

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

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: KNOVen 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'.<sup>1</sup> 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 belroos 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-

ve stoornis, enuresis nocturna). De huisarts kan de klacht niet verklaren, maar kan wel een weloverwogen beleid formuleren.

Welnu, de term 'nervus-functionele klacht' zoals omschreven in de CMR<sup>1</sup> past in de laatste categorie. De term 'lichamelijk onverklaarde klacht' past daar niet in, is eerder een eindstation waar een machteloze dokter en een patiënt die zich niet begrepen voelt erom strijden wie het ongelukkigst is. Bij een 'medisch onverklaarde klacht (...) gaan we op zoek naar een andere verklaring', schrijft Van der Horst. De denkfout die zij vervolgens maakt is dat de term 'nervus-functionele klacht' een van die gezochte andere verklaringen zou zijn. Dat is niet zo. 'Nervus-functionele klacht' is een werkhypothese voor de huisarts die daarmee (a) begrip toont (niet verklaart!), (b) de fenomenen waarvoor de patiënt hulp vraagt een naam geeft en (c) daarmee de weg opent voor gericht beleid. De huisarts zal in de gesprekken met de patiënt uitleggen dat aanvullend onderzoek in medisch-biologische betekenis geen zin heeft en zal in samenwerking met de patiënt de nadere analyse richten op de rol van de klacht in leven en leefwijze.<sup>2</sup> 'Nervus-functioneel' vertegenwoordigt het holistisch denken, 'lichamelijk onverklaard' het eendimensionale denken. Een vruchtbaar concept dus, moet de conclusie zijn.

Eloy van de Lisdonk

1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Maarssen: Elsevier, 2003.

2 Van Spaendonck KPM, Berger HJC, Haverkort AFM, Van de Lisdonk EH. *Functionele klachten in de huisartspraktijk. Een werkmodel*. Assen: Van Gorcum, 1996.

## Antwoord

Van de Lisdonk vindt de term lichamenlijk onverklaarde klachten [LOK] doods, eendimensionaal, een uiting van het Cartesi-

aanse dualisme. De term nervus-functionele klachten is voor mij een onbegrijpelijke term, en niet meer of minder contextrijk dan de term LOK. De laatste beschrijft naar mijn idee nauwkeuriger waar we staan dan de eerste, die ik eerlijk gezegd aan geen patiënt zou kunnen uitleggen: 'nervus, maar dokter, dat ben ik niet, en mijn klachten zijn niet functioneel, ik heb er juist last van'. De term LOK biedt openingen genoeg: gaat het om fysiologische fenomenen, die als afwijkend geïnterpreteerd worden, om subtiele verstoringen in de HPA-as – al dan niet als begeleidend verschijnsel van een depressie –, of misschien toch om uitingen van een ziekte met een nog onbekend pathofysiologisch substraat: wegen te over om te bewandelen. In die zin is het een 'brede' term, en juist daarom bruikbaar.

Context is uiteraard belangrijk in ons vak, maar nauwelijks te vangen in een term. We zijn het erover eens dat we in ons beleid rekening moeten houden met de context van de patiënt, zoals ook Van Weel en Van den Bosch onderstrepen in hun brief.

Hofmans schrijft dat ik methodologische kritiek op het stuk van Van Weel et al. heb geuit, maar ik zelf vind dat daarin sprake is van een eigenaardige redeneertrant. Misschien kun je dat een denkfout noemen, zoals Van de Lisdonk doet in zijn brief. Ik zie het als een bijdrage aan de discussie waarin ieder zijn of haar denken kan toelichten. Mijn pleidooi is toch iets praktischer dan Hofmans veronderstelt. Ik stel voor om niet alleen deze term af te schaffen, maar ook andere, zelfs veel vaker gebruikte termen als psychosomatische en psychosociale klachten. De behoefte van patiënten aan diagnostische labels is voorstelbaar, maar moet ons niet aanzetten tot het hanteren van onzinnige termen als myalgische encephalitis (letterlijk spierpijnachtige hersenontsteking – ik zou doodsbang worden van een dergelijke

term) of schijndiagnoses als een prikkelbaredarmsyndroom – elke darm is prikkelbaar – of nervus-functionele klachten.

Henriëtte van der Horst

## NHG-Standaard Functiestoornissen van de schildklier

Onlangs werd ik verrast door een patiënte die vroeg om een verwijzing. Ik had geadviseerd dat dit niet nodig was. Zij vond echter op internet informatie die het tegendeel beweerde. Op de NHG-site! Overleg met een internist bevestigde dat een verwijzing inderdaad zinloos was en dat er een foutje staat in de NHG-Standaard Functiestoornissen van de schildklier.

Wat wil het geval? Het betreft een patiënte met een goed gesuppleerde hypothyreoïdie en een zwangerschapswens. In de standaard staat dat deze groep inderdaad verwezen zou moeten worden. Waarom? In de toelichting vind ik daarvoor alleen argumenten bij hyperthyreoïdie, en eventueel voor de groep die al zwanger is.

Ik had niet verwacht dat ik ooit een van de onvolprezen standaarden zou corrigeren; meestal word ik door de standaard gecorrigeerd (en terecht). Graag een reactie – misschien ligt het toch anders.

Martien Wesseling

## Antwoord

Collega Wesseling heeft volkomen gelijk. De standaard is op dit punt verouderd. Verwijzing is niet meer nodig. Wel zijn gedurende de zwangerschap geregelde schildklierfunctie bepalingen nodig en moet de thyroxinedosering in de regel worden opgehoogd. We hopen de NHG-Standaard Functiestoornissen van de schildklier volgend jaar te kunnen herzien (als de bezuinigingen dat toelaten).

Tjerk Wiersma