



Op weg naar een ideale uitleg

Samenvatting

Burton C, Lucassen PL, Aamland A, olde Hartman TC. *Op weg naar een ideale uitleg. Huisarts Wet 2015;58(9):468-70.*

Het uitleggen van aanhoudende klachten zonder dat er sprake is van onderliggende ziekte (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, SOLK) is niet eenvoudig. Een goede uitleg is echter wel noodzakelijk om patiënten gerust te kunnen stellen. Huisartsen kunnen SOLK op verschillende manieren uitleggen, bijvoorbeeld door te normaliseren. Daarbij leggen ze uit dat de klachten niet afwijken van wat je normaal zou mogen verwachten. Zo'n uitleg is alleen effectief wanneer deze gepaard gaat met een voor de patiënt plausibele en niet-beschuldigende uitleg. Bij een biopsychosociale uitleg staan de verschillende fysiologische mechanismen van de klachten centraal. Patiënten ervaren een psychosomatische uitleg (het betrekken van emotionele achtergronden bij de uitleg van klachten) vaak als bedreigend. Een biopsychosociale uitleg benadrukt de cognitief gedragsmatige factoren die de klachten in stand houden. Omdat patiënten willen begrijpen wat er aan de hand is, heeft het weinig zin om uit te leggen dat ze moeten accepteren dat sommige klachten nu eenmaal niet te verklaren zijn. Een goede uitleg van SOLK 1) is geloofwaardig voor zowel huisarts als patiënt, 2) legt niet de schuld bij de patiënt, 3) bevordert de therapeutische relatie, 4) is beschrijvend van aard, 5) is gericht op de oorzaak en 6) bevordert het gesprek tussen dokter en patiënt. Deze elementen kunnen als hulpmiddel dienen om samen met patiënten een betekenisvolle uitleg te formuleren.

INLEIDING

Veel patiënten ondergaan diagnostisch onderzoek dat uiteindelijk geen afwijkingen laat zien. Helaas stellen deze negatieve diagnostische tests patiënten lang niet altijd gerust.¹ Vooral patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lopen het risico op meer onnodige diagnostiek en behandelingen.²

Maar hoe leg je aanhoudende klachten uit wanneer een lichamelijke aandoening is uitgesloten? En waar moet een goede uitleg precies aan voldoen?

GERUSTSTELLING EN UITLEG

Er is een sterk verband tussen uitleg en geruststelling (*reassurance*). Geruststelling, bijvoorbeeld na een negatieve diagnostische test, heeft twee componenten: een emotionele en een cognitieve.³ De emotionele component van geruststelling (*relief*) werkt onmiddellijk. Een voorbeeld hiervan is de opmerking: 'De tests zijn negatief, je hebt geen kanker.' Hoewel ze goed voelt is deze geruststelling voor de meesten slechts van tijdelijke aard, zeker wanneer de klachten blijven bestaan. De cognitieve component (*assurance*) houdt veel langer aan⁴ en komt voort uit het besef dat zelfs wanneer klachten voortduren, ze nog steeds geen teken van gevaar of ziekte zijn.

Omdat SOLK veel voorkomen, zou je verwachten dat huisartsen weinig problemen hebben met uitleggen wat SOLK zijn. Toch lijken huisartsen over een beperkt repertoire te beschikken als het gaat om SOLK-patiënten uit te leggen wat er aan de hand is.⁵

PATIËNTEN EN UITLEG

Patiënten kunnen klachten op verschillende manieren interpreteren. Het common-sense-model onderscheidt elementen die vaak voorkomen in ideeën over klachten:⁶ gedachten over de aard van de aandoening, de oorzaak, de duur, de gevolgen en de controleerbaarheid van de aandoening. Vooral patiënten met SOLK kunnen met hun huisarts van mening verschillen over al deze vijf elementen. Dat kan een botsing veroorzaken tussen de professionele expertise van de huisarts en de persoonlijke ervaring van de patiënt met zijn of haar klachten.⁷

De verklaringen en interpretaties van patiënten zijn vaak ingewikkeld.⁸ Medische verklaringen gaan vaak over fysieke veranderingen, zoals schade, ontsteking of slijtage, terwijl patiënten dikwijls denken in termen van disbalans of een verstoorde functie.⁹ Volgens patiënten is er bovendien geregeld sprake van stress en emotionele *distress*.

HUISARTSEN EN UITLEG

Bij lichamelijke klachten en normale testuitslagen kunnen huisartsen de situatie op verschillende manieren uitleggen.

De kern

- Huisartsen vinden het geven van uitleg van klachten zonder ziekte (SOLK) moeilijk.
- Een voor de patiënt acceptabele uitleg van SOLK is essentieel voor geruststelling van de patiënt.
- De ideale uitleg moet geloofwaardig zijn en aansluiten bij de medische kennis.
- De ideale uitleg moet richting geven aan de behandeling en begeleiding.
- De ideale uitleg moet leiden tot actie en de arts-patiëntrelatie bevorderen.

University of Aberdeen, Division of Applied Health Sciences, Polwarth Building, Foresterhill, Aberdeen AB25 2ZD, VK; dr. C. Burton, huisarts. Radboudumc, Department of Primary & Community Care, Nijmegen; dr. P.L. Lucassen, huisarts. Research Unit for General Practice, Unit Health, Bergen, Noorwegen; dr. A. Aamland, huisarts. Radboudumc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Nijmegen; dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: tim.oldehartman@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman T, Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. *J R Soc Med.* 2015;108(3): 84-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Normaliseren

Bij normaliseren maakt de huisarts de patiënt duidelijk dat de klachten niet afwijken van wat je normaal zou mogen verwachten. Een dergelijke uitleg betekent dus dat er niets ernstigs aan de hand is. Bij normaliseren vertelt de huisarts dat er geen sprake is van een ernstige ziekte of geeft hij of zij een niet-specifieke uitleg, bijvoorbeeld ‘waarschijnlijk een virus’, ‘een beetje slijtage’ of ‘je vraagt gewoon te veel van jezelf’. De nadruk ligt vaak op de niet-afwijkende testresultaten, ook al is een dergelijke geruststelling vaak slechts van korte duur.¹

In het kader van onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en patiënten met SOLK hebben onderzoekers drie manieren onderscheiden waarop artsen normaliseren: bagatelliseren (doen voorkomen dat de klachten minder erg zijn, ook al blijven ze langer bestaan), ongepast normaliseren (het geven van een uitleg die niet past bij de bezorgdheid van de patiënt) en constructief normaliseren (het geven van een uitleg die plausibel en niet beschuldigend is, en die een therapeutische samenwerkingsrelatie bevordert).¹⁰ Patiënten waarderen alleen deze laatste vorm van normaliseren.

Biomedische uitleg

Bij aandoeningen met een duidelijke pathofysiologie leggen huisartsen de aandoening vaak uit in termen van diagnostische entiteiten (‘je hebt pijn op de borst als gevolg van angina pectoris...’) en in termen van het pathofysiologisch proces (‘... dat komt doordat de kransslagader te nauw is’). Een dergelijke uitleg wordt lastiger wanneer bevindingen van aanvullend onderzoek niet goed correleren met de klachten (bijvoorbeeld een MRI-bevinding van een minieme discuslaesie bij rugpijn). Toch gebruiken huisartsen dan vaak een beschrijving van deze minieme pathologische bevindingen als oorzaak van de klachten.

Bij SOLK beïnvloeden verschillende fysiologische mechanismen de klachten, zoals een verandering in het autonome zenuwstelsel, veranderingen in het endocriene systeem (hypofyse-bijnier-as), veranderingen in afweer- en neurofysiologische processen (zoals centrale sensitiviteit). Deze fysiologische veranderingen veroorzaken een veranderde perceptie van de gastro-intestinale motiliteit, spieractiviteit of pijn. Al deze mechanismen spelen in zekere mate een rol bij het ontstaan van SOLK en huisartsen kunnen ze daarom bij een constructieve uitleg gebruiken. Dat doen huisartsen echter niet vaak, terwijl ze voor patiënten heel acceptabel kunnen zijn.

Psychosomatische uitleg

Een psychosomatische uitleg impliceert dat de SOLK tot op zekere hoogte ontstaan vanuit onopgeloste of niet uitgesproken mentale distress. Een eenvoudige vorm van deze uitleg betreft stress als oorzaak voor spanningshoofdpijn. Reattributie is een complexere variant, waarbij de huisarts probeert een verbinding te leggen tussen psychosociale problemen en lichamelijke klachten.¹¹

Een psychosomatische uitleg is meestal niet effectief en patiënten ervaren deze vaak als bedreigend. Zelfs wanneer

patiënten stress als een belangrijke factor bij het ontstaan van hun klachten zien, willen ze er zeker van zijn dat de huisarts niet te snel concludeert dat het psychosomatisch is. Patiënten zijn namelijk bang dat wanneer ze de volgende keer weer met klachten bij hun arts komen, deze de klachten meteen weer als psychosomatisch zal bestempelen.¹² Patiënten willen graag controle houden op wanneer en hoe artsen hun emotionele achtergronden in het consult betrekken.

Mogelijk kan de weerstand van patiënten om psychische componenten in de uitleg te integreren afnemen wanneer huisartsen tegelijkertijd fysiologische mechanismen (verandering van hormonen en in het autonome zenuwstelsel) in de uitleg betrekken. Hierdoor kunnen ze namelijk een directe (fysiologische) relatie met stress leggen.¹³

Biopsychosociale uitleg

Een biopsychosociale uitleg bestaat uit verschillende onderling samenhangende componenten,¹⁴ zoals autonome, endocriene en immunologische mechanismen, gecombineerd met psychische processen, zoals somatosensorische amplificatie (de neiging om somatische sensaties te ervaren als intens, schadelijk en verontrustend), catastroferen en focussen op klachten. Deze biopsychosociale uitleg vermijdt eenvoudige psychosomatische oorzaken en benadrukt cognitief gedragsmatige factoren die de klachten in stand houden.

Niet-uitleg, accepteren van onzekerheid

Omdat artsen vaak niet zeker weten (of zelfs gewoon *niet* weten) waarom klachten ontstaan, kunnen ze dit eenvoudig ook zo vertellen aan patiënten. Sommige artsen geven de voorkeur aan een dergelijke uitleg: ‘De tests zijn normaal, er is geen teken van een ernstige ziekte. Ik zie veel patiënten met klachten zoals deze, die ik niet kan verklaren.’ Sommige artsen gaan nog verder door te stellen dat patiënten moeten accepteren dat

Abstract

Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman T. Towards explaining the unexplainable. *Huisarts Wet* 2015;58(9):468-70.

Explaining medically unexplained physical symptoms (MUPS) is not easy, yet it is important that general practitioners try to explain the symptoms, in order to reassure patients. GPs can explain MUPS in different ways, for example, by explaining that symptoms are not different from those that can normally be expected. This approach is only effective if the patient is given a plausible explanation and does not feel that he/she is being blamed. A biomedical explanation focuses on the various physiological mechanisms underlying the symptoms. Patients often experience a psychosomatic explanation, by which the patient's emotional background is incorporated in the explanation, as threatening. A biopsychosocial explanation focuses on the cognitive behavioural factors that sustain the symptoms. Because patients want to understand what is happening, it is not really useful to say that they should accept that some symptoms cannot be explained. A good explanation of MUPS is plausible to both patient and doctor, does not blame the patient, supports a positive doctor-patient relationship, is descriptive in nature, and is focused on the cause. Bearing this in mind, doctors and patients together should try to formulate a meaningful explanation for the symptoms.

sommige klachten nu eenmaal niet te verklaren zijn. Hoewel de eenvoud van deze uitleg erg aantrekkelijk is, negeert deze variant het feit dat patiënten graag willen begrijpen wat er met hen aan de hand is.

SAMEN WERKEN AAN EEN UITLEG

Huisartsen hebben de verantwoordelijkheid om patiënten te helpen hun klachten te begrijpen. Wanneer het diagnostische onderzoek normaal is, hebben patiënten behoefte aan een acceptabele uitleg.⁸ Ook voor de dokter moet de uitleg aanvaardbaar zijn. Het perspectief van de patiënt en de, meestal incomplete, kennis van de dokter moeten hierin bij elkaar komen. Het verbinden van de ervaringen en gevoelens van patiënten met een biologisch geloofwaardig verhaal is een creatief proces van persoonlijk dokteren en uitvinden.

DE IDEALE UITLEG

De ideale uitleg houdt rekening met zowel patiënt- als artskenmerken. Deze uitleg moet voor beiden geloofwaardig zijn, en dus aansluiten bij de huidige medische kennis en rekening houden met het model dat de patiënt in zijn of haar hoofd heeft. De ideale uitleg moet praktisch van aard zijn en richting geven aan de behandeling of begeleiding. Ze moet geloofwaardige mechanismen bevatten over het ontstaan van de klachten en tegelijkertijd de patiënt helpen begrijpen wat er aan de hand is. Ook moet ze leiden tot actie en de arts-patiëntrelatie bevorderen.

Op basis van de hierboven beschreven vormen van uitleg stellen we zes criteria voor waaraan een ideale uitleg zou moeten voldoen. De uitleg moet:

1. geloofwaardig zijn (voor zowel de huisarts als de patiënt);
2. niet de zwakte of schuld bij de patiënt leggen;
3. de therapeutische relatie bevorderen;
4. beschrijvend zijn (maar niet per se een specifieke diagnose betreffen);
5. gericht zijn op de oorzaak;
6. een gesprek tussen dokter en patiënt bevorderen.

In het [kader] beschrijven we twee voorbeelden van een ideale uitleg.

CONCLUSIE

Huisartsen moeten vaardiger worden in het geven van een uitleg over klachten die na negatieve diagnostische tests blijven bestaan. Ze kunnen de hier gepresenteerde elementen voor een ideale uitleg gebruiken als hulpmiddel om samen met hun patiënten een betekenisvolle uitleg te formuleren. ■

LITERATUUR

- 1 Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2013;173:407-16.
- 2 Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatizing effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005;61:1505-15.

Voorbeelden van een ideale uitleg

Duizeligheid

'De MRI-scan was normaal. Toen ik je evenwicht testte voelde je je duizelig, maar eigenlijk functioneert je evenwichtssysteem prima. Het lijkt me dat de signalen die je evenwichtssysteem naar je hersenen stuurt verstoord zijn. Zo kan een onschuldig signaal dat binnenkomt gevoeld worden als een alarm. Wat vind je daarvan? Het betekent dat de duizeligheid een soort vals alarm is, dat afgaat op een moment dat het eigenlijk niet zou moeten.

Je had het over je angst om flauw te vallen als je buiten bent. Dat is heel begrijpelijk, want een alarm is bedoeld om je angstig te maken. Maar ik wil dat je nadenkt over hoe vaak je zo'n alarm gehad hebt en hoe vaak je uiteindelijk bent flauwgevallen. Dit is ook waarom het dus een vals alarm is.

Het probleem dat je hebt wordt *functionele duizeligheid* genoemd. Duizeligheidsoefeningen kunnen dit verhelpen, omdat je zo je hersenen en evenwichtssysteem kunt trainen om weer beter met elkaar te communiceren. Op www.thuisarts.nl kun je meer informatie vinden over duizeligheid.'

Bekkenbodempijn

'De kijkoperatie en het onderzoek naar infecties waren niet afwijkend. We vinden dit vaak bij vrouwen en noemen dit chronische bekkenbodempijn. Het lijkt erop dat de zenuwverbindingen tussen je eierstokken, baarmoeder en bekkenbodempijn te scherp zijn afgesteld, een beetje als een versterker in je radio. Hierdoor voel je normale inwendige sensaties als erg pijnlijk.

Je vertelde eerder dat je het door de pijn niet meer ziet zitten. Pijn en depressieve klachten komen vaak samen voor en zorgen er vervolgens voor dat de pijn maar doorgaat. Alsof je de versterker niet lager kunt zetten. Herken je dit?

Ik denk dat het goed is om medicatie te proberen om het pijnsysteem weer beter af te stellen: niet de standaard pijnstillers, maar een medicijn dat amitriptyline heet.'

- 3 Coia P, Morley S. Medical reassurance and patients' responses. *J Psychosom Res* 1998;45:377-86.
- 4 Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:352.
- 5 olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
- 6 Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol* 1985;4:115-35.
- 7 Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006;62:1167-78.
- 8 Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Educ Couns* 2007;67:246-54.
- 9 Mabeck CE, Olesen F. Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody medical explanations? *Fam Pract* 1997;14:271-8.
- 10 Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004;54:165-70.
- 11 Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD008142.
- 12 Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, et al. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009;24:443-9.
- 13 Aiarzaguena JM, Gaminde I, Clemente I, Garrido E. Explaining medically unexplained symptoms: somatizing patients' responses in primary care. *Patient Educ Couns* 2013;93:63-72.
- 14 Van Ravenzwaaij J, olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ, Eveleigh R, Van Rijswijk E, Lucassen PLBJ. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Mental Health Fam Med* 2010;7:223-31.