Psychosomatiek bij een Marokkaanse patiëntenpopulatie:
beleving, verklaringsmodellen en drempels tot het duiden van deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten

Faouzi Soumaya (Universiteit Antwerpen)

Promotor: Prof. Dr. Hendrickx Kristin (Universiteit Antwerpen)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Psychosomatiek bij een Marokkaanse patiëntenpopulatie:
beleving, verklaringsmodellen en drempels tot het duiden van deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten

HAIO: Faouzi Soumaya, Universiteit Antwerpen; **e-mail:** soumaya.faouzi@outlook.com

Promotor: Prof. Dr. Hendrickx Kristin, Universiteit Antwerpen

Context: Somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) komen frequent voor in de huisartsenpraktijk. Artsen ervaren het contact met patiënten met SOLK als frustrerend. Verwachtingen van patiënten met SOLK worden zelden ingelost. Artsen vermoeden dat SOLK frequenter voorkomen bij etnische minderheden en ondervinden bij hen specifieke moeilijkheden met het duiden van de onverklaarbare klachten. Hoe dan ook bestaan er specifieke aandachtspunten bij deze patiëntenpopulatie die frequenter wordt blootgesteld aan risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK. In het kader van een cultuurspecifieke en patiëntgerichte aanpak is het wenselijk meer inzicht te verkrijgen in deze risicofactoren en in de lekenvisie op SOLK.

Onderzoeksvragen: Wat is er reeds onderzocht over SOLK in de eerste lijn bij etnische minderheden? Welke verklaringen geven Marokkaanse mensen aan SOLK? Wat verwachten zij van hun arts? Wat zijn alternatieve zorgpaden/zorgverleners die door hen benaderd worden voor dit probleem?

Methode: Deze masterproef is tweeledig en bestaat uit een literatuurstudie en een kwalitatief explorerend onderzoek. In de literatuurstudie werd de problematiek van SOLK bij etnische minderheden nader onderzocht. Tussen december 2016 en maart 2017 werden voor het kwalitatief onderzoek 9 semigestructureerde interviews afgenomen bij mensen met een Marokkaanse achtergrond. Deze interviews werden geanalyseerd volgens de gefundeerde theoriebenadering en vervolgens getoetst aan bevindingen uit de literatuur.

Resultaten: Tot 50% van de lichamelijke klachten in de eerste lijn kunnen somatisch onvoldoende verklaard worden. De epidemiologische gegevens geven niet aan dat dit percentage significant hoger ligt bij etnische minderheden. In de literatuur zijn meerdere verklaringsmodellen beschreven voor SOLK. Risicofactoren zijn o.a. migratie, socio-economische en culturele aspecten.
De respondenten zien een verband tussen SOLK en stress, gebrek aan tijd voor zichzelf, socio-economische, psychologische en culturele factoren. De Marokkaanse cultuur zou vooral voor de vrouw belastend zijn. Binnen deze cultuur vormt de omgeving soms een onderhoudende rol voor de klachten. Bovennatuurlijke oorzaken kunnen ook een rol spelen. Naast volksgenezers worden acupunctuur en homeopathie ook opgenoemd als alternatieve zorgpaden. Religie wordt gezien als bron van hulp en steun. Er wordt verwacht van de arts arts dat hij met zekerheid organische aandoeningen uitsluit. Daarnaast moet hij voldoende tijd en uitleg voorzien voor de patiënt. Behandelingsvoorstellen zijn het uitbreiden van het sociaal netwerk, psychologische gesprekken, meer tijd voor zichzelf voorzien en het werken aan de relatie met de partner.

Conclusies: Uit het literatuuronderzoek kan niet besloten worden dat SOLK frequenter voorkomen bij etnische minderheden. Het biopsychosociaal denkkader lijkt goed ingebed te zijn in de bevraagde populatie. Relationele problemen en gebrek aan waardering en tijd voor zichzelf vormen de kernoorzaken bij SOLK. Er bestaan zowel communicatieve, sociale als strikt medische verwachtingen jegens de arts. Er wordt gepleit voor een multidisciplinair behandelplan waarin de patiënt een assertieve houding aanneemt. Verder onderzoek is nodig om de problematiek van SOLK binnen de Marokkaanse gemeenschap te kaderen.

ICPC-code: P75 Somatisatiestoornis

INHOUDSTABEL

1 INLEIDING 1

2 ONDERZOEKSVRAGEN 2

3 LITERATUURONDERZOEK 3

3.1 METHODOLOGIE 3

3.2 RESULTATEN 3

3.2.1 Gekleurde samenleving 3

3.2.2 SOLK: what's in a name? 3

3.2.3 Meetinstrumenten 4

3.2.4 Epidemiologie 5

3.2.5 Associatie met andere pathologie 5

3.2.6 Verklaringsmodellen 6

3.2.7 Risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK 6

3.2.8 Communicatie en arts-patiëntrelatie 8

3.2.9 Patiënt en SOLK 9

3.2.10 Arts en SOLK 9

3.2.11 Economische gevolgen SOLK 10

3.2.12 Alternatieve verklaringsmodellen 11

4 KWALITATIEF ONDERZOEK 13

4.1 METHODOLOGIE 13

4.1.1 Studie-opzet 13

4.1.2 Rekrutering patiënten 13

4.1.3 Data-analyse 14

4.2 RESULTATEN 14

4.2.1 Benoeming - beleving 14

4.2.2 Epidemiologie 15

4.2.3 Oorzaken - verklaringen 16

4.2.4 Alternatieve verklaringen en zorgpaden 19

4.2.6 Ernst – gevolgen – prognose 20

4.2.7 Omgeving 21

4.2.8 Religieuze aspecten 21

4.2.9 Verwachtingen 22

4.2.10 Behandeling 24

5 DISCUSSIE 27

6 BESLUIT 30

6.1 LITERATUURSTUDIE 30

6.2 KWALITATIEF ONDERZOEK 30

6.3 AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK 30

6.4 AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK 31

7 DANKWOORD 32

8 REFERENTIES 33

9 BIJLAGEN 36

9.1 GOEDGEKEURD STUDIEPROTOCOL 36

9.2 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITE 40

9.3 INFORMATIEBROCHURE PATIËNT 42

9.4 TOESTEMMINGSFORMULIER PATIËNT 44

9.5 SCRIPT SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS 45

9.6 SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE RESPONDENTEN 46

9.7 CASUS MEVROUW MAHRAOUI 47

9.8 INTEGRATIEF VERKLARINGSMODEL SOLK 48

1 INLEIDING

Als beginnende huisarts-in-opleiding werd ik geconfronteerd met heel wat onzekerheden. De basisopleiding geneeskunde voorziet heel wat theoretische kennis, maar wanneer je start als arts heb je weinig praktische ervaring. Daar kwamen de diagnostische onzekerheden van de huisarts bij die eigen zijn aan het beroep. Bijkomend waren de drempels in het contact met patiënten die zich presenteerden met een scala aan klachten waar ik geen verklaring voor kon vinden. Gedreven door het over-enthousiasme van beginnend arts bleef ik zoeken naar een somatische verklaring, zeer zelden met resultaat. Ik had ook de indruk dat deze problematiek oververtegenwoordigd was in de – voor een significant deel Marokkaanse - praktijkpopulatie. Verder ondervond ik moeilijkheden met het voorzien van een verklaring waar de patiënt zich ook in kon vinden. Dit alles heeft me gedreven om me te verdiepen in de problematiek van somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten bij etnische minderheden.

Somatisch onverklaarbare lichamelijk klachten (SOLK) vormen een veelvoorkomend probleem binnen de geneeskunde. Tot 50 procent van de lichamelijke klachten van patiënten zou somatisch onvoldoende verklaard kunnen worden (3, 5, 9-18, 41). Meerdere psychologische en organische processen zijn beschreven, maar tot op heden zijn deze niet in staat om SOLK volledig te verklaren (3, 4, 8, 10, 17, 18).

SOLK hebben een significante impact op de praktijkvoering. Zowel artsen als patiënten geven aan veel frustraties te ervaren met negatieve consequenties voor de therapeutische relatie tot gevolg (9, 11). Daarnaast is gebleken dat de aandacht van de arts frequent afgeleid wordt van andere gezondheidsaspecten die ook behandeld moeten worden (16). Verder kan het niet tijdig herkennen van SOLK leiden tot iatrogene schade, ineffectieve behandelingen, veelvuldig aanvragen van aanvullende onderzoeken en zo overconsumptie van de gezondheidszorg met een belangrijke kost voor de maatschappij (11).

De perceptie dat SOLK vaker zou voorkomen bij bepaalde bevolkingsgroepen en bij etnische minderheden heerst (22). Hoe dan ook bestaan er bij deze patiëntenpopulaties specifieke aandachtspunten. Zo worden ze in hun leven blootgesteld aan meerdere stressoren (9, 20, 21). Verschillen in cultuur en taalvaardigheid vormen bijkomende drempels (14 ,16, 19, 26). Dit vergt van de arts een bijkomende inspanning; namelijk het oog hebben voor deze factoren in het contact met de patiënten. In de huidige richtlijnen rond SOLK worden weinig concrete handvaten aangereikt die hiervoor aangewend kunnen worden (3, 4). In kader van een cultuursensitieve en patiëntgerichte benadering is het van belang dat het inzicht in deze factoren, die aanvullende uitdagingen impliceren voor de arts, verbreed wordt.

Met deze thesis zal getracht worden een licht te werpen op de problematiek van SOLK bij etnische minderheden met een oriënterend literatuuronderzoek. Daarnaast zal de lekenvisie op SOLK binnen de Marokkaanse gemeenschap onderzocht worden; meer bepaald hoe ze het verklaren, wat zij van hun arts verwachten en welke alternatieve verklaringen en zorgpaden ze hanteren.

2 ONDERZOEKSVRAGEN

De studie is tweeledig en bestaat uit een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek. Volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd voor deze studie:

1. Wat is er reeds onderzocht over SOLK in de eerste lijn bij etnische minderheden?
    - Hoe worden SOLK gedefinieerd?
    - Wat is de prevalentie van SOLK binnen de eerste lijn? Komen SOLK frequenter voor bij etnische minderheden?
    - Welke risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK bij etnische minderheden zijn beschreven in de literatuur?
    - Hoe beleven patiënten SOLK? Verschilt dit tussen autochtonen en etnische minderheden?
    - Hoe beleven artsen het contact met patiënten met SOLK? Welke drempels ondervinden zij in het contact met SOLK bij etnische minderheden?
    - Wat zijn de economische gevolgen van SOLK? Zijn deze significant groter bij etnische minderheden?
2. Welke verklaringen geven Marokkaanse mensen aan SOLK?
3. Wat verwachten zij van hun arts?
4. Wat zijn alternatieve zorgpaden/zorgverleners die door hen benaderd worden voor dit probleem?

Onderzoeksvragen 1 en 4 werden behandeld in de literatuurstudie. Vragen 2, 3 en 4 werden onderzocht aan de hand van het kwalitatief onderzoek.

3 LITERATUURONDERZOEK

3.1 METHODOLOGIE

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd over somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten in de eerste lijn bij etnische minderheden. Literatur werd verzameld volgens de watervalmethode. Er werd begonnen met het zoeken van relevante praktijkrichtlijnen toepasbaar in de eerste lijn. De databanken van Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, EBM PracticeNet en American Academy of Family Physicians waren vrij toegankelijk en werden doorzocht. 3 richtlijnen werden langs deze weg weerhouden (3, 4, 7). Uit de verzameling van masterproeven op de website van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) werd één relevant manuscript bekomen (26).

Vervolgens werd in PubMed gezocht naar aanvullende relevante artikels. Gebruikte zoektermen waren ("ethnic minority" OR "ethnic minorities" OR "foreign" OR "muslim" OR "islam" OR "culture" OR "immigrants" OR “migrants”) AND ("somatization" OR "medically unexplained symptoms" OR "medically unexplained physical symptoms" OR "MUPS"). Dit leverde 176 resultaten op. Elk artikel werd getoetst op relevantie op basis van de titel en abstract, waarna 22 artikels weerhouden werden.

Bijkomend werden artikels via het sneeuwbaleffect geïncludeerd. Tenslotte werden andere relevante websites geraadpleegd; langs deze weg werd één aanvullende studie geselecteerd (45).

De literatuurstudie werd afgerond op 2 februari 2016. Artikels verschenen na die datum werden niet verwerkt in dit onderzoek.

3.2 RESULTATEN

3.2.1 Gekleurde samenleving

Migratie is een fenomeen dat zich sinds het begin van de mensheid heeft voorgedaan en wordt veelal gestimuleerd door economische, politieke en sociale factoren. In de 19^{e} eeuw was België vooral een emigratieland. Na de eerste wereldoorlog kwam een eerste migratiestroom tot stand. Italiaanse en Poolse migranten werden tewerkgesteld in de Belgische mijn- en staalindustrie. Het einde van de Tweede Wereldoorlog betekende een herstellen van de Belgische industrie. Hiervoor sloot de overheid bilaterale akkoorden met o.a. Spanje en Marokko en kwam er zo een belangrijke arbeidsmigratie tot stand. In 1974 werd een halt toegeroepen aan deze migratie. Hierna worden huwelijksmigratie en gezinshereniging de voornaamste migratieredenen in de Marokkaanse populatie (1).

In een rapport verschenen in 2012 blijkt de Marokkaanse populatie 15,3% uit te maken van de totale vreemde bevolking en 2,2% van de algemene bevolking in België. Enkel de Nederlanders zijn meer vertegenwoordigd. De Marokkaanse gemeenschap situeert zich vooral in de grootsteden Antwerpen en Brussel. In Antwerpen bedraagt het aandeel Marokkaanse personen 11% van de totale bevolking (2).

Het huidige economische en politieke klimaat maakt dat er een nieuwe migratiestroom aan de orde is. Vooral personen uit Sub-Sahara Afrika, Irak, Afghanistan en Syrië vinden hun weg naar België, hetzij als eindbestemming hetzij als tussenstop.

3.2.2 SOLK: what’s in a name?

Fysieke klachten maken deel uit van het menselijk leven. In een enquête gaf tot 95% aan in de voorbije weken minstens één lichamelijke klacht te hebben gehad. Of er al dan niet wordt overgegaan tot een artsenbezoek hangt samen met de betekenis die de klacht heeft voor de patiënten en de ideeën die hij daarrond ontwikkelt (4). Veel lichamelijke klachten waarmee patiënten zich bij de arts presenteren, kunnen fysiek niet volledig verklaard worden. Over de jaren heen zijn er meerdere begrippen in het leven geroepen om dit verschijnsel te duiden (5).

In de NHG-richtlijn worden somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten als volgt gedefinieerd. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zijn lichamelijke klachten waarvoor na adequaat medisch onderzoek geen somatische verklaring gevonden kan worden en daarbij minstens

enkele weken blijven bestaan. Indien er wel een verklaring gevonden wordt voor de lichamelijke klachten, maar de intensiteit van de klachten of de functiebeperking die ze veroorzaken ernstiger is dan wat men zou verwachten, spreekt men ook van SOLK (3). Dit geeft aan dat SOLK meer zijn dan enkel uitsluitingsdiagnosen (8).

Daarnaast bestaan er ook de termen somatiseren of somatisatie. In de multidisciplinaire richtlijn wordt dit als volgt omschreven:

"Somatisatie is een neiging 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." Het betreft dus een proces dat ertoe leidt dat patiënten met SOLK hun arts blijven consulteren in de hoop een somatische verklaring te vinden (4).

In de DSM-IV zijn somatoforme stoornissen opgenomen. Dit zijn stoornissen gekenmerkt door overwegend lichamelijke klachten of zorgen hierover, zonder dat er een lichamelijke of psychiatrische oorzaak aan de basis ligt. Deze stoornissen worden onderverdeeld in conversiestoornis, pijnstoornis, hypochondrie, morfodysforie, somatisatiestoornis en ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Voor elk van deze aandoeningen zijn strikte diagnostische criteria opgesteld (6). In de nieuwste editie van de DSM, de DSM-V, spreekt men niet meer van somatoforme stoornissen, maar wel van somatic symptom disorders. Centraal bij deze stoornis staat de onaangepaste wijze waarmee de patiënt met zijn klachten omgaat en niet de onverklaarbaarheid. Dit houdt in dat er sprake kan zijn van somatic symptom disorder bij klachten waarvoor wel een lichamelijke verklaring gevonden wordt, maar waarbij de beleving bij en de lijdensdruk door de patiënt afwijkt van wat men zou kunnen verwachten (7).

Soms worden SOLK gegroepeerd in syndromen, zoals fibromyalgie of prikkelbare darmsyndroom. Deze clusters van SOLK zouden afzonderlijke klinische entiteiten zijn met een eigen behandelingsstrategie en prognose (24). De indeling van de klachten in deze syndromen is eerder arbitrair bepaald. Ook komen sommige symptomen voor in meerdere syndromen. De vraag rijst of het niet eerder één syndroom betreft die zich op verschillende manieren kan uiten (3-5). In de literatuur wordt daarom aangeraden om eerder van SOLK te spreken en niet van functionele syndromen (3-5). Een andere manier van benadering is het beschouwen van onverklaarbare lichamelijke klachten als een spectrum; gaande van enkele SOLK naar de meest extreme vorm, de somatisatiestoornis zoals omschreven in de DSM-IV (4, 16, 24).

3.2.3 Meetinstrumenten

Zoals reeds beschreven, is de definitie van SOLK eerder vaag en aspecifiek. Om de diagnose te concretiseren, zijn er meerdere scoringslijsten ontwikkeld voor toepassing in de dagelijkse praktijk of in wetenschappelijk onderzoek.

De NHG-standaard omtrent SOLK stelt het gebruik van de VierDimensionele KlachtenLijst (4DKL) voor als diagnostisch middel, maar ook om de ernst van de klachten en de lijdensdruk te objectiveren. Het instrument zou ook bruikbaar zijn bij etnische minderheden en is in het Turks vertaald (44).

In 1987 heeft een Amerikaanse psychiater een vereenvoudigde methode ontwikkeld om SOLK te identificeren: vanaf vier symptomen voor mannen of 6 voor vrouwen is er sprake van somatiseren volgens de Somatic Symptom Index (SSI). Deze score is ook predictief voor veelvuldig gebruik van de gezondheidszorg, functionele beperkingen en psychopathologie (16, 21, 23, 24).

De 21-Iem Bradford Somatic Inventory (BSI-21) is een zelfevaluatie vragenlijst gevalideerd voor transcultureel gebruik (21, 23). Vanaf een cut-off waarde van 14 is er sprake van SOLK (23). De Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) is ook een zelfevaluatielijst die initieel werd ontwikkeld voor gebruik bij patiënten met langdurige rugpijn. Hoe hoger de patiënt scoort op de vragenlijst, des te waarschijnlijker dat de patiënt somatiseert. De MSPQ is echter niet gevalideerd voor gebruik bij migranten (14).

Andere gebruikte scoringslijsten zijn de Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) (25) en The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) (16), allen gevalideerd voor transcultureel gebruik.

3.2.4 Epidemiologie

3-50% van de aanmeldingsklachten in de eerste lijn zou somatisch onvoldoende verklaarbaar zijn (3, 5, 9-18, 41). In 2,5% worden de SOLK chronisch en problematisch (3, 18, 42). De prevalentie van de somatisatiestoornis volgens DSM-IV ligt veel lager; minder dan 0,5% voldoet in de eerste lijn aan aan de diagnostische criteria (5, 17).

Als men onderzoekt of SOLK vaker voorkomen bij etnische minderheden zijn de resultaten niet eenduidig. Er is aangetoond dat SOLK vaker voorkomen bij vluchtelingen (3, 22). In een studie van Monserrat wordt vermeld dat SOLK vaker voorkomen bij patiënten met een migratie-achtergrond: 50% van de migranten lijdt of zal op een bepaald moment in zijn leven te kampen krijgen met SOLK (9). Nog andere studies besluiten dat SOLK vaker voorkomen bij migranten (14, 20). In een grootschalige epidemiologische studie in Nederland werden de dossiers van 225 013 patiënten bestudeerd. Hieruit bleek dat SOLK vaker voorkomen bij mensen van niet-westerse origine. Welke origines dit waren, werd niet nader gespecifieerd (42).

Niet enkel een migratieverleden zou van belang zijn, maar ook het land waarvan men afkomstig is. SOLK zou namelijk vaker voorkomen bij Zuid-Amerikanen en Afrikanen dan bij Aziaten (21). In het onderzoek van Kirmayer et al. vinden we het tegenovergestelde; namelijk dat SOLK vaker zou voorkomen bij Aziaten in vergelijking met Europeanen en Amerikanen (17). In een andere studie werd geen verschil vastgesteld tussen Afrikaanse en Zuid-Amerikaanse migranten (14). Een onderzoek in de V.S.A. vergeleek de prevalentie van SOLK – gedefinieerd volgens de SSI – van 3 groepen Hispanics en 1 blanke niet-Hispanic populatie. Hieruit bleek dat SOLK vaker voorkwamen bij Puerto-Ricanen (17). In dezelfde review werd een studie geciteerd waarin werd vastgesteld dat SOLK meer prevalent was bij Vietnamezen in vergelijking met Canadezen of andere etnische minderheden in Canada (17). Een ander onderzoek stelde ook vast dat SOLK vaker zou voorkomen bij Vietnamezen (19) en Zuid-Amerikanen (16, 19). De prevalentie van somatisatie bij zwarte vrouwen in de V.S.A. zou niet verschillen tussen vrouwen die geboren zijn in de V.S.A., Afrika of de Caraïben. In een ander onderzoek werd besloten dat Afro-Amerikaanse vrouwen meer somatisatie vertonen dan blanke (29).

In een onderzoek uitgevoerd in Maleisië vond men een significante associatie tussen de somatisatiestoornis en de etnische minderheid Malay (19). Een ander Amerikaans onderzoek concludeerde dat somatisatiestoornis het vaakst voorkwam bij Afro-Amerikaanse vrouwen(17).

3.2.5 Associatie met andere pathologie

Een belangrijke associatie van SOLK met andere psychiatrische aandoeningen wordt in de literatuur vastgesteld. Somatische klachten kunnen een eerste presentatie zijn van verschillende ziektebeelden, zoals depressie, posttraumatische stressstoornis en angst- en paniekstoornissen (5, 16, 17, 21, 34, 35, 40). 25 tot 80 procent van de patiënten met SOLK zou onderliggend aan één van deze aandoening lijden (4, 16, 17, 40). Hoe meer somatische klachten er zijn, des te hoger de kans op een psychiatrische diagnose (5).

In een onderzoek bij migranten van de eerste generatie in Italië was posttraumatische stressstoornis (PTSS) positief gecorreleerd aan SOLK (20). In een andere vergelijkbare studie zou 80 procent van de migranten met PTSS SOLK vertonen. Er werd aangegeven dat de relatie evenwel complex is (21). In nog een ander onderzoek bij migranten werden SOLK beschouwd als een voorbode van psychopathologie. Ook kunnen de klachten zelf leiden tot demoralisatie met o.a. depressie als gevolg (9).

3.2.6 Verklaringsmodellen

SOLK worden beschouwd als distress-idiomen (10, 14, 15, 17, 26, 27, 29). Meerdere modellen zijn ontwikkeld om SOLK te verklaren. Psychologische modellen zijn o.a. stress-coping theorie (8), zelfregulatietheorie (8), ziekteperceptiemodel van Leventhal (8) en cognitief-perceptueel model (3, 4, 18). Elk model heeft zijn waarde en kan bijdragen tot het identificeren van predisponerende, precipiterende en onderhoudende factoren (8). De huidige verklaringsmodellen zijn echter ontoereikend om de complexiteit van SOLK volledig te omvatten, o.a. omdat de socioculturele context niet mee in rekening wordt gebracht (3, 10).

Er zijn echter ook biologische processen betrokken, waaronder het endocrien stelsel en het immunologisch systeem (10). In een Scandinavisch onderzoek bij patiënten met ernstige SOLK waarbij de diagnose van somatisatiestoornis volgens de DSM-IV bevestigd was, werden verschillende afwijkingen in de hersenen vastgesteld in vergelijking met gezonde personen, zoals een verminderd cerebraal glucose metabolisme in verschillende regio's en vergrote caudale nuclei (43).

Kirmayer ontwikkelde een integratief model waarin fysiologische, psychologische, interpersoonlijke, maar ook socioculturele factoren zijn opgenomen om het ontstaan en de instandhouding van SOLK weer te geven (17). Voor dit schema verwijs ik naar figuur 1 in bijlage.

De interactie tussen psychologische en biologische processen zou de beleving van symptomen door patiënten bepalen (10). Door de technische vooruitgang zal steeds meer inzicht verkregen worden in deze interactie en zal de relatie tussen lichamelijke klachten, emoties, gedrag en omgeving geconcretiseerd worden (3, 10).

3.2.7 Risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK

In de literatuur zijn meerdere risicofactoren geïdentificeerd voor het ontwikkelen van SOLK. Deze betreffen predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren.

Migratie

Migranten zouden een hoger risico lopen op blootstelling aan potentieel traumatische ervaringen (21). Ze zijn in hun land van herkomst vaak blootgesteld aan significante psychosociale distress ten gevolge van pre-migratie trauma's (9, 20). Migreren houdt ook in dat een belangrijk deel van het sociaal netwerk verloren gaat (45). Het migratieproces op zich in soms precaire omstandigheden draagt hier verder bij toe (9, 14, 20). Het maken van opofferingen en schuldgevoelens t.o.v. de familie, de gemeenschap maar ook zichzelf zijn vaak aanwezig. Bij de aankomst in het nieuw land overheerst soms eerder teleurstelling dan vreugde omdat de hoge verwachtingen niet ingelost worden (9, 20). Het aanpassen aan de nieuwe omgeving is niet evident (45). Bestaansonzekerheid speelt ook een rol. Mensen met een geldige verblijfsvergunning worden minder blootgesteld aan potentieel traumatische ervaringen (21). Andere drempels die worden aangetroffen zijn o.a. de taal en het vinden van een geschikte woon- en werkplaats. Dit samen verhoogt het distress-gehalte en leidt tot post-migratieproblemen zoals isolatie, financiële problemen, discriminatie en precaire woonomstandigheden en malnutritie (9, 15, 20, 28). Uit onderzoek is gebleken dat deze post-migratieproblemen vaker voorkomen bij migranten die SOLK vertonen. Daarnaast is aangetoond dat patiënten met pre-migratietrauma's vatbaarder zijn voor het ontwikkelen van post-migratieproblemen (20). Al deze factoren samen beïnvloeden het welzijn en de gezondheid op een negatieve manier met somatisatie, angst en depressie tot gevolg (9).

Taal - communicatie

Taal is een communicatiemiddel waarvan het belang toeneemt met de complexiteit van de boodschap die men wil overbrengen. Psychisch onwelbevinden onder woorden brengen is geen sinecure: het vergt een redelijke taalbeheersing om de nodige nuances aan te geven. Het gebrek aan taalvaardigheid maakt het moeilijker aan anderstaligen om hun emotionele distress te uiten via psychologische klachten (9,

16, 19, 26). Daar komt nog bij dat er culturele variaties bestaan in de psycholinguïstische expressie van deze distress (17, 19, 26).

Cultuur

De culturele achtergrond van de patiënt is van belang bij elk patiëntencontact en is nog belangrijker bij SOLK (14). Er is bewijs dat er culturele verschillen bestaan wat betreft de klachtenpresentatie en de expressie van fysieke symptomen en pijn (16, 45). Ook de aard en het aantal klachten zou cultureel bepaald zijn (16). Ziekte-, gezondheids-, en lichaamsperceptie zijn ook cultureel gekleurd (14, 45). Bijvoorbeeld de perceptie die bij sommige gemeenschappen bestaat dat lichaam en geest 2 gescheiden entiteiten zijn die geen invloed hebben op elkaar (45). Er is ook aangetoond dat er binnen elke cultuur prioriteiten gesteld worden met betrekking tot lichaamsdelen en sensaties die bijzondere aandacht verdienen (14). Daarnaast primeert in bepaalde collectivistische culturen de sociale harmonie boven inter- en intrapersoonlijke conflicten en siert het niet om te veel nadruk te leggen op de eigen gevoelens en mening (3, 45).

De cultuur van het gastland zou ook een rol spelen (14). Sommige auteurs beschouwen SOLK als een falen van het acculturatieproces (14, 15).

Kleinman ontwikkelde een model om de invloed van cultuur op psychische klachten te omschrijven. Het model omvat de opvattingen die de patiënt, zijn omgeving en de hulpverlener hebben over de klachten. Binnen dit model kan ziekte geduid worden met drie termen: illness, disease en sickness. Illness houdt de subjectieve beleving van de ziekte door de patiënt in, waarbij disease de ziekte betekent vanuit biomedisch standpunt. Sickness tenslotte behelst de manier waarop een patiënt zijn ziekte begrijpt en daarmee omgaat. Het verklaringsmodel wordt opgebouwd uit 5 factoren: etiologie, reden van ontstaan, pathofysiologie, beloop en behandeling (26, 31).

Stigma

In bepaalde culturen worden mentale problemen verbonden aan sociale en morele stigmata (15-17, 25, 45). Uit vrees hiervoor kunnen psychische bezwaren somatisch geuit worden(15-17).

Socio-demografische factoren

De literatuur is niet eenduidig wat betreft de rol van sociale factoren in de ontwikkeling van SOLK. In sommige studies zou een laag opleidingsniveau niet gecorreleerd zijn aan het vertonen van SOLK (16, 19). In andere studies kon deze correlatie wel aangetoond worden (42, 45). In een studie van de WHO stelde men vast dat de kans op het ontwikkelen van SOLK kleiner was indien men meer dan zes jaar een formele opleiding heeft genoten. De correlatie was echter zwak (16). Bij een studie waarin de prevalentie van somatisatiestoornis vergeleken werd tussen blanke Amerikaanse en Afro-Amerikaanse populaties, bleek het opleidingsniveau te verklaren waarom de stoornis vaker voorkwam bij Afro-amerikanen (17).

De rol van geslacht is niet duidelijk. In sommige studies stelde men vast dat SOLK vaker voorkomt bij vrouwen (12, 14, 42, 48). Dit werd in andere studies niet bevestigd (19, 20). Een studie van de WHO besloot dat enkel de ernstigere vormen van SOLK, de somatisatiestoornis, vaker voorkomt bij vrouwen (16).

Wanneer er gekeken wordt naar leeftijd, zouden SOLK vaker voorkomen op oudere leeftijd in vergelijking met jongeren (16, 42). Dit werd in een andere studie weerlegd (19).

SOLK zou vaker voorkomen bij socio-economisch gedepriveerden, werklozen en bewoners van achtergestelde wijken (45). Migranten met SOLK ervaren weinig sociale ondersteuning en hulp en leven vaker in armoede (15, 20), met sociale isolatie en eenzaamheid tot gevolg, waardoor de distress toeneemt. Dit werkt de eenzaamheid, gebrek aan zelfwaarde, marginalisering en verveling verder in de hand waardoor de mensen zich nog meer geen terugtrekken en een vicieuze cirkel ontstaat. Somatiseren

is voor deze patiëntenpopulatie één van de weinige manieren waarop ze de distress kunnen uiten (20).

Doktersvisites krijgen een sociale rol bij mensen die in eenzaamheid leven. Het feit dat de arts hen een luisterend oor biedt, draagt bij tot de medicalisering van hun psychosociale problemen. Een consultatie wordt een medium om te praten over hun sociaal lijden en mislukte integratie (15).

Gezondheidszorg

Kennis en inzicht in de gezondheidszorg is bij patiënten niet altijd accuraat. Uit onderzoek is gebleken dat migranten weinig inzicht hebben in de werking van de gezondheidszorg, wat kan leiden tot psychische stress (20, 28). Migranten met SOLK vrezen vaak dat ze minder kwalitatieve zorgverlening krijgen en dat hen de toegang tot de gezondheidszorg ontzegd zou worden (20). Ook bestaan er bij hen onrealistische verwachtingen van de medische technologie (15, 20). Het gezondheidszorgsysteem in het land van herkomst speelt ook een rol. Indien er geen erkenning bestaat voor psychologische problemen in dat systeem, gaan patiënten in hun verblijfsland psychosociale distress uiten via SOLK om erkend te worden als patiënt (15). De mate waarin distress zich presenteert met somatische klachten zou mede bepaald worden door de toegankelijkheid, beschikbaarheid en structuur van de gezondheidszorg (15).

Economische factoren - ziektewinst

Migranten met SOLK ondervinden veel zorgen met betrekking tot het vinden van een job in goede werkomstandigheden. Arbeid betekent voor hen een praktisch middel om financieel rond te komen. Daarnaast draagt het bij tot de zelfwaarde en zou het de sociale erkenning verhogen (20).

SOLK zouden zich kunnen voordoen bij asielzoekers en vluchtelingen in kader van ziektewinst. Al dan niets onbewust gaan patiënten somatiseren om politieke of administratieve doelen te bereiken (15).

3.2.8 Communicatie en arts-patiëntrelatie

Artsen benadrukken het belang van een goede arts-patiëntrelatie en geven aan dat deze relatie nog belangrijk wordt in het contact met patiënten met SOLK (18). Uit onderzoek is gebleken dat een goede arts-patiëntrelatie een positieve invloed heeft op de health outcomes van de patiënten (5, 18). Dit is ook bevestigd in het geval van SOLK (4).

De arts-patiëntrelatie komt echter onder hoge druk te staan bij SOLK (9, 10, 15, 18). Er bestaat onenigheid tussen patiënt en arts wat betreft verklaring, ernst en behandeling van de aandoening (9, 15). Zo scoren patiënten met SOLK hun eigen gezondheid relatief laag in (16, 42), terwijl artsen deze meestal gemiddeld scoren (16).

In een multiculturele context vormt de arts-patiëntrelatie een grotere uitdaging omdat taalkundige, sociale en culturele factoren bijkomende drempels vormen (9, 15, 30). Vooral de cultuurkloof blijkt volgens artsen moeilijk te overbruggen. Het is echter onduidelijk welk aandeel het culturele aspect omvat in de arts-patiëntrelatie (30). Uit een onderzoek in Canada bij Iranese migranten bleek dat wrijvingen en drempels tussen arts en patiënt blijven bestaan, ook in het contact met Iranese artsen die dezelfde taal en culturele achtergrond delen (28).

Er werden geen studies gevonden die de invloed van de consultatie zelf bij SOLK bestudeerd hebben. Interessante conclusies kunnen wel getrokken worden uit een gecontroleerd onderzoek naar de attitude van artsen bij consulten rond kleine kwalen. Hieruit bleek dat een patiëntgerichte aanpak de tevredenheid van de patiënt doet toenemen en de lijdensdruk en gebruik van de gezondheidszorg doet afnemen (5).

3.2.9 Patiënt en SOLK

Patiënten ervaren leven met SOLK als een dagelijkse strijd. Ze voelen zich medische weeskinderen en voelen zich afgewezen. Ook hebben ze het gevoel niet erkend te worden in hun lijden en dat artsen hun klachten niet serieus nemen of bagatelliseren (10, 39). Patiënten met SOLK willen zich vooral begrepen voelen en willen een overtuigende uitleg van de arts (4). Psychologische verklaringen worden door hen afgewezen omdat ze deze als stigmatiserend ervaren (10). Verwijzing naar de psychiatrische hulpverlening wordt soms geïnterpreteerd als de arts die de echtheid van de klachten in vraag stelt (39). Patiënten met SOLK hopen in hun arts een bondgenoot te vinden waarmee ze samen de strijd tegen de ziekte aangaan (27, 39).

In het onderzoek van Peters et al. wordt verwezen naar een kwalitatief onderzoek bij patiënten met SOLK. In dat onderzoek concludeerde men dat deze patiënten hun lichamelijke ervaringen koppelen aan emotionele en sociale factoren (27). Uit een studie van de WHO is gebleken dat dat de subjectieve beleving van patiënten met SOLK negatief is in alle onderzochte culturen. Dit is een belangrijk gegeven, gezien uit onderzoek is gebleken dat een negatieve zelfperceptie een predictor is van mortaliteit en lage kwaliteit van leven, onafhankelijk van objectieve parameters zoals bijvoorbeeld psychosociale gegevens (16).

Peters voerde een kwalitatief onderzoek uit waarbij 68 patiënten met SOLK geïnterviewd werden over hun leken verklaringen voor SOLK en hoe deze de verwachtingen jegens de arts en de arts-patiëntrelatie beïnvloeden. Patiënten met SOLK creëren eigen verklaringsmodellen voor hun klachten die ze zelf zelden bevredigend vinden. Deze verklaringen zijn vluchtig en veranderen snel. Stress wordt spontaan genoemd als één van de oorzaken van SOLK. De oorzaak van de ziekte wordt meestal geëxternaliseerd. Er wordt ook gesproken van een onevenwicht tussen eisen die gesteld worden en de draagkracht van de patiënt. Zenuwen en psychologische processen werden ook gemeld. Patiënten gaan uit van een superieure kennis over hun lichaam. Negatieve onderzoeksresultaten worden geïnterpreteerd als falen van die onderzoeksmethoden. De competenties van de artsen worden in vraag gesteld, verklaringen van artsen worden met elkaar vergeleken en alternatieve informatiebronnen worden geraadpleegd. Er wordt van artsen verwacht dat ze het probleem benoemen en aan patiënten aangeven wat ze zelf kunnen doen om hun probleem te verhelpen. Tenslotte wordt het engagement van de arts hoog gewaardeerd: onafhankelijk van de uitkomst vinden patiënten het proces zelf belangrijk (27).

In een onderzoek naar SOLK bij asielzoekers en vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië linken deze patiënten hun klachten met pre- en postmigratie ervaringen. Ze veronderstellen dat deze ervaringen fysieke schade hebben aangebracht. De pre-migratieproblemen worden in verband gebracht met het ontstaan van de klachten, de post-migratieproblemen met het onderhouden ervan. Volgens de patiënten heeft het geen zin om te werken aan de verwerking van die negatieve ervaringen; wat gebeurd is, is gebeurd en kan niet ongedaan gemaakt worden. De patiënten verwachten van hun arts dat hij hen helpt met zowel medische als sociale problemen. Ze hechten ook veel belang aan onderzocht worden, aanvullende onderzoeken te ondergaan en een behandeling te krijgen. Het bespreken van emoties en gevoelens met de arts wordt niet door iedereen positief ervaren. Dit gesprek maakt voor niemand deel uit van het medisch proces, maar is eerder een sociaal gegeven. Sommige vluchtelingen denken dat ze minder kwalitatieve zorg krijgen vanwege hun verblijfsstatuut (15).

3.2.10 Arts en SOLK

Het contact met SOLK veroorzaakt bij de arts vaak frustraties (9, 11). Patiënten die regelmatig consulteren met SOLK krijgen het label van lastige patiënt (9). De arts ervaart een onzekerheidsgevoel en heeft moeite met de onvoorspelbaarheid van de klachten (9, 10, 22). Er wordt ook een druk ervaren uitgaande van de patiënt om aanvullende onderzoeken te doen (18). Dit samen met het onzekerheidsgevoel maakt dat de arts aanvullende onderzoeken blijft doen en zo een vicieuze cirkel in stand houdt (18, 22). Vaak weten artsen niet meer welke stappen ze moeten ondernemen na repetitieve negatieve testresultaten (22). Ze hebben het gevoel medisch weinig te bieden te hebben (18). Werken met SOLK is ook tijdrovend (22). Voorts vermoeden artsen soms dat de patiënten misbruik maken van het gezondheidszorgsysteem (9). Al deze factoren verhogen het stressgehalte en beïnvloeden de

kwaliteit van zorgverlening op een negatieve manier (9, 11). Ondanks al deze drempels vinden huisartsen dat de behandeling en opvolging van patiënten met SOLK in de eerste lijn hoort (11).

Jonge artsen definiëren SOLK als een uitsluitingsdiagnose bij vage, repetitieve symptomen zonder objectiveerbare biologische afwijkingen. Ze beschouwen de klachten als een uiting van psychosociale distress of van onderliggende psychopathologie. SOLK zou volgens hen vaker voorkomen bij mensen die niet in staat zijn emoties te benoemen of een link te leggen tussen fysieke symptomen en psychosociale factoren, of die een laag opleidingsniveau hebben gehad. Uit datzelfde onderzoek is gebleken dat artsen zelf werkmodellen ontwikkelen die gevormd worden door hun opleiding, persoonlijkheidskenmerken, ervaring, patiëntenpopulatie en organisatie van de gezondheidszorg waarin men werkzaam is. De patiënt vertrouwd maken met het biopsychosociaal denkkader wordt omschreven als de taak van de arts (15).

Uit een kwalitatief onderzoek waren volgens de bevraagde huisartsen volgende aspecten van belang in het contact met SOLK. Eerst en vooral zou het belangrijk zijn om te benadrukken dat de klachten reëel zijn en dat de arts duidelijk begrip toont voor het lijden van de patiënt. Daarnaast moet er een afdoende verklaring gegeven worden voor de klachten, moet de patiënt adequaat gerustgesteld worden en moet er een symptomatische behandeling ingesteld worden . 3 methoden werden benoemd die toegepast worden om de patiënt gerust te stellen: geruststellen door te zeggen dat er niets mis is, geruststellen door de klachten te normaliseren en ten slotte geruststellen door het concept draagkracht en draaglast te duiden. Enkel de laatste benadering blijkt effectief te zijn (18).

3 manieren van uitleggen van SOLK werden vergeleken in een kwalitatief onderzoek. In een eerste methode werden de eigen verklaringen van de patiënt volledig afgewezen. Een tweede methode was het volledig meegaan van de arts in de verklaring van de patiënt. Een laatste manier om SOLK te verklaren was het voorzien van een niet veroordelende verklaring, waarbij het lijden van de patiënt erkend werd en er zaken werden aangegeven voor zelfmanagement om zo de patient empowerment te verhogen. Enkel deze laatste methode bleek waardevol (5).

Artsen linken SOLK spontaan aan etnische minderheden en vermoeden dat er verschillen bestaan in de prevalentie van SOLK afhankelijk van het land van herkomst. Een van de redenen zou zijn dat migranten psychosociaal kwetsbaarder zijn. Deze opstelling kan echter leiden tot stereotypering en een gesimplificeerde sociale perceptie (22).

Jonge dokters voelen zich onvoldoende geëquipeerd om om te gaan met SOLK in het algemeen en bij etnische minderheden in het bijzonder. Ze vinden dat het onderwijs tekort schiet (22). Er wordt gepleit voor meer investering in de basisopleiding geneeskunde met meer aandacht voor het biopsychosociaal model, communicatietechnieken en socioculturele en politieke aspecten met betrekking tot etnische minderheden (14). Uit onderzoek is gebleken dat trainingsprogramma's gebaseerd op cognitieve gedragstherapie de arts ook zouden helpen in de omgang met patiënten met SOLK (22). Er zou ook meer gewerkt moeten worden met vertalers of culturele bemiddelaars om taalbarrières te overbruggen (32).

3.2.11 Economische gevolgen SOLK

Patiënten met SOLK zouden een hoge kost betekenen voor de gezondheidszorg. Deze manifesteren zich door directe en indirecte kosten. Directe kosten zijn consultaties, aanvullende onderzoeken en kosten voor de behandeling. Indirecte kosten zijn o.a. arbeidsongeschiktheid (12). Etnische minderheden met SOLK zouden frequenter de huisarts (45) en de spoedgevallendiensten (48) bezoeken dan andere patiënten.

In het onderzoek van Khoo bleek er geen significante associatie te bestaan tussen SOLK en het aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de voorbije drie maanden (19). De Gucht (8) en Barsky (48) concludeerden dat chronische SOLK wel geassocieerd zijn aan toegenomen ziekteverlet en een verhoogd gebruik van de gezondheidszorg. De Multidisciplinaire richtlijn SOLK citeert meerdere onderzoeken waarin een verband werd gezien tussen ziekteverzuim enerzijds en subjectieve gezondheidsklachten, moeilijk objectiveerbare klachten, somatisatie en SOLK anderzijds (4). In het

onderzoek van de WHO besloot men ook dat er een associatie bestaat tussen SOLK en arbeidsongeschiktheid. Hoe meer onverklaarde klachten er waren, hoe meer dagen arbeidsongeschikt de patiënt was. SOLK veroorzaken dus belangrijke beperkingen in het functioneren. Dit fenomeen werd transcultureel geobserveerd. Wat de culturele invulling van SOLK dus ook mag inhouden, het zorgt voor significante functionele beperkingen passend binnen de gehanteerde culturele normen (16).

In vergelijking met patiënten zonder SOLK zouden patiënten met SOLK twee maal zoveel gebruik maken van medische voorzieningen en dubbel zoveel kosten voor de gezondheidszorg (48).

Een Brits onderzoek trachtte in 2010 de totale directe en indirecte kosten van somatisatie in de leeftijdscategorie van 18 tot 65 jaar weer te geven. Somatisatie werd beschouwd in de brede betekenis van het woord. Patiënten met SOLK zouden 4 keer vaker artsen consulteren. De directe kost voor de gezondheidszorg bedroeg in één jaar drie biljoen pond. 42 miljoen dagen arbeidsongeschiktheid werden berekend. De schatting van de kost van de verminderde kwaliteit van leven bedroeg meer dan 9 biljoen pond (41).

Onderzoeken waarin de economische gevolgen van SOLK werden vergeleken tussen etnische en niet-etnische minderheden werden niet gevonden.

3.2.12 Alternatieve verklaringsmodellen

Naast de reguliere gezondheidszorg wenden patiënten met SOLK zich dikwijls tot alternatieve hulpverleners. Hier vinden zij vaak wel de steun en uitleg die ze verwachten. Zelden wordt adequaat informatie uitgewisseld tussen alle betrokken hulpverleners, waardoor de informatie en aanpak niet op elkaar afgestemd zijn en de patiënt tegenstrijdige verklaringen krijgt (4). Daarom is het belangrijk om als hulpverlener een notie te hebben van de gangbare alternatieve verklaringen die gegeven en zorgpaden die bewandeld worden door patiënten. Gezien de onderzoekspopulatie binnen het praktijkproject een Marokkaanse populatie is, zal dit deel zich beperken tot de courante ziekteverklaringen binnen die gemeenschap.

Bovennatuurlijke ziekteverklaringen

Binnen het Marokkaanse volksgeloof bestaan er zowel natuurlijke als bovennatuurlijke ziekteverklaringen. Er wordt opzoek gegaan naar bovennatuurlijke verklaringen als de ziekte zeer plots optreedt, lang aanhoudt of iemand er repetitief door getroffen wordt (36). De meest courante bovennatuurlijke oorzaken binnen het Marokkaans-islamitisch volksgeloof zijn het boze oog, zwarte magie en boze geesten (26, 36).

Boze oog

Het boze oog (*al ain*) wordt omschreven als een kracht, een negatieve energie die een persoon schade toebrengt door naar te kijken en te staren. Aanleiding is vaak jaloezie en afgunst, maar kan ook oprechte bewondering zijn. Men veronderstelt dat het boze oog zowel bewust als bewust kan ontstaan: iemand kan zelfs door zijn geliefde geraakt worden met het boze oog. Jongere kinderen zouden er vatbaarder voor zijn, evenals succesvolle, aantrekkelijke of rijke mensen. Preventieve maatregelen bestaan uit het dragen van bepaalde amuletten of het opzeggen van smeekbeden en koranverzen. Deze verzen worden ook toegepast als genezing (36-38).

Zwarte magie

Met zwarte magie, tovenarij of *sihr* wordt bedoeld de bewuste poging om relaties en gebeurtenissen de beïnvloeden met behulp van bovennatuurlijke elementen. Er wordt meestal een concreet doel voorop gesteld zoals het induceren van impotentie, onvruchtbaarheid, krankzinnigheid of verbreken van relaties. Met behulp van een tovenaar (*sahhara*) worden boze geesten ingeschakeld door het uitvoeren van rituelen, schrijven van teksten of uitspreken van formules. Zwarte magie wordt meestal bestreden

door amuletten die bestaan uit handgeschreven tekst van koranverzen, getallenreeksen of andere esotherische symbolen. Contra-magische rituelen worden ook toegepast (36-38).

Boze geesten

Djinns of boze geesten zijn intelligente wezens die in een gestructureerde samenleving – strikt gescheiden van de mensenwereld – leven, meestal in de buurt van water of onreine plekken. Ze leiden een leven vergelijkbaar als dat van mensen: er zijn mannen en vrouwen, ze huwen, krijgen kinderen en zijn gelovig. Ze worden omschreven als wispelturig, kwaadaardig en wraaklustig. Normaliter zijn zij niet zichtbaar voor de mens, maar kunnen soms de gedaante aannemen van een dier of mens waardoor ze wel zichtbaar worden. Angstige personen, zwangeren, reizigers en pasgehuwden zouden vatbaarder zijn om schade op te lopen van *djinns*.

Door de geesten bewust of onbewust te beledigen of te kwetsen, slaan ze toe. Toeslaan kan op 2 manieren: door te slaan of door de persoon te bezitten. Doofheid, blindheid, pijn of unilaterale parese kunnen gevolgen zijn van het slaan van een *djinn*. Bezeten zijn wordt gelinkt aan psychiatrische toestandsbeelden zoals manie, psychose of hysterie, maar ook aan stuiptrekkingen, verwardheid en beven.

Om zich tegen *djinns* te beschermen wordt gebruik gemaakt van amuletten of bepaalde formules. Ook bepaalde stoffen die de geesten niet zouden kunnen verdragen, zoals ijzer, zout en benzine worden gebruikt. Als behandelingsmethode wordt de uitdrijving toegepast. Dit gebeurt door het opzeggen van bepaalde koranverzen waardoor de geest wordt opgeroepen of bang wordt gemaakt. Vervolgens komt de genezer in contact met de Djinn en dwingt hem te vertrekken. Indien dit niet lukt, wordt een soort compromis bereikt tussen de patiënt en de Djinn en ontstaat er een zogenaamde werkrelatie (36-38).

Volksgenezers

bij de genezing van ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak speelt “baraka” bij het Marokkaans-islamitisch volksgeloof een voorname rol. Baraka betekent zegenbrengende kracht. Deze kracht bestaat onder drie vormen: een persoonlijke, een overdraagbare en een Baraka in koranverzen en gebeden. De hoogste vorm van Baraka is de overdraagbare, die door de profeet Mohammed aan zijn nakomelingen werd overgegeven. De persoonlijke Baraka wordt door belangrijke verdiensten ontvangen (26, 36).

Genezing onder de vorm van deze Baraka kan verkregen worden op drie manieren: de individuele genezers, de heiligenverering en de broederschappen. Individuele genezers zijn: fqih, de edele, de helderziende en de kruidenverkoper. De meeste bezochte genezer is de fqih. Dit is een persoon die de koran heeft bestudeerd en vaak wordt aangesteld als de leider van de moskee. Aan de hand van verschillende diagnostische methoden kan hij vaststellen of de oorzaak van de ziekte het boze oog is, dan wel zwarte magie of geesten. Genezing wordt bekomen door het opzeggen van specifieke koranverzen (*roqya*), het oplossen van deze verzen in water dat de patiënt achteraf moet drinken of het maken van amuletten (26, 36).

4 KWALITATIEF ONDERZOEK

4.1 METHODOLOGIE

4.1.1 Studie-opzet

Voor het praktijkproject is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat deze onderzoeksmethodiek het best aansluit bij de doelen van dit project; namelijk het verbreden van inzichten in de verklaringen die Marokkaanse mensen toekennen aan SOLK, hoe zij dit beleven, wat ze verwachten van de arts en welke alternatieve verklaringen en zorgpaden gangbaar zijn.

Binnen het paradigma van het kwalitatief onderzoek is het constructivisme een geschikt perspectief voor deze studie. De focus is namelijk gericht op de wijze waarop opvattingen worden geproduceerd, eerder dan op welke opvatting meer waar is. Als onderzoeksdesign werd de fenomenologie gebruikt. De intentie van dit onderzoek is om de verschillende aspecten van het fenomeen SOLK te begrijpen, te beschrijven en te vertalen naar de praktijk.

Een explorerend observationeel onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews. Er werd begonnen met het bespreken van een casus uit het boek “Een arts van de wereld” (49). De casus gaat over mevrouw Mahraoui, een Marokkaanse dame van 30 jaar die zich repetitief bij de huisarts presenteert met SOLK. Er is voor deze werkwijze gekozen om confrontatie te vermijden, de problematiek van SOLK te concretiseren en om een inspiratiebron te hebben voor het gesprek. Het is vooraf immers niet geweten of de respondenten vertrouwd zijn met SOLK. Tijdens de interviews werden vragen gesteld over mevrouw Mahraoui zelf, aansluitend werden de vragen breder getrokken.

Bij aanvang van het interview werden ook enkele socio-demografische gegevens bevraagd en gecodeerd geregistreerd. Zowel het script als de vragenlijst werden opgesteld op basis van gegevens uit het literatuuronderzoek.

Tijdens de periode van december 2016 t.e.m. maart 2017 werd data verzameld. 6 interviews zijn afgenomen in het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand, 3 bij de patiënten thuis. De interviews werden audiologisch geregistreerd. Tijdens de opnames werden door de onderzoeker relevante non-verbale elementen genoteerd. Voor het script van het semigestructureerd interview, de gebruikte casus en een overzicht van de bevraagde gegevens verwijs ik naar de bijlagen.

Voordat de aanvraag bij het ethisch comité werd ingediend, werd de studie tijdens een teamvergadering van de opleidingspraktijk van de onderzoeker besproken waarbij inhoudelijke en praktische aspecten aan bod kwamen. Fiat van de teamleden werd verkregen.

4.1.2 Rekrutering patiënten

De inclusiecriteria waren:

- Patiënt van Marokkaanse oorsprong (gedefinieerd als zijde geboren in Marokko of één of beide ouders geboren in Marokko of één of beide grootouders geboren in Marokko);
- Leeftijd ouder dan 18 jaar;
- Nederlands spreken;
- Patiënt zijn in het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand.

De studiepopulatie werd dus niet gezocht bij patiënten die reeds zelf gekend zijn met SOLK. Het gaat om een verkennend onderzoek bij mensen van Marokkaanse oorsprong. Patiënt zijn met SOLK was geen inclusie-, maar ook geen exclusiecriterium.

Oorspronkelijk werd gekozen om een belangrijke therapeutische relatie tussen respondent en onderzoeker te beschouwen als een exclusiecriterium, omdat dit invloed kan hebben op de mate waarin de respondent open en eerlijk zijn of haar mening kan geven. Hier werd later echter van afgezien, omdat dit binnen de praktijkwerking niet mogelijk was. In de praktijk werkt een team van artsen en de meeste patiënten komen zijn door alle artsen gekend.

Initieel was het de bedoeling dat patiënten die zich in het Wijkgezondheidscentrum presenteerden en

die voldeden aan de inclusiecriteria aan het einde van het consult de gelegenheid kregen om deel te nemen aan het onderzoek na een korte uitleg. 3 patiënten werden langs deze weg geïncludeerd. Praktisch bleek dit niet altijd evident te zijn door o.a. tijdsgebrek of vergeetachtigheid van de arts. De 6 andere patiënten werden na overleg met de teamleden telefonisch gecontacteerd met een korte schets van de studie en een voorstel tot deelname.

Elke respondent kreeg mondelinge uitleg over het onderzoek, gevolgd door het overhandigen van de informatiebrochure. Er werd ook van iedereen een ondertekend toestemmingsformulier ontvangen. Na afloop van het interview kreeg de deelnemer een incentive.

4.1.3 Data-analyse

Elk interview werd door de onderzoeker opnieuw beluisterd en volgens het Verbatim-principe volledig uitgeschreven. Er werd gebruik gemaakt van het software programma NVivo versie 11.4.0. Vervolgens werd een thematische analyse uitgevoerd volgens de gefundeerde theoriebenadering, zoals omschreven door Glaser en Strauss (50). Het analytisch proces verliep in 3 fasen. In een eerste explorerende fase werd open gecodeerd. Dit proces is tentatief, open en herhalend. Na de verkennende fase was er een overzicht van de centrale onderwerpen gecreëerd, waarna overgegaan werd tot het uitwerken van het analytisch kader rond deze onderwerpen; het zogenaamd axiaal coderen. Tenslotte volgde er een proces van selectief coderen. In dit proces werden concepten en categorieën geïntegreerd door het maken van verbanden onderling rekening houdend met de onderzoeksvragen.

4.2 RESULTATEN

Er werden 9 semigestructureerde interviews afgenomen, waarvan 5 bij vrouwen en 4 bij mannen. De gesprekken duurden tussen 32 minuten en 1 uur 42 minuten. Opmerkelijk was hoeveel de respondenten te vertellen hadden over deze problematiek, hoe herkenbaar het was en hoe ver ze er zelf al over nagedacht hadden. 2 respondenten (1 en 3) hebben zelf in het verleden SOLK gehad. Respondent 3 lijdt aan fibromyalgie.

4.2.1 Benoeming - beleving

Respondenten hebben moeite met het klasseren van SOLK als ziekte. Bij concreet navragen of het een ziekte betrof, werd gezegd dat ze het niet goed wisten. Tijdens het gesprek zelf verwezen de respondenten er eens een keer naar als een ziekte, dan weer niet. 3 deelnemers waren wel overtuigd dat mevrouw Mahraoui ziek was.

Volgens 4 respondenten is er bij mevrouw Mahraoui sprake van *lweswaas*. Dit werd omschreven als twijfels, overmatige ongerustheid, influisteringen, gebrek aan controle over eigen gedachten.

> *I7: Hoe kan ik da vertalen, lweswaas? Da is een twijfel, een vreselijke twijfel die u gewoon breekt, da maakt u kapot."*

Volgens 3 patiënten lijdt de mevrouw aan een depressie. Tenslotte werden SOLK door 2 respondenten omschreven als een signaal van het lichaam dat het aan het lijden is.

> *I6: "ik denk dat die pijn, dat da een alarmbelleke is. Zo van kijk, ik ben ziek. Ik kan t ni meer aan. Zoals koorts. Ik denk dat da vergelijkbaar is."*

Voor i1 betekenen SOLK een uitlaatklep, een manier om aan te geven dat ze de situatie niet meer aankan, veelal onbewust.

I1: die pijn, da is een reactie, omdat. zij kan niet klagen naar haar familie over haar gezin, dat da te veel werk is, dat ze alleen zit met al die taken.. Ze schaamt zich ook om te klagen.. voor haar, da was t enige manier, lichamelijk. Maar zij beseft da ni, da is onbewust vin ik."

Ze omschrijft de ziekte als een leermoment; een keerpunt dat stimuleert om aan een positievere toekomst te werken.

De respondenten beoordelen de beleving als een negatief gebeuren gekenmerkt door onder andere frustraties, teleurstelling, demotivatie, onbegrip, en depressieve gevoelens.

I8: " Das moeilijk.. Alsof da je dan.. Ja.. Dan ben je echt ant verdwalen, echt weg ant gaan.. Elke dag alsof er een stukje van u afgaat. En na een tijd.. Dan word je gewoon leeg."

Respondent 3 noemt het leven met SOLK een continu conflict met zichzelf, een proces van ongerustheid en pogingen tot geruststelling, catastrofale gedachten en een gebrek aan controle over die gedachten.

I3: "Een keer ik had hoofdpijn, da was ni normale pijn. Dokter heeft scanner gedaan, was alles normaal, geen bloeding ofzo. Dag erna, ik had terug pijn, ik denk: ik moet terug scanner laten doen. Ik weet da ik heb scan gedaan, ik weet da ik heb da geonderzoekt. Maar toch komt die gedachte terug en terug dat er iets gevaar is. Ik weet ni waarom, da komt vanzelf."

Centraal in de beleving staat het aanvaardingsproces dat zwaar, maar tegelijk noodzakelijk is voor genezing of beterschap.

Het uitblijven van een passende verklaring voor de klachten vormt een bijkomende stressfactor waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Het zou ook als gevolg hebben dat de patiënt zich niet geholpen en begrepen voelt waardoor er een andere arts gezocht zal worden. Het besef dat de levensstijl een rol speelt in de problematiek is ook een extra last die erbij komt:

I6:"Ze gaat naar de dokter, maar die zegt sorry ik kan niks voor u doen, der is veel meer dat moet gebeuren. Eigenlijk moet heel haar levensstijl veranderen. Da is gewoon een extra stress die erbij komt. Want eigenlijk zijt ge heel uw leven verkeerd bezig geweest. Dus da komt er dan nog extra bovenop."

4.2.2 Epidemiologie

Alle respondenten melden spontaan dat ze de problematiek kennen en dat SOLK erg vaak voorkomen. Ook vermoeden ze dat de prevalentie hoger ligt bij mensen met een Marokkaanse achtergrond. Men is het er ook over eens dat SOLK vaker voorkomt bij vrouwen. Dit valt te verklaren door culturele en socio-economische aspecten (zie verder). SOLK zou nu ook vaker voorkomen dan tientallen jaren geleden door de veranderde maatschappij die veeleisend is.

I5: "Ik ken veel, veel mensen met deze probleem.. Echt.. Heel veel.. Is echt grote probleem eh! Ni alleen voor die vrouwen, ook die jongens kan."(...) "Probleem is ook.. la société.. is ook belangrijk eh."

De respondenten zijn het er niet over eens of de eerste of tweede generatie een groter risico loopt op het ontwikkelen van SOLK.

> *I2: "Ik denk da de eerste generatie, da die dees probleem vaker hebben. Da aanpassing alleen al, van daar naar ier kome, is totaal iets anders. Zit ge ook meestal met mensen die de taal ni kenne, dan voelt ge u al slecht. Euh, ik denk dat da een heel grote rol kan spelen."*

> *I4: "Zijn er 2 wegen. Mensen in Marokko geboren, die hebt veel geduld. Mensen die hier is geboren, zijn allemaal naar school gegaan, sommigen heeft universiteit diploma. Elk heeft zijn probleem."*

4.2.3 Oorzaken - verklaringen

Voor 8 respondenten is de oorzaak van het ziektebeeld van mevrouw Mahraoui een psychische of mentale ziekte. Respondent 9 denkt het het psychologische ook een rol speelt, maar dat er zeer waarschijnlijk ook lichamelijke problemen zijn die door de arts zijn gemist. Er wordt geopperd dat het lichaam en de geest één geheel zijn en dat een verstoring in één van de twee sowieso gevolgen heeft voor het ander.

> *I4: "Ons hersenen, dat is onze lichaam.. Als probleem komt, van moeilijk slapen of eten of slechte verleden.. da is één van de zwaarste iets voor de lichaam."*

Stress

Stress wordt door iedereen aangegeven als één van de mogelijke oorzaken van SOLK. Stress is een multifactorieel gegeven waarin tijd centraal staat. Te weinig tijd voor jezelf, te weinig tijd om te doen wat je wil doen, gejaagdheid, tijdsdruk, slechte time-management. Gevolgen hiervan zijn vermoeidheid, gebrek aan concentratie, wakker liggen, piekeren, spanning in het lichaam. Meerdere socio-economische factoren zouden het stressgehalte doen toenemen (3, 4, 5, 7, 9): werkloosheid, slechte werkomstandigheden, laag opleidingsniveau, financiële problemen.

Één iemand omschreef stress eerder als een reactief gebeuren.

> *I9: "Volgens mij heeft stress ni echt te maken met de gebeurtenis zelf of de situatie. Ik denk dat stress de manier is waarop je ermee omgaat."*

2 respondenten, een vrouw en een man van de tweede generatie, linken stress aan de huidige maatschappij en beschouwen het ook als een probleem van de moderne tijd en de steeds grotere flexibiliteit die vereist wordt.

> *I6: "ik denk ook dat in deze tijd.. dat da een beetje.. ja, ge wilt zoooveel, we hebben mogelijkheden om zoveel te doen, maar wa doet ge wanneer? Terwijl vroeger denk ik dan, twas vooral overleven en kinderen grootbrengen (...) De sociale druk is nu hoger (...)"*

1 respondent kaart de invloed aan van voeding en ecologie die heden kwalitatief weinig waard zijn.

I4: "Dees is moeilijke tijd. Voeding is niet puur natuur. Natuur is slecht. Deze maakt ook die mensen ziek."

Socio-economische factoren

Het gezinsleven lijkt een prominente rol te spelen in het welzijn. In dat gezinsleven behelst de vrouw een centrale functie. Meer dan de helft van de respondenten denkt dat een slechte relatie met de partner en een gebrek aan liefde, veiligheidsgevoel en wederzijdse steun problematisch zijn. Vooral het belang van een goede relatie tussen de partners wordt meermaals benadrukt. Familiale problemen zijn volgens 2 geïnterviewden de voornaamste redenen voor het ontstaan van SOLK.

I4: "De vrouw, zij is die fundering.. Als fundering is goe, da kan veel zwaarte dragen. Als ni goe, die huis is kapot. Belangrijk voor fundering is liefde. Is echt de belangrijkste."

Dezelfde respondent benadrukt wel dat echtelijke problemen nooit extern besproken mogen worden. Enkel de twee betrokkenen mogen ervan op de hoogte zijn. Indien zij geen oplossing vinden, moeten ze geduldig zijn of elkaar verlaten.

Eenzaamheid, sociale isolatie, de afwezigheid van de partner, een beperkt netwerk en een gebrek aan erkenning, appreciatie en een doel in het leven zouden ook een rol spelen in het ontstaan van SOLK.

Globaal is iedereen die geïnterviewd werd het erover eens dat er te veel gevraagd wordt van de patiënt. Een voorbeeld is de opvoeding van de kinderen die volledig op de patiënt valt. Ze wordt overbelast en ze kan het niet meer aan:

I1:"T is gewoon te veel. Het is té. Het is over.. Niemand kan da dragen. Niemand wil in haar plaats zijn."

Het hoog prevalente analfabetisme en laag opleidingsniveau binnen de Marokkaanse gemeenschap worden door alle respondenten beschouwd als bijkomende luxerende factoren bij SOLK. De moeilijke aanpassing van etnische minderheden in het verblijfsland wordt ook benoemd.

I5: "De probleem is ook.. die vrouwen komt analfabetisme.. (zucht).. Ik weet ni.. Is echt probleem.. Is zwaar.."

Een betaalde job bleek vooral voor de vrouwen belangrijk te zijn. Naast het financiële aspect werd ook het sociale aspect van arbeid aangekaart, zoals sociale contacten op de werkvloer, het gevoel een bijdrage te leveren en de erkenning en appreciatie die er mee gepaard gaat. Eén respondente vond financiële onafhankelijkheid erg belangrijk voor een vrouw.

Persoonsgebonden factoren

Persoonlijkheid van de patiënt en de manier waarop deze omgaat met problemen zouden mee bepalen of iemand somatische klachten zou ontwikkelen. Mensen die angstig zijn, een gebrek aan probleemoplossend vermogen hebben, snel zenuwachtig worden, moeilijk dingen kunnen loslaten en moeilijk kunnen omgaan met emoties en gevoelens zouden een groter risico lopen. Gebrek aan zelfzorg en weinig tijd voor zichzelf dragen hier verder bij toe, evenals de opvoeding die men gehad heeft en de omgeving waarin men is opgegroeid.

I4: "Er is veel soort mensen. Sommige werkt veel, doet veel, maar denkt ni na. De ander, die denkt na. Die zegt nu, ik moe rusten. Zoals siësta, is belangrijk."

Culturele factoren

De rol van cultuur wordt belangrijk geacht bij SOLK (1, 2, 4). Na afloop van de bespreking van de casus van mevrouw Mahraoui melden 3 respondenten spontaan dat SOLK iets typisch is voor de Marokkaanse populatie:

I2: "Dees verhaal, is da waargebeurd? Da is echt zo typisch eh, dees verhaal is zo typisch voor ons Mgharba (Marokkanen)."

Binnen de Marokkaanse cultuur zouden de verwachtingen jegens de vrouw erg hoog zijn waardoor ze erg belast - en vaak overbelast - wordt (8/9). Dit staat in schril contrast met de plaats van de man wiens takenpakket scherp begrensd is. De vrouw zou volgens 3 vrouwelijke respondenten ook geen autonomie hebben. Er wordt verwacht van de vrouw dat ze niet klaagt, tevreden is, geduld heeft en in extremis gewoon zwijgt.

I1: "(...) Vooral, ja, van een Marokkaanse cultuur. Een vrouw moet veel.. En moet niet klagen. (...) De Marokkaanse mentaliteit eist van een vrouw dat ze alles moet doen en gewoon.. das zelfs ni gewoon zwijgen, maar dat zij moét tevreden zijn, je moet een niveau van tevredenheid hebben."

Er zou een passieve mentaliteit heersen bij de Marokkaanse gemeenschap. Oorzaken van problemen worden dikwijls geëxternaliseerd. Ook oplossingen moeten van buitenaf komen:

I5: "bij de Marokkanen, als er is probleem. Is altijd schuld van de ander. De ander moet ook oplossing vinden. Niet ik. Ik vind, als jij zo denkt, is echt grote probleem."

Hoewel psychologische problemen erkend worden door alle deelnemers en ze aangeven dat er voor hen geen taboe rond bestaat, geven 3 respondenten aan dat zij ervaren dat er wel een taboe rond bestaat binnen de Marokkaanse gemeenschap. Dit zou vooral waar zijn binnen de eerste generatie:

I3: "Zij weet zelfs ni wat psychologisch probleem betekent. Allé, mijn ouders weten zo'n woord ni. Misschien die hier geboren en gegroeid enzo. Maar de ouder, nee. (...) Zij denken, als iemand naar pscyholoog ga, zij denken dat die zot zijn. Het is een beetje hchoema (schaamtevol) bij hen."

In de Marokkaanse cultuur zou een dualistisch denkkader bestaan over psychologische problemen. Ofwel is iemand zwaar psychiatrisch, en bestaat er begrip voor. Ofwel ben je gezond, en moet je je altijd sterk tonen omdat zwakte niet getolereerd wordt. Alles in de grijze zone daartussen wordt beschouwd als aanstellerij.

I7: "We zijn heel extreem he, Marokkanen. Tis of ge zijt.. ge zijt gek, van de wereld. Of ge zijt normaal. Die extreme vormen, als iemand echt raar doet, da is zichtbaar, en daarmee

is het taboe ook doorbroken. Maar de subtiele psychische problemen, da wordt meestal ni erkend."

Een vrouw van de eerste generatie vindt dat de opvoeding een belangrijke rol speelt. De huidige opvoedingspatronen binnen de Marokkaanse gemeenschap zouden gekenmerkt zijn door beperkingen van vrijheden in denken en doen en een gebrek aan zelfrespect. Ook zou er geen plaats zijn voor het leren omgaan met gevoelens en het ontwikkelen van een gezonde attitude tegenover het maken van fouten.

2 respondenten van de tweede generatie kaarten de culturele identiteitscrisis aan die veel personen van hun generatie zou treffen. Een conflict ontstaat vaak tussen eigen cultureel getinte normen en waarden versus die van de woonplaats. Daar komt regelmatig een religieus conflict bij, waardoor het welzijn moet inboeten:

I7: "Ge zijt ier geboren, ge kent niks anders dan dit land. En toch voelt ge soms of krijgt ge t gevoel da ge hier ni hoort. Da ge ni gewenst bent. Da ge ni aanvaardt wordt. Das ni simpel. Ge vecht me uzelf. Ge wilt weten wie gij bent, maar ge hebt ook het gevoel da ge iemand moet zijn. (...) Dan is er onze religie. Er wordt u geleerd wat ge moet doen, maar ni waarom. Da maakt t allemaal heel heel moeilijk."

Zowel op vlak van gender als inzicht in psychologie en psychiatrie merken 1, 2, 7, 8, 9 een evolutie richting een meer westers denkpatroon. Deze evolutie is echter een traag proces dat veel tijd nodig heeft.

4.2.4 Alternatieve verklaringen en zorgpaden

Het bevragen van het aandeel van alternatieve oorzaken bij SOLK verliep eerder stroef. Het was duidelijk dat hier veel twijfels rond bestaan. Bovennatuurlijke verklaringen zouden vooral gezocht worden indien de medische wereld geen antwoord biedt, de klachten ernstig zijn en de patiënt dit niet kan aanvaarden. Enkel i3 vermoedt dat het boze oog, geesten of zwarte magie een rol kan spelen bij mevrouw Mahraoui.

I5: "Boze oog besta, da kan. Maar, is moeilijk. Misschien 10%. Maar 90% komt van ons eigen. Ik ben niet zeker. Misschien. Ik weet ni. Ik wil eerst bestuderen, zoeken die antwoord, dan ik kan zeggen."

Enkele respondenten zijn van mening dat het boze oog, boze geesten en zwarte magie in se hetzelfde betekenen als psychologische problemen, maar dat het gewoon anders wordt genoemd. Anderen zijn van mening dat er overlappingen zijn, maar dat de alternatieve benoemingen toch een andere connotatie kennen.

I2: "Ik denk dat wat wij djinn en boze oog noemen, dat da gewoon psychiatrische ziektes zijn. Maar ik geloof wel dat ze bestaan."

Volgens 2, 3, 4, 6, 7 en 9 bestaat het boze oog wel. 8 oordeelt dat het niet bestaat. 2, 4 7 en 9 geloven in het bestaan van geesten en dat ze ziekten kunnen veroorzaken. 8 gelooft dat ze bestaan, maar niet dat ze mensen gaan bezitten. Het bestaan van zwarte magie wordt slechts door 7 en 9 erkend. 5 twijfelt sterk over alles. Sommigen geloven wel in het bestaan van bovennatuurlijke elementen, maar geven aan deze zelden tot nooit zelf aan te wijzen als oorzaak. De kracht van de alternatieve verklaringen

wordt sterk overschat volgens 1 en 5. Het zou een soort negatieve energie zijn die je enkel kan raken als je erin gelooft en je ervoor open stelt.

> *I6: "Ja, ppfff, euuhh.. ik geloof er allemaal wel in. Boze oog, geesten; da besta. Maar ik ben ni iemand die da snel ga aanwijzen. Misschien heeft da te maken met hoe ik ben opgegroeid. Bij ons was da nooit echt belangrijk."*

Verwijzen naar een *fqih* kan zinvol zijn. De meesten vinden echter dat een *fqih* weinig aanvullende waarde heeft: zelf het woord van God opzeggen zou even waardevol of zelfs waardevoller zijn. Dit wordt *roqya* genoemd. *Roqya* heeft niet enkel zin indien er een bovennatuurlijke verklaring vermoed wordt, maar ook omdat het woord van God op zich genezend en rustgevend werkt. Voorzichtigheid is evenwel geboden bij het raadplegen van alternatieve genezers. Sommige genezers vragen gevaarlijke en vreemde dingen; daar zou niet op ingegaan mogen worden. Vooral als deze zaken indruisen tegen de islamitische voorschriften.

> *I4: "Als iemand heeft boze oog, dan kan die persoon zelf die roqya doen. Gewoon lezen van die Koran. Moet niet naar fqih. Waarom? Veel zijn er bedriegers, wilt gewoon geld."*

> *I6: "Zolang dat jij gewoon iets, naturel, da is niks ergs. Maar als iets vreemd komt, jij moet da.. dat is wel gevaar. Zoals bijvoorbeeld de bloed brengen van een dode kip. Dat is satanist é."*

4.2.6 Ernst – gevolgen – prognose

Over de ernst van de aandoening bestaat onenigheid. Voor sommigen is het ernstig omdat de SOLK heel het leven negatief beïnvloeden en omdat de lijdensdruk groot is.

> *I2: "Voor mij is die vrouw ernstig ziek. Tis ni omdat da psychologisch is, dat da ni ernstig é. Heel haar leven wordt erdoor beïnvloed, zij voelt zich niet goed, dus dan is da zeker ernstig."*

Anderen vinden het geen ernstige aandoening omdat de problematiek veelvoorkomend is en alle onderzoeken negatief blijven. Qua functiebeperking zijn de meningen ook verdeeld.

Gevolgen van SOLK die langdurig bestaan, zouden zijn: objectiveerbare fysieke afwijkingen, een toename van onzekerheid en ongerustheid, zot worden, altijd geprikkeld zijn, niet meer van het leven kunnen genieten, depressie of burn-out.

> *I1: "(...) dan kan jij echt raken in depressie en burn-out ofzo."*

De prognose bij SOLK zou slechter zijn naarmate de klachten langer bestaan en de diagnose later gesteld wordt. Genezing zou in sommige gevallen mogelijk zijn, maar vergt veel tijd. Bij ernstige gevallen wordt geen genezing verwacht, enkel controle over de klachten. Persoonlijkheid van de patiënt en toegepaste coping strategieën zouden prognostische factoren zijn. Zo wordt vermoed dat iemand die veel zelfmedelijden heeft en een slachtofferrol aanneemt waarschijnlijk nooit zal kunnen genezen.

I8: "Da moest eerder gebeuren, naar dokter gaan. Als t al zover is, dan ben je helemaal in die wereld, en dan ist moeilijk om die link te maken. Want dan is da echt veel te ver.. (...) als die probleem lang bestaat, gij gaat ook depressief worden."

4.2.7 Omgeving

Volgens de respondenten levert de omgeving van de patiënt met SOLK weinig constructieve bijdragen. Ze zou de ongerustheid aanwakkeren en versterken. Vaak zouden zij diegene zijn die het idee inplanten dat de SOLK te wijten zijn aan bovennatuurlijke fenomenen. Zij zouden de patiënt ook aanraden om van huisarts te veranderen, alternatieve genezers te bezoeken of artsen in Marokko te raadplegen. Ook in het aanwakkeren van *lweswaas* zou de omgeving een prominente rol spelen.

I2: "Ik denk dat.. euh.. Dat veel mensen zouden zeggen aan die vrouw van: das een slechte dokter, gij hebt wel een lichamelijk probleem, gij moet naar een andere dokter gaan."

Er wordt geopperd dat vooral vrouwen begrip zouden hebben voor mensen die hetzelfde doormaken als mevrouw Mahraoui, maar enkel als ze voldoende inzicht hebben in haar leefsituatie. Zonder dat inzicht zou de patiënt snel de stempel kunnen krijgen van flauw te zijn en zich aan te stellen. 6 zegt dat de omgeving soms een steun is en een hulp kan betekenen als vertaler en begeleider in de gezondheidszorg.

I6: "Ik denk da niemand in haar omgeving zou zeggen van, ja, das waar wat de dokter zegt, gij hebt het veel te druk... (...) Tis wel handig soms, zoals mijn schoonmoeder bijvoorbeeld, die spreekt ni goe Nederlands, als kik me haar naar de dokter gaan, of naar t ziekenhuis want euh.. tis ni zo simpel om uwe weg derin te vinden."

Een vrouwelijke respondent geeft aan dat de mening van de omgeving binnen de Marokkaanse gemeenschap belangrijk is.

I3: Maakt jij jouw eigen belachelijk? Wilt gij dat mensen u gaan uitlachen? (...)"

2 mannelijke respondenten van de eerste generatie vinden dat vrouwen te veel informatie delen met hun omgeving en dat dit nefast is.

I4: "Vrouwen, die heef een ziekte. Als die naar dokter gaan, die vertelt alles aan vriendin, van die medicatie enzo. Dan die vrouw wordt nog banger! Das ni goe."

4.2.8 Religieuze aspecten

Op één respondent na vindt iedereen dat ziekte nooit een straf van God kan zijn. Het overkomt je gewoon. Enkel 9 oordeelt dat dit soms wel het geval kan zijn.

I9: "Ziekte kan een straf van God zijn. Ge hebt iets verkeerd gedaan, en da vreet aan u. Ge hebt iets verkeerd gdaan, en karma. Gij hebt het evenwicht verstoort. God heeft die wetmatigheid in de wereld gebracht. Dan komt dat van God. Oorzaak gevolg. Zodat wij er beter van worden."

Niet iedereen is het erover eens of ziekte geïnterpreteerd kan worden als een beproeving door God of een zuivering van zonden. De geduldigen zullen wel beloond worden.

De attitude dat alles van God komt en dat het door de gelovige alles maar geaccepteerd moet worden, krijgt niet door iedereen dezelfde invulling. Voor sommigen geeft dit rust. Anderen vinden dit een passieve houding en opperen om actief een oplossing te zoeken.

> *I1: "Dat komt meest van de mentaliteit. Passief mentaliteit. Omdat die geen andere oplossing vinden, dan oh ok, das makkelijk. God heeft mij ziekt gegeven. Das ni mijn schuld, ja. Soms kunnen wij.. Allé.. Ja.. Euh.. Ik weet als ik da eet zoals veel mayonaise of veel dat, da maakt mij.. Allé.. da geeft mij slecht gevoel. Ja. Of als jij veel cola, dan kun jij misschien dik , of, dat is.. Dat is voor iedereen. Das voor iedereen. Das .. Das ni persoonlijk."*

> I6*: "(...) Van ja, God heeft het zo gewild. Da geeft.. Da ontlaadt. Zo van: het zij zo en ik moet ermee verder kunnen. (...) Ik vind da een uitlaatklep op elk vlak. Het is nu zo, God heeft het zo gewild en ge legt u erbij neer. En da geeft rust, denk ik."*

> *I7: "Die gedachte, da geeft geen rust. Bewust geeft da rust zogezegd. Maar onbewust is da helemaal geen rust. Das zo een schijn van rust.. Mensen durven ni zeggen van: ja, bijvoorbeeld ik ben echt ni blij dat God mij zoiets heeft gegeven. Want in die opvoeding zit: sshhtt, alles komt van God, ook de ziekte, zwijg, gij gaat da toch ni aanvechten? En wa gade dan doen? Ge gaat in uw bewustwording gaat gij da aanvaarden, gaat gij willen doen uitschijnen.. maar als ge heel eerlijk bent met uzelf, gaat ge wel boos zijn. En das die stress volgens mij. Da geeft dan conflict met uzelf: ik moet zeggen God zij dank, maar eigenlijk ben ik boos!"*

De godsdienst betekent voor iedereen hulp en steun. Vooral bij psychische problemen zou het woord van God rust geven. Leven volgens de regels van de godsdienst komt het welzijn ten goede. Bij ziekte moet de patiënt bidden tot God voor genezing.

> *I2: "De ziekte is gezonden door God; wij geloven daarin. En ge kunt bidden dat euh.. Dat er hulp voor komt é."*

4.2.9 Verwachtingen

De belangrijkste verwachting van de respondenten is geruststelling en het met zekerheid uitsluiten van een fysieke oorzaak bij SOLK. Dit is enkel mogelijk indien een uitgebreid klinisch onderzoek en relevante aanvullende onderzoeken zijn uitgevoerd. Men geeft aan dat enkel de arts kan inschatten welke aanvullende onderzoeken nodig zijn en of een verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd is. Een geïnterviewde dame verwacht dat de arts gewoon onderzoeken zal blijven doen om de patiënt tevreden te stellen. 6 zegt dat sommige patiënten druk uitoefenen op de arts om dit gedaan te krijgen. De twee geïnterviewde mannen van de eerste generatie vinden dat een oppuntstelling in tweede lijn altijd nodig is en dat de huisarts een fout maakt indien hij dit niet voorstelt. 1 vrouw en 1 man van de tweede generatie melden spontaan dat de arts logischerwijze rekening houdt met de financiële kostprijs van onderzoeken.

> *I7: "Zoals mijn moeder bijvoorbeeld. Zij had nog altijd voetpijn, maar die hadden alle scanners al geprobeerd, behalve de MRI. Ik begrijp dat die dokter die onderzoeken ni kan blijven doen, da kost ook veel geld."*

De vrouwelijke respondent vindt wel dat de arts bij patiënten met SOLK soms extra onderzoeken moet doen ter geruststelling, ook al verwacht hij geen nieuwe informatie.

Zelf zouden ze dit niet verwachten, maar de meeste respondenten melden dat de patiënt waarschijnlijk een snelle en duidelijke diagnose verwacht en een behandeling die liefst medicamenteus is en weinig inspanning vergt van de patiënt.

Vooral de vrouwen verwachten sociale en emotionele ondersteuning. Ze willen zich op hun gemak voelen bij de arts, voldoende tijd krijgen, aux serieux genomen worden, begrepen voelen, regelmatig op consultatie kunnen gaan en hun verhaal kunnen doen. Het consult zelf zou dienen als uitlaatklep en zou therapeutisch werken: na de consultatie moet de patiënt zich beter voelen. 1 en 6 vinden dat de huisarts op zoek moet gaan naar de ideeën en zorgen van de patiënt en deze moet bevestigen of ontkennen. Ook moeten de opvattingen van de patiënt gerespecteerd worden. De huisarts moet aan de kant van patiënt staan en samen met hem de ziekte proberen bestrijden.

> *I1: "Het is belangrijk ik vind dat de dokter geeft genoeg tijd. Omdat, de patiënt kan niet makkelijk aanvaarden. Hij moet goed luisteren en moet zeggen "ja, ik snap het". De patiënt heeft op die moment gewoon een oor nodig. (...) Om haar verhaal te zeggen, om te babbelen. Ze heeft.. Euh.. De kans gehad om met een paar keer denk ik naar hem te gaan."*

Daarnaast verwachten de respondenten een goed opgeleide arts die zijn patiënten respecteert, die betrouwbaar is, gepassioneerd is door zijn werk en zijn onzekerheden en grenzen van zijn kunnen durft aangeven. Een mannelijke respondent van de tweede generatie zegt dat de huisarts wat meer out of the box zou moeten denken. Als hij het probleem niet meer kan oplossen, zou hij moeten verwijzen naar alternatieve geneeswijzen, zoals bijvoorbeeld acupunctuur.

> *I9: "Een goeie dokter zit vast aan bepaalde voorgeschreven protocols. Maar ik vind dat een goeie dokter wel moet kunnen zeggen van: probeer eens iets anders. Maar ja, da is lastig é. Of doorverwijzen naar een arts die ook alternatieve geneeswijzen doet."*

Communicatie speelt een belangrijke rol volgens 1 en 6. Zij vinden dat de arts voorzichtig en subtiel taalgebruik moet hanteren als hij SOLK uitlegt. Om taalbarrières te vermijden zou de arts een tolk moeten voorzien. Wanneer met gesloten vragen de mening omtrent het diagnostische en therapeutische tweesporenbeleid bevraagd wordt, antwoorden 4 respondenten (2, 3, 4, 5) dat zij deze aanpak niet waarderen. 3 (1, 6, 8) vinden dit een correcte aanpak, maar vrezen dat patiënten hier moeilijk mee kunnen omgaan. Respondenten 7 en 9 vinden dat dit de enige correcte manier is. 2 vrouwelijke patiënten kaarten het belang van een goede arts-patiëntrelatie aan.

> *I1: Daarom de dokter moet heel voorzichtig zijn. Sommige patiënt weigeren da te aanvaarden en (...). Daarom moet hij erg voorzichtig zijn en tijd nemen en euh.. parafraseren. Die gevoelens van de patiënt.*

> I*3:"Als hij mij lang kent, hij weet mijn situatie, hij weet mijn problemen. Is belangrijk. De dokter moet stilletjes aan vragen hoe die vrouw leeft enzo. Ik vind da belangrijk dat de dokter en die patiënt elkaar goed kennen".*

4.2.10 Behandeling

Ideeën en voorstellen rond de behandeling en aanpak van SOLK worden vlot benoemd. De factoren benoemd als oorzaken van SOLK worden consequent gekoppeld aan behandelingsmogelijkheden.

Een belangrijk aspect dat door iedereen aangewezen wordt is de verantwoordelijkheid die de patiënt zelf draagt voor de eigen gezondheid. Assertiviteit is vereist, slachtofferrol heeft geen plaats. De patiënt hoort zelf na te gaan wat hij kan doen om beterschap te verkrijgen. Een instrument dat wordt aangekaart is een klachtendagboek.

> *I4: "de programma moet verandert. Die mens moet elk dag iets anders doen, elke dag. Tot die ga vinden die probleem. Stel die zegt ik ga vroeg slapen. En volgende dag, is beter. Aaaahh, de slaap heeft gehelpt. Als slaap niks doe, dan moet iets anders proberen, tot die ga iets goe vinden. Eigenlijk, die moet de dokter helpen. Dokter heeft geprobeerd, heeft onderzoek enzo gedaan. Daarna moet patiënt die dokter helpen."*

De behandeling/genezing zou volgens 3 vrouwen (1, 3, 6) een continu proces zijn; een zoektocht waarbij de patiënt leert omgaan met zijn klachten. Er wordt gesproken van een mentale klik die gemaakt moet worden:

> *I3: "Dees vrouw heeft gewoon rust nodig en die.. Die klik dat zij moet maken, maakt dat kik een ziekt heef, weg van haar hoofd en euh.. Bezig me haar gebed, ik wee ni of dat die, bidt of nie. Euhm. Ja. Bidden aan God om haar te genezen."*

Een geïnterviewde man van de eerste generatie (5) zegt dat de eerste en belangrijkste stap naar genezing het verkrijgen van inzicht in en begrip van de ziekte is.

> *I5: "Misschien gaat ze beginnen begrijpen die probleem. Als zij begrijpt, da stopt. De probleem stopt. Als ni begrijpt, is catastrofe."*

Ook moet de patiënt volgens twee vrouwen van de eerste generatie in dialoog gaan met zichzelf, zichzelf geruststellen en kritisch zijn. Dit is moeilijk, aangezien deze kwaliteiten zelden deel uitmaken van een Marokkaanse opvoeding.

Respondent 1 vindt dat een verwijzing naar een lotgenotengroep zeer zinvol kan zijn. Respondent 7 pleit voor algemene educatie omtrent SOLK via televisieprogramma's in meerdere talen. Op deze manier leren mensen op een onpersoonlijke, onbevooroordelende manier wat SOLK zijn en hoe ermee kan worden omgegaan. Dit past in de huidige perceptie van de Marokkaanse gemeenschap waarbij veel aandacht bestaat voor programma's die gezondheidstopics bespreken.

2 vrouwen, één van de eerste en één van de tweede generatie, stellen een multidisciplinaire opvolging voor. Het ideaal multidisciplinair team voor patiënten met SOLK zou moeten bestaan uit de huisarts, een sociaal medewerker en een psycholoog. Ze geven ook aan dat het een goede zaak zou zijn als de arts of de sociaal medewerker de sociale kaart van Antwerpen zou toelichten. 3 (1, 6, 9) respondenten geven aan dat ze inzien hoe weinig tijd artsen hebben om hun werk te kunnen doen.

> *I1: "Een arts euh.. Ik denk.. Allé.. Als hij paar patiënten die met zelfde klachten heeft.. In plaats van de arts kan zoeken, allé, met de collega's, veel patiënten met dezelfde klachten. Hij moet gewoon iets zoeken: wat kunnen we voor die patiënten doen? Een vergadering doen. Een sociale of maatschappelijk werker die kan de arts steunen. Omdat, allé, de arts*

vin ik, heeft geen tijd om te zoeken wat die vrouw kan naartoe. Maar als een maatschappelijk werker of euh sociale werker of kan met de arts in de praktijk werken; dan gewoon haar dossier doorverwijzen en die vrouw kan haar sociaal kaart geven. Dat, allé, dan is beschikt voor."

Psychotherapie - gesprekken

Praten als verwerkingsstrategie wordt voorgesteld. Dit kan bijvoorbeeld met een vertrouwenspersoon zoals een goede vriendin (1, 5, 8). Anderen zijn van mening dat dit een neutrale persoon moet zijn, omdat je anders geremd zal zijn en niet vrijuit zou kunnen praten (6).

Voor alle ondervraagden vormt psychotherapie een belangrijk deel van de behandeling bij SOLK. Voor 9 ook, maar hij blijft sceptisch; hij vreest namelijk dat psychologen patiënten die een slachtofferrol aannemen, ze hierin versterken. Voor de meesten betekent dit gewoon praten, een uitlaatklep. Eén respondent verwoordde de verwachtingen van psychologische begeleiding als volgt:

I3: En een psycholoog, die ga tips geven hoe dat zij die klik van haar hoofd, dat zij geen ziekt heeft, en hoe dat zii met stress moet doen en.. Allé.. Met haar drieling moet omgaan enzo. Ik denk van wel, dat zij, allé (...)."

Respondent 6 vulde aan dat taal en financiën drempels vormen bij psychologische begeleiding.

I6:" Gaan praten met een psychologe. Maajah, dan ist weer zo.. Ja.. De taal is ni zo evident. Financieel ist ook ni zo goedkoop. Dus dan.. De kans da ze da ga kunne doen is heel klein."

Medicamenteuze behandeling

Alle respondenten staan eerder weigerachtig tegenover een medicamenteuze behandeling bij SOLK. 1, 4, 6 en 8 vinden dat medicatie absoluut geen plaats heeft. 2 en 3 veronderstellen dat antidepressiva zinvol kunnen zijn bij ernstige gevallen en 9 bij spierspanning. Opmerkelijk is dat iedereen de bijwerkingen van psychofarmaca belangrijk en ernstig inschat. Zo zouden het allemaal erg verslavende en sederende middelen zijn.

I2: "Dus iets van antidepressiva toestanden? Goh. Ik denk wel dat da zeker ook kan helpen, ma dan moet gij de voor- en nadelen gaan afwegen e, want dat heeft ook.. Die pillen zijn ni zo goed heb ik begrepen. Dus als t psychologisch opgelost kan worden, zou ik zeker ni naar medicatie gaan."

Thuissituatie – sociaal leven – vrije tijd

Alle respondenten vinden dat aan de thuissituatie en de relatie tussen patiënt en echtgenoot gewerkt moet worden. De patiënt moet praten met haar echtgenoot en aangeven dat de huidige situatie niet meer haalbaar is. Ze moet zijn steun vragen en samen naar oplossingen zoeken. De kracht van zijn luisterend oor wordt niet onderschat.

Quote i6: .. Dus da ge da ni kunt delen. Want ookal helpt die niet bijvoorbeeld. Maar als ge da kunt delen, ik denk da ge dan al heel stap verder bent. Da ge t kwijt kunt.

I9: "Ze moet haar man aanpakken of scheiden, maar die stap kan ze niet zetten.."

Iedereen is het erover eens dat tijd voor zichzelf maken, rusten en ontspannen noodzakelijke stappen zijn. Hierdoor zou de patiënt zich beter voelen en gaan de klachten afnemen. De patiënt moet ook vaker buiten komen en meer sociale contacten onderhouden. Dit werkt preventief, zorgt voor afleiding en zou ook therapeutisch zijn. Voorstellen zijn om onder andere te gaan sporten of op vakantie te gaan. Activiteiten die de kennis en zelfontplooiing stimuleren worden nog meer aangeraden, zoals naar de bibliotheek gaan, de Opvoedingswinkel of Atlas.

Doelstelling

Ook een doel hebben in het leven buiten het gezin zou de patiënt ten goede komen. Dit gaat hand in hand met het streven naar waardering en voldoening, factoren die belangrijk worden geacht voor het welzijn. Een professionele carrière of een opleiding stellen alle vrouwen voor.

I8: Als gij thuis blijft met kinderen en huishouden en man, dan leef je gewoon voor hen. Als gij iets buiten hebt, dan hebt gij iets voor uzelf. Gij voelt u dan beter, gij voelt u gewaardeerd."

Alternatieve zorgpaden

Slechts één respondent (3) zou onmiddellijk als eerste stap een *fqih* bezoeken. Zij schat het effect van *roqya* veel hoger in dan bijvoorbeeld psychologische begeleiding. De meeste anderen zijn van oordeel dat dit pas in tweede tijd geprobeerd kan worden, als de medische sector geen hulp meer kan bieden.

I3: "Ik ga zeggen dat zij eerst met de roqya starten. Eerst met haar roqya starten. En ni één keer. Zij moet da twee, drie keer doen. En zij gaat zien of dat roqya een teken heeft."

Andere zorgpaden die voorgesteld worden door 1, 7, 8, 9 zijn kruidengeneeskunde, homeopathie, meditatie, ademhalingsoefeningen, kinesiologie en acupunctuur. Deze zorgpaden worden voorgesteld omdat men er in gelooft, maar ook omdat men inschat dat de patiënt zo wanhopig is dat hij of zij alles zal proberen om enige beterschap te ervaren.

I9: Ik zou alles proberen; omdat ik erin geloof, maar ook omdat ik alles wil proberen. Zelfs in dingen waar ik ni in geloof. Zoals homeopathie. Ik ken mensen dat dat werkt bij hen, maar ik heb het zelf niet ervaren. Dus ik geloof er niet in, ik ben nog niet helemaal overtuigd. Mar dan zou ik dat zeker doen."

5 DISCUSSIE

Het doel van dit explorerend onderzoek is het verbreden van het inzicht in de problematiek van SOLK bij etnische minderheden vanuit het standpunt van de literatuur, de arts en de patiënt om zo de cultuursensitieve en patiëntgerichte aanpak de faciliteren. Een oriënterende literatuurstudie werd uitgevoerd, gevolgd door semigestructureerde interviews bij patiënten met een Marokkaanse achtergrond.

De prevalentie van SOLK in de literatuur kent een grote spreiding. 3 tot 50 procent van de lichamelijke klachten waarmee patiënten zich melden zouden somatisch niet of onvoldoende te verklaren zijn (3, 5, 9-18, 41). Deze spreiding is grotendeels te verklaren door methodologische aspecten van de onderzoeken. Er bestaan grote verschillen in gehanteerde diagnostische criteria, inclusiecriteria en populaties waarin de onderzoeken zijn uitgevoerd (10, 12, 19). Of SOLK vaker zouden voorkomen bij etnische minderheden is niet geheel duidelijk. Ook hier spelen methodologische factoren een rol. Zo is het niet evident om een homogene onderzoekspopulatie van een etnische minderheid samen te stellen.

Verder zou de culturele achtergrond van een individu een rol spelen bij SOLK. Dit vermoeden de meeste respondenten in het onderzoek ook. Maar wat betekent cultuur nu eigenlijk? In de tweede helft van de 19e eeuw omschreef de vooraanstaande antropoloog Edward Burnett Taylor cultuur als volgt: cultuur is het complexe geheel van kennis, overtuigingen, kunst, morele waarden, wetten, gebruiken en andere competenties en gewoonten die door een persoon als deel van een maatschappij worden verworven (46). Het betreft dus een zeer breed en dynamisch concept. Uit onderzoek is gebleken dat hulpverleners zich hier niet altijd bewust van zijn en cultuur beschouwen als een homogeen en statisch gegeven met veralgemeningen en vooroordelen tot gevolg (30). In een ander onderzoek wordt aangegeven dat de rol van cultuur bij SOLK genuanceerd moet worden. Vaak zijn zogenaamde culturele aspecten immers te reduceren naar socio-economische factoren (45).

Een identiteitscrisis zou volgens twee respondenten van de tweede generatie het welzijn kunnen aantasten. Vooral religieuze en culturele conflicten worden genoemd als oorzaken. Dit sluit aan bij de bevinding dat SOLK een gevolg kan zijn van een problematisch acculturatieproces (14, 15). Dit problematisch verloop beperkt zich niet enkel tot de eerste generatie; ook de tweede generatie die hier geboren en getogen is, lijkt hieronder te lijden. In sommige studies wordt acculturatie of assimilatie aangeraden om de verminderde mentale gezondheid bij migranten te verbeteren. Resultaten hiervan zijn echter tegenstrijdig. In bepaalde gevallen zou het een positief effect teweeg brengen, terwijl het in andere gevallen eerder contraproductief werkt (29). Om dit verder in kaart te brengen wordt aangeraden verder onderzoeken op langere termijn uit te voeren: komen SOLK meer voor in de eerste jaren in het gastland, of ook na langere tijd (14)?

Mensen met een Marokkaanse achtergrond zouden ziekteoorzaken externaliseren. Patiënten met SOLK blijken hetzelfde te doen. Externaliseren is eigenlijk een defensiemechanisme waarbij het zelfbeeld en de “ik” gezond gehouden worden. Dit fenomeen is transcultureel aanwezig. (27)

Naast cultuur worden in de literatuur nog andere risicofactoren benoemd die relevant zijn bij SOLK, zoals sociale, demografische, economische en communicatieve factoren. Opmerkelijk is dat de meeste van deze factoren ook door de respondenten worden aangegeven. Dit wijst op kennis en inzicht in het biopsychosociaal denkkader. Mogelijke andere verklaringen hiervoor zijn dat de ondervraagden zelf ervaringsdeskundigen zijn en de uitleg van SOLK al hebben gehoord van hun huisarts. Een derde optie is dat ze zijn ingelicht door patiënten in hun omgeving die onverklaarbare somatische klachten vertonen.

In de literatuur zijn er argumenten om te besluiten dat SOLK frequenter voorkomen bij vrouwen. Dit gegeven kwam ook naar boven in de interviews. Binnen de Marokkaanse gemeenschap kan dit deels verklaard worden door de culturele druk die gelegd wordt op vrouwen. Daarnaast kan sensitivity of others (SO) hierbij een rol spelen. Vrouwen zijn van nature gevoelig voor anderen. Wanneer deze SO echter extreme vormen aanneemt, is het risico op het ontwikkelen van psychopathologie verhoogd. De patiënt zwicht onder sociale druk en ondervindt een grote nood aan sociale bevestiging. In collectieve gemeenschappen – zoals de Marokkaanse – wordt veel waarde gehecht aan SO. Uit onderzoek is gebleken dat SO significanter aanwezig is bij niet-westerse etnische minderheden (25). In een ander

onderzoek wordt weerlegd dat etnische minderheden meer geleid zouden worden door verwachtingen van anderen (25).

Uit de literatuur is gebleken dat de communicatie belangrijke aandacht verdient bij SOLK. 2 vrouwelijke respondenten wezen hier ook op tijdens de interviews. Zij verwachten tevens dat de arts peilt naar de ideeën die bij de patiënt bestaan over de klachten. Dit strookt met de bevindingen in de literatuur. Er wordt aanbevolen dat de arts voldoende aandacht schenkt aan eigen verklaringen, ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt in het contact met SOLK (10). Dit is echter niet altijd vanzelfsprekend. In bepaalde culturen heerst een indirecte communicatiestijl. Daarbij is het niet voor iedereen gebruikelijk dat de arts vraagt naar de mening van een patiënt. Het zelf toepassen van indirecte communicatie en praten in de derde persoon in plaats van de eerste persoon kunnen overwogen worden (45).

Aanvullende onderzoeken blijken voor alle geinterviewden een belangrijke plaats in te nemen in het diagnostisch proces. Ook artsen denken dat patiënten met SOLK een continue vraag hebben naar aanvullend onderzoek. Dit wordt echter weerlegd. Meestal hebben patiënten met SOLK een grotere vraag voor erkenning, begrip en emotionele ondersteuning (18). Deze verwachtingen kwamen tijdens de intervieuws ook naar boven. In realiteit blijkt dat zelden aan deze verwachtingen tegemoet gekomen wordt (18). Sommige respondenten denken dat de arts op een bepaald moment onder druk zal worden gezet om onderzoeken aan te vragen. In een ander onderzoek wordt deze stelling bevestigd (18).

Een respondent was van mening dat de arts bij patiënten met SOLK aanvullende onderzoeken moet blijven doen, ook al verwacht hij dat deze negatief zullen blijven. Deze onderzoeken zouden fungeren als geruststelling voor de patiënt. In een review uitgevoerd door Van Ravesteijn werd onderzocht of aanvullende onderzoeken hiervoor effectief aangewend kunnen worden. Uit het onderzoek bleek dat deze onderzoeken nauwelijks een bijdrage leveren aan de mate waarin de patiënt gerustgesteld kan worden. Indien toch zou worden overgegaan tot een aanvullend onderzoek, zou het belangrijk zijn om vooraf toelichting en informatie te geven omtrent eventuele normale testuitslagen. Voldoende uitleg en een watchful-waiting beleid zouden het aantal onnodige aanvullende onderzoeken kunnen reduceren (47).

Uit onderzoek is gebleken dat culturele en religieuze ziekteverklaringen en geneeswijzen een belangrijke rol kunnen spelen bij mensen met psychologische problemen (38). Voor de gangbare verklaringen binnen de Marokkaans-islamitische gemeenschap verwijs ik naar het literatuuronderzoek. Binnen de ondervraagde populatie blijken deze alternatieve verklaringen veel twijfels op te wekken en wordt hun rol als eerder ondergeschikt aangegeven. Slechts één vrouw van de eerste generatie zal bij SOLK eerst een cultureel-religieuze genezer bezoeken. Anderen beschouwen de alternatieve zorgpaden als laatste redmiddel en worden ze eerder uit wanhoop bewandeld dan uit geloof en vertrouwen. Dezelfde bevinding werd gedaan in een ander onderzoek bij Marokkaanse patiënten (26). Dit is een eerder verrassende constatatie. Er werd namelijk verwacht dat vooral bij de eerste generatie alternatieve ziekteverklaringen een prominentere rol zouden spelen. Mogelijks vreesden de respondenten gestigmatiseerd te worden en gaven ze daarom niet oprecht aan wat hun visie hierop was. Op zich is het geloven in alternatieve verklaringen en het bezoeken van alternatieve genezers niets slecht; het getuigt namelijk van een probleemoplossende houding van de patiënt. Er is echter aangetoond dat patiënten die een biomedisch verklaringsmodel hanteren meer tevreden zijn over de arts-patiëntrelatie dan zij die een magisch-religieus model hanteren (30).

De plaats van religie bij psychiatrische aandoeningen is onderwerp van menig onderzoek. Godsdienst zou zowel preventieve als therapeutische waarden hebben (26). Dit blijkt ook uit de interviews. Voor alle deelnemers betekent de godsdienst, de Islam, een bron van steun en rust. Door te leven volgens de richtlijnen van de godsdienst zou het individu zich beter voelen en minder vatbaar zijn voor psychische aandoeningen. Het omgekeerde geldt ook: iemand die de godsdienst de rug toe keert, kan verwachten dat dit ten koste zal gaan van het welzijn. Men kan veronderstellen dat deze houding in tijden van ziekte een aggraverende factor vormt. Schuldgevoelens met betrekking tot het niet adequaat praktiseren van de godsdienst zijn dan een bijkomende last die gedragen wordt en mogelijks het ziekteproces negatief beïnvloedt.

Alle respondenten erkenden dat psychologische processen betrokken zijn bij SOLK. Allen gaven ze ook aan dat er voor hen geen taboe bestond rond psychologische problemen. Tegelijk werd vermeld dat er wel degelijk een perceptie bestaat binnen de Marokkaanse gemeenschap dat psychologische problemen stigmatiserend zijn. Deze discrepantie kan mogelijks verklaard worden door het uitgangspunt van dit onderzoek. Er werd immers bevraagd wat hun visie is vanuit hun positie als lid van een gemeenschap, en niet als patiënt. Het is niet ondenkbaar dat de perceptie anders is als het gaat over een probleem die de respondent zelf heeft, een pijn die hij zelf lichamelijk ervaart, maar die somatisch niet verklaard kan worden.

Beperkingen van het onderzoek

De grootte van de onderzochte populatie is eerder beperkt met negen interviews die werden afgenomen. Desalniettemin konden enkele zinvolle conclusies getrokken worden.

De interviews werden afgenomen nadat een casus besproken werd over een vrouw met SOLK. Quasi alle respondenten linkten SOLK ook voornamelijk met vrouwen. Vermoedelijk zouden er andere aspecten rond SOLK naar boven zijn gekomen indien er ook een casus werd besproken van een mannelijke patiënt.

Alle deelnemers waren patiënten in het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand. Volgende 2 bedenkingen dienen hierbij gemaakt te worden. Enerzijds rijst de vraag of de bekomen informatie representatief is voor en geëxtrapoleerd kan worden naar de volledige Marokkaanse populatie in België. Voorts was de onderzoeker een arts werkzaam in deze huisartsenpraktijk. Dit kan in de weg staan van eerlijke responsen en ervoor zorgen dat patiënten sociaal wenselijke antwoorden gaven.

Eén van de inclusiecriteria was dat de respondent de Nederlandse taal voldoende beheerst. De rationale hierachter was dat er binnen dit onderzoek geen gebruik gemaakt kon worden van officiële vertalers om de translatie te doen volgens de richtlijnen van toepassing bij cross-cultureel onderzoek; namelijk de vertaling en de terugvertaling (51). Daarnaast is de subjectieve invloed van een vertaler nooit volledig te vermijden (45). Vooral bij de twee mannelijke respondenten van de eerste generatie bleken er echter communicatieve problemen te zijn omdat zij het Nederlands slechts matig beheersten. Dit kan een invloed gehad hebben op de bekomen informatie.

Er werden geen methoden gecombineerd voor de datacollectie. In kwalitatief onderzoek biedt het toepassen van triangulatie een meerwaarde omdat de kwaliteit en validiteit van de bevindingen vergroot worden (52). In kader van de validiteit van kwalitatief onderzoek is het wenselijk dat de data door twee onafhankelijke onderzoekers geanalyseerd wordt. Omwille van praktische en financiële redenen was dit niet haalbaar binnen dit onderzoek.

Socio-demografische gegevens van de respondenten werden bevraagd om te onderzoeken of er verbanden bestaan tussen deze gegevens en de visie van de patiënten. Door de beperkte studiepopulatie was het niet mogelijk om deze verbanden aan te tonen.

Deze studie was het eerste kwalitatief onderzoek dat de onderzoeker heeft uitgevoerd. Een beperkte ervaring met het afnemen van de interviews zal repercussies gehad hebben op de kwaliteit van de bekomen data.

6 BESLUIT

6.1 LITERATUURSTUDIE

De definitie van SOLK is vaag. SOLK komen frequent voor in de eerste lijn. Slechts in een beperkt aantal gevallen vormen SOLK een chronisch en belastend probleem. Frequente psychiatrische comorbiditeiten bij SOLK zijn depressie, angst- en posttraumatische stressstoornis.

Uit de literatuurstudie kan niet besloten worden dat SOLK meer prevalent is bij bepaalde etnische groepen of bij etnische minderheden. Wel komen er specifieke risicofactoren naar voren die relevant zijn bij deze patiëntenpopulaties, zoals socio-enonomische, taalkundige en culturele factoren. De rol van cultuur wordt vaak overschat.

Communicatie en de arts-patiëntrelatie verdienen bijzondere aandacht in het contact met SOLK bij etnische minderheden. Artsen kampen met veel frustraties; ondanks dit gegeven vinden zij dat het behandelen van SOLK tot hun takenpakket behoort. Verwachtingen van patiënten met SOLK worden zelden ingelost.

6.2 KWALITATIEF ONDERZOEK

De geïnterviewde Marokkaanse populatie blijkt goed op de hoogte te zijn van de problematiek van SOLK. Er worden door hen verbanden gelegd met stress, culturele en sociale factoren. Objectiveerbare fysieke afwijkingen kunnen hier een gevolg van zijn. Gebrek aan waardering en tijd voor zichzelf staan centraal. Het belang van een goede relatie tussen partners wordt meermaals benadrukt. Ook psychologisch onwelbevinden zou een rol spelen. Hierrond zou in de Marokkaanse gemeenschap nog een stigma bestaan. Binnen deze gemeenschap kan de omgeving van patiënten met SOLK een onderhoudende factor van deze klachten vormen.

Er wordt veel waarde gehecht aan klinische en aanvullende onderzoeken; zaken waarvan de arts zelf kan inschatten of deze relevant zijn. Enkel de mannelijke respondenten van de tweede generatie vinden dat er altijd aanvullende onderzoeken en doorverwijzingen naar de tweede lijn dienen te gebeuren.

Naast onderzoeken behoren voldoende tijd en uitleg, steun en begrip tot de verwachtingen van de respondenten. Een tweesporenbeleid wordt niet geapprecieerd; de arts zou psychosociale aspecten pas in een later stadium ter sprake moeten brengen.

Religie betekent een steun voor de respondenten. De plaats van bovennatuurlijke ziekteverklaringen lijkt niet helemaal duidelijk te zijn. Wel zouden deze verklaringen nog goed ingebed zijn in de Marokkaanse gemeenschap. Bij het bezoeken van alternatieve genezers wordt vooral over de *fqih* gepraat, die *roqya* zou toepassen. voorzichtigheid is evenwel geboden; niet alle genezers zijn betrouwbaar.

Centraal in de behandeling staat de assertiviteit van de patiënt die zelf manieren moet zoeken om zich beter te voelen, eventueel onder begeleiding door derden. Dit kan door psychologische gesprekken, hanteren van een klachtendagboek, meer tijd voor zichzelf en meer sociale contacten. Er wordt een multidisciplinaire aanpak voorgesteld, waarin de arts een coördinerende functie toebedeeld krijgt.

6.3 AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Met dit explorerend onderzoek werd de lekenvisie op SOLK binnen een Marokkaanse populatie in kaart gebracht. De bevindingen kunnen echter niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar de volledige Marokkaanse gemeenschap en naar patiënten met SOLK. Aanvullend onderzoek is nodig om de resultaten uit deze studie te bekrachtigen. Daarnaast dient verder onderzoek te gebeuren bij patiënten met SOLK om de inzichten verder te verbreden.

6.4 AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Uit deze masterproef kunnen volgende aanbevelingen naar voren gebracht worden met betrekking tot SOLK bij etnische minderheden:

Culturele aspecten

- Een cultuursensitieve aanpak is belangrijk in het contact met etnische minderheden.
- Wees bewust van het feit dat cultuur een breed, heterogeen en dynamisch concept is.
- Tracht inzicht te verkrijgen in de gangbare ideeën en praktijken van de relevante cultuurgroepen in uw patiëntenpopulatie; wees echter voorzicht met vooronderstellingen.
- Besef dat etnische minderheden ook deel uitmaken van een meerderheidscultuur.

Medische aspecten

- Tracht inzicht te verkrijgen in de risicofactoren die van toepassing zijn bij SOLK bij etnische minderheden.
- Maak gebruik van de 4-DKL als diagnostisch middel en om de ernst in te schatten van de SOLK.
- Sluit psychiatrische comorbiditeit uit.
- Tracht bij elk consult een adequaat klinisch onderzoek uit te voeren.
- Schenk ook aandacht aan de algemene gezondheid van de patiënt; richt je focus niet enkel op de SOLK.

Communicatie en arts-patiëntrelatie

- Een open, geïnteresseerde en respectvolle houding is primordiaal.
- Investeer in een goede arts-patiëntrelatie; deze is erg waardevol in het contact met patiënten met SOLK.
- Geef duidelijk aan dat je samen met de patiënt oplossingen wil zoeken voor de SOLK.
- Bevraag ideeën, zorgen en verwachtingen die bij de patiënt aanwezig zijn op een open, onbevooroordeelde manier en koppel hier naar terug tijdens de uitleg. Bevraag ideeën eventueel indirect als je merkt dat het stroef gaat (communicatie in 3^{e} in plaats van 1^{e} persoon).
- Bevraag de rol van de partner.
- Bevraag de invloed van de omgeving.
- Bevraag actief of eventuele bovennatuurlijke ziekteverklaringen van toepassing zijn.
- Geef duidelijke uitleg. Probeer eerst somatische aspecten toe te lichten, voordat wordt overgegaan naar psychosociale factoren. Licht de biologische verklaringsmodellen toe.
- Het concept van draagkracht – draaglast wordt meestal begrepen door etnische minderheden en kan aangewend worden in de uitleg.
- Voorzie voldoende tijd in het contact met patiënten met SOLK.
- Voorzie een tolk bij een moeilijk consult waarin veel ingewikkelde informatie zal besproken worden.

Beleid

- Stimuleer joint decision making.
- Tracht de patient empowerment te verhogen.
- Tracht de partner te betrekken.
- Voorzie een multidisciplinair behandelplan.
- Bevraag actief of alternatieve zorgpaden bewandeld worden. Tracht deze zorgverleners te contacteren om de zorgen op elkaar af te stemmen.

7 DANKWOORD

Volgende mensen zou ik graag willen bedanken; zonder hen zou het maken van deze masterproef niet gelukt zijn.

Eerst en vooral, alle respondenten voor hun medewerking, tijd en interessante inzichten. Het was een prachtige ervaring om de mensen op een andere manier te leren kennen.

Verder mijn promotor, Kristin, voor haar constructieve bijdragen tot de allerlaatste seconden.

De teamleden van mijn opleidingspraktijk. Een welgemeende dank voor Tom Hoerée voor het tonen van interesse en voor de tijd die hij heeft geïnvesteerd.

Mijn ouders, zussen en broers voor hun steun en motivatie.

Mijn echtgenoot, voor de duwtjes in de rug, de schouderklopjes, de peptalks, het oneindige begrip en geduld… Bedankt!

8 REFERENTIES

1. Schoonvaere Q. België-Marokko: 50 jaar migratie. Demografische studie over de populatie van Marokkaanse herkomst in België. Federaal Centrum voor de analyse van de migratiestromen, de bescherming van de grondrechten van de vreemdelingen en de strijd tegen mensenhandel. Juni 2014.
2. Lodewijkx E, Noppe J. De gekleurde samenleving. Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen. Studiedienst van de Vlaamse Regering. SVR-Rapport 2012/3. Beschikbaar via: www4.vlaanderen.be/dar/svr/afbeeldingennieuwtjes/demografie/bijlagen/2012-03-26-webartikel2012-3-vreemde-herkomst.pdf. Geraadpleegd 2016 januari 10.
3. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO et al. NHG-standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). HenW. 2013;56(5):222-230.
4. Fisher E, Boerema I, Franx G et al. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010). Trimbos-instituut, Utrecht.
5. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract. 2003;53(488):231-9.
6. Hengeveld MW, Van Balkom AJLM. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2005. 378-389.
7. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. Am Fam Physician. 2016;93(1):49-54.
8. De Gucht V, Maes S. Explaining medically unexplained symptoms: toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. J Psychosom Res. 2006;60(4):349-52.
9. Toran-Monserrat P, Cebria-Andreu J, Arnau-Figueras J, Segura-Bernal J, Ibars-Verdaguer A, Massons-Cirera J, et al. Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project. BMC Fam Pract. 2013;14:54.
10. Liden E, Bjork-Bramberg E, Svensson S. The meaning of learning to live with medically unexplained symptoms as narrated by patients in primary care: A phenomenological-hermeneutic study. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015;10(1):27191.
11. Rosendal M, Bro F, Per F et al. Diagnosis of somatization: effect of an educational intervention in a cluster randomized controlled trial. Br J Gen Pract. 2003;53(497):917–922.
12. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. BMC Family Practice. 2014;15:107.
13. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. Psychosomatics. 2011;52(3):263-71.
14. Bragazzi NL, Puente GD, Natta WM. Somatic perception, cultural differences and immigration: results from administration of the Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) to a sample of immigrants. Psychol Res Behav Manag. 2014;7:161-6.
15. Junod Perron N, Hudelson P. Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. BMC Fam Pract. 2006;7:10.
16. Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. Am J Psychiatry. 1997;154(7):989–95.
17. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med. 1998;60(4):420–30.
18. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, et al. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract. 2009;10:68.
19. Khoo EM, Mathers NJ, McCarthy SA, Low WY. Somatisation disorder and its associated factors in multiethnic primary care clinic attenders. Int J Behav Med. 2012;19(2):165-73.
20. Aragona M, Pucci D, Carrer S, Catino E, Tomaselli A, Colosimo F, et al. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. Ann Ist Super Sanita. 2011;47(2):207-13.

21. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. Ann Ist Super Sanita. 2013;49(2):169-75.

22. Junod Perron N, Hudelson P. How do junior doctors working in a multicultural context make sense of somatisation? Swiss Med Wkly. 2005;135(31-32):475-9.

23. Aragona M, Tarsitani L, Colosimo F, Martinelli B, Raad H, Maisano B, et al. Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. Int J Psychiatry Med. 2005;35(3):241-8.

24. Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M. Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. Environ Health Perspect. 2002;110 Suppl 4:631-6.

25. Bekker MHJ, Schepman R. Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: A pilot study. Eur J Psychiat. 2009;23(3):135-9.

26. Asjadi, EN. Hoe kijken Belgische inwoners van Marokkaanse herkomst naar depressie? Worden hun opvattingen rond depressie beïnvloed door culturele of religieuze factoren? Proefschrift. Gent: Universiteit Gent; 2013.

27. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. Soc Sci Med. 1998;46(4-5):559-65.

28. Dastjerdi M. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. Int J Equity Health. 2012;11:9.

29. Miranda J, Siddique J, Belin TR, Kohn-Wood LP. Depression prevalence in disadvantaged young black women--African and Caribbean immigrants compared to US-born African Americans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(4):253-8.

30. Trinidad RB, Kamperman AM, Jong DJTVM. Verklaringsmodellen in de GGZ: kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten. Gedrag en gezondheid. 2005;33(2):42-51.

31. Hamont AV. Consequenties van niet-biomedische verklaringsmodellen over ziekte en gezondheid op de relatie tussen patiënten en medische professionals. Proefschirft. Tilburg: Wageningen Universiteit; 2014.

32. Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? Patient Educ Couns. 2008;72(1):155-62.

33. Rosendal M, Jarbol DE, Pedersen AF, Andersen RS. Multiple perspectives on symptom interpretation in primary care research. BMC Fam Pract. 2013;14:167.

34. Tofoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33 Suppl 1:S59-80.

35. Lombardo P, Vaucher P, Haftgoli N, Burnand B, Favrat B, Verdon F, et al. The 'help' question doesn't help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. BMC Med. 2011;9:114.

36. Verhoeven M.Culturele antropologie. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum; 1998. 124-5.

37. Herman P. De wereld van de Djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen. Amsterdam: Bulaaq; 2007.

38. Hoffer C. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Amsterdam: Thela Thesis; 2000.

39. Koola MM, Kuttichira P. Psychosocioeconomic study of medically unexplained physical symptoms. Indian J Psychol Med. 2012;34(2):159-63.

40. Katon W, Ries RK, Kleinman A. The prevalence of somatization in primary care. Compr Psychiatry. 1984;25(2):208-15.

41. Bermingham SL, Cohen A, Hague J, Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. Ment Health Fam Med. 2010;7(2):71-84.

42. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract. 2006;23(4):414-20.

43. Hakala M, Karlsson H, Ruotsalainen U, Koponen S, Bergman J, Stenman H, et al. Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. Psychol Med. 2002;32(8):1379-85.

44. Onzichtbare pijn. Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond. Utrecht; Pharos, 2015.

45. Rijpkema M. Onzichtbare pijn bij migranten: hoe kan de huisarts helpen? Proefschrift. Twente: Pharos; 2013.

46. Helman CG. Culture, health and illness. Derde Druk. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.

47. Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Darmon D et al. The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review. Patient Educ Couns 2012;86:3-8.

48. Barsky AJ, Bates DW, Orav EJ et al. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psych. 2005;62:903-910.

49. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K et al. Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum; 2005. 95-100.

50. Wester, FPJ. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Henw. 2004;47(12):122-8.

51. Jong DJTVM. Een kwalitatief model voor etnopsychiatrisch-epidemiologisch onderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie. 1994:36(11);67-80.

52. Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC–UvA. Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek. Amsterdam. 2002.

9 BIJLAGEN

9.1 GOEDGEKEURD STUDIEPROTOCOL

1 Achtergrond

Somatisch onverklaarbare lichamelijk klachten (SOLK) komen frequent voor in de eerste lijnsgeneeskunde. In 20 tot 50 procent van de consultaties kan geen somatische verklaring gevonden worden voor de lichamelijke klachten waarmee patiënten zich presenteren (1-5).

Pathofysiologisch is er weinig geweten over SOLK. Een wetenschappelijk gefundeerde verklaring ontbreekt. Wel zijn er meerdere modellen ontwikkeld, die echter enkel theoretisch onderbouwd zijn(1). Daarnaast heeft elke samenleving eigen verklaringsmodellen wat betreft ziekte en gezondheid. Zo overheerst in het westen het biomedisch model, terwijl in niet-westerse contreien verklaringen vaak worden gezocht buiten de eigen persoon (1, 6).

SOLK hebben belangrijke consequenties voor de praktijkvoering. Door het ontbreken van een somatische verklaring krijgen zowel arts als patiënt te kampen met frustraties. Hieronder lijdt de therapeutische relatie aanzienlijk. Daarnaast zou het niet evident zijn om het concept van somatisatie over te brengen naar de patiënten. Ook voor de maatschappij zijn de gevolgen van deze klachten niet miniem. Het niet herkennen van SOLK kan leiden tot ineffectieve behandelingen, iatrogene schade, overmatig aanvragen van aanvullende onderzoeken en zo overconsumptie van de gezondheidszorg met als gevolg een belangrijke kost die de maatschappij moet dragen (7, 8).

SOLK komen voor bij elke bevolkingsgroep (9). Huisartsen geven echter aan de indruk te hebben dat dit beeld vaker voorkomt bij etnische minderheden (1). Dit kon in sommige studies bevestigd worden (10). Anderen concluderen dat dit enkel van toepassing is bij vluchtelingen (1). Desondanks zijn er specifieke aandachtspunten bij deze patiëntenpopulatie. Het migratieverleden op zich is een aanzienlijke stressor. De soms beperkte taalvaardigheid en de cultuurverschillen vormen bijkomende barrières. Dit alles vergt van de arts een bijkomende inspanning; namelijk het oog hebben voor al deze factoren in het contact met deze patiënten (1, 6).

In kader van deze cultuursensitieve benadering is het van belang inzicht te hebben in de eigen beleving en verklaringen van SOLK bij patiënten met een migratieverleden. Met deze masterproef zal getracht worden deze inzichten te verbreden.

2 Hypothese

Door inzicht te krijgen in de verklaringen voor en beleving van SOLK bij etnische minderheden kunnen drempels tot het duiden van deze klachten geïdentificeerd worden. Deze informatie is onontbeerlijk voor de cultuursensitieve benadering van de arts en bevordert de arts-patiëntrelatie.

3 Doelen

In deze studie zal een overzicht gemaakt worden van wat er reeds bestudeerd is over somatisatie in de eerste lijn bij etnische minderheden. Daarnaast zal bij een allochtone patiëntenpopulatie onderzocht worden welke verklaringen zij aan SOLK toekennen en indien zij een voorgeschiedenis hebben van somatisatie, hoe zij dit ervaarden. Tenslotte zal getracht worden concrete adviezen naar voren te brengen die relevant zijn voor de praktijk.

Volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:
1. Wat is er reeds onderzocht over SOLK in de eerste lijn bij etnische minderheden?
2. Welke verklaringen geven Marokkaanse patiënten aan SOLK?
3. Wat zijn alternatieve zorgpaden/zorgverleners die benaderd worden voor dit probleem?

4 Experimenteel plan

4.1 Studiedesign

Het onderzoek is tweeledig en bestaat uit een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek.

4.1.1 Literatuurstudie

Via de watervalmethode zal een literatuuronderzoek uitgevoerd worden naar psychosomatische klachten in de eerste lijn bij etnische minderheden.

4.1.2 Kwalitatief onderzoek

Gezien het doel van deze masterproef is de inzichten te verbeden in de verklaringen voor en beleving van SOLK, en kwalitatief onderzoek zich hier het beste toe leent; is voor deze onderzoeksmethodiek gekozen.
Een explorerend observationeel onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews. Er wordt gestart met het bespreken van een casus over SOLK, waarna het interview wordt afgenomen. In dit interview worden SOLK, de ervaringen van patiënten met deze klachten en verklaringsmodellen bevraagd (zie bijlage).
Bij aanvang van het interview worden er tevens enkele socio-demografische gegevens bevraagd en gecodeerd geregistreerd (zie bijlage).

4.2 Centra

Het onderzoek vindt plaats in het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand te Antwerpen en bij de patiënten thuis.

4.3 Patiënten

De studiepopulatie zal bestaan uit patiënten van Marokkaanse oorsprong, zijde:
- geboren in Marokko; OF
- één of beide ouders geboren in Marokko; OF
- één of beide grootouders geboren in Marokko.

De rationale achter de keuze voor deze studiepopulatie is de volgende. De grootsteden in Vlaanderen kennen een gekleurde bevolking (11). Als men kijkt naar de samenstelling van het werkingsgebied van het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand, is 34% van Marokkaanse origine (12). Dit weerspiegelt zich in de algemene populatie van de praktijk, wat maakt dat dit een relevante onderzoekspopulatie is.

4.4 Studieduur

De studie zal lopen over een tijdspanne van 17 maanden.

5 Inclusiecriteria

Aan volgende criteria moet voldaan zijn om in de studie geïncludeerd te kunnen worden:
- Leeftijd ouder dan 18 jaar;
- Nederlands spreken;
- Patiënt zijn in het Wijkgezondheidscentrum Zuidrand;
- Marokkaanse herkomst (vide supra);
- Geen therapeutische relatie met de onderzoeker.

6 Registratie

Alle documenten van het ethisch comité, de informed consent en de informatie voor de patiënt moeten beschikbaar zijn en ondertekend zijn door de betrokken personen, vooraleer patiënten aan de studie kunnen deelnemen.

7 Studieprocedures

7.1 Inclusie

Patiënten uit de volledige populatie van de praktijk die zich presenteren in het wijkgezondheidscentrum en die aan de inclusiecriteria voldoen, krijgen tijdens de consultatie de gelegenheid om deel te nemen aan de studie. De patiënten worden dus gerekruteerd door de collega-artsen van de onderzoeker. Zowel mondelinge als schriftelijke informatie wordt verschaft. Indien patiënten wensen deel te nemen, dienen ze het toestemmingsformulier te ondertekenen.

7.2 Interview

Samen met de patiënt wordt een moment afgesproken waarop het interview zal doorgaan. Dit zal plaatsvinden in het Wijkgezondheidscentrum of bij de patiënten thuis en zal ongeveer 60 minuten in beslag nemen.
Vòòr het interview worden enkele socio-demografische gegevens gecodeerd geregistreerd. Hierna wordt een casus besproken over een patiënt met SOLK. Vervolgens wordt het semigestructureerd interview afgenomen. Tijdens het interview worden notities genomen door de onderzoeker. Tevens wordt het gesprek volledig audiologisch opgenomen.

7.3 Analyse

Na afloop van elk interview wordt het gesprek door de onderzoeker opnieuw beluisterd en volledig uitgeschreven volgens het Verbatim-principe. Vervolgens zal een thematische analyse uitgevoerd worden. Om de validiteit van het onderzoek te doen toenemen, zullen minimum 2 interviews door 2 verschillende onderzoekers gecodeerd worden.
Alle verzamelde gegevens worden gedurende 5 jaar elektronisch gearchiveerd. Enkel de onderzoeker zal toegang hebben tot deze gegevens.

7.4 Studiepopulatie

De grootte van de studiepopulatie zal afhankelijk zijn van de verkregen informatie na elk interview. Er worden patiënten gerekruteerd totdat datasaturatie bereikt is.
Rekening houdend met de studieduur en de praktische haalbaarheid is er overeengekomen dat er maximaal 15 interviews afgenomen zullen worden.
Er zal gepoogd worden de populatie evenredig samen te stellen wat betreft geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

8 Verwijdering

Elke patiënt heeft het recht te weigeren tot deelname en zich op elk moment terug te trekken uit de studie zonder daar voorafgaandelijk toestemming voor te vragen of verantwoording te moeten afleggen. Dit zal geen gevolgen inhouden voor de arts-patiëntrelatie.

9 Referenties

1 Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO et al. NHG-standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts en Wetenschap. 2013; 56(5):222-230.

2 Khoo EM, Mathers NJ, McCarthy SA et al. Somatisation Disorder and Its Associated Factors in Multiethnic Primary Care Clinic Attenders. Int.J. Behav. Med. 2012; 19:165–173.

3 Frieser D, Koerber S, Steinbrecher N, et al. The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. Psychosomatics 2011; 52:263–271.

4 Holt CS, Kathol RG, Noyes R at al. Somatisation diagnosis and management. Arch Fam Med. 1995; 45:790-795.

5 Aamland A, Malterud K, Werner EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. BMC Family Practice 2014; 15:107.

6 Torán-Monserrat P, Cebrià-Andreû J, Arnau-Figueras J et al. Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project. BMC Family Practice. 2013; 14:54.

7 Rosendal M, Bro F, Per F et al. Diagnosis of somatization: effect of an educational intervention in a cluster randomized controlled trial. Br J Gen Pract. 2003 Dec; 53(497): 917–922.

8 Barsky AJ, Bates DW, Orav EJ et al. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psych. 2005; 62: 903-910.

9 Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med. 1998;60(4):420–30.

10 Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. Am J Psychiatry. 1997;154(7):989–95.

11 Lodewijkx E, Noppe J. De gekleurde samenleving. Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen. Studiedienst van de Vlaamse Regering. SVR-Rapport 2012/3. http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/afbeeldingennieuwtjes/demografie/bijlagen/2012-03-26-webartikel2012-3-vreemde-herkomst.pdf.

12 Stad Antwerpen. Aantal herkomstnationaliteiten. 2015. https://stadincijfers.antwerpen.be.

9.2 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITE

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. K. Hendrickx
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Psychosomatiek bij een Marokkaanse patiëntenpopulatie: beleving, verklaringsmodellen en drempels tot het duiden van deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (Manama huisartsgeneeskunde Faouzi Soumaya)

Belgisch Registratienummer: B300201628562

datum	ons kenmerk	contactpersoon
2/05/2016	16/9/99	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 2/05/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Faouzi Soumaya
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 27/04/2016
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 27/04/2016
  Versie 2
- Vragenlijst(en)
  Appendix III: socio-demografische gegevens - versie 2, dd. 27/04/2016
- Diverse
  Appendix IV: casus, versie 2 dd. 27/04/2016
  Appendix V: semi-gestructureerd interview versie 2 dd. 27/04/2016

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874 619 603

datum
2/05/2016

ons kenmerk
16/9/99

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

9.3 INFORMATIEBROCHURE PATIËNT

INFORMATIEBROCHURE VOOR DE PATIËNT BETREFFENDE HET ONDERZOEK:

Psychosomatiek bij een Marokkaanse patiëntenpopulatie: beleving, verklaringsmodellen en drempels tot het duiden van deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten.

Mevrouw, Mijnheer,

U werd gevraagd deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek. Uw deelname hieraan is vrijwillig, u bent op geen enkel moment verplicht eraan deel te nemen.

Dit document heeft als doel u te informeren over het doel van deze studie, het verloop, eventuele nadelen en uw rechten. Vooraleer u toestemt tot deelname, is het zeer belangrijk volgende informatie aandachtig door te nemen en volledig te begrijpen.

Indien u na het lezen van deze informatie alsnog wenst deel te nemen, dient u het formulier 'Toestemming tot studiedeelname' te ondertekenen.

Doel van het onderzoek

Heel vaak kan de arts geen verklaring vinden voor de lichamelijke klachten waarmee patiënten consulteren. Deze klachten worden dan somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten genoemd. Voor sommige patiënten is het heel moeilijk te begrijpen dat er lichamelijk niets aan de hand is. In deze studie zal onderzocht worden hoe patiënten van Marokkaanse oorsprong deze klachten verklaren en indien ze het al hebben meegemaakt, hoe ze dit ervaren. Uit onderzoek vermoedt men namelijk dat de culturele achtergrond hier een prominente rol in speelt. Bij deze patiëntenpopulatie is dit nog onvoldoende onderzocht.

Beschrijving van het onderzoek

In dit onderzoek zal u gevraagd worden deel te nemen aan een interview. Eerst zal er samen met u een casus besproken worden over een patiënt met somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten. Vervolgens worden door de onderzoeker enkele vragen gesteld. Het volledig interview zal ongeveer 1 uur duren. Het gesprek wordt vastgelegd door middel van audio-opname.

Beëindiging

U bent niet verplicht deel te nemen aan deze studie. Tevens kunt u zich op elk moment uit de studie terugtrekken. Hier dient u geen toestemming voor te vragen noch een reden voor op te geven. Beëindiging of weigering van deelname aan het onderzoek zal geen gevolgen inhouden voor de relatie met uw arts.

Goedkeuring onderzoek

Deze klinische studie is beoordeeld door een onafhankelijke commissie voor medische ethiek, namelijk Ethische Commissie – Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en werd goedgekeurd.

Risico's

Deelname aan dit onderzoek houdt geen risico's in. Ondanks de onwaarschijnlijkheid dat u schade zou ondervinden, is er een verzekering afgesloten.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Indien u aan deze studie deelneemt, wordt alle verschafte informatie gecodeerd geregistreerd. Dit houdt in dat deze persoonlijke gegevens enkel via een specifiek codenummer – enkel door de onderzoeker gekend - aan u kunnen worden gelinkt. De opnames worden enkel door de onderzoekers beluisterd en bewaard en worden nooit aan derden doorgegeven voor welke doeleinden ook. U hebt op elk moment het recht toegang te eisen tot de verzamelde gegevens conform de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002. Na afloop van het onderzoek worden de gegevens nog 5 jaar elektronisch gearchiveerd. Enkel de onderzoeker zal toegang hebben tot deze gearchiveerde gegevens.

Aanvullende informatie

Indien u verdere inlichtingen wenst te bekomen, kan u steeds contact opnemen met Soumaya Faouzi, de onderzoekster en tevens huisarts in opleiding.

E-mailadres: soumaya.faouzi@student.uantwerpen.be

Telefoonnummer: +32 3 237 13 72

9.4 TOESTEMMINGSFORMULIER PATIËNT

TOESTEMMINGSFORMULIER PATIËNT TOT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK:

Psychosomatiek bij een Marokkaanse patiëntenpopulatie: beleving, verklaringsmodellen en drempels tot het duiden van deze somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten.

Ik, ondergetekende, (Naam, Voornaam) ..... verklaar voldoende geïnformeerd te zijn over de studie en stem toe tot deelname.

1. Ik werd zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd. Ik heb een exemplaar van de informatiebrochure voor de patiënt ontvangen, alsook een ondertekend en gedateerd exemplaar van het toestemmingsformulier.

2. Ik verklaar voldoende uitleg te hebben gekregen over het doel, beloop, duur en eventuele risico's van het onderzoek en wat er van mij verwacht wordt.

3. Ik heb voldoende tijd gekregen om de informatie te verwerken en aanvullende vragen te stellen. Deze vragen werden adequaat en bevredigend beantwoord.

4. Ik weet dat ik me niet verplicht ben tot deelname aan dit onderzoek. Tevens weet ik dat ik me op elk moment uit te studie kan terugtrekken zonder hiervoor toestemming te moeten vragen of verantwoording te moeten afleggen. Dit zal geen gevolgen inhouden voor mijn therapeutische relatie met mijn behandelende arts.

5. Ik verklaar geheel op vrijwillige basis deel te nemen aan het onderzoek.

6. Ik ben op de hoogte van het feit dat deze studie werd beoordeeld en goedgekeurd door de Ethische Commissie – Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA).

Patiënt

Naam:

Datum:

Handtekening:

9.5 SCRIPT SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Casuspresentatie

- Was alles duidelijk over de casus? Heb je nog vragen?

Oorzaak – Verklaring

- Is de patiënt volgens jou ziek?
- Ga jij akkoord met de diagnose somatisatiestoornis van de dokter? Waarom wel/niet?
- Wat is volgens jou de oorzaak van de klachten van deze mevrouw?
- Denk je dat het mogelijk is dat een mens pijn voelt, terwijl er lichamelijk niets aan de hand is?
- Wat betekenen SOLK voor jou?
- Wat betekent stress voor jou? Kan stress volgens jou klachten geven zoals bij deze patiënt?
- Welke rol speelt God volgens jou in het ziektebeeld van de patiënt?
- Spelen het boze oog of geesten een rol in de ziekte van de patiënt?

Beleving

- In bet begin was de patiënt niet akkoord met de verklaring van de dokter voor haar klachten. Vond je dit terecht?
- Hoe zou jij je voelen in de plaats van de patiënt?
- Hoe denk je dat de omgeving van de patiënt reageert op haar ziekte?
- Denk je dat de patiënt zich gerespecteerd voelt door de arts? Waarom wel/niet?
- Heeft een arts ooit dezelfde diagnose bij jou gesteld? Wat deed dat met jou?
- Ken je iemand die SOLK heeft? Hoe ervaart hij/zij dat? Ben jij daarmee akkoord?

Behandeling - prognose

- Denk je dat de patiënt kan genezen?
- Wat zou de patiënt moeten doen om te genezen volgens jou?
- Denk je dat een geneesmiddel de patiënt zou genezen?
- Denk je dat psychologische begeleiding de patiënt zou kunnen helpen? Waarom wel/niet?
- Hoe schat je het functioneren in van deze patiënt? Wat kan ze nog wel doen? Wat niet?

Arts- patiëntrelatie

- Wat vind je van de dokter van de patiënt?
- Zou jij tevreden zijn van een arts zoals deze? Waarom wel/niet?
- Wat had de arts volgens jou nog moeten doen om de patiënt beter te helpen?
- Wat denk je dat de patiënt verwacht van de dokter? Zijn die verwachtingen vervuld?
- Naar welke andere hulpverlener of person zou je deze patiënt nog verwijzen? Waarom?

Algemeen - afsluitend

- Wat vind je van dit onderzoek? Denk je dat het zinvol is?
- Is er nog iets dat je zou willen vertellen?

Hartelijk bedankt voor je bijdrage!

9.6 SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE RESPONDENTEN

Codenummer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Leeftijd	39	26	29	72	62	32	41	27	40
Geslacht	V	V	V	M	M	V	M	V	M
GL	Marokko	België	Marokko	Marokko	Marokko	België	België	Marokko	België
GL ouders	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko
GL grootouders	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko	Marokko
Hoeveel jaren in BE	20	nvt	10	52	37	nvt	nvt	9	nvt
Hoogst diploma	Secundair onderwijs	Hoger onderwijs	Attest VDAB	Secundair onderwijs	Lager onderwijs	Hoger onderwijs	Hoger onderwijs	Lager onderwijs	Secundair onderwijs
Beroep	Werkloos	Logopedist	werkloos	Pensioen	Pensioen	werkloos	Leraar	werkloos	Technieker
Burgerlijke staat	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd	Gehuwd
Kinderen	4	0	3	4	3	3	4	2	2
Moedertaal	Arabisch	Br/Nl	Berbers	Berbers	Arabisch	Br/Nl	Ar/Nl	Berbers	Berbers
Andere talen	Fr, En, Nl, Br	Nl, Fr, En	Ar, Nl	Ar, Nl, Fr	Nl, Fr	Nl, Fr, Ar, En	En, Fr	Ar, Nl	Nm, Ar, Fr, En
Godsdienst	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
Geloof in God	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Geloof in Dag Des Oordeels	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Geloof in paradijs en hel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Geloof in profeten en boeken	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frequentie gebed per dag	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Frequentie moskeebezoek	Gelegenheden	Gelegenheden	Maandelijks	Dagelijks	Dagelijks	Gelegenheden	Wekelijks	Gelegenheden	Wekelijks
Frequentie Koran lezen	Wekelijks	Gelegenheden	Wekelijks	Dagelijks	Wekelijks	Gelegenheden	Dagelijks	Gelegenheden	Dagelijks
Frequentie vasten	Ramadan	Ramadan	Ramadan	Maandelijks	Maandelijks	Ramadan	Ramadan	Ramadan	Ramadan
Hoofddoek? Type?	Hijab	Hijab	Burka	nvt	nvt	Hijab	nvt	Hijab	nvt

GL = geboorteland, BE = België, Ar = Arabisch, BR = Berbers, En = Engels, Fr = Frans, NL = Nederlands

9.7 CASUS MEVROUW MAHRAOUI

Op het spreekuur van de huisarts komt mevrouw Mahraoui. Ze is Marokkaans en 30 jaar oud. Ze vertelt dat ze vaak hevige hoofdpijn heeft en een branderig gevoel in de hersenen. Ze heeft last van hartkloppingen, ze is vaak moe en misselijk, ze slaapt slecht. Ze maakt zich erg ongerust over haar gezondheid.

De arts doet een uitgebreid lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek en stelt stijve spieren in de nek vast. Verder waren alle bevindingen normaal.

In een volgend consult vraagt de arts door op het leven van mevrouw. Ze vertelt dat ze onlangs is bevallen van een drieling en samen met haar man in een tweekamerwoning woont. De drieling slaapt in het halletje tussen de twee kamers uit ruimtegebrek. De man van mevrouw Mahraoui is een vrachtwagenchauffeur. Hierdoor is hij vaak weg van huis en staat mevrouw alleen in voor de zorg voor de kinderen. Dit is niet altijd makkelijk voor mevrouw. Daarom zou het fijn zijn als de dokter ervoor zou kunnen zorgen dat haar gezondheid beter wordt.

Er volgen enkele jaren waarin mevrouw Mahraoui regelmatig terug is met klachten. De huisarts doet vaak onderzoek bij haar, maar vindt geen redenen om haar naar de specialist te sturen. Ook probeert de huisarts regelmatig na te gaan hoe psychosociale factoren een rol spelen. Ze kan zich goed voorstellen dat het niet makkelijk is om drie jonge kinderen tegelijk op te voeden. Bovendien krijgt één baby een darmziekte (coeliakie) en heeft daardoor extra zorg nodig. Mevrouw Mahraoui voelt zich vaak overspannen, maar ze zegt vooral bang te zijn dat het iets met de hersenen te maken heeft. Ze vertelt dat ze ook praat met vriendinnen en kennissen over haar klachten, maar ze merkt dat dat een averechts effect heeft. Ze komt dan in paniek thuis omdat er altijd wel iemand een verhaal heeft over een ziekte die fataal afloopt.

Plotseling overlijdt de vader van mevrouw Mahraoui aan een hartstilstand tijdens een verblijf in Marokko. Mevrouw Mahraoui is in diepe rouw. Ze huilt, ze slaat haar hoofd tegen de muur en is radeloos. Ze meldt zich overspannen bij de huisarts met hoofdpijn en pijn op de borst. Ze is bang dat ze net als haar vader aan een hartstilstand zal overlijden. Ze zegt dat ze alles in een film voor zich ziet, geen zin in eten heeft en geen zin meer heeft om naar buiten te gaan.

Gaandeweg merkt de huisarts een verandering bij mevrouw Mahraoui. Dit kan door de gesprekken over overspannenheid komen, door de dood van haar vader waardoor ze toegeeft dat ze verdrietig en somber is, of omdat mevrouw Mahraoui merkt dat haar gezin lijdt onder haar klachten. Door haar hoofdpijn kan ze vaak niet met haar kinderen spelen of ze mee uit nemen. Ze wil dit graag anders en de huisarts merkt dat er een kleine opening is.

Ze spreken af dat mevrouw Mahraoui nog één keer een grondig onderzoek krijgt met een thoraxfoto, dat hart en longen worden nagekeken en een bloedonderzoek wordt gedaan. Als dat niks oplevert, begint mevrouw Mahraoui samen met de arts psychologische hulp te overwegen.

Uiteindelijk besluit de arts dat de klachten van mevrouw Mahraoui somatisch onverklaarbaar zijn. Ze stuurt haar door naar de psychiater, die onder andere een somatisatiestoornis vaststelt. Ze krijgt psychotherapie en antidepressiva.

Wanneer de huisarts mevrouw Mahraoui na een tijdje weer ziet, vertelt ze dat het een beetje beter gaat. Ze heeft nog steeds vaak overal pijn, maar ze heeft geleerd dit ook in verband te zien met de stress rondom de opvoeding van haar kinderen, haar man die haar weinig heeft gesteund en het verdriet om haar vader.

(Bron: Seeleman C, Suurmond J, Stronks K et al. Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum; 2005. 95-100.)

9.8 INTEGRATIEF VERKLARINGSMODEL SOLK

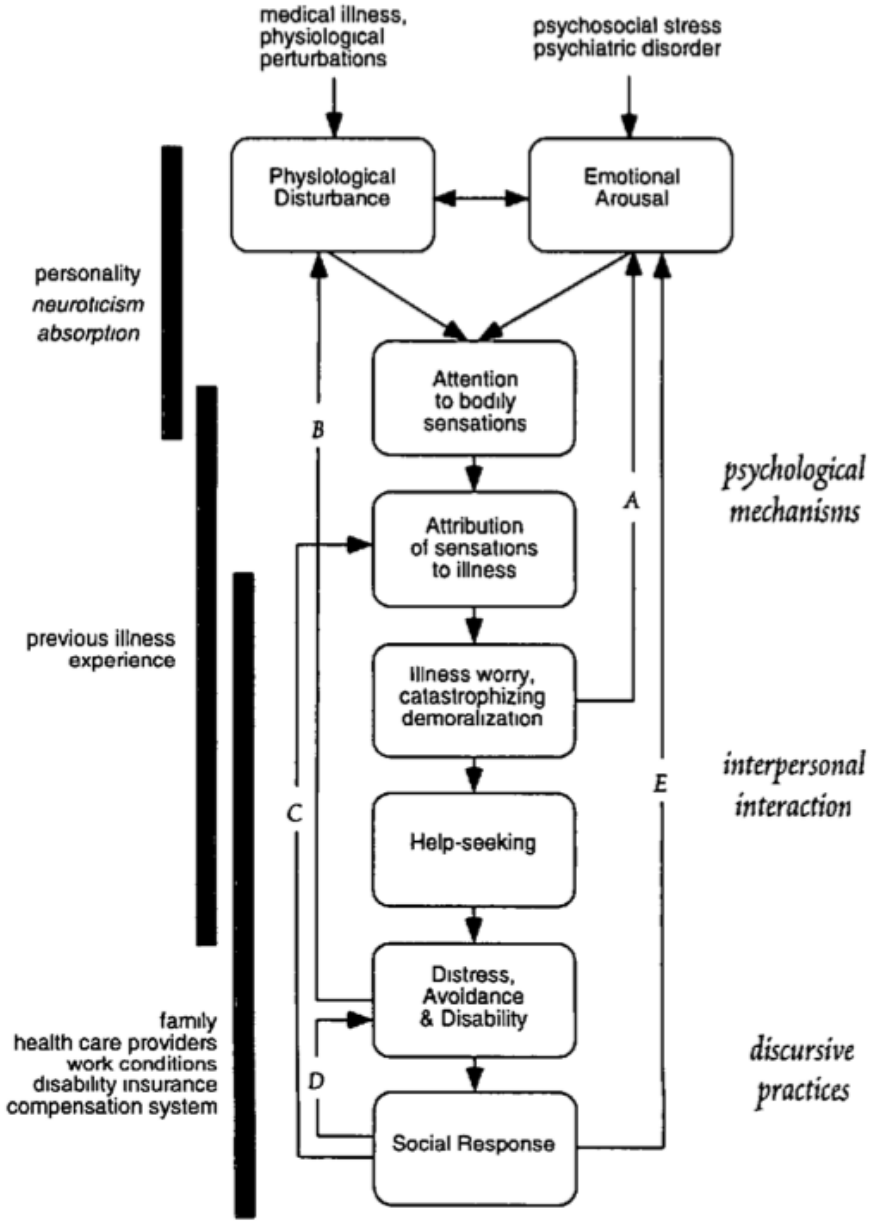


Fig. 1: integratief verklaringsmodel van Kirmayer (17)

Toelichting: Psychologische, fysiologische, socioculturele en interpersoonlijke factoren dragen bij tot vicieuze cycli van symptoomversterking die kunnen resulteren in SOLK. Enkele van deze cycli zijn weergegeven in bovenstaande figuur:
A: ongerustheid om ziekte en catastrofale gedachten veroorzaken een verhoogde emotionele alertheid en angsten, die op hun beurt somatische symptomen veroorzaken geassocieerd met autonome arousal en hyperventilatie;
B: vermijdingsgedrag en ziektegedrag leiden tot fysieke deconditionering, slaapstoornissen en andere vormen van dysregulatie;
C en D: culturele interpretaties van ziektegedrag versterken pathologische attributies voor distress en functionele beperkingen;
E: ziektegedrag kan leiden tot interpersoonlijke conflicten die op hun beurt emotionele alertheid verhogen.