

A full-page portrait of a woman with blonde hair, wearing a long, dark red coat over a black top. She is standing outdoors on a rooftop or balcony, with a cityscape of buildings and a church spire visible in the background under a clear blue sky. The lighting is bright, suggesting late afternoon or early morning. The woman is looking directly at the camera with a slight smile.

Nikki Claassen-van Dessel:
“De huisarts is bij uitstek de
zorgverlener die de patiënt
kan helpen om factoren die bij
SOLK een rol spelen in kaart te
brengen”

Huisarts Nikki Claassen-van Dessel promoveerde op het proefschrift 'Getting a grip on the unexplained. Classification, course, predictors and treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms [MUPS]' aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Promotieonderzoek werpt nieuw licht op het beloop van SOLK

Frank van Wijck

Veel huisartsen ervaren moeite om van betekenis te zijn voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Maar Nikki Claassen van Dessel vindt deze patiëntengroep juist fascinerend en promoveerde op onderzoek naar SOLK.

Claassen herinnert zich nog de patiënten met onverklaarde buikpijn die ze regelmatig zag tijdens haar werk als anios gynaecologie/obstetrie. “Die gaf ik een mooie brief waarmee ik ze terugstuurde richting huisarts”, zegt ze. “Dat gaf me een erg onbevredigend gevoel. Bovendien kwam ik er gaandeweg achter dat ik gynaecologie niet divers genoeg vond. Ik vond de continuïteit die het huisartenvak biedt veel mooier, en daarom heb ik ook de switch gemaakt.” Claassen combineerde de huisartsopleiding met een promotie. Ze legt uit: “Ik herkende heel goed hoe frustrerend het kan zijn als de route van onderzoek naar diagnose naar behandeling niets oplevert. Collega’s gaven aan het ook te herkennen, en ik nam aan dat het voor patiënten nog veel frustrerender moest zijn dan voor ons.” Hiermee was de basis gelegd voor haar promotieonderzoek, in het kader waarvan ze samen met collega’s de PROSPECTS-studie startte, een onderzoek naar het beloop van SOLK.¹ “Er was wel eerder onderzoek naar SOLK gedaan”, zegt ze, “maar nog nooit een langdurige cohortstudie. Op basis van eerdere onderzoeken wisten we dat ruim de helft van de SOLK-patiënten vanzelf herstelt. Er was echter nog niets bekend over de duurzaamheid van dit herstel. Wat is het risico op terugval? Ook was weinig bekend over voorspellers van het beloop. Hoe weet je als huisarts welke patiënt risico heeft op langdurige klachten?”

SOLK grilliger dan gedacht

Claassen en collega’s volgden 325 SOLK-patiënten twee jaar met behulp van vragenlijsten en speekseltests. Gedurende deze periode onderzochten ze de stabiliteit van de klachten en het functioneren. “De conclusie was dat in eerste instantie de meeste SOLK inderdaad vanzelf overgaat, maar dat het beloop veel grilliger is dan gedacht. Bij tachtig procent van onze deelnemers was sprake van

sterke wisselingen in de ernst van de klachten en in het functioneren. Kortom: ook na herstel ligt altijd een terugval op de loer. Er kan zich altijd iets voordoen waardoor de klachten terugkeren.”

Gepoogd werd om SOLK-patiënten op basis van de wisselingen in het beloop in groepen in te delen. “We hoopten met behulp van statistische technieken verschillende beloopstypes te identificeren, zodat we patiënten met een gunstig en ongunstig beloop van elkaar zouden kunnen onderscheiden”, vertelt Claassen. “Maar op basis van ons onderzoek werd duidelijk dat het onmogelijk was om binnen SOLK groepen te differentiëren. Het beloop van SOLK verliep voor praktisch elke deelnemer anders en blijkt dus heel persoonlijk, dé SOLKer bestaat niet.” Toch lukte het om een predictiemodel voor het beloop van SOLK te ontwikkelen, een scoremodel dat de ernst van SOLK voorspelt.

“In eerste instantie gaan de meeste SOLK vanzelf over, maar het beloop is veel grilliger dan gedacht”

Op zoek naar een vinklijstje

Claassen vond dat onder andere fysieke comorbiditeit, ernstige of langdurige klachten bij aanvang en een lager opleidingsniveau samenhangen met een ongunstig beloop van SOLK. “Dit zijn factoren die je als huisarts makkelijk kunt herkennen in de praktijk. Maar het zijn ook factoren waarop je als arts geen invloed hebt.” Gelukkig vond Claassen ook dat angst, doemdenken over de klachten, schaamte en vermijding belangrijke voorspellers zijn. “Dit zijn interessante factoren, omdat ze veranderlijk zijn. In theorie zouden ze meteen mooie aanknopingspunten kunnen zijn voor behandeling”. Helaas is het nog te vroeg om deze resultaten direct in de praktijk te kunnen toepassen, erkent Claassen. “Ons model zal nog in andere patiëntengroepen getest moeten worden. En ook zal nog moeten blijken dat behandeling van de gevonden factoren

tot daadwerkelijke verbetering kan leiden. Maar het begin is er.”

Huisartsen maken momenteel nog te weinig onderscheid in de factoren die per individuele SOLK-patiënt een rol spelen, vindt Claassen. “Het is onze taak als wetenschappers om ze daarbij meer hulp te bieden. Uiteindelijk zou ik het mooi vinden als we, met behulp van onderzoeken als de onze, een soort vinklijstje voor de huisarts kunnen ontwikkelen. Een checklist van herstelbelemmerende factoren bij SOLK. Inclusief bijpassend behandeladvies.” Zo ver is ze zelf niet gekomen in haar onderzoek. “Nee, wetenschap is toch wetenschap, het kost veel tijd”, zegt ze.

Bewust breed opgezet

Claassens onderzoek was breed van opzet: ze onderzocht het beloop van SOLK en inventariseerde de factoren die een ongunstig beloop voorspellen, maar ze keek ook naar de beste benadering van deze patiënten én keek naar de effectiviteit van behandelingen. “Natuurlijk had ik ook specifiek kunnen ingaan op de relatie tussen SOLK en één beïnvloedende factor”, zegt ze, “maar dat is vaker gedaan en het is een valkuil om alles onder één noemer te scharen. We moeten SOLK niet als een diagnose gaan zien. SOLK is het gebrek aan een diagnose.”

Op basis van literatuur kwam Claassen tot de hypothese dat SOLK invloed heeft op het stress-systeem. Dit zou bij langdurige of ernstige klachten uitgeput kunnen raken, met verminderde weerbaarheid en verminderde kans op herstel tot gevolg. “De theorie van het stresssysteem biedt een mooie basis om de link te leggen tussen lichamelijk en geestelijk”, zegt Claassen, maar helaas hebben wij geen duidelijke verbanden kunnen aantonen. Achteraf gezien hebben we dit onderdeel wellicht niet uitgebreid genoeg aangepakt. Het is ook bijna een onderwerp voor een afzonderlijk promotieonderzoek.”

“De huisarts kan aangeven dat hij manieren heeft om de patiënt te helpen als die er aan toe is om de SOLK als onverklaard te accepteren”

De weg naar acceptatie

Claassen hield interviews met patiënten die gedurende het onderzoek herstelden van hun klachten. “Ze beschreven veel factoren die hieraan hadden bijgedragen die wij herkenden uit ons onderzoek, zoals vermindering van angst of vermijding”, zegt ze. “Maar ze gaven ook iets anders aan: het belang van acceptatie. Pas ná het moment van acceptatie van de onverklaarde aard van de klachten stonden ze open voor goede adviezen over het omgaan met SOLK. En ze vertelden dat vaak het ervaren van een persoonlijk dieptepunt tot die acceptatie leidde.”

Als een crisis de patiënt helpt om tot acceptatie te komen,



“Ik zou het mooi vinden als we uiteindelijk een soort vinklijstje voor de huisarts kunnen ontwikkelen.”

Foto: Margot Scheerder

moet de huisarts dit dan laten gebeuren? “Liefst wil je mensen al voor een crisis verbetering bieden”, zegt Claassen, “maar we weten dus nog niet hoe. Het beste is daarom dat de huisarts aangeeft dat hij manieren heeft om de patiënt te helpen als die er aan toe is om de SOLK als onverklaard te accepteren. In mijn ideaalbeeld zou dat gesprek zelfs het eerst gevoerd moeten worden, voordat je de individuele patiëntfactoren gaat onderzoeken die het voortbestaan van de SOLK beïnvloeden. Zelf houd ik inmiddels alle uitleg over de factoren die SOLK in stand houden voor mezelf totdat de patiënt zijn SOLK accepteert en er dus voor open staat. Ik benoem alleen dat ik op basis van de uitgevoerde onderzoeken gerustgesteld ben over ernstige oorzaken en dat ik denk dat meer onderzoek geen nieuwe inzichten zal brengen. Hierbij hoort wel meteen de vraag hoe de patiënt dit ziet. Wil die eerst nog een onderzoek, dan bespreek ik dat wel als *final test*. En ervaart de patiënt na het vernemen van de uitslag alsnog angst, dán heb je een aanknopingspunt om daarover in gesprek te gaan.”

Behandelmogelijkheden beter onderzoeken

De mate waarin huisartsen hiervoor openstaan zal verschillen, stelt Claassen. “De huisarts is wel bij uitstek de zorgverlener die de patiënt kan helpen om de factoren die een rol spelen in kaart te brengen”, zegt ze. Op basis van deze factoren kunnen andere behandelaars een rol gaan spelen. Bijvoorbeeld de poh-ggz, als blijkt dat angst een dominante factor is. Maar als de patiënt beweging vermijdt omdat hij bang is voor pijn, juist de fysiotherapeut. Het wetenschappelijke bewijs voor de verschillende behandelingen is nog beperkt. Alleen cognitieve gedragstherapie is goed onderzocht en daarvan weten we dat slechts een bescheiden effect heeft. Er moet dus meer onderzoek komen naar met name de meer lichaamsgerichte therapieën.” ■