

SAMENVATTING

Het onderwerp van dit proefschrift betreft somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) in de huisartsenpraktijk. We spreken van SOLK als de lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en wanneer er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart. Voorbeelden van SOLK zijn misselijkheid, buikpijn, hoofdpijn en klachten van het bewegingsapparaat.

In het **eerste hoofdstuk** van dit proefschrift heb ik het onderwerp SOLK uitgebreider beschreven, alsmede welke (negatieve) consequenties SOLK kunnen hebben voor de patiënt, voor de huisarts en voor de relatie tussen huisarts en patiënt. Ook kunnen SOLK gevolgen hebben voor de maatschappij, met name door de hoge kosten die gepaard gaan met frequent doktersbezoek en indirect door verminderd functioneren op het werk of door gedeeltelijk of volledig ziekteverzuim.

In dit proefschrift richt ik me op drie thema's, namelijk het identificeren van SOLKpatiënten (zowel in digitale zorggegevens als tijdens het consult) (H2, H3, H4), het structureren van de zorg voor SOLK-patiënten (H5, H6, H7) en tenslotte de maatschappelijke aspecten gerelateerd aan SOLK (H8, H9).

In **hoofdstuk 2** beschrijf ik een validatiestudie waarin we de testkarakteristieken van een screeningsmethode onderzochten die SOLK-patiënten identificeert in (anonieme) digitale zorggegevens uit de huisartsenpraktijk. De screeningsmethode bestond uit een drietal stappen: 1) alle volwassen patiënten werden geïncludeerd die de huisarts minimaal vijf keer bezochten in het afgelopen jaar; 2) patiënten met bekende chronische ziekten werden geëxcludeerd; 3) alle patiënten met een SOLK syndroom (prikkelbare-darmsyndroom (PDS), chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) en fibromyalgie (FM)) werden geïncludeerd EN patiënten met minimaal drie lichamelijke klachten suggestief voor SOLK. We vergeleken de geïdentificeerde patiënten met en zonder SOLK met hun score op een vragenlijst, de Patient Health Questionnaire-15. We vonden een hoge specificiteit, maar een lage sensitiviteit. Dit betekent dat veel

Samenvatting

potentiële SOLK-patiënten gemist worden. Daarom moet deze screeningsmethode eerst verbeterd worden voordat deze in de praktijk kan worden gebruikt.

In het **derde hoofdstuk** beschrijven we twee modellen om patiënten te identificeren die risico lopen om persistente SOLK te ontwikkelen. We gebruikten hiervoor twee statistische methoden (logistische regressie-analyse en een beslisboomanalyse) die we toepasten op een grote database met digitale zorggegevens van huisartsen. We operationaliseerden SOLK met een digitale code voor PDS, CVS, FM en lage rugpijn zonder uitstraling. Beide modellen gaven goede testkarakteristieken (oppervlakte onder de curve van 70% en 81%) die stabiel bleven na validatie. De modellen vereisen nog enige verfijning, maar kunnen een startpunt bieden voor proactieve en gestructureerde zorg voor SOLK-patiënten door hun huisartsen.

In **hoofdstuk 4** beschrijven we onze focusgroepstudie onder 29 huisartsen. We onderzochten hoe zij SOLK herkennen bij hun patiënten tijdens consulten en of ze subgroepen van SOLK-patiënten kunnen onderscheiden. De huisartsen betrekken verschillende kenmerken bij de herkenning van SOLK. Objectieve kenmerken zijn meerdere klachten, frequente en lange consulten en veel verwijzingen naar de tweede lijn. Meer subjectieve kenmerken zijn negatieve gevoelens jegens de patiënt en het gevoel dat de huisarts niet wijs wordt uit het verhaal dat de patiënt vertelt. Gebaseerd op de percepties van de huisartsen en het voorop staan van bepaalde kenmerken kwamen we tot vijf subgroepen: de angstige SOLK-patiënt, de ongelukkige SOLK-patiënt, de gespannen SOLK-patiënt, de passieve SOLK-patiënt en de puzzelende SOLK-patiënt. Deze subgroepen behoeven nog verdere validatie. Na bevestiging van deze modellen kunnen zij een bijdrage leveren aan gepersonaliseerde zorg voor SOLK-patiënten. Ter illustratie zou een angstige SOLK-patiënt baat kunnen hebben bij extra aandacht voor de uitleg en geruststelling terwijl een passieve SOLK-patiënt baat zou kunnen hebben bij een activerend beleid.

In **hoofdstuk 5** vatten we de Cochrane review samen naar de effecten van nietfarmacologische interventies voor somatoforme stoornissen en chronische SOLK bij volwassenen in vergelijking met de reguliere behandeling, wachtlijstcontroles,

placebo en andere psychologische of fysieke therapieën. We zochten naar (cluster) gerandomiseerde gecontroleerde studies in verschillende literatuurbestanden. De primaire uitkomst was de ernst van de klachten. In totaal includeerden we 21 studies met 2658 patiënten. Alle studies onderzochten een vorm van psychologische behandeling. De meesten evalueerden een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). We vonden dat wanneer we alle studies combineerden deze enigszins in het voordeel waren ten opzichte van reguliere zorg of wachtlijstcontroles met betrekking de ernst van de klachten. Qua behandeling werd alleen CGT voldoende onderzocht waardoor we de voorzichtige conclusie kunnen trekken dat CGT ook een voordelig effect heeft op de ernst van de klachten ten opzichte van de reguliere zorg en wachtlijstcontroles.

De algehele kwaliteit van de studies was laag tot matig.

In **hoofdstuk 6** beschrijven we een klinische les over de behandeling van patiënten met persisterende SOLK in het licht van alle bestaande onzekerheden. Hiervoor hebben we allereerst de vier Cochrane reviews samengevat die tot nu toe over SOLK zijn verschenen. We beschrijven de huidige stand van zaken van het beschikbare bewijs en doen aanbevelingen voor de klinische praktijk en toekomstig onderzoek. Wij adviseren dat toekomstige studies patiënten moeten includeren met SOLK in verschillende maten van ernst. Ook dient de opzet van de studies te verbeteren. Zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies in verschillende settings (huisarts, specialist) moeten worden onderzocht waarbij aandacht moet worden besteed aan de kenmerken van de interventies zoals de duur, de specifieke inhoud, de dosering en aan de intensiteit. Ook is een langere follow-up nodig. Voor de huisarts adviseren we verschillende stappen om de zorg voor SOLK-patiënten te structureren. Het exploreren van alle symptoomdimensies, het uitleggen van SOLK op een constructieve en empathische wijze en het bespreken van mogelijke, persoonsgerichte behandelingen met de patiënt zijn hier centrale elementen in.

In **hoofdstuk 7** presenteren we de resultaten van een analyse van gesprekken tussen 39 Schotse patiënten met matig-ernstige SOLK en vijf Schotse huisartsen, specifiek gericht op de uitleg van SOLK gegeven door de huisarts en de reactie

hierop van de patiënt. Met de zogenaamde constant vergelijkende analysemethode analyseerden

Samenvatting

wij 112 op audiotape opgenomen consulten van twee Schotse studies: the Symptom Clinic Intervention, een communicatie-interventie voor SOLK-patiënten in de eerste lijn. Hieruit extraheerden wij 115 passages waarin de uitleg van SOLK centraal stond. We identificeerden vier verschillende dialogotypen, uiteenlopend van een monoloog door de huisarts tot een constructieve conversatie waaraan huisarts en patiënt een gelijke bijdrage leverden. We identificeerden acht patiëntreacties, variërend van acceptatie tot verwerping door de patiënt van de gegeven uitleg. We ontwikkelden een classificatie met dialogotypes en patiëntreacties. Deze classificatie vereist verder onderzoek, maar kan dan een basis bieden die gebruikt kan worden in onderzoek, opleiding en evaluatie van de praktijk als het gaat om communicatie over SOLK.

In **hoofdstuk 8** beschrijven we de analyse van het verband tussen SOLK en gezondheidszorggebruik over twee jaar. SOLK werd vastgesteld met een vragenlijst, namelijk de VierDimensionale Klachtenlijst. Gezondheidszorggebruik drukten we uit als het aantal medische disciplines waarmee de patiënt contact had en het totaal aantal contacten hiermee. Daarnaast onderzochten we de invloed van depressieve en/of angststoornissen en persoonlijkheidstrekken op dit verband. We gebruikten data van de Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), een cohortonderzoek met deelnemers uit verschillende settingen. Het ging om 2981 deelnemers met een huidige depressieve en/of angststoornis, mensen met een verhoogd risico op zo'n stoornis en een controlegroep van gezonde deelnemers. We vonden dat SOLK onafhankelijk en positief geassocieerd waren met gezondheidszorggebruik. De kenmerken die het meest van invloed waren op het verband tussen SOLK en gezondheidszorggebruik over twee jaar tijd waren neuroticisme en depressieve stoornissen. Deze resultaten suggereren dat er naast goede zorg voor SOLK-patiënten aandacht dient te zijn voor signalen van een depressieve stoornis en neuroticisme. In toekomstig onderzoek moet vooral gekeken worden of er bij een verhoogd zorggebruik sprake is van adequate of inadequate zorg en of de zorg al dan niet versnipperd is. Daarnaast is inzicht nodig

in de kosten die gepaard gaan met het bezoeken van verschillende disciplines en verhoogd zorggebruik.

228

In **hoofdstuk 9** beschrijven we het verband tussen SOLK enerzijds en verminderd functioneren op het werk en ziekteverzuim anderzijds over twee jaar tijd. Opnieuw gebruikten we NESDA data. We analyseerden de gegevens van 1887 werkende deelnemers. We vonden dat SOLK onafhankelijk en positief geassocieerd waren met beide werkuitkomsten. Na correctie van depressieve en angststoornissen werd het verband iets zwakker, maar bleef significant. Deze resultaten ondersteunen waarom goede zorg voor SOLK belangrijk is en dat er daarnaast aandacht moet zijn voor signalen van angst en depressie. Meer inzicht is nodig in gunstige en nadelige werkkenmerken om zowel preventieve als therapeutische interventies te ontwikkelen. Ook moet er meer bewustwording zijn voor SOLK op de werkvloer, niet alleen onder artsen maar ook onder werkgevers en collega-werknemers gezien de invloed die SOLK kunnen hebben.

In het **laatste hoofdstuk** vat ik alle resultaten samen. Daarbij bespreek ik de belangrijkste methodologische aspecten en doe ik aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en de klinische praktijk. Ik sluit het hoofdstuk af met een persoonlijke noot vanuit mijn eigen ervaring als huisarts met SOLK-patiënten.