

ben voor de werkdruk van de zorgleverende huisartsen is prima, maar wij hebben liever ondersteuning en uitbreiding van de bestaande structuur en ik denk niet dat het hier om een unieke situatie gaat!

Stijn van den Broek

Medisch callcenter 4

Over het callcenter van Achmea heb ik vanuit het veld (inspectie, NHG, LHV) weinig positief commentaar gehoord of gezien. Graag wil ik als gebruiker enig commentaar geven.

De telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk is vaak slecht en de belasting voor de praktijk is groot. Aan de assistente gedelegeerde taken zijn nauwelijks uitvoerbaar als de praktijk de gehele dag rechtstreeks telefonisch bereikbaar moet zijn. Huisartsenpraktijken kennen geen kwaliteitsbeleid; hun organisatorisch handelen is weinig transparant en er is geen controle van buitenaf. Allemaal zaken waarin een professionele organisatie als het callcenter kan en moet voorzien. Na mijn deelname aan de pilot medio 2002 besloot ik niet meer van het callcenter gebruik te maken. Sinds juli 2003 heb ik het callcenter echter in 'de daluren' weer ingeschakeld. 's Morgens en tussen de middag nemen wij de telefoon op voor het maken van afspraken en het telefonisch spreekuur.

Door de rapportage via fax en telefoon kan ik het handelen van het callcenter volgens mij prima controleren. De gegeven zelfzorgadviezen zijn over het algemeen van een behoorlijk niveau en patiënten zijn er tevreden over. Als bij een patiëntencontact de voorgeschiedenis relevant blijkt, is de praktijk eenvoudig bereikbaar.

Patiënten triageren ook zelf. Zij weten meestal waarvoor zij bellen: een afspraak, een telefonisch advies of hulp bij een spoedgeval. Mijn ervaringen met het callcenter bij spoedgevallen zijn uitstekend. De praktijk kan nog wel eens in gesprek zijn, het callcenter heeft altijd voldoende lijnen open. Als ik hetzelfde service-niveau in de praktijk zou moeten organi-

seren, zou dit aanzienlijk meer kosten en een complexe organisatie vergen.

Alles wat nieuw is heeft kinderziektes, dat heb ik tijdens de pilot gemerkt. Om de huisartsenzorg overeind te houden zijn innovatieve ideeën noodzakelijk. Waarom is men daar zo bang voor?

K. Meijer

NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode

De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode besteedt duidelijk aandacht aan de verhoogde ijzerbehoefte in de zwangerschap.¹ De afkappunten in eerste en tweede trimester voor hemoglobine (Hb) zijn conform internationale richtlijnen: 6,8 en 6,5 mmol/l, rekening houdend met de hemodilutie in de zwangerschap. Het is niet duidelijk waarom vervolgens geen rekening wordt gehouden met de hemoconcentratie die daarop volgt in het derde trimester.

Conform de standaard geeft een Hb >6,5 mmol/l aan het einde van de zwangerschap en post partum pas aanleiding tot actie. Dit betekent dat veel vrouwen onnodig in suboptimale conditie aan de veeleisende kraamperiode beginnen. Fysieke conditie is direct evenredig met het hemoglobinegehalte: de toename van de hartslag van vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l is 17% ten opzichte van vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l. Van de groep vrouwen met een Hb >8,1 mmol/l volbrengt 100% een maximale tredmolenarbeid, terwijl slechts 50% van een groep vrouwen met een Hb van 6,5 mmol/l deze prestatie weet te leveren.² Daarnaast is recentelijk aangetoond dat vrouwen met een normaal Hb maar geringe ijzerreserve (ferritine <50 µg/l) na ijzersuppletie minder moe zijn, gemeten op een tienpunts visuele analoge schaal.³

Er is dus alle reden om ook aan het einde van de zwangerschap en post partum te streven naar een voldoende ijzerreserve en een Hb van ten minste 7,5 mmol/l, het gangbare afkappunt voor anemie bij niet-zwangere vrouwen.

W.E. Elion-Gerritzen, klinisch chemicus

- 1 Oldenziel JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenendijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma TJ. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2003;46:369-87.
- 2 Gardner GW, Edgerton R, Senewiratne R, Barnard J, Ohira Y. Physical work capacity and metabolic stress in subjects with iron deficiency anaemia. Am J Clin Nutr 1977;30:910-7.
- 3 Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi C-L, Bonard C, Graff M, Michaud A, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. Brit Med J 2003;326:1124-6.

Antwoord

Elion-Gerritzen vraagt waarom de gehanteerde afkappunten bij de hemoglobinebepaling geen rekening houden met de hemoconcentratie in het laatste trimester van de zwangerschap. Ons inziens maakt zij een verkeerde aanname. De 'vertrouwde' normaalwaarden van het hemoglobinegehalte gedurende de zwangerschap zijn voornamelijk totstandgekomen in populaties waar zwangeren routinematig ijzer innamen. Heringa heeft aangetoond dat het normale Hb-verloop gedurende de zwangerschap met (routine-matige) ijzerinname anders verloopt dan zonder. Wanneer zwangeren geen ijzer innemen, blijft een stijging van het hemoglobinegehalte in het derde trimester uit.¹

In het vervolg van haar betoog gebruikt ze twee onderzoeken onder niet-zwangere vrouwen in zeer specifieke situaties. Deze zijn niet toepasbaar voor de eerstelijns Nederlandse zwangerenpopulatie. De KNOV-standaard 'Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk' besteedt veel aandacht aan de relatie tussen Hb-waarden en/of ijzerinname enerzijds en klachten en welbevinden van vrouwen anderzijds. Vermoeidheid in de zwangerschap blijkt nauwelijks gerelateerd aan een laag hemoglobinegehalte. IJzersuppletie leidt dan ook lang niet altijd tot verbetering van de klachten.² De kern van ons meningsverschil ligt bij de vaststelling dat wat we altijd als een 'laag' Hb bij zwangeren en kraamvrouwen hebben geïnterpreteerd, in de meeste gevallen niet overeenkomt met de diagnose 'ijzer-

gebreksanemie'. Bovendien blijkt er geen causale relatie aanwezig te zijn tussen 'lage hemoglobinewaarden' en slechte uitkomsten voor zwangeren, kraamvrouwen en baby's.²

D.O.A. Daemers, Tj. Wiersma, S. Flikweert

1 Heringa MP. *Computer-ondersteunde screening in de prenatale zorg* [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.

2 Amelink-Verburg MO, Daemers DOA, Rijnders MEB. *Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk*. Bilthoven/Leiden: KNOV TNO-PG, 2000.

Nerveus-functionele klachten 1

Met verbazing lezen wij het commentaar 'Nerveus-functionele klachten bestaan niet' van Henriëtte van der Horst (H&W 2003;46:602).

Elke huisarts ziet dagelijks patiënten met klachten waarvoor zij geen medische verklaring kan vinden. Onder hen zijn patiënten die dit soort klachten vaak en over lange tijd laten zien en waarbij de huisarts sterke aanwijzingen heeft voor een functionele achtergrond en/of voor een samenhang met psychosociale factoren. Deze patiënten, zo blijkt uit ons onderzoek, functioneren niet goed en vertonen opvallende overeenkomsten met patiënten bij wie de diagnose depressie is gesteld.

Wij suggereren in ons artikel dat het geven van een diagnostisch label (nu CNFK) tot een grotere alertheid bij vervolcontacten zou kunnen leiden. Een van de resultaten daarvan is wellicht dat tijdens vervolcontacten alsnog een psychische stoornis, bijvoorbeeld een depressie, aan het licht komt. Maar een naar ons idee veel belangrijker gevolg zou moeten zijn dat het beleid voor patiënten uit deze categorie gericht is op de cirkel waarin deze patiënten terecht zijn gekomen.

Juist het geven van dit diagnostisch label biedt de huisarts mogelijkheden om, ofwel zelf, ofwel met een verwijzing hulp te bieden in de vorm van cognitieve gedragstherapie of het versterken van het

probleemoplossend vermogen van deze patiënten, een beleid dat ook Van der Horst nastreeft. Het label kan zo betekenen dat de huisarts met de patiënt de bakens verzet van het zoeken naar een oorzaak van deze klachten naar een andere vorm van hulpverlening.

Het voorstel van de auteur de term CNFK te verlaten, ondersteunen wij, sterker nog, wij stellen zelf in ons artikel voor deze term, die in een geheel andere tijd is ontstaan, nu eens te herzien. Maar de keuze van Van der Horst voor de term onverklaarde klachten lost niets op. Deze term is te breed en bovendien kunnen patiënten zich in deze formulering heel slecht vinden, zoals de auteur van het commentaar nog had kunnen nalezen in het door ons geciteerde artikel van Stone.

E. van Weel-Baumgarten, W. van den Bosch

Nerveus-functionele klachten 2

Henriëtte van der Horst bepleit in haar commentaar (H&W 2003;46:602) het vervangen van de term 'nerveus-functionele klachten' door de term 'lichamelijk onverklaarde klachten'. Ik kan mij daar op zich zelf goed in vinden, maar tegelijk betwijfel ik het praktische nut van haar oproep. De Nijmeegse hoeders van de geestelijke nalatenschap van Huygen zullen er geen aanleiding in zien om te breken met de terminologie van de E-lijst, en buiten de kleine kring van CMR-adepten is er volgens mij nauwelijks meer iemand in Nederland die het begrip 'nerveus-functioneel' nog in de mond neemt.

Maar misschien zit ook hier het venijn in de laatste alinea, waar Van der Horst schrijft: 'Ik pleit ervoor alle termen af te schaffen die we gebruiken om te verhullen dat we voor lichamelijke klachten geen verklaring vinden.' Heeft dat pleidooi ook betrekking op de tientallen 'symptoomdiagnosen' uit component 1 van de ICPC, zoals buikpijn, misselijkheid, braken en jeuk? Dat zijn immers eveneens stuk voor stuk 'lichamelijk onbegrepen klachten' – artefacten ten behoeve van registratieprojecten, maar

met net zo weinig diagnostische betekenis als 'nerveus-functionele klachten'.¹ Geheel los hiervan zou ik willen vaststellen dat de redactiecommissie met dit commentaar opnieuw haar eigen beleid doorkruist. 'Redactieleden mogen wel commentaren schrijven, maar niet als ze methodologische kritiek op een artikel hebben', schreef Joost Zaat een paar maanden geleden (H&W 2003;46:349). Kennelijk is voor Peter Lucassen en Henriëtte van der Horst de kritische zin toch sterker dan de leer. Wat mij betreft blijft dat laatste overigens zo en wordt de leer gewoon aangepast.

Erik Hofmans

Hofmans EA. *Incidentie- en prevalentiecijfers uit vijf huisartsregistratie-systemen. Verslag van een pilotonderzoek*. Amsterdam: MediTekst, 1997.

Nerveus-functionele klachten 3

'Nerveus-functionele klachten bestaan niet', schrijft Van der Horst. Onzin, dacht ik, die heeft het niet begrepen. Hoe komt het toch dat zij het contextrijke en openingen biedende 'nerveus-functionele klachten' wil inruilen voor het doodse, met twijfelzucht en negativiteit omgeven 'lichamelijk onverklaarde klachten'?

De geneeskunde worstelt met naamgeving. Men probeert fenomenen zoveel mogelijk in hun kern te beschrijven. Is de pathofysiologie (goeddeels) ontrafeld, dan volgt een nosologische naam. De huisarts kan bijvoorbeeld bij bel Roos of een longcarcinoom de klachten verklaren, een beleid voeren. En de patiënt kan het in zo'n geval aan zijn omgeving uitleggen. In andere gevallen is een geneeskundige naam fenomenologisch van karakter. Deze categorie valt in tweeën uiteen. Zo'n naam kan vooral voor de patiënt geschikt zijn (fibromyalgie, prikkelbaredarmsyndroom). De patiënt kan de klachten met een compacte term aan zijn omgeving uitleggen. De huisarts kan de klacht niet verklaren en kiest voor een volgend beleid. Een fenomenologische naam kan ook de arts ten dienste staan (depressie-