

NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Tim Olde Hartman, Nettie Blankenstein, Bart Molenaar, David Bentz van den Berg, Henriëtte van der Horst, Ingrid Arnold, Jako Burgers, Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

Kernboodschappen

- Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart.
- Inschatting van de ernst van SOLK is gebaseerd op exploratie van vijf klachtdimensies, dat wil zeggen de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies.
- Een goede arts-patiëntrelatie en communicatie is van essentieel belang voor het beleid bij SOLK.
- In het beleid ligt de nadruk op voorlichting en adviezen gericht op tijdcontingente uitbreiding van belasting en activiteiten.

INLEIDING

De NHG-Standaard SOLK geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Er is sprake van SOLK als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart.

SOLK is een werkhypothese gebaseerd op de (gerechtvaardigde) aanname dat somatische/psychische pathologie afdoende is uitgesloten. Als de klachten veranderen, kan dit aanleiding zijn om de werkhypothese te herzien.

Na het formuleren van de werkhypothese maakt de huisarts een inschatting van de ernst van de SOLK. Deze standaard onderscheidt milde, matig-ernstige en ernstige SOLK. De ernst van de SOLK is bepalend voor het beleid.

De standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen¹

en sluit zo veel mogelijk aan bij andere NHG-Standaarden over klachten en aandoeningen die ook onder de noemer SOLK kunnen vallen (zie Richtlijnen diagnostiek). De standaard gaat niet over een specifieke klacht of ziekte, maar geeft handvatten voor het beleid als er géén specifieke somatische aandoening wordt gevonden, de klachten niet overgaan, met functionele belemmeringen gepaard gaan en de patiënt zich tot de huisarts blijft wenden met een hulpvraag. De standaard gaat niet in op het beleid bij specifieke somatoforme stoornissen. Voor de diagnostiek en het beleid bij hypochondrie wordt verwezen naar de NHG-Standaard Angst.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

ACHTERGRONDEN

Het ervaren van lichamelijke klachten hoort bij het normale leven; ongeveer 90% van de algemene bevolking rapporteert in enquêtes dat ze in de afgelopen 2 weken van minstens 1 lichamelijke klacht last heeft gehad. Of mensen met hun lichamelijke klacht naar een dokter gaan, lijkt sterker samen te hangen met de betekenis die de klacht voor hen heeft en met de ideeën die zij over hun klacht hebben dan met de ernst van hun klacht. Voor mensen uit een aantal niet-westerse culturen is het uiten van lichamelijke klachten de meest gangbare manier om aan te geven dat het niet goed met hen gaat.²

Bij vrijwel alle soorten klachten die patiënten presenteren kan al snel, of na verloop van tijd en nadere analyse, blijken dat de klachten niet of onvoldoende lichamelijke te verklaren zijn. Ook als klachten of klachtencombinaties aanvankelijk sterk aan een specifieke ziekte doen denken (bijvoorbeeld de combinatie diarree, trillen, afvallen en het warm hebben is suggestief voor hyperthyreoïdie), blijkt vaak na adequaat onderzoek dat de patiënt die ziekte niet heeft. Bij veelvoorkomende klachten, zoals moeheid, buikpijn, rugpijn, duizeligheid en misselijkheid, vindt de huisarts vaak geen ziekte als oorzaak.³

Terminologie

Er zijn veel verschillende termen in omloop voor deze grote groep lichamelijke klachten waar artsen geen bevredigende verklaring voor vinden. In het verleden is regelmatig gekozen voor het groeperen van vaker samen voorkomende klachten in syndromen, zoals bij het prikkelbare darmsyndroom (PDS), fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom. Veel van de bestaande syndromen vertonen echter forse overlap in de klachten die ze omvatten, en vrijwel elk specialisme kent zo zijn eigen syndroom.⁴ Dat roept de vraag op of het groeperen van SOLK in syndromen niet erg willekeurig is en of het überhaupt wel verschillende syndromen betreft, of misschien maar één.⁵ De klachten kunnen behalve in

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.

syndromen ook ondergebracht worden in clusters: gastro-intestinaal, cardio-pulmonaal, bewegingsapparaat en algemeen specifiek.⁶

Als de SOLK niet in syndromen of clusters samengebracht worden, zijn er ook voor de losse lichamelijke klachten weer diverse termen beschikbaar, zoals lichamenlijk onbegrepen klachten, functionele klachten, psychosomatische klachten of somatoforme klachten.

In deze standaard is er voor gekozen aan te sluiten bij de terminologie van de multidisciplinaire richtlijn en te spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart.

Deze omschrijving is weinig specifiek ten aanzien van de duur van de klachten, aangezien de gemiddelde episodeduur varieert per soort klacht, en ook omdat het moment van presenteren aan de huisarts sterk uiteen kan lopen.

Bij sommige patiënten met lichamelijke klachten wordt wél een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK.

SOLK kan op basis van de duur van de klachten, het aantal klachten en de impact ervan op het dagelijks leven onderverdeeld worden in milde SOLK, matig-ernstige SOLK en ernstige SOLK. Het betreft een glijdende ernstschaal waarvoor geen goed gedefinieerde afkappunten voorhanden zijn.⁷

Epidemiologische gegevens

Vóórkomen van SOLK

Er bestaat geen ICDPC-code voor SOLK. Daarom moet bij onderzoek naar het voorkomen van SOLK gebruik worden gemaakt van afgeleide codes, bijvoorbeeld klachtcodering.

Tot 40% van de consulten bij de huisarts gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt. Langdurige, ernstige SOLK komt veel

minder vaak voor, en kent een prevalentie van 2,5%.⁸

Artsen rapporteren vaak dat zij het idee hebben dat allochtone patiënten vaker de huisarts bezoeken met SOLK dan autochtone patiënten. Alleen voor vluchtelingen is dit ook daadwerkelijk aangetoond. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, zoals een achtergrond met geweldervaringen, een andere ziektebeleving waarin vaak geen onderscheid wordt gemaakt tussen lichaam en geest en de aandacht en (juridische, sociale en/of maatschappelijke) erkenning die verkregen kan worden met lichamelijke klachten.⁹

Samengaan met angststoornissen en/of depressieve stoornissen

Voor de milde vormen van SOLK is het

verband met angststoornissen en/of depressieve stoornissen vrijwel afwezig. Patiënten met ernstige vormen van SOLK hebben meer dan driemaal zoveel kans op een depressieve stoornis of angststoornis als patiënten zonder SOLK. Bij ruim een kwart van deze patiënten zijn zowel een depressie als een angststoornis aanwezig.¹⁰

Pathofysiologie

Er bestaat geen eenduidige verklaring voor het ontstaan van SOLK. Wel zijn er in de loop der jaren verschillende verklaringsmodellen opgesteld voor het ontstaan en voortbestaan van SOLK. De onderbouwing van deze modellen is meestal theoretisch en slechts in beperkte mate gebaseerd op empirisch onderzoek.¹¹

Abstract

Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. The NHG guideline medically unexplained symptoms (MUS). *Huisarts Wet* 2013;56(5):222-30.

This guideline of the Dutch College of General Practitioners (NHG) concerns the diagnosis and management of adult patients with medically unexplained symptoms (MUS). It is based on the Dutch multidisciplinary guideline on MUS and somatoform disorders, and where possible refers to other guidelines produced by the College on MUS-related symptoms and disorders. The guideline is not about a specific symptom or disease, but provides tools on how to manage patients whose symptoms are persistent and lead to functional impairment, even though investigations have not identified a specific underlying medical condition. These patients continue to seek medical care.

MUS is a working diagnosis based on the assumption that somatic/psychiatric pathology has been adequately excluded. If symptoms change, the working diagnosis may need to be revised. After establishing the diagnosis, the general practitioner (GP) must estimate the severity of MUS, as further management depends on symptom severity. This guideline distinguishes between mild, moderate, and severe MUS.

Treatment is tailored to the individual patient. The main objectives of treatment are to define the problem in a way that is acceptable to both the patient and the doctor; to reduce unnecessary anxiety and discomfort, despite the presence of symptoms; and to improve the patient's functioning in somatic, cognitive, emotional, behavioural, and social dimensions.

Treatment proceeds in a stepwise fashion (stepped care), starting with the lightest possible effective treatment. In step 1, the GP treats the patient, in step 2 the GP works together with or refers the patient to other primary care professionals (e.g., physiotherapist, psychologist), and in step 3 treatment is provided by multidisciplinary teams or treatment centres. If results are unsatisfactory, then treatment is intensified. If a patient presents with moderate or severe MUS, the GP can consider starting more intensive treatment (step 2 or even 3 if necessary) simultaneously with step 1.

Main messages

- MUS is defined as physical symptoms that last for longer than a few weeks and which cannot be satisfactorily explained after adequate medical examination.
- Assessment of MUS severity is based on five dimensions of symptoms, i.e. the somatic, cognitive, emotional, behavioural, and social dimensions.
- Good doctor-patient relationship and communication are essential for the management of MUS.
- Management is focused on providing information and advice with a view to increasing activities in a time-contingent manner.

Elke samenleving heeft eigen verklarende modellen. Niet-westerse culturen maken vaak geen onderscheid tussen lichaam en geest. Oorzaken en oplossingen van problemen zoekt men vaak buiten zichzelf. Cultuurverschillen en andere verschillen beïnvloeden de toepasbaarheid van sommige verklarende modellen.¹²

Natuurlijk beloop en prognose

Van de groep mensen bij wie er volgens de huisarts sprake is van SOLK nemen bij 50 tot 75% de klachten af in de loop van 12 tot 15 maanden. Bij 10 tot 30% nemen de klachten echter toe in de tijd. Het aantal klachten, duur en ernst bij presentatie aan de huisarts zijn factoren die samenhangen met een ongunstiger beloop van SOLK bij patiënten in de eerste lijn.¹³ Een positieve waardering van de arts-patiëntrelatie (door patiënt en/of arts) heeft een gunstige invloed op de prognose van SOLK.¹⁴

Factoren van invloed op ontstaan en voortbestaan

Psychosociale stressoren (negatieve *life-events*, moeilijke levensomstandigheden, werkproblemen, stress, trauma, seksueel misbruik) spelen zowel bij lichamelijk verklaarde klachten als bij SOLK vaak een rol. De aanwezigheid van dergelijke psychosociale stressoren is daarom geen goede predictor van SOLK.¹⁵

Factoren die een rol spelen bij SOLK kunnen worden ingedeeld als predisponerende, luxerende en instandhoudende factoren. *Predisponerende factoren* zijn vooral aanleg/temperament en wellicht ook beperkte gezondheidsvaardigheden.¹⁶ *Luxerende factoren* zijn divers van aard: een heftige maagdarminfectie blijkt bij een deel van de mensen met PDS aan de klachten vooraf te zijn gegaan, maar ook een ingrijpende gebeurtenis kan klachten uitlokken. Bij *instandhoudende factoren* gaat het vaak om gedragsfactoren die herstel kunnen belemmeren, bijvoorbeeld minder bewegen kan leiden tot onderhouden van de rugklachten of continu hulp zoeken bij klachten houdt ongerustheid in stand. Zo ontstaan vicieuze cirkels.

Arts-patiëntrelatie

De arts-patiëntrelatie staat regelmatig onder druk in consulten met patiënten met SOLK. De patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust, terwijl de dokter machteloosheid en irritatie voelt opkomen en niet in staat is om met de patiënt tot een gezamenlijk begrip van de klachten en problemen te komen. Artsen ervaren ook (diagnostische) onzekerheid en hebben (ten onrechte) het gevoel dat zij onzekerheid juist bij deze patiënten niet mogen laten zien. Door de patiënt en zijn of haar klachten serieus te nemen en empathie te tonen wordt de arts-patiëntrelatie versterkt. Een goede arts-patiëntrelatie leidt tot patiënttevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten. Een slechte arts-patiëntrelatie daarentegen, leidt tot het vaker rapporteren van klachten en tot meer herhaalconsulten.¹⁴

Diversiteit

Ook bij patiënten met SOLK moet de hulpverlener open staan voor de 'cultuur' van de patiënt in de ruimste zin van het woord, of deze cultuur nu etniciteit, leeftijd, sekse of sociaaleconomische status betreft.

Bij allochtone patiënten zijn een aantal specifieke aandachtspunten te noemen. Allereerst kan het migranten bestaan op zichzelf een stressfactor zijn. Daarnaast stellen taalproblemen en vooral bij niet-westerse allochtonen ook cultuurverschillen hoge eisen aan de communicatievaardigheden van de huisarts.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Uitgangspunt van de standaard is de situatie waarin de huisarts aanleiding heeft voor het formuleren van de werkhypothese SOLK. De standaard veronderstelt met andere woorden dat somatische/psychische pathologie die verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de klachten in het voortraject afdoende onwaarschijnlijk is gemaakt. De huisarts kan daarbij gebruikmaken van de NHG-Standaarden die richtlijnen geven voor de diagnostiek bij klachten die veelvuldig geen somatische oorzaak

blijken te hebben [tabel 1].¹⁷ SOLK blijft altijd een werkhypothese, omdat in uitzonderingsgevallen in de loop der tijd alsnog somatische pathologie aan de klachten ten grondslag kan blijken te liggen. In het bijzonder bij het optreden van alarmsymptomen en verandering van het klachtenpatroon is het zaak hierop alert te zijn.¹⁸ Aandacht voor de somatische dimensie van de klachten en het overwegen van hernieuwd lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, blijft bij patiënten met SOLK steeds van belang. Vooral als de klachten veranderen. Om die reden is ook de somatische dimensie als onderdeel in de klachtexploratie opgenomen.

Klachtexploratie

Na het stellen van de werkhypothese SOLK begint de huisarts met de nadere exploratie van de klachten met als doel een beeld van de patiënt met zijn of haar SOLK te verkrijgen, prognostisch gunstige of ongunstige factoren (die belemmeren in het herstel) op te sporen, en de ernst van de SOLK in te schatten. De patiënt een paar minuten ononderbroken laten praten kan helpen om tot een brede exploratie te komen. Op deze manier kunnen relevante aanknopingspunten (hints) voor de behandeling naar voren komen. Deze kunnen bestaan uit woorden die de patiënt gebruikt, maar ook uit non-verbaal gedrag (lichaamstaal) dat tijdens het consult opvalt.¹⁹ Onderdeel van een volledige exploratie van klachten is ook het expliciet informeren naar de vragen van de patiënt.

Het acroniem SCEGS kan de huisarts helpen na te gaan of alle klachtdimensies zijn geëxploreerd. SCEGS staat voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensie.

Tabel 1 Standaarden over klachten die veelvuldig somatisch onvoldoende verklaard kunnen worden

NHG-Standaard Prikkelbare darmsyndroom (M71)
NHG-Standaard Maagklachten (M36)
NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (M54)
NHG-Standaard Hoofdpijn (M19)
NHG-Standaard Slaapproblemen (M23)
NHG-Standaard Duizeligheid (M75)

Deze dimensies vinden hun oorsprong in het biopsychosociale model.¹¹

Somatische dimensie

Ga de volgende aspecten van de klacht(en) na:

- klachtencluster (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat algemeen specifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten));
- aard, plaats, duur, ernst en het patroon van de klachten;
- begeleidende symptomen;
- gebruik van medicatie (ook zonder recept) en eventuele verslavende middelen.

Aandacht voor de somatische aspecten van de klacht maakt de patiënt duidelijk dat zijn klachten en de last ervan gehoord worden.

Cognitieve dimensie

Informeer naar:

- de ideeën die bij de patiënt leven over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht (referentiekader);
- de invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben;
- waarom de patiënt denkt bepaalde activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen;
- de verwachtingen van de patiënt omtrent de bijdrage van de huisarts of andere hulpverleners aan het oplossen van de klacht.

Door een exploratie van deze aspecten komt de huisarts vaak opvattingen van de patiënt op het spoor, die het herstel kunnen belemmeren: catastroferende gedachten ('met deze rug kom ik nooit meer aan het werk' of 'bij mijn broer/ buurvrouw is het ook nooit overgegaan'), ziekteattributies ('bij zo'n erge pijn moet er wel iets in mijn nek beschadigd zijn'), of ideeën over omgang met de klacht ('ik moet mijn been niet belasten tot het helemaal over is').

Emotionele dimensie

Vraag naar de emotionele gevolgen van de klacht:

- Welke gevoelens ervaart de patiënt

door de klachten? Sommige patiënten worden depressief of angstig door de klachten, terwijl anderen zich wanhopig, moedeloos of opstandig voelen.

- Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Klachten en de cognities over de klachten kunnen samengaan met ongerustheid, angst of een sombere stemming. De huisarts kan eventueel een vragenlijst als hulpmiddel gebruiken om *distress* ('het niet meer aan kunnen'), angst en depressieve gevoelens bespreekbaar te maken.²⁰

Gedragmatige dimensie

Vraag naar de gedragmatige gevolgen van de klacht:

- vermijden van belasting of beweging, of ander vermijdingsgedrag;
- werkverzuim;
- negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt;
- ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren.

Besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag:

- Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij lang zelf de problemen op te lossen?
- Bezoekt hij verschillende artsen/zorgverleners voor hetzelfde probleem?
- Wat heeft de patiënt tot nu toe zelf aan de klacht gedaan, welke maatregelen heeft hij genomen?

Let ook op non-verbaal gedrag tijdens het consult (bijvoorbeeld een patiënt met rugpijn die erg scheef in de stoel zit).

Sociale dimensie

Informeer naar sociale gevolgen van de klacht:

- Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt?
- Hoe reageert de omgeving er op: (over) bezorgd, negatief of juist steunend?
- Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk?

In de volgorde van vragen kan de huisarts bij patiënten met een andere culturele achtergrond rekening houden met verschillen tussen een collectivistische versus een westerse individualistische cultuur: eerst vragen naar sociale reacties en consequenties, van daar uit naar eigen cognities en emoties.²² Het gebruik van een professionele tolk, eventueel via de tolkentelefoon, is aan te raden. Vermijd in ieder geval zo veel mogelijk om een kind of ander familielid als tolk te laten fungeren, om de kans te vergroten dat psychosociale problemen boven tafel komen. Voor meer informatie over de zorg voor allochtone patiënten met SOLK zie www.huisarts-migrant.nl.

Bijkomende psychische stoornissen

Op basis van de klachtexploratie beoordeelt de huisarts of er reden is te denken aan bijkomende psychische stoornissen. Het gaat daarbij vooral om psychische stoornissen die van invloed zijn op de lichamelijke klachten, zoals depressie en angst (zie de desbetreffende NHG-Standaarden).¹⁰

Bij twijfel over de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening (zoals een somatisatiestoornis in engere zin), kan hij de patiënt voor diagnostiek verwijzen naar een psychiater. Ook kan de psychiater in dit stadium door de huisarts als consulent worden ingeschakeld, zo mogelijk door middel van een gezamenlijk consult van de patiënt met de huisarts en de psychiater. Bij voorkeur verwijst de huisarts naar een psychiater die samenwerkt met andere therapeuten die ervaring hebben in het begeleiden van mensen met SOLK.

Lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek en diagnostische verwijzing

Lichamelijk onderzoek is geïndiceerd als bij de klachtexploratie blijkt dat de klachten van karakter zijn veranderd en bij het ontstaan van alarmerende symptomen. Om dezelfde reden kan aanvullend onderzoek of een diagnostische verwijzing naar een specialist worden overwogen. Aanwijzingen daarvoor zijn voor de meestvoorkomende klachten te vinden in de reeds genoemde NHG-Standaarden.

Wanneer de huisarts in een gewijzigd klachtenpatroon aanleiding ziet te twijfelen aan de werkhypothese SOLK en om somatische pathologie opnieuw uit te sluiten, is het belangrijk dat hij goed uitlegt waarom aanvullend onderzoek wordt gedaan. Dat geldt ook bij een diagnostische verwijzing naar een specialist. Doorgaans zal het gaan om een kleine kans op pathologie nog kleiner te maken. Bij laboratoriumonderzoek bij een lage priorkans op ziekte bestaat een relatief grote kans op foutpositieve testuitslagen.²²

Indien de patiënt nadrukkelijk om aanvullend onderzoek of verwijzing vraagt, terwijl daar geen aanleiding voor is, legt de huisarts uit dat hij het onderzoek niet nodig vindt en er niet veel van verwacht. Toch kan hij het verzoek inwilligen om de patiënt gerust te stellen. Het is dan van belang de patiënt tevoren uit te leggen wat een negatieve testuitslag betekent en wat de volgende stappen in dat geval zullen zijn.²³ Bij verwijzing op verzoek van de patiënt is het formuleren van een duidelijke – idealiter door patiënt en huisarts samen opgestelde – vraag in de verwijsbrief en het verzoek om de patiënt terug te verwijzen als er geen afwijkende bevindingen zijn, van belang om te voorkomen dat de patiënt van de ene naar de andere specialist gaat.

Evaluatie

Op basis van de klachtexploratie en de inventarisatie van eventuele bijkomende psychische problematiek evalueert de huisarts de ernst van de SOLK, daarbij rekening houdend met de prognostische factoren.

Prognostische factoren

Een korte duur van de klachten, weinig verschillende klachten en weinig functionele beperkingen gelden als prognostisch gunstig. Het langdurig bestaan van de klachten en het ervaren van vele verschillende klachten zijn prognostisch ongunstige factoren.¹³ Het ondervinden van meerdere functionele beperkingen (denk aan: niet meer in staat zijn om te werken, verlies van sociale activiteiten, het niet meer kunnen

verrichten van gezinstaken) is voor een aantal SOLK ook prognostisch ongunstig.²⁴

Evalueren van de ernst

Op basis van deze prognostisch (on)gunstige factoren kan de huisarts nagaan waar op de in de inleiding geschetste ernstschaal van milde via matig-ernstige tot ernstige SOLK deze patiënt zich ongeveer bevindt.²⁵

Milde SOLK:

- lichte functionele belemmeringen; en
- één of enkele SOLK-klachten binnen één of twee klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen aspecifiek (dat wil zeggen moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).

Matig-ernstige SOLK:

- matig-ernstige functionele belemmeringen; en
- meerdere SOLK-klachten in ten minste drie klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht

Ernstige SOLK:

- ernstige functionele belemmeringen; en
- SOLK-klachten in alle klachtenclusters; en/of
- klachtenduur langer dan drie maanden.

Comorbide depressie en/of angststoornis

Hoewel bij een depressie of angststoornis de lichamelijke klachten vaak geïdentificeerd kunnen worden als behorend bij de psychiatrische diagnose, gaat het soms om twee naast elkaar bestaande aandoeningen.

Het stellen van een dubbeldiagnose SOLK in combinatie met een depressieve stoornis of angststoornis is zinvol als:

- de nadruk sterker ligt bij de lichamelijke klachten dan bij een depressie of angststoornis past;
- de lichamelijke klacht al aanwezig was voordat de depressie of angststoornis begon;

- beiden een zodanige ernst hebben dat ze een aparte behandeling vereisen.

RICHTLIJNEN BELEID

Behandeling van patiënten met SOLK is maatwerk. De belangrijkste doelen van het beleid zijn:

- het komen tot een door patiënt en huisarts gezamenlijk geaccepteerde probleemdefinitie;
- het ondanks de aanwezigheid van klachten, verminderen van onnodige ongerustheid en hinder;
- het verbeteren van het functioneren van de patiënt op de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies.

De behandeling geschiedt stapsgewijs, waarbij de huisarts begint met de lichtst mogelijke effectieve behandeling [tabel 2]. Indien deze stap onvoldoende resultaat geeft, volgt een intensivering van de behandeling in stap 2.²⁶ Bij een eerste presentatie van matig-ernstige of ernstige SOLK kan de huisarts overwegen om tegelijk met stap 1 direct een intensievere behandeling te starten (stap 2 en eventueel stap 3). Houd in alle stappen steeds rekening met de etnisch-culturele achtergrond van de patiënt.²¹

STAP 1

Stap 1 behelst een aantal activiteiten die de huisarts verspreid over meerdere consulten kan inzetten: (1) vanuit de klachtexploratie benoemen van factoren die herstel kunnen belemmeren, (2) voorlichting en advies (ook met betrekking tot medicamenteuze therapie), (3) gezamenlijk opstellen van een tijdcontingent plan en (4) controles waarbij de huisarts monitort hoe het gaat met de uitvoering van het plan en het functioneren van de patiënt. Bij stagnerend herstel volgt opnieuw klachtexploratie. Omdat SOLK te allen tijde een werkhypothese blijft verricht de huisarts, indien verandering van de klachten daar aanleiding toe geven, opnieuw klachtexploratie, gericht lichamelijk en zo nodig aanvullend onderzoek.

In stap 1 zal het meestal gaan om patiënten met SOLK die lichte functionele belemmeringen ervaren en die last

Tabel 2 Overzicht van het stappenplan

Stap	Beleid
Stap 1 Patiënt met milde SOLK Door huisarts zelf	Afsluiting klachtexploratie en eventueel verricht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek. Gezamenlijke probleemdefinitie, op basis van de klachtexploratie. Voorlichting en advies: ■ voorlichting en uitleg; ■ bespreken van herstelbelemmerende factoren; ■ advisering. Gezamenlijk opstellen van tijdcontingent plan. Controles: ■ voortgang plan monitoren en bij stagnerend herstel opnieuw klachtexploratie; ■ bij wijzigingen in de klachten opnieuw klachtexploratie en gericht lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek.
Stap 2 Patiënt met matig-ernstige SOLK In samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners	Samenwerking met/verwijzing naar: ■ (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut; ■ POH-ggz of SPV in de eerste lijn; ■ cognitief-gedragsmatig geschoolde ELP.
Stap 3 Patiënt met ernstige SOLK In samenwerking met tweedelijns- hulpverleners	Samenwerking met/verwijzing naar: ■ multidisciplinaire teams/behandelcentra.

POH-ggz: praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz.

SPV: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige.

ELP: eerstelijnspsycholoog.

hebben van 1 tot enkele klachten in 1 of 2 klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen specifiek (dat wil zeggen; moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie/geheugenklachten)).

• *Afsluiting van klachtexploratie en eventueel verricht lichamelijk aanvullend onderzoek*

De huisarts vat, als onderdeel van de voorlichting, de bevindingen uit de exploratie (SCEGS), het lichamelijk onderzoek en eventuele aanvullende diagnostische testen samen. Het is van belang om zowel te benoemen wat er wel is gevonden als expliciet te noemen wat er niet is gevonden. Daarbij dient de huisarts waar mogelijk aan te sluiten op eerder uitgesproken verwachtingen of ongerustheid van de patiënt.

• *Gezamenlijke probleemdefinitie*

Probeer samen met de patiënt tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen, bijvoorbeeld 'uw rugklachten zijn ontstaan na uw verhuizing, uw rug is in orde, maar de klachten maken wel dat u een aantal activiteiten achterwegen hebt gelaten, die u nu weer op wilt pakken'. Het is belangrijk om de klachten en de last die de patiënt daarvan heeft, te erkennen.

Voorlichting en advies

Voorlichting en uitleg

Geef vervolgens gerichte en concrete voorlichting aan de patiënt die aansluit bij de informatie die de huisarts tijdens de diagnostische exploratie van de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies van de klacht heeft gekregen.

Stel een ongeruste patiënt niet herhaald ongericht gerust. Het sensitief oppikken en serieus nemen van ongerustheid bij patiënten is van groot belang. Patiënten die merken dat de dokter hun problemen hoort en erkent voelen zich meer serieus genomen en zijn sneller gerustgesteld.²⁷

Het verdient de voorkeur om de klacht(en) zo veel mogelijk in beschrijvende termen te benoemen en verklaringen te vermijden die de patiënt kan opvatten als ziekte. Het blijkt dat huisartsen vaak geneigd zijn om patiënten gerust te stellen door te vertellen welke ernstige aandoeningen er in ieder geval niet gevonden zijn. Wanneer een patiënt niet specifiek bang is voor een bepaalde aandoening kan een dergelijke uitleg ('u heeft geen longkanker') extra onrust oproepen. Omdat negatieve aanduidingen het nadeel hebben dat de patiënt zich niet serieus genomen voelt of angstiger wordt, kan de huisarts beter zoveel mogelijk positieve termen ge-

bruikt, dus niet 'er is niets gevonden', 'het is niets' of 'wij kunnen niets vinden', maar 'uw rug is recht en kan alle bewegingen normaal maken'.²⁸ Daarentegen is het bij patiënten die een specifieke angst hebben voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld kanker) wel belangrijk om uit te leggen wat ze niet hebben ('u heeft geen longkanker, waar u zo bang voor was'). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden¹⁶ (onder andere voorkomend bij migranten en laaggeletterden) hebben weinig kennis van het normaal functioneren van het menselijk lichaam. Uitleg hierover kan in dat geval helpen.²⁹

Bij de specifieke voorlichting kan de huisarts gebruik maken van de verschillende verklaringsmodellen die aanwijzingen geven voor de behandeling van SOLK.¹¹ Sluit hierbij aan bij de woorden, beelden en aanknopingspunten die tijdens de exploratiefase naar voren zijn gekomen. Kies vooral een model dat zowel bij de huisarts als bij deze patiënt past, en vind en gebruik hierbij eigen woorden.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over SOLK op de NHG-publiekswebsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS of de NHG-Con-

sultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Bespreken van herstelbelemmerende factoren
Bespreek de belemmerende factoren voor herstel die bij de klachtexploratie op de verschillende SCEGS-gebieden naar voren zijn gekomen en geef hierbij concrete adviezen.

Somatische factoren zoals een comorbide somatische aandoening of een slaapprobleem kunnen SOLK in stand houden. Indien aanwezig optimaliseert de huisarts de behandeling hiervan.

Cognitieve factoren zoals negatieve gedachten van de patiënt over zijn klachten beïnvloeden het herstel. De huisarts bespreekt de negatieve effecten van catastroferende overtuigingen zoals 'dat het toch nooit meer overgaat' en stelt voor om de negatieve gedachten te vervangen door realistische neutrale of positieve gedachten zoals 'ik heb wel pijn maar ik kan toch gewoon mijn werk blijven doen'. Het uitdagen en bijstellen van dergelijke negatieve gedachten heeft een positief effect op herstel.³⁰

Emotionele factoren zoals ongerustheid, angst voor ziekte, bewegingsangst en somberheid kunnen de oorspronkelijke klachten verergeren. De huisarts heeft deze emotionele factoren geïnventariseerd in de diagnostische fase. Vanuit deze verkregen informatie geeft de huisarts gerichte informatie en adviezen. Bij ongerustheid en ziekteangst gaat de huisarts na waar de patiënt ongerust over is en op welke manier hij gerustgesteld kan worden. Bij bewegingsangst speelt vaak de overtuiging een rol dat pijn een signaal is van een (ernstige) aandoening. In dat geval geeft de huisarts uitleg over het feit dat pijn meestal niet duidt op gevaar of een ernstige afwijking en dat dit bij de patiënt ook het geval is. Bij somberheid en depressieve gevoelens kan de huisarts gebruik maken van de NHG-Standaard Depressie.

Gedragsmatige factoren zoals vermijding of juist overactiviteit zijn vrijwel altijd aanwezig bij langer bestaande

SOLK.³¹ De huisarts legt uit wat het effect van het gedrag is op de SOLK, gaat na voor welke gedragsverandering de patiënt gemotiveerd is en geeft een gericht advies.

Sociale factoren zoals de situatie in het gezin of op het werk bepalen vaak een groot deel van de ziektelast. Bespreek de invloed van de systeemleden van de patiënt: steun van het systeem kan een positieve invloed hebben op het beloop en verkeerde cognities van systeemleden kunnen een belemmerende factor vormen. Als er vragen zijn over de werksituatie, bijvoorbeeld over werkverzuim en over mogelijke gezondheidsrisico's op de werkplek (werkdruk als onderhoudende factor van de SOLK of attributie van klachten aan werkfactoren, bijvoorbeeld toxische stoffen of elektromagnetische straling), kan de huisarts de patiënt verwijzen naar een bedrijfsarts. De huisarts bespreekt op welke manier de patiënt weer kan terugkeren naar het werk en zijn dagelijkse activiteiten weer kan oppakken.

Advisering

Bij de *advisering* is de kernboodschap dat de prognose goed is, dat de klachten kunnen wisselen in de loop van de tijd³³ en dat het niet schadelijk is te bewegen/activiteiten te ontplooiën/te belasten. Het ervaren van pijn of vermoeidheid betekent niet dat er een ziekte is of schade ontstaat: het komt vaak voor en gaat meestal vanzelf over. Het herstel gaat sneller als de patiënt zijn activiteiten geleidelijk weer uitbreidt. Adviseer actief te blijven en zo veel mogelijk door te gaan met de dagelijkse activiteiten, inclusief (betaald) werk. Geef hiervoor praktische adviezen. Indien de patiënt bepaalde activiteiten vermijdt of juist te lang doorgaat en te weinig ontspanning heeft, kan het normale herstel belemmerd worden.³²

Medicamenteuze therapie

Als de huisarts bij pijn overweegt om pijnmedicatie als zelfzorg te adviseren, adviseert de werkgroep om te volstaan met kortdurende pijnstilling met paracetamol of in tweede instantie (en bij

afwezigheid van contra-indicaties) een NSAID (zie de FTR Pijnbestrijding en de klachtspecifieke NHG-Standaarden). Het verdient de voorkeur om de pijnmedicatie na het acute stadium weer geleidelijk af te bouwen om chronisch gebruik van pijnstillers en medicijnafhankelijkheid te voorkomen.

Controles en het opstellen van een tijdcontingent plan

Instrueer de patiënt terug te komen in de volgende gevallen:

- bij een sterke toename van het disfunctioneren of aanhoudende ernstige klachten: na één week;
- bij niet of niet meer verbeteren van het disfunctioneren: na twee tot vier weken.

Evalueer bij een vervolgconsult altijd de eerder gebleken relevante delen van de klachtexploratie en eventueel het lichamelijk en aanvullend onderzoek. Ga na waarom het functioneren niet verbeterd is en de klacht niet over is gegaan. Maak hierbij steeds gebruik van een inventarisatie van het functioneren op de verschillende dimensies (SCEGS).

Stel tijdens dit vervolgconsult in samenspraak met de patiënt een plan op met doelen en vaste termijnen. Deze aanpak die bestaat uit een geleidelijke (tijdcontingente) opbouw van activiteiten heeft de voorkeur boven een klachtcontingente aanpak (bewegen 'als de pijn het toelaat' of actief worden 'als de vermoeidheid verdwenen is') [tabel 3].³²

Het helpt als de weg naar herstel concreet wordt gemaakt en met tips wordt geïllustreerd; de gegeven adviezen of oefeningen dienen aan te sluiten bij de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven. Bij alle stappen in het schema worden vaste termijnen afgesproken.

STAP 2

De intensivering van de behandeling in stap 2 bestaat, naast voortzetting van de behandeling conform stap 1, uit samenwerking met en verwijzing naar andere eerstelijns hulpverleners. Stap 2 zet de huisarts als stap 1 onvoldoende resultaat oplevert. Meestal zal er dan sprake zijn van patiënten met SOLK die

Tabel 3 Concrete voorbeelden van tijdcontingente (gewenst) en klachtcontingente (ongewenst) advisering

	Gewenst: tijdcontingent	Ongewenst: klachtcontingent
Activiteit	Blijf bewegen en breidt activiteit in x dagen uit naar norm aal.	Probeer te bewegen als de pijn/vermoeidheid het toelaat.
Werk/dagelijkse bezigheden	Ga na 1 week (eventueel halve dagen) aan het werk.	Ga aan het werk zodra de pijn/vermoeidheid het toelaat of over is.
Controle	Komt u na x weken terug, tenzij u dan weer normaal functioneert.	Als het niet gaat, komt u terug.

matig-ernstige functionele belemmeringen ervaren (waaronder bijvoorbeeld een ziekmelding op het werk van langer dan 4 tot 6 weken) en die meerdere SOLK hebben in meerdere klachtenclusters, of een klachtenduur langer dan verwacht (afhankelijk van de aard en het normale beloop van de klacht).

Controles

Spreek regelmatige controles af bij aanhoudende functionele belemmeringen, bijvoorbeeld 1 keer per 4 tot 6 weken. Evalueer met de patiënt de voortgang van de behandeling (zie *Samenwerking/verwijzing* hieronder) en het beloop van de klachten. Adviseer de patiënt om actief te werken aan zijn herstel. Behandelingen waarin de patiënt actief participeert (zoals psychotherapie, psychosomatische fysio- en oefentherapie) zijn effectiever dan passieve behandelingen zoals injecties, operaties en passieve vormen van fysiotherapie.³³

Samenwerking/verwijzing

Als de patiënt er niet in slaagt de activiteiten uit te breiden naar een acceptabel niveau omdat er veel belemmerende factoren zijn, kan de huisarts ervoor kiezen de patiënt te verwijzen. In dat geval dient de huisarts in overleg met de patiënt een vorm van therapie te kiezen die aansluit bij zijn mogelijkheden, wensen en behoeften.

Affiniteit en ervaring met, alsmede specifieke kennis over SOLK van een zorgverlener is gewenst indien besloten wordt te verwijzen. Exploreren van alle klachtdimensies (SCEGS) en in staat zijn een veilige, ondersteunende en open relatie op te bouwen met de patiënt zijn vereiste competenties.

Binnen de eerste lijn kan de huisarts in deze stap samenwerken met bijvoorbeeld een (psychosomatisch) fysio- of oefentherapeut, POH-ggz, eerstelijns

SPV of een (cognitief-gedragmatig geschoolde) eerstelijnspsycholoog. Afhankelijk van de lokale situatie kunnen ook hulpverleners van andere eerstelijnsdisciplines hierbij betrokken worden.

Als klachten van het bewegingsapparaat op de voorgrond staan, verwijst de huisarts bij voorkeur naar een fysio- of oefentherapeut die een aanvullende opleiding (bijvoorbeeld psychosomatische fysio- of oefentherapie)³⁴ of een cursus heeft gevolgd om patiënten met SOLK te begeleiden.

Als de huisarts samenwerkt met een POH-ggz of eerstelijns SPV kan deze patiënten in deze stap begeleiden en hen bijvoorbeeld PST (*problemsolving treatment*) aanbieden. De POH-ggz of eerstelijns SPV neemt hierbij de begeleidende taak over van de huisarts, de huisarts houdt de langetermijnregie.

De huisarts kan de patiënt naar een eerstelijnspsycholoog verwijzen voor patiënteneducatie en kortdurende ondersteunende begeleiding of cognitieve gedragstherapie.³⁰ De eerstelijnspsycholoog dient ervaring te hebben met het begeleiden van patiënten met SOLK.

STAP 3

De intensivering van de behandeling in stap 3 bestaat uit samenwerking met en verwijzing naar tweedelijns hulpverleners en multidisciplinaire teams of behandelcentra. Het zal gaan om patiënten waarbij stap 1 en 2 onvoldoende resultaat opleveren, waarschijnlijk patiënten met ernstige SOLK (ernstige functionele belemmeringen (waaronder bijvoorbeeld een ziekteverzuim van langer dan 3 maanden) en een groot aantal verschillende SOLK en/of een klachtenduur > 3 maanden).

In dit stadium is het belangrijk dat één hulpverlener de regie houdt over de zorg rondom de patiënt met SOLK.²⁶ In veel gevallen is de huisarts hiervoor de

aangewezen persoon, maar het is ook mogelijk dat bijvoorbeeld een SPV, psycholoog of bedrijfsarts deze rol vervult.

In deze stap bestaat de taak van de huisarts uit:

1. het blijven stimuleren van uitbreiding van het functioneren en het signaleren van achteruitgang in het functioneren (zie stap 1);
2. het beperken van langdurige behandelingen en onderzoeken die niet zinvol en mogelijk zelfs schadelijk zijn;
3. indien blijkt dat na meerdere of langdurige specifieke en intensieve behandelingen geen verbetering meer optreedt: het bevorderen dat de patiënt leert de status-quo te accepteren.

Controles

Spreek bij behandeling regelmatige controles af, bijvoorbeeld één keer per vier tot zes weken. Bij blijvend disfunctioneren zonder actieve behandeling is het aan te raden om minimaal één keer per jaar de situatie te evalueren en eventueel nieuwe behandelmogelijkheden aan te bieden.

Samenwerking/verwijzing

Verwijzing om therapeutische redenen naar een monodisciplinair werkzame pijnspecialist wordt ontraden indien deze alleen lokale invasieve pijnbestrijdingsmethoden toepast zoals denervatie en injecties met analgetica, corticosteroïden of scleroserende middelen. Als monotherapie zijn dit namelijk geen effectieve behandelingen.³³

Als de aanpak in de eerdere stappen heeft gefaald of als al meteen bij de evaluatie blijkt dat er sprake is van ernstige SOLK, kan de huisarts verwijzen voor een multidisciplinaire aanpak, waarin de eerder genoemde disciplines zijn vertegenwoordigd en geïntegreerd samen-

werken. Een multidisciplinaire aanpak die zowel somatische als psychologische en sociale aspecten integreert in de behandeling biedt de mogelijkheid om het functioneren op verschillende domeinen te verbeteren. Een intensief fysiek en cognitief-gedragsmatig revalida-

tieprogramma bevordert dat men weer op een acceptabel activiteitsniveau terugkomt.³⁵ Bij een multidisciplinaire aanpak kunnen langdurige en specifiekere behandelingen worden aangeboden, eventueel als dagbehandeling of in combinatie met opname.

© 2013 Nederlands Huisartsen Genootschap

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten startte in 2009 een werkgroep SOLK. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. I.A. Arnold, huisarts te Leiderdorp; D. Bentz van den Berg, huisarts te Maartensdijk; dr. A.H. Blankenstein, huisarts en hoofd van de huisartsopleiding VU medisch centrum; prof.dr. H.E. van der Horst, huisarts te Amsterdam en hoogleraar huisartsgeneeskunde VUmc; dr. T.C. Olde Hartman, huisarts te Nijmegen; A.O. Molenaar, waarnemend huisarts stampplaats De Rijp. Dr. H. Woutersen-Koch begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Zij is arts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. E. Oosterberg was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Van de werkgroep hadden in de periode 2009 tot en met 2013 geen leden betaalde adviseerschappen of onderzoekssubsidies van farmaceutische bedrijven die zich bewegen op het gebied van SOLK. Inhoudelijke belangen werden wel gemeld door: dr. A.H. Blankenstein, prof.dr. H.E. van der Horst, en dr. H. Woutersen-Koch. Genoemde drie personen zijn danwel waren bij onderzoek naar SOLK betrokken en hebben daarover gepubliceerd. Door de leden dr. I.A. Arnold, D. Bentz van den

Berg, T.C. Olde Hartman, A.O. Molenaar en E. Oosterberg werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In juni 2012 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd. Er werden 14 commentaren retour ontvangen. De volgende referenten hebben commentaar geleverd, te weten: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog en hoofdredacteur Huisarts & Wetenschap; namens het Nederlands Instituut voor Psychologen: C.E. Flik, klinisch psycholoog/psychotherapeut en werkzaam op de afdeling Psychiatrie en Psychologie St Antoniusziekenhuis; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen en werkzaam op de afdeling Eerstelijns geneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan het UMC St Radboud Nijmegen; dr. P. Lucassen, huisarts, senior onderzoeker en werkzaam op de afdeling Eerstelijns geneeskunde aan het UMC St Radboud Nijmegen; N.C. Makkes, huisarts en projectleider ZonMw-project SOLK - Gezond georganiseerd vanuit de 1e lijn, (2011 tot 2012) werkzaam bij Huisartsenkliniek Overvecht, Stichting Overvecht Gezond; namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV): prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, afdeling Interne Geneeskunde aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC); dr. M.J.T. Oud, huisarts te Groningen; dr. C.F.H. Rosmalen, huisarts en hoofd afdeling B&O bij de LHV; namens de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzeke-

raars (VAGZ): G.W. Salemink, arts Maatschappij en Gezondheid werkzaam bij Zorgverzekeraars Nederland; namens Nefarma, Gezondheidseconomie: dr. J.J. Oltvoort; J. Stoffels, huisarts en oud-docent huisartsopleiding UMCG; namens Domus Medica, Vlaamse huisartsengenootschap: prof.dr. A. Dirk, Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg en werkzaam bij de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen Universiteit Gent, België; namens Pharos: dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en senior onderzoeker en werkzaam bij Pharos, landelijk kenniscentrum migranten en gezondheid en afdeling eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud Nijmegen en Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal Nijmegen en dr. M. Vintges, arts en onderzoeker; dr. Y.R. Van Rood, klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam op de afdeling Psychiatrie LUMC.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. R. Starmans en J. van Dongen hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In september 2012 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

NOTEN

1 Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen

De NHG-Standaard SOLK is een vertaling en uitdieping van de huisartsgeneeskundig relevante aspecten uit de MDR SOLK en Somatoforme Stoornissen [Fisher 2010] naar de huisartsenpraktijk.

2 Uiting van lichamelijke klachten in niet-westerse culturen

In veel culturen heeft sociale harmonie en een niet-confronterende omgang met elkaar voorrang boven het uiten van emoties. Het gebruik van metaforen en lichamelijke klachten als 'language of distress' behoedt patiënt en zijn omgeving voor schaamtegevoelens [Kirmayer 1998]. Vooral Turken en Marokkanen benaderen meer de somatische kant van hun problematiek, in tegenstelling tot Surinamers [Knipscheer 2005].

3 Het somatisch onverklaard blijven van lichamelijke klachten

Als mensen met hun lichamelijke klachten een arts bezoeken vindt deze lang niet altijd een lichamelijke oorzaak. Bij de huisarts blijft 30 tot 50% somatisch onverklaard [Khan 2003]. Ook bij de neuroloog, reumatoloog, longarts, gastro-enteroloog, cardioloog, tandarts, gynaecoloog [Nimnuan 2001a] en internist [van Hemert 1996] liggen deze percentages hoog; tussen 40 en 60%.

4 Vaak voorkomende SOLK per specialisme met bijbehorende ICP-code

Zie [tabel 4].

5 Functionele syndromen: één of meerdere?

Er is behoorlijke discussie over de vraag of functionele symptomen clusteren in goed gedefinieerde syndromen zoals fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom of spanningshoofdpijn of dat deze specifieke somatische syndromen vooral een artefact zijn van medische specialisatie [Wessely 1999, Nimnuan 2001b, Olde Hartman 2004].

6 Clusters van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

In een exploratief onderzoek in een groep van 978 SOLK-patiënten, waarvan 701 afkomstig uit huisartsenpraktijken, konden de klachten die deze patiënten hadden worden gevat in 4 clusters:

- gastro-intestinaal: buikpijn, wisselend ontlastingspatroon, opgeblazen gevoel/opgezette buik, oprispingen, misselijk, braken, zuurbranden;
- cardiopulmonaal: hartkloppingen, onaange-

naam gevoel op de borst, benauwdheid zonder inspanning, hyperventilatie, warm of koud zweet, trillen/beven, droge mond, vinders in de buik, blozen;

- bewegingsapparaat: pijn in armen/benen, spierpijn, gewrichtspijn, lokaal gevoel van krachtsvermindering of zwakte, rugpijn, pijn bij bewegen, onplezierig doof gevoel/tintelingen;
- algemeen specifiek: overmatige moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratieproblemen, geheugenklachten.

De auteurs telden alleen klachten mee waarvan iemand ook echt belemmeringen ondervond. De gemiddelde SOLK-patiënt had vijf klachten. Hoe meer klachten de mensen hadden, des te vaker hadden ze een hoge score op distress-, angst- of depressiedomeinen van een vragenlijst. Het maakte daarvoor weinig uit of de klachten in veel verschillende clusters vielen. De auteurs concluderen dat SOLK (zij vinden overigens *bodily distress syndrome* een betere benaming) beschouwd kan worden als één syndroom, dat zich op verschillende gebieden kan uiten [Fink 2007, Fink 2010].

7 Plaats van somatoforme stoornissen en epidemiologie in de huisartsenpraktijk

Los van het continuüm op basis van ernst (milde, matig-ernstige en ernstige SOLK) zijn er ook nog de somatoforme stoornissen volgens de DSM.

In de DSM-IV-TR [American Psychiatric Association 2000], het wereldwijd meest gebruikte psychiatrische classificatiesysteem waarin alle psychiatrische stoornissen worden omschreven, zijn zeven somatoforme stoornissen opgenomen. De *ongedifferentieerde somatoforme stoornis* en de *somatoforme stoornis niet anders omschreven* zijn minder ernstig, in termen van prognose en beperking, dan de *somatisatiestoornis*, de *pijnstoornis* en *conversie*; ze komen vaker voor dan de andere somatoforme stoornissen en vereisen lang niet altijd een specialistische aanpak. *Hypochondrie* en een *gestoorde lichaamsbeleving* leiden wel vaak tot veel lijdensdruk, maar minder vaak tot ernstige beperkingen in het functioneren en vereisen een specifieke aanpak [tabel 5].

8 Epidemiologie SOLK

De grote variatie in gevonden prevalenties van SOLK is onder andere afhankelijk van de gehanteerde definitie, van het moment in de klachtepisode waarop de diagnose gesteld is en van interdoktervariatie. Melville et al. vonden dat 3% van de patiënten met een nieuwe klachtepisode de diagnose SOLK hadden gekregen na 3 maanden [Melville 1987]. In een Engels onderzoek classificeerden huisartsen SOLK als de reden van komst voor 19% van de spreekuurbezoekers. Op basis van

screeningsinstrumenten bleek 35% van hen SOLK te hebben, waarvan 5% mogelijk een somatoforme stoornis [Peveler 1997]. In een Nederlands onderzoek werd gevonden dat gemiddeld 13% van alle consulten ging over ten minste één klacht die de huisartsen als SOLK bestempelden [Van der Weijden 2003]. Een van de hoogste gevonden prevalenties kwam naar voren uit Australisch onderzoek, waarbij bleek dat er in 39% van de geplande consulten in de eerste lijn sprake was van patiënten die SOLK presenteerden [Pilowsky 1987]. De prevalentie van SOLK na eerste consulten over een klacht verschilt natuurlijk ook van die van langer bestaande klachten waarvoor vaker het spreekuur wordt bezocht. Verhaak et al. vonden bijvoorbeeld in Nederlandse huisartsenpraktijken een prevalentie van 2,5% van patiënten die de huisarts frequent bezoeken met SOLK [Verhaak 2006]. Een grote interdoktervariatie in het labelen van gepresenteerde gezondheidsproblemen als 'onvoldoende verklaard' is een andere oorzaak van de variatie in prevalenties. Wat de ene dokter 'onverklaard' vindt, kan een andere dokter uitstekend verklaren. Sommige dokters hebben pathologische of anatomische substraten nodig voor ze een klacht 'verklaard' kunnen noemen, terwijl voor anderen functionele klachten of syndromen een voldoende verklaring kunnen zijn.

9 Somatiseren bij allochtone versus autochtone patiënten

Uitspraak op basis van het boek Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk [Seeleman 2005].

10 Samengaan van SOLK met een angststoornis of depressieve stoornis

Zowel een angststoornis als een depressie kunnen samengaan met lichamelijke klachten. Ook kunnen een depressie of angststoornis zich in eerste instantie manifesteren in de vorm van lichamelijke klachten. Bij depressie gaat het vaak om moeheid en pijn; angststoornissen uiten zich vaak als benauwdheid, duizeligheid, hartkloppingen, tintelingen (algemener: klachten die imponeren als cardiopulmonale klachten). De voorspellende waarde van het hebben van lichamelijke klachten voor het stellen van de diagnose depressie of angststoornis is echter laag (Zie de NHG-Standaarden Angst en Depressie). In een vragenlijstonderzoek onder 2447 patiënten ingeschreven bij 5 huisartsenpraktijken rapporteerden 451 mensen pijn op meerdere plaatsen in het bewegingsapparaat (*chronic widespread pain* (CWP)). Van hen meldde 60% ook langdurige moeheidsklachten. In totaal rapporteerden 809 mensen langdurige moeheid, van wie 33% ook CWP meldde. Deze combinaties van moeheid en CWP werden veel vaker gevonden dan op grond van toeval verwacht mag worden, vooral bij mensen met chronische ziekten en/of overgewicht. Mensen met 1 van beide klachten meldden niet vaker depressie of angstklachten, terwijl de combinatie van moeheid én CWP wel samenhang met een verhoogde prevalentie van angst en depressieklachten [Creavin 2010].

Met behulp van data uit het Transitieproject (16.000 patiënten bij 10 huisartsen) onderzochten van Boven et al. de correlatie tussen SOLK en psychische stoornissen. Zij vergeleken hiervoor patiënten met nieuwe SOLK (waaronder palpaties, lagerugpijn en hoofdpijn) met patiënten met klachten die meestal door een somatische aandoening worden verklaard (bijvoorbeeld lymfkliervergroting en gezwollen enkels). De onderzoekers vonden een statistisch verband tussen het hebben van SOLK en een angststoornis of depressieve stoornis (OR variërend van 1,7 tot 5,1 voor angststoornissen en van 1,7 tot 4,2 voor depressie). Daarnaast vonden de onderzoekers dat de voorspellende waarde van SOLK voor het krijgen van een angststoornis of depressieve stoornis net zo laag is als de voorspellende waarde van verklaarde klachten voor het krijgen van een dergelijke stoornis [Van Boven 2011].

Tabel 4 Vaak voorkomende SOLK per specialisme met bijbehorende ICP-code

Interne geneeskunde	Vermoeidheid	A02
Dermatologie	Overmatig zweten	A09.02
	Jeuk	S02
KNO	Oorsuizen/tinnitus	H03
	Slikklachten/globusgevoel	D21/R21
Neurologie	Hoofdpijn	N01
	Duizelig/vertigo/licht in het hoofd	N17/01-02
	Spierzwakte	N18
Cardiologie	Koude acra	K29.02
	Pijn thorax	K01/K02
	Hartkloppingen	K04/K05
Longziekten	Gevoel van benauwdheid	R02
MDL	Buikpijn	D01-02-06-08
Reumatologie	Pijn spieren/gewrichten	L01-L02-L04
Psychiatrie	Slaapproblemen	P06
Endocrien	Verminderde eetlust	T03
Oogheelkunde	Brandende ogen	F05

Tabel 5 Omschrijving van somatoforme stoornissen en geschatte prevalentie in de huisartsen-praktijk [de Waal 2004]

	Omschrijving	Geschatte prevalentie in de huisartsen-praktijk
Somatisatiestoornis	Multisymptomatische aandoening die vaak begint voor het dertigste levensjaar, langdurig aanhoudt en gekarakteriseerd wordt door een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudoneurologische klachten.	≤ 0,5%
Pijnstoornis	Onverklaarde pijn die ernstig genoeg is om het functioneren te beperken en medische hulp in te roepen. Ontstaan, ernst, verergering en voortbestaan worden in verband gebracht met psychische factoren. Ook onvoldoende verklaarde pijn bij aanwezigheid van een somatische aandoening wordt tot de pijnstoornis gerekend.	2%
Conversiestoornis	Onverklaarde symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, of toevallen/convulsies, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening. Verband met psychische factoren wordt aannemelijk geacht.	0,2%
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	Minstens één somatisch onverklaarde lichamelijke klacht die minimaal langer dan zes maanden belemmeringen veroorzaakt in het dagelijks leven. De functionele syndromen (PDS, CVS, FM, etc.) vallen binnen de groep ongedifferentieerde somatoforme stoornis.	13%
Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven	Somatoforme klachten en syndromen die niet voldoen aan de criteria voor een van de specifieke somatoforme stoornissen.	Onbekend
Hypochondrie	Sterke preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben, als gevolg van verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen gedurende minstens zes maanden.	1-5%
Gestoorde lichaamsbeleving	Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk.	< 0,1%

11 Verklaringsmodellen

De verschillende verklaringsmodellen die er zijn, verschillen in de mate waarin zij de lichamelijke klachten en processen verklaren en in de mate waarin zij bepaalde fysiologische, psychologische dan wel sociale aspecten een plaats geven.

Pathofysiologische mechanismen van diverse klachten worden echter steeds meer ontrafeld. Onderzoek richt zich steeds meer op de fysiologie van psychologische processen. Dit somatopsychisch onderzoek richt zich onder andere op fysieke klachten bij psychische stoornissen (cardio-vasculaire of ontstekingsklachten bij depressie) en psychische gevolgen van somatische aandoeningen (invloed van reumatoïde artritis op cognities en persoonlijkheid). Op deze manier krijgen we in toenemende mate inzicht in de wijze waarop somatische fenomenen, cognities, emoties, gedrag en omgeving met elkaar samenhangen.

Biopsychosociale model

In het biopsychosociale model [Engel 1977] komt het belang van de context van de patiënt duidelijk naar voren. Het model gaat er van uit dat (ervaren) gezondheid samenhangt met alle dimensies van het menselijk bestaan en dat de mens in voortdurende interactie met zijn omgeving staat. De medische opleidingen hebben dit model inmiddels geïncorporeerd in hun curricula.

Draagkracht/draaglast-model

Een model dat invulling geeft aan het draagkracht/draaglast-principe is het zogenaamde

SSKK-model [De Jonghe 1997]. SSKK staat voor: steun, stress, kracht en kwetsbaarheid. Het gaat hierbij om het evenwicht tussen deze factoren. Als in de persoon kwetsbaarheid en kracht uit balans zijn, kan er bijvoorbeeld naar aanleiding van een specifieke stress en gebrek aan steun klachten ontstaan.

Stressmodel

De Gucht en Fischler [De Gucht 2002] tonen in hun 'analyse van de relatie tussen professionele stress, psychosociale parameters en verschillende dimensies van fysieke gezondheid' aan dat een hoog niveau van professionele stress gecorreleerd is met vermoeidheid, pijn en somatoforme stoornissen. Psychologische distress speelt in deze relatie een belangrijke rol. Hun hypothese is dan ook dat bepaalde psychosociale factoren in interactie met een chronisch hoog niveau van professionele stress kan resulteren in het ervaren van onverklaarde lichamelijke klachten.

Perceptueel-cognitieve invalshoek

Robbins en Kirmayer [Robbins 1991] beschrijven in hun somatosensorische amplificatietheorie dat patiënten hun aandacht richten op lichamelijke sensaties. Deze lichamelijke sensaties resulteren in cognities en emoties bij patiënten waarbij er lichamelijke attributies ontstaan [Rief 2007]. Hierdoor worden de initiële klachten versterkt en uitvergroot. Als gevolg hiervan ontstaat er een vicieuze cirkel van het onderhouden en versterken van lichamelijke klachten.

Binnen dit model past ook het begrip somatische fixatie. Somatische fixatie is gedefinieerd als een proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, klachten of problemen, door patiënten zelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg. Hoewel het nooit goed gelukt is het begrip somatische fixatie voor onderzoek te operationaliseren, heeft het wel praktische waarde in de zorg, omdat het zo duidelijk aangeeft hoe klachten in stand gehouden worden door een interactie tussen patiënt, gezondheidszorg en sociale omgeving [Van Eijk 1983].

Neurobiologische modellen

De neurowetenschappen [Brown 2002] benadrukken de complexe wisselwerking tussen neurobiologische processen (HPA-as (hypothalamus-hypofyse-bijnier-as), cytokinen), omgevingsfactoren, aandacht en gedrag [Dantzer 2005, Kirmayer 2006]. Veronderstelde afwijkingen in bijvoorbeeld het limbisch systeem zijn uitgangspunt van theorievorming. Neurale endocrinologische en neurovegetatieve processen zijn ook onderdeel van de neurobiologische benadering. Verder benadrukt de psychoimmunologie ook de gevolgen van somatische ziektes op endocriene processen, immunologische processen, stemming en gedrag. Dit zou kunnen verklaren waarom bepaalde lichamelijke verklaarde aandoeningen niet herstellen ondanks adequate medische behandeling.

Vicieuze cirkels spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van klachten, ongeacht de oorsprong van de klachten. Vooral de interpretatie van klachten en het daaruit volgende ziekte- en/of hulpzoekgedrag staan centraal [Sharpe 1992, Specimens 2004, Van Rood 2001]. Daarnaast is gebleken dat eerdere en herhaalde prikkels van pijn en andere symptomen in het verleden het centrale zenuwstelsel gevoeliger maken voor deze prikkels (sensitisatie) [Rief 2007].

Emoties spelen ook een belangrijke rol bij lichamelijke sensaties. Heftige emoties gaan meestal gepaard met duidelijk waarneembare lichamelijke verschijnselen zoals verbleken van schrik of rood aanlopen van woede. Het niet voldoende kunnen reguleren van emoties geeft dikwijls een lichamelijke ontregeling die tot langdurige lichamelijke klachten kan leiden. Volgens de psychoanalytische traditie hebben onverklaarde lichamelijke klachten te maken met het verdringen van emoties. Andere theorieën benadrukken het selectief waarnemen van gevoelens. In de literatuur zijn aanwijzingen dat patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten moeite hebben met het herkennen van gevoelens en emoties en moeite hebben deze te onderscheiden van fysieke sensaties [De Gucht 2004, Bankier 2001].

Kijkend naar de individuele ontwikkeling worden onverklaarde lichamelijke klachten in verband gebracht met prenatale, postnatale, vroegkinderlijke en andere vroegere ervaringen. Sinds recent is er aandacht voor het verband tussen een vroege onveilige hechtingsstijl en een latere kwetsbaarheid voor onverklaarde klachten. De invloed van vroege trauma's, vroeg affectieve verwaarlozing en vroege aangeleerde manieren van omgaan met lichamelijke klachten maken iemand gevoeliger voor het ontwikkelen en onderhouden van onverklaarde lichamelijke klachten.

12 Verklaringsmodellen en niet-westerse culturen

Elke samenleving heeft eigen verklaringsmodellen voor ziekte en gezondheid. In westerse culturen overheerst het biomedische model: een ziektebeeld is te herleiden tot een stoornis in het lichaam of de geest. Dit in tegenstelling tot niet-westerse culturen waarin vaak geen onderscheid gemaakt wordt tussen lichaam en geest en oorzaken en oplossingen van problemen buiten zichzelf worden gezocht (goden/geesten). In Marokko wordt bij-

voorbeeld onderscheid gemaakt tussen ziekten die ontstaan door natuurlijke oorzaken (verstoringen van de balans tussen warm en koud) bovennatuurlijke oorzaken (contacten met djinns, demonen die in een wereld parallel aan mensen wonen) of menselijke oorzaken (het boze oog, tovenarij of magie) [Borra 2003].

Sommige islamitische patiënten zien hun klachten vooral als het lot dat Allah op hun weg heeft gelegd en hebben niet het gevoel dat zij daar zelf actief iets aan kunnen doen. Gezondheid is niet maakbaar en ook niet een eigen verdienste, gezondheid is een gunst van Allah [Noordenbos 2007].

13 Beloop van SOLK

In een meta-analyse identificeerden de auteurs na een uitgebreide search 6 prospectieve cohortonderzoeken (met 81 tot 337 patiënten per onderzoek) naar de prognose van SOLK in een met eerstelijns-patiënten overeenkomende populatie. Uit de in de meta-analyse geïncludeerde onderzoeken bleek dat bij 50 tot 75% van de patiënten de klachten verbeterden tijdens de follow-upperiode (6 tot 15 maanden). Tien tot 30% verslechterde tijdens de follow-up. Bij de meeste onderzoeken was het onduidelijk in hoeverre er sprake was geweest van behandeling. Uit de meta-analyse bleek ook dat hebben van een groter aantal symptomen in het begin een slechtere prognose geeft. Hetzelfde geldt voor de ernst van de symptomen; hoe ernstiger de klachten in het begin, hoe groter de kans dat de klachten niet verdwijnen [Olde Hartman 2009a].

Over het geheel genomen heeft de meerderheid van de SOLK-klachten een gunstig beloop: van de patiënten heeft slechts 20 tot 30% een jaar na het eerste bezoek aan de huisarts nog klachten [De Waal 2006].

Het beloop kan echter ook complexer zijn. In een 1 jaar durend cohortonderzoek werden 642 patiënten gevolgd die de huisarts bezochten met nieuw ontstane moeheidsklachten. Van hen herstelde 17% snel, 25% herstelde langzaam, 26% hield het hele jaar continu hoge moeheidsscores, en 32% herstelde snel maar kreeg binnen het jaar een recidief [Nijrolder 2008].

14 Invloed van arts-patiëntrelatie en communicatie op gezondheidsuitkomsten

Uit de literatuur is bekend dat een goede arts-patiëntrelatie, net als een goede arts-patiëntcommunicatie, in het algemeen zorgt voor betere gezondheidsuitkomsten, meer patiënttevredenheid en grotere therapietrouw [Cabana 2004, Kim 2008, Nutting 2003]. In de psychotherapie is die relatie zelfs verantwoordelijk voor 30% van het effect van de behandeling [Lambert 2012]. In een literatuuronderzoek naar het therapeutisch effect van de huisarts-patiëntrelatie concludeerden de onderzoekers dat, ondanks de grote heterogeniteit van de gevonden onderzoeken, huisartsen die een warme en persoonlijke relatie met hun patiënten aangaan, 'effectiever' zijn dan huisartsen die het houden bij een meer onpersoonlijke en formele relatie [Di Blasi 2001]. In een Nederlands onderzoek naar de behandeling van depressie in de eerste lijn bleek een behandeling volgens de richtlijn op zichzelf onvoldoende effectief, maar in combinatie met empathie en ondersteuning wél effectief [Van Os 2005]. Ook bij de behandeling van PDS is een warme, empathische en vertrouwelijke arts-patiëntrelatie effectiever dan dezelfde behandeling zonder zo'n relatie (verlichting van symptomen 61% versus 53%) [Kaptchuk 2008].

In een systematische review van 10 RCT's en 11 gecontroleerde trials en cohortonderzoeken werd de relatie tussen arts-patiëntcommunicatie en gezondheidsuitkomsten voor de patiënt onderzocht [Stewart 1995]. In 16 van de 21 onderzoeken werd een positieve invloed gevonden van de kwaliteit van de communicatie op de gezondheidsuitkomsten. De volgende communicatieaspecten waren van invloed op de gezondheidsuitkomsten:

- een brede klachtexploratie van zowel somati-

sche, emotionele en cognitieve aspecten en verwachtingen en van de door de patiënt ervaren invloed van de klachten op het functioneren;

- een gedeelde visie op het probleem en een gemeenschappelijk ontwikkeld beleid, waarbij de patiënt gelegenheid krijgt om nadere informatie te vragen en eigen reacties te geven.

Aiarzaguena et al. [Aiarzaguena 2007] toonden in een cluster RCT aan dat als huisartsen (n = 19) speciale communicatietechnieken toepasten, hun somatiserende patiënten (n = 76) significant meer verbeterden op fysieke gezondheid, lichamelijke pijn en geestelijke gezondheid, dan de patiënten (n = 20) van de huisartsen (n = 20) die een standaardretributietechniek toepasten. Het effect was tot 12 maanden aanwezig. De communicatietechnieken hielden in dat de arts een fysiologische uitleg (hormonale factoren) gaf en gevoelige onderwerpen indirect benaderde. Dobkin et al. [Dobkin 2006] keken welke factoren compliantie met het beleid, en in het bijzonder met het medicamenteuze beleid voorspelden bij 142 patiënten met fibromyalgie. Hoe minder discordantie tussen arts en patiënt, hoe beter de patiënten zich hielden aan het voorgestelde beleid en hoe beter ze zich voelden. Owens et al. [Owens 1995] toonden aan de hand van te voren opgestelde criteria afgeleid uit het dossier van 112 PDS-patiënten aan dat een positieve arts-patiëntrelatie samenhangt met minder consulten tijdens de follow-upperiode.

Conclusie: er zijn naar mening van de werkgroep voldoende aanwijzingen dat een goede arts-patiëntrelatie en communicatie een gunstige invloed heeft op de ervaren gezondheid en het gedrag van patiënten.

15 Voorspellende waarde van psychosociale stressoren

Walker [Walker 1993] heeft kinderen met steeds terugkerende buikpijn vergeleken met kinderen met een organische maagaandoening, met kinderen met emotionele problemen en met gezonde kinderen. Kinderen met steeds terugkerende buikpijn rapporteerden minder negatieve *life events* dan kinderen met emotionele problemen. Ze hadden in dezelfde mate last van *emotional distress* als kinderen met een maagaandoening. Bleijenberg [Bleijenberg 1989] heeft in de jaren tachtig onderzocht of patiënten met functionele buikklachten te onderscheiden waren van mensen met organische verklaarde buikklachten op basis van anamnese en psychologische factoren. Dat bleek niet het geval te zijn. Uit een onderzoek in een derdelijns-populatie van patiënten met buikklachten blijkt dat seksueel misbruik in de voorgeschiedenis vaker voorkomt bij mensen met PDS dan bij mensen met colitis [Drossman 1990].

16 Gezondheidsvaardigheden

Van laaggeletterdheid is bekend dat het geassocieerd is met een slechtere gezondheid op velerlei gebieden en met name veel voorkomt onder ouderen, minderheden, lager opgeleiden en chronisch zieken. Het National Institute of Health definieert *health literacy* (gezondheidsvaardigheden) als de mate waarin individuen de capaciteiten hebben om basale gezondheidsinformatie en -diensten te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen om adequate gezondheidsbeslissingen te nemen. Volgens deze definitie relateren gezondheidsvaardigheden dus aan de cognitieve en functionele vaardigheden om gezondheidsgerelateerde beslissingen te nemen [Paasche-Orlow 2007].

17 Andere NHG-Standaarden

Afhankelijk van de ingangsklacht kunnen ook andere NHG-Standaarden van toepassing zijn, zoals bijvoorbeeld: Voedselovergevoeligheid (M47), Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen (M67), Angst (M62), Depressie (M44), Problematisch alcoholgebruik (M10), Schildklieraandoeningen (M31), De Overgang (M73), Mictieklachten bij mannen (M42), Epicondylitis (M60), Hand- en pols-klachten (M91) en Erectiele dysfunctie (M87).

18 De kans op een somatische aandoening als oorzaak van aanvankelijk als SOLK geduide klachten

PDS

In 2 onderzoeken werd prospectief nagegaan hoe betrouwbaar de diagnose prikkelbare darmsyndroom (PDS) was. Harvey et al. [Harvey 1987] volgden 104 patiënten met PDS 5 jaar. In alle gevallen bleek de diagnose correct gesteld te zijn. Owens et al. [Owens 1995] volgden 112 patiënten met PDS gemiddeld 29 jaar. Bij 3 mensen werd in de loop van de tijd een ziekte van het maag-darmkanaal vastgesteld, waarbij het in 2 van de 3 gevallen zeer onwaarschijnlijk was dat de PDS-klachten voortkwamen uit de aandoening. In 1 geval hielden de als PDS geduide klachten mogelijk wel verband met de aandoening die later gevonden werd.

Moeheid

In een prospectief cohortonderzoek in Nederlandse huisartsenpraktijken werd bekeken tot welke diagnoses nieuw gepresenteerde, in eerste instantie onverklaarde klachten leidden. Drieënzestig huisartsen includeerden 444 patiënten (73% vrouw, gemiddelde leeftijd 43 jaar), met voornamelijk moeheidsklachten (70%). Bij 82 patiënten (18%) bleek er, na een follow-upduur van een jaar, sprake van de aanwezigheid van ten minste een somatische component die de klachten (deels) verklaarde. Het ging met name om somatische (deel)verklaringen in de categorieën infectieus/ontsteking (22% van 82), artrose/degeneratieve afwijkingen (13%), diabetes mellitus (9%), anemie (6%), hypothyreoïdie (4%), mononucleosis infectiosa (4%) [Koch 2009a].

Duizeligheid

In een Nederlands cross-sectioneel diagnostisch onderzoek onder oudere patiënten die hun huisarts voor duizeligheid consulteerden werd onder andere gekeken naar bijdragende oorzaken van duizeligheid. 417 patiënten tussen 65 en 95 jaar werden geïncludeerd. Cardiovasculaire ziekte was de meestvoorkomende bijdragende oorzaak van duizeligheid (57%), gevolgd door perifere vestibulaire duizeligheid (14%) en psychiatrische ziekte (10%). In 23% van de gevallen speelden bijwerkingen van medicijnen een bijdragende rol [Maarsingh 2010].

Conclusie: de kans dat uiteindelijk toch een organisch ziektebeeld ten grondslag blijkt te liggen aan de eerder als SOLK geduide klachten loopt uiteen afhankelijk van de ingangsklacht. Deze kans is erg laag bij als SOLK geduide buikklachten en iets groter bij als SOLK geduide moeheid. De grootste kans op somatische oorzaken is er bij eerder als SOLK geduide duizeligheid bij ouderen.

19 Aanknopingspunten/hints

In de eerste lijn bestaat al heel lang een traditie van aandacht besteden aan aanknopingspunten/hints en hun betekenis. Het herkennen van hints is belangrijk voor het wederzijds begrip tussen arts en patiënt. Met de patiëntgerichtheidsbeweging aan het eind van de jaren tachtig kwam het aandacht besteden aan het belang van aanknopingspunten weer in de mode. Reageren op aanknopingspunten van de patiënt is een van de belangrijkste tools voor een succesvol consult [Olde Hartman 2008].

Hints worden door verschillende auteurs op verschillende manieren beschreven:

Gask en Usherwood [Gask 2002] refereren aan de verbale en non-verbale uitdrukkingen van patiënten als hints die ze geven met betrekking tot hun psychosociale of sociale problemen. Levinson et al. [Levinson 1997] beschrijven 'cues'(signalen) als directe of indirecte uitdrukkingen die informatie over het leven en de gevoelens van de patiënt bevatten. Balint gebruikt het woord 'offer/aanbod' voor uitingen van de patiënt over het belang van hun symptomen en de reden van komst naar de huisarts [Balint 2000]. Branch en Malik [Branch 1993] zien cues als kans voor de arts om empathie

te kunnen tonen. Het is belangrijk om cues te detecteren en er op te reageren op het moment dat de patiënt ze 'aanbiedt'. Niet reageren op cues kan patiënten weerhouden van verdere onthullingen. Bertakis et al. [Bertakis 1991] rapporteerden op basis van een onderzoek waarbij ze tapes van consulten analyseerden in combinatie met het uitzetten van een tevredenheidsvragenlijst bij patiënten een significante relatie tussen de reactie van de dokter op emotionele cues en de mate van verdere onthullingen van patiënten. Bovendien maken cues een beter begrip van het leven van de patiënt en zijn cognities en emoties mogelijk. Herkenning en exploratie ervan hebben nog een voordeel. Het laat zien dat de huisarts zorgvuldig luistert, de betekenis van de klachten voor de patiënt wil begrijpen en in de patiënt is geïnteresseerd. Dat heeft een gunstige invloed op de therapeutische relatie en daarmee op ziekte-uitkomsten en patiënttevredenheid. Dokters hebben moeite om cues te herkennen. Levinson et al. [Levinson 1997] onderzochten hoe patiënten cues presenteerden en hoe dokters er op reageerden. In meer dan de helft van de consulten waren cues aanwezig (gemiddeld 2,6 cues per consult). Patiënten initieerden 71% van de cues zelf, en 29% van de cues werden door dokters geïnitieerd doordat zij open vragen stelden. In een meerderheid van de consulten (79%) lieten dokters de kans om te reageren op een cue voorbijgaan. Deze consulten duurden significant langer. Butow et al. [Butow 2002] vonden hetzelfde in hun onderzoek naar verbale cues van kankerpatiënten: oncologen herkennen de cues niet consequent en reageerden er niet altijd op. De consulten waarin oncologen wel in hogere mate reageerden op cues duurden niet langer dan andere consulten. Cegala [Cegala 1997] analyseerde videotapes van consulten in de eerste lijn van 16 dokter met 32 patiënten, en vond dat dokters zelden informatie geven zonder dat daar een directe vraag van de patiënt aan vooraf is gegaan.

Conclusie: er zijn voldoende aanwijzingen dat aandacht geven aan aanknopingspunten/hints belangrijk is.

20 Vragenlijsten/klachtenlijsten/signaleringsinstrumenten

Er zijn verschillende klachtenlijsten zoals de 4-DKL, de lijst Van Hemert, de PHQ, Beck Angst (BAI-PC) en Beck Depressie (BDI-PC). In de ZonMw/NIVEL Kennissynthese ggz [Zwaanswijk 2009] is aan een panel van 54 eerstelijns hulpverleners (huisartsen, AMW, ELP, SPV, POH-ggz) en patiëntenvertegenwoordigers de vraag voorgelegd op welke manier signaleringsinstrumenten het beste ingezet kunnen worden in de huisartsenvoorziening. Van de respondenten ziet 82% ondersteuning van de diagnostiek als functie, als er al een vermoeden is van de aanwezigheid van een bepaalde aandoening. Ook kunnen signaleringsinstrumenten gebruikt worden om problemen bespreekbaar te maken (genoemd door 74%) en om problemen bij risicogroepen op te sporen (44%). Slechts 14% vindt dat signaleringsinstrumenten gebruikt kunnen worden om problemen op te sporen bij een algemene groep patiënten. Als aanvulling werd genoemd dat signaleringsinstrumenten

ook gebruikt kunnen worden om de ernst van de klachten van patiënten in de gaten te houden tijdens een behandeling of tijdens *watchful waiting*.

Het aantal vragen dat een signaleringsinstrument bevat en de tijd die het kost om een instrument in te vullen, zijn volgens de meeste respondenten (76%) beslissend voor de toepasbaarheid van het instrument in de huisartsenvoorziening. Van de huisartsen in het panel gebruikt 47% 1 of meer signaleringslijsten, vooral voor depressie, angst en dementie.

Van de bij SOLK relevante lijsten zijn in de kennissynthese de lijsten in [tabel 6] beoordeeld als voldoende tot goed betrouwbaar en valide. Allemaal kunnen ze door de patiënt zelf ingevuld worden. Het verschilt per regio welke lijst gebruikt wordt. De werkgroep maakt hierin geen keuze.

21 Etnisch-culturele aandachtspunten bij communicatie

Onderstaande opmerkingen en adviezen zijn, bij gebrek aan sterk bewijs, onder andere afkomstig uit de Handleiding voor anamnestic gesprek met migranten bij verholten psychosociale problemen [Limburg-Okken 1989].

Manier van vragen en vraagvolgorde

Bij allochtonen uit niet-westerse culturen is een aangepaste wijze van vragen van belang. In tegenstelling tot de Nederlandse cultuur, die individualistisch is en waarin het wat meer gebruikelijk is om over gevoelens te praten, zijn niet-westerse culturen vaak collectivistisch. In collectivistische culturen wordt van individuen verwacht dat ze bovenal de harmonie in de groep bewaren en past het niet om te veel nadruk te leggen op de eigen mening en gevoelens. Ook een in Nederland gebruikelijke vraag als: 'Heeft u problemen?' zal ontkennend worden beantwoord, met iemand van buiten de familie worden problemen niet besproken. Daarbij is het van belang om de vragen zo concreet mogelijk te stellen bijvoorbeeld:

- Wanneer zijn de klachten precies begonnen? Wat gebeurde er die dag?
- Hoe gaat het op uw werk?
- Wat vindt de familie ervan? (kan ook onuitgesproken mening van patiënt vertolken)
- Kunt u wel slapen door de ziekte? Droomt u veel? (dromen zijn belangrijk bij inheemse ziekte-interpretaties)

Turkse en Marokkaanse patiënten kunnen problemen hebben met de directe communicatiestijl van Nederlandse hulpverleners en met het bespreken van taboeonderwerpen. Zij kunnen passief blijven vanuit hun respect voor de behandelaar en het gevoel geen controle te hebben over de klachten [Rabbae 2008].

De vraagvolgorde ('van buiten naar binnen') kan helpen bij het makkelijker bespreekbaar maken van gevoelens. Indien nog niet bekend, bespreek dan eerst globaal de familieomstandigheden (ook in land van herkomst) en de dagelijkse activiteiten (werk, huishouden). Besteed dan aandacht aan de geuite klachten, vervolgens de maatschappelijke context waarin de klachten worden beleefd (relatie werk, huisvesting, et cetera), vervolgens de re-

latie die de klacht heeft met de familie, en pas als laatste de eigen beleving van de klachten (psychische gevolgen, oorzaken).

Culturele barrières

Bij een opvallend nadrukkelijke presentatie van lichamelijke klachten is het goed te bedenken dat het in een niet-eigen taal moeilijker is om gedachten en gevoelens te verwoorden dan lichamelijke klachten. Vaak helpt het om eerst naar feiten door te vragen, daarna naar meningen en pas daarna naar gevoelens. Doorvragen naar verschillende aspecten van de klacht dimensies past wel in de verwachting, maar dan meer als sociale belangstelling dan als onderdeel van medische diagnostiek. Zeker bij SOLK zal de huisarts duidelijk moeten maken dat hij veel informatie nodig heeft om de patiënt te kunnen helpen. Psychische en sociale gevolgen van klachten zijn goed bespreekbaar, maar een uitleg in de vorm van een vicieuze cirkel sluit vaak niet aan. Met je arts praten over je familie als stressbron of als deel van het probleem is vaak niet acceptabel, maar over de betekenis van de klacht voor de hele familie is goed te praten. De huisarts kan hierop aansluiten door te informeren welke familieleden als vertrouwenspersoon bij de behandeling betrokken kunnen worden.

Misverstand in de communicatie ontstaan nog vaker in contact met tweedegeratie allochtonen uit niet-westerse culturen. Juist omdat zij meestal goed Nederlands spreken, vergeet de huisarts makkelijk dat er nog wel culturele barrières kunnen bestaan [Boevink 2001]. Uit onderzoek blijkt ook dat de kans op wederzijds onbegrip tussen arts en patiënt groter wordt als de patiënt behoort tot een latere generatie migranten of tot een enigszins geaccultureerde groep allochtonen uit niet-westerse culturen. Streven naar begrip is belangrijker dan het bereiken van overeenstemming [Harmsen 2005].

Uitleg

Patiënten van niet-westerse herkomst hebben een *language of distress*, waarmee met het lichaam wordt gesproken en metaforen worden gebruikt. Patiënt en zijn omgeving worden zodoende behoeft voor schaamtegevoelens [Kirmayer 1998]. In veel culturen wordt daarom voorlichting gegeven over klachten en ziekte door gebruik van metaforen:

- Uw hoofd zit vol met nare en pijnlijke herinneringen, dan is er geen plaats meer in uw hoofd om dingen te onthouden. Het verdriet neemt alle plaats in uw hoofd in en kost veel energie.
- De wortels van een boom dringen diep door in de grond. Wanneer ze tegenstand ondervinden, zoals een grote kei of een rotsblok, groeien ze om dat obstakel heen. Het gaat erom dat de boom kan doorgroeien. Zo gaat het ook met mensen. Leer omgaan met de klachten in de zin van 'eromheen', zoals boomwortels doen. Wees soepel [Vloeberghs 2005].

Aandacht voor beleving van magie en religie

Veel patiënten maken gebruik van alternatieve geneeswijzen. Bij allochtone patiënten kan het gaan om gebruik van winti, magie, voodoo en dergelijke, evenals om het gebruik van inheemse genezers

Tabel 6 Kenmerken van voldoende tot goed betrouwbaar en valide beoordeelde vragenlijsten

Signaleren van	Vragenlijst	Aantal vragen	Invultijd in minuten	Testkenmerken	Opmerkingen
Depressie	PHQ-9	9	5		Meet de 9 depressiecriteria van de DSM IV.
	BDI-PC*	7	1-2	Sensitiviteit: 82-97%, specificiteit: 82-99%.	
Angst	BAI-PC*	7	1	Bij afkappunt 5 sensitiviteit 85% en specificiteit 80%.	
Distress, depressie, angst en somatisatie	4-DKL†	50	5-10		Onderscheidt ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek van psychiatrische aandoeningen.

* met BIG-nummer te bestellen via www.pearson-nl.com.

† te downloaden op www.emgo.nl/researchtools/4DSQ.asp of via www.sprekruurassistent.nl.

(zoals fqih, hoca, imam, bonoeman, lukuman). Het is wenselijk dat de therapeut hiervan kennis neemt en met de cliënt bespreekt wat voor hulp of behandeling deze verder nog krijgt. Verder is het relevant om na te gaan of andere alternatieve behandeling de geboden therapie ondersteunt en versterkt of hiermee in strijd is [Noordenbos 2007].

Effectiviteit behandelprogramma's allochtonen

Een interventie onder vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten ($n = 249$) had als resultaat dat ernstige pijnklachten afnamen, de ervaren gezondheid toenam en het huisartsenbezoek afnam (met 8%). De interventie bestond uit begeleidende bewegingen in groepsverband gedurende twee maanden en een bijeenkomst met een 'voorlichter eigen taal en cultuur' (VETC) over de relatie tussen stress en pijn [Van Ravensberg 2008]. Recente aanwijzingen op onderzoeksgebied tonen aan dat het inzetten van culturele werkers bij de behandeling van psychosomatische klachten een beter ervaren gezondheid opleveren dan de reguliere huisartsen-aanpak. Bij de cultuurgevoelige aanpak wordt psychoeducatie gegeven met speciale aandacht voor de culturele achtergrond van de patiënt en wordt door allochtone zorgconsulenten ondersteuning gegeven bij de communicatie tussen patiënt en huisarts [Joosten-Van Zwanenburg 2004].

22 Fout-positieve testuitslagen bij lage prioriteiten op een somatische aandoening

In de VAMPIRE-trial is onderzocht wat de diagnostische opbrengst was van bloedonderzoek bij 173 patiënten die met een nieuwe onverklaarde moeheidsklacht de huisarts bezochten. Met het in de NHG-Standaard Bloedonderzoek aanbevolen beperkte bloedonderzoek (Hb, BSE, glucose en TSH) werd bij 6,4% een terecht positieve testuitslag verkregen, terwijl bij 22,0% van de patiënten een fout-positieve testuitslag werd gevonden. Een door experts samengesteld uitgebreider moeheidsspecifiek bloedonderzoek (naast Hb, BSE, glucose, TSH ook leverfuncties, creatinine, leuko-diff, ferritine, transferrine en monosticon) leverde bij 7,5% van de patiënten een terecht positieve uitslag op, maar het percentage patiënten met een fout-positieve uitslag steeg naar 55,5%. De door het bloedonderzoek ontdekte diagnoses bij de 173 patiënten waren diabetes mellitus (4 x), anemie (3 x), mononucleosis infectiosa en hypothyreoïdie, thalassemie en vitamine-B12-tekort (allen 1 x). Twee patiënten met een mononucleosis en 1 met een huisstofallergie hadden een fout-negatieve testuitslag. Anamnese en lichamelijk onderzoek konden niet voorspellen welke patiënten een abnormale bloeduitslag zouden hebben [Koch 2009b].

23 Invloed van aanvullend onderzoek op de geruststelling van patiënten

In een narratieve review is een beschrijvende samenvatting gegeven van RCT's die de effectiviteit van het gebruik van diagnostische tests als methode om patiënten gerust te stellen onderzochten. Er werden 5 RCT's gevonden met 1544 patiënten. De RCT's onderzochten verschillende testen (ECG, röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom, MRI van de hersenen, laboratoriumonderzoek, MRI van de lumbale wervelkolom) voor verschillende klachten (onder andere pijn op de borst, lagerugpijn en hoofdpijn). Van de 5 RCT's vonden er 4 geen significant effect van de testen op de geruststelling van de patiënt. Eén onderzoek rapporteerde een geruststellend effect na 3 maanden, dat verdwenen was na een jaar. De auteurs van de review concluderen dat ondanks het kleine aantal onderzoeken en de heterogeniteit ervan, het doen van diagnostische tests nauwelijks lijkt bij te dragen aan de mate van geruststelling. Duidelijke uitleg en een watchfulwaitingbeleid kunnen aanvullende diagnostische tests overbodig maken. Als diagnostische tests gebruikt worden, is het belangrijk om adequate pre-testinformatie te geven over normale testuitslagen [Van Ravesteijn 2012].

24 Aanwezigheid van functionele beperkingen prognostisch ongunstige factor

Voor de brede SOLK-patiëntengroep in zijn geheel is de aanwezigheid van functionele beperkingen niet als prognostisch ongunstige factor aangehouden.

25 Indeling SOLK-patiënten in ernstklassen

De indeling van SOLK-patiënten in ernstklassen berust op consensus binnen de werkgroep. De noodzaak voor een indeling in ernst wordt gemotiveerd vanuit het behandelprincipe *stepped care*. Er worden drie dimensies van ernst onderscheiden: de mate van functionele belemmeringen, de duur van de klachten en het aantal betrokken klachten/klachtenclusters.

26 Stepped care

Henningsen et al. [Henningsen 2007] doen op grond van een review van systematische reviews en meta-analyses de aanbeveling om in eerste en tweede lijn een steppedcarebenadering te hanteren. Stepped care is een meer flexibele behandel-methode dan traditionele vormen van behandeling. Het houdt in dat verschillende interventies van een verschillende intensiteit na elkaar aangeboden worden afhankelijk van het effect van een eerdere stap. Steppedcarebehandeling steunt op een drietal aannamen. De eerste is dat de minimale interventies die gebruikt worden in stepped care (zoals bijvoorbeeld patiënteneducatie) een significant positief effect op de klachten kunnen hebben gelijk aan dat van traditionele psychologische behandelingen, ten minste voor een gedeelte van de patiënten. Ten tweede is er de aanname dat het gebruik van minimale interventies ervoor zal zorgen dat voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg effectiever gebruikt gaan worden. De derde aanname stelt dat minimale interventies en de gehele steppedcarebenadering acceptabel zijn voor zowel de patiënt als de behandelaar [Bower 2005]. In het geval van SOLK en somatoforme stoornissen houdt stepped care in dat op grond van de evaluatie de lichtst mogelijke effectieve behandeling wordt gekozen. De keuze hangt onder meer af van de ervaringen met en effecten van eerdere behandelingen, en van de aard en ernst van de klachten en beperkingen. Bij al deze benaderingen is het belangrijk dat een expliciet doel wordt geformuleerd, en dat monitoring van het verloop en de uitkomst van de interventie plaatsvindt. Bij onvoldoende effect wordt doorggegaan naar een volgende (intensievere) stap in het zorgaanbod. Aangezien in deze steppedcarebenadering verschillende disciplines een rol spelen, is hun onderlinge communicatie van eminent belang, alsmede de centrale rol van de huisarts als casemanager. Het steppedcareprincipe vereist bij actieve behandeling een regelmatig evaluatie van het behandel-effect. De empirische evidentie voor een steppedcarebenadering voor SOLK en somatoforme stoornissen ontbreekt echter vooralsnog [Fisher 2010].

27 Invloed van bloedonderzoek en arts-patiëntrelatie op tevredenheid en ongerustheid

Uit een cluster-RCT (63 huisartsen; 498 patiënten) bleek dat patiënten met SOLK bij wie de huisarts direct bloedonderzoek aanvraagt, daarna niet meer of minder tevreden of ongerust zijn dan patiënten bij wie de huisarts eerst een maand afwacht. De tevredenheid van patiënten was wel groter en de ongerustheid minder als de patiënt in het algemeen vertrouwen in zijn huisarts had, zich serieus genomen voelde, duidelijkheid had gekregen over de ernst van de klacht, als de mogelijkheid van testen besproken was, de huisarts niet de indruk had gewekt dat hij de klachten wel mee vond vallen, en als de huisarts ouder was [Van Bokhoven 2009].

28 Manieren van uitleggen en consequenties

Uit een focusgroeponderzoek onder Nederlandse huisartsen blijkt, dat huisartsen zich bewust zijn van het belang van de wijze waarop ze de werkhypothese SOLK aan hun patiënten uitleggen. Ze er-

varen dit uitleggen van de aard van de klachten tijdens consulten met hen echter wel als lastig. Huisartsen geven aan dat zij drie manieren gebruiken bij de uitleg: het 'normaliseren' van symptomen (uitleggen dat het ervaren van klachten gewoon deel uitmaken van het leven), uitleggen dat er geen ziekte is en het gebruiken van metaforen [Olde Hartman 2009b]. Het normaliseren van symptomen en het vertellen aan patiënten dat ze geen ziekte hebben, zonder een concrete uitleg te geven over hoe klachten kunnen ontstaan, is echter niet effectief en kan zelfs leiden tot meer hulpzoekgedrag [Salmon 1999, Dowrick 2004].

29 Anatomische kennis

In 2009 werd in een cross-sectioneel, multiple-choicevragenlijstonderzoek de anatomische kennis getest van 722 deelnemers (598 patiënten uit 6 verschillende diagnostische groepen en 133 mensen uit de algemene bevolking). De kennis van de anatomie was over het algemeen slecht (gemiddeld 52,5% correct, standaarddeviatie 20,1), en was niet significant beter dan tijdens een eerder vergelijkbaar onderzoek 30 jaar geleden. Alleen patiënten uit de groepen met leverziekten en diabetes scoorden beter. Er was sprake van een negatieve correlatie met leeftijd (hoe ouder, hoe slechter de anatomische kennis) en een positieve correlatie met opleidingsniveau (hoe hoger het opleidingsniveau, hoe beter de anatomische kennis). De auteurs concluderen dat deze uitkomsten consequenties zouden moeten hebben voor de arts-patiëntcommunicatie [Weinman 2009].

Gebrek aan voldoende kennis en inzicht bij de vluchteling in de werking van lichaam en geest en de emotionele lading die bepaalde onderwerpen hebben, maken het voor de behandelaar bij deze groep mensen extra lastig om zaken op de gebruikelijke manier uit te leggen [Vloeberghs 2005].

30 Effectiviteit van CGT en reattributie bij SOLK

Er zijn diverse behandelingen voor patiënten met SOLK beschreven, met behoorlijk wat recent onderzoek dat focust op behandeling in de eerste lijn. Sommige onderzoeken laten zien dat antidepressiva en cognitieve gedragstherapie effectief zijn bij de behandeling van langdurige SOLK, waarbij symptomen en functioneren blijken te verbeteren en psychologische stress blijken te verminderen [Kroenke 2007, Sumathipala 2007].

Reattributie is een gestructureerde interventie, waarbij een verklaring voor het mechanisme van de symptomen van de patiënt wordt gegeven door onderhandeling en patientcenteredcommunicatie [Little 2001]. Deze therapie is waarschijnlijk niet effectief, aangezien drie van vier onderzoeken geen voordelen laten zien [Morris 2010]. Boven-dien liet één RCT zien dat reattributetherapie door huisartsen geassocieerd was met een verminderde kwaliteit van leven [Morris 2007].

31 Vermijdingsgedrag en andere gedragsmatige factoren

Gedragsmatige factoren zoals vermindering of juist overactiviteit zijn in de ervaring van de werkgroep vrijwel altijd aanwezig bij langer bestaande SOLK. Voor fibromyalgie is dat wetenschappelijk onderzocht en aangetoond [Van Koulik 2008].

32 Tijdcontingente aanpak

Het stapsgewijs volgens een vast schema opbouwen van activiteiten staat in de Engelstalige literatuur bekend als *graded activity* [Lindstrom 1992]. De behandelaar maakt tevoren met de patiënt afspraken over de oefeningen en activiteiten die de patiënt tijdens de komende periode gaat doen. Het beginniveau wordt onder het maximale prestatieniveau van de patiënt vastgesteld. De oefeningen worden niet op geleide van de pijn (pijncontingent) uitgevoerd maar tijdcontingent: stapsgewijs worden de oefeningen zwaarder gemaakt, naar aard, duur, frequentie en intensiteit. De taak van de therapeut is om zo te plannen dat patiënten die zich overschatten worden afgeremd en patiënten die zichzelf onderschatten worden gestimuleerd.

Lange tijd is verondersteld dat patiënten met chronische specifieke lagerugpijn (ook te zien als SOLK) lichamelijk minder actief zijn. Uit objectieve metingen blijkt dat er geen groot verschil is tussen het activiteitsniveau van patiënten met chronisch specifieke lagerugpijn en gezonde personen [Verbunt 2001]. Het bijzondere aan het gedrag van veel patiënten met rugpijn is echter dat ze een klein aantal specifieke activiteiten stelselmatig vermijden [Waddell 1993, Vlaeyen 2002]. Gedragstherapeutisch is het in dergelijke situaties nodig om stapsgewijs naar die handeling toe te werken. Stap voor stap wordt de patiënt op die manier steeds meer blootgesteld aan de situatie die de basis is van zijn disfunctioneren.

(Zie ook de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn.)

33 Actieve participatie

In een literatuuroverzicht van systematische reviews en meta-analyses wordt onder andere een overzicht gegeven van de resultaten van therapeutische trials bij verschillende functionele syndromen en diagnostische analogieën daarvan [Henningens 2007].

De auteurs concluderen dat niet-farmacologische behandelingen die de actieve participatie van de patiënt vragen, zoals oefeningen en psychotherapie effectiever lijken te zijn dan passieve fysieke behandelingen, inclusief injecties en operaties bij functionele somatische syndromen in het algemeen. Het literatuuroverzicht geeft geen kwantificatie van de effectmaten. De auteurs geven aan dat dat voor het integreren van zoveel verschillende systematische reviews, die zulke verschillende criteria gebruiken en verschillende opvattingen representeren in heterogene klinische settings niet haalbaar was. Hun overzicht laat empirische trends zien in de behandeling van functionele somatische syndromen in het algemeen.

Conclusie: niet-farmacologische behandelingen die de actieve participatie van de patiënt vragen, zoals oefeningen en psychotherapie lijken effectiever te zijn dan passieve fysieke behandelingen, inclusief injecties en operaties, bij functionele somatische syndromen in het algemeen.

34 Effectiviteit psychosomatische oefentherapie (PSOT)

In een in 2010 uitgevoerd observationeel onderzoek [Van Ravensberg 2010] naar de effecten van de behandeling door psychosomatisch oefentherapeuten includeerden 14 psychosomatische oefentherapeuten 119 patiënten met stressgerelateerde en/of onverklaarde lichamelijke klachten. Bij de intake bleek 49% stressgerelateerde klachten te hebben, 26% had last van overspanning/surmenage en burn-out en 24% had last van angst- en panieklachten en hyperventilatie. Ongeveer de helft van de patiënten (44%) had langer dan 6 maanden klachten. Tien procent van de patiënten had zelfs langer dan 5 jaar klachten. Bijna 30% van de patiënten had disfunctionele cognities (onjuiste, herstelbelemmerende ideeën en opvattingen) en ongeveer de helft van de patiënten vertoonde disfunctioneel gedrag (zichzelf forceren of roefbouw plegen op zichzelf). Het aantal patiënten met een distressscore van meer dan 20 op de 4-DKL-vragenlijst was significant verminderd na afloop van de PSOT-behandeling (1% versus 49%; $p < 0,001$). Ook de andere dimensies op de 4-DKL verbeterden significant. De afzonderlijke SF-36 (kwaliteit van leven vragenlijst) dimensies en de VAS-scores verbeterden significant gedurende de behandeling ($p < 0,001$). Meer dan 90% van de patiënten gaven na afloop van de behandeling aan dat de gezondheidsproblemen sterk zijn verbeterd.

Conclusie: hoewel de bewijskracht van het observationele onderzoek laag is, omdat niet is aangetoond dat het gevonden verschil geen gevolg is

van het natuurlijk beloop, meent de werkgroep dat het gevonden effect van de PSOT in deze groep patiënten (die vanwege de duur van hun klachten (> 6 maanden) een slechtere prognose hebben) toch verband houdt met de PSOT. De werkgroep meent dan ook dat er sterke aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van PSOT bij patiënten met SOLK.

35 Effectiviteit intensieve revalidatieprogramma's

Er is vrij weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van niet-somatische klinische behandeling en bovendien zijn de behandelde stoornissen en behandelmodaliteiten binnen het onderzoek te verschillend om tot algemene conclusies met hoge bewijskracht te komen. In Nederland is effectonderzoek (geen RCT) gedaan naar de multidisciplinaire behandeling van ernstige SOLK en somatoforme stoornissen bij een gespecialiseerd centrum voor behandeling van psychosomatiek [Veselka 2005]. Dit onderzoek maakte deel uit van het zogenaamde STEP-onderzoek (Standaard Evaluatie-Project), een landelijk initiatief van een vijftiental klinische ggz-afdelingen met als doel landelijke cijfers over de effectiviteit en doelmatigheid te verkrijgen. Het gaat bij de dit onderzoek om evaluatie van intensieve klinische, meerdaagse of eendaagse multidisciplinaire behandeling. Geconcludeerd werd dat in geval van ernstige tot zeer ernstige SOLK en somatoforme stoornissen er sterke aanwijzingen zijn dat een intensieve integratieve multidisciplinaire benadering effectief kan zijn met betrekking tot afname van klachten, toename van kwaliteit van leven en afname van medische consumptie.

LITERATUURLIJST

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie www.nhg.org.

Aiarzaguena JM, Grandes C, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2007;37:283-94.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001;42:235-40.

Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32:175-81.

Bleijenbergh G, Fennis JF. Anamnestic and psychological features in diagnosis and prognosis of functional abdominal complaints: a prospective study. *Gut* 1989;30:1076-81.

Boevink G, Duchenne-Van den Berge W, Stegerhoek R. Gesprekken zonder grenzen : communiceren met patiënten van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst. Woerden: NIGZ, 2001.

Borra R. Cultuur en psychiatrische diagnostiek: stemmingsstoornissen bij allochtonen. *Bijblijven* 2003;19:42-58.

Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42.

Branch WT, Malik TK. Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA* 1993;269:1667-8.

Brown CS, Ling FW, Wan JY, Pilla AA. Efficacy of static magnetic field therapy in chronic pelvic pain: a double-blind pilot study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1581-7.

Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology* 2002;11:47-58.

Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974-80.

Cegala DJ. A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *J Health Commun* 1997;2:169-94.

Creavin ST, Dunn KM, Mallen CD, Nijrolder I, Van der Windt DA. Co-occurrence and associations of pain and fatigue in a community sample of Dutch adults. *Eur J Pain* 2010;14:327-34.

Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:947-52.

De Gucht V, Fischler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* 2002;43:1-9.

De Gucht V, Fischler B, Heiser V. Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Pers Individ Dif* 2004;36:1655-67.

De Jonghe F, Dekker J, Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 1997.

De Waal M, Arnold I. Somatoform disorders in general practice. *Epidemiology, treatment and comorbidity with depression and anxiety* [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 2006.

De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.

Dobkin PL, De Civita M, Abrahamowicz M, Baron M, Bernatsky S. Predictors of health status in women with fibromyalgia: a prospective study. *Int J Behav Med* 2006;13:101-8.

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.

Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990;113:828-33.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.

Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 2007;69:30-9.

Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010;68:415-26.

Fisher E, Boerema I, Franx G. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010). Trimbo's-instituut, Utrecht. http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af-/media/files/inkijkexemplaren/af0945%20multidisciplinaire%20richtlijn%20solk%20en%20somatoforme%20stoornissen_web.aspx.

Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ* 2002;324:1567-9.

- Harmsen H, Bruijnzeels M. Etnisch cultureel verschillende mensen op het spreekuur: maakt het wat uit? (2005). Huisarts Wet.
- Harvey RF, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet* 1987;1:963-5.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007;369:946-55.
- Joosten-Van Zwanenburg E, Kocken P, De Hoop T. Het project Bruggen Bouwen: onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van allochtone zorgconsulenten in Rotterdamse huisartspraktijken in de zorg aan vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst met stressgerelateerde pijnklachten. (2004) <http://www.sozawe.rotterdam.nl/Rotterdam/Openbaar/Diensten/GGD/Pdf/Bieb/Bruggenbouwen2004.pdf>.
- Kaptschuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.
- Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics* 2003;44:471-8.
- Kim SC, Kim S, Boren D. The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Mil Med* 2008;173:85-90.
- Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998;60:420-30.
- Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:54-60.
- Knipscheer J, Kleber R. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschr Psych* 2005;11:753-9.
- Koch H, Van Bokhoven MA, Bindels PJ, Van der Weijden T, Dinant GJ, ter RG. The course of newly presented unexplained complaints in general practice patients: a prospective cohort study. *Fam Pract* 2009a;26:455-65.
- Koch H, Van Bokhoven MA, ter RG, Van Alphen-Jager JT, Van der Weijden T, Dinant GJ, et al. Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: what does it yield? Results of the VAMPIRE trial. *Br J Gen Pract* 2009b;59:e93-100.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007;69:881-8.
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
- Limburg-Okken AG, Lutjenhuis MJTh. Handleiding voor anamnestic gesprek met migranten bij verholen psycho-sociale problemen. Den Haag: Stafbureau Epidemiologie, GGD, 1989.
- Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Nachemson A. Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine* 1992;17:641-52.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-11.
- Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, Van Weert HC, Van der Windt DA, Ter Riet G et al. Causes of persistent dizziness in elderly patients in primary care. *Ann Fam Med* 2010;8:196-205.
- Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. *J Psychosom Res* 1987;31:359-65.
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A, et al. Cluster randomized controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *Br J Psychiatry* 2007;191:536-42.
- Morriss R, Gask L, Dowrick C, Dunn G, Peters S, Ring A, et al. Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2010;40:325-33.
- Nijrolder I, Van der Windt DA, Van der Horst HE. Prognosis of fatigue and functioning in primary care: a 1-year follow-up study. *Ann Fam Med* 2008;6:519-27.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001a;51:361-7.
- Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001b;51:549-57.
- Noordenbos G. Aandacht voor seks- en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie. Een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2007) TransAct (ZonMw), Utrecht. http://werkplaatsoxo.nl/files/publicaties%20HG/LITERATUURONDERZOEK_DEPRESSIE_23-41.pdf.
- Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003;1:149-55.
- Olde Hartman TC, Lucassen PL, Van de Lisdonk EH, Bor HH, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004;54:922-7.
- Olde Hartman TC, Van Ravesteijn HJ. Well doctor, it is all about how life is lived: cues as a tool in the medical consultation. *Mental Health Fam Med* 2008;5:183-7.
- Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, Van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009a;66:363-77.
- 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* 2009b;10:68.
- Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122:107-12.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;31 Suppl 1:S19-S26.
- Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42:245-52.
- Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study. *J Psychosom Res* 1987;31:177-83.
- Rabbae N, Smits C, Franx G. Wie kiespijn heeft, zoekt zelf een arts: informatie-behoeften van Turkse en Marokkaanse cliënten met depressie (2008) Pharos. http://www.pharos.nl/uploads/_site_1/Pdf/CMG/CMG20082_86-95_Kiespijn.pdf.
- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007;27:821-41.
- Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 1991;21:1029-45.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
- Seeleman C, Suurmond K. Een arts van de wereld: etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992;36:515-29.
- Speckens AEM, Spinhoven P, Van Rood YR. Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: cognitieve gedragstherapie. In: Keijsers GPJ, Van Minnen A, Hoogduin CAL, editors. *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004: 183-218.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 2007;69:889-900.
- Van Bokhoven MA, Koch H, Van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med* 2009;7:112-20.
- Van Boven K, Lucassen P, Van Ravesteijn H, Hartman T, Bor H, Van Weel-Baumgarten E, et al. Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract* 2011;61:e316-e325.
- Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.
- Van Eijk J, Grol F, Huygens P, Meeker P, Mesker-Niessen G, Van Mierlo H, et al. The family doctor and the prevention of somatic fixation. *Fam Syst Med* 1983;1:5-15.
- Van Hemert AM, Speckens AE, Rooijmans HG, Bolk JH. Criteria voor somatiseren onderzocht op een polikliniek voor algemene interne geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1221-6.
- Van Koulil S, Van Lankveld W, Kraaiimaat FW, Van Helmond T, Vedder A, Van Hoorn H, et al. Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: two case studies. *Patient Educ Couns* 2008;71:308-14.
- Van Os TW, Van den Brink RH, Tiemens BC, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51.
- Van Ravensberg CD, Van Berkel DM. Patiëntgericht onderzoek naar de effecten van psychosomatische oefentherapie (PSOT). Een klinische trial met pre-en post-meting. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2010.
- Van Ravensberg D, Barendse Th. Een gezondere leefstijl voor vrouwelijke migranten met chronische pijnklachten. *Huisarts Wet* 2008;51:45-50.
- Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Darmon D, Van de Laar F, Lucassen P, Olde Hartman T, et al. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;86:3-8.
- Van Rood YR, Ter Kuile MM, Speckens AEM. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In: Spinhoven P, Bouman TK, Hoogduin CAL, editors. *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001: 17-41.
- Verbunt JA, Westerterp KR, van der Heijden GJ, Seelen HA, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. Physical activity in daily life in patients with chronic low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:726-30.
- Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.

- Veselka L, Lipovsky MM, Lether F, Buhning MEF. EACLIP abstracts: Bridges towards integrated medicine: evaluating treatment for complex patients. *J Psychosom Res* 2005;59:22-50.
- Vlaeyen JW, De Jong J, Geilen M, Heuts PH, Van Breukelen G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clin J Pain* 2002;18:251-61.
- Vloeberghs E, Bloemen E. *Uit lijfsbehoud: lichaamsgericht werken met vluchtelingen in ggz*. Utrecht: Pharos, 2005.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157-68.
- Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol* 1993;102:248-58.
- Weinman J, Yusuf G, Berks R, Rayner S, Petrie KJ. How accurate is patients' anatomical knowledge: a cross-sectional, questionnaire study of six patient groups and a general public sample. *BMC Fam Pract* 2009;10:43.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM. *Interventies voor psychische problemen in de huisartsenzorg. Een kennissynthese (2009) NIVEL*. <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-interventies-psychische-problemen.pdf>.