

- Schouderklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995;38:342-7.
- 8 Norlander S, Gustavsson BA, Lindell J, Nordgren B. Reduced mobility in the cervico-thoracic motion segment-a risk factor for musculo-skeletal neck-shoulder pain: a two-year prospective follow-up study. Scand J Rehabil Med 1997;29:167-74.
 - 9 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997;314:1320-5.
 - 10 Winters JC, Jorritsma W, Groenier KH, Sobel JS, Meyboom-de Jong B, Arendzen HJ. Treatment of shoulder complaints in general practice: long term results of a randomised, single blind study comparing physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection. BMJ 1999;318:1395-6.
 - 11 Beurskens AJ, De Vet HC, Koke AJ, Lindeman E, Van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. J Manipulative Physiol Ther 1999;22:144-8.
 - 12 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. A shoulder pain score: a comprehensive questionnaire for assessing pain in patients with shoulder complaints. Scand J Rehabil Med 1996;28:163-7.
 - 13 Van der Heijden GJ, Leffers P, Bouter LM. Shoulder disability questionnaire. Design and responsiveness of a functional status measure. J Clin Epidemiol 2000;53:29-38.
 - 14 Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy 1996;37:53-72.
 - 15 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997;314:1320-5.
 - 16 Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract 1996;46:519-23.
 - 17 Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract 1996;46:519-23.
 - 18 De Winter AF, Jans MP, Scholten RJ, Deville W, Van Schaardenburg D, Bouter LM. Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement. Ann Rheum Dis 1999;58:272-7.
 - 19 Hoving JL, Buchbinder R, Green S, Forbes A, Bellamy N, Brand C, et al. How reliably do rheumatologists measure shoulder movement? Ann Rheum Dis 2002;61:612-6.
 - 20 Pool JJ, Hoving JL, De Vet HC, Van Mameren H, Bouter LM. The interexaminer reproducibility of physical examination of the cervical spine. J Manipulative Physiol Ther 2004;27:84-90.

Onderzoek

Chronisch-functionele klachten: één syndroom?

Tim olde Hartman, Peter Lucassen, Eloy van de Lisdonk, Hans Bor, Chris van Weel

Samenvatting

Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, Van de Lisdonk EH, Bor JHJ, Van Weel C. Chronisch-functionele klachten: één syndroom? Huisarts Wet 2005;48(9):443-8.

Achtergrond Betrouwbare longitudinale gegevens van patiënten met functionele klachten in de huisartsenpraktijk ontbreken.

Doel Vaststellen van onderscheidende kenmerken van patiënten met chronisch-functionele klachten, en bepalen of deze klachten de hypothese van het bestaan van specifieke somatische syndromen ondersteunen.

Opzet Observatieel onderzoek met een controlegroep in vier huisartsenpraktijken verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen (CMR).

Methode Honderdtweëntachtig patiënten die tussen 1998 en 2002 voor het eerst de diagnose chronisch-functionele klachten kregen en 182 controlepatiënten gematcht op leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en praktijk werden geïncludeerd. We verzamelden gegevens over comorbiditeit, verwijzingen, diagnostisch onderzoek en ziekenhuisopnamen in de 10 jaar voorafgaand aan de diagnose. Tevens verzamelden we gegevens over het medicijngebruik en het aantal consulten vanaf het moment

dat de huisarts registreerde met de computer.

Resultaten In de tien jaar voordat de diagnose chronisch-functionele klachten voor het eerst gesteld werd, kwamen patiënten significant met meer functionele klachten in twee of meer orgaan-systemen bij de huisarts en kregen zij meer somatische en psychiatrische medicatie voorgeschreven. Ze bezochten de huisarts twee keer zo vaak, hadden significant meer psychiatrische morbiditeit en werden vaker verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg en naar somatische medisch specialisten. Het aantal diagnostische onderzoeken en ziekenhuisopnamen was gelijk in beide groepen.

Conclusie Patiënten met chronisch-functionele klachten hebben een grote diversiteit aan functionele klachten. Ze krijgen, in vergelijking met de controlegroep, in de jaren voor de diagnose meer somatische en psychiatrische medicatie voorgeschreven. Bovendien worden ze vaker verwezen en hebben ze meer psychiatrische morbiditeit. De diversiteit van de klachten van patiënten met chronisch-functionele klachten ondersteunt enigszins het idee dat klachten niet in scherp omschreven specifieke syndromen zijn in te delen.

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: T.C. olde Hartman, arts-in-opleiding-tot-huisarts-en-onderzoeker; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts; dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts; H.H.J. Bor, statisticus; prof. dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: t.oldehartman@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, Van de Lisdonk EH, Bor HH, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? Br J Gen Pract 2004;54:922-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

Lichamelijk onverklaarde klachten komen veel voor: bij 1 op de 5 nieuwe consulten in de huisartsenpraktijk gaat het om deze klachten.^{1,2} In 25 tot 50% van alle bezoeken aan de huisarts vindt deze geen ernstige organische oorzaak. Van de patiënten die op het spreekuur van de medisch specialist komen, krijgt 20-40% geen diagnose.^{3,4} De klachten die de patiënt aan de arts voorlegt, beschouwen we dan als 'lichamelijk onverklaard' of 'functioneel'.⁵ Functionele of lichamelijk onverklaarde klachten staan op de tweede plaats van de 10 meest voorkomende lichamelijke klachten in de huisartsenpraktijk en hebben in Nederland een incidentie van 70 per 1000 patiëntjaren.⁶

Een incidenteel bezoek aan de huisarts voor een functionele klacht komt veel voor, maar het herhaaldelijk bezoeken van de huisarts vanwege functionele klachten is een groot probleem. Psychosociale problemen zijn vaak een onderliggende oorzaak. De diagnose 'chronisch-functionele klachten' kan pas gesteld worden wanneer een patiënt herhaaldelijk met lichamelijke klachten bij de arts komt die na adequaat onderzoek medisch onverklaard blijven; daarnaast moeten er aanwijzingen zijn voor onderliggende psychosociale problemen.

Een goede diagnose is van groot belang omdat patiënten met chronisch-functionele klachten belemmeringen ervaren in het dagelijks leven en een groot risico lopen op onnodige diagnostiek en behandeling.^{1,4,8-11} Onderzoek naar deze patiëntengroep is zowel uitgevoerd in ongeselecteerde populaties^{12,13} als bij patiënten die verwezen zijn naar de tweede lijn.^{14,15} De meeste van deze onderzoeken maken gebruik van vragenlijsten waarin patiënten gevraagd wordt naar klachten die zij in het verleden tijdens een bepaalde periode hebben gehad.^{10,16,17} Dit levert vertekende resultaten op omdat patiënten zich over een lange periode klachten moeten kunnen herinneren (*recall bias*).¹⁸

Er is tot nu toe geen onderzoek gepubliceerd naar patiënten met chronisch-functionele klachten in de huisartsenpraktijk waarbij gegevens zijn vastgelegd in een longitudinale databank en waarbij de diagnose betrouwbaar en valide is vastgelegd.

Er is veel discussie over de vraag of functionele klachten zijn in te delen in duidelijk omschreven specifieke functionele syndromen, zoals fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom, of spierspanningshoofdpijn, of dat deze specifieke syndromen grotendeels

deels het resultaat zijn van de medisch specialisatie, waarbij elk specialisme zijn eigen functionele syndroom heeft.^{7,19} Betrouwbare gegevens uit de huisartsenpraktijk kunnen een bijdrage leveren aan deze discussie. De vragen die we met dit onderzoek willen beantwoorden zijn dan ook:

- Wat is het verschil in morbiditeit en medische consumptie tussen patiënten met chronisch-functionele klachten en patiënten zonder chronisch-functionele klachten, gematcht voor leeftijd, geslacht en sociaal-economische status?
- Ondersteunen de symptomen waarmee patiënten met de diagnose chronisch-functionele klachten bij de huisarts komen het bestaan van specifieke functionele syndromen?

Methode

Continue Morbiditeit Registratie (CMR)

Dit onderzoek gebruikt gegevens uit de Continue Morbiditeit Registratie (CMR), een project van de afdeling huisartsgeneeskunde van de Radboud Universiteit Nijmegen.²⁰⁻²³ Dit project startte in 1971 in vier huisartsenpraktijken in en rond Nijmegen²⁴ en vervolgt een populatie van ongeveer 12.000 patiënten, die in leeftijd en geslacht representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. De huisarts registreert elke ziekte-episode die gezien of gemeld wordt, waaronder episodes van functionele klachten, door gebruik te maken van de bewerkte E-lijst.²⁵ Tijdens maandelijkse vergaderingen bespreken de betrokken artsen classificatieproblemen, houden het gebruik van de diagnostische criteria bij en discussiëren over problemen bij het coderen aan de hand van casuïstiek.

Naast de medische gegevens zijn de volgende gegevens beschikbaar: leeftijd, geslacht, sociaal-economische status (laag, midden en hoog), en burgerlijke staat. Huisartsen registreerden aanvankelijk op de groene kaart, maar sinds 1994 met de computer.

Patiënten met chronisch-functionele klachten

We selecteerden alle patiënten in de CMR-databank bij wie de diagnose chronisch-functionele klachten voor het eerst werd gesteld tussen 1998 en 2002 (n=182).

Patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom en het hyperventilatiesyndroom includeerden we niet in dit onderzoek omdat deze diagnoses apart worden gecodeerd in de CMR.

Over de periode van 10 jaar voorafgaand aan de diagnose verzamelden we de volgende gegevens: sociaal-demografische kenmerken, morbiditeit, verwijzingen, diagnostisch onderzoek en ziekenhuisopnamen. We onderzochten het gebruik van medische voorzieningen aan de hand van het aantal contacten met de huisarts en verzamelden gegevens over het gebruik van medicatie vanaf het moment dat de huisartsen met de computer gingen registreren. Deze medicatiegegevens werden omgezet naar de voorgeschreven dagelijkse dosering door gebruik te maken van het 'Anatomical Therapeutical Chemical Classification/Defined Daily Doses (ATC/DDD)-systeem.²⁶ De hypothese dat patiënten met chronisch-functionele klachten ook met meer somatische morbiditeit bij de huisarts komen, onderzochten we aan de hand

van een proxy voor somatische morbiditeit.²⁹ Hiervoor namen we drie veel voorkomende chronische aandoeningen (diabetes mellitus, astma/COPD en cardiovasculaire ziekten) en drie veel voorkomende aandoeningen die vanzelf overgaan (huidziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en de luchtwegen).

We brachten de gepresenteerde functionele klachten onder bij specifieke orgaansystemen, zoals het gastro-intestinale systeem of bewegingsapparaat, zoals Escobar et al.¹⁰ dit al eerder beschreven.

De controlegroep

We zochten bij elke patiënt met chronisch-functionele klachten een controlepatiënt gematcht voor leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en huisartsenpraktijk. Het enige exclusiecriteria van de controlegroep was de diagnose chronisch-functionele klachten op het moment van selectie. Controlepatiënten moesten minstens één geregistreerde ziekte-episode hebben in de periode dat ze in de praktijk waren ingeschreven. We verzamelden bij de controlepatiënten voor een periode van 10 jaar (1990 tot 2000) dezelfde gegevens als bij patiënten met chronisch-functionele klachten.

Statistische analyse

Onze analyse was primair gericht op de vergelijking van patiënten met chronisch-functionele klachten met de gematchte controlepatiënten. De statistische analyse, waaronder beschrijvende statistiek voor alle variabelen, voerden we uit met SPSS 9.0. We analyseerden de gegevens over specifieke orgaansystemen met een explorerende factoranalyse, en daarna vereenvoudigden we die door varimaxrotatie. Door middel van oddsratio's (OR's) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI's) vergeleken we de functionele klachten, comorbiditeit, verwijzingen, diagnostisch onderzoek en ziekenhuisopnamen tussen beide groepen. Alle p-waarden zijn tweezijdig getoetst.

Resultaten

Kenmerken van patiënten

We includeerden 182 patiënten met chronisch-functionele klachten, onder wie 141 (77,5%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 42,0 jaar (spreiding: 10-85 jaar). De meeste patiënten behoorden tot de lage (44,5%) of middelste (42,9%) sociaal-economische klasse.

Functionele klachten

De incidentie van patiënten met chronisch-functionele klachten was 3,5 per 1000 patiëntjaren. De prevalentie van patiënten met chronisch-functionele klachten was 68,8 per 1000 patiëntjaren. De gepresenteerde functionele klachten in de verschillende orgaansystemen bij patiënten en controles staan weergegeven in tabel 1. Patiënten en controles verschillen significant in elke klachtengroep ($p < 0,05$). Veel patiënten hadden klachten in verschillende orgaansystemen – een bevinding die ondersteund wordt

Tabel 1 De verdeling van functionele klachten in de verschillende orgaansystemen (n=182)

	Patiënten (%)	Controles (%)	Oddsratio	95%-BI
Pseudoneurologisch	29,7	7,1	5,5	2,8 – 11,1
Gastro-intestinaal	37,9	8,2	6,8	3,6 – 13,1
Bewegingsapparaat	31,9	3,3	13,7	5,5 – 36,5
Cardiorespiratoir	40,7	8,8	7,1	3,8 – 13,5
Hoofdpijn en andere pijn	44,0	8,2	8,7	4,6 – 16,6
Pseudopsychiatrisch	82,4	26,4	13,1	7,7 – 22,4
Anders [†]	36,3	5,5	9,8	4,6 – 12,2
Onbekend [‡]	36,8	0	-	-

[†] Klachten die niet passen in de verschillende orgaansystemen zoals: krampend gevoel in kruis, vervelend gevoel in hele lichaam, gevoel van verdikking rechterkant hoofd, problemen op werk, warm gevoel, opstijgingen, branderige ogen

[‡] Huisarts stelt diagnose chronisch-functionele klacht zonder de klachten duidelijk in het dossier te noteren

door de factoranalyse (figuur). Factoranalyse laat zien dat gastro-intestinale, cardiorespiratoire en pseudopsychiatrische klachten (zoals depressieve gevoelens, angst, nervositeit en bezorgdheid) aan elkaar gekoppeld zijn en hetzelfde geldt voor pseudoneurologische klachten (zoals duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, geheugen- en concentratieproblemen), klachten van het bewegingsapparaat en hoofdpijn en andere pijn. Patiënten kwamen met significant meer klachten in twee of meer orgaansystemen naar de huisarts dan controlepatiënten (87,9% versus 19,8%; OR 29,5; 95%-BI 16,0-54,9). Vijfentwintig procent van alle patiënten consulteerde de huisarts voor klachten in vier of meer orgaansystemen. De helft van de patiënten had 3 of meer episodes van functionele klachten voordat de huisarts de diagnose chronisch-functionele klachten stelde; 25% van de patiënten had zelfs 5 of meer episodes voordat de huisarts de diagnose stelde.

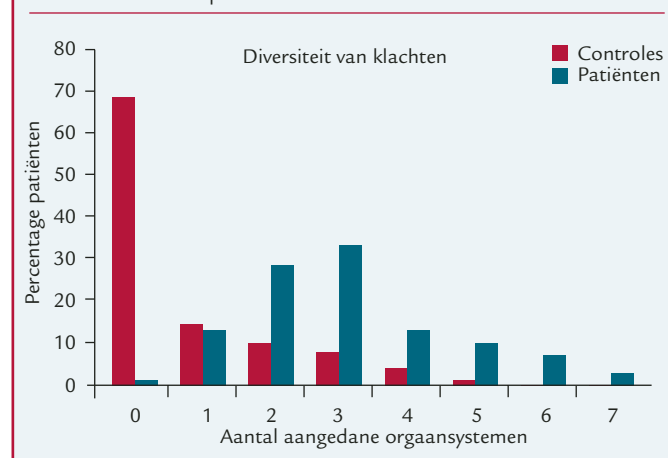
Comorbiditeit: somatisch en psychiatrisch

Patiënten met chronisch-functionele klachten hadden significant meer psychiatrische comorbiditeit in vergelijking met de controles (OR 2,4) (tabel 2). Patiënten hadden, behalve iets meer episodes van self-limiting luchtwegproblemen, niet meer chronische en self-limiting somatische comorbiditeit.

Consulten, verwijzingen, diagnostiek en ziekenhuisopnamen

Het aantal consulten van patiënten met chronisch-functionele klachten is significant hoger (n=9,8 versus n=4,2; $p < 0,001$), net als

Figuur Diversiteit van klachten bij patiënten met chronisch-functionele klachten en controlepatiënten



het aantal patiënten dat een diagnostisch onderzoek ondergaat (n=156 versus n=140, OR=1,8). Het aantal visites was in beide groepen gelijk. Huisartsen verwezen ongeveer driekwart van de patiënten en ongeveer de helft van de controles naar somatische specialisten; bij slechts een derde van de onderzoeksgroep en minder dan 10% van de controles ging het om verwijzingen naar de ggz. Patiënten met chronisch-functionele klachten hadden een vijf keer grotere kans om doorverwezen te worden naar de ggz. Het aantal ziekenhuisopnamen was gelijk in beide groepen. Deze gegevens staan weergegeven in tabel 2.

Medicatiegebruik

De resultaten met betrekking tot het voorschrijfgedrag van medicijnen staan weergegeven in tabel 3. We vonden dat patiënten met chronisch-functionele klachten significant meer verschillende somatische medicamenten (2,6 versus 1,5; p<0,001) en meer verschillende psychiatrische medicamenten (0,4 versus 0,05; p<0,001) per jaar kregen voorgeschreven in vergelijking met controles. Het aantal patiënten dat antidepressiva en benzodiazepinen voorgeschreven kreeg, verschilt significant tussen de onderzoeksgroep

en de controlegroep (respectievelijk 35,6% versus 5,9%; 52,5% versus 12,7%, p<0,001). Zowel de periode waarvoor antidepressiva en benzodiazepines waren voorgeschreven als de voorgeschreven dosis was gelijk in beide groepen (gegevens niet getoond).

Discussie

Samenvatting van belangrijkste resultaten

Dit is het eerste observationele onderzoek dat door middel van langetermijngegevens patiënten beschrijft die de huisarts herhaaldelijk consulteren voor functionele klachten. Patiënten met chronisch-functionele klachten gingen in de periode voorafgaand aan de diagnose twee keer zo vaak naar de huisarts, kregen veel meer somatische en psychiatrische medicatie voorgeschreven, hadden meer psychiatrische morbiditeit en werden vaker verwezen naar ggz-medewerkers dan patiënten zonder chronisch-functionele klachten. Het aantal diagnostische onderzoeken lijkt tijdens de 10 jaar voorafgaand aan de diagnose iets hoger (niet significant) bij patiënten met chronisch-functionele klachten en het aantal ziekenhuisopnamen was in beide groepen gelijk. Huisartsen stelden de diagnose chronisch-functionele klachten na

Tabel 2 Aantal consulten, comorbiditeit, verwijzingen, diagnostische tests, ziekenhuisopnamen van patiënten en controles (n=182)

	Patiënten	Controlepatiënten	p-waarde	Oddsratio	95%-BI
<i>Gemiddeld aantal huisartsconsulten in één jaar* (spreiding):</i>					
Consulten	9,8 (2,5 - 26,8)	4,2 (0 - 15,1)	<0,001	-	-
Visites	0,2 (0 - 3,5)	0,3 (0 - 7,1)	0,53	-	-
<i>Comorbiditeit (%):</i>					
<i>Somatisch-chronisch:</i>					
- diabetes mellitus	2,7	2,2	-	1,3	0,3 - 5,7
- astma/COPD	11,0	5,5	-	2,1	0,9 - 5,0
- cardiovasculair	8,8	4,4	-	2,1	0,8 - 5,5
<i>Somatisch self-limiting:</i>					
- huid	52,7	45,1	-	1,4	0,9 - 2,1
- bewegingsapparaat	71,4	63,2	-	1,5	0,9 - 2,3
- luchtwegen	74,7	62,1	-	1,8	1,1 - 2,9
Psychiatrisch [‡]	22,5	11,0	-	2,4	1,3 - 4,4
<i>Verwijzingen (%):</i>					
Somatisch-medisch	71,4	53,3	-	2,2	1,4 - 3,5
Somatisch-paramedisch [#]	70,9	47,8	-	2,6	1,7 - 4,2
Geestelijke Gezondheidszorg	32,4	8,2	-	5,3	2,8 - 10,3
<i>Diagnostische tests (%)[¶]</i>	85,7	76,9	-	1,8	1,0 - 3,2
<i>Ziekenhuisopnamen (%):</i>					
Somatisch	31,3	28,0	-	1,2	0,7 - 1,9
Psychiatrisch	0,5	0,5	-	1,0	-

* n=118: één huisartsenpraktijk gebruikt geen computer registratie waardoor het aantal consulten in deze praktijk niet bepaald kon worden

[‡] Schizofrenie, depressie, psychosen, histerie, fobie, neurosen, posttraumatische stressstoornis, alcoholisme en drugsgebruik

[#] Fysiotherapeut, diëtist

[¶] Bloedtests, röntgenfoto's, echografie, ECG's

Tabel 3 Medicatieprescriptie bij patiënten en controlepatiënten* (n=118)

	Patiënten	Controlepatiënten	p-waarde	Oddsratio	95%-BI
Gemiddeld aantal somatische medicamenten per jaar (spreiding)	2,6 (0 - 18,0)	1,5 (0 - 7,5)	<0,001	-	-
Gemiddeld aantal psychiatrische medicamenten per jaar (spreiding)	0,4 (0 - 9,0)	0,05 (0 - 0,62)	<0,001	-	-
Aantal patiënten dat psychiatrische medicatie kreeg voorgeschreven (%)					
- antidepressiva	35,6	5,9		7,5	3,1 - 18,9
- benzodiazepinen	52,5	12,7		5,8	3,0 - 11,1
- andere	2,5	2,5		1,0	

* n=118: één huisartsenpraktijk gebruikt geen computerregistratie, waardoor het aantal consulten in deze praktijk niet bepaald kon worden

gemiddeld drie episodes met functionele klachten. Veel patiënten hadden een grote diversiteit aan klachten (klachten in twee of meer orgaansystemen). De symptomen die patiënten met de diagnose chronisch-functionele klachten presenteren, lijken niet te clusteren in de bekende specifieke functionele syndromen.

Sterke en zwakke punten

Het sterke punt van dit onderzoek is dat de geïncludeerde patiënten ook daadwerkelijk met hun klacht naar de huisarts gingen, ongeacht de specifieke klacht. Dit betekende dat de klachten een zekere mate van relevantie hadden voor de patiënt. Bovendien konden we alle gepresenteerde klachten analyseren. De meeste onderzoeken in de algemene populatie betreffen alle klachten, ongeacht of patiënten daar medische hulp voor zoeken.^{10,16,17} Overigens is gebleken dat het herhaaldelijk interviewen van patiënten niet tot een consistente classificatie van somatoforme ziekten leidt.¹⁸ De classificatie van de morbiditeit die wij gebruiken is gebaseerd op stabiele gegevens,^{22,27} zonder recall bias.

De beperkingen van dit onderzoek zijn het retrospectieve gebruik van gegevens uit bestaande medische dossiers en de mogelijke interdoktervariatie van de diagnose chronisch-functionele klachten.²⁸ De interdoktervariatie is deels het gevolg van de criteria voor chronisch-functionele klachten in de CMR die subjectieve interpretatie vragen van de mate waarin lichamelijke klachten gerelateerd zijn aan de psychosociale context van de patiënt. Deze subjectiviteit zal waarschijnlijk altijd bestaan omdat het diagnosticeren van chronisch-functionele klachten altijd een interpretatie van klachten is en beïnvloed wordt door voorkomen en de context van een patiënt.²⁰ Toch blijkt uit de literatuur dat het oordeel van huisartsen van somatisatie betrouwbaar is in de dagelijkse praktijk.²⁹ Hoe beter de dokter de patiënt kent, hoe positiever patiënten oordelen over tevredenheid, vertrouwen in de huisarts, duidelijkheid van gemaakte afspraken, en het gevoel vooruit te zijn geholpen.³⁰

Vergelijking met bestaande literatuur

De factoranalyse laat zien dat de functionele symptomen die patiënten met de diagnose chronisch-functionele klachten presenteren, niet lijken te clusteren in scherp omschreven specifieke functionele syndromen. Hierbij moeten we wel opmerken dat in deze factoranalyse twee veel voorkomende functionele syndromen, het prikkelbaredarmsyndroom en hyperventilatie, buiten beschouwing zijn gelaten.

Uit eerder onderzoek bleek dat er grote overlap bestaat tussen de verschillende specifieke functionele syndromen. Veel patiënten met een specifiek functioneel syndroom hebben ook klachten in verschillende orgaansystemen.³¹ Daarom moet aan het bestaan van deze specifieke functionele syndromen worden getwijfeld.

De huisarts stelt de diagnose chronisch-functionele klachten na gemiddeld drie episodes van functionele klachten. Als huisartsen deze patiënten in een vroegtijdig stadium zouden kunnen herkennen, kunnen zij misschien terughoudender zijn met het aanvragen van aanvullende diagnostiek.³² De huisarts kan vanwege zijn posi-

tie als generalist in zijn aanpak zowel biomedische als psychosociale factoren die betrokken zijn bij het ontstaan en de beleving van klachten benadrukken.³³

Van alle beschreven variabelen is alleen de consultfrequentie direct gekoppeld aan de diagnose chronisch-functionele klachten. De hogere consultfrequentie kwam dan ook niet onverwacht.³⁴

De bevinding dat patiënten met chronisch-functionele klachten niet meer chronische en self-limiting somatische comorbiditeit hebben, is opmerkelijk omdat in de literatuur naar voren komt dat de kans dat chronische ziekten worden ontdekt groter is in deze patiëntengroep.²⁹ Wij vonden echter dat de hogere consultfrequentie niet leidt tot meer gediagnosticeerde chronische en self-limiting ziekten bij deze patiënten.

De DSM-IV-classificatie vermeldt de diagnose chronisch-functionele klachten niet. Deze diagnose bevindt zich ergens in het spectrum tussen de somatisatie en de somatoforme stoornis Niet Anderszins Omschreven. De diagnose komt overeen met het concept van 'verkorte somatisatie',¹⁰ maar is niet gebaseerd op het aantal klachten. Zowel 'verkorte somatisatie' als 'chronisch-functionele klachten' veronderstellen onderliggende psychologische stress. Vanwege de strikte criteria is de prevalentie van somatisatie volgens de DSM-IV laag in de huisartsenpraktijk.^{34,35} Maar de minder zwaardere vormen van somatisatie, die veel vaker voorkomen, hebben een grote impact op de kwaliteit van leven en op het gebruik van gezondheidsvoorzieningen.

Implicaties voor verder onderzoek en de dagelijkse praktijk

De zorg voor mensen met chronisch-functionele klachten neemt een groot deel van het dagelijkse werk van de huisarts in beslag. Patiënten met dergelijke klachten hebben bovendien veel last. Het is daarom belangrijk voor zowel de huisarts als de patiënt dat de functionele klachten adequaat worden behandeld. Er is dan ook nog veel onderzoek nodig naar de factoren die ontstaan en voortduren van chronisch-functionele klachten beïnvloeden en naar de redenen van patiënten om hulp te vragen. Het risico van het denken in specifieke functionele syndromen is dat het klachtenpatroon van de patiënt te veel opgedeeld wordt in vakjes. Dit kan een goede interpretatie van de klachten van de patiënt belemmeren. De huisarts doet het meest recht aan deze patiënten door 'breed' te kijken.

Dankbetuiging

Wij bedanken de huisartsen en praktijkassistenten van de CMR-praktijken voor hun medewerking aan dit onderzoek en we bedanken Ank de Jonge en Vivien Moffat voor het kritisch lezen van de Engelstalige publicatie.

Literatuur

- 1 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
- 2 Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
- 3 Bass C, editor. *Somatisation: Physical Symptoms and Psychological disorder*. Oxford: Blackwell, 1990.
- 4 Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-4.

- 5 Trimble MR. Functional diseases. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285:1768-70.
- 6 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJ, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. *Psychische en psychiatrische stoornissen. Ziekten in de huisartspraktijk*. Maarssen: Elsevier, 2003:103-24.
- 7 Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-21.
- 8 Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:15-21.
- 9 Smith GR Jr., Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986;146:69-72.
- 10 Escobar JJ, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med* 1998;60:466-72.
- 11 Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-62.
- 12 Escobar JJ, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health* 1987;77:837-40.
- 13 Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992;22:173-80.
- 14 Golding JM, Smith GR Jr., Kashner TM. Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:231-5.
- 15 Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Arch Intern Med* 1990;150:1685-9.
- 16 DeGruy F, Columbia L, Dickinson P. Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract* 1987;25:45-51.
- 17 Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001;42:261-8.
- 18 Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:90-5.
- 19 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- 20 Weel-Baumgarten EM, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Zitman FG. The validity of the diagnosis of depression in general practice: is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *Br J Gen Pract* 2000;50:284-7.
- 21 Weel-Baumgarten E, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, Zitman FG. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1643-6.
- 22 Van Weel C. Validating long term morbidity recording. *J Epidemiol Community Health* 1995;49 Suppl 1:29-32.
- 23 Van Weel C, Smith H, Beasley JW. Family practice research networks. Experiences from 3 countries. *J Fam Pract* 2000;49:938-43.
- 24 Van Weel C, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Smits AJ. Development of respiratory illness in childhood – a longitudinal study in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:404-8.
- 25 Eimerl TS. Organized curiosity. A practical approach to the problem of keeping records for research purposes in general practice. *J Coll Gen Pract* 1960;3:246-52.
- 26 World Health Organisation: Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: Norsk Medisinaldepot, 1996.
- 27 Van den Bosch WJ, Huygen FJ, Van den Hoogen HJ, Van Weel C. Morbidity in early childhood: differences between girls and boys under 10 years old. *Br J Gen Pract* 1992;42:366-9.
- 28 Reid S, Crayford T, Richards S, Nimnuan C, Hotopf M. Recognition of medically unexplained symptoms – do doctors agree? *J Psychosom Res* 1999;47:483-5.
- 29 Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH, Knottnerus JA. Somatization in primary care: clinical judgement and standardised measurement compared. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:276-82.
- 30 Schers HJ. Continuity of care in general practice. Exploring the balance between personal and informational continuity [Proefschrift]. Wageningen: Ponsen en Looijen, 2004.
- 31 Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001;51:549-57.
- 32 Grol R. To heal or to harm. The prevention of somatic fixation in general practice. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, afdeling Huisartsgeneeskunde, 1981.
- 33 De Grauw WJ, Van den Hoogen HJ, Van de Lisdonk EH, Van Gerwen WH, Van Weel C. Control group characteristics and study outcomes: empirical data from a study on mortality of patients with type 2 diabetes mellitus in Dutch general practice. *J Epidemiol Community Health* 1998;52 Suppl 1:9S-12S.
- 34 Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med* 2001;134:917-25.
- 35 Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry* 1991;148:34-40.