



SOLK: de persoon, de symptomen en de dialoog

Samenvatting

Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. SOLK: de persoon, de symptomen en de dialoog *Huisarts Wet* 2017;60(12):631-4.

ACHTERGROND Veel huisartsen vinden de zorg voor patiënten met SOLK moeilijk en de patiënten zijn vaak niet tevreden over de zorg die ze krijgen. Doel van dit onderzoek was het exploreren van verwachtingen en het identificeren van relevante communicatie-elementen in SOLK-consulten volgens patiënten met SOLK.

METHODE We namen consulten bij de huisarts op video op. Na het consult gaf de huisarts aan of er sprake was van SOLK. De patiënten in deze SOLK-consulten keken het consult samen met de onderzoeker terug waarbij patiënten reflecteerden op het consult. Deze reflecties namen we op audiotape op en analyseerden we kwalitatief.

RESULTATEN Van de 393 opgenomen videoconsulten was er bij 43 sprake van SOLK. Alle patiënten vertelden dat zij wilden dat hun klachten serieus werden genomen. Dit serieus nemen kon volgens patiënten bereikt worden door: (1) aandacht voor de patiënt als persoon, (2) aandacht voor een gelijkwaardig gesprek en (3) aandacht voor symptomatische behandeling.

CONCLUSIE Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin de huisarts aandacht geeft aan persoonlijke omstandigheden, somatisch klachtenmanagement en een goed gesprek. Het inbouwen van deze elementen in de consultvaardigheden van huisartsen kan de zorg voor patiënten met SOLK verbeteren.

INLEIDING

Drie tot tien procent van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt (SOLK).^{1,3} Patiënten met SOLK zijn vaak ontevreden over de zorg die ze krijgen van de huisarts.⁴⁻⁶ Er is vaak een mismatch tussen de geboden zorg en de verwachtingen van patiënten met SOLK.⁷ Huisartsen nemen meer tijd voor SOLK-consulten, maar deze extra tijd wordt niet gependend aan het exploreren van ideeën, functioneren en verwachtingen van patiënten.⁸ Patiënten hebben behoefte aan een duidelijke uitleg, emotionele steun en een

*Patiënten hebben behoefte aan
duidelijke uitleg, emotionele steun en
een diagnose*

diagnose maar krijgen dit vaak niet.⁹⁻¹¹ De verwachtingen van patiënten met SOLK zijn tot op heden alleen indirect onderzocht door middel van vragenlijsten en semigestructureerde

interviews. Om een beter inzicht te krijgen in verwachtingen en ervaringen van patiënten met SOLK maakten we gebruik van een meer directe onderzoeksmethode, *stimulated recall*.¹² We exploreerden communicatie-elementen die patiënten belangrijk vinden in hun SOLK-consult.

METHODE

In dit kwalitatieve interviewonderzoek lieten we patiënten met SOLK reflecteren op hun eigen consult bij de huisarts, dat we op video hadden opgenomen (voor een uitgebreide beschrijving zie ons oorspronkelijke artikel).¹³ In verschillende huisartsenpraktijken in en rond Nijmegen vroeg één onderzoeker (JH) patiënten in de wachtkamer, voordat het consult zou plaatsvinden, toestemming het consult op video op te nemen. We excludeerden patiënten die jonger waren dan 18 jaar of onvoldoende Nederlands spraken. Direct na elk consult beantwoordde de huisarts de vraag: 'Denkt u dat er sprake is van SOLK?'. We selecteerden alleen consulten waarbij de huisarts deze vraag bevestigend beantwoordde.

Vervolgens nodigden we de betreffende patiënten uit om in een interview met de onderzoeker te reflecteren op het opgenomen consult. Iedere keer dat de patiënt wilde reflecteren, stopte de interviewer de video. Als de patiënt geen commen-

Wat is bekend?

- Naar schatting 3 tot 10% van patiënten in de huisartsenpraktijk heeft somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).
- Huisartsen vinden de zorg voor patiënten met SOLK vaak moeilijk.
- Patiënten met SOLK hebben behoefte aan duidelijke uitleg, emotionele steun en een diagnose; die krijgen ze vaak niet.

Wat is nieuw?

- Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin de huisarts aandacht geeft aan persoonlijke omstandigheden, somatisch klachtmanagement en een dialoog.
- Huisartsen kunnen, door deze elementen in te bouwen in hun consultvaardigheden, ervoor zorgen dat de zorg beter aansluit bij de verwachtingen van patiënten met SOLK.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen; J. Houwen, aiortho; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; H. Stappers, psycholoog-onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. S. van Dulmen, hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg (tevens NIVEL, Utrecht, en University College of Southeast Norway, Drammen); dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker. • Correspondentie: juul.houwen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is eerder verschenen als Houwen J, Lucassen PLB, Stappers HW, Assendelft PJJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract* 2017;34(2):245-51. Publicatie gebeurt met toestemming.



Patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten zijn vaak niet tevreden over de zorg die ze van de huisarts krijgen.

taar gaf, stopte de interviewer de video om de drie minuten en vroeg: ‘Wat vindt u van het consult tot dusver?’ Nadat het hele consult was afgespeeld vroeg de interviewer: ‘Wilt u nog iets toevoegen aan het consult?’, ‘Heeft u iets gemist?’ en: ‘Is er iets dat u zou willen veranderen?’ We schreven de opgenomen interviews letterlijk uit en twee onderzoekers (JH en BZ, student geneeskunde) analyseerden de transcripten volgens de constante vergelijkende methode.¹⁴

Gelijkwaardige partners in de arts-patiëntrelatie

Analyse

In de analyse werden relevante communicatie-elementen gecodeerd, met de NHG-Standaard als theoretisch framework. Deze richtlijn richt zich op specifieke dimensies van de symptomen en het optimaliseren van de arts-patiëntcommunicatie en de arts-patiëntrelatie.¹⁵ Na ieder interview bespraken de twee onderzoekers de teksten en coderingen. Na tien interviews ontwikkelden de onderzoekers vanuit de codes overkoepelende categorieën. Dit deden ze onafhankelijk van elkaar en deze overkoepelende categorieën werden besproken en bediscussieerd met een derde onderzoeker (ToH). Tijdens de analy-

se vergeleken we continu de ontwikkelde categorieën met de transcripten (constante vergelijking). Om er zeker van te zijn dat er geen nieuwe categorieën werden gevonden, codeerde één onderzoeker (JH) de overige 29 interviews. Saturatie bleek bereikt aangezien er geen nieuwe categorieën werden gevonden in deze resterende interviews. De resultaten van de finale analyse werden besproken in een consensusbijeenkomst met een vierde onderzoeker (PL), waarin de concepten en thema's nog eens uitgebreid werden uitgediept, bediscussieerd en vergeleken met de transcripten en de wetenschappelijke literatuur.

RESULTATEN

We benaderden 36 huisartsen in de regio Nijmegen, 20 stemden toe in deelname. De werkervaring van de deelnemende huisartsen varieerde van 2 tot 43 jaar, 9 waren man en 11 vrouw, 9 werkten in een stadspraktijk en 11 in een plattelandspraktijk, 17 waren praktijkhouder, 3 werkten als vaste waarnemer. Het aantal geobserveerde SOLK-consulten varieerde van 0 tot 5 per huisarts, 2 huisartsen hadden geen enkel SOLK-consult.

Tijdens de onderzoeksdagen bezochten 577 patiënten de huisarts. In totaal wilden 393 patiënten meedoen aan het onderzoek. De huisartsen gaven bij 43 consulten aan dat het om SOLK ging. Negenendertig patiënten waren bereid om te reflecteren op het consult [figuur]. De [tabel] toont de kenmerken van de 39 geïnterviewden.

Tabel Karakteristieken van de 39 geïnterviewde patiënten

Gemiddelde leeftijd in jaren (uitersten)	52,9 (19-88)
Geslacht	
man	11
vrouw	28
Onderwijsniveau	
basis	5
middelbaar	22
hoger of universitair	12
Werk	
ja	17
nee	22
Gemiddelde tijd tussen consult en reflectie, dagen	19,4

Cijfers zijn aantallen, tenzij anders aangegeven.

Alle patiënten gaven in de interviews aan dat ze vooral wilden dat hun klachten serieus werden genomen en dat dit bereikt kon worden door aandacht te hebben voor (1) de patiënt als persoon, (2) een gelijkwaardig gesprek en (3) de symptomatische behandeling.

Aandacht voor de patiënt als persoon

De geïnterviewde patiënten gaven aan behoefte te hebben aan een open sfeer in het consult. Ook waardeerden ze een empathische dokter.

‘Ze blijft inderdaad elke keer reageren als ik met iets kom. Dat vind ik heel erg positief en heel fijn. En dat praat ook een stuk makkelijker, dat zorgt voor een open sfeer. Over het algemeen is er gewoon altijd een heel erg ontspannen sfeer. Dat is geweldig.’ (Man, 59, thoracale pijn.)

‘Je kunt het niet zien, maar we keken elkaar aan met tranen in de ogen. Ze hoeft geen arm om mijn schouders te slaan, maar zo word je wel weer gezien.’ (Vrouw, 60, moe, klachten van het bewegingsapparaat.)

De patiënten vonden ook continuïteit belangrijk: dat ze hun verhaal niet iedere keer opnieuw hoefden te vertellen. Ze verwachtten van hun dokter dat die het consult goed voorbereidde en zou terugrijpen op elementen die eerder aan de orde waren geweest. Ze raakten geïrriteerd als de huisarts dat niet deed.

‘Ik had al gebeld en mijn klacht doorgegeven, maar hij stelt de vraag van waarvoor kom je, dus je hebt niet het idee dat je huisarts even naar jouw melding heeft gekeken. Dat is denk ik wel een punt voor verbetering want dan heb je wel het idee dat je serieuzer wordt genomen.’ (Man, 29, klachten van het bewegingsapparaat.)

Aandacht voor een gelijkwaardig gesprek

De geïnterviewde patiënten gaven aan dat ze een arts-patiëntrelatie wilden waarin zij gezien worden als een gelijkwaardige partner.

‘Ik weet dat ik erop terug kan komen en dan staat hij daar open voor en dat geeft ruimte, dat is niet zo beklemmend. Als de huisarts zegt we gaan het zo doen en niet anders, dan is dat voor patiënten heel erg beklemmend.’ (Vrouw, 49, klachten van het bewegingsapparaat)

De patiënten wilden in het gesprek het gevoel krijgen dat ze echt contact hadden met de dokter. Ze verwachtten tijd en ruimte te krijgen om hun hele verhaal te vertellen zonder al te vaak onderbroken te worden.

‘Hij kijkt mensen goed aan als ze praten en ook al kijk je niet terug, hij blijft wel naar zijn patiënt kijken. Hij is niet ondertussen iets aan het typen, dat vind ik prettig.’ (Vrouw, 39, moe.)

‘Nou, de dokter luistert naar je, die laat je fatsoenlijk uitpraten. Ja, zij neemt echt de tijd. Ze doet dat goed hoor, daar is niks mis mee.’ (Man, 68, dyspneu.)

De patiënten hadden er ook behoefte aan dat de dokter eerlijk en helder was.

‘Hij geeft ook heel duidelijk aan waarom hij iets vindt dat het zo is, en dan kan je er met elkaar nog wel even over praten. Ik denk dat het komt door zijn eerlijkheid en ik heb het gevoel dat ik eerlijk kan zijn en kan zeggen waar het op staat en dat hij dat ook accepteert.’ (Vrouw, 49, klachten bewegingsapparaat)

Aandacht voor de symptomen

De meeste patiënten gaven aan dat ze aandacht willen voor symptommanagement. Ze wilden dat dokters goed en uitgebreid de klachten uitvragen en dat er aandacht is voor hun ideeën, gedachten en emoties.

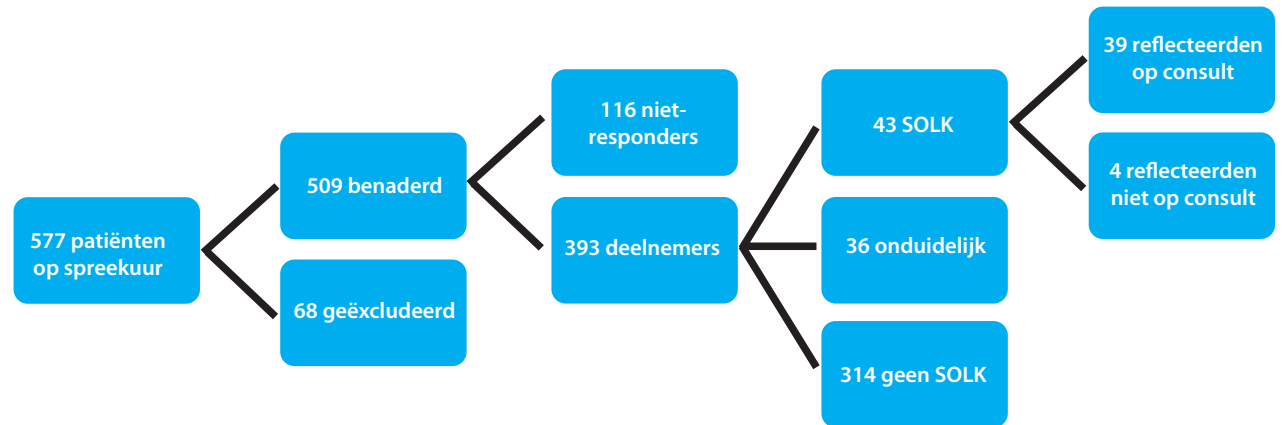
Interviewer: ‘Wat vind je ervan dat de dokter er dieper op ingaat?’ Patiënt: ‘Ja dat vind ik ook wel goed want anders kun je onderliggende oorzaken niet vinden [...]. Als hij niet had doorgevraagd, was ik er niet achter gekomen dat mijn klachten waarschijnlijk door stress komen.’ (Vrouw, 64, buikpijn.)

De patiënten wilden graag de oorzaak van de klachten weten en hadden behoefte aan een diagnose. Ze verwachtten dat de huisarts hen lichamelijk onderzocht, zo nodig aanvullend onderzoek deed en aandacht had voor symptommanagement.

‘Zie je hoe hij erbij zit en dat meteen voor je regelt? Hij gaat het meteen regelen, de afspraak bij de orthopeed. Dat doet hij meteen en dus niet eerst naar een fysiotherapeut want dat wil ik niet. Ik wil echt naar de orthopeed. Ja, dat doet hij geweldig.’ (Man, 77, klachten van het bewegingsapparaat.)

Sommige patiënten hadden behoefte aan een duidelijke uitleg over de oorzaak van hun klachten; anderen verwachtten eerder geruststelling door het uitsluiten van bepaalde diagnoses.

Figuur Inclusie en deelname aan een onderzoek waarbij patiënten met SOLK in een semigestructureerd interview reflecteerden op een eerder op video opgenomen consult



'Dit legt ze dan wel goed uit. [...] is het niet en door die val zijn je spieren wat gespannen. Ja, ze geeft gewoon duidelijke uitleg voor mijn klachten.' (Vrouw, 74, functionele buikklachten.)

BESCHOUWING

De drie gevonden thema's, aandacht voor de persoon, aandacht voor het gesprek en aandacht voor de klachten, zijn drie elementen die voor patiënten met SOLK belangrijk zijn en hen het gevoel geven dat ze serieus worden genomen. Het belang van aandacht voor de persoon, geruststelling, nonverbale communicatie en uitleg is al eerder beschreven.^{11, 16-18} Als nieuw element kwam in ons onderzoek het belang van continuïteit naar voren. Aangezien dat een van de kernwaarden is van de huisartsgeneeskunde, lijken huisartsen bij uitstek geschikt om patiënten met SOLK te behandelen en te begeleiden. Een ander element dat tot op heden nog niet beschreven was in de SOLK-literatuur, is aandacht voor de symptomen. Patiënten verwachten dat de huisarts doorvraagt, de symptomen exploreert en ook aandacht besteedt aan het management ervan.

Vooraf persoonsgerichte en niet zozeer ziektegerichte zorg

Aandacht voor de persoon, het gesprek en de klachten komen overeen met de beschrijving van persoonsgerichte zorg,^{19, 20} zorg waarbij de focus ligt op het exploreren en valideren van subjectieve ervaringen van de patiënt, het begrijpen van de patiënt als een persoon met eigen wensen, verwachtingen en context. Persoonsgerichte zorg is voor veel artsen een kernwaarde en dit onderzoek laat zien dat patiënten met SOLK

vooral persoonsgerichte zorg verwachten en niet zozeer ziektegerichte zorg.

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek waarin directe interactie met patiënten met SOLK plaatsvond en gekeken is naar voor patiënten belangrijke communicatie-elementen in de consulten. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek waarin we een communicatie-interventie voor patiënten met SOLK in de eerste lijn willen ontwikkelen. Het identificeren van elementen die patiënten belangrijk vinden, is een logische eerste stap.

CONCLUSIE

Patiënten met SOLK willen een persoonlijke benadering waarin huisartsen aandacht hebben voor persoonlijke omstandigheden, continuïteit, een goed en gelijkwaardig gesprek en de symptomen. Huisartsen kunnen, door deze elementen in te bouwen in hun consultvaardigheden, ervoor zorgen dat de zorg beter aansluit bij de verwachtingen van patiënten met SOLK. De nieuwe elementen die we hebben gevonden, kunnen leiden tot aanbevelingen voor onderwijs en richtlijnen

Met dank aan Bas van der Zijden voor het analyseren van de transcripten. ■

LITERATUUR

- 1 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 2 Aamlund A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:107.
- 3 Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010;27:487-93.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 2 Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:107.
- 3 Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010;27:487-93.
- 4 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.
- 5 Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med* 2007;69:571-7.
- 6 Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:144-52.
- 7 Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- 8 Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006;68:269-76.
- 9 Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Soc Sci Med* 2001;52:1859-64.
- 10 Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. 'I've been crying my way': Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13:498-503.
- 11 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005;59:255-60.
- 12 Van Dulmen S, Van Bijnen E. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *Intern J Person-Centered Med* 2011;1:27-34.
- 13 Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft PJJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract* 2017;34:245-51.
- 14 Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967
- 15 Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;56:222-30.
- 16 Heijmans M, Olde Hartman TC, Van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, Van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011;28:444-55.
- 17 Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, Van der Horst HE. Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract* 2013;63:625-6.
- 18 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders of women. *Fam Med* 2000;32:603-11.
- 19 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
- 20 Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.