



beeld: Alamy

Ongezond en ongerust

Nieuwe richtlijn voor onbegrepen lichamelijke klachten

Henk Maassen

Een aanzienlijk deel van alle patiënten die bij de huisarts of specialist komen, heeft lichamelijke klachten die medisch onverklaarbaar zijn. Frustrerend voor de arts én de patiënt. Een richtlijn voor dit type klachten kan uitkomst bieden.

Het is een samenstel van klachten dat in de leerboeken lang geen thema was. Wat moesten dokters er ook mee? Ook nu nog worden ze wel aangeduid als 'vage klachten' of als 'onbegrepen lichamelijke klachten'. In een nieuwe multidisciplinaire richtlijn heten ze Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Een commissie bestaande uit psychiaters, huisartsen, psychologen, neurologen, een internist, een gynaecoloog, een bedrijfsarts, een revalidatiearts, een verpleegkundige en een fysiotherapeut heeft de richtlijn opgesteld. Voluit luidt de titel: multidisciplinaire richtlijn somatisch

onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen.

Prognose

De richtlijn gaat bepaald niet over een verwaarloosbare categorie patiënten. Integendeel: bij de huisarts blijft 30 tot 50 procent van de lichamelijke klachten medisch onverklaard en bij diverse medisch specialismen tussen de 40 en 60 procent. De meeste van die klachten gaan gelukkig over in de loop van enkele weken. Een recente meta-analyse van het weinige onderzoek naar de prognose van SOLK wijst uit dat bij 50 tot 75 procent van de patiënten de

Neem de tijd bij een eerste consult

klachten verminderen tijdens een follow-upperiode die varieert van 6 tot 15 maanden. Echter, 10 tot 30 procent van de patiënten verslechtert tijdens diezelfde periode.

Citaat uit de richtlijn: 'Deze patiënten voelen zich ongezond en vaak ongerust, hebben een verminderde kwaliteit van leven, ervaren belemmeringen in dagelijks functioneren en hebben een hoog werkverzuim. Vaak hebben ze niet één klacht, maar meerdere samenhangende symptomen.' Meestal worden die benoemd als functionele syndromen, zoals het prikkelbare darmsyndroom (PDS), whiplash of het

chronischevermoeidheidssyndroom (CVS). Waarom moeten de klachten ineens 'onvoldoende verklaard' heten? Jan Swinkels, psychiater, voorzitter van de werkgroep die de richtlijn opstelde en hoogleraar aan het AMC: 'Onvoldoende betekent in dit verband: we begrijpen het mechanisme erachter niet goed. Bij SOLK gaat het om lichamelijke klachten die langer dan een paar weken duren en waarbij in adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening aan het licht komt die de klacht voldoende kan verklaren.'

Hoewel de werkgroep ervan uitgaat dat de richtlijn zo veel mogelijk moet zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, bleek gaandeweg dat de grote hoeveelheid onderzoeksgegevens die wel degelijk beschikbaar is 'slechts zeer fragmentarische kennis representeert'. De werkgroep heeft daarom op veel punten haar eigen praktische expertise laten spreken.

Hippocratisch

Swinkels hecht zeer aan de basisfilosofie van de richtlijn. Die is in zijn ogen zo mogelijk nog belangrijker dan de richtlijn zelf. 'Het onderscheid tussen somatische en psychische aandoeningen is sterk doorgevoerd in de geneeskunde. Ook in de opleiding wordt studenten voorgehouden dat geneeskunde toch vooral een somatisch vak is. Onze werkgroep gaat uit van een hippocratische opvatting van de geneeskunde. Dat is geneeskunde waarin men uitgaat van somatische, fysiologische, psychologische en sociale aspecten bij de zorg om de lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon.' Ingrid Arnold, huisarts en medewerker eerstelijns geneeskunde van het LUMC, zegt dat de nieuwe richtlijn is bedoeld als 'een leidraad en als een visie op onvoldoende verklaarde

klachten'. 'Er bestaan richtlijnen of er zijn richtlijnen in de maak over CVS, lagerugpijn, whiplash. Daarmee gaan we niet interfereren. Maar etiologie, diagnose en behandeling van al deze syndromen kennen wel degelijk overeenkomsten.'

In de richtlijn worden SOLK en somatoforme stoornissen gezien als een continuüm, 'lopend van enerzijds een enkelvoudige lichamenlijk onvoldoende verklaarde klacht die nog niet al te lang bestaat en weinig functionele beperkingen met zich meebrengt, via langdurige SOLK met functionele beperkingen en vaak meerdere klachten naar somatoforme stoornissen die voldoen aan de DSM-IV-criteria, met als ernstigste de somatisatiestoornis'.

Strikt genomen kan SOLK binnen de DSM-classificatie worden aangemerkt als somatoforme stoornis 'niet anderszins omschreven'. Maar de opstellers van de richtlijn hebben ervoor gekozen SOLK apart te benoemen, omdat zij niet de indruk willen wekken dat elke lichamenlijk onvoldoende verklaarde klacht die enige weken duurt een psychiatrische stoornis zou zijn.

Praktisch

De Leidse internist en hoogleraar Jan Bolk is een van de medeopstellers van de richtlijn. 'Mijn collega's en ik zijn praktische mensen', zegt hij. 'Wij willen graag uit zo'n richtlijn iets halen waarmee we wat kunnen. En dat is ook nodig, want van de totale populatie die onze poli interne geneeskunde bezoekt, behoort ongeveer 25 procent tot deze categorie van patiënten.' Bolk vindt er geen doekjes om: 'Ik ken collega's die denken: hoe kom ik van die patiënt af? Ik maak ook geregeld assistenten op onze poli mee die last hebben van insufficiëntiegevoelens. Vaak gaat het immers zo: zij vinden niets en sturen de patiënt terug naar de huisarts. Dat is vreselijk frustrerend.'

Goede communicatie tussen dokter en patiënt is daarom cruciaal. De opstellers van de richtlijn zien SOLK zelfs vooral als een gevolg van gebrekkige communicatie en van verschillen in klachtinterpretatie tussen arts en patiënt. Weliswaar spelen ook psychische stoornissen en aangeboren kwetsbaarheid een rol, maar die komen meer in beeld bij de klassieke somatoforme stoornissen, zoals hypochondrie en conversie.

Wat je volgens Bolk uit de richtlijn kunt opmaken is, hoe verstandig het is om de tijd te nemen bij een eerste consult. Hij pleit voor een zorgvuldige anamnese, inclusief lichamenlijk onderzoek. 'Dan voelt de patiënt zich serieus genomen. Maar pas op: verlies je niet in diag-



Op donderdag 18 juni om 20.30 uur is de MCtv-uitzending over de richtlijn 'soma-tisch onvoldoende verklaarde lichamenlijke klachten en somatoforme stoornissen'. Onder leiding van MC-hoofd-redacteur Ben Crul discussiëren psychiater en richtlijnvoorzitter Jan Swinkels, huisarts Nettie Blankenstein, bedrijfsarts Rob Hoedeman, neuroloog Emile Keuter en gynaecoloog Philomeen Weijnenborg over de diagnostiek bij, communicatie met en behandeling en verwijzing van patiënten met onverklaarde lichamenlijke klachten.

Zie www.medischcontact.tv voor meer informatie.

Tien vragen over de richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen

1

Waarom is er een nieuwe richtlijn?

Er was nog geen multidisciplinaire richtlijn.

2

Welke beroepsgroepen hebben de richtlijn samengesteld?

Huisartsen, psychiaters, neurologen, internisten, psychologen, revalidatieartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, gynaecologen.

3

Zijn de patiënten vertegenwoordigd?

Alleen in de commentaarfase.

4

Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn mede relevant?

Alle beroepsgroepen die de richtlijn mee hebben opgesteld.

5

Over welke patiënten gaat de richtlijn?

Volwassenen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten die langer aanhouden dan enige weken.

6

Wat is er nieuw aan de anamnese?

Exploratie van vijf klachtdimensies: de somatische, de cognitieve, de emotionele, de gedrags- en de sociale dimensie.

7

Wat is er nieuw aan de diagnostiek?

De oorzaken en instandhoudende factoren van SOLK opsporen. Zij zijn multifactorieel bepaald; zij kennen (zie ook anamnese) somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies. Oppassen voor te veel somatische diagnostiek.

8

Wat is er nieuw aan de verwijzing?

Verwijzing zo veel mogelijk beperken tot de eerste lijn. Alleen bij ernstige klachten gericht verwijzen naar een behandelaar met specifieke expertise op het gebied van SOLK.

9

Wat is er nieuw aan de behandeling?

Geruststellen, voorlichting en verder op geleide van het risicoprofiel van de patiënt een *stepped care*-benadering. Beginnen bij de focale klachten en desgewenst uitbreiden tot het bredere functioneren van de patiënt met bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie.

10

Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?

Patiënten die langer dan twee jaar episodes met SOLK hebben meegemaakt, lopen een grote kans op terugval. Vooral bedrijfsgeneeskundige zorg hierop afstemmen.

nostiek. En heb vooral ook aandacht voor de psychosociale kant van de anamnese.'

Klachtdimensies

De richtlijn schrijft voor dat de arts de klachten en de gevolgen daarvan grondig 'exploreert'. Idealiter omvat deze exploratie vijf klachtdimensies: de somatische, de cognitieve, de emotionele, de gedrags- en de sociale dimensie. Voor bedrijfsarts en medeopsteller van de richtlijn Rob Hoedeman is dat bijna een vanzelfsprekendheid. 'SOLK zijn nooit monocausaal', weet hij. 'Je tracht dus de luxerende en instandhoudende factoren in kaart te brengen en te bepalen welke daarvan voor behandeling in aanmerking komen. Wij nemen daarom de beleving van de werknemer zeer serieus. Als je stelselmatig uitvraagt wat de werknemer denkt dat de oorzaak is van zijn klachten, dan krijg je veel cadeau. Zo kom je er bijvoorbeeld achter of hij erg lichamenlijk gericht is en blijft denken dat hij misschien toch kanker of reuma heeft. Die kennis kan dan een aangrijpingspunt zijn in je behandelplan en in je voorlichting. Ook de bedrijfsgeneeskundige nazorg is belangrijk. Nu denken we nog te vaak dat het na de betermelding van een werknemer gedaan is. Maar patiënten die langer dan twee jaar episodes met SOLK hebben meegemaakt, lopen een grote kans op terugval. Daar ligt een taak voor ons, om in overleg met de werkgever een terugkeersprekkuur te organiseren, te kijken naar de aard van het werk en hoe aan de verminderde belastbaarheid van deze werknemers is tegemoet te komen, zonder hun klachten nodeloos te medicaliseren.'

Het zijn geen overbodige maatregelen: bedrijfsartsen zien vaak patiënten met SOLK. Hoedeman heeft in het kader van zijn promotieonderzoek becijferd dat 15 procent van alle werknemers die verzuimen, gebukt gaat onder zware somatisatieklachten, hetgeen betekent dat ze minstens zes van dit soort klachten in de laatste twee weken hebben gehad. De lichte vorm (minstens drie klachten) maakt zelfs 40 procent uit van het verzuimtotaal.

Tweesporenbeleid

Volgens Jan Bolk blijft het zaak alert te blijven op aandoeningen die je niet mag missen. 'Chronische vermoeidheid bijvoorbeeld treedt ook op bij chronisch long- en hartfalen, endocriene problemen, en zeldzamer: bij de ziekte van Addison. Let ook altijd op de medicatie die patiënten gebruiken. Ik heb patiënten genezen van moeheidsklachten simpelweg door bètablokkers te stoppen.'

De richtlijn beveelt dan ook met nadruk een tweesporenbeleid aan: dat betekent zowel psychische en sociale als somatische diagnostiek en behandeling. Bij een veranderd patroon of bij toename van de ernst moeten de klachten opnieuw zorgvuldig worden bekeken. Soms zal dan aanvullende diagnostiek nodig zijn om een somatische aandoening uit te sluiten.

Huisartsen lopen wat dat tweesporenbeleid nu al voorop, zegt Ingrid Arnold. 'In dat opzicht zullen zij in deze richtlijn geen grote verrassingen aantreffen.'

De kans dat het komt tot een somatische einddiagnose is overigens niet groot. Zo werd in twee onderzoeken prospectief nagegaan hoe

betrouwbaar de diagnose prikkelbaredarmsyndroom is. In de ene studie werden 104 patiënten over een periode van 5 jaar gevolgd en bleef in alle gevallen de diagnose gehandhaafd.

Een andere studie volgde

112 patiënten met PDS gemiddeld 29 jaar. Bij drie patiënten werd in de loop van de tijd een ziekte van het maag-darmkanaal vastgesteld, waarbij het in twee van de drie gevallen zeer onwaarschijnlijk was dat de PDS-klachten voortkwamen uit de aandoening. In één geval was dat mogelijk wel zo.

Uitleg

Bij de behandeling moet vooropstaan dat geruststellen en adequate voorlichting vaak al zeer werkzame 'interventies' zijn. Jan Swinkels: 'Je kunt bijvoorbeeld de patiënt uitleggen wat extreme stress betekent en wat dat met mensen doet. Hoe iemand zich jarenlang kan ergeren op zijn werk of in een relatie en hoe het mogelijk is dat hij of zij daardoor lichamelijke klachten kan krijgen.'


Maar, merkt Ingrid Arnold op, soms zijn patiënten zo ongerust dat alleen een consult van een internist (of een andere medisch specialist) ze kan geruststellen. 'Het is gebleken dat patiënten die telkens worden afgewezen 'omdat ze niets hebben', niet goed worden gerustgesteld. Ik vind dat een internist moet kunnen uitleggen hoe het komt dat een patiënt vermoeid is. Het advies dat de patiënt weer in beweging moet komen, kan de internist ook geven. Dat doet hij per slot van rekening ook als het gaat om diabetespatiënten. De internist moet niet denken: deze patiënt heeft CVS, dus ik verwijs hem maar door naar de psychiater. Nee, hij moet zelf bekend zijn met de basale uitgangspunten van het behandelen van deze

klachten en die zelf ook kunnen toepassen.' Jan Bolk voegt daaraan toe: 'Ik vind dat onbegrepen klachten daarom in zowel de basisopleiding tot arts als in de medisch-specialistische opleidingsprogramma's een plaats moeten krijgen.'

Stepped care

Ofschoon harde, empirische evidentie daarvoor nog ontbreekt, is *stepped care* bij patiënten met SOLK het trefwoord. Dat houdt in dat op geleide van het risicoprofiel van de patiënt aanvankelijk de lichtst mogelijke, effectieve behandeling wordt gekozen. Die keuze hangt onder meer af van de ervaringen met en effecten van eerdere behandelingen, en van de aard van de klachten. De algemene lijn is te beginnen bij de focale klachten, en de aanpak desgewenst (afgaande op de resultaten) uit te breiden tot het bredere functioneren van de patiënt. Daarbij valt onder meer te denken aan fysiotherapeutische en psychologische zorg.

Helaas blijkt het niet gemakkelijk een (standaard)risicoprofiel te formuleren. In een eerdere conceptversie van de richtlijn was weliswaar een drietal in ernst oplopende profielen opgenomen, maar bij nader inzien bleek de empirische evidentie toch te mager. Niettemin vinden de makers van de richtlijn werken met risicoprofielen nastrevenswaardig. Het is vooral van belang patiënten met een hoog risico op een ongunstig beloop van hun SOLK te herkennen en ze tijdig adequaat te behandelen en te begeleiden. Of om bij deze groep na te gaan of in de voorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen, zoals bijvoorbeeld patiënteneducatie, zijn overgeslagen. Als dat het geval is, kan het namelijk zinvol zijn om alsnog voor die lichte interventie te kiezen, alvorens tot zwaardere behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie, over te gaan.

'In alle gevallen behoort de huisarts de regie te houden', zegt Ingrid Arnold. Internist Jan Bolk kan daarin meegaan: 'Eigenlijk moet je zo veel als mogelijk vermijden dat dit soort patiënten in de tweede lijn terecht komen. Daar zijn de verleidingen tot het doen van aanvullende diagnostiek groot en kweek je irreële verwachtingen. Verwijs vooral ook niet door naar andere specialismen, bijvoorbeeld psychiatrie, tenzij je de indruk hebt dat er toch op dat terrein iets aan de hand is. Een depressie bijvoorbeeld of hypochondrie. Daarom moeten ook internisten weet hebben van de criteria waarmee je dat soort diagnoses stelt.' 

(Zie over dit onderwerp ook de uitspraak op blz. 1082 en de rubriek *NieuwsReflex*, blz. 1058.)

Een internist moet kunnen uitleggen hoe het komt dat een patiënt vermoeid is