

'Investeer in het begin bij SOLK'

Maar liefst 30 tot 40% van de consulten besteedt een huisarts aan somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Patiënten met persisterende SOLK komen steeds terug op het spreekuur, terwijl huisartsen menen dat ze deze patiënten weinig te bieden hebben. Ook de communicatie verloopt moeizaam. Maar juist daar ligt de sleutel tot succes, zegt huisarts Madelon den Boeft, die op SOLK promoveerde.

Ze vormen het leeuwendeel van het spreekuur: de patiënten met klachten als misselijkheid, buikpijn, hoofdpijn en klachten van het bewegingsapparaat. Er is geen somatische verklaring, en toch gaan de klachten niet binnen een paar weken over. Dus blijven deze mensen terugkomen. Huisartsen hebben vaak het gevoel dat ze de patiënt niets

te bieden hebben en de consulten leiden tot frustratie en irritatie, zowel bij de huisarts als bij de patiënt. Hoe voorkom je dat je in een strijd terechtkomt met je patiënt?

Huisarts Madelon den Boeft: 'Natuurlijk heb ik er als huisarts ook mee geworsteld. Daar heb je hem weer, die

'Uitleg is de brug tussen de diagnostische en de therapeutische fase'

patiënt met hoofdpijn, dacht ik dan. Maar als het lukt om je mindset te veranderen, kun je empathisch blijven luisteren.' Een doel is om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen met de patiënt: overeenstemming over wat er met de patiënt aan de hand is. Zonder die overeenstemming vertraag

je dat proces alleen maar omdat de patiënt zich niet begrepen voelt en daardoor niet openstaat voor behandeling. Maar hoe krijg je dat voor elkaar, die gezamenlijke probleemdefinitie?

Cruciaal is de uitleg die je de patiënt geeft. Den Boeft: 'Bij een daadwerkelijke dialoog tussen huisarts en patiënt is de kans groter dat de patiënt de uitleg van SOLK accepteert. En dat is belangrijk, want daarna wil je een behandeling kunnen voorstellen aan de patiënt. Je uitleg is de brug tussen de diagnostische en de therapeutische fase.' Goede uitleg over deze klachten is niet gemakkelijk. Verklaringsmodellen en een onderscheid in subgroepen kunnen de huisarts helpen bij een behandelplan en de uitleg daarover.

Subgroepen

Den Boeft: 'Ik gebruikte tijdens mijn opleiding de verklaringsmodellen uit de NHG-richtlijn als basis voor uitleg, zoals het biopsychosociale model, het



stressmodel, en de vicieuze cirkel. Maar ook onderscheid in subgroepen kan nuttig zijn: je gooit dan niet alle SOLK-patiënten op een hoop, maar geeft uitleg met een subgroep in je achterhoofd. Tijdens mijn onderzoek bleek dat huisartsen SOLK-patiënten al snel herkennen en dat ze verschillende subgroepen onderscheiden: de angstige, de ongelukkige, de gespannen, de passieve, en de *puzzling* SOLK-patiënt.’

‘Bij het angstige type vraag je uit waar de patiënt precies bang voor is. Geruststelling is belangrijk, maar je moet die geruststelling ook weer niet te vaak herhalen: dat werkt averechts. Als je steeds zegt: “U hebt geen kanker”, gaan deze patiënten daar toch weer over piekeren. De volgende tekst gebruik ik vaak bij pijnklachten van angstige SOLK-patiënten: “Pijn is een goed mechanisme, maar het werkt bij iedereen net weer anders. Wanneer je je hand op een warme verwarming legt, voel je pijn en trek je je hand terug. Zo werkt ons pijn-alarmsysteem. Maar bij sommige mensen staat dit alarmsysteem te scherp afgesteld. Wanneer zij met hun hand nog niet eens in de buurt van de verwarming komen, voelen ze al de pijn, te vroeg dus.”

In mijn uitleg vergelijk ik pijnvezels met platgetreden gras’

Binnen de subgroepen vergen mensen nog steeds een individuele aanpak. Soms heeft iemand een angststoornis en die vergt in eerste een andere aanpak dan SOLK: bijvoorbeeld eerder verwijzen naar de poh-ggz, en eventueel medicatie.’

Puzzling

Bij de passieve SOLK-patiënten is het probleem vaak dat ze tot niets komen

en externaliseren: het probleem buiten zichzelf zoeken. Huisartsen vonden deze externaliserende patiënten erg lastig om mee om te gaan, bleek tijdens Den Boef's onderzoek. Als je maar zorgt dat je in gesprek blijft, zegt Den Boef: ‘Ik bewandel de tussenweg: inventariseren wat de patiënt wil, vertellen wat ik nodig vind, en vervolgens komen we hopelijk uit op een compromis.’ Dan houd je de deur op een kier voor de mogelijkheid dat de uitleg van SOLK bespreekbaar is. Als de patiënt dat uiteindelijk accepteert, kun je gericht behandelen en echt vooruitkomen.

‘Met de sombere subgroep probeer ik een plannetje te maken: waar heb je tijd om te ontspannen; ik breng in kaart wat ze allemaal moeten van zichzelf. Melden ze zich toch twee weken ziek dan doe ik in de tussentijd toch wat met ze: een schema maken, ritme en structuur aanbrengen. Maar ook binnen deze subgroep zijn er grote verschillen. De depressieve patiënt die nauwelijks zijn bed uitkomt en daardoor rugpijn krijgt, bied ik uiteraard initieel geen behandeling voor rugklachten, maar voor zijn depressie.’

Bij een *puzzling* (raadselachtige, onbegrijpelijke) SOLK-patiënt is de verklaring niet zo gemakkelijk te vinden als rugpijn door veel liggen. Deze subgroep is het moeilijkst te helpen: de huisarts en de patiënt hebben beiden geen idee wat er aan de hand kan zijn. Den Boef: ‘Wat ik wel kan doen, is vertellen dat we ook in deze tijd veel nog niet weten: ook van verklaarde ziekten weten we nog niet alles. Meestal vraag ik om een dagboek bij te houden, om toch samen op den duur mogelijk achter een verklaring te komen. En in de tussentijd kijk ik zo goed mogelijk naar de invloed van de klachten, om daarmee aan de slag te gaan.’

Pijnvezels en plat gras

‘In de loop van de tijd is mijn mindset veranderd: SOLK is interessant; de verhalen van patiënten zijn bijzonder als je

doorvraagt. Dat maakt mijn werk ook leuk. Sinds mijn onderzoek ben ik empathischer. Ik luister goed, vraag de SCEGS uit (somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie), en doe zo nodig onderzoek. Vervolgens geef ik een toegespitste, passende uitleg met de subgroepen in mijn achterhoofd.’

‘SOLK-patiënten verdelen in subgroepen kan de huisarts helpen’

Uitleggen is zo gemakkelijk nog niet, vindt Den Boef: ‘Op die uitlegmodellen heb ik veel geoefend in de praktijk. Ik pas behandeling aan op de subgroepen en zorg voor een goede uitleg, uiteraard aansluitend bij de patiënt voor me.’ Den Boef gebruikt vaak metaforen bij haar uitleg, en tekent veel. ‘Ik leg uit dat je de pijnvezels soms kunt zien als platgetreden gras: als je een tijdje een omweg neemt, kan het gras zich herstellen. En ik maak een tekening van de darmen om uitleg te geven over obstipatie.’ Dit alles vergt tijd: een schaars goed op het spreekuur. Maar Den Boef vindt: ‘Investeren in het begin betekent besparen aan het einde. Als je sneller tot een gezamenlijke probleemdefinitie komt, krijgen je patiënten ook sneller de juiste behandeling en hoeven ze niet meer terug te komen voor hun SOLK.’ ■

Fijtje Koets

Madelon den Boef promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam op haar proefschrift *Medically unexplained physical symptoms in primary care: Identification, management and societal aspects*. Zie <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/54568>.