

'Ik ben door mijn onderzoek een betere huisarts geworden'

Elders in dit nummer kunt u de nieuwe NHG-Standaard Somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lezen. Op dit onderwerp promoveerde Tim olde Hartman eind 2011, met zijn proefschrift *Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patient, the doctor and the consultation*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksbevindingen en de manier waarop deze zijn blik op het huisartsenvak hebben veranderd.

RCT met harde klinische diagnose...

Cevraagd naar de aanleiding tot het onderzoek vertelt Olde Hartman: 'Ik studeerde geneeskunde in Rotterdam en toen ik met mijn afstudeeronderzoek

bezig was, liep daar de eerste aiotho rond. Ik dacht: dat wil ik ook! Maar ik wilde terug naar het oosten van het land en kwam zo in Nijmegen terecht, waar ze dit onderwerp voor me hadden.'

Eigenlijk wilde Olde Hartman een geheel andere insteek van zijn onderzoek. 'Ik wilde een RCT doen, met een harde klinische diagnose! Ik kwam dus bij iets volledig tegenovergestelds uit. Maar omdat SOLK zo vaak voorkomen, wilde ik dit onderzoek toch wel doen, en dat bleek heel goed uit te pakken. Ik ben nog steeds erg blij dat het over dit onderwerp is gegaan en ik ben daarvoor ook een betere dokter geworden. Ik ben anders naar het vak gaan kijken: de kracht van de huisarts zit 'm niet in het technische deel maar in de arts-patiëntrelatie en -communicatie.'

Onterechte vooroordelen

'Zo'n tien jaar geleden zagen we aan de hand van literatuuronderzoek dat dokters een verkeerde beeldvorming bij SOLK-patiënten hebben', vervolgt Olde Hartman. 'Allereerst linken ze de klachten aan psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek. Ten tweede hebben ze het idee dat de patiënten hen onder druk zetten om medische interventies uit te voeren. En ten derde denken ze dat patiënten de link tussen hun klachten en psychosociale problematiek niet zien, of daar in elk geval niet over willen praten. Maar die drie dingen zijn niet waar. Want die link met psychosociale problematiek is lang niet altijd duidelijk. Bovendien blijkt dat de patiënt niet vraagt om medische interventies, maar dat de dokter die zelf aanbiedt vanuit het idee dat dat de wens van de patiënt is; het is dus de dokter die somatiseert. En dat de patiënten niet willen praten over achterliggende psychosociale problematiek klopt ook al niet, want die geven tijdens het consult allerlei signalen en hints die de arts niet oppikt. Ik chargeer in mijn onderwijs altijd heel sterk dat deze drie vooroordelen onjuist zijn, want dokters moeten af van die verkeerde beeldvorming. Die staat een goede begeleiding in de weg.'

Een luisterend oor

Als de patiënt geen medische interventies wil, waar heeft die dan wel behoefte aan? Olde Hartman: 'Patiënten willen support, een luisterend oor, een meelevende arts. Die mensen hebben klachten, en het doet er niet toe of die nou verklaard of onverklaard zijn. Ik ga altijd samen met de patiënt op zoek naar een verklaring. Soms is dat een diagnose of ziekte; soms is er iets anders wat speelt. Het strikte medische model past niet bij de huisartsensetting. Die heeft wel zijn nut in de tweede lijn, maar niet bij ons. De wereld is complexer dan de weg van klacht naar diagnose naar behandeling. Ik kan heel goed een behandeling geven zonder een duidelijke diagnose te hebben.'

Modellen in je rugzak

Het zit 'm volgens Olde Hartman dus allemaal in een goede communicatie en relatie met de patiënt. 'We hebben huisartsen gevraagd waar ze tegenaan lopen bij patiënten met SOLK. Die zeggen allemaal dat een goede uitleg nodig is, en tegelijkertijd dat ze niet weten hoe ze die uitleg moeten geven. Maar eigenlijk is het gek dat huisartsen dat zo moeilijk vinden, want wij vonden wel twaalf verklaringmodellen in de literatuur. Kennelijk zijn die onvoldoende bekend. In mijn onderwijs ga ik hier dus heel uitgebreid op in en we oefenen de communicatie in groepjes. Je moet als huisartsen namelijk een aantal manieren van uitleg in je rugzak hebben, zodat je aangepast aan de patiënt en diens situatie er de juiste woorden aan kunt geven.

Heeft Olde Hartman ook voorbeelden van dergelijke benaderingswijzen? 'Dat kan bijvoorbeeld een metafoor zijn, zoals de overbelaste lift. Of het filter tussen brein en lichaam dat soms wat meer en soms wat minder afgesloten is. Ook vicieuze cirkels kun je heel goed aan mensen uitleggen. Overigens zijn er ook diverse modellen in de nieuwe standaard beschreven. Hoe dan ook, er is niet één ei van Columbus; je moet je benadering altijd aanpassen aan de patiënt tegenover je. En dat kan pas nadat je ook de klachten en angsten van de



patiënt goed hebt geëxploreerd en diens eigen gedachten daarover. Die exploratie is heel belangrijk. We hebben gekeken hoe huisartsen dat doen in het consult en dat laat nog wel eens te wensen over. Wel laten ze de patiënt goed uitpraten; ze geven daarbij veel ruimte en hebben duidelijk een luisterend oor. Maar ze zijn te weinig gericht op de angsten en zorgen, terwijl je dat inzicht juist nodig hebt om een goede uitleg te kunnen geven. Als je weet dat een patiënt vanwege een overleden oom bang is voor darmkanker, kun je hem geruststellen dat hij dat niet heeft. Maar bij een patiënt die niet die angst heeft, hoeft je het daar niet over te hebben.’

Het consult als medicijn

De consulten van huisartsen met SOLK-patiënten verlopen volgens Olde Hartman vaak te ongestructureerd. ‘Er moet meer gefocust worden op de koppeling tussen exploratie en uitleg. Want dat is wat de patiënt wil: uitleg. Het SCEGS-model* is daarbij handig. Als je een gunstige prognose en heldere uitleg kunt geven, is dat een positief consult. En dat maakt een groot deel van het succes van je behandeling uit, want zo’n positief consult geeft al veel klachtenreductie. Dat is ook een van de redenen waarom wij als huisartsen zo effectief zijn. Ook jonge collega’s moeten het belang daarvan leren zien, want onderzoek heeft aangetoond dat een patiënt met een goede relatie met zijn arts veel minder vaak voor dezelfde klachten opnieuw op het spreekuur komt, en dat is ook zo bij harde somatische klachten. Dus die arts-patiëntrelatie bepaalt in heel sterke mate of jij als huisarts al dan niet effectief bent. Het is jammer dat daar zo weinig onderzoek naar is gedaan, terwijl het volgens mij de kern van ons vak is. Onze kracht zit niet in ziektespecifieke maar in deze meer generieke aspecten.’

Nog veel meer onderzoek!

Olde Hartman staat niet alleen in zijn meningen en dit onderwerp vormt dan ook een nieuw op te zetten onderzoekslijn in Nijmegen. ‘Die ben ik nu aan het

uitwerken, maar het is uiteraard een lastig onderwerp voor onderzoek en bovendien is het moeilijk om het gefinancierd te krijgen. We steken met onderzoek altijd heel ziektespecifiek in, maar we zouden het daar niet in moeten zoeken. Want het is toch interessant dat een patiënt met een verkoudheid die een empathische dokter tegenkomt, minder klachten heeft en korter ziek is. Dat is hard aangetoond in onderzoek. Zo ook zijn patiënten met bijvoorbeeld COPD of diabetes beter ingesteld als ze een empathische arts hebben. En er zijn nog wel meer van dergelijke fenomenen die we moeten onderzoeken, omdat ze de kracht van de huisartsgeneeskunde nog verder kunnen onderbouwen. De verwachtingen van de patiënt zijn bijvoorbeeld buitengewoon belangrijk voor het beloop van de klachten. Mensen met cardiovasculaire ziekten leven korter als ze negatieve verwachtingen over het beloop hebben; dat is hard aangetoond. Dus wat gebeurt er dan als je die verwachtingen aanpakt? Zal de patiënt dan langer leven? Naar dit soort nonspecifieke effecten van het consult willen we nader onderzoek doen. Zo ook hebben we in eerder onderzoek gezien dat artsen die bij patiënten met depressie de standaard volgden, het beter deden dan de artsen die dat niet deden. Maar nader onderzoek toonde aan dat alleen artsen die én de standaard volgden én een goede arts-patiëntrelatie hadden effectief waren. Ook dat is hard aangetoond. Het is dus belangrijk dat jonge huisartsen zich hiervan heel goed bewust zijn.’

SOLK: alleen maar leuk

Het is duidelijk dat Olde Hartman erg enthousiast is over dit onderwerp. Berekent dit nu ook dat hij het contact met zijn eigen SOLK-patiënten altijd alleen nog maar leuk vindt? ‘Ik heb echt heel weinig last van mijn SOLK-patiënten; ik ben eigenlijk alleen maar nieuwsgierig. Ik wil begrijpen hoe het zit en als dat niet meteen lukt, laat ik de patiënt eens in de twee tot vier weken terugkomen met de boodschap: “Ik wil kijken hoe het dan met je gaat!” Huisartsen

doen dat gewoonlijk niet, maar je laat op deze manier zien dat je echt geïnteresseerd bent in de ander en de patiënt voelt zich gehoord.’

Maar heeft die aanpak ook resultaten? ‘Ja, volgens mij wel. De patiënten zijn tevreden met de zorg en naar mijn idee doven de klachten ook uit. Veel huisartsen hebben de neiging te zeggen dat ze hier geen tijd voor hebben, maar ik denk dat de patiënten terug blijven komen als je het niet zo aanpakt. Dus ja, ik investeer wel veel tijd, maar dat verdien ik later dubbel en dwars terug. Ik weet namelijk bijna zeker dat het op langere termijn veel tijd scheelt, en ook irritatie trouwens. Maar bovenal vind ik mijn werk veel leuker zo.’

Na de promotie

Het is alweer geruime tijd geleden dat Olde Hartman promoveerde. Wat is hij daarna gaan doen naast praktiseren in het fraaie nieuwe gezondheidscentrum in Nijmegen-Noord? ‘Ik ben de eerste auteur van de NHG-Standaard SOLK en daarin zijn ook veel van de resultaten van mijn onderzoek terug te vinden. Bovendien ben ik nog verbonden aan het UMC St Radboud, waar ik voorzitter ben van het Nijmeegse monitoring project, een netwerk van elf academische huisartsenpraktijken. En zoals gezegd, samen met Peter Lucassen ben ik bezig de onderzoekslijn over non-specifieke aspecten in het consult uit te werken. En daarnaast zijn er natuurlijk nóg wel honderdduizend dingen!’ ■

Ans Stalenhoef

**SCEGS staat voor Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal*