SOLK: samenwerking tussen eerste en tweede lijn

D'hooghe Michiel, Universiteit Gent
Van de Vyver Manon, Universiteit Gent
Van den Bergh Nele, Universiteit Gent
Vermandere Mattias, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An Mariman, Universiteit Gent
Co-promotoren: Dr. Joke Pauwelyn, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Abstract 1
1. Inleiding 3
1.1. SOLK 3
1.2. Gevoelens en attitudes 3
1.3. Samenwerking 4
2. Methode 6
2.1. Onderzoeksvraag 6
2.2. Studiedesign 6
2.2.1. Oriënterend literatuuronderzoek 6
2.2.2. Interviews 7
2.2.2.1. Doelpopulatie 7
2.2.2.2. Steekproef 7
2.2.2.3. Rekrutering 7
2.2.2.4. Verloop interviews 8
2.2.2.5. Transcriptie en codering 8
2.2.2.6. Data-analyse 9
3. Resultaten 10
3.1. Emoties rondom SOLK 10
3.1.1. Visie van de huisarts 10
3.1.2. Visie van de specialist 10
3.2. Diagnostiek 11
3.2.1. Anamnese 11
3.2.1.1. Visie van de huisarts 11
3.2.1.2. Visie van de specialist 12
3.2.1.3. Vragenlijsten 12
3.2.2. (Technische) onderzoeken 12
3.2.2.1. Visie van de huisarts 12
3.2.2.2. Visie van de specialist 14
3.2.3. Diagnostisch schema 14
3.2.4. Gevoel bij diagnosestelling 14
3.2.4.1. Visie van de huisarts 14
3.2.4.2. Visie van de specialist 15
3.3. Uitleg aan de patiënt 15
3.3.1. Visie van de huisarts 15
3.3.2. Visie van de specialist 17
3.4. Communicatie tussen zorgverleners 18

3.4.1. Verwijsbrief door de huisarts 18
3.4.1.1. Visie van de huisarts 18
3.4.1.2. Visie van de specialist 19
3.4.2. Brief door de specialist 20
3.4.2.1. Visie van de huisarts 20
3.4.2.2. Visie van de specialist 21
3.4.3. Andere communicatiemiddelen 21
3.4.3.1. Visie van de huisarts 21
3.4.3.2. Visie van de specialist 22
3.5. Opvolging en coördinatie 22
3.5.1. Vervolgafspraken 22
3.5.1.1. Visie van de huisarts 22
3.5.1.2. Visie van de specialist 22
3.5.2. Verwijzing naar specialisten onderling en terugverwijzing naar huisarts 23
3.5.2.1. Visie van de huisarts 23
3.5.2.2. Visie van de specialist 23
3.5.3. Coördinatie 24
3.5.3.1. Visie van de huisarts 24
3.5.3.2. Visie van de specialist 25
3.6. Referentiecentrum 26
3.6.1. Visie van de huisarts 26
3.6.2. Visie van de specialist 27
3.7. Verbeterpunten 28
3.7.1. Communicatie 28
3.7.1.1. Visie van de huisarts 28
3.7.1.2. Visie van de specialist 28
3.7.2. Zorg voor patiënten met SOLK 28
3.7.2.1. Visie van de huisarts 28
3.7.2.2. Visie van de specialist 29
4. Discussie 30
4.1. Resultaten 30
4.2. Beperkingen en sterktes van het onderzoek 34
4.2.1. Beperkingen 34
4.2.2. Sterktes 34
4.3. Conclusie 35
4.4. Toekomstperspectief 35
4.4.1. Adviezen 35

4.4.2. Verder onderzoek 36
5. Literatuurlijst 37
6. Bijlagen i
Bijlage 1: Interviewguide i
Bijlage 2: Uitnodiging iii
Bijlage 3: Informed Consent iv
Bijlage 4: Fictieve casus viii
Bijlage 5: Finale coderingsboom ix

Abstract

ACHTERGROND:

Huisartsen en specialisten komen geregeld in aanraking met patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Dit kunnen uitdagende consultaties zijn door de onzekerheid over diagnose en aanpak. Een goede communicatie tussen de eerste en de tweede lijn lijkt essentieel om deze patiënten te kunnen helpen.

DOEL:

Er werd onderzocht hoe de huidige samenwerking tussen huisartsen en specialisten verloopt bij de zorg voor patiënten met SOLK. Hierbij werd gekeken naar mogelijke verbeterpunten. Bijkomend werd de visie van de artsen op SOLK onderzocht, evenals de diagnostiek en de opvolging van deze patiënten.

METHODE:

Na een oriënterend literatuuronderzoek door 4 huisartsen in opleiding werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews van 38 Belgische artsen (20 huisartsen en 18 specialisten, min of meer evenredig verdeeld over de disciplines neurologie, gastro-enterologie, fysische geneeskunde en cardiologie). Na transcriptie en codering volgde een thematische data-analyse volgens de verschillende onderzoeksvragen.

RESULTATEN:

Enkele huisartsen en specialisten ervaren de consultaties met de patiënten met SOLK als uitdagend of boeiend. Het grootste deel van de artsen benoemt deze consultaties echter als frustrerend. Ook spreken beide groepen over een gebrek aan kennis omtrent de diagnose en de aanpak van SOLK. De communicatie tussen huisartsen en specialisten gebeurt voornamelijk via een brief, wat doorgaans voldoende blijkt te zijn voor beide groepen. Soms ontbreekt in de brief van de huisarts echter de psychosociale context of een concrete hulpvraag, terwijl specialisten vaak geen suggestieve diagnose of verdere aanpak vernoemen. De term SOLK wordt zelden gebruikt. Ook een eenduidig verklaringsmodel ontbreekt in de brieven van beiden. Ondanks het ontbreken van belangrijke informatie in de brief, zijn beide partijen terughoudend om via een andere weg te overleggen. De belangrijkste taak voor de specialist lijkt het uitsluiten van een somatische oorzaak, terwijl de huisarts zich ook focust op de gehele psychosociale context en de verdere opvolging. De huisarts wordt dan ook gezien als centrale coördinator in de verdere opvolging van de patiënt met SOLK. Bij deze opvolging wordt ‘medical shopping’ als een grote uitdaging gezien.

CONCLUSIE:

De vermelding van de diagnose SOLK, de psychosociale context, een concrete hulpvraag of een eenduidig verklaringsmodel kan de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn verbeteren. Ook lijkt multidisciplinair overleg met de huisarts als centrale coördinator en de aanwezigheid van specialisten en paramedici belangrijk om meer complexe casussen te bespreken. Verder onderzoek dient zich te focussen op het implementeren van deze verbeterpunten en de ontwikkeling van een beter communicatiemiddel tussen de artsen.

1. Inleiding

1.1. SOLK

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), zoals omschreven in de Nederlandse zorgstandaard SOLK, zijn persisterende lichamelijke klachten waarvoor geen somatische oorzaak wordt gevonden ondanks correct klinisch en/of aanvullend onderzoek. Ook klachten met een lichamelijke oorzaak die langer aanhouden of een ernstiger verloop hebben dan vooraf wordt verwacht, horen hierbij (1).

Elke huisarts wordt in de loop van zijn carrière geconfronteerd met patiënten bij wie men geen duidelijke diagnose kan stellen als oorzaak voor de aanmeldingsklacht. De prevalentie van SOLK in België is op heden onvoldoende onderzocht. Globaal wordt gesteld dat er bij 40-50% van de consulten in de eerste lijn geen onderliggende ziekte kan worden gevonden (2-4).

Maar wat als een patiënt meermaals consulteert voor hetzelfde probleem en hiervoor geen duidelijke somatische oorzaak wordt gevonden? Reeds vanaf het begin van onze opleiding tot huisarts kwamen wij hiermee in aanraking. Richtlijnen en adviezen omtrent de aanpak van SOLK in de verschillende lijnen van de zorg zijn schaars.

1.2. Gevoelens en attitudes

Uit eerder onderzoek naar de gevoelens en attitudes van artsen omtrent SOLK worden vooral angst, frustratie, machteloosheid en een gebrek aan voldoening weerhouden (4-21). Ook wijzelf, 4 huisartsen in opleiding, merken dat consultaties met SOLK-patiënten veel emoties bij ons oproepen. Zo leidt dit tot onzekerheid over onze eigen kennis, mede gezien onze beperkte werkervaring. Ook heerst er angst om een belangrijke oorzaak te missen, waardoor soms de drempel om onnodige onderzoeken uit te voeren of therapieën zonder wetenschappelijke onderbouwing op te starten, verlaagd wordt. Hoewel dit op zowel individueel als maatschappelijk vlak niet gunstig is, willen we de patiënt niet met lege handen naar huis sturen. Dit leidt echter niet alleen tot een toename in kosten, maar ook tot een hoger risico op iatrogene schade door onnodige behandelingen en onderzoeken, die bovendien kunnen leiden tot ‘incidental findings’ (3, 6-8, 11-16, 22-28).

Daarnaast roept het ontbreken van een somatische verklaring veel emoties op bij de patiënt. Vaak zijn patiënten gefrustreerd omdat ze zich niet begrepen of geholpen voelen. De gevoelens bij zowel arts als patiënt kunnen de communicatie bemoeilijken en hebben mogelijk een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie. Een kwaliteitsvolle communicatie tussen arts en patiënt heeft een positieve impact op de uitkomst bij deze patiëntenpopulatie (4-5, 9-11, 15-18, 20, 23, 28-30)

Een geopperde mogelijkheid vanuit de literatuur is het correct gebruik van het biopsychosociaal model (of gelijkaardig multifactorieel model) door de verschillende hulpverleners teneinde een overeenstemmende verklaring te bieden aan patiënten wier klachten niet binnen de conventionele geneeskunde kunnen worden geduid met een specifieke diagnose. Geloof van de patiënt in een verklaringsmodel vormt een zeer belangrijke component om het vaak voorkomende probleem van 'medical shopping' in deze patiëntenpopulatie tegen te gaan (3, 5-6, 9, 11-12, 15-17, 19, 25, 28, 30-31). Hiermee wordt bedoeld dat patiënten meerdere artsen raadplegen omdat er geen diagnose wordt gesteld of omdat ze het niet eens zijn met de gegeven diagnose.

1.3. Samenwerking

Dikwijls weten we als arts niet goed naar waar we SOLK-patiënten moeten doorverwijzen en merken we dat ze vaak op eigen initiatief andere artsen consulteren. Zowel richtlijnen als artsen beschouwden de huisarts als de centrale figuur in de zorg voor de patiënt met SOLK (5, 11, 15, 18-20, 32). Toch hebben we als huisartsen het gevoel deze coördinerende rol te verliezen.

Bijgevolg is sprake van een inefficiënt gebruik van de gezondheidszorg en herhaaldelijke doorverwijzingen zonder een duidelijk beleid (2, 11, 32-33). Uit eigen ervaring merken we op dat de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn gebrekkig is; de uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgverleners is inadequaat, hetgeen ook blijkt uit eerder onderzoek (16, 32-33). Vaak ervaren patiënten gefragmenteerde zorg en raken zij verdwaald tijdens het hele traject (32).

Er is momenteel te weinig bekend over de zorg voor SOLK-patiënten, evenals over de visie van de verschillende zorgverleners. Duidelijke richtlijnen rond de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en de rol die elke zorgverlener hierin opneemt, ontbreken.

Met deze masterproef proberen we op zoek te gaan naar antwoorden op de volgende vragen:

- Welke visie hebben de verschillende zorgverleners over de zorg voor SOLK-patiënten?
- Hoe ervaren de verschillende zorgverleners de diagnostiek rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de communicatie tussen eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de huidige opvolging van SOLK-patiënten. Bestaat er een centrale coördinator?
- Wat zijn de verbeterpunten in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten? Hoe wordt de samenwerking in de toekomst best georganiseerd?

Antwoorden op deze vragen kunnen ons helpen om de huidige visie op de zorg voor SOLK-patiënten beter in kaart te brengen en zo eventuele verbeterpunten te identificeren. Dit met het oog op het formuleren van aanbevelingen voor de samenwerking rond SOLK-patiënten, om zo een optimale zorg te creëren.

2. Methode

2.1. Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die in deze studie wordt onderzocht, is: “Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen huisartsen en specialisten rond de patiënt met SOLK?”

Gedurende het onderzoek kwamen een aantal deelvragen tot stand:

- Welke visie hebben de verschillende zorgverleners over de zorg voor SOLK-patiënten?
- Hoe ervaren de verschillende artsen de diagnostiek rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de communicatie tussen de eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de huidige opvolging van SOLK-patiënten? Bestaat er een centrale coördinator?
- Wat zijn de verbeterpunten in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten? Hoe wordt de samenwerking in de toekomst best georganiseerd?

2.2. Studiedesign

Dit is een kwalitatief onderzoek naar de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de zorg voor SOLK-patiënten. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, vond eerst een oriënterend literatuuronderzoek plaats. Op basis hiervan werd een interviewguide opgesteld (zie bijlage 1). Vervolgens werden semigestructureerde interviews afgenomen met artsen werkzaam in de eerste of tweede lijn.

2.2.1. Oriënterend literatuuronderzoek

Deze masterproef ving aan met een oriënterend literatuuronderzoek. Studies werden geselecteerd op basis van geschiktheidscriteria. We richtten ons voornamelijk op literatuur over de visie en emoties van artsen omtrent SOLK, evenals de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Daarnaast onderzochten we de aanwezigheid van richtlijnen over de aanpak van SOLK. Ook de prognose en maatschappelijke impact van SOLK werd nagegaan.

Er werd een tijdslimiet gesteld: er werd rekening gehouden met studies gepubliceerd tussen 2000 en 2023. Er waren geen geografische beperkingen en geen taal werd uitgesloten.

Er werd gezocht in drie wetenschappelijke zoekmachines: *Pubmed*, *Embase* en *Web of Science*. De vier hoofdonderzoekers voerden een zoekopdracht uit. Er werden zowel MeSH-termen als vrije zoektermen gebruikt. Zoektermen waren gerelateerd tot ‘medically unexplained symptoms’, ‘referral and consultation’ en ‘physicians’. Deze termen werden op verschillende manieren gecombineerd om zoekopdrachten te bekomen. De laatste

zoekopdracht werd uitgevoerd op 15 september 2023. Naast het doorzoeken van de databanken werden ook de referentielijsten van de gevonden artikelen onderzocht.

De zoekresultaten werden getransfereerd naar Endnote en duplicaten werden verwijderd. Alleen relevante artikels werden opgenomen in het literatuuronderzoek: de full-text van de geselecteerde artikelen moest betrekking hebben op de focus van het oriënterend literatuuronderzoek. Dit houdt in dat de artikels informatie moesten bevatten over de diagnose van SOLK of antwoord gaven op de eerder geformuleerde onderzoeksvraag of deelvragen. Meningsverschillen werden opgelost door middel van constructieve discussie. Alle hoofdonderzoekers beoordeelden de betrouwbaarheid van de bronnen. In geval van twijfel of onzekerheid, kon beroep worden gedaan op de scriptiebegeleiders.

2.2.2. Interviews

2.2.2.1. Doelpopulatie

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de zorg voor SOLK-patiënten in België en bevat interviews met artsen die werkzaam zijn als huisarts of specialist in een discipline die vaak geconfronteerd wordt met SOLK-patiënten, namelijk neurologie, gastro-enterologie, fysische geneeskunde of cardiologie. De artsen werden gerekruteerd binnen België. De exclusiecriteria omvatten artsen die met pensioen waren gegaan, evenals artsen die in de laatste tien jaar gedurende meer dan vijf jaar geen functie hadden vervuld in het werkveld of op het moment van het interview niet werkzaam waren in het werkveld.

2.2.2.2. Steekproef

De artsen werden geïdentificeerd vanuit hun functie als huisarts of arts-specialist. De vier hoofdonderzoekers zochten naar artsen passend binnen de doelpopulatie met behulp van mond-aan-mondreclame en het internet. Op basis hiervan werd een overzicht gemaakt van artsen, waarbij er uiteindelijk werd gestreefd naar een balans tussen:

- Artsen uit de eerste en tweede lijn
- Artsen uit de verschillende specialistische disciplines

Er werden sleutelfiguren geïncludeerd totdat er voldoende informatie was verzameld, wat resulteerde in saturatie.

2.2.2.3. Rekrutering

De artsen werden per e-mail of telefoon gecontacteerd, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer, met informatie over de studie en een uitnodiging om deel te nemen (zie bijlage 2). In totaal werden 73 artsen gecontacteerd. Bij 34 artsen werd geen respons ontvangen. Non-

responders werden tot tweemaal toe heraangeschreven. Eén arts weigerde om deel te nemen aan het onderzoek.

In deze studie werden in totaal 38 artsen geïncludeerd die deelnamen aan het interview. De verdeling van specialisatie was als volgt: 20 huisartsen, 3 gastro-enterologen, 5 neurologen, 5 cardiologen, 5 specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie. Er werd getracht om een zo goed mogelijke geografische verspreiding te bekomen. De geïnterviewde artsen waren werkzaam in volgende steden en gemeenten: Aalst, Antwerpen, Ardooie, Brugge, Dendermonde, Gent, Gooik, Menen, Oostende, Oostrozebeke, Pelt, Roeselare, Ternat, Tielt en Zele.

Er werden interviews afgenomen totdat saturatie werd bereikt. Na overleg, waarbij alle onderzoekers aanwezig waren, werd besloten dat bijkomende interviews geen nieuwe resultaten zouden opleveren. Dit werd enerzijds vastgesteld door steeds wederkerende antwoorden op bepaalde vragen en anderzijds door een volledig gebrek aan overeenkomsten in de antwoorden op andere vragen.

2.2.2.4. Verloop interviews

In de periode van februari tot september 2024 werden er 38 interviews afgenomen, met een gemiddelde duur van 20 minuten. De interviews werden afgenomen in het Nederlands. Voorafgaand aan elk interview werd het informatie- en toelatingsformulier aan de geïnterviewde voorgelegd en ondertekend (zie bijlage 3). Elk interview startte steeds met de presentatie van een fictieve casus om het onderzoeksthema te schetsen (zie bijlage 4). De interviews werden geleid door een semigestructureerde handleiding, die vooral bestond uit open vragen (zie bijlage 1). Indien de geïnterviewde toestemming gaf, werden de gesprekken opgenomen met opnameapparatuur, zonder videobeelden. Gedurende het interview werden notities gemaakt door de onderzoeker. Onmiddellijk na het interview verzamelde en evalueerde de onderzoeker de notities om hun accuraatheid, volledigheid en duidelijkheid te verzekeren. Om de anonimiteit te waarborgen, werden identificerende gegevens, zoals de naam van een organisatie of sector, uit de notities verwijderd. Enkel de interviewer had toegang tot een vertrouwelijke lijst, die de identiteit van de sleutelpersonen koppelde aan de pseudoniemen die in de notities werden gebruikt.

2.2.2.5. Transcriptie en codering

Het proces van data-analyse begon met de transcriptie van de interviews. Dit hield in dat de notities of audio-opnames van de interviews werden omgezet naar een uitgeschreven tekst. Hierbij werd getracht om het interview zo gedetailleerd en correct mogelijk te reconstrueren, waarbij alle verwijzingen naar personen of organisaties werden geanonimiseerd. Hiervoor werden de notities of opnames herhaaldelijk doorgenomen.

Vervolgens werden deze anonieme transcripties gecodeerd, waarbij de verschillende coderingen werden verzameld in een versleuteld Excel-bestand, met een duidelijke verwijzing naar het interview waarvan de codering afkomstig was. Alleen de vier interviewers hadden toegang tot dit bestand.

Het coderen gebeurde in meerdere stappen. Eerst codeerde elke interviewer de interviews die hij of zij zelf had afgenomen, waarbij de nadruk lag op de grote thema's, gebaseerd op de hoofdvragen uit de interviewguide. Deze codering werd vervolgens nagelezen door een tweede interviewer, en eventuele aanpassingen en aanvullingen werden onderling bediscussieerd. Nadat alle interviews een eerste keer waren gecodeerd en nagelezen, kwamen de vier interviewers samen om de coderingen per thema te herzien en zo een gedetailleerdere coderingsboom op te stellen. Vervolgens werden de hoofdthema's verdeeld onder de vier interviewers voor het uitvoeren van een hercodering van de reeds verzamelde gegevens, waarbij de tweede coderingsboom als leidraad diende. Dit proces leidde tot de finale versie van de coderingsboom (zie bijlage 5).

2.2.2.6. Data-analyse

Nadat alle data waren verzameld, getranscribeerd, geïmporteerd, gecodeerd en gehercodeerd, vond een thematische analyse plaats. De vier hoofdonderzoekers bespraken gezamenlijk de belangrijkste bevindingen, waarbij ze niet alleen keken naar de frequentie waarmee bepaalde stellingen naar voren kwamen, maar ook rekening hielden met de relevantie die werd aangegeven door het oriënterend literatuuronderzoek en de onderzoeksvraag. Er werd gezocht naar zowel overeenkomsten als mogelijke tegenstellingen in de gegevens. Vervolgens werd voor elk thema een samenvatting gemaakt. Ten slotte werden de bevindingen binnen de verschillende thema's samengevoegd om een algemeen beeld te kunnen schetsen.

3. Resultaten

3.1. Emoties rondom SOLK

3.1.1. Visie van de huisarts

Verschillende huisartsen beschouwen patiënten met SOLK als een uitdaging (2A, 10A, 17A). Sommigen vinden deze casussen interessant vanwege de invloed van zowel somatische als psychische factoren (4A, 17A). Zo geeft een arts aan dat het een zekere vrijheid biedt wanneer hij zich bewust is van de psychische invloed. Hiermee wordt bedoeld dat er dan tijd kan genomen worden om de psychische aspecten verder te onderzoeken, zonder dat er onnodige onderzoeken hoeven te worden uitgevoerd (19A). Een andere arts vindt de casussen boeiend wanneer de patiënt ook akkoord is om de psychische invloed verder uit te werken (9A).

Echter, het grootste deel van de huisartsen ervaart de consultaties met de patiënt met SOLK als ‘frustrerend’ (1A, 4A, 6A, 8-9A, 11A, 14-15A, 17-20A). Ook worden het vaak ‘moeilijke consultaties’ genoemd (5A, 7A, 20A). Een aantal huisartsen geeft als reden dat het niet altijd mogelijk is om een oorzaak of een oplossing te vinden voor de patiënt (1A, 6A, 18-20A). Een andere verklaring is dat deze consultaties veel tijd en energie vragen (1A, 3A, 7A, 10A, 13A). Een arts geeft aan dat deze consultaties weinig voldoening geven, en verschillende artsen hebben het gevoel dat ze geen vooruitgang boeken met deze patiënten (7A, 12A, 15A, 17A).

Meerdere huisartsen geven aan zich onzeker te voelen. Ze hebben schrik om toch een somatische oorzaak of ernstige aandoening over het hoofd te zien (1A, 3A, 5A, 8A, 11-12A). Sommigen ervaren ook een gevoel van onbekwaamheid bij het stellen van de diagnose SOLK. Daarnaast hebben ze de indruk dat ze onvoldoende geschoold zijn in de aanpak van SOLK (15A, 20A).

Het gevoel van de huisartsen is ook patiënt-afhankelijk (7A, 9A). Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van het ziekte-inzicht van de patiënt. Wanneer de patiënt niet ontvankelijk is voor de diagnose van SOLK of de behandelingen, wordt dit als een moeilijke consultatie ervaren (7A, 9A). Ook speelt de frequentie waarmee de patiënt de huisarts raadpleegt een rol: hoe vaker de patiënt op consultatie komt, hoe meer de huisarts tegen de consultaties opziet (9A).

3.1.2. Visie van de specialist

De consultaties met patiënten met SOLK worden ook door specialisten op verschillende manieren ervaren. Sommigen hebben een positieve kijk op deze consultaties. Een specialist vindt deze consultaties uitdagend (3B). Een andere arts geeft aan nieuwsgierig te zijn bij deze patiënten en stelt zich de vraag of er een samenhangend geheel gevonden kan worden (1B). Andere collega’s benoemen deze consultaties als niet-frustrerend en niet moeilijk, aangezien

de klachten vaak verbeteren onder bepaalde therapie en de consultatie na twintig minuten alweer voorbij is (4B, 12B). Een andere arts geeft aan het gevoel te hebben dat er voldoende tools beschikbaar zijn om deze patiënten te helpen (17B).

Daarentegen geeft een groot deel van de specialisten aan dat dit 'frustrerende' of 'moeilijke' raadplegingen zijn (7B, 9B, 13B, 16B). Een belangrijke reden hiervoor is dat de diagnose vaak moeilijk te accepteren is voor de patiënt (2B, 13B). Ook wordt verteld dat deze patiënten vaak ontevreden zijn of veel klagen (2B, 10B, 14B). Eén arts merkt op dat het niet mogelijk is om deze patiënten te genezen en dat er hooguit geprobeerd kan worden om de patiënt gerust te stellen (2B). Een collega stelt echter dat het moeilijk is om deze patiënten daadwerkelijk gerust te stellen (6B). Bovendien vinden sommige artsen het onaangenaam om de patiënt te moeten vertellen dat er niets gevonden is, wat vaak gepaard gaat met teleurstelling bij zowel arts als patiënt (5B, 8B). Tot slot worden deze consultaties als 'tijdrovend' en 'uitputtend' ervaren en gaan deze gepaard met veel administratieve taken (2B, 9B, 11B).

Een andere emotie die wordt genoemd, is 'machteloosheid' (7B, 9B, 11B). Artsen willen de patiënt helpen, maar kunnen geen goede opvolging bieden. Twee specialisten geven aan dat er te weinig materie omtrent SOLK werd aangereikt tijdens hun opleiding, wat bijdraagt aan gevoel van onzekerheid (10-11B).

Net zoals huisartsen geven specialisten aan dat de emoties die gepaard gaan met de consultaties over SOLK afhankelijk zijn van de patiënt (5-8B). Twee artsen merken op dat het gevoel positiever is wanneer de patiënt voordien minder andere specialisten heeft geraadpleegd (5B, 7B). Ook speelt het klachtenpatroon een rol: sommige aanmeldingsklachten worden als moeilijker ervaren dan andere (5B). Bovendien merkt een arts op dat de relatie tussen arts en patiënt een verschil maakt: hoe beter de arts de patiënt kent, hoe vlotter het stellen en uitleggen van de SOLK-diagnose verloopt (6B). Tot slot geven verschillende artsen ook aan dat de consultaties vlotter verlopen wanneer de patiënt de diagnose gemakkelijk aanvaardt (5B, 11B).

3.2. Diagnostiek

3.2.1. Anamnese

3.2.1.1. Visie van de huisarts

De anamnese bij de huisarts vindt doorgaans herhaaldelijk plaats en is breed, waarbij verschillende pijlers (biologisch, psychisch, sociaal, leefstijlfactoren, etc.) aan bod komen. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan empathie, zodat de patiënt zich begrepen voelt (1A, 3-4A, 16A). Dit alles zorgt ervoor dat dergelijke consulten vaak meer tijd in beslag nemen (1A, 4A).

Eén van de respondenten haalt het volgende aan:

> *"Toch ook wel zeggen dat je wilt helpen, dat je ze wilt helpen, maar dat onze tijd ook ergens beperkt is en dat we het soms niet alleen op een lichamelijk maar ook op een emotioneel vlak moeten gaan zoeken. Dat we daar eventueel op gaan verder werken of toch gaan uitspitten: maar vanwaar komt dit nu vandaan?" (4A)*

3.2.1.2. Visie van de specialist

Specialisten geven aan altijd een nieuwe anamnese uit te voeren, ongeacht wat er in de verwijsbrief staat, met aandacht voor de klachten, het verloop, de alarmsymptomen, de impact en de mogelijke beïnvloedende factoren (1B, 3B, 9B, 13B). Sommige specialisten vinden het moeilijk om de psychosociale context met patiënten te bespreken, aangezien patiënten vaak meer geneigd zijn dit met de huisarts te delen. Het is dan ook handig wanneer deze informatie al in de verwijsbrief wordt vermeld (1B, 3B, 9B, 14B) (zie ook paragraaf 3.4.1.2.).

Een respondent bemerkt het volgende:

> *"Dat is wel handig als dat genoteerd is, maar meestal vraag ik dat zelf ook wel nog eens na. Stel dat de patiënt zegt: "Die klachten zijn dan begonnen" … Is er iets gebeurd in de omgeving, in de familie of op het werk wanneer die klachten begonnen zijn? Maar inderdaad, patiënten zullen meer geneigd zijn om dat te bespreken met de huisarts dan met een specialist die ze voor de eerste keer zien." (3B)*

3.2.1.3. Vragenlijsten

Huisartsen melden geen gebruik te maken van vragenlijsten die peilen naar criteria voor het stellen van een diagnose, zoals prikkelbare darm syndroom of fibromyalgie, terwijl specialisten aangeven deze wel te gebruiken (6A, 12A, 16A, 4B, 18B).

3.2.2. (Technische) onderzoeken

3.2.2.1. Visie van de huisarts

De meeste huisartsen geven aan altijd een aantal technische onderzoeken uit te voeren alvorens de diagnose SOLK te stellen, met als belangrijkste reden om geen onderliggende fysieke pathologie te missen (1A, 3-6A, 12A, 14A, 17A, 19A). Dit beperkt zich meestal tot basisonderzoeken, zoals een uitgebreid klinisch onderzoek, een bloedonderzoek of een ECG (3A, 4A, 6-7A, 14A, 17-19A). Toch melden een aantal huisartsen soms een aantal vergaande onderzoeken reeds in de eerste lijn uit te voeren, voornamelijk om zichzelf gerust te stellen dat er geen belangrijke diagnose wordt gemist en om de patiënt gerust te stellen (1A, 4-10A, 12-14A, 17-19A). Deze onderzoeken worden altijd in samenspraak met de patiënt uitgevoerd, waarbij er aandacht is voor het creëren van een realistisch verwachtingspatroon. De huisarts bespreekt vooraf met de patiënt dat men niet verwacht dat het onderzoek een verklaring zal

bieden, maar dat het voornamelijk dient ter uitsluiting van een ernstige onderliggende oorzaak (1A, 3A, 6A, 11A, 16-18A).

Een respondent zegt het volgende:

> *"Ik denk dat dat sowieso een eerste stap moet zijn, om een aantal technische onderzoeken uit te voeren. Om daar in eerste instantie een beetje, wat wij dan noemen, medisch analytisch naar te kijken … Ik denk dat het enerzijds voor ons als arts nodig is voor bepaalde technische onderzoeken uit te voeren om goed te weten wat er speelt, om ernstige zaken niet te missen." (17A)*

Het aantal onderzoeken dat wordt uitgevoerd, is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de context, de aanmeldingsklacht, de invasiviteit van het onderzoek, de arts en de patiënt zelf. Zo geven huisartsen aan sneller over te gaan tot verdere onderzoeken wanneer er veel risicofactoren of alarmsymptomen aanwezig zijn, maar aanvaarden ze de diagnose van SOLK eerder als er verschillende psychosociale stressoren zijn. In dat geval is men terughoudend met het uitvoeren van invasieve onderzoeken (3A, 5A, 8-9A, 17A). Aan de andere kant geeft een arts aan dat hij de klachten die binnen diens persoonlijke interessegebied vallen, vaak zelf verder wil onderzoeken (5A). Wanneer patiënten de diagnose SOLK moeilijk aanvaarden, veel angsten hebben voor een ernstige onderliggende pathologie of de verwachting uiten voor verder onderzoek, zijn artsen ook eerder geneigd om aanvullende onderzoeken uit te voeren (15A, 17-19A).

Een arts merkt het volgende op:

> *"Je moet er wel voor zorgen dat je alles uitgesloten hebt. Zeker als je voelt, op een bepaald moment, dat als je de stress/psychische opentrekt en daarop probeert in te spelen, en je voelt dat dit iedere keer aversie geeft of ze staan er niet voor open … en ze blijven hameren dat er echt wel iets is … dan denk ik dat je echt wel alles in het werk moet stellen om iets somatisch uit te sluiten. Zeker zijn dat er effectief niets is… En dan 'ik heb alles gedaan, nu stopt het'." (10A)*

Als belangrijkste redenen om door te verwijzen naar tweede lijn worden volgende argumenten genoemd: een niet-pluis gevoel, ernstige of langdurende klachten, de uitwerking van de patiënt en de mate waarin de patiënt de klacht graag verder ziet uitgewerkt worden in de tweede lijn (1A, 8A, 12-15A, 17A). Toch wordt soms voorzichtigheid geboden door de huisarts bij het doorverwijzen, met als belangrijkste beweegredenen dat dit vaak twijfel zaait bij de patiënt, onnodige onderzoeken kan veroorzaken en kan leiden tot therapeutische hardnekkigheid (2A, 3A, 9A, 14A).

Hierover zegt een respondent het volgende:

> *"Je kan zodanig veel doorverwijzen dat je eigenlijk die patiënten nog meer gaat doen twijfelen aan zichzelf want er gaat waarschijnlijk geen label gevonden worden Dus ik denk dat dat eigenlijk een beetje therapeutische hardnekkigheid is om die te veel door te sturen." (14A)*

3.2.2.2. Visie van de specialist

Uit de interviews met specialisten blijkt dat er veel gebruik wordt gemaakt van diverse technische onderzoeken (1-2B, 4B, 7B, 9B, 13B, 15B). De belangrijkste reden hiervoor is de geruststelling van zowel de arts als de patiënt, waarbij een ernstige onderliggende pathologie wordt uitgesloten (2B, 4B, 6B, 8-10B, 13-15B, 17B). Een tweede reden is dat technische onderzoeken veel objectieve informatie opleveren (1B, 9B, 12B).

Een arts vat dit als volgt samen:

> *"Je doet maar voor twee dingen extra onderzoeken: omdat je een welbepaalde ziekte opspoort of omdat je iemand wil geruststellen." (14B)*

Een laatste reden voor het uitvoeren van technische onderzoeken, is de preventie van medical shopping. Specialisten hopen door zelf alle onderzoeken uit te voeren, dat deze in de toekomst niet opnieuw door collega's worden herhaald (6B, 17B). Een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van een technisch onderzoek, is de relevantie die het biedt om de aanmeldingsklacht te kunnen verklaren. Daarbij wordt echter wel nadrukkelijk aandacht besteed aan het schetsen van een realistisch verwachtingspatroon bij de patiënt (1B, 3B, 5B, 9-10B, 13B, 15B, 17B) (zie ook paragraaf 3.2.2.1.).

3.2.3. Diagnostisch schema

Er is geen standaard diagnostisch stappenplan bij de huisarts voor de diagnose van SOLK, hoewel sommige artsen aangeven dat ze dit een nuttige ondersteuning zouden vinden (8A, 12A, 14A, 19-20A). Ook in de tweede lijn ontbreken duidelijke diagnostische schema's, en is het diagnostisch traject afhankelijk van de klacht, de discipline en dienst (2B, 5-6B, 10-11B, 15B, 17B). Vaak is het primaire doel van het diagnostisch proces in de tweede lijn het uitsluiten van een belangrijke onderliggende pathologie (5-8B, 11-13B).

3.2.4. Gevoel bij diagnosestelling

3.2.4.1. Visie van de huisarts

Hoe zeker de huisarts zich voelt bij het stellen van de diagnose SOLK hangt deels af van de patiënt. Zo vinden huisartsen het makkelijker wanneer er een duidelijke context is, zoals psychosociale stress, hoewel dit niet altijd even helder is tijdens de eerste consultatie (2A, 7-

9A, 13A). Het stellen van de diagnose wordt ook eenvoudiger wanneer de patiënt de diagnose zelf aanvaardt en er al een uitgebreide uitwerking heeft plaatsgevonden (6A, 11-13A, 15A).

Eén van de respondenten zegt het volgende:

> *"Soms zie je van kilometers afstand dat een trauma uit jeugd niet verwerkt is en voor psychische klachten zorgt, en dat dit ook de verklaring is voor een lichamelijke klacht, maar dat de patiënt daar eigenlijk gewoon niet voor openstaat." (7A)*

Aan de andere kant wordt het stellen van de diagnose als moeilijker ervaren wanneer de patiënt zich aanmeldt met een complex klachtenpatroon, er geen grondige uitwerking heeft plaatsgevonden, of wanneer er geen diagnose in de tweede lijn wordt gesteld (1A, 4-5A, 8A, 11-12A, 14A, 20A).

3.2.4.2. Visie van de specialist

De mate waarin specialisten het gemakkelijk vinden om een diagnose te stellen, is deels afhankelijk van de discipline. Zo wordt dit eenvoudiger ervaren in disciplines waar effectieve behandelingen beschikbaar zijn voor de klachten. Ook is het stellen van een diagnose gemakkelijker wanneer er sprake is van een functionele stoornis binnen de discipline, waarvoor duidelijke criteria bestaan. Daarnaast wordt aangegeven dat het verwachtingspatroon in de tweede lijn vooral gericht is op het uitsluiten van onderliggende pathologieën, waardoor men het gevoel heeft de taak te hebben volbracht zodra dit is uitgesloten (3-4B, 8B, 10B, 13B).

Een specialist ziet het als volgt:

> *"Uiteindelijk is het allemaal exclusie bij die mensen." (8B)*

Moeilijker wordt het wanneer de klachten minder goed te objectiveren zijn, wat de diagnostische onzekerheid vergroot en het stellen van een diagnose soms bemoeilijkt (9-10B, 12-13B). Daarnaast is dit ook afhankelijk van de patiënt: het is lastiger wanneer de impact van de klachten groter is en de patiënt de diagnose niet accepteert (8B, 10B, 13B).

3.3. Uitleg aan de patiënt

3.3.1. Visie van de huisarts

Huisartsen hanteren verschillende manieren om SOLK uit te leggen aan de patiënt. Meerdere artsen gebruiken een metafoor als verklaringsmodel (7-8A, 10A, 14A, 16A, 19-20A).

Een arts geeft een voorbeeld:

> *"Dat tekeningetje met die balans, uw leven in balans proberen houden." (8A)*

Een enkele huisarts geeft aan centrale sensitisatie als verklaringsmodel te gebruiken (4A). Een andere benadering is het uitleggen van het verband tussen psychosociale stress en de klachten, wat door verschillende artsen wordt toegepast (3-4A, 8A, 11A, 15A, 17A).

Eén van de respondenten zegt bijvoorbeeld het volgende:

> *"Meestal begin ik eigenlijk te zeggen van: we weten dat er een link kan zijn tussen stress en bepaalde lichamelijke klachten"... Ik probeer ook altijd een keer te polsen: merk je dat als het heel goed gaat in jouw leven dat je dan minder last hebt dan als je stress hebt?" (3A)*

Daarnaast leggen huisartsen het diagnostisch proces uit als verklaringsmodel, waarbij ze de reeds gebeurde onderzoeken met een negatief resultaat aanhalen. Ze benadrukken dat er nog niet voor alles een verklaring is en dat het soms effectiever is om de klachten zelf aan te pakken, in plaats van eindeloos naar een oorzaak te blijven zoeken (1A, 6-8A, 11A, 13A, 16-18A). Ook wordt in de verklaring aandacht besteed aan de erkenning van de klachten door te benadrukken dat, hoewel de klachten niet objectief meetbaar zijn, ze wel degelijk aanwezig zijn (1A, 2A, 5-6A, 14A, 18-20A).

Eén van de respondenten legt dit uit als volgt:

> *"Ik probeer uit te leggen dat de oorzaken die we kennen uitgesloten zijn. Dat we weten dat men bepaalde klachten ervaart, maar dat we niet weten van wat het komt. Dus dat we kunnen proberen om symptomen zo goed mogelijk te behandelen. Maar dat het niet is dat ik die persoon niet geloof of niet erken dat die een klacht heeft of dat wil minimaliseren … En dan durf ik er ook wel eens bij te zeggen dat geneeskunde nog veel marge heeft en we kunnen bijleren en er nog veel moet ontdekt worden. En dat zijn of haar problematiek nu net in een niche valt waarvoor we nog niet voldoende verklaring hebben." (6A)*

In één interview wordt het biopsychosociaal model expliciet vernoemd als verklaringsmodel (10A). Vaak wordt aangegeven dat de klachten voortkomen uit verschillende factoren en dat er op de verschillende pijlers gewerkt zal moeten worden (4A, 7-8A, 10A, 17A, 19A).

Eén van de respondenten vertelt dit op de volgende manier:

> *"In het begin probeer ik toch wel het tweesporenpad uit te leggen en heb ik de indruk dat ze dat wel meer en meer begrijpen en probeer ik dan ook te zeggen dat dat een geheel is. Dat dat niet altijd of enkel of enkel psychisch is, dat dat een beetje in elkaar overloopt." (19A)*

Er worden verschillende benamingen gebruikt voor de diagnose, zoals 'surmenage', 'functioneel' of 'intolerantie' (2A, 14A, 17A). Verschillende huisartsen geven aan de term SOLK

zelden of nooit concreet te gebruiken, met als voornaamste reden dat ze dit voor de patiënt weinig betekenisvol vinden (1-2A, 11A, 17A).

Meerdere huisartsen geven aan geen specifiek verklaringsmodel te kennen of te gebruiken (6A, 11A, 13A, 15A). Daarnaast wordt aangegeven dat de gebruikte uitleg niet wordt gedeeld met de tweede lijn, hoewel sommige huisartsen vinden dat het voor de patiënt beter zou zijn als iedereen hetzelfde verhaal vertelt (2A, 12A). Eén arts suggereert dit te vermelden in de verwijsbrief (12A).

Een citaat van een huisarts:

> *"Langs de andere kant zou het wel handig zijn, moest iedereen hetzelfde verhaal vertellen … Zodat de patiënt één verhaal te horen krijgt." (2A)*

Of men SOLK ervaart als een gemakkelijke of moeilijke diagnose om mee te delen, hangt deels af van hoe goed de patiënt deze diagnose zelf accepteert (3-4A, 6A, 8A, 12A, 17A). Daarnaast wordt dit beïnvloed door de mate van zekerheid over de diagnose. Het wordt als makkelijker ervaren wanneer de huisarts zelf overtuigd is van de diagnose SOLK of wanneer de diagnose door de tweede lijn is gesteld (5A, 7A, 9-10A).

3.3.2. Visie van de specialist

Specialisten gebruiken verschillende manieren om SOLK uit te leggen. Meerdere specialisten gebruiken centrale sensitisatie als verklaringsmodel (3B, 11B, 15-18B). Ook in de tweede lijn wordt vaak gebruikgemaakt van een metafoor (1B, 10-11B, 14B, 17B). Daarnaast wordt aandacht besteed aan psychosociale stress als beïnvloedende factor (1B, 6-7B, 9B, 14-15B, 17B). Een andere methode die wordt toegepast, is het duidelijk maken dat de klachten voortkomen uit een functioneel probleem en dus geen structureel probleem zijn, waardoor bepaalde onderzoeken geen afwijkingen aantonen (2B, 4B, 10-11B, 13-15B).

Soms wordt aan de patiënt uitgelegd dat de klachten op dit moment mogelijk nog niet te verklaren zijn (2B, 10B, 15B, 18B). Tot slot wordt in twee interviews benoemd dat het erkennen van de klachten een belangrijk onderdeel van de uitleg vormt (6B, 9B).

Of SOLK door specialisten als een gemakkelijke of moeilijke diagnose wordt ervaren om mee te delen, hangt, net als bij huisartsen, af van de patiënt en de situatie. Zo is het makkelijker wanneer de patiënt de diagnose accepteert of wanneer de specialist de indruk heeft dat zijn enige taak is om binnen zijn vakgebied andere oorzaken uit te sluiten (3B, 5-8B, 18B). Aan de andere kant kan het moeilijker zijn wanneer de impact van de klachten groter is of wanneer de specialist vreest dat het toekennen van een stigma of label ertoe kan leiden dat toekomstige klachten niet serieus worden genomen door andere zorgverleners (3B, 6B, 16-18B).

3.4. Communicatie tussen zorgverleners

3.4.1. Verwijsbrief door de huisarts

3.4.1.1. Visie van de huisarts

Meerdere huisartsen geven aan altijd een verwijsbrief te maken wanneer ze de patiënt doorverwijzen naar een specialist (2A, 6A, 11A). Sommigen erkennen echter dat deze brieven soms onvoldoende uitgebreid zijn en niet volledig up-to-date (10-11A). Een gebrek aan tijd en incorrecte dossiers worden genoemd als mogelijke oorzaken (10-11A).

Huisartsen hechten wisselend belang aan verschillende elementen in de verwijsbrief, zoals de medische voorgeschiedenis, de psychosociale context van de patiënt, de medicatie en proeftherapieën, de anamnese en het klinisch onderzoek, reeds gebeurde technische onderzoeken, en de hulpvraag naar de specialist toe (1-20A). Over het algemeen ligt de nadruk vooral op de reeds gebeurde onderzoeken, met de bijhorende bevindingen en de differentiaaldiagnose (3-5A, 8-9A, 11A, 13A, 20A). Enkele specialisten merken echter op dat vroegere onderzoeken niet altijd in de verwijsbrief worden vermeld (1B, 5B, 9B).

Verschillende huisartsen geven aan dat de psychosociale context vaak slechts beknopt aanwezig is, deels uit vrees voor vooroordelen bij de specialist. Ze maken zich zorgen dat de specialist mogelijk niet neutraal blijft bij de verdere uitwerking van het probleem (8-11A, 13A, 16-18A). Sommige specialisten bevestigen inderdaad dat biases soms mogelijk zijn wanneer men de context kent (2B, 8B, 12B, 14B, 18B) (Zie ook paragraaf 3.4.1.2.). Wel geven enkele huisartsen aan dat ze het dan weer geen probleem vinden om duidelijk in de brief te vermelden dat de patiënt vragende partij is naar verdere onderzoeken (9-10A, 15A).

Enkele bedenkingen van respondenten betreffende de psychosociale context:

> *“Misschien zou ik iets meer randinformatie kunnen geven met betrekking tot context en dat ik een vermoeden heb van SOLK. Dat doe ik eigenlijk te weinig.” (10A)*
>
> *“Ze gaan een beetje voort op uw brief en gaan soms iets te makkelijk de mensen klasseren, in een hokje plaatsen.” (8A)*

Een concrete hulpvraag is wisselend aanwezig (2A, 4A, 6-8A, 10A, 12A, 15A). Termen als ‘verdere uitwerking’, ‘verder onderzoek’ en ‘uitsluiten’ zijn wederkerende verwoordingen van verwachtingen door de huisarts (2A, 6A, 8-10A). Enkele artsen suggereren specifieke onderzoeken (6A, 9A, 12A) .

De term ‘SOLK’ is meestal niet aanwezig in de verwijsbrief: slechts één arts geeft aan de term SOLK letterlijk in de brief te vermelden (3A). In plaats daarvan gebruikt men termen als ‘stressgerelateerd’ of suggereert men een differentiaaldiagnose zonder de term SOLK expliciet te benoemen (6-8A, 11A).

3.4.1.2. Visie van de specialist

Wanneer de patiënt door de huisarts wordt doorverwezen, is er volgens de specialisten in de meerderheid van de gevallen inderdaad een verwijsbrief aanwezig (3B, 6B, 8-9B, 13B). De afwezigheid van een verwijsbrief wordt door de ene specialist als frustrerend ervaren, terwijl andere specialisten hier weinig waarde aan hechten (1B, 14B). Over het algemeen is men tevreden over de kwaliteit van de verwijsbrief, hoewel de verwachtingen niet altijd worden waargemaakt. Volgens sommigen hangt de aanwezigheid en kwaliteit van de verwijsbrief af van de generatie: jongere huisartsen stellen vaker en uitgebreider verwijsbrieven op dan oudere collega's, hoewel dit ook persoonsgebonden kan zijn (7-8B).

Specialisten hebben uiteenlopende verwachtingen van de verwijsbrief. Veel specialisten stellen een correcte actieve medicatielijst en de reeds geprobeerde therapieën voorop (2-4B, 7B, 10B, 13B, 15B, 17B). Verder vindt men de voorgeschiedenis, de anamnestische elementen, de mogelijk beïnvloedende psychosociale factoren, de reeds uitgevoerde onderzoeken en de hulpvraag belangrijk (1-4B, 7-8B, 13B, 14-17B).

De realiteit blijkt soms anders te zijn. Zo geven specialisten aan dat de medicatielijst niet altijd up-to-date is (8B). Reeds uitgevoerde onderzoeken worden niet altijd vermeld in de brief (5B, 8-9B). Een duidelijke hulpvraag ontbreekt soms (1B, 14B). En bovenal is de psychosociale context vaak onvoldoende gedetailleerd opgenomen (1-4B, 5B, 13B, 16B, 18B).

Zo zegt één van de respondenten het volgende:

> *"De huisartsen kennen soms nog zoveel meer de achtergrond van de patiënt en hoe lang klachten al aanwezig zijn. Of dat ze heel vaak met andere klachten komen en dat wij dat niet weten. En dat is wel belangrijke informatie. En als er vanuit de huisarts het idee is dat het niet somatisch is, dan denk ik wel dat het goed zou zijn dat het er wat letterlijker instaat. Dat we weten wat jullie mening ook is. (5B)*

De psychosociale context zou volgens sommige specialisten dus wat meer expliciet in de brief vermeld mogen worden; nuttige informatie ontbreekt soms (1-4B, 5B, 13B, 16B, 18B). De term 'SOLK' vindt men in de meerderheid van de gevallen niet terug (5-9B, 17B). Anderzijds geven heel wat specialisten toe dat er biases mogelijk zijn en dat zij bevooroordeeld kunnen raken door het lezen van de context (2B, 8B, 12B, 14B, 18B).

Volgens sommige specialisten laat men bepaalde context beter achterwege in de verwijsbrief:

> *"Een vermoeden van SOLK, het is misschien beter dat het er niet instaat, anders begin je misschien ook al met een bepaald vooroordeel. Dus het is misschien beter dat hij het niet suggereert." (12B)*
>
> *Als gij een verwijsbriefke schrijft met 'ellenlange arbeidsongeschiktheid omwille van mechanische lage rugpijn', dan zit ik hier al gebiast. (14B)*

Specialisten vermoeden dat het lezen van de verwijsbrief door de patiënt invloed heeft op de manier waarop de huisarts de brief opstelt (2B, 9-11B, 15B) Zij zien vaak geopende enveloppen (2B, 11B). Daarentegen geeft één van de geïnterviewde huisartsen aan dat de mogelijkheid dat de patiënt de brief leest geen invloed heeft op de inhoud, aangezien alles met de patiënt wordt besproken (15A).

3.4.2. Brief door de specialist

3.4.2.1. Visie van de huisarts

Meestal krijgt de huisarts een brief terug van de specialist. Slechts één persoon geeft aan vaak geen brief te ontvangen (11A). Ook komt de brief niet altijd onmiddellijk, hoewel meerdere specialisten aangeven deze op de dag van de consultatie nog te versturen (16A, 6B, 15B).

De verwachtingen van de huisartsen zijn duidelijk: ze verwachten vaak gewoon een antwoord op de vraag, met betrekking tot dat specialisme (6-7A, 9-10A). Met dit zwart-op-wit bewijs kan men nadien het gesprek aangaan met de patiënt (9-10A). Sommige huisartsen verwachten niet meer dan dat; SOLK mag gesuggereerd worden, maar dit is geen vereiste (7A, 10A). Omdat de specialisten meestal aan die verwachting voldoen, heerst er bij heel wat huisartsen tevredenheid over de brief van de specialist.

Zo zegt een huisarts het volgende:

> *“Goh….ja… gewoon de vraag: is het iets cardiaal, pneumologisch, whatever… dat ze daar een antwoord op geven. Vooral dat. Want uiteindelijk, daarvoor stuur je door. (...) Als ze denken aan SOLK mogen ze dat erbij zetten, maar dat moet ook niet. Ze kennen die context minder, dus ik verwacht dat ook niet echt. Als ze gewoon al doen wat ik vraag, is het goed.” (9A)*

Daarentegen zijn er meerdere huisartsen die vinden dat specialisten soms nogal nauw kijken binnen hun vakgebied (4-8A, 10A, 12A). Wanneer specialisten zich niets aantrekken van het bredere perspectief en het emotionele aspect nog niet bespreekbaar is, zijn huisartsen soms gefrustreerd (4A, 10A).

Enkele bedenkingen door respondenten over de strikte benadering van specialisten:

> *“Anderzijds heb je soms ‘deze klacht is niet neurologisch te verklaren, vriendelijke groeten neuroloog’. En dan denk ik soms van ‘oké, tof, maar wat moet ik er nu mee?”.”(6A)*
>
> *“Ik vind dat specialisten…ze bekijken het heel nauw. Ze bekijken het vanuit hun expertise… Vanuit hun vakgebied eigenlijk. En ik merk vaak: dit komt vaak bij ons terecht. Ik zou eigenlijk willen dat specialisten dat stukje ook al moeten kunnen*

bespreekbaar maken bij de patiënten. Dat maakt het voor ons gemakkelijker. Het is heel vaak eenzijdig, van: 'ja, het is geen neurologisch probleem'."(10A)

Tegelijkertijd uiten meerdere huisartsen hun bezorgdheid over de communicatieve vaardigheden van sommige specialisten, hoewel dit vaak als afhankelijk van de arts en generatie wordt gezien (5A, 9-10A). Jongere artsen zijn vaak communicatief vaardiger en beter in het informeren van patiënten, al kan dit ook persoonsgebonden zijn (9-10A).

3.4.2.2. Visie van de specialist

Er bestaan uiteenlopende conclusies in de brieven van specialisten. De term 'SOLK' komt, net zoals in de verwijsbrieven van de huisartsen, vrijwel nooit voor. Voorbeelden van conclusies door specialisten zijn: 'geen onderliggende cardiale problematiek', 'geen centraal neurologische verklaring', 'functionele neurologische stoornis', 'waarschijnlijk functionele origine', 'vermoeden onderliggende psychologische problematiek' en 'stress gebonden' (2B, 5-9B).

Slechts enkele specialisten vermelden in hun brief een verklaringsmodel. Zo noteert men bijvoorbeeld dat het model van centrale sensitisatie of de gut-brain-as met de patiënt werd besproken (3B, 16B).

Een therapievoorstel en plan van opvolging zijn wisselend aanwezig (3B, 6-7B, 10B, 12-13B, 17-18B). Sommige specialisten vermelden expliciet dat de patiënt niet hoeft terug te komen (3B, 12B). Bij aanhoudende problemen verkiest de ene specialist verder overleg tussen de specialist en de huisarts, terwijl de andere specialist in dat geval een nieuwe consultatie voorstelt (6B, 10B).

3.4.3. Andere communicatiemiddelen

3.4.3.1. Visie van de huisarts

Hoewel meerdere huisartsen voldoening nemen met een brief als communicatiemiddel, missen sommigen toch het persoonlijk contact via een andere weg (3A, 9A, 12A, 15A). Daarnaast uit men ook de behoefte aan een multidisciplinair elektronisch platform en aan één specialist in de regio als centraal aanspreekpunt voor dergelijke pathologie (1A, 8A).

Huisartsen telefoneren slechts uitzonderlijk met specialisten over SOLK, omdat men SOLK-klachten niet dringend of ernstig genoeg acht (8A, 15A). Daarnaast wordt telefonisch contact in het algemeen als tijdrovend ervaren (11A, 15A). Redenen om toch te telefoneren naar specialisten zijn onduidelijkheden of complexe casussen (9A, 14A, 17A). Een huisarts geeft aan te telefoneren naar psychologen en kinesisten om de achtergrond van de patiënt te bespreken en specifieke behandelingen af te stemmen.

Een arts verkiest WhatsApp-voiceberichten om te communiceren met specialisten (2A). Geen van de huisartsen benoemt contact via e-mail.

3.4.3.2. Visie van de specialist

Ook verschillende specialisten geven aan dat ze zelden tot nooit telefoneren met huisartsen over dergelijke problematiek (2B, 4B, 8-9B, 12B, 17B). Redenen om toch te bellen naar de huisarts zijn: het gevoel van iets onderliggend te missen, ernstige psychische impact, frequent consulteren door de patiënt, moeilijk te overtuigen patiënten en het uitwisselen van gevoelige informatie (5-6B, 8B, 11B, 13B, 14B, 16B, 18B). Eén specialist geeft aan zelden een e-mail naar de huisarts te sturen (8B).

Eén van de respondenten zit in een tweestrijd over telefonisch contact:

> *"Als je natuurlijk met een telefonisch gesprek gaat werken, dan ken je meer de background en het verhaal van de huisarts en hetgeen ik dan niet heb kunnen ontdekken in die korte consultatie qua thuissituatie etc. Daar gaat de huisarts een veel beter zicht op hebben. Maar opnieuw denk ik … tja … Ten eerste hebben we daar geen tijd voor en ten tweede is het ook onze rol niet, denk ik." (12B)*

3.5. Opvolging en coördinatie

3.5.1. Vervolgafspraken

3.5.1.1. Visie van de huisarts

Een deel van de ondervraagde huisartsen geeft aan patiënten graag terug te zien, vooral wanneer er medicatie wordt opgestart of aanbevelingen worden meegegeven (2A, 4-5A, 8A, 18A). Veel patiënten komen op eigen initiatief terug, waarbij sommige huisartsen aangeven het aantal consultaties te moeten beperken (3A, 8A, 12A, 15-16A, 19-20A).

Eén van de respondenten vertelt het volgende:

> *"Eigenlijk zijn dat mensen, dat je zodanig veel ziet, dat je eigenlijk nooit een vervolgafspraak zet." Omdat ze toch altijd zelf terugkomen. Euh, dus nee, nog niet gedaan." (3A)*

Daarnaast nodigen huisartsen patiënten vaak uit voor een vervolgconsult na een bezoek aan de specialist, ter bespreking van de bevindingen van de specialist en de verdere aanpak (2A, 5A, 7A, 9-10A).

3.5.1.2. Visie van de specialist

De ondervraagde specialisten geven aan in de minderheid van de gevallen een vervolgafspraak in te plannen (11B, 16B, 17B). Een enkele arts doet dit wanneer er een goede band met de patiënt is, terwijl twee andere specialisten aangeven dit te doen in functie van

een revalidatietraject (11B, 16B, 17B). Ook in ernstige gevallen of wanneer een patiënt sterk aandringt, worden soms vervolgafspraken of jaarlijkse controles bij de specialist gepland, maar dit gebeurt slechts zelden en is zeker niet systematisch (3B, 5-6B, 9B).

Eén van de artsen vernoemt bijvoorbeeld de ernst als reden voor verdere opvolging:

> *"Ik moet zeggen dat ik die zeker niet consistent opvolg. Als dat psychogene aanvallen zijn, die wel een grote impact hebben, dan zou ik dat eerder wel een beetje opvolgen. Maar zeker niet alle SOLK volg ik op." (5B)*

Het merendeel van de specialisten voorziet geen vervolgafspraken na de uitwerking van de klachten of de opstart van therapie (1B, 3-4B, 6B, 9-10B, 12B, 15B). Enkele specialisten beschouwen het organiseren van vervolgafspraken als taak van de huisarts, indien die vindt dat de patiënt dient te worden geherevalueerd (2-3B, 6-7B, 10B, 13B, 18B).

3.5.2. Verwijzing naar specialisten onderling en terugverwijzing naar huisarts

3.5.2.1. Visie van de huisarts

Een aantal van de ondervraagde huisartsen geeft de voorkeur aan een terugverwijzing naar de eerstelijnszorg zodra de hulpvraag in de tweede lijn is afgerond (1-2A, 4A, 8A). Tevens uiten sommige huisartsen negatieve gevoelens over onderlinge verwijzingen van collega-specialisten (1-2A, 9-10A). De redenen hiervoor zijn het negeren van de hulpvraag van de huisarts hierbij, het uitvoeren van onnodige diagnostiek hierdoor, alsook het verliezen van het coördinerende aspect (2A, 4A, 9-10A). Bepaalde huisartsen geven aan hier neutraal tegenover te staan (3A, 6A, 12A).

Eén van de huisartsen beschrijft het als volgt:

> *"Daar heb ik het moeilijk mee. Ja, daar heb ik het moeilijk mee. Bijvoorbeeld dyspneu: als ik stuur naar de cardioloog: 'Coronair lijden uitgesloten?' en die sturen dan door naar de pneumoloog…. Daar krijg ik het van. Dan denk ik: 'nee, stuur terug'. Omdat ik dan vaak al eens eerst een spirometrie gedaan zou hebben. Dat ik vaak denk van 'nee, dit is nutteloos onderzoek' en dat kost ook de samenleving geld… Want zij gaan altijd denken differentiaaldiagnostisch aan de grootste, belangrijkste rariteit… de zeldzame dingen. En ja, ik denk ook altijd: je moet nooit verder kijken dan uw neus lang is. Dus als er al een paar zaken zijn uitgesloten… En meestal heb je ook zicht op dat medisch dossier… Daar heb ik het echt moeilijk mee." (10A)*

3.5.2.2. Visie van de specialist

Vervolgafspraken bij collega-specialisten worden soms voorgesteld, maar niet opgedrongen. Sommige specialisten geven aan dit via de huisarts te regelen (9B, 18B). Het doorsturen naar collega-specialisten gebeurt voornamelijk wanneer de arts onzeker is over de klachten,

wanneer de arts oprecht denkt dat er iets somatisch gevonden kan worden, of om de patiënt gerust te stellen dat het om SOLK-problematiek gaat (2B, 4B, 8B, 11B, 13B, 18B). Een enkele specialist verwijst naar een collega-specialist ter ontlasting van de huisarts (6B).

Een specialist bemerkt hierbij het volgende:

> *"Als ik een heel kleine reden heb om te verwijzen naar een andere specialist, dan zou ik dat vermoedelijk wel doen, maar heel vaak zie je dat het ook niets gaat zijn op vlak van NKO. Dan verwijs ik ook niet door. Omdat de patiënt daar niet geholpen mee is, want je weet van tevoren al dat er niets uit gaat komen. Omdat ik het ook niet erg collegiaal vind om mensen door te verwijzen waarvan je al weet dat de volgende specialist er ook niets mee kan. Ik doe dat wel eens, maar dan heb ik altijd ook wel een specifieke vraag voor de specialist. En niet enkel met de mededeling: het is niet neurologisch, lossen jullie het maar op." (2B)*

De specialistengroep geeft aan terug te verwijzen naar de huisarts wanneer de gevraagde somatische klachten zijn uitgesloten of wanneer de klachten buiten hun expertisegebied vallen (1B, 3-4B, 5-10B, 12-13B, 15B). Hiervoor noemen specialisten verschillende redenen: de overtuiging dat de huisarts de diagnose beter kan overbrengen vanwege de vertrouwensband met de patiënt, het feit dat de huisarts vaak een beter overzicht heeft van de reeds uitgevoerde onderzoeken en de context van de patiënt, wat essentieel is voor de verdere coördinatie van de zorg, en de mogelijkheid om (aspecifieke) klachten verder uit te werken (4B, 5B, 7-8B, 12B, 17-18B).

Eén van de respondenten zegt bijvoorbeeld het volgende:

> *"Als er echt helemaal geen aanknopingspunt is, dan laat ik de verdere coördinatie een beetje aan de huisarts." (8B)*

3.5.3. Coördinatie

3.5.3.1. Visie van de huisarts

Het merendeel van de ondervraagde huisartsen geeft aan dat zij de rol van centrale coördinator op zich nemen en beschouwen dit als hun verantwoordelijkheid (1-2A, 4-10A, 12-13A, 15-20A). De rol van specialisten wordt door huisartsen voornamelijk gezien als het uitsluiten van niet-SOLK pathologie, hoewel sommige huisartsen toch zouden verkiezen dat de relevante specialist het verhaal verder zou exploreren (2-10A, 11-13A, 20A). Een enkele huisarts geeft aan dat hij het gevoel heeft dat de patiënt meer waarde hecht aan de mening van de specialist en daarom doorverwijst (15A).

Eén van de huisartsen vat zijn rol samen als volgt:

> *"De huisarts moet de kapitein zijn, de spilfiguur. Het is onze taak om de patiënt te onderrichten en in te lichten hoe het lichaam in elkaar zit." (10A)*

Huisartsen geven aan dat de belangrijkste paramedische partners bij de opvolging van SOLK-problematiek de kinesitherapeut en de psycholoog zijn (2A, 4-7A, 9-17A, 19-20A). Overige partners die worden genoemd zijn de diëtist, sociale dienst en coaches (6A, 8A, 13-15A, 19A). Verschillende huisartsen geven ook aan niet-medische partners te betrekken; zo wordt bijvoorbeeld de omgeving van de patiënt eveneens geëduceerd, naast de patiënt zelf (12A, 14A, 16A, 18-20A).

Huisartsen vermelden zelden spontaan de arbeidsgeneesheer bij de vraag welke partners belangrijk zijn in de opvolging van SOLK-patiënten, hoewel deze wel door een groot deel van de huisartsen als belangrijk wordt beschouwd. De adviserend geneesheer wordt niet spontaan genoemd door de huisartsengroep; men spreekt eerder over de arbeidsgeneesheer wanneer progressief werk aan bod komt (13A, 16-20A).

Een huisarts vertelt over de arbeidsgeneesheer het volgende:

> *"In dit verhaal, ik denk te weinig. Ik denk te weinig. Soms wel. Er zijn zeker al casussen geweest van SOLK waarin dat ik heel graag wou in samenspraak met de patiënt dat zij progressief gingen hervatten omdat ik er wel van overtuigd ben dat het voor veel patiënten een zekere structuur, de sociale contacten, het van betekenis zijn hen ook echt kan helpen. Het langdurig thuiszitten is voor heel veel patiënten nefast... Dan is het zeker al gebeurd dat ik de telefoon opneem." (17A)*

3.5.3.2. Visie van de specialist

De meeste specialisten geven aan dat de huisarts de rol van centrale coördinator dient op te nemen bij deze patiëntenpopulatie (2-4B, 7-18B). Redenen die specialisten hiervoor aangeven, zijn onder andere: meer ervaring met psychische ondersteuning van patiënten en de coördinatie naar verdere psychische hulp, betere kennis van de context en het reeds bewandelde pad van de patiënt, de holistische visie van de huisarts en de betere band die de patiënt met de huisarts heeft (7B, 11B, 13B, 16-17B). Een enkele keer wordt door specialisten aangegeven dat zij de indruk hebben dat er een grote druk ligt op de huisartsen bij SOLK-pathologie, en dat zij soms doorverwijzen naar SOLK-centra of de pijnkliniek (5B, 11B, 15B).

Eén van de specialisten beschrijft de rol van de huisarts op de volgende manier:

> *"Denk dat jullie als huisarts het overkoepelende moeten zijn, het helikopterview moeten kunnen behouden" (7B)*

De meeste specialisten geven aan hun eigen rol binnen SOLK te interpreteren als die van een arts die pathologie binnen zijn eigen domein uitsluit (1-2B, 5B, 8-9B, 12B, 14-15B). Sommige specialisten beschouwen zichzelf ook als adviesorgaan voor de huisarts, en als iemand die de patiënt geruststelt in samenwerking met de huisarts (3B, 6B, 8B).

Een specialist beschrijft zijn rol bijvoorbeeld als volgt:

> *" Ik denk dat ik gewoon een deel ben van een groter diagnostisch geheel. En dan ook vaak als uitsluiter of geruststeller." (8B)*

De specialisten geven, net zoals de huisartsen, aan dat de belangrijkste paramedische partners bij de opvolging van SOLK-problematiek de kinesitherapeut en de psycholoog zijn (1B, 5-6B, 8-9B, 11-18B). Overige partners die worden genoemd zijn de diëtist, sociale dienst, coaches en de ergotherapeut (5B, 7B, 11B, 12-13B, 15-17B).

Een citaat van een respondent:

> *"Die psycholoog, zeer belangrijk. kinesist denk ik kan ook zeker, relaxatie-oefeningen, ademhalingsoefeningen om daar een zekere rust in te krijgen. Ik denk dat dat een beetje de keyspelers zijn." (18B)*

Binnen de specialistengroep wordt de arbeidsgeneesheer als minder belangrijk beschouwd in een multidisciplinair team rond SOLK-patiënten en wordt eerder de adviserend geneesheer genoemd als partner (1B, 15-18B). Bij een enkele specialist wordt echter wel verwacht dat de patiënt als partner meewerkt (16B).

3.6. Referentiecentrum

3.6.1. Visie van de huisarts

De huisartsengroep geeft zeer wisselende antwoorden omtrent de vragen over referentiecentra. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de term 'referentiecentrum' door verschillende artsen anders wordt geïnterpreteerd: de term wordt gebruikt voor elke multidisciplinaire benadering binnen de tweede lijn die zich focust op SOLK-pathologie.

Volgens de huisartsen is een multidisciplinaire benadering binnen de tweede lijn nuttig omwille van meerdere redenen: het helpt bij diagnostische onzekerheid, verbetert de erkenning van de patiënt en ondersteunt de huisarts, zowel wanneer de aanpak van de klachten vastloopt als om de huisarts te ontlasten (1A, 3A, 6A, 8-9A, 11-16A).

Een huisarts verwoordt het als volgt:

> *"De patiënt voelt zich nog meer gehoord. Er is meer zekerheid, ook als huisarts. En ik denk dat het er op termijn wel voor gaat zorgen dat er minder onderzoeken worden gevraagd. Dat er wederzijdse geruststelling is. Ik denk dat er nu soms naar*

onderzoeken worden gegrepen vanuit die diagnostische onzekerheid. Dat je echt een keer het gevoel hebt van: mijn patiënt is helemaal gecheckt. Dat je dan minder zou doen." (3A)

Enkele terugkerende moeilijkheden die huisartsen ervaren bij verwijzing naar een multidisciplinair centrum zijn de lange wachttijden en de onduidelijke werking van zo'n centrum (1A, 3A, 10-11A, 19-20A). Eenmalig genoemde moeilijkheden zijn de stigmatisering van de patiënt, de medicalisering van de patiënt, en de nood aan een bepaalde graad van basiskennis om hier voordeel uit te halen als patiënt (5A, 12A, 18A).

De visie over de noodzaak van een referentiecentrum is binnen de huisartsengroep zeer wisselend, gaande van 'de huisarts kan dit voldoende aan zonder nood aan referentiecentrum' tot 'dat is iets dat altijd nuttig zal zijn, dat gaat u veel last van de schouders nemen'. Er is geen duidelijke consensus hierover in de interviews.

3.6.2. Visie van de specialist

Er werd door de specialisten over het algemeen weinig gesproken over referentiecentra. Verschillende specialisten geven aan dat het een nut kan hebben bij complexere of langdurige problematieken en dat de beschikbaarheid van multidisciplinaire centra met focus op SOLK te laag is (2-3B, 10-13B, 16B). Meerdere specialisten geven echter aan dat een referentiecentrum weinig meerwaarde biedt (13B, 14B, 18B).

Eenmalig wordt aangehaald dat het centraliseren van zorg rond SOLK-patiënten een extra barrière kan vormen naar hulp omwille van de afstand naar het centrum (16B). Hiermee wordt bedoeld dat wanneer de patiënt een grote afstand moet afleggen naar het ziekenhuis om een behandeling te volgen, de kans groter is dat de patiënt afhaakt vanwege tijds- en/of motivatieproblemen.

Een specialist spreekt zich hierover uit:

"Die mensen hebben een lage belastbaarheid, die mensen kunnen sowieso al niet zo goed heel veel aan. En als je gaat zeggen bijvoorbeeld vanuit Brugge je moet naar Kortrijk gaan voor uw revalidatie en uw opvolging dan denk ik dat er al een probleem gaat ontstaan dat je al super veel mensen verliest." (16B)

3.7. Verbeterpunten

3.7.1. Communicatie

3.7.1.1. Visie van de huisarts

Op vlak van communicatie geeft de huisarts aan nood te hebben aan een communicatieplatform om te communiceren met specialisten en paramedici. Momenteel bestaan er hiervoor geen goede communicatiewegen volgens verschillende huisartsen (1A, 12A, 16A). Eén van deze huisartsen zou graag meer directe contacten hebben met collega's, maar beseft dat dit veel tijd zou vragen (12A).

3.7.1.2. Visie van de specialist

Specialisten geven aan dat ze van de huisarts een duidelijke verwijsbrief verwachten, met een duidelijke probleemlijst (3B, 10B). Zo dient er dan ook een heldere brief van de specialist voor de huisarts gemaakt te worden. Hierin kunnen duidelijke afspraken over behandelingsopties vermeld worden (3B). Eén specialist geeft aan graag ook informeel overleg met de huisarts te hebben en stelt telefonisch contact voor (11B). Een andere collega stelt voor om maandelijks een multidisciplinair overleg te organiseren, waarbij ook de huisarts wordt uitgenodigd (15B).

Zo wordt het volgende gezegd:

> *"Een SOLK-unit als het ware, zoals ze een MOC doen met een keer per maand. De verschillende stakeholders verzamelen, een keer per maand en de huisartsen worden uitgenodigd." (15B)*

Eén specialist vraagt ook om een terugkoppeling tussen zorgverleners te voorzien wanneer patiënten delen van de therapie weigeren, zoals bijvoorbeeld de psycholoog of oefentherapie (16B).

3.7.2. Zorg voor patiënten met SOLK

3.7.2.1. Visie van de huisarts

Ten eerste geven huisartsen aan dat ze het fenomeen van medical shopping bij de opvolging van de patiënten met SOLK willen verminderen (6A, 10A, 17A). Een huisarts wijst erop dat patiënten momenteel zelf afspraken kunnen maken bij artsen zonder beperkingen, wat bijdraagt aan dit fenomeen (6A). Een andere collega geeft aan dat het soms moeilijk is om deze patiënten gerust te stellen, wat eveneens kan leiden tot shopping (10A).

Verschillende huisartsen zien ook een groot verbeterpunt op vlak van de wachttijden bij specialisten of gespecialiseerde SOLK-centra, die momenteel als zeer lang worden ervaren (3A, 7A, 10A, 13A) (zie ook paragraaf 3.6.1.).

Verder vernoemen enkele huisartsen de nood aan meer betaalbare ondersteuning voor patiënten met SOLK (5A, 13A, 16A). Zo pleit een huisarts voor de terugbetaling van psychologen (13A). Ook coaching bij werkhervatting lijkt nuttig volgens twee huisartsen (4A, 19A). Een andere huisarts stelt voor om een zorgtraject op te stellen voor deze patiënten (16A).

Ten slotte zijn verschillende huisartsen het erover eens dat er meer aandacht moet zijn voor SOLK, zodat dit meer bekend wordt (6A, 9A, 18-20A). Als middelen hiervoor worden bijscholingen en sensibiliseringscampagnes voorgesteld (6A, 9A, 20A). Ook wordt voorgesteld om hier in de opleiding geneeskunde meer aandacht voor te hebben (19A). Twee huisartsen stellen voor om voornamelijk meer handvaten te voorzien voor de aanpak van SOLK. Dit zou bijvoorbeeld kunnen aan de hand van een stroomdiagram (8A, 20A).

3.7.2.2. Visie van de specialist

Ook de specialisten pleiten, net zoals de huisartsen, voor minder medical shopping (1B, 8-9B, 11B, 18B). Er wordt bijvoorbeeld aan de huisarts gevraagd om minder te verwijzen naar andere specialisten (1B). Een specialist geeft toe zelf meer onderzoeken te verrichten om te voorkomen dat de patiënt naar een andere arts zou gaan (8B).

Verder zijn ook volgens specialisten de wachttijden in gespecialiseerde centra te lang (9B, 14B). Er wordt voorgesteld de centra te vergroten of meer referentiecentra te voorzien (zie ook paragraaf 3.6.2.).

Ten derde geven specialisten verbeterpunten aan op vlak van het vangnet en de begeleiding van de patiënt. Een specialist stelt ‘patiëntengroeperingen’ voor als oplossing (7B). Daarnaast dient er ook meer betaalbare psychologische begeleiding voorzien te worden voor de patiënten (9B, 14B-15B, 18B). Verschillende specialisten geven aan dat dit best in samenwerking gebeurt met de huisarts (14B, 17B). Twee artsen benoemen ook een gebrek aan flexibiliteit bij werkhervatting (14-15B). Als deel van het probleem wordt de slechte bereikbaarheid van de adviserend geneesheer genoemd (18B).

Over de verdere begeleiding suggereert een specialist:

> *“Zoals je ze zou sturen naar kine voor relaxatie of ademhalingsoefeningen, zou je ze bijvoorbeeld kunnen sturen naar de draaierigheidsgroep.” (7B)*

4. Discussie

4.1. Resultaten

Deze studie schetst een beeld van de huidige samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de zorg voor patiënten met SOLK. Hierbij wordt aandacht besteed aan de visie van zowel huisartsen als specialisten op de zorg, de diagnostiek, de communicatie tussen de eerste- en tweede lijn en met de patiënt, de coördinatie en opvolging van SOLK-patiënten, de verbeterpunten in de samenwerking en de toekomstige organisatie van de samenwerking.

Wat betreft de visie van beide partijen over SOLK-patiënten, kwamen tijdens dit onderzoek een aantal belangrijke zaken naar voren.
Ten eerste beschouwt de meerderheid van de huisartsen en specialisten de consultaties met SOLK-patiënten als moeilijk of frustrerend. Dit blijkt ook uit verschillende eerdere onderzoeken (5-10, 14, 17). Een mogelijke reden is dat de huisarts veel tijd en energie investeert in de patiënten met SOLK. Echter, geven de huisartsen aan het gevoel te hebben weinig evolutie te bereiken bij deze patiënten. In Nederland werd aangetoond dat 40% van de consultaties in de eerste lijn handelt over klachten waarvoor geen of onvoldoende somatische verklaring wordt gevonden (24, 34). In België ontbreken hierover studies, maar er wordt aangenomen dat de huisarts geen somatische oorzaak vindt bij 40 tot 50 procent van de consultaties (2-4).
Alle bevraagde artsen benoemen een gebrek aan kennis over de SOLK-diagnose. Ook de behandeling blijkt voor velen een uitdaging, mogelijk door het gebrek aan aandacht voor SOLK tijdens hun opleiding. Ook zijn volgens Lehmann et al (2021) vele artsen niet op de hoogte van het bestaan van richtlijnen over de aanpak van SOLK (28).
Ten slotte is het ook duidelijk dat het gevoel van de arts bij de consultatie vaak afhangt van de patiënt. Patiënten die de diagnose gemakkelijk accepteren en akkoord zijn met de voorgestelde behandeling worden als gemakkelijk beschouwd, terwijl patiënten die al verschillende artsen hebben geraadpleegd vaak als moeilijker worden ervaren. Uit onderzoek van Maatz et al (2016) blijkt echter dat de termen ‘moeilijk’ of ‘gemakkelijk’ worden gebruikt om de diagnostiek, de aanpak, de communicatie en de emotionele reacties van de artsen te beschrijven (10). Het wordt zelden gebruikt om een patiënt te beschrijven.

Wat diagnostiek betreft, blijkt dat specialisten vooral aandacht hebben voor het somatische aspect en minder voor de psychosociale context. Specialisten hebben namelijk een meer ziektegerichte in plaats van holistische aanpak (28). De huisartsen melden dan ook dat de tweede lijn dient ter uitsluiting van somatische pathologie, maar dat deze ook soms te weinig aandacht heeft voor het psychosociale aspect. Daarnaast melden specialisten zelf meer moeite te ervaren om de psychosociale context te bevragen in vergelijking met huisartsen, die hier doorgaans al gedeeltelijk van op de hoogte zijn door de langdurige opvolging en het

opgebouwde vertrouwen. Momenteel wordt de psychosociale context nog niet systematisch gedeeld in de verwijsbrieven van de huisartsen naar specialisten. Chew-Graham et al (2017) beschreef eerder dat de uitwisseling van informatie tussen de verschillende lijnen inadequaat is, doch noodzakelijk voor een holistische aanpak van SOLK-patiënten (11). Een mogelijke verklaring die hiervoor tijdens dit onderzoek wordt gevonden, is enerzijds de angst vooroordelen te veroorzaken bij specialisten. Anderzijds lezen patiënten soms de verwijsbrief en wil de huisarts hierdoor liever geen gevoelige informatie delen.

Daarnaast verwijzen huisartsen geregeld door naar de tweede lijn, zeker bij een niet-pluis gevoel of langdurige klachten. Een onderliggende reden zou kunnen zijn dat artsen een ernstige diagnose willen uitsluiten en schrik hebben een diagnose te missen, wat reeds eerder in de literatuur beschreven is (5-8, 17). Hierdoor wordt meer gebruikgemaakt van de gezondheidszorg, met frequenter consulteren in zowel eerste als tweede lijn. Dit leidt niet alleen tot een toename in kosten, maar zorgt ook voor een hoger risico op iatrogene schade door onnodige behandelingen en onderzoeken die leiden tot 'incidental findings' (6-8, 11-13, 15-16, 22-27, 31). Huisartsen melden dan ook soms enige terughoudendheid ten opzichte van een doorverwijzing, uit vrees voor onnodige onderzoeken en therapeutische hardnekkigheid. Daarnaast geven huisartsen de voorkeur aan een terugverwijzing boven een onderlinge doorverwijzing naar een andere specialist wanneer de oorspronkelijke hulpvraag is opgelost.

In de tweede lijn worden technische onderzoeken dan ook veelvuldig uitgevoerd, vaak zonder rekening te houden met wat al in de eerste lijn is gedaan. Een opvallende reden hiervoor is de preventie van 'medical shopping', met de hoop dat er in de toekomst geen onderzoeken meer worden herhaald door collega's. Nochtans wordt slechts bij 1 op de 200 patiënten toch een somatische oorzaak gevonden en blijkt bovendien dat herhaalde onderzoeken de patiënt zelden geruststellen (2).

Opvallend is dat SOLK in het algemeen als een makkelijkere diagnose ervaren wordt door de tweede lijn, terwijl in de literatuur voornamelijk gevoelens van angst, frustratie en machteloosheid bij artsen beschreven zijn (5-10, 14, 17). Waarschijnlijk komt dit doordat specialisten het als hun belangrijkste taak zien om onderliggende pathologie uit te sluiten, zonder systematische opvolging van deze patiënten te voorzien.

Daarnaast kwamen enkele zaken naar voren wat betreft de communicatie met de patiënt. Zowel huisartsen als specialisten gebruiken verschillende verklaringen voor de klachten van de patiënt. Er zijn dan ook verschillende verklaringsmodellen in de literatuur beschreven (1, 24). Bovendien wordt de uitleg voor de patiënt niet tussen de hulpverleners onderling op elkaar afgestemd, een fenomeen dat ook beschreven wordt in de GGZ standaarden: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) (1). Door de verschillende

verklaringen die de patiënt krijgt, veroorzaakt dit mogelijk verwarring, roept dit twijfel op en leidt dit vaak tot weinig geruststelling bij de patiënt. Daarnaast is het opvallend dat veel artsen de negatieve uitslagen van alle testen aan de patiënt presenteren, zonder verder te wijzen op alternatieve duidelijke verklaringen zoals het biopsychosociaal model of centrale sensitisatie. Niettegenstaande dat Husain and Chalder (2021) reeds beschreven dat het stellen van een positieve diagnose belangrijk is in de benadering van SOLK-patiënten (24). Opmerkelijk is ook dat het biopsychosociaal model vaker door huisartsen wordt toegepast, maar er minder aandacht is voor centrale sensitisatie, terwijl dit bij specialisten juist omgekeerd is.

De communicatie tussen huisartsen en specialisten verloopt over het algemeen goed en gebeurt grotendeels via brieven. Desalniettemin zijn er enkele hiaten in de communicatie en verschillen in de verwachtingen. De beschikbare richtlijnen, zoals de zorgstandaard SOLK en de NHG-richtlijn SOLK, geven geen duidelijke aanwijzingen over welke elementen een verwijsbrief of verslag zou moeten bevatten (1, 35). In de praktijk is een verwijsbrief weliswaar aangeraden doch niet verplicht, waardoor niet elke patiënt via de huisarts passeert (36).
Zoals eerder vermeld, geven huisartsen aan dat ze in hun verwijsbrief niet altijd alle relevante informatie opnemen, zoals de psychosociale context en een concrete hulpvraag. Dit is vaak te wijten aan tijdsdruk of aan de vrees dat specialisten bevooroordeeld zullen zijn. Specialisten merken op dat belangrijke informatie, zoals een actuele medicatielijst of eerdere onderzoeken, soms ontbreekt. Ook specialisten wijzen erop dat de psychosociale context onvoldoende uitgebreid wordt beschreven, hoewel zij het risico op vooroordelen erkennen.
Eveneens sturen specialisten meestal een verslag terug naar de huisarts, maar de inhoud van deze brief varieert. Vaak ontbreekt een suggestie tot diagnose, een behandeling of een plan voor opvolging. De term ‘SOLK’ wordt, net zoals in de verwijsbrief van de huisarts, zelden tot nooit gebruikt.
Wanneer de informatie over de verwijsbrieven en verslagen wordt vergeleken met de literatuur, blijkt dat de communicatie tussen de eerste en tweede lijn nog relatief weinig is onderzocht. Wel kan worden gesteld dat huisartsen en specialisten nog te weinig aandacht besteden aan respectievelijk verwijsbrieven en verslagen (33). Enkele studies hebben aangetoond dat huisartsen specifieker zouden moeten zijn over hun redenen voor verwijzing, terwijl specialisten beter zouden moeten inspelen op de informatiebehoefte van huisartsen (33, 37-38).
Ten slotte blijkt uit ons onderzoek dat schriftelijke communicatie de standaard is, maar zowel huisartsen als specialisten geven aan behoefte te hebben aan meer persoonlijke interactie. Beide partijen lijken echter terughoudend om telefonisch contact op te nemen, omdat dit als tijdrovend wordt ervaren en SOLK-klachten als onvoldoende ernstig worden beschouwd. Bij moeilijkheden of onduidelijkheden wordt soms wel getelefoneerd.

Wat betreft de opvolging van de SOLK-patiënt, bemerken we ten eerste een duale conclusie bij de huisartsen. Aan de ene kant willen huisartsen de patiënt graag terugzien ter opvolging van gestarte medicatie of gegeven adviezen. Aan de andere kant voelen zij de behoefte om te bepalen hoe vaak en op welke indicatie de patiënt terug moet komen, om de frequenties van de consultaties te beperken. Dit gegeven lijkt ons op heden weinig onderzocht daar een enkele paper van Heijmans et al. aangaf dat reguliere opvolging een meerwaarde kan zijn. Dit is echter slechts minimaal gestaafd in de literatuur en eerder gebaseerd op expert opinions (23). Dit is mogelijk ook een verklaring van de heterogeniteit van de antwoorden.
Bij specialisten zien we echter een omgekeerde benadering: de minderheid van de ondervraagde specialisten volgt SOLK-patiënten systematisch op lange termijn op. Wel geven de specialisten in kwestie aan verdere consultaties in te plannen indien er medicatie zou worden opgestart. Na afloop van de geplande consultaties wordt de patiënt globaal gezien terugverwezen naar de huisarts voor verdere opvolging. Dit doorverwijzingspatroon tussen- en binnen de eerste en tweede lijn is globaal overeenkomstig met de opgestelde Nederlandse zorgstandaard van SOLK-patiënten waar wordt gesteld dat patiënten na uitwerking door een specialist, terug worden verwezen naar de huisarts indien geen diagnose kan worden weerhouden. Onderlinge doorverwijzingen worden hier dan ook sterk ontmoedigd zonder het raadplegen van de huisarts, waar dit in de literatuur ook wordt aangegeven buiten Nederland (1, 32).

Op het gebied van coördinatie zijn er duidelijke overeenkomsten tussen de meningen van huisartsen en specialisten. Zo zien beide artsengroepen de huisarts duidelijk als centrale coördinator in de zorg rond SOLK-patiënten wat overeenkomt met de literatuur (5, 20, 32). Beide partijen erkennen het belang van paramedici in de zorg rond SOLK-patiënten. Tevens is duidelijk in de literatuur dat een multidisciplinaire aanpak een belangrijke rol speelt in de behandeling van deze patiëntengroep. Voornamelijk psychologische interventies worden als zeer belangrijk ervaren wat overeenkomt met dit onderzoek (14, 20, 22-24, 31).

Een belangrijk punt is dat artsen de definitie van een ‘SOLK-referentiecentrum’ verschillend interpreteren. Dit kan variëren van een lokaal multidisciplinair overleg (MDO) tot gespecialiseerde centra. Zowel huisartsen als specialisten geven aan dat een referentiecentrum een meerwaarde zou kunnen bieden bij complexere of langdurige SOLK-klachten, ter ondersteuning van zowel de eerste als de tweede lijn. Waar centra zoals het KOLK (kliniek voor onverklaarde lichamelijke klachten) in AZ Sint-Jan Brugge en het CIG (centrum voor integratieve geneeskunde) in het UZ Gent zich profileren als expertisecentrum, wordt dit slechts zeer beperkt door de onderzochte artsen vermeld (39-40). Algemeen blijkt uit dit onderzoek dat zowel huisartsen als specialisten onvoldoende vertrouwd zijn met SOLK-centra.

4.2. Beperkingen en sterktes van het onderzoek

4.2.1. Beperkingen

De interviews met huisartsen en specialisten werden uitgevoerd door huisartsen in opleiding, wat mogelijk de resultaten heeft beïnvloed. Het is denkbaar dat sommige specialisten bepaalde moeilijkheden in de samenwerking met huisartsen niet hebben benoemd, omdat zij in gesprek waren met een toekomstige huisarts.

Het onderzoek werd uitgevoerd totdat saturatie werd bereikt, maar gezien het onderwerp kwamen veel verschillende meningen aan bod, zowel van specialisten als huisartsen. Per specialisatie werden slechts een beperkt aantal specialisten geïnterviewd, en zij werden als één groep beschouwd. Dit kan leiden tot verschillende interpretaties, aangezien de aanmeldingsklachten binnen deze specialismen variëren.

Gezien de eerder kleine studiegroep kan slechts een trend worden waargenomen, maar kan een definitieve conclusie niet getrokken worden.

De waarde van de uitspraken over artsen gespecialiseerd in arbeidsgeneeskunde en adviserende geneesheren dient te worden genuanceerd, daar dit slechts in 10 interviews werd bevraagd. Bij navraag werd dit telkens als belangrijk beschouwd, maar het werd zelden spontaan genoemd wanneer het niet expliciet werd gevraagd. Dit weerspiegelt een contradictie, waarbij het als belangrijk wordt gezien, maar niet snel wordt opgemerkt.

Aangezien referentiecentra door verschillende artsen anders worden geïnterpreteerd, wordt voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de resultaten hieromtrent. Tevens kan educatie over de aanwezige referentiecentra aan de orde zijn.

4.2.2. Sterktes

Er werd gestreefd naar een zo goed mogelijke balans onder de geïnterviewden, met een vrijwel gelijke verdeling per discipline, en met aandacht voor een brede regionale verspreiding en verschillende leeftijden.

Daarnaast is de objectiviteit van dit onderzoek relatief sterk, doordat de onderzoeksresultaten steeds geanalyseerd en bediscussieerd werden door de vier hoofdonderzoekers. Dit maakte dat subjectieve meningen tot een minimum werden beperkt, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek aanzienlijk vergrootte.

Een laatste sterkte is dat de anonimiteit van al de geïnterviewde personen werd gegarandeerd, en dat zij zich hiervan bewust waren. Dit was essentieel, zodat iedereen vrijuit kon spreken zonder zich zorgen te maken over de publicatie van zijn of haar naam bij een bepaalde uitspraak.

4.3. Conclusie

Algemeen wordt opgemerkt dat deze patiëntengroep frustratie kan opwekken bij beide artsengroepen. Daarnaast vergroot een gevoel van onvoldoende kennis over SOLK de frustratie en onzekerheid, wat leidt tot een toename van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn, om zeker niets somatisch te missen. De eerste lijn fungeert als centrale coördinator over het somatisch en psychisch welbevinden van deze patiënten en neemt de zorg voor deze patiënt voornamelijk op, met ondersteuning van de tweede lijn en paramedici wanneer de huisarts dit nodig acht. De communicatie tussen huisartsen en specialisten gebeurt voornamelijk via een brief, wat voor beide groepen acceptabel is, zolang de informatie uitgebreid genoeg is. Beide partijen merken soms wel een tekort aan informatie van de andere artsengroep. Desondanks is dit vaak onvoldoende om via een andere weg te overleggen, bijvoorbeeld telefonisch. Verder wordt de term 'SOLK' niet vermeld en zelden wordt een alternatief verklaringsmodel, type biopsychosociaal model of type centrale sensitisatie, aangehaald om de patiënt meer perspectief te geven. Vervolgafspraken worden zelden systematisch aangeraden, met een inherent risico op toename van medical shopping bij patiënten die zich onbegrepen voelen. Tot slot zijn de meningen verdeeld over de definitie, het gebruik en de effectiviteit van een referentiecentrum, zowel tussen huisartsen en specialisten als binnen de artsengroepen zelf. Momenteel is er geen consensus over dit onderwerp.

4.4. Toekomstperspectief

4.4.1. Adviezen

Uit dit onderzoek blijkt het gebrek aan kennis over de diagnose SOLK bij artsen, wat de aanpak van deze patiënten bemoeilijkt. Meer aandacht voor dergelijke pathologie in de opleiding zou hierin een waardevolle ondersteuning kunnen bieden.

Daarnaast is er een duidelijke behoefte aan een algemeen aanvaard en toegepast verklaringsmodel, zoals het biopsychosociaal model volgens Engel, om duidelijkheid te creëren voor zowel patiënt als arts en medical shopping te herleiden tot een minimum. In de toekomst zou het een optie kunnen zijn dat de verschillende zorgverleners onderling het verklaringsmodel communiceren, zodat een uniform verhaal aan de patiënt wordt verteld.

Tevens kan onderzoek naar een evidence-based opvolgingsschema binnen de eerste lijn een meerwaarde zijn.

Verder zou het nuttig zijn als huisartsen in de toekomst de psychosociale context van de patiënt kort schetsen in de verwijsbrief naar de specialist, zodat deze een breder beeld krijgt van de patiënt en de drempel voor het bevragen van het psychologische aspect wordt verlaagd.

Hoewel het praktisch gezien niet evident is, zou een beter communicatieplatform, waar patiënten niet rechtstreeks kunnen meelezen, een meerwaarde kunnen bieden, aangezien de drempel voor huisartsen om telefonisch contact op te nemen tussen de eerste- en tweede lijn momenteel vrij hoog ligt.

Een stroomlijning en verduidelijking van zowel de werking als het bestaan van referentiecentra dringt zich tevens op, gezien de zeer wisselende reacties hierover. Een mogelijke oplossing zou het organiseren van multidisciplinaire vergaderingen (MDO's) zijn, waarbij de huisarts als centrale coördinator fungeert en zowel specialisten als relevante paramedici betrokken zijn bij het aanpakken van complexere SOLK-casussen.

4.4.2. Verder onderzoek

Verder onderzoek naar dit onderwerp blijft noodzakelijk om verder uit te diepen hoe verbeteringen kunnen worden geïmplementeerd. In het bijzonder is er behoefte aan onderzoek naar een beter communicatiemiddel tussen artsen onderling, evenals een uniforme communicatie naar de patiënt.

Daarnaast kan onderzoek naar de verschillen tussen leeftijdsgroepen van artsen en verschillende regio's meer inzicht bieden in de factoren die bepalen hoe artsen omgaan met SOLK-patiënten en welke inzichten zij hebben verworven die de huidige aanpak beïnvloeden.

Dit onderzoek richtte zich op de beleving en meningen van huisartsen en specialisten binnen vier verschillende domeinen. Onderzoek naar de beleving van SOLK-patiënten zelf is uiteraard essentieel, indien veranderingen zich zouden opdringen.

5. Literatuurlijst

1. Akwa GGZ. (2021). Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)[Zorgstandaard]. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_63abe8af-0ddd-4102-8e92-7c45a45313a2_somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk__authorized-at_15-05-2018.pdf
2. Hanssen, D. J. C., Knoop, H., & Rosmalen, J. G. M. (2017). De prognose van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 161, Article D1680.
3. Isaac, M. L., & Paauw, D. S. (2014). Medically unexplained symptoms. The Medical clinics of North America, 98(3), 663–672
4. Hanssen, D. J. C., Bos, L. R., Finch, T. L., & Rosmalen, J. G. M. (2021). Barriers and facilitators to implementing interventions for medically unexplained symptoms in primary and secondary care: A systematic review. General hospital psychiatry, 73, 101–113.
5. Hanssen, D. J. C., Ras, A., & Rosmalen, J. G. M. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of interventions for medically unexplained symptoms in primary care: A modified Delphi study. Journal of psychosomatic research, 143, 110386.
6. Rasmussen, E. B., & Rø, K. I. (2018). How general practitioners understand and handle medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC family practice, 19(1), 50.
7. Brownell, A. K., Atkins, C., Whiteley, A., Woollard, R. F., & Kornelsen, J. (2016). Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): a qualitative study. BMJ open, 6(12), e012379.
8. Warner, A., Walters, K., Lamahewa, K., & Buszewicz, M. (2017). How do hospital doctors manage patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study of physicians. Journal of the Royal Society of Medicine, 110(2), 65–72.
9. Mariman, A., Vermeir, P., Csabai, M., Weiland, A., Stegers-Jager, K., Vermeir, R., & Vogelaers, D. (2023). Education on medically unexplained symptoms: a systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. European journal of medical research, 28(1), 145.
10. Maatz, A., Wainwright, M., Russell, A. J., Macnaughton, J., & Yiannakou, Y. (2016). What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms. Journal of psychosomatic research, 90, 1–9.
11. Chew-Graham, C. A., Heyland, S., Kingstone, T., Shepherd, T., Buszewicz, M., Burroughs, H., & Sumathipala, A. (2017). Medically unexplained symptoms: continuing challenges for primary care. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 67(656), 106–107.

12. Harsh, J., Hodgson, J., White, M. B., Lamson, A. L., & Irons, T. G. (2016). Medical Residents' Experiences With Medically Unexplained Illness and Medically Unexplained Symptoms. Qualitative health research, 26(8), 1091–1101.
13. Houwen, J., Lucassen, P. L., Dongelmans, S., Stappers, H. W., Assendelft, W. J., van Dulmen, S., & Olde Hartman, T. C. (2020). Medically unexplained symptoms: time to and triggers for diagnosis in primary care consultations. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 70(691), e86–e94.
14. Sirri, L., Grandi, S., & Tossani, E. (2017). Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies. Family practice, 34(2), 201–205.
15. Rosendal, M., Olde Hartman, T. C., Aamland, A., van der Horst, H., Lucassen, P., Budtz-Lilly, A., & Burton, C. (2017). "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. BMC family practice, 18(1), 18.
16. Vermeir, P., Mariman, A., Lucza, L., Sallay, V., Weiland, A., Stegers-Jager, K. M., & Vogelaers, D. (2021). Epidemiology and organisation of care in medically unexplained symptoms: A systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. International journal of clinical practice, 75(12), e14855.
17. Czachowski, S., Piszczek, E., Sowinska, A., & olde Hartman, T. C. (2012). Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study. Family practice, 29(2), 228–234.
18. Olde Hartman, T. C., Woutersen-Koch, H., & Van der Horst, H. E. (2013). Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 63(617), 625–626.
19. Terpstra, T., Gol, J. M., Lucassen, P. L. B. J., Houwen, J., van Dulmen, S., Berger, M. Y., Rosmalen, J. G. M., & Olde Hartman, T. C. (2020). Explanations for medically unexplained symptoms: a qualitative study on GPs in daily practice consultations. Family practice, 37(1), 124–130.
20. Olde Hartman, T. C., Rosendal, M., Aamland, A., van der Horst, H. E., Rosmalen, J. G., Burton, C. D., & Lucassen, P. L. (2017). What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care?. BJGP open, 1(3), bjgpopen17X101061.
21. Brauer, S. G., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2017). Physician Satisfaction in Treating Medically Unexplained Symptoms. Southern medical journal, 110(5), 386–391.
22. Sarter, L., Heider, J., Witthöft, M., Rief, W., & Kleinstäuber, M. (2022). Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals

with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis. General hospital psychiatry, 77, 11–20.

23. Heijmans, M., Olde Hartman, T. C., van Weel-Baumgarten, E., Dowrick, C., Lucassen, P. L., & van Weel, C. (2011). Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. Family practice, 28(4), 444–455.
24. Husain, M., & Chalder, T. (2021). Medically unexplained symptoms: assessment and management. Clinical medicine (London, England), 21(1), 13–18.
25. Mewes R. (2022). Recent developments on psychological factors in medically unexplained symptoms and somatoform disorders. Frontiers in public health, 10, 1033203.
26. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 180, 248–253.
27. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. BMJ (Clinical research ed.), 322(7289), 767.
28. Lehmann, M., Pohontsch, N. J., Zimmermann, T., Scherer, M., & Löwe, B. (2021). Diagnostic and treatment barriers to persistent somatic symptoms in primary care - representative survey with physicians. BMC family practice, 22(1), 60.
29. Rao, G. R., Ranjan, P., Chadda, R. K., Kaloiya, G. S., Dwivedi, S. N., Baitha, U., Soneja, M., & Jadon, R. S. (2019). A descriptive study of disability in patients presenting with medically unexplained physical symptoms in a medical OPD setting. Journal of family medicine and primary care, 8(5), 1755–1759.
30. Malterud, K., & Aamland, A. (2019). Medically unexplained symptoms: are we making progress?. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 69(681), 164–165.
31. Kaur, T., Ranjan, P., Sarkar, S., Kaloiya, G. S., Khan, M., Aakansha, & Bhatia, H. (2022). Psychological interventions for medically unexplained physical symptoms: A systematic review and meta-analysis. General hospital psychiatry, 77, 92–101.
32. Barends, H., Botman, F., Walstock, E., Dessel, N. C., van der Wouden, J. C., Olde Hartman, T., Dekker, J., & van der Horst, H. E. (2022). Lost in fragmentation - care coordination when somatic symptoms persist: a qualitative study of patients' experiences. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 72(724), e790–e798.
33. Weiland, A., Blankenstein, A. H., Willems, M. H., Van Saase, J. L., Van Daele, P. L., Van der Molen, H. T., Langbroek, G. B., Bootsma, A., Vriens, E. M., Oberndorff-Klein Woolthuis, A., Vernhout, R. M., & Arends, L. R. (2015). Training specialists to write appropriate reply

letters to general practitioners about patients with medically unexplained physical symptoms; A cluster-randomized trial. Patient education and counseling, 98(10), 1229–1235.

34. Leaviss, J., Davis, S., Ren, S., Hamilton, J., Scope, A., Booth, A., Sutton, A., Parry, G., Buszewicz, M., Moss-Morris, R., & White, P. (2020). Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England), 24(46), 1–490.
35. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma Tj, Woutersen-Koch H (2023). NHG-Standaard SOLK.
36. Onthaal | RIZIV. (z.d.). https://www.riziv.fgov.be/nl
37. Grol, R., Rooijackers-Lemmers, N., Van Kaathoven, L., Wollersheim, H., & Mokkink, H. (2003). Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? PubMed, 53(488), 217–219.
38. Ong, S. P., Lim, L., Barnsley, L., & Read, R. (2006). General practitioners' referral letters--Do they meet the expectations of gastroenterologists and rheumatologists? PubMed, 35(11), 920–922.
39. Kliniek voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten (KOLK). (z.d.). AZ. https://www.azsintjan.be/kliniek-voor-onverklaarde-lichamelijke-klachten-kolk
40. Centrum voor integratieve geneeskunde. (z.d.). UZ Gent. https://www.uzgent.be/centrum-voor-integratieve-geneeskunde

6. Bijlagen

Bijlage 1: Interviewguide

1. Welke visie hebt u op SOLK?

1.1. Welke emoties roepen de huidige zorg voor SOLK-patiënten momenteel bij u op?

2. Hoe ervaart u de diagnostiek rond SOLK?

2.1. Is er plaats voor een nieuwe, uitgebreide anamnese en exploratie of gaat u verder op het verslag van een eerdere collega?

2.1.2. Gebruikt u ter exploratie soms vragenlijsten/tools (zoals de SCEGS/BPS of 'physical health questionnaire'?)

2.2. Wanneer aanvaard je de diagnose van SOLK?

2.2.2. Hebt u op de dienst hiervoor een diagnostisch schema?

2.2.2.1. Zo nee: zou dit een meerwaarde zijn?

2.3. Wat vindt u de adequate hoeveelheid onderzoek om een SOLK te diagnosticeren of verwerpen?

2.3.1. Gebeurt dit in samenspraak met de huisarts?

2.4. Verandert de diagnose SOLK uw kijk op de klachten, diagnostiek en behandeling van de patiënt die op dat moment voor u zit?

2.5. Zou een referentiecentrum voor SOLK in België een plaats hebben volgens u?

3. Hoe legt u de patiënt uit wat een SOLK is en wat dat betekent voor de patiënt?

3.1 Welke verklaringsmodellen kent u voor SOLK?

3.2 Welk verklaringsmodel gebruikt u voor SOLK?

3.3 Gebruikt u een verschillend model afhankelijk van de patiënt/type SOLK?

3.4. Vindt u dit een moeilijke diagnose om mee te delen aan de patiënt?

4. Hoe verloopt momenteel de communicatie rond SOLK-patiënten met andere hulpverleners?

4.1. Gebruikt/Ontvangt u graag een verwijsbrief?

4.1.1 Zo ja: wat moet hierin staan? // Zo nee: waarom niet?

4.1.2.. Is een concrete vraag nodig in de doorverwijzing van SOLK?

4.1.3. *Indien huisarts:* krijgt u altijd een duidelijk antwoord op uw hulpvraag?

4.1.3.1. Wat verwacht u in een verwijsbrief van de specialist?

4.2. *Indien specialist:* hebt u graag een inventaris van reeds gebeurde anamnese/onderzoeken of is dat iets dat u sowieso volledig opnieuw doet?

4.3. Krijg je meestal een samenvatting van de reeds gebeurde onderzoeken?

4.3.1. Wat ziet u als ideale samenvatting van de reeds gebeurde onderzoeken?

4.4. Welke communicatiemiddelen vindt u het meest geschikt/prefereert u om te communiceren met collega's?

4.4.1. Wordt de term SOLK hierin specifiek vermeld?

4.4.1.1. Zo nee: welke term gebruikt u in uw verwijsbrief?

4.5. Is er plaats voor een verklaringsmodel in de verwijsbrief om met de behandelende collega's op 1 lijn te zitten?

5. Hoe ervaart u de opvolging omtrent de patiënt met SOLK?

5.1. Stuurt u dit sowieso initieel terug naar de huisarts of stuurt u ook door naar andere specialisten?

5.2. Voorziet u ook telkens een vervolgafspraak?

5.2.1. Wanneer wel/niet? Wat zijn uw criteria?

6. Wie ziet u als centrale coördinator van de patiënt

6.1. Welke partners vindt u belangrijk in het multidisciplinair team rond SOLK (zeer breed gezien; (arbeidsgeneesheer, sociale dienst, alternatieve geneeskunde, psycholoog, patiëntenorganisaties,...)

6.2. Hoe ziet u uw eigen rol in dit team?

6.3. *Indien huisarts:* hoe kijkt u naar de rol van de tweede lijn?

6.4. *Indien specialist:* hoe kijkt u naar de rol van de huisarts?

7. Wat ziet u als verbeterpunten omtrent de zorg rond SOLK-patiënten?

8. Zijn er dingen die u zelf nog zou willen aanvullen in aansluiting op dit interview?

Bijlage 2: Uitnodiging

Geachte

Ik ben X, huisarts in opleiding aan de Universiteit Gent. In het kader van mijn Masterproef (ManaMa Huisartsgeneeskunde) ben ik op zoek naar artsen die willen deelnemen aan een interview van ongeveer 20 minuten.

Samen met enkele medestudenten doe ik onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en specialisten op vlak van patiënten met SOLK (somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten).

In uw discipline komt u vermoedelijk geregeld in aanraking met patiënten die zich presenteren met klachten waarvoor u niet meteen een duidelijke lichamelijke verklaring heeft. Op heden is weinig bekend over de visie en samenwerking van de verschillende betrokken hulpverleners. Ook ontbreken er richtlijnen over de organisatie van en communicatie rond deze zorg tussen de eerste en de tweede lijn.

Met deze masterproef willen we op de volgende vragen een antwoord vinden:

- Welke visie hebben de verschillende zorgverleners over de zorg voor SOLK-patiënten?
- Hoe ervaren de verschillende zorgverleners de diagnostiek rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de communicatie tussen eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten?
- Hoe verloopt de huidige opvolging van SOLK-patiënten en bestaat er een centrale coördinator?
- Wat zijn de verbeterpunten in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten?

We werken aan de hand van semi-gestructureerde interviews met zowel huisartsen als specialisten (Neurologie, Cardiologie, Fysische Geneeskunde, Gastro-enterologie). Het interview wordt één-op-één afgenomen en kan bij u ter plaatse of online doorgaan.

Uw deelname wordt sterk gewaardeerd. Vanzelfsprekend wordt in de verwerking van de interviewresultaten maximale anonimiteit gegarandeerd.

Indien u geïnteresseerd bent, kan u mij bereiken op het volgende e-mailadres xxx of telefoonnummer xxx. Alvast hartelijk bedankt. Uw medewerking zou ons onderzoek verrijken.

Met vriendelijke groeten

X, huisarts-in-opleiding

Bijlage 3: Informed Consent

LUIK 1 – Informatiebrief deelnemers onderzoek

Titel van de studie: Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen huisartsen en specialisten rond de patiënt met SOLK en wat zijn de verbeterpunten?

Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd door de Universiteit Gent
De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

Nele Van den Bergh Prof. dr. An Mariman
Manon Van de vyver
Mattias Vermandere
Michiel D'hooghe

A. Informatie over de studie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie van de Universiteit Gent. Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen aan de onderzoeker als er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat u alles begrijpt. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

Wat is het doel van het onderzoek?

Patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, kortweg SOLK, doorlopen vandaag de dag vaak een lang diagnostisch proces, waarbij er frequent wordt geconsulteerd in zowel de eerste- als tweede lijn. Vaak ontbreekt een centrale coördinator en verloopt de communicatie tussen de verschillende partijen niet optimaal.

Dit onderzoek heeft als doel de samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond SOLK-patiënten te onderzoeken: Hoe verloopt de huidige samenwerking? Wat loopt er goed? Wat zou beter kunnen? Hoe moet dit in de toekomst georganiseerd worden?

Met de resultaten verkregen uit dit onderzoek wordt getracht aanbevelingen te vormen naar de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn om zo de zorg voor SOLK-patiënten te optimaliseren.

Inclusiecriteria om deel te nemen aan dit onderzoek is:
Werkzaam als huisarts of specialist in één van de volgende disciplines:

- Fysische geneeskunde
- Neurologie
- Cardiologie
- Gastro-enterologie
- Huisarts

Exclusiecriteria voor dit onderzoek zijn:

- > 5 jaar niet werkzaam als arts op het moment van het interview.

Ethische goedkeuring

Deze studie werd op 05-01-2024 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UGent en het UZ Gent. Ethische Commissie van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Ethische Commissie te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen uit het Algemeen Ethisch Protocol van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (Universiteit Gent). De onderzoekers voeren dit onderzoek uit in overeenstemming met de geaccepteerde maatstaven voor wetenschappelijk en ethisch gedrag. Hierbij hanteren ze goede onderzoekspraktijken en houden zij zich aan de principes van onderzoeksethiek zoals beschreven in "Ethics in Social Science and Humanities" (EU, 2018) .

Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens

Alle gegevens die worden verzameld zijn gepseudonimiseerd. Dit betekent dat andere personen uw identiteit niet kunnen afleiden uit de verzamelde gegevens of deze gegevens kunnen koppelen aan uw identiteit.

B. Informatie m.b.t. deelname

Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?

Indien u deelneemt aan dit onderzoek, zal u aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst worden geïnterviewd. Dit interview zal ongeveer 15 à 20 minuten duren. Het interview kan online of in real-life, naargelang uw voorkeur, plaatsvinden.

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u weigert om

deel te nemen, of wanneer u beslist zich terug te trekken uit een lopende studie, zal dit op geen enkele manier een invloed hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

Indien u dit wenst, kan u een samenvatting van de onderzoeksbevindingen krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn. Om een samenvatting te krijgen kan u dit aanvragen bij de onderzoeker waarmee u contact hebt.

Wat zijn de risico's en voordelen bij deelname aan dit onderzoek?

Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden.

Met de resultaten verkregen uit dit onderzoek wordt getracht aanbevelingen te vormen naar de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn om zo de zorg voor SOLK-patiënten te optimaliseren.

Is er een vergoeding of beloning voorzien bij deelname aan dit onderzoek?

Er wordt geen vergoeding of beloning voorzien bij deelname aan dit onderzoek.

Hergebruik van gegevens

De hier verzamelde onderzoeksgegevens kunnen ook nog nuttig zijn bij het beantwoorden van andere onderzoeksvragen. Daarom bestaat de mogelijkheid dat geanonimiseerde onderzoeksgegevens worden hergebruikt op een later tijdstip voor ander onderzoek. Het hergebruiken van de gepseudonimiseerde onderzoeksdata kan zowel gebeuren binnen het eigen onderzoeksteam, als door externe onderzoekers binnen en buiten de Europese Unie, bv. via een speciaal daarvoor bedoeld deelplatform voor onderzoeksdata.

LUIK 2 – Toestemmingsformulier

A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	**Ja**	**Nee**
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie en geef toestemming aan de onderzoekers om mijn gegevens te verwerken, ze te bewaren, te analyseren en erover te rapporteren.	o	o
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.		
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.		

Naam deelnemer	Naam onderzoeker
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 4: Fictieve casus

Jeannine (vrouw, 34 jaar) heeft sinds 3 jaar last van

- darmkrampen met afwisselend diarree en constipatie.
- duizeligheid met een gevoel van instabiele gang
- hartklopping gepaard gaande met duizeligheid en een ijlhoofdig gevoel
- wisselende pijn ter hoogte van de nek uitstralend naar de beide bovenarmen

Dit is geleidelijk opgekomen.

- De krampen hebben
- De duizeligheid heeft
- De hartkloppingen hebben
- De nekpijn heeft

een belangrijke impact op haar dagelijks leven. Ze heeft het gevoel dat ze haar taken in het dagelijkse leven niet meer naar behoren kan uitvoeren en dat haar werk zeer belastend voor haar is. Ze is dan ook al gedurende langere tijd arbeidsongeschikt. Daarnaast heeft ze veel moeite om vooruit te geraken omwille van vermoeidheid en heeft ze dagen dat ze zich algemeen niet goed voelt. Ze bezoekt regelmatig de huisarts omwille van deze klachten. Er werden reeds verschillende onderzoeken uitgevoerd. Deze konden geen duidelijke somatische oorzaak aantonen voor de klachten. Daarnaast werden verschillende proeftherapieën opgestart, allemaal zonder enig positief effect.

Telkens wanneer ze bij u komt, lopen de consultaties uit zonder dat u eigenlijk veel heeft gedaan. Ze lijkt precies nood te hebben aan een babbel. Vandaag zit ze weer uw wachtkamer.

Omdat de huisarts het gevoel heeft dat hij op zijn limieten stuit en niets meer kan betekenen voor deze patiënt, heeft hij haar geadviseerd om een afspraak te maken bij u en een verwijsbrief meegegeven. Graag uw advies.

Bijlage 5: Finale coderingsboom

Huisarts

- Visie/emotie
    - Positief
        - Uitdagend
        - Onvermijdelijk
    - Negatief
        - Tijdrovend/energievretend
        - Frustrerend
        - Machteloos
        - Langdurig
        - Onzekerheid/incompetent
    - Neutraal
        - Patiëntafhankelijk
        - Complex/interessant
- Diagnostiek
    - Anamnese
        - Herhaaldelijk een brede anamnese
        - Empathie
    - Vragenlijsten/tools
        - Ongebruikt
    - (Technische) onderzoeken
        - Veel gebruikt
        - Beperkte basis eerste lijn
        - Soms vergaand
            - Ter geruststelling van arts en patiënt
            - In samenspraak patiënt op voorwaarde realistisch verwachtingspatroon
        - Afhankelijk verschillende factoren
            - Context
            - Aanmeldingsklacht
            - Arts
            - Patiënt
        - Doorverwijzen
            - Waarom wel
                - Niet-pluis gevoel

            - Ernst klachten
            - Duur klachten
            - Ter oppuntstelling klachten
            - Meer waarde aan diagnose tweede lijn
        - Waarom niet
            - Twijfel voor patiënt
            - Onnodige onderzoeken
            - Therapeutische hardnekkigheid
    - Diagnostisch schema
        - Geen uniform diagnostisch schema (wel vraag naar)
    - Gevoel stellen diagnose SOLK
        - Afhankelijk patiënt
            - Context
            - Aanvaarding
            - Complexiteit aanmeldingsklacht
        - Voorgaande onderzoeken
            - Uitgebreide uitwerking
            - Diagnose tweede lijn
                - Geen diagnose
                - Te snel diagnose
- Communicatie
    - (Verwijs)brief huisarts
        - Meestal wel aanwezig
        - Lengte
        - Elementen
            - Onvolledig
            - Voorgeschiedenis
            - Medicatie/ proeftherapieën
            - Aanmeldingsklacht, anamnese, klinisch onderzoek
            - Reeds gebeurde onderzoeken
            - Context
                - Beperkt aanwezig
                - Vrees bias
                - Duiding vraag patiënt
            - Concrete hulpvraag
                - Niet altijd aanwezig
                - Uitsluiten

        - Diagnostiek
            - Term SOLK meestal niet aanwezig
        - Invloed patiënt die meeleest
    - Brief specialist
        - Verwachtingen
            - Antwoord op de vraag
            - Bewijs voor patiënt
        - Positief
            - Aanwezig
            - Antwoord op vraag
            - Voldoet aan verwachting
            - Uitgebreid
        - Negatief
            - Niet aanwezig
            - Geen antwoord
            - Te nauwe blik
            - Geen diagnose
            - Term SOLK afwezig
            - Termijn
    - Andere communicatiemiddelen dan brief
        - Gebrek aan andere communicatiemiddelen
        - Telefoneren
            - Uitzonderlijk
            - Bij onduidelijkheid
            - Bij moeilijke of ernstige gevallen
        - Berichten
    - Beperkte communicatieve vaardigheden specialisten
- Uitleg patiënt
    - Verklaringsmodel
        - Welke uitleg?
            - Centrale hypersensitisatie
            - Metafoor
            - Verband met psychosociale stress
            - Uitleggen diagnostisch proces
            - Erkennen van de klachten
            - Verschillende benamingen diagnose
        - Niet gekend

        - Gebruik
            - Geen overeenkomst met tweede lijn
            - Niet vermeld in verwijsbrief
        - Moeilijke/makkelijke diagnose om uit te leggen
            - Patiënt afhankelijk
                - Aanvaarding
            - Zekerheid diagnose
                - Zekerheid huisarts
                - Diagnose door specialist
- Opvolging
    - Vervolgafspraak
        - Initiatief patiënt
        - Initiatie arts
    - Doorsturen specialist
        - Onderling doorsturen
            - Frustratie
            - Coördinatieloos
            - Neutraal
        - Terugsturen/doorsturen huisarts
    - Doorsturen specialilst - Mening als huisarts rond doorsturen tweede lijn
- Coördinator
    - Rol huisarts
        - Centrale coördinator
    - Rol specialist
        - Uitsluiten andere diagnosen
        - Beperkte rol
        - Bedenkingen
    - Andere partners
        - Kinesist, relaxatietherapeut
        - Psycholoog
        - Maatschappelijk werker/ sociale dienst
        - Diëtist
        - (Bewegings)coach
        - Arbeidsgeneesheer
        - Omgeving
        - Patiënt zelf
- Referentiecentrum/multidisciplinair centrum

    - Voordelen referentiecentrum
        - Nuttig
        - Geruststelling
        - Erkenning
    - Nadelen referentiecentrum
        - Beschikbaarheid
        - Basiskennis nodig
        - Stigma
        - Medicalisering
        - Noden patiënt/arts
        - Werking onduidelijk
        - Overbodig/niet noodzakelijk
- Verbeterpunten
    - Gebrek aan diagnostisch schema

Specialist

- Visie/emotie
    - Positief
        - Voldoening
        - Vrij duidelijk rol: afgebakend, afgerond
    - Negatief
        - Incompetent/ te weinig kennis
        - Frustratie
        - Nutteloos
        - Onwetend sociale context
    - Neutraal
        - IBS, geen SOLK?
        - Afhankelijk hoeveel al voorgaand onderzocht is
        - Patiënt afhankelijkheid
- Diagnostiek
    - Anamnese/ klinisch onderzoek
        - Steeds nieuwe anamnese
        - Moeilijk wegens weinig voorkennis patiënt
        - Makkelijker bij goede verwijsbrief
    - Vragenlijsten/tools
        - Gebruik van criteria om diagnose te stellen
    - (Technische) onderzoeken
        - Veel gebruikt

        - Reden
            - Ter geruststelling arts en patiënt
            - Veel te objectiveren
            - Preventie medical shopping
        - Voorwaarden
            - Kosten-baten-analyse, relevantie
            - Verwachtingspatroon op voorhand kaderen
    - Diagnostisch schema
        - In eerste instantie iets onderliggend uitsluiten
        - Geen vast schema: afhankelijk klacht, discipline en dienst
    - Gevoel stellen diagnose solk
        - Specialisatie afhankelijk
            - Effectieve therapie
            - Klachten moeilijk te obejectiveren
            - Diagnose
                - Uitsluiten
                - Duidelijke criteria stellen functionele stoornis
                - Onzekerheid
        - Patiënt afhankelijk
            - Impact klachten
            - Aanvaarding
- Communicatie
    - (Verwijs)brief huisarts
        - Aanwezigheid
            - Brief meestal aanwezig
            - Frustrerend als ontbreekt
            - Niet noodzakelijk
            - Generatie-afhankelijk
        - Elementen
            - Verwachtingen
                - Voorgeschiedenis
                - Medicatie, geprobeerde therapie
                - Psychosociale context
                - Eerdere onderzoeken
            - Realiteit
                - Medicatie, geprobeerde therapie
                - Psychosociael context

                - Onvoldoende aanwezig
                - Risico op bias
                - Nuttig
                - Verwoording stress/hint naar SOLK
            - Eerdere onderzoeken
            - Concrete hulpvraag
        - Invloed patiënt die meeleest
    - Brief specialist
        - Meestal aanwezig
        - Elementen
            - Uitgevoerde onderzoeken
            - Conclusie
                - Diagnose
                - Verklaringsmodel
            - Mogelijke therapieën
            - Suggesties verdere investigaties
            - Opvolging
            - Contactgegevens
    - Andere communicatiemiddelen
        - Telefoneren
            - Niet frequent
            - Bij twijfel
            - Bij ernstige problematiek
            - Bij gevoel iets te missen
            - Frequente consultaties
            - Wanneer moeilijk te overtuigen
            - Uitwisselen gevoelige informatie
            - Invloed van klein centrum
- Uitleg patiënt
    - Verklaringsmodel
        - Welke uitleg
            - Centrale hypersensitisatie
            - Metafoor
            - Verband met psychosociale stress
            - Functioneel probleem, niet structureel
            - (Nog) geen verklaring
            - Erkennen van klachten

        - Niet gekend
    - Moeilijke/makkelijke diagnose om uit te leggen
        - Patiënt afhankelijk
            - Aanvaarding
            - Impact klachten op leven
        - Diagnose
            - Stigma/label
            - Uitsluiten binnen vakgebied
- Opvolging
    - Vervolgafspraak
        - Wel standaard langdurige follow-up
        - Geen standaard langdurige follow-up
        - Op initiatief patiënt/ huisarts
    - Doorsturen specialist onderling
        - Gegronde reden
        - Blijvende ongerustheid
        - Geruststelling
        - Ter ontlasting huisarts
    - Doorsturen huisarts
        - Meestal wel
- Coördinator
    - Rol huisarts
        - Centrale coördinator
        - Initiatiefnemend
        - Geen centrale coördinator/gemengd centrale coördinator
    - Rol specialist
        - Uitsluiten andere diagnosen
    - Andere partners
        - Kinesist, relaxatietherapeut
        - Psycholoog
        - Ergotherapeute
        - Maatschappelijk werker/ sociale dienst
        - Diëtist
        - (Bewegings)coach
        - Adviserend geneesheer
        - Arbeidsgeneesheer
        - Omgeving

- Referentiecentrum
    - Voordelen referentiecentrum
        - Nuttig
        - Erkenning
    - Nadelen referentiecentrum
        - Beschikbaarheid
        - Werking onduidelijk
        - Overbodig/Niet noodzakelijk
- Verbeterpunten