



SOLK EN GESLACHT: EEN SYSTEMATISCHE REVIEW

Literatuurreview



Lara Vaessen (S4453638)

L.vaessen@student.ru.nl

Jeltje Bieleman (S4496647)

J.bieleman@student.ru.nl

Prof. dr. H.H.J. Das

5 APRIL 2018

RADBOUD UNIVERSITEIT NIJMEGEN

Samenvatting

Deze systematische review analyseert bestaande literatuur over de effecten van geslacht op arts-patiëntcommunicatie tussen huisartsen en patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Er blijkt weinig onderzoek te zijn gedaan naar een combinatie van deze elementen. Uit de review komen vier kernthema's naar voren: 1) Patiënttevredenheid, 2) Uitdagingen voor de arts, 3) Effecten van geslacht en 4) Verbetermogelijkheden van arts-patiëntcommunicatie. Patiënten met SOLK blijken minder tevreden met de zorg van hun huisarts dan andere patiënten. Huisartsen vinden het moeilijk om SOLK-patiënten goed te helpen. Het geslacht van zowel de arts als dat van de patiënt blijkt hierin een rol te spelen: vrouwelijke patiënten worden over het algemeen minder serieus genomen door hun arts dan mannen. Ook worden aan hun klachten eerder psychosociale oorzaken toegewezen. Verder besteden vrouwelijke artsen gemiddeld meer aandacht aan emotionele klachten dan mannelijke artsen en is de duur van consulten langer bij vrouwelijke artsen.

Key words: *SOLK, geslacht, arts-patiëntcommunicatie, huisartsconsult, onverklaarde klachten, patiënttevredenheid*

Patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) worden door veel huisartsen als lastig ervaren, blijkt uit een gastcollege van huisarts en onderzoeker Tim Olde Hartman. In veel huisartsenpraktijken heerst het idee dat patiënten hun psychische problemen niet willen bespreken met de huisarts en dat ze hun lichamelijke klachten overdrijven. Patiënten hebben daarentegen het gevoel dat ze niet serieus worden genomen en dat ze zelf meer van hun klachten afweten dan de huisarts (T.C. Olde Hartman, persoonlijke communicatie, 8 februari 2018). SOLK is geen officiële diagnose, maar een werkhypothese, die wordt gebruikt wanneer “lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart” (Olde Hartman et al., 2013, Kernboodschappen). Artsen weten vaak niet wat ze met de diagnose SOLK moeten, ze willen graag een medische oorzaak vinden en stellen vervolgonderzoek voor. Patiënten willen juist een betrokken arts, die empathie toont en hen serieus neemt (T.C. Olde Hartman, persoonlijke communicatie, 8 februari 2018).

Goede arts-patiëntcommunicatie is erg belangrijk voor patiënten met SOLK: hoe een patiënt op een SOLK-gerelateerde diagnose reageert, is voornamelijk afhankelijk van de manier waarop de arts de boodschap overbrengt en met de patiënt communiceert. Vooral vrouwelijke patiënten hebben soms het gevoel niet serieus genomen te worden door hun arts (Malterud, 2000). Mannelijke artsen kiezen bij vrouwelijke patiënten bijvoorbeeld sneller voor lichamelijk onderzoek dan voor een gesprek over de klachten en de mogelijke oorzaken hiervan, omdat vrouwelijke patiënten door deze artsen vaak niet als betrouwbare bron worden gezien op het gebied van hun eigen gezondheid (Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter & Kidd, 2009). De communicatie in consulten tussen een mannelijke arts en vrouwelijke patiënt is weinig patiëntgericht en wordt gekenmerkt door afstandelijk en formeel taalgebruik (Sandhu et al., 2009).

Vrouwelijke huisartsen besteden significant meer aandacht aan de emoties en psychosociale situatie van de patiënt dan mannelijke artsen. Consulten met vrouwelijke artsen

duren gemiddeld twee minuten (10%) langer dan consulten met hun mannelijke collega's (Roter, Hall & Aoki, 2002). Vrouwelijke huisartsen maken meer gebruik van dialoog dan mannelijke artsen (Shin et al., 2014) en in consulten met een vrouwelijke arts wordt zowel door de arts als door de patiënt meer positieve taal gebruikt (Roter, Hall & Aoki, 2002). Daarnaast zijn patiënten met een vrouwelijke huisarts significant meer aan het woord en geven ze meer informatie over hun biomedische en psychosociale verleden dan patiënten met een mannelijke huisarts (Roter, Hall & Aoki, 2002).

De arts-patiënt communicatie van vrouwelijke artsen is in het algemeen meer patiëntgericht dan de communicatie van mannelijke artsen, voornamelijk bij consulten met een vrouwelijke arts én vrouwelijke patiënt (Bertakis & Azari, 2012; Sandhu et al., 2009). Het verschil in patiëntgerichtheid is echter alleen merkbaar tijdens consulten over psychosociale klachten en niet bij consulten over biomedische problemen (Shin et al., 2014). Deze psychosociale problemen zoals stress worden vaak aangewezen als de onderliggende oorzaak van SOLK-gerelateerde klachten, zowel door huisartsen als door de patiënten zelf (T.C. Olde Hartman, persoonlijke communicatie, 8 februari 2018). Er zal in dit onderzoek alleen worden ingegaan op de arts-patiëntcommunicatie over psychosociale aspecten; de biomedische klachten zullen buiten beschouwing worden gelaten.

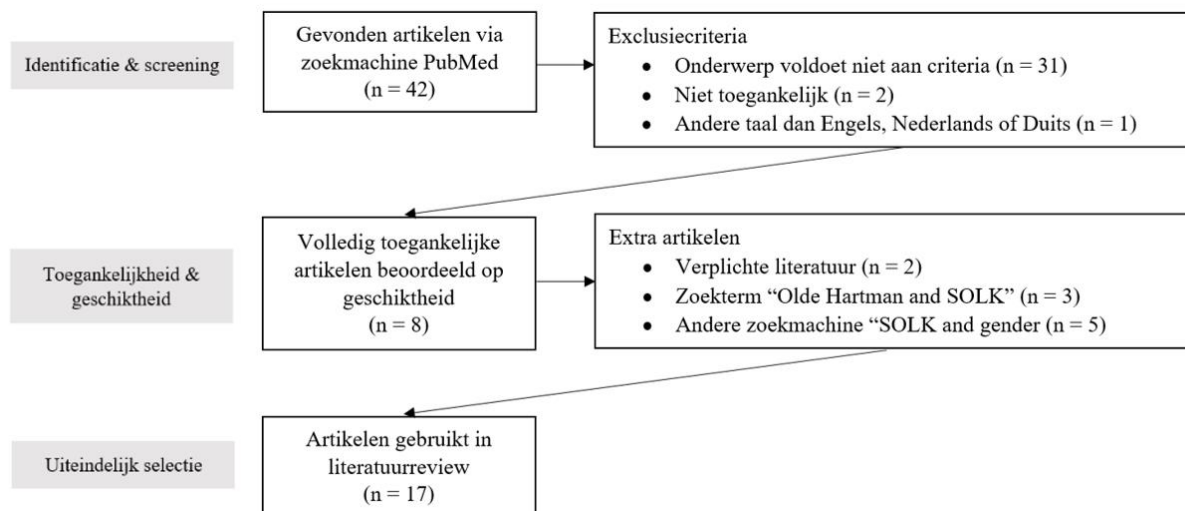
Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de arts-patiëntcommunicatie in huisartsenpraktijken beïnvloed wordt door het geslacht van de arts. Waar mannelijke artsen minder patiëntgericht zijn en veel aandacht besteden aan lichamelijk onderzoek, laten vrouwelijke artsen de patiënt vaker aan het woord en praten ze meer over de psychosociale klachten van de patiënt. Voor zover bekend is er nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van het geslacht van de arts op de manier waarop patiënten met een SOLK-gerelateerde diagnose over hun klachten praten in de spreekkamer van hun huisarts. Om dit effect te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

RQ: Welke rol speelt het geslacht van de arts en de patiënt bij de tevredenheid van SOLK-patiënten met de communicatie tijdens huisartsconsulten?

Methodes

Voor de identificatie van artikelen voor deze literatuurreview werd gebruik gemaakt van de database PubMed. Om in aanmerking te komen voor inclusie in deze review moest een artikel de onderwerpen gender, communicatie, SOLK en psychosociale aspecten bevatten. De gebruikte zoekwoorden voor geslacht waren gebaseerd op Roter, Hall en Aoki (2002) en de zoektermen voor communicatie waren gebaseerd op Roter, Hall en Aoki (2002) en Inge Stortenbeker (I. Stortenbeker, persoonlijke communicatie, 8 maart 2018). De zoekwoorden voor de onderwerpen SOLK en psychosociale aspecten werden iteratief samengesteld door steeds nieuwe trefwoorden uit de al gevonden artikelen toe te voegen.

Afbeelding 1. Inclusie- en exclusiecriteria artikelen literatuurreview



Na het samenvoegen van de zoektermen van de vier bovengenoemde onderwerpen bleven er 42 artikelen over. Uit een globale analyse van titel en abstract bleken 24 artikelen niet geschikt, bijvoorbeeld omdat gender alleen genoemd werd in de methodesectie. Na een

uitgebreide analyse bleken nog eens zeven artikelen niet aan alle criteria te voldoen. Daarnaast waren twee artikelen niet toegankelijk vanuit de Radboud Universiteit en was één artikel alleen vindbaar in het Japans. De overige artikelen waren volledig toegankelijk en geschreven in het Engels (n = 7) of Duits (n = 1). Het verder specificeren van de gebruikte zoektermen leverde niet meer geschikte resultaten op, dus werd besloten om op een andere manier naar artikelen te zoeken. Omdat de onderwerpen SOLK, gender en arts-patiëntcommunicatie nauwelijks samen onderzocht zijn, werd er gezocht op arts-patiëntcommunicatie en gender (n = 2, verplichte literatuur), maar ook dit leidde niet tot relevante resultaten. Een specifieke zoekopdracht naar artikelen van huisarts en SOLK en genderonderzoeker Tim Olde Hartman (T.C. Olde Hartman, persoonlijke communicatie, 8 februari 2018) leverde drie geschikte artikelen op. Daarnaast werden nog vijf resultaten gevonden via een andere zoekmachine.

De uiteindelijke zeventien artikelen werden volledig gelezen en geanalyseerd door twee onderzoekers en de informatie uit de artikelen werd onderverdeeld in vier categorieën: patiënttevredenheid, uitdagingen voor artsen, de effecten van geslacht en verbeteringen voor arts-patiëntcommunicatie. Bij onenigheid werd er door middel van een discussie overeenstemming bereikt. Omdat de gebruikte artikelen voornamelijk het woord “geslacht” gebruikten, is er in deze literatuurreview ook gebruik gemaakt van het woord “geslacht” in plaats van “gender”. De artikelen worden besproken aan de hand van bovenstaande thema’s.

Review

Patiënttevredenheid

Uit vijftien artikelen die worden besproken in deze literatuurreview komt expliciet naar voren dat patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) ontevreden zijn met de medische zorg die ze krijgen van hun arts. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen drie thema's: ontevredenheid met de diagnose, ontevredenheid met empathie van de arts en ontevredenheid die samenhangt met het geslacht van de patiënt of de arts.

Diagnose

SOLK-patiënten zijn het vaak oneens met de diagnose die gesteld wordt door hun arts (Fritzsche et al., 2011; Rosendal et al., 2017). Artsen zoeken naar lichamelijke oorzaken van de klachten, omdat gedacht wordt dat SOLK-patiënten hier behoefte aan hebben. Dit blijkt niet zo te zijn: patiënten met SOLK staan open voor psychosociale verklaringen voor hun klachten, maar omdat de arts hier niet op focust, zijn patiënten ook minder geneigd op de psychosociale aspecten van hun klachten te focussen (Salmon, Ring, Dowrick, & Humphris, 2005). Omdat een diagnose vaak uitblijft voelen SOLK-patiënten zich ontevreden of zelfs afgewezen door hun arts. Dit kan als gevolg hebben dat patiënten andere artsen bezoeken of op zoek gaan naar alternatieve behandelingen (Fritschze et al., 2011; Boeckle, Liegl, Leitner, & Pieh, 2014). Het gebrek aan een passende diagnose kan leiden tot angst en depressie (Heinbokel et al., 2017). Patiënten krijgen vaak medicijnen als antidepressiva, terwijl ze zelf voorkeur hebben voor een gespreksbehandeling, ofwel een persoonsgerichte benadering.(Lucassen et al., 2017)

Empathie

Patiënten kunnen tijdens consulten een gebrek aan empathie bij de arts ervaren (Den Boeft et al., 2016; Houwen et al., 2017; Morriss et al., 2007). SOLK-patiënten hebben behoefte om hun

emotionele agenda met hun arts te delen en wanneer hier geen gelegenheid voor gegeven wordt, kunnen patiënten zich onbegrepen voelen. Ook het kijken op een computerscherm tijdens het consult, weinig vragen stellen en gebrek aan oogcontact zorgen ervoor dat patiënten zich niet op hun gemak voelen bij hun arts (Houwen et al., 2017).

Ook de discrepantie tussen wat patiënten willen bespreken tijdens het consult en wat de arts bespreekt, kan ervoor zorgen dat SOLK-patiënten zich niet serieus genomen voelen (Houwen et al., 2017; Groben, & Hausteiner, 2011). Doordat er om psychosociale aspecten van de klachten van SOLK-patiënten heen gedraaid wordt (Joosten, Mazeland, & Meyboom-De Jong, 1999), voelen patiënten zich niet genoeg op hun gemak om deze te delen met hun arts (Morriss et al., 2007).

Geslacht

Hoewel er altijd verschillen zijn in hoe tevreden patiënten met hun behandeling zijn, is er een onderscheid te maken in geslacht. Zo rapporteren vrouwen meer klachten die als SOLK aangemerkt worden dan mannen (Van Diest et al., 2005). Ook zijn klachten die vrouwen met SOLK aan hun huisarts voorleggen vaak van meer ernstige aard dan de klachten die mannen met SOLK aan hun huisarts presenteren.

Mannen en vrouwen verschillen niet alleen in de manier waarop ze klachten presenteren, maar ook verschillen ze in de manier waarop ze klachten ervaren. Barsky, Peekna en Borus (2001) stellen dat vrouwen sneller veranderingen in hun lichaam opmerken, mede doordat vrouwen ongesteld worden en later in hun leven in de overgang raken. Ook vergeten mannen klachten die zich in het verleden voordeden sneller dan dat vrouwen doen. Een mogelijke oorzaak die de auteurs hiervoor noemen is dat het voor vrouwen meer geaccepteerd is om over angst en pijn te praten. Malterud (2000) stelt echter dat vrouwen met klachten hierdoor minder serieus genomen worden dan mannen. Bij vrouwen worden klachten eerder aan psychosociale

oorzaken gewijd dan bij mannen.

Niet alleen het geslacht van de patiënt, maar ook dat van de arts kan invloed hebben op de tevredenheid van patiënten. Zo communiceren vrouwelijke artsen over het algemeen meer emotioneel en empathisch en duren hun consulten langer dan die van mannelijke artsen (Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009). Mannelijke artsen communiceren meer taakgeoriënteerd en dominant dan vrouwelijke artsen. Ook de combinatie van het geslacht van de arts en het geslacht van de patiënt kan invloed hebben op de tevredenheid van patiënten. Zo duren consulten van vrouwelijke artsen met vrouwelijke patiënten gemiddeld langer en wordt er veel aandacht besteed aan psychosociale thema's. Ook bij consulten van mannelijke artsen met mannelijke patiënten is dit het geval. Een langere duur van het consult zorgt over het algemeen voor meer patiënttevredenheid, evenals meer aandacht voor psychosociale onderwerpen. Een combinatie van mannelijke artsen en mannelijke patiënten leverde het minst patiëntgerichte en meest lichamelijk gerichte consult op.

Uitdagingen voor de arts

Niet alleen is het voor patiënten met SOLK moeilijk om met de diagnose (of het gebrek daaraan) om te gaan, ook voor artsen is het een uitdaging. Over het algemeen wordt de behandeling van patiënten met SOLK door artsen als meer belastend ervaren dan de behandeling van “doorsnee” patiënten (Boeckle et al., 2014). Een mogelijke verklaring die de auteurs noemen is dat patiënten met SOLK vaak al van behandelaar zijn gewisseld en daardoor mondiger zijn dan andere patiënten. Wel is het zo dat artsen die een vervolgopleiding met betrekking tot psychosociale behandelingen hebben gedaan het minder belastend vinden om SOLK-patiënten te behandelen dan artsen die geen speciale vervolgopleiding hebben. Dit wordt bevestigd door Houwen et al. (2017), die stellen dat artsen psychosociale cues vaak over het hoofd zien. Een vervolgopleiding of cursus zou hier een mogelijke oplossing voor zijn.

Effecten van geslacht

Uit vrijwel alle studies die worden besproken in deze literatuurreview blijkt dat SOLK vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (Barsky et al., 2001; Malterud, 2000). Dit geldt echter niet voor hypochondrie, waarbij SOLK gecombineerd wordt met de angst om ziek te zijn (Barsky et al., 2001). Hypochondrie komt even vaak voor bij vrouwen als bij mannen, waaruit geconcludeerd kan worden dat onverklaarde klachten bij vrouwen niet ontstaan uit angst voor ziektes (Barsky et al., 2001).

Geslacht biases in wetenschappelijk onderzoek

De verschillen tussen mannen en vrouwen op het gebied van SOLK kunnen mogelijk verklaard worden door onbewuste biases in wetenschappelijk onderzoek en in de medische praktijk. Zo blijkt uit een literatuurreview van Barsky et al. (2001) dat het meer naar voren komen van stress en gezondheidsproblemen bij vrouwen dan bij mannen in wetenschappelijk onderzoek verklaard kan worden door een interactie-effect tussen het geslacht van de interviewer en het geslacht van de geïnterviewde. Omdat de meeste interviews worden afgenomen door vrouwelijke onderzoekers, en respondenten zich meer op hun gemak voelen bij interviewers van hetzelfde geslacht, zullen psychosociale klachten en andere gezondheidsproblemen in wetenschappelijk onderzoek vaker geconstateerd worden bij vrouwen dan bij mannen (Barsky et al., 2001).

Daarnaast worden resultaten die significante verschillen ondersteunen sneller opgenomen in de literatuur dan resultaten van toetsen waarbij geen verschillen zijn gevonden (Barsky et al., 2001). Dit leidt tot een grote hoeveelheid studies die de verschillen tussen mannen en vrouwen op het gebied van SOLK bevestigen, waardoor de bestaande geslacht biases in stand wordt gehouden. Hier moet worden opgemerkt dat er in meerdere onderzoeken naar de invloed van geslacht op een SOLK diagnose sprake is van een confirmation bias

(Malterud, 2000; Patel, Andrew & Peltó, 2008). Malterud (2000) lijkt vrouwen neer te zetten als slachtoffers van niet geëmancipeerde artsen, die weigeren empathie te tonen en alle vrouwen over één kam scheren, en Patel et al., (2008) lijken actief op zoek te zijn naar een SOLK diagnose: slechts vijf van de 37 participanten gaven stress als expliciete oorzaak van hun lichamelijke klachten, maar dit wordt wel als de belangrijkste oorzaak gerapporteerd.

Geslacht biases in de medische praktijk

Bovengenoemde geslacht biases komen niet alleen voor in wetenschappelijk onderzoek: ze zijn ook zichtbaar in de medische praktijk. Artsen zijn sneller geneigd om medisch onverklaarde klachten toe te schrijven aan stress en andere psychosociale oorzaken bij vrouwelijke dan bij mannelijke patiënten (Barsky et al., 2001; Malterud, 2000). Vrouwelijke patiënten met hartklachten worden bijvoorbeeld minder snel doorverwezen naar een specialist dan mannelijke patiënten met exact dezelfde klachten (Schulman et al., 1999). Uit verschillende onderzoeken (Barsky et al., 2001; Malterud, 2000; Van Diest et al., 2005) blijkt dat zowel artsen als patiënten de bestaande geslacht biases in stand houden. Vrouwelijke patiënten krijgen wel degelijk vaker de diagnose SOLK, maar hebben ook vaker vage klachten, die moeilijk te diagnosticeren zijn en door de vrouwelijke patiënten zelf al aan stress gelinkt worden (Barsky et al., 2001; Van Diest et al., 2005). Daarnaast nemen artsen vrouwelijke patiënten minder serieus, en voelen vrouwen zich ook minder serieus genomen door hun arts dan mannen (Malterud, 2000, Schulman et al., 1999). Hierdoor voelen vrouwelijke patiënten zich minder op hun gemak bij hun huisarts, waardoor ze hun klachten minder volledig omschrijven en weinig loslaten over hun persoonlijke situatie (Barsky et al., 2001; Van Diest et al., 2005). Als gevolg hiervan worden de klachten van vrouwelijke patiënten nog minder serieus genomen door de arts, en wordt het voor de arts lastiger een correcte diagnose te stellen. Dit leidt er weer toe dat vrouwen vaker de diagnose SOLK krijgen.

De verschillen tussen mannen en vrouwen op het gebied van SOLK worden niet alleen verklaard doordat artsen vrouwelijke patiënten minder serieus nemen. Mannen en vrouwen verschillen ook in hoe ze klachten ervaren: volgens Barsky et al. (2001) zijn vrouwen zich meer bewust van kleine pijntjes en lichamelijke ongemakken dan mannen. Daarnaast vergeten vrouwen klachten uit het verleden minder snel dan mannen, waardoor vrouwen symptomen frequenter lijken op te merken en deze klachten als pijnlijker en intenser evalueren dan mannen. Er is echter geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen verschillen in de objectieve hoeveelheid en intensiteit van klachten (Barsky et al., 2001). Mannen ervaren dus evenveel symptomen als vrouwen, maar rapporteren deze als minder frequent en minder intens tijdens consulten met hun huisarts. Uit onderzoek van Van Diest et al. (2005) blijkt daarentegen wel een verschil voor patiënten met depressieve gevoelens: vrouwen geven aan ernstige en meer bedreigende symptomen, zoals hyperventilatie en pijn op de borst te ervaren, terwijl mannen vaker met griepachtige klachten, zoals een verstopte neus of keelpijn naar de huisarts gaan. De symptomen van vrouwen zijn vaak vager en complexer, en kunnen verklaard worden door een combinatie van somatische en psychische factoren (Van Diest et al., 2005).

Ook sociale normen kunnen gezien worden als verklaring voor het meer voorkomen van SOLK bij vrouwen dan bij mannen. Het is voor vrouwen meer geaccepteerd om emoties te uiten (Barsky et al., 2001; Malterud, 2000; Van Diest et al., 2005): al van kinds af aan leren jongen om minder over gezondheidsproblemen te praten en pijn te ontkennen, terwijl meisjes juist gestimuleerd worden om angst en lichamelijke klachten te benoemen (Barsky et al., 2001). Dit zou kunnen verklaren waarom vrouwen daadwerkelijk sneller medische hulp zoeken en meer gebruik maken van gezondheidszorg dan mannen (Barsky et al., 2001). Daarnaast rapporteren meerdere onderzoeken een verband tussen SOLK gerelateerde diagnoses en depressies en angststoornissen, die allemaal vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen. Enerzijds leidt de stress van medisch onverklaarde klachten tot meer stress en bij sommige

patiënten zelfs tot depressieve gevoelens (Van Diest et al., 2005). Anderzijds gaan depressie gerelateerde stoornissen vaak gepaard met lichamelijke klachten, waardoor de huisarts klachten als SOLK diagnosticeert en de depressie onopgemerkt blijft (Barsky et al., 2001; Malterud, 2000; Rosendal et al., 2017).

Verbeteren arts-patiëntcommunicatie

Uit bovenstaande analyse van de literatuur blijkt dat de communicatie tussen artsen en patiënten niet optimaal is. Patiënten hebben vaak het gevoel niet serieus te worden genomen (Groben & Hausteiner, 2011; Houwen et al., 2017) en artsen ervaren SOLK patiënten regelmatig als lastig (Boeckle et al., 2014). In deze paragraaf worden verschillende verbeteringsuggesties die in de literatuur naar voren komen besproken.

Klachten categoriseren

De classificatiecriteria voor de diagnose SOLK verschillen per arts (Rosendal et al., 2017) en worden vaak gebaseerd op een biomedisch ziektemodel (Lucassen et al., 2017; Rosendal et al., 2017). De eerste stap in het creëren van een meer universeel diagnosemodel voor patiënten met SOLK is de realisatie bij artsen dat SOLK een complexe diagnose is, met zowel biomedische als psychosociale aspecten. Daarnaast moeten SOLK-patiënten als individuen worden behandeld en niet als een groep patiënten met dezelfde klachten en kenmerken (Lucassen et al., 2017; Rosendal et al., 2017). Rosendal et al. (2017) stellen een “prognosis-based” classificatiemodel voor waarin niet alleen gekeken wordt naar of klachten medisch verklaard kunnen worden, maar ook naar de impact van deze klachten op de levenskwaliteit en het toekomstige gebruik van gezondheidszorg van de patiënt. Patiënten worden gecategoriseerd op basis van een aantal kenmerken, zoals het soort klachten en de duur en frequentie van de klachten (Rosendal et al., 2017). Deze categorisatie komt overeen met de visie van Lucassen et

al. (2017): zij stellen dat klachten benaderd moeten worden als een belemmering van de dagelijkse bezigheden van de patiënt en niet als een lichamelijk defect.

Klachten verklaren

Volgens Den Boeft et al. (2016) moet het achterhalen van de oorzaak van de klachten een gezamenlijk proces zijn, waar arts en patiënt evenredig aan bijdragen. SOLK patiënten zijn het meest gebaat bij rationele verklaringen, gebaseerd op een oorzakelijk verband tussen psychosociale problemen en biomedische symptomen, die leiden tot therapeutische behandelingen (Den Boeft et al., 2016). Het is belangrijk om een ‘safe space’ te creëren, waarin patiënten zich begrepen voelen (Groben & Hausteiner, 2011), en zowel artsen als patiënten zich voldoende op hun gemak voelen om psychosociale oorzaken aan te kaarten (Joosten et al., 1999; Morriss et al., 2007). Daarnaast mag het belang van empathie zeker niet onderschat worden: patiënten zijn vooral op zoek naar een arts die hen serieus neemt en empathie toont (Den Boeft et al., 2016; Houwen et al., 2017; Morriss et al., 2007)

Klachten behandelen

Veel artsen vinden de behandeling van patiënten met SOLK vaak meer belastend dan de behandeling van reguliere patiënten, maar dit geldt niet voor artsen die opgeleid zijn in psychosomatische ziekten en het aantal SOLK-patiënten in hun praktijk relatief hoog inschatten (Boeckle et al., 2014). Ook artsen met relatief goede gespreksvaardigheden ervaren de behandeling van SOLK-patiënten niet als extra belastend (Boeckle et al., 2014). Om de lasten van artsen te verlichten, moet er meer aandacht worden besteed aan gespreksvaardigheden van toekomstige artsen en aan het herkennen en diagnosticeren van psychosomatische klachten en SOLK (Boeckle et al., 2014; Malterud, 2000). Daarnaast moet de focus van artsen niet liggen op het behandelen van de biomedische klachten, maar op het persoonlijk herstel van de patiënt

(Lucassen et al., 2017). Een effectieve behandeling van SOLK is patiëntgericht en focust op het terugkrijgen van hoop op en vertrouwen in volledig herstel (Lucassen et al., 2017).

Conclusie

Uit de besproken literatuur komt naar voren dat SOLK-patiënten over het algemeen ontevreden zijn met de communicatie van hun huisarts tijdens consulten. Patiënten hebben het gevoel dat artsen hun klachten niet serieus nemen, omdat ze een gebrek aan empathie en begrip ervaren. In veel gevallen proberen patiënten psychosociale aspecten van hun klachten te bespreken, maar artsen gaan hier niet altijd op in, doordat ze psychosociale cues over het hoofd zien. Een mogelijk gevolg hiervan is dat SOLK-patiënten regelmatig van huisarts wisselen, waardoor er geen goede arts-patiëntrelatie wordt ontwikkeld. Verder ervaren artsen de behandeling van patiënten met SOLK over het algemeen als zwaarder dan de behandeling van patiënten met medisch verklaarbare klachten.

Een andere moeilijkheid bij het diagnosticeren van SOLK is de rol van geslacht. Vrouwen herinneren zich klachten beter en ze rapporteren eerdere klachten als frequenter en intenser dan mannen. Ook hebben vrouwen vaker last van vage en complexe klachten dan mannen en koppelen ze deze zelf aan stress. Vrouwelijke patiënten worden door artsen over het algemeen minder serieus genomen bij het presenteren van hun klachten dan mannelijke patiënten. Dit zorgt ervoor dat vrouwen zich minder op hun gemak voelen, waardoor ze hun klachten minder uitgebreid omschrijven. Dat maakt het voor artsen moeilijker om een volledig beeld te krijgen van de patiënt. Hierdoor is het vaak niet mogelijk een kloppende diagnose te stellen. Dit leidt ertoe dat vrouwen vaker gediagnosticeerd worden met SOLK.

De hogere prevalentie van SOLK bij vrouwen kan verklaard worden doordat vrouwen eerder en vaker met klachten naar hun huisarts gaan dan mannen. De onzekerheid van een SOLK-diagnose kan leiden tot angst of depressie. Daarentegen worden depressieve klachten

vaak niet als zodanig herkend, maar gediagnosticeerd als SOLK. Zowel depressies als SOLK komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het meer geaccepteerd is voor vrouwen om over pijn en emoties te praten en om hulp te vragen.

Er is relatief veel onderzoek gedaan naar SOLK, gender en arts-patiëntcommunicatie. Deze aspecten zijn echter nog nauwelijks in combinatie met elkaar onderzocht. Hierdoor is er op basis van de bestaande literatuur geen definitieve conclusie te trekken over de rol van het geslacht van de arts en de patiënt bij de tevredenheid van SOLK-patiënten met de communicatie tijdens huisartsconsulten. Wel kan er geconcludeerd worden dat SOLK-patiënten behoefte hebben aan meer emotionele steun dan patiënten met medisch verklaarbare klachten. Hoewel deze steun vaak ontbreekt volgens patiënten, wordt deze over het algemeen vaker geboden door vrouwelijke artsen dan mannelijke artsen.

Er heerst veel wederzijds onbegrip; patiënten voelen zich niet begrepen door hun arts en artsen voelen zich op hun beurt vaak machteloos tegenover patiënten met SOLK. Bewustzijn van de problemen die er spelen kan bijdragen aan verbetering van de communicatie tussen arts en patiënt.

Discussie

Uit de besproken literatuur komt naar voren dat het thema “SOLK en gender” nog vrijwel niet is onderzocht vanuit een communicatieperspectief. De elementen zijn afzonderlijk van elkaar uitvoerig onderzocht, maar nog niet eerder samengebracht. Er wordt daarom geadviseerd om de drie elementen samen te brengen in vervolgonderzoek. Juist de combinatie van deze elementen geeft een volledige en realistische weergave van de communicatie tussen huisartsen en SOLK-patiënten en de rol van geslacht hierin. Daarnaast is het van belang dat er duidelijkheid wordt verschaft in het verband tussen ontevreden patiënten, problemen bij het

diagnosticeren van SOLK en de effecten van geslacht, zodat het bestaande patroon kan worden doorbroken.

Enkele limitaties van deze studie zijn de gebruikte zoekstrategie en de subjectieve aard van de synthese van de artikelen. De gebruikte zoekstrategie was niet optimaal, aangezien slechts acht van de 42 die via PubMed werden gevonden aan alle criteria bleken te voldoen. De overige negen artikelen zijn via andere databases (bijvoorbeeld Google Scholar en LLBA) gezocht. Hierdoor kunnen belangrijke artikelen over het hoofd gezien zijn, omdat deze niet naar boven kwamen naar aanleiding van de gebruikte zoektermen in deze databases. Verder zijn de geselecteerde artikelen door slechts twee onderzoekers geanalyseerd, waardoor belangrijke cues mogelijk onopgemerkt zijn gebleven.

Praktische implicaties

Om de communicatie tussen huisartsen en SOLK-patiënten te verbeteren worden enkele aanbevelingen gedaan. Ten eerste is het van belang elke patiënt als individu te beschouwen, niet als onderdeel van een groep. Iedere patiënt is anders en klachten worden op verschillende manieren ervaren en geuit. Daarom is het noodzakelijk de diagnose en behandeling te personaliseren.

Ten tweede wordt in de literatuur een gezamenlijk diagnoseproces van arts en patiënt voorgesteld. Hierbij is het van belang een vertrouwde ruimte voor de patiënt te creëren. Bewustwording van de effecten van het geslacht van de arts op de mate waarin SOLK-patiënten zich genoeg op hun gemak voelen om hun psychische klachten met hun arts te delen, stelt artsen in de gelegenheid om (on)bewuste discriminatie of ongelijke behandeling van mannen of vrouwen te erkennen en te voorkomen. Wanneer de arts zich bewust is van patiënten die zich al dan niet anders gedragen tegenover artsen van het andere geslacht, kan hier rekening mee

worden gehouden.

Verder wordt aanbevolen om in het medische onderwijs meer aandacht te besteden aan psychosomatische oorzaken van klachten en meer nadruk te leggen op gespreksvaardigheden. Daarnaast moet de focus van artsen niet liggen op het behandelen van de biomedische klachten, maar op het persoonlijk herstel van de patiënt. Een effectieve behandeling van SOLK is patiëntgericht en focust op het terugkrijgen van hoop op en vertrouwen in volledig herstel.

Tot slot is het ook voor patiënten goed om zich bewust te zijn van de invloed van geslacht op klachtenpresentatie en tevredenheid. Wanneer de patiënt zich bewust is van eventueel ongemak of terughoudendheid in het presenteren van klachten aan de arts kan de patiënt dit aangeven, zodat klachten beter beschreven kunnen worden en daarmee duidelijkheid komt over het ziektebeeld van de patiënt. Duidelijkheid over het ziektebeeld komt mogelijk ten goede aan het ziekteverloop van SOLK-patiënten.

Referenties

- Barsky, A.J., Peekna, H.M., & Borus, J.F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266-275.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x>.
- Bertakis, K.D., & Azari, R. (2012). Patient-Centered Care: The influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *Journal of Women's Health*, 21, 326-333. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011.2903>
- Boeckle, M., Liegl, G., Leitner, A., & Pieh, C. (2014). Wie belastend ist die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen?. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(4), 383-391.
- Den Boeft, M., Huisman, D., Morton, L., Lucassen, P., van der Wouden, J. C., Westerman, M. J., ... & Burton, C. D. (2016). Negotiating explanations: doctor–patient communication with patients with medically unexplained symptoms—a qualitative analysis. *Family Practice*, 34(1), 107-113.
- Fritzsche, K., Xudong, Z., Anselm, K., Kern, S., Wirsching, M., & Schaefer, R. (2011). The treatment of patients with medically unexplained physical symptoms in China: a study comparing expectations and treatment satisfaction in psychosomatic medicine, biomedicine, and traditional Chinese medicine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(3), 229-244.
- Groben, S., & Hausteiner, C. (2011). Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: Do somatic causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(3), 229-238.

- Heinbokel, C., Lehmann, M., Pohontsch, N. J., Zimmermann, T., Althaus, A., Scherer, M., & Löwe, B. (2017). Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: study protocol for a mixed methods study in Germany. *British Medical Journal*, 7(8), e014157.
- Houwen, J., Lucassen, P. L., Stappers, H. W., Assendelft, W. J., van Dulmen, S., & Olde Hartman, T. C. (2017). Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *British Journal of General Practice*, bjgp17X692537.
- Joosten, A., Mazeland, H., & Jong, B. M. D. (1999). Psychosocial explanations of complaints in Dutch general practice. *Family Practice*, 16(3), 245-249.
- Lucassen, P. L. B. J., Postma, S., Olde, T. H., Linssen, M. J., Wolf, J., & Gerritsen, D. L. (2017). Approaching psychological problems like a general practitioner. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D1474-D1474.
- Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine Kansas City*, 32(9), 603-611.
- Morriss, R., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Dunn, G., Rogers, A., ... & Rigby, C. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 536-542.
- Olde Hartman, T.C., Blankenstein, A.H., Molenaar, A.O., Bentz van den Berg, D., Van der Horst, H.E., Arnold, I.A., Burgers, J.S., Wiersma, T.J., & Woutersen-Koch, H. (2013). *NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)* [Huisarts Wet 2013;56(5):222-30]. Geraadpleegd van

<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>

Ong, L.M.L, De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-Patient Communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40, 903-918.

Patel, V., Andrew, G., & Pelto, P.J. (2008). The psychological and social contexts of complaints of abnormal vaginal discharge: A study of illness narratives in India. *Journal of Psychosomatic Research*, 84, 255-262.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.015>.

Rosendal, M., Hartman, T. C. O., 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. *Biomedical Central Family Practice*, 18(1), 18.

Roter, D.L., Hall, J.A., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. *Jama*, 288, 756-764.

Salmon, P., Ring, A., Dowrick, C. F., & Humphris, G. M. (2005). What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized?. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(4), 255-260.

Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor–patient communication: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 348-355.

- Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., ... & Eisenberg, J. M. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*, *340*(8), 618-626.
- Shin, D.W., Roter, D.L., Roh, Y.K., Hahm, S.K., Cho, B., & Park, H. (2015). Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Education Counseling*, *98*, 55-60.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.008>
- Van Diest, I., De Peuter, S., Eertmans, A., Bogaerts, K., Victoir, A., & van den Bergh, O. (2005). Negative affectivity and enhanced symptom reports: Differentiating between symptoms in men and women. *Social Science & Medicine*, *61*(8), 1835–1845.