

Zakkaartje SOLK

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

1. Wat is SOLK?

- **SOLK** = lichamelijke klachten die **langer dan enkele weken** duren én waarvoor bij adequaat onderzoek **geen (voldoende) verklarende aandoening** wordt gevonden
- Ook SOLK: klachten ernstiger of langduriger dan de gevonden aandoening verklaart
- SOLK is een **werkhypothese**, geen eindstation
- Klachten uiten is voor sommigen dé manier om aan te geven dat het niet goed gaat
- Vaak: moeheid, buikpijn, rugpijn, duizeligheid, misselijkheid

2. Terminologie & clusters

- **4 klachtenclusters:** gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat, algemeen specifiek (moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie-/geheugenklachten)
- Overlappende syndromen: fibromyalgie, PDS, chronische vermoeidheidssyndroom
- Losse termen: functionele, psychosomatische of somatoforme klachten
- Waarschijnlijk één spectrum dat zich op meerdere gebieden kan uiten

3. Epidemiologie & beloop

- Tot **40%** van de consulten gaat over klachten zonder (voldoende) somatische verklaring
- Langdurige, ernstige SOLK: prevalentie **± 2,5%**
- Gunstig beloop: bij **50-75%** nemen klachten af in 12-15 mnd; bij 10-30% nemen ze toe
- Ongunstig: veel klachten, lange duur en hoge ernst bij presentatie
- Goede arts-patiëntrelatie verbetert de prognose

4. Werkhypothese & alarm

- Stel SOLK pas als somatische / psychische pathologie voldoende onwaarschijnlijk is
- **Blijf alert** - SOLK blijft een werkhypothese
- Heroverweeg bij: **alarmsymptomen** of verandering van het klachtenpatroon
- Gebruik klachtspecifieke NHG-Standaarden: PDS, Maagklachten, Lagerugpijn, Hoofdpijn, Slaapproblemen, Duizeligheid
- Bij verandering: opnieuw lichamenlijk en zo nodig aanvullend onderzoek

5. Klachtexploratie: SCEGS

- Laat de patiënt enkele minuten ononderbroken praten; let op hints en lichaamstaal
- **S** Somatisch: aard, plaats, duur, ernst, patroon, cluster, medicatie/middelen
- **C** Cognitief: ideeën over oorzaak, ziekteattributies, catastrofen, verwachtingen
- **E** Emotioneel: gevoelens, ongerustheid, angst, somberheid (evt. vragenlijst)
- **G** Gedrag: vermijding, overactiviteit, verzuim, hulpzoekgedrag
- **S** Sociaal: gevolgen voor relaties, werk en thuis; reactie omgeving

6. Ernst inschatten

- **Mild:** lichte beperkingen; 1-enkele klachten in 1-2 clusters
- **Matig:** matige beperkingen; klachten in ≥ 3 clusters en/of duur langer dan verwacht
- **Ernstig:** ernstige beperkingen; klachten in alle clusters en/of duur > 3 mnd
- Ongunstig: veel/langdurige klachten en veel functionele beperkingen
- **Ernst bepaalt het beleid** (stepped care)

7. Doelen van het beleid

- Gezamenlijke **probleemdefinitie** die patiënt én huisarts accepteren
- Onnodige ongerustheid en hinder verminderen, ondanks de klachten
- Functioneren verbeteren op alle SCEGS-dimensies
- Stapsgewijs: begin met de **lichtst mogelijke effectieve** behandeling
- Bij matig/ernstige SOLK mag je direct intensiever starten

8. Comorbiditeit angst/depressie

- Milde SOLK: nauwelijks verband met angst/depressie
- Ernstige SOLK: **> 3× zoveel kans** op angst-/depressieve stoornis; ¼ heeft beide
- Beoordeel bij de exploratie of hieraan gedacht moet worden (zie NHG Angst/Depressie)
- Dubbeldiagnose zinvol als: nadruk op lichamelijke klacht, klacht was er eerder, of beide vragen aparte behandeling
- Twijfel over psychiatrie? Overleg/verwijs psychiater

9. Stap 1 – Voorlichting & uitleg

- Vat samen wat **wél** en wat **niet** is gevonden; sluit aan bij verwachtingen
- Gebruik positieve, beschrijvende termen ('uw rug kan normaal bewegen'), niet 'er is niets'
- Stel een ongeruste patiënt niet herhaald ongericht gerust; neem zorgen serieus
- Bij specifieke angst (bv. kanker): benoem juist wat de patiënt niet heeft
- Verwijs naar **thuisarts.nl**

10. Stap 1 – Herstelbelemmering

- **Somatisch:** comorbiditeit/slaapstoornis behandelen
- **Cognitief:** catastrofale gedachten uitdagen en bijstellen
- **Emotioneel:** ziekte-/bewegingsangst bespreken; pijn betekent geen schade
- **Gedrag:** vermijding/overactiviteit; effect van gedrag uitleggen
- **Sociaal:** rol gezin/werk; evt. verwijzen naar bedrijfsarts

11. Stap 1 – Plan & medicatie

- Bouw activiteiten **tijdcontingent** op (op schema), niet klachtcontingent ('als de pijn het toelaat')
- Kernboodschap: prognose is goed, klachten wisselen, bewegen is niet schadelijk
- Blijf actief incl. (betaald) werk; maak concrete afspraken met vaste termijnen
- Pijn: kortdurend paracetamol, evt. NSAID; daarna afbouwen
- Controle: terug bij toename (1 wk) of geen verbetering (2-4 wk)

12. Stap 2 & 3 – Verwijzen

- **Stap 2 (matig):** 1e lijn — (psychosomatisch) fysio-/oefentherapeut, POH-ggz/SPV (bv. PST), CGT-geschoolde eerstelijnspsycholoog
- **Stap 3 (ernstig):** 2e lijn / multidisciplinaire teams of behandelcentra
- **Eén** hulpverlener houdt de regie (vaak de huisarts)
- Actieve behandeling > passieve (injecties/operaties als monotherapie ontraden)
- Ernstig: intensief fysiek + cognitief-gedragmatig revalidatieprogramma