

Factsheet voor de Bedrijfsarts

van de multidisciplinaire richtlijn

‘Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen’

De multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen verscheen in 2010. De richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. De NVAB participeerde in de werkgroep en werd vertegenwoordigd door bedrijfsarts dhr. dr. R. (Rob) Hoedeman.

Definities

- **Somatisatie**
De neiging om lichamelijke klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan lichamelijke ziekte en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart.
- **Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke klachten (SOLK)**
Lichamelijke klachten die langer duren dan enkele weken en waarbij – ook met behulp van adequaat medisch onderzoek – geen somatische aandoening gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart.
- **Somatoforme stoornissen**
SOLK die voldoen aan DSM-IV criteria voor één van volgende stoornissen:
 - Somatisatiestoornis; multi-symptomatische aandoening gekenmerkt door een combinatie van pijn, gastro-intestinale, seksuele en pseudo-neurologische klachten (vaak onset < 30^{ste} jaar en langdurig).
 - Ongedifferentieerde somatoforme stoornis; SOLK (één of meer lichamelijke klachten) die minimaal zes maanden belemmeringen veroorzaken in het dagelijks leven (diverse functionele syndromen).
 - Pijnstoornis; onverklaarde pijn die ernstig genoeg is om het functioneren te beperken en medische hulp in te roepen. Ontstaan en voortbestaan worden in verband gebracht met psychische factoren.
 - Conversiestoornis; onverklaarde symptomen of uitvalsverschijnselen van de willekeurige motorische of sensorische functies die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening. Een verband met psychische factoren is aannemelijk.
 - Hypochondrie; sterke preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben, dit als gevolg van verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen, gedurende ten minste zes maanden.

- Gestoorde lichaamsbeleving; preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk.
- Somatoforme stoornis niet anderszins omschreven (NAO); somatoforme klachten en syndromen die niet voldoen aan de criteria voor één van de specifieke somatoforme stoornissen.

Klachten

De meest voorkomende klachtenbeelden zijn verbonden met pijn en vermoeidheid, bv. chronische vermoeidheid, verstoorde slaap, buikpijn, hoofdpijn en pijn van het bewegingsapparaat). Ook cardio-pulmonale klachten komen veel voor (pijn op de borst, hartkloppingen en kortademigheid). SOLK leidt vaak tot een als verminderd ervaren gezondheid en energieniveau en tot slechter functioneren.

Epidemiologie

- **SOLK** komt veel voor; bij de huisarts blijven bij ongeveer 30 tot 50% van de patiënten de lichamelijke klachten onverklaard, bij medisch specialisten is dit zelfs wat meer, namelijk 40 tot 60%. Meestal gaan deze klachten vanzelf over binnen een periode van enkele maanden tot ruim een jaar (positief effect blijkt wanneer artsen uitleg geven en gerust stellen). Bij 10 tot 30% van de patiënten houden de klachten aan of nemen toe – met een hoge lijdensdruk door ongerustheid, verminderde kwaliteit van leven en ervaren belemmeringen. Deze patiënten hebben vaak meer of samengestelde klachten en een hoog werkverzuim. Bij de huisarts heeft ongeveer een kwart van de patiënten met SOLK, tevens een angststoornis en/of depressie. Circa een derde van de langer verzuimende werknemers heeft moeilijk objectiveerbare klachten. Uit diverse onderzoeken blijkt ongeveer een derde van hen te voldoen aan het criterium *somatisatie* van de 4-dimensionale klachtenlijst (4DKL). Bij 15% van het langer durend verzuim is er sprake van SOLK of meer. In 2002 waren de belangrijkste functionele syndromen verantwoordelijk voor 6,4% en aspecifieke rugklachten voor 4,4% van de instroom in de WAO.
- **Somatoforme stoornissen** ('ongedifferentieerd' dan wel 'niet anderszins omschreven') komen – als SOLK die voldoen aan de DSM-IV criteria – ook veel voor; in de huisartsenpopulatie 30% tot 40%.
- **Pijnstoornissen** zijn zeldzaam met een prevalentie van circa 2%.
- **Somatisatiestoornis en conversiestoornis** komen weinig voor (met prevalenties resp. kleiner dan 0,5% en 0,2%).
- **Buikpijnklaarten** heeft ongeveer 20% van de vrouwen met enige regelmaat last van en 4% van hen bezoekt om deze reden de huisarts; slechts een enkeling wordt verwezen. In ongeveer de helft van de gevallen wordt een afwijking gevonden maar deze is niet altijd een goede verklaring voor de klachten aangezien 40% van de vrouwen deze afwijkingen heeft zonder daarvan klachten te ervaren.

Over de kans dat uiteindelijk een organisch ziektebeeld wordt gevonden als verklaring van de klachten bij SOLK, is weinig bekend. Bij het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is het onwaarschijnlijk, voor het conversiestoornis worden daarentegen in de literatuur percentages genoemd tot 12%.

Risicofactoren

Er zijn diverse verklaringmodellen voor SOLK die verschillende risicofactoren in beschouwing nemen. De richtlijn gaat vooral in op verklaringen vanuit het biopsychosociale model. Binnen dit model zijn als algemene predisponerende factoren benoemd o.a. genetische kwetsbaarheid, een doorgemaakt (psycho)trauma, en het vóórkomen van en omgaan met ziekte binnen de familie. Uitlokkende factoren zijn vermoeidheid, stress en life events. Onderhoudende factoren zijn onder meer conditieverlies, ongerustheid en weinig sociale steun. Psychosomatische klachten komen meer voor onder mensen met een lage sociaaleconomische status en mensen zonder werk.

Gezondheidsklachten geven een verhoogde kans op frequent en langdurig verzuim; deze kans is groter wanneer er meerdere klachten zijn. Met betrekking tot specifieke klachtenbeelden en stoornissen zijn de volgende predisponerende factoren bekend:

- **Fibromyalgie, chronische (hoofd)pijnsyndromen, somatisatie- en somatoforme pijnstoornissen** zijn min of meer verbonden met ervaringen van (seksueel) geweld en mishandeling (aanranding en verkrachting) en met misbruik of verwaarlozing in de kinderleeftijd.
- **SOLK met stemproblemen, PDS of chronisch vermoeidheid** zijn verbonden met neuroticisme.
- **SOLK van het bewegingsapparaat** zijn verbonden met weinig sociale steun op het werk, een hoge werkdruk, hoge fysieke belasting (bv. lang in één houding zitten) en een geringe werktevredenheid.

Diagnostiek

De richtlijn adviseert aan zorgprofessionals in de eerste lijn en aan bedrijfsartsen om een 3-stappenplan toe te passen:

1. Anamnese met exploratie van de klachten via het SCEGS-model, eventueel aanvullend met gericht lichamelijk of ander onderzoek. SCEGS staat voor het uitvragen van Somatiek (klacht, symptomen en medicatie?), Cognities (wat ziet patiënt als verklaring/mogelijke oorzaak?), Emoties (wat doet de klacht met patiënt?), Gedrag (wat doet de patiënt als de klachten er zijn?) en de Sociale context (welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht; onder meer voor het werk?).
2. Nagaan of er (mogelijk) een psychiatrische stoornis is.
3. Nagaan welke factoren (mogelijk) de klachten in stand houden of bevorderen. Verwijzing naar de tweedelijns wordt geadviseerd als een onderliggende somatische aandoening onvoldoende kan worden uitgesloten en als de patiënt hardnekkig somatische attributies koestert en niet open staat voor ander beleid.

Bij psychiatrische problematiek wordt verwijzing naar tweedelijns (gespecialiseerde) GGZ geadviseerd. Hier adviseert de richtlijn om het diagnostisch proces te doorlopen via 5 stappen:

1. Zijn de klachten te verklaren door middelenmisbruik?
2. Is er sprake van een nagebootste stoornis, simulatie of aggraving?
3. Is er sprake van een andere psychiatrische stoornis en verklaart deze de klachten?
4. Voldoet het klachtenpatroon aan somatoforme stoornis – in engere of ruimere zin?
5. Wanneer geen van het bovenstaande van toepassing is, kan worden gesproken van SOLK.

Behandeling

Tijdige herkenning van de problematiek in de eerste lijn met inzetten van adequate hulp is van groot belang. De richtlijn adviseert een tweesporenbeleid met monitoring van de klachten – en bij veranderingen herhalen van de diagnostiek. Daarnaast psychosociale aspecten in kaart brengen en de patiënt begeleiden in het omgaan met de klachten. Het is van belang de positieve en negatieve effecten van eerdere behandelingen mee te wegen. Wanneer een patiënt de relatie met de arts positief waardeert worden doorgaans minder klachten ervaren en is ook de therapietrouw beter.

- Bij SOLK, somatoforme stoornis NAO en een somatisatiestoornis, raadt de richtlijn cognitieve gedragstherapie (CGT) aan als standaardbehandeling. Therapie wordt ingesteld volgens het *stepped care* principe; afhankelijk van de aard van klachten en de effecten van eerdere behandeling.
- Bij het lichte profiel (< 6 weken verzuim, korte klachtenduur) start de huisarts met het hierboven beschreven tweesporenbeleid en psycho-educatie en eventueel kortdurende CGT.
- Bij het matig ernstige profiel (met co-morbiditeit): CGT en medicatie, eventueel met consultatie van een gespecialiseerde hulpverlener.
- Bij een ernstig profiel (lange klachtenduur, eerdere behandelingen en verstoorde behandelrelaties): case-management, beperken van iatrogene schade en eventueel 2^e-3^e lijns behandeling (ambulante multidisciplinaire revalidatie en terugvalpreventie met symptoombehandeling, activerende fysiotherapie en psychotherapie). Als dit onvoldoende effect heeft eventueel verwijzen naar gespecialiseerde 3^{de} lijn en als dit evenmin helpt, voorzieningen zoals ambulante begeleidingsgroep voor chronische patiënten – gericht op stabiliseren kwaliteit van leven.
- Bij conversie-klachten van het motorische type beveelt de richtlijn (ambulante) hypnotherapie aan.
- Bij hypochondrie wordt geadviseerd te starten met psycho-educatie en bij onvoldoende effect CGT. Als dit ook onvoldoende effect heeft, kan de behandeling worden uitgebreid met stressmanagement of medicatie (SSRI; met voorlichting over bijwerkingen en met wekelijkse vervolgsprekken).
- Bij patiënten met body dysmorphic disorder (BDD) starten met SSRI of CGT. Bij onvoldoende effect, eventueel in combinatie. Het advies is om géén anti-psychoticum toe te voegen.
- Bij vrouwen met chronische buikpijn is weinig onderzoek van goede kwaliteit beschikbaar dat de effectiviteit van een behandeling aantoont; het is aannemelijk dat schrijfopdrachten (over de negatieve aspecten van pijn; ‘disclosure’), een gunstig effect hebben op de pijnbeleving. Voor de behandeling van primaire dysmenorroe worden orale anticonceptiva aanbevolen of periodiek gebruik van NSAID of een combinatie van beide.

Beleid met betrekking tot arbeid

De bedrijfsarts adviseert bij verzuim (gericht op herstel of behoud van functioneren en de aanpak van werkgerelateerde oorzakelijke en onderhoudende factoren), risico-inventarisatie en preventief medisch onderzoek. De richtlijn raadt bedrijfsartsen aan om gebruik te maken van de multifactoriële probleemanalyse; met aandacht voor de klachten, de behandeling, het werksysteem (eerder verzuim voorspelt nieuw langdurig

verzuim), het privésysteem, coping (de eigen opvatting over de prognose en ziekteangst zijn belangrijke voorspellers voor verzuimduur) en arbeidsgeschiktheid voor eigen en ander werk.

Gerichte patiënt-educatie kan in bepaalde situaties die somatisatie uitlokken, helpen om SOLK en somatoforme stoornissen te voorkómen (selectieve preventie). Fysieke inspanning en CGT zijn redelijk effectief bij het voorkómen van chroniciteit, functiebelemmeringen en werkverzuim bij patiënten met kortdurende SOLK die eenmalig medische hulp zochten (geïndiceerde preventie).

De richtlijn benadrukt – voor alle hulpverleners – het belang van een patiëntgerichte consultvoering met een brede klachtenexploratie van zowel somatische als emotionele en cognitieve aspecten; met uitvragen van verwachtingen en de door de patiënt ervaren invloed van de klachten op het (werk)functioneren. Dit heeft een gunstige invloed op gezondheidsuitkomsten (emotionele gezondheid, symptomen, functioneren, fysiologische parameters en pijn). Een gedeelde visie op het gezondheidsprobleem (met een gemeenschappelijk ontwikkeld beleid) is van belang, evenals gelegenheid voor de patiënt om nadere informatie te vragen en reacties te geven. De richtlijn beveelt aan om in dit proces gebruik te maken van technieken uit de motiverende gespreksvoering.

De richtlijn wijst tot slot op kennislacunes onder meer met betrekking tot psychiatrische co-morbiditeit bij SOLK en arbeidsgerelateerde factoren die het beloop van SOLK kunnen beïnvloeden (en voorspellen) – en pleit voor prospectief onderzoek op dit vlak en het ontwikkelen van gevalideerde predictiemodellen.