proces. Ezelsbruggetjes heten in het Engels "rules of thumb". Meer dan een duim wordt door de auteurs geboden: een hele hand als geheugen steun voor zes dimensies, een voor elke vinger en de handpalm als de metafoor voor de omgeving, die dragend, steunend, maar ook afwijzend, remmend of zelfs vijandig kan zijn.

Een weldaad voor zorgprofessionals die als individuele hulpverlener door patiënten veelal op handen worden gedragen maar als groep vanuit de samenleving stevige kritiek hebben te verduren. Maar de kwaliteit van hun werk, de zorgvuldigheid in hun bejegening en de betrokkenheid van de samenwerking met hun patiënt, zullen het imago van de zorgprofessionals een positieve draai geven.

Dit boeiende boek zal daar zeker aan bijdragen.

Rutger Jan van der Gaag

Hoogleraar psychiatrie (Kinder- & Jeugd) Radboudumc Nijmegen

Oud-voorzitter KNMG

Nijmegen

Inleiding

Mensen worden ziek. Maar mensen met dezelfde ziekte zijn niet even ziek. De aard en de ernst van hun klachten kunnen sterk verschillen. Ook de gevolgen en het beloop van de ziekte is van mens tot mens anders. Hoe komt dat? Het beantwoorden van die vraag leidt tot vragen als 'Hoe ontstaan ziekten?' , 'Spelen kenmerken van mensen een rol bij de mate waarin zij ziek zijn?' en 'Hoe kan een zorgprofessional al die verschillende aspecten praktisch hanteren?'. Dit boek geeft antwoorden die gebaseerd zijn op recente resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Een en ander geïllustreerd door casuïstiek. Daarbij gaat het over echte patiënten: mensen met rugklachten, depressie, angststoornissen, chronische pijn, botbreuken, chronische vermoeidheid en obesitas. Mensen die wij in onze klinische loopbanen hebben behandeld. Maar het boek gaat vooral over de methodiek van de behandeling. Dus over de benadering van mensen met klachten, ziektes en stoornissen. En dan hebben we het ook over de attitude van de zorgverlener en de inhoudelijke structuur van zorg. Vanuit welke theoretische achtergrond wordt gewerkt? In dit boek kijken we niet alleen kritisch naar de inhoud van de zorgverlening maar we bieden ook een praktisch houvast. Een houvast dat gestaafd wordt door actuele wetenschappelijke bevindingen. De professional in de zorg zal in dit boek veel lezen wat bekend en vertrouwd is, maar zal verrast worden door de wijze waarop de kennis van geheel verschillende disciplines is verweven en door de gevolgen die dat heeft voor de praktijk van alle dag. De huisarts, de medisch specialist, de verpleegkundige, de fysiotherapeut en de professional in de geestelijke gezondheidszorg zullen zich realiseren dat ze hier en daar iets over het hoofd hebben gezien, zijn vergeten, nog niet wisten. Hopelijk zullen zij na lezing van dit boek hun werkwijze in hun praktijk bijstellen omdat ze met een andere bril op naar patiënten zijn gaan kijken. Hebt u de bereidheid tot verandering en vernieuwing, lees dan door. Als dat nu niet het geval is,

wacht dan een tijdje, leg het boek opzij, draai er wat omheen en probeer het op een later moment. Eenmaal eraan begonnen is de kans groot dat u verandering wilt.

Onze gezondheidszorg

Het werkterrein van de zorgprofessional is de gezondheidszorg. De structuren van de zorg worden bepaald door de politiek en gehandhaafd door de verzekeraar. De bureaucratie van de vergoedingensystematiek en de bestaande wet- en regelgeving maakt het de zorgprofessional vrijwel onmogelijk de verwevenheid van lichamelijke, psychische en sociale factoren in zorgprogramma's tot uiting te laten komen. De individuele professional heeft niet de politieke macht om de rigide structuren te veranderen. En politieke activiteit ligt ook niet direct in de aard van een hulpverlener, tenzij een wet of besluit zijn grenzen passeert. Dan organiseert hij zich en klinkt een massaal nee. Zo hebben de huisartsen in het voorjaar van 2015 de macht van de zorgverzekeraars gebroken met hun opstelling over de 'vrije' artskeuze. Gemakkelijker kan een zorgprofessional zaken verbeteren op lokaal nivo. In de praktijk, ziekenhuis of de instelling waar hij werkt, heeft hij samen met zijn collega's de macht om dat te doen.

Als je als buitenstaander naar onze gezondheidszorg kijkt, valt op dat de gezondheidszorg helemaal niet voor onze gezondheid zorgt! In tegendeel, het systeem is gericht op de zorg voor zieken. De zorg houdt zich bezig met het vinden van een lichamelijke of psychische afwijking om die vervolgens te behandelen. Daarbij valt op dat het lichamelijke en het psychische gescheiden worden: in onze cultuur heerst nog steeds de gedachte dat klachten of lichamelijk of psychisch zijn. Veel mensen denken dat lichamelijke klachten een gevolg zijn van een lichamelijke afwijking en als die niet wordt gevonden, is sprake van inbeelding of aanstellerij. De scheiding is historisch te begrijpen. Van middeleeuwse gasthuizen waar de ernstig zieke mens door barmhartige nonnen werd

verpleegd naar moderne technologische medische centra waar lichamelijke afwijkingen worden behandeld. En van dolhuizen²² waar het voor de burgerij een uitje was de gekken te bekijken, naar grote psychiatrische instellingen waar mensen met ernstige stoornissen beschermd als in een dorpgemeenschap leven. Toegegeven, dit is een karikaturaal beeld van de complexe werkelijkheid: in sommige eerstelijns praktijken werken huisartsen en psychologen samen en ontmoeten patiënten in ziekenhuizen empathie en warmte. Huisartsen worden in het algemeen opgeleid in een holistisch model waarin soma en psyche samengaan. Toch leeft die scheiding in onze cultuur nog sterk. Immers, hoe vaak stellen mensen zich niet de vraag: 'Is het lichamenlijk of psychisch?'.

Maar wat doet dat er eigenlijk toe? Laat die scheiding maar bestaan. 'Als ik maar goed behandeld word!'. En daar zit de kern van het probleem. Uit wetenschappelijk onderzoek van de laatste jaren blijkt hoe lichamelijke, psychische en sociaal-culturele processen verweven zijn. En hoe deze verwevenheid leidt tot stoornissen lang voordat die zich manifesteren in de vorm van een ziekte. Volgens deze nieuwe inzichten is een behandeling pas 'goed' als aan die verwevenheid recht wordt gedaan.

Door de wetenschappelijke en technologische vooruitgang nemen de mogelijkheden voor behandeling steeds toe. Naast dit toegenomen aanbod neemt ook de vraag toe: de moderne mens accepteert geen ongemak of pijn. Iedere lichamelijke klacht dient ogenblikkelijk te worden verholpen. Dit geldt tegenwoordig ook voor veel psychische aandoeningen¹⁷, waarbij de hulpvraag de laatste 20 jaar 300% is gegroeid. Door deze vraagexplosie en de als maar toenemende mogelijkheden neemt de zorgconsumptie toe en dreigt de zorg onbetaalbaar te worden. Om dat te voorkomen zal de samenleving keuzes moeten maken. We zullen als samenleving een antwoord moeten geven op de vraag of 'alles wat kan ook werkelijk moet'. Het aanbod van zorg blijkt in sterke mate het gebruik, de 'consumptie' van

zorg te bepalen. En dat betekent niet automatisch een betere kwaliteit! Sinds enkele decennia onderzoekt John Wennberg* met zijn onderzoeksgroep het verband tussen aanbod, consumptie en kwaliteit van zorg. De resultaten hebben zij gebundeld in de *The Dartmouth Atlas of Healthcare*¹⁰¹.

Deze befaamde atlas laat regionale verschillen in zorgconsumptie zien die niet verklaard worden door kenmerken van de bevolking maar voornamelijk door de aanwezigheid van medische faciliteiten. Voor steeds meer medische procedures toont deze onderzoeksgroep aan dat de aanwezigheid van gespecialiseerde medische hulp leidt tot meer behandelingen maar niet automatisch gepaard gaat met een betere kwaliteit van zorg noch met gezondheidswinst. Intensievere medische bemoeienis leidt dus niet zonder meer tot een gezondere bevolking. In tegendeel: soms zelfs tot een vermindering van de gezondheid.

Bij de beantwoording van de vraag of 'alles wat kan ook moet' zal blijken tot hoever onze solidariteit gaat. Wat beschouwen we als collectieve last en wat moet ten laste komen van de individuele burger? De woorden 'wat kan' wijzen op het beschikbare aanbod van zorg en naar onze mening ook op de effectiviteit van die zorg. Dat houdt in dat we moeten weten of bepaalde zorg tot gezondheidswinst leidt. Als de politiek vervolgens zou besluiten uitsluitend zorg te vergoeden die gezondheidswinst oplevert, zouden we al een stuk verder zijn en onze beschikbare financiële middelen optimaal besteden.

We zullen keuzes moeten maken. Keuzes mede op grond van de

* John E. Wennberg (1934) is Professor emeritus aan de Dartmouth Universiteit (USA). Hij was vanaf 1980 als hoogleraar verbonden aan de afdeling Community and Family Medicine en vanaf 1989 aan de afdeling Interne Geneeskunde. Hij stichtte in 1988 het *Center for Evaluative Clinical Services* aan de Dartmouth Medical School om de onlogische geografische variatie van medische behandelingen in de USA te bestuderen. Dat heeft geresulteerd in de befaamde [Dartmouth Atlas of Health Care](#). Hij leidde het centrum tot 2007. Het centrum is nu bekend onder de naam [The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice](#) (TDI).

resultaten van de zorg, de effectiviteit: wat werkt? Keuzes die een gezondheidszorg mogelijk moeten maken waar we ons goed bij voelen. Een gezondheidszorg die recht doet aan het complexe karakter van gezondheid en ziekte, aan de verwevenheid van lichamelijke, psychische en sociaal-culturele factoren. Dat betekent een wezenlijke verandering, een verandering van de grondbeginselen van het huidige systeem: een paradigma wijziging. Zo'n grondige verandering brengt grote onzekerheid met zich mee. We betreden immers ongebaande paden. En uit angst voor het onbekende is het mensen eigen om weerstand te bieden. Liever het bekende behouden, ook al is het niet optimaal, dan het onbekende tegemoet treden. Die weerstand is veelal onbewust en emotioneel van aard. Daarbij maakt men gebruik van quasi wetenschappelijke argumenten, die de angst verhullen. Een paradigma verandering kan ervaren worden als een bedreiging. Om dat te voorkomen en de verandering een positieve start te geven, zullen degenen die de veranderingen vormgeven, open moeten staan voor de emotionele aspecten. De organisatie en structuur van de zorg ingrijpend veranderen, is een grote uitdaging voor het leiderschap binnen de politiek, de verzekeraars en de zorg zelf. Het zullen de zorgprofessionals zijn, die op grond van zorginhoudelijke argumenten voor de veranderingen zullen kiezen en die ook zullen opeisen.

De verandering zal de kern van de zorg moeten raken: de relatie en interactie tussen de patiënt en zijn dokter. In het jargon van de organisatiekunde wordt dit het primaire proces genoemd. In de meeste politieke besprekingen en publicaties is dit aspect tot nu toe geen onderwerp van discussie. Wij reiken met dit boek zorginhoudelijke argumenten voor verandering aan. Dit draagt hopelijk bij aan de discussie om vervolgens met elkaar rationele keuzes te maken. Keuzes die gebaseerd zijn op de complexiteit van gezondheid, ziekte en zorg. In dit boek bespreken we die complexiteit in essentie en de eisen die dat stelt aan de inrichting van het primaire proces in de zorg. Op deze

manier willen we daadwerkelijk bijdragen aan een verandering in werkwijze. Daartoe doen we ook praktisch uitvoerbare voorstellen.

Een optimale structuur voor de gezondheidszorg richt zich op de mens en zijn gezondheid in al haar facetten. De structuur moet het mogelijk maken om te sturen op basis van effect en kwaliteit. Sterker nog, moet dat zelfs afdwingen. Centraal in deze benadering staat de waarde van de zorg voor de patiënt, niet de waarde voor de zorgverzekeraar, de zorginstelling of de dokter. Kosten en effectiviteit van zorg worden bepaald over het gehele traject van de zorg voor een patiënt, niet slechts van een specialistische behandeling, een operatie of gebruik van een geneesmiddel. Innovaties die leiden tot een significante verbetering van de patiëntwaarde, worden bij een optimale structuur financieel en maatschappelijk goed beloond.

Doelgroep

Dit boek richt zich op de zorgprofessional: uit het verlangen iets voor een ander te betekenen heeft hij gekozen voor een beroep in de zorg. Hij wil zijn patiënt het beste bieden. Dit boek biedt een handvat voor de dagelijkse praktijk. Een werkmodel om de complexe verwevenheid van gezond- en ziekmakende factoren te hanteren. Het model hanteert een geheugen ondersteunende metafoor. Wij hopen dat gebruik daarvan behandelingen optimaliseert en bijdraagt aan een soepele communicatie tussen patiënt en professional enerzijds en tussen de verschillende disciplines in de zorg anderzijds.

Wekelijks benaderen mensen ons met vragen over hun behandeling. Zij zijn verward en ongerust over een voorgestelde behandeling of ze zijn ontevreden over een behandeling die ze recent hebben ondergaan. Slechts een enkele keer blijkt hun ontevredenheid medisch of psychologisch inhoudelijk van aard zoals een vage of onjuist diagnose. Meestal gaat het om miscommunicatie tussen patiënt en

zorgprofessional: de patiënt heeft verwachtingen waar de dokter of psycholoog niet naar vraagt en veelal ook niet op aansluit. Een angstige patiënt houdt zich groot en de chirurg merkt het niet op. In een rationeel gesprek komen de gevoelens van de patiënt niet aan de orde en de patiënt voelt zich niet gezien: 'Hij walste over mij heen!'. In veel gevallen hebben patiënt en dokter verschillende gedachten over wat een goede behandeling is. De patiënt verwacht iets wat de dokter niet levert. Daarom besteden we ook uitgebreid aandacht aan de therapeutische relatie en de communicatie tussen patiënt en zorgprofessional.

De inhoud

Dit boek wil de zorgprofessional een manier van denken over ziekte bieden die hem hopelijk helpt de complexe werkelijkheid van ziekte genuanceerd te hanteren. De rode draad van dit boek is daarom de mens met klachten. Alles draait om de patiënt! Voorkomen is beter dan genezen. En daarom gaan we bij de bespreking van de verschillende dimensies ook in op preventie: wat kan de patiënt zelf doen om zo mogelijk klachten en stoornissen te voorkomen.

Om de verwevenheid van lichamelijke en psychische factoren te illustreren geven we voorbeelden van interacties tot op cellulair niveau. De voorbeelden zijn willekeurig gekozen. Het zijn voorbeelden om een algemene stelling concreet te maken. Het gaat ons niet om volledigheid. Zo komen bijvoorbeeld neurologische stoornissen geheel niet aan de orde. Dit geldt ook voor de casuïstiek die we presenteren. Ook daarbij gaat het om het voorbeeld: concreet maken hoe onze benadering werkt in de praktijk. Het gaat daarbij over de aard van het probleem van de patiënt. Het zijn beschrijvingen van levensechte patiënten onder het kopje **Casus**. Bij de keuze van de patiënten die we ten tonele voeren, hebben we ons laten leiden door onze eigen klinische ervaring: patiënten met orthopedische problemen, obesitas, pijn en psychische stoornissen.

Hoofdstuk 1 gaat over de dagelijkse praktijk: hoe kun je als zorgprofessional het complexe karakter van ziekte hanteren om je patiënt het beste te bieden? Het voorbeeld van een alledaagse ziekte als griep maakt duidelijk dat ziekte ontstaat als een aantal factoren tegelijk op de mens inwerken. Ziekte is 'multicausaal': lichamelijke, psychische en sociaal-culturele processen zijn verweven, zowel bij lichamelijke als bij psychische stoornissen. De vraag 'Lichamelijk of psychisch?' is onzinnig.

Om het heden te begrijpen is kennis van het verleden verhelderend. De huidige benadering in de geneeskunde is gestoeld op het *biomedische* model dat in de 19^e eeuw ontstond. Dit model heeft ons geavanceerde technieken als coronaire bypass operaties, totale heupvervanging en MRI gebracht. Helaas schiet het tekort bij de aanpak van ziekten als chronische vermoeidheid, chronische whiplash en chronische pijn. Ziekten die in het algemeen chronisch van aard zijn en gekenmerkt worden door lichamelijke klachten zonder dat somatische pathologie wordt gevonden. In de vijftiger jaren van de vorige eeuw werd gesproken van psychosomatische klachten. De term psychosomatisch is in diskrediet geraakt omdat het immers om lichamelijke klachten gaat en veel mensen met dergelijke klachten bij het woord psychisch denken aan aanstellerij en ingebeelde klachten! En daarom werd enkele jaren geleden in de GGZ de term SOLK bedacht: de multidisciplinaire richtlijn⁸⁸ van 2010 spreekt van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Wij vinden dat een slechte term die niet gebruikt zou moeten worden. Inderdaad is dit type klachten onvoldoende te verklaren als je uitsluitend kijkt vanuit het biomedische model; er is immers geen lichamelijke pathologie. Maar dat wil niet zeggen dat ze niet verklaard kunnen worden. Maar dan is een verandering van paradigma vereist. We moeten er met een andere bril naar kijken.

En die bril is de *biopsychosociale* benadering. Die benadering vereist een integratie van de kennis van de verschillende disciplines. Om die complexiteit in de dagelijkse praktijk te kunnen hanteren, introduceren we een nieuwe wijze van werken. Daarbij gebruiken we de hand als

metafoor. De vijf vingers en de handpalm verbeelden zes dimensies van gezondheid en ziekte. Zij functioneren als een geheel. Deze werkwijze is niet zomaar een verzinseltje! Nee, de werkwijze is gefundeerd op solide wetenschappelijke bevindingen. Bovendien hebben we het jaren lang in de dagelijkse praktijk gebruikt en getoetst. Aan de hand van concrete patiënten laten we zien hoe het model werkt in de dagelijkse praktijk. We maken daarbij onderscheid tussen een solitair werkende professional en werken als lid van een multidisciplinair team.

In hoofdstuk 2 gaan we in op deze zes dimensies. Met name de laatste jaren heeft psycho-neuro-immunologisch onderzoek enorme vooruitgang geboekt in de ontrafeling van de complexiteit van ziekte. De verwevenheid van de verschillende determinanten maken we concreet aan de hand van vier veel voorkomende ziekten: hartklachten door aderverkalking van de kransslagaders, chronische vermoeidheid, borstkanker en chronische rugklachten.

Hoofdstuk 3 gaat over pijn. Pijn en vooral chronische pijn is een van de meest belastende gezondheidsproblemen in onze samenleving. En daarom hebben we er een apart hoofdstuk aan gewijd. Ook bij het ontstaan en voortduren van pijn zijn lichamelijke en psychische processen verweven. Zo blijkt de ernst van de pijn bij een acuut lichamelijke probleem als een gebroken onderbeen mede bepaald te worden door een psychische factor als angst. Anderzijds kunnen psychische mechanismen op zichzelf een lichamelijke klacht verklaren. Dat blijkt uit het voorbeeld van een patiënt met pijn in een hand zonder lichamelijke afwijkingen. Daarna gaan we in op de vraag hoe het kan dat chronische pijn zich ontwikkelt. En hoe kun je zo'n ontwikkeling in een vroeg stadium herkennen en misschien wel bijsturen. De hedendaagse opvatting over chronische pijn als multidimensionaal verschijnsel komt aan de orde. Een en ander wordt geïllustreerd met concrete voorbeelden.

Hoofdstuk 4 gaat over de gedachten, verwachtingen en wensen van een mens met klachten. Over vragen die bij hem leven: Wat wil je als patiënt? Wat verwacht je? Hoe kun je als patiënt de regie voeren? En ook belangrijke vragen als 'Wel of geen kanker?'. De gedachten van de patiënt hierover bepalen mede de kans op genezing. Zoals we zullen zien, kunnen onjuiste overtuigingen de weg naar herstel blokkeren.

Verder bespreken we het probleem van klachten die voortduren ondanks 'goede' behandeling: hoe kan dat en wat kun je eraan doen? Hierbij gaan we in op de soms hinderlijke gevolgen van een verschillend perspectief: de dokter oordeelt dat de patiënt goed is behandeld. Maar de patiënt is ontevreden omdat hij nog steeds klachten heeft. Wat betekent 'goed' behandeld? Hoe kan iemand nog klachten hebben na bijvoorbeeld een geslaagde totale heupoperatie zonder complicaties? Wat kan een patiënt doen bij klachten ondanks een 'goede' behandeling? En hoe stelt de dokter zich op?

Hoofdstuk 5 gaat over de kwaliteit van de zorg. We onderzoeken vragen als 'Wat is juiste behandeling?' en 'Hoe krijg ik, als patiënt, die behandeling?' En welke aspecten in de methode van denken en werkwijze maken een zorgprofessional effectief? We zoomen in op patiënt gericht werken en de gevolgen hiervan voor de dagelijkse praktijk van de professional en zijn organisatie. De antwoorden op deze vragen hebben immers gevolgen voor de organisatie van de zorg waarbij de zes dimensies van ziekte het uitgangspunt zijn en de integratie van disciplines een voorwaarde is. En zodra we het primaire proces uiteindelijk adequaat ingericht hebben, moeten we zorgen dat het zorgsysteem blijft leveren wat we willen. De kwaliteit moet geborgd zijn en het systeem moet zo zijn opgezet dat de zorg zich vanzelf voortdurend vernieuwd. Niet door incidentele reorganisaties maar door voortdurend te veranderen. Dat vereist een proces van continue aanpassing en vernieuwing op grond van verkregen behandelresultaten in de praktijk en nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap.

In dit boek gebruiken we de term zorgprofessional. Met deze term bedoelen we al die professionals die zorg verlenen aan patiënten: artsen, medisch specialisten, paramedici, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen. We hebben met deze term geworsteld omdat we het een lelijk, formeel woord vinden. Maar door bijvoorbeeld de term dokter te gebruiken waar we een zorgverlener bedoelen, voelt een psycholoog zich niet aangesproken! Dus hebben we besloten meestal de term zorgprofessional te gebruiken. Hier en daar gebruiken we voor de leesbaarheid de term dokter waar we eigenlijk alle typen zorgprofessionals bedoelen. Een zelfde soort worsteling deed zich voor bij teksten in de derde naamval: hij of zij. Gebruik van beiden kan tot verwarring leiden. Daarom hebben we gekozen voor eenvormigheid en arbitrair is dat hij geworden. Maar waar we *hij* gebruiken, bedoelen we ook *zij*!

Wij wensen u veel genoegen bij het lezen en hopen dat de metafoor van de 'HAND' u helpt bij uw dagelijkse professionele activiteiten. Het schrijven van dit boek heeft ons veel geleerd. In ieder geval nederigheid door de enorme verfijnde complexiteit van gezondheid en ziekte. Een complexiteit die we nog maar net beginnen te ontrafelen. Het studeren en schrijven was een groot genoegen!

Hoofdstuk 1 Hoe hanteer je het multicausale van ziekte in de praktijk?

Ziek worden is een complex proces. Dat proces wordt bepaald door een groot aantal geheel verschillende factoren. Ziekte heeft een aantal verschillende dimensies. Dat weet iedere zorgprofessional. Maar hoe hanteer je die complexiteit in de dagelijkse praktijk?

Om die vraag te beantwoorden gaan we eerst in op de vragen 'Waarom word je ziek?' En 'Welke typen factoren spelen daarbij een rol?' Factoren van een zelfde type vormen een groep: door ons dimensie genoemd. En behandeling zal de grootste kans op succes hebben, indien de behandeling gericht is op al die dimensies.

We nemen ter illustratie een veel voorkomende ziekte als griep. Waarom krijgt de een wel griep en een ander niet? Is dat alleen omdat de een wel en de ander niet met het griepvirus wordt besmet of is er meer aan de hand?

Casus 1: Griep

Waarom krijgt de een wel griep en een ander niet?

Na een onrustige nacht word ik 's morgens beroerd wakker. Ik heb hoofdpijn, pijn in mijn schouders en een volle neus. Ik voel me koortsig. De griep heerst en dus zal ik wel griep hebben. Waarom krijg ik eigenlijk griep? Door het griepvirus. Dat ligt voor de hand: de griep heerst immers.

Overwegingen

Is het werkelijk zo eenvoudig? We weten dat tijdens een griep epidemie minder dan 5% van alle mensen ziek is. Terwijl dan vrijwel iedereen met dat virus in contact komt! Waarom krijgt niet iedereen de griep? Dat zou je verwachten als alleen het virus bepaalt of je ziek wordt. Kennelijk spelen ook andere factoren een rol.

Een paar dagen na mij krijgt ook mijn vrouw griep. Het heet dat ik haar heb 'aangestoken'. Maar zij blijkt veel minder klachten te hebben: wat minder

energie en verkouden. Hoe komt het dat mensen met eenzelfde ziekte niet evenveel klachten hebben? Je zou verwachten dat mensen met een bepaalde ziekte ongeveer 'even ziek zijn'.

Conclusie

Het voorbeeld van een eenvoudige ziekte als griep laat zien dat ziek worden niet door een factor wordt bepaald, zoals bijvoorbeeld besmetting door een virus, maar door een aantal factoren.

Het multicausale van ziekte

Om welke factoren gaat het bij griep? Uiteraard moet je eerst in aanraking komen met het griepvirus. Je wordt besmet. Sommigen mensen worden dan ziek, anderen niet. Of je na besmetting ziek wordt, hangt af van kenmerken van het virus en van kenmerken van de besmette persoon. Kenmerken van het virus zijn de mate van besmetting: veel of weinig virusdeeltjes. Verder is het vermogen van het virus schade te berokkenen (*virulentie*) van belang. Zo kan een erg virulent virus al bij een geringe besmetting iemand ziek maken. Bij de besmette persoon gaat het om zijn weerstand. We onderscheiden algemene en specifieke weerstand. Algemene weerstand wordt bepaald door de lichamelijke fitheid en het functioneren van het immuunsysteem. De specifieke weerstand door de aanwezigheid van specifieke antistoffen tegen het virus.

Een viertal scenario's nader bekeken:

1. Iemand heeft zoveel weerstand dat hij helemaal niet ziek wordt. Hij merkt niet eens dat hij besmet is. Bij onderzoek naar antistoffen blijkt hij immuun te zijn. Bij een ander worden geen antistoffen gevonden; maar bij hem blijkt de algemene weerstand groot te zijn en het virus was kennelijk niet erg virulent. Of hij is helemaal niet in aanraking geweest met het virus.
2. Een zakenvrouw voelt zich een paar dagen niet helemaal fit. Behalve enige hoofdpijn en wat rommelingen in haar darmen, heeft zij geen klachten. Het is begonnen na een spannende zakenreis

met een intercontinentale vlucht: haar algemene weerstand was gedaald door de stress en vermoeidheid van de reis.

3. Een derde is zo ziek dat hij zijn bed houdt. Hij voelt zich erg beroerd en heeft koorts: 39,2 graden. Verder forse hoofdpijn, hoesten met slijmopgave en verspringende spierpijn. Kortom het klassieke beeld van griep. Zijn algemene weerstand was onvoldoende: al voor dat hij ziek werd, was zijn lichamelijke conditie ver onder de maat. Ook sliep hij al een tijd slecht door getob over zijn scheiding. En toen werd hij ook nog ontslagen. Hij zag het even niet meer zitten.
4. Je kunt zelfs aan de griep dood gaan: een oude fragiele dame met suiker en hartfalen is zo ernstig ziek door de griep dat zij komt te overlijden. Haar toestand vormde al voordat zij griep kreeg, een groot risico. Daarom worden mensen met een sterk gedaalde weerstand als gevolg van een ziekte of behandeling aangeraden 'de grieprik te halen'. Zij laten zich immuniseren. Denk bijvoorbeeld aan mensen met kanker die behandeld worden met cytostatica. Bij hen is de weerstand sterk gedaald door die ziekte en door een minder effectief immuunsysteem als gevolg van de medicatie.

Deze vier verhalen over griep laten zien dat het niet alleen afhangt van besmetting met het virus of je griep krijgt. Ook kenmerken van de 'patiënt' spelen een rol. En dat zijn niet alleen immunologische kenmerken. Dit geldt in het algemeen: ziekte en gezondheid zijn multidimensionaal. Tot zover niets nieuws! Toch wordt in de praktijk van alle dag in veel gevallen slechts één dimensie therapeutisch benaderd: de patiënt wordt een kuur antibiotica voorgeschreven of verwezen naar de fysiotherapeut. Dat sluit aan bij wat we thuis als kind hebben geleerd. De volksgeneeskunde heeft het geneeskundig denken van mensen lang gedomineerd ondanks het werk van Hippocrates. Bovendien raakte zijn multidimensionale benadering met het instorten van het Romeinse rijk in de vergetelheid. Pas in de 19^e eeuw ontwikkelde zich in de traditie van het rationalisme een