

Postprint version : 1.0
Journal website : <https://www.henw.org/>
:
:

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Hoe en wanneer herkennen huisartsen SOLK?

Juul Houwen, Peter Lucassen, Anna Verwiel, Hugo Stappers, Willem Assendelft, Sandra van Dulmen, et al.

Huisartsen interpreteren symptomen al vroeg in het consult als somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Signalen die op SOLK kunnen wijzen zijn de manier waarop de patiënt de symptomen presenteert, symptomen die niet in een specifiek patroon passen en symptoomattributie door de patiënt zelf. De snelheid waarmee huisartsen symptomen als SOLK duiden suggereert dat de niet-analytische redeneerwijze een centrale rol speelt in het denkproces.

Huisartsen vinden het vaak lastig om somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) te herkennen en de werkhypothese SOLK te stellen. Zelfs als er geen aanwijzing is voor een onderliggend somatisch probleem, zijn huisartsen soms bang om een onderliggende ziekte te missen.^{1,2} Huisartsen gaven in eerder onderzoek aan dat de volgende signalen een rol spelen bij het herkennen van SOLK: kennis van de medische en sociale context, de duur van het consult, negatieve emoties tijdens een consult en de manier waarop de patiënt de symptomen presenteert.^{3,4} De onderzoeken die beschrijven *hoe* huisartsen SOLK herkennen, zijn tot nu toe voornamelijk gedaan met focusgroepen en individuele interviews. Een directere onderzoeksmethode – *stimulated recall* – lijkt echter geschikter om inzicht te krijgen in het diagnostisch redeneren van huisartsen bij het interpreteren van symptomen als SOLK.⁵

Verder weten we ook nog niet *wanneer* en op welk moment in het consult huisartsen symptomen als SOLK interpreteren. Het is belangrijk om te weten hoe en wanneer huisartsen SOLK herkennen, omdat dat onnodig aanvullend onderzoek kan voorkomen, inzicht geeft in het diagnostisch redeneren en het tijdens het consult mogelijk maakt om verschillende managementstrategieën in te zetten. Met dit onderzoek wilden wij dan ook verkennen wanneer en hoe huisartsen SOLK herkennen.

Methodie

In dit kwalitatieve onderzoek lieten we huisartsen reflecteren op video-opnamen van hun eigen SOLK-consult (*stimulated recall*). We verzamelden gegevens in verschillende huisartsenpraktijken in en rondom Nijmegen. Om voldoende gevarieerde gegevens te verkrijgen, benaderden we huisartsen met verschillende achtergronden (*purposive sampling*). We verzamelden de gegevens in de periode april tot en met september 2015. Huisartsen beantwoordden na ieder consult de vraag: Denkt u dat er sprake is van SOLK? Dat deden ze op een 3-puntsschaal: de klacht kan niet verklaard worden door een herkenbare ziekte (SOLK), kan gedeeltelijk verklaard worden door een herkenbare ziekte

(gedeeltelijk SOLK) of kan verklaard worden door een herkenbare ziekte (niet SOLK). We selecteerden consulten die de huisartsen als SOLK interpreteerden. We vroegen de huisartsen op welk moment in het consult zij de symptomen als SOLK interpreteerden en welke signalen hierbij een rol speelden. We vroegen hun ook of de patiënt al eerder met de symptomen op het spreekuur was geweest. Van dit reflectieve interview maakten we audio-opnamen. Drie maanden later belden we de huisartsen op en vroegen we hun of er alsnog een onderliggende somatische ziekte was gevonden die de symptomen kon verklaren.

Analyse

We schreven de opgenomen interviews woordelijk uit. Twee onderzoekers (JH en SD) analyseerden de transcripten onafhankelijk van elkaar en selecteerden de fragmenten waarin huisartsen aangaven op welk moment ze in het consult de symptomen als SOLK interpreteerden. We vergeleken het commentaar van deze transcripten met de videoconsulten, om de tijd te berekenen waarop huisartsen de symptomen als SOLK interpreteerden. Vervolgens analyseerden 3 onderzoekers (JH, ToH en PL) met de 'constante vergelijkende methode' de fragmenten waarin huisartsen aangaven welke signalen een rol speelden bij het herkennen van SOLK.⁶

Resultaten

We benaderden 36 huisartsen in de regio Nijmegen, van wie er 20 toestemden om deel te nemen. Achttien huisartsen gaven bij 43 van de 393 consulten aan dat het om SOLK ging. Bij 4 consulten waren de huisartsen niet in de gelegenheid hun consult te becommentariëren en van 2 consulten konden ze niet aangeven wanneer ze de symptomen als SOLK interpreteerden. Dit onderzoek betreft dus uiteindelijk 37 consulten. Bij 7 consulten waren de symptomen nieuw, bij de overige 30 consulten gaven de huisartsen aan dat de patiënt al eerder met de symptomen op het spreekuur was geweest.

Dit is een bewerkte vertaling van Houwen J, Lucassen PL, Dongelmans S, Stappers HW, Assendelft WJ, Van Dulmen S, et al. Medically unexplained symptoms: time to and triggers for diagnosis in primary care consultations. Br J Gen Pract 2020;70:e86-e94.

Wat is bekend?

- Huisartsen hebben moeite om symptomen als somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) te interpreteren, omdat ze bang zijn een onderliggende ziekte te missen.
- Het percentage gemiste diagnoses bij SOLK is laag.

Wat is nieuw?

- Huisartsen interpreteren symptomen al vroeg in het consult als SOLK.
- Huisartsen worden getriggerd door symptoompresentatie, patroonherkenning en symptoomattributie.
- Huisartsen gebruiken hierbij het snelle niet-analytische beslissysteem. Dat is relatief veilig omdat de kans op gemiste diagnoses bij SOLK klein is. Kader opsomming 1^e niveau

Tijd tot het interpreteren van symptomen als SOLK

Bij 16 consulten gaven huisartsen aan dat ze *voor de start* van het consult al aan SOLK dachten. Bij 20 consulten interpreteerden huisartsen de symptomen *tijdens* het consult als SOLK en in 1 consult gebeurde dit *na* het consult. De gemiddelde tijd waarop huisartsen de symptomen als SOLK interpreteerden was 4:25 minuten (spreiding 0:00-16:31; mediaan 1:45 minuten) voor nieuwe symptomen en 1:47 minuten (spreiding 0:00-10:10 minuten; mediaan 0:12 minuten) voor symptomen waarmee de patiënt al eerder was langs geweest. Na 3 maanden gaf 1 huisarts aan dat bij 1 patiënt, van wie de symptomen aanvankelijk als SOLK werden geïnterpreteerd, later een onderliggende somatische ziekte werd gevonden die de symptomen kon verklaren.

Signalen die wijzen op SOLK

Huisartsen die de symptomen tijdens of na het consult als SOLK interpreteerden, deden dit aan de hand van de volgende signalen: 1) de manier waarop patiënten de symptomen presenteren, 2) symptomen die niet in een specifiek patroon passen, 3) symptomen die patiënten zelf aan de psychosociale context toeschrijven en 4) een discrepantie tussen symptoompresentatie en objectiveerbare bevindingen. De huisartsen die voor de start van het consult aangaven dat het volgens hen om SOLK ging deden dit omdat ze de patiënten kenden en daardoor aan SOLK dachten.

De manier waarop patiënten symptomen presenteren

Sommige huisartsen interpreteerden de symptomen als SOLK vanwege de manier waarop patiënten hun symptomen presenteerden. Ze beschreven de klachten bijvoorbeeld vaag en ongestructureerd of vertoonden meerdere verschillende symptomen.

Huisarts 16: "En ze presenteert zich met een spraakwerval aan klachten, die ook weinig gestructureerd zijn, die ook een beetje van de hak op de tak gaan en van de ene lichamelijke klacht in de andere lichamelijke klacht overgaan, en daarbij eigenlijk geen alarmsymptomen, dat maakte het dat ik aan SOLK dacht."

Symptomen passen niet in een specifiek patroon

Enkele huisartsen zeiden dat ze aan SOLK dachten omdat patiënten geen alarmsymptomen vertoonden en omdat lichamelijk of aanvullend onderzoek geen afwijkingen opleverde. Huisartsen gaven ook aan dat het vaak om langdurige en vage klachten ging.

Huisarts 14: "Ja, het patroon was niet zo logisch en goed. Ik snap wel dat je bovenaan de trap buiten adem kan zijn, maar het ook vaker hebben van benauwdheidsklachten in rust is natuurlijk een gek patroon. En dan denk ik toch wel vaak aan bijvoorbeeld hyperventilatie."

Symptomen die patiënten zelf toeschrijven aan de psychosociale context

Enkele huisartsen gaven aan dat patiënten de symptomen zelf toeschreven aan hun psychosociale context. Een patiënt vertelde bijvoorbeeld dat haar toegenomen neurologische klachten, die tot een ziekenhuisopname hadden geleid, het gevolg waren van stress en spanning.

Huisarts 3: "En nu zegt ze dat de ziekenhuisopname waarschijnlijk is gekomen door stress en door spanning."

Discrepantie tussen symptoompresentatie en objectiveerbare bevindingen

Sommige huisartsen ervaarden een discrepantie tussen enerzijds de presentatie van de symptomen en anderzijds de bevindingen bij lichamelijk onderzoek of observaties tijdens het consult.

Huisarts 10: “Ze kwam met hoofdpijn, maar ik zie daar geen zieke mevrouw, ik hoor een mevrouw die af en toe een beetje snuft, waarvan ik niet zeker wist of ik ook niet aan het snuffen was en die totaal geen zieke indruk maakt, geen nasale klank heeft, niet hoest, niks, geen pijnlijke indruk maakt, dus het klinisch beeld is anders dan de presentatie.”

Symptomen waarmee de patiënt al eerder op het spreekuur is gekomen

De hierboven beschreven signalen interpreteren huisartsen tijdens of na het consult als SOLK. In sommige gevallen denken ze al vóór het consult aan SOLK.

Interviewer: “En hoe kwam het dat jij aan SOLK dacht?”

Huisarts 4: “Omdat ik deze patiënte ook al langer ken. Ik heb haar in het verleden vaker gezien met heel veel verschillende klachten en spanningsklachten. Als je ook terugkijkt in haar dossier, dan heeft zij een episodelijst van 20 episodes van de afgelopen 2 jaar. Ontzettend veel contacten. En in veel van die contacten wordt beschreven dat ze bang en angstig is. Dat beschrijf je niet bij ieder contact of bij iedere willekeurige patiënt.”

Symptomen waarmee de patiënt niet eerder op het spreekuur is gekomen

In 2 gevallen interpreterden huisartsen nieuwe symptomen al voor het consult als SOLK. Ze gaven aan dat de betreffende patiënten nooit een concreet verhaal hadden en dat ze bekend waren met klachten die eerder als SOLK waren geïnterpreteerd.

Interviewer: “Welk moment in het consult dacht jij dat er sprake is van SOLK en wat droeg daaraan bij?”

Huisarts 3: “Dat was wanneer de patiënt binnenkwam. Ik vind hem een ontzettende SOLK-patiënt, omdat hij nooit met een concreet verhaal komt. Dat is natuurlijk niet aardig en dat weet ik ook wel. Dat moet je heel diep wegduwen en toch met een open mind gaan kijken, maar als deze patiënt binnenkomt dan denk ik altijd: dat is SOLK.”

Beschouwing

Huisartsen interpreterden symptomen al vroeg tijdens het consult als SOLK: na ruim 4 minuten bij nieuwe klachten en na minder dan 2 minuten bij klachten waarmee de patiënt al eerder op het spreekuur was geweest. Elementen die hieraan bijdroegen betroffen volgens huisartsen de manier waarop patiënten hun symptomen presenteren, het gegeven dat de symptomen niet in een specifiek patroon passen, gevallen waarin patiënten de symptomen zelf aan de psychosociale context toeschrijven en discrepanties tussen symptoompresentatie en objectiveerbare bevindingen. Kahneman beschrijft 2 modellen van beslissen: het 1^e niet-analytische systeem werkt snel en intuïtief, het 2^e analytische systeem werkt gecontroleerd en relatief langzaam.⁷

Huisartsen gaven aan dat contextuele kennis, de presentatie en patroonherkenning een rol speelden in het diagnostisch redeneren. Dit suggereert dat de niet-analytische redenering (in dit geval klinisch redeneren waarin de huisarts niet expliciet hypotheses toetst) een centrale rol speelt in hun denkproces, en niet de analytische redenering, die dominant is bij het hypothetisch-deductief model, waarin de huisarts hypotheses creëert en toetst. Diagnostisch redeneren waarin de niet-analytische redenering een centrale rol speelt kan gevoelig zijn voor fouten en vooroordelen. Dit geldt vooral voor de huisartsen die nieuwe symptomen al voor de start van het consult als SOLK interpreterden. Eerder onderzoek liet echter zien dat het percentage gemiste diagnoses bij SOLK erg laag is en dus dat deze manier van redeneren efficiënt lijkt.⁸ Dit komt overeen met onze bevindingen, want slechts bij één patiënt werd later een somatische verklaring gevonden.

Door huisartsen te laten reflecteren op hun eigen SOLK-consult (stimulated recall) minimaliseerden we de *recall bias*. Een mogelijke beperking van dit onderzoek is de selectiemethode van SOLK-consulten. We selecteerden consulten die door de huisarts als SOLK werden geïnterpreteerd, en niet op basis van bijvoorbeeld vragenlijsten. Omdat ons onderzoek ging over wat huisartsen over SOLK-patiënten denken, richtten we ons op die consulten waarvan de huisarts ook zelf dacht dat het om SOLK ging. Hoewel sommige huisartsen pas na geruime tijd reflecteerden op de video-opname van hun consult denken we dat dit weinig invloed heeft op de resultaten en daarmee op de validiteit van dit onderzoek. De meeste huisartsen herinnerden zich de consulten goed en konden duidelijk aangeven wanneer en waarom zij aan SOLK dachten.

Bij de meeste consulten gaven de huisartsen aan dat de patiënten al eerder met de symptomen op consult waren geweest. Bij slechts 7 consulten gaven de huisartsen aan dat de symptomen nieuw waren. Voorzichtigheid is daarom geboden bij het interpreteren en generaliseren van deze resultaten. Het aantal consulten dat de huisartsen als SOLK interpreteerden varieerde tussen 0 en 5. Deze variatie kan het gevolg zijn van het aantal jaar werkervaring, de natuurlijke variatie, het gebrek aan een eenduidige definitie of verschillende interpretaties van de criteria. Bovendien interpreteren sommige huisartsen klachten niet als SOLK omdat ze wellicht effectief communiceren, waardoor ze de klachten goed begrijpen en op een adequate manier kunnen behandelen.

Conclusie

Huisartsen interpreteren symptomen al vroeg tijdens het consult als SOLK. Bovendien kunnen ze duidelijk aangeven waarom ze aan SOLK dachten. We denken dan ook dat de onzekerheid die huisartsen bij SOLK-patiënten ervaren, niet in het medisch-diagnostische deel zit, maar in het managementdeel, waarbij ze een 'incomplete' diagnose stellen en niet volledig zien wat er aan de hand is. Huisartsen gebruiken het snelle niet-analytische systeem, wat relatief veilig lijkt te zijn, aangezien de kans op gemiste diagnoses bij SOLK klein is.⁸ Zij moeten zich er wel van bewust zijn dat dit systeem gevoelig is voor fouten en vooroordelen.

Literatuur

1. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004;21:199-203.
2. Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *J Health Psychol* 2006;11:107-16.
3. Den Boeft M, Huisman D, Van der Wouden JC, Numans ME, Van der Horst HE, Lucassen PL, et al. Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study. *BMC Fam Pract* 2016;17:55.
4. Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60.
5. Van Dulmen SBE. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *Int J Person-Centered Med* 2011;1:27-34.
6. Glaser BSA. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine, 1967.
7. Kahneman D. A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *Am Psychol* 2003;58:697-720.
8. Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JG. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2016;88:60-7.

Voor meer informatie verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.

Houwen J, Lucassen PLBJ, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Hoe en wanneer herkennen huisartsen SOLK? Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0794-3. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: J. Houwen, huisarts en promovendus, juul.houwen@radboudumc.nl; P.L.B.J. Lucassen, huisarts en senior onderzoeker; A. Verwiel, arts; H.W. Stappers, gedragswetenschappelijk docent, psycholoog; prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Preventie in de zorg; dr. T.C. Olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker; prof. dr. S. van Dulmen, hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg, tevens verbonden aan de Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Drammen, Noorwegen en aan het Nivel, Utrecht. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.