

**Redactiecommissie**

F.J. Meijman, arts, voorzitter
M. Hugenholtz, arts
Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
J.W.M. Muris, arts
W.A. van Veen, arts
Prof. dr. C. van Weel
Prof. dr. J. De Maeseneer, adv.

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/Meditekst
Postbus 49, 8200 AA Lelystad
Telefoon 03200 - 41 891

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon 030 - 881 700
Fax 030 - 870 668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 881 700
Fax 030 - 870 668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon 03403-95763
Advertenties behoeven de goed-
keuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
2400 MA Alphen a/d Rijn
Telefoon 01720-66811
Binnenland NLG 134,50 per jaar.
België BEF 2.959 per jaar.
Overig buitenland NLG 195,-
per jaar.
Studenten NLG 77,50 per jaar.
Lose nummers NLG 14,50.
Huisarts en Wetenschap
verschijnt 13 x per jaar.
Opzeggingen dienen ten minste
twee maanden voor de aanvang
van een kalenderjaar te worden
gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-
bureau; overige abonnees aan
Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de
Nederlandse
Organisatie van
Tijdschrift-
Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Informeren naar functioneren in de dagelijkse praktijk

De afgelopen decennia heeft het denken over gezondheidszorg een belangrijke verandering ondergaan. Terwijl voorheen exclusieve aandacht bestond voor mortaliteit en morbiditeit, is de belangstelling nu ook gericht op functioneren, gezondheid en welzijn. Greenfield & Nelson spreken zelfs van een paradigmaverandering.¹ Voor het vaststellen van de consequenties van ziekte en gezondheidsproblemen voor het functioneren van patiënten in de dagelijkse praktijk zijn valide, betrouwbare, eenvoudig bruikbare en niet tijdrovende instrumenten nodig. Met de COOP/WONCA-functiekaarten is zo'n instrument beschikbaar gekomen.

In 1980 is door de Wereldgezondheidsorganisatie de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) ontwikkeld voor het vaststellen van de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van patiënten.^{2,3} Stoornissen (impairments) worden geconcentreerd op orgaan-niveau, beperkingen (disabilities) op het niveau van de persoon en handicaps op het niveau van de maatschappij.

In de huisartsgeneeskunde lijkt voornamelijk geen behoefte te bestaan aan een andere classificatie dan de ICPC en de ICHPPC-2-defined om stoornissen op orgaan-niveau te registreren; met deze classificaties kunnen vrijwel alle voor de huisartspraktijk relevante gezondheidsproblemen en stoornissen worden geclassificeerd. Voor het in de huisartspraktijk vaststellen van de gevolgen van gezondheidsproblemen zou de ICIDH in principe wel gebruikt kunnen worden, maar daarvoor is deze classificatie te tijdrovend en te ingewikkeld. Huisartsen kunnen zich beter beperken tot het vaststellen van de functionele toestand: het vermogen van een patiënt zich in zijn omgeving te handhaven en een taak of rol te vervullen.⁴ Op die wijze kunnen zowel beperkingen als handicaps worden vastgesteld.

In dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt uitvoerig aandacht besteed aan een bruikbaar instrument om een zestal aspecten van de functionele toestand vast te stellen in de huisartspraktijk: de Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA.⁵ De oorspronkelijke Dartmouth COOP-kaarten zijn ontwikkeld door Nelson voor gebruik in de ambulante gezondheidszorg, naar analogie van de Snellen-kaarten, die gebruikt worden voor het snel en betrouwbaar bepalen van de visus.^{6,7} Deze Dartmouth COOP kaarten zijn door de Classificatie- en Researchcommissie van de WONCA gereviseerd en vervolgens

Meyboom-de Jong B. Informeren naar functioneren in de dagelijkse praktijk [Commentaar]. Huisarts Wet 1992; 35(10): 373-5.

vertaald in een groot aantal talen.⁵ Inmiddels zijn verschillende studies naar de validiteit, de reproduceerbaarheid en de bruikbaarheid gepubliceerd.^{4,7} Van belang is verder dat de COOP/WONCA-kaarten kunnen worden geïncorporeerd in rubriek 28 'disability' van elk hoofdstuk van de ICPC.

Onderzoek

Bij patiënten met diabetes mellitus bleken complicaties die geen klachten gaven – zoals nefropathie en retinopathie – nauwelijks samen te hangen met beperkingen van de functionele toestand.⁸ Dit is op zichzelf een vanzelfsprekende bevinding, maar het is van groot belang dat huisartsen zich ook bewust zijn van dit verband. Ter voorkoming van complicaties is een strikte regulering van bloedsuiker en tensie vereist, en dus compliant gedrag van de patiënt. Wil de patiënt inderdaad jaren achtereen het vereiste gedrag vertonen, dan zal hij op de hoogte moeten zijn van de risico's. De huisarts zal dus tijd moeten investeren in voorlichting en uitleg over complicaties waar de patiënt, zeker in het begin, geen last van heeft.

Uit de artikelen van *Reenders* en *Schuling* blijkt dat de functiekaarten ook gevoelig zijn voor veranderingen in de tijd bij het vervolgen van patiënten met respectievelijk diabetes mellitus type II en cerebrovasculaire aandoeningen.^{8,9}

Dat is een bevestiging van uitkomsten van eerder onderzoek. *Van Duijn* vond bij 400 patiënten met een mogelijke sinusitis dat de functionele toestand aan het eind van de episode was verbeterd. Opmerkelijk was dat ten minste 6 weken na het eind van de episode de functiebeperkingen weer enigszins waren toegenomen; zij waren toen weer vergelijkbaar met de functiebeperkingen van een steekproef van patiënten uit de praktijk.¹⁰ *Grundmeijer & Van Weert* registreerden de functionele toestand van naar de internist verwezen patiënten op vier tijdstippen: het moment van de verwijzing, het eerste en het afsluitende consult bij de internist en een vervolgsconsult bij de huisarts.¹¹ Tijdens de periode van de verwijzing bleken de lichamelijke beperkingen van de patiënten in de meeste gevallen gelijk te blijven; de psychische en sociale belemmeringen werden vaker minder dan erger, en de beperkingen bij de dagelijkse activiteiten verbeterden het meest.

Verschillen

De COOP/WONCA-functiekaarten verschillen van elkaar. De functiekaart 'lichamelijke fitheid', waarvan de antwoorden zijn ontwikkeld op grond van iso-calorische belasting, is de enige kaart waarop de beperkingen duidelijk leeftijdgebonden zijn. Voor de kaart 'dagelijkse activiteiten', die overlap vertoont met 'lichamelijke fitheid', geldt dit enigermate, voor 'gemoedstoestand' en 'sociale activiteiten' niet.

Wanneer we de COOP/WONCA-kaarten classificeren met de ICDH, blijkt dat 'lichamelijke fitheid' duidelijke beperkingen aangeeft, dat het bij 'gemoedstoestand' om een stoornis gaat, en bij 'dagelijkse activiteiten' en 'sociale activiteiten' om handicaps, en dat 'veranderingen in de gezondheidstoestand' en 'algemene gezondheid' niet te classificeren zijn met de ICDH.

Tijdens de laatste bijeenkomst van de classificatiecommissie van de WONCA in Vancouver, mei 1992, is met klem geadviseerd een zevende – klachtenspecifieke – functiekaart toe te voegen met de tekst: 'Van welk symptoom hebt u de meeste last?'. Na registratie van dit symptoom wordt de last gekwantificeerd met de antwoordcategorieën 'helemaal niet', 'een klein beetje', 'matig', 'nogal veel' en 'veel'. Deze antwoordcategorieën en de bijbehorende illustratie zijn dezelfde als die van de functiekaart 'Gemoedstoestand'.

Indicator versus index

De COOP/WONCA-kaarten behoren tot de zogenaamde gezondheidsindicatoren. Een indicator is een vraag met een aantal omschreven antwoordcategorieën, die elk een directe betekenis hebben voor zowel de patiënt als de arts. Daardoor is een indicator een bruikbaar instrument in de dagelijkse patiëntenzorg.

Naast indicatoren worden indexen onderscheiden, die zijn samengesteld uit reeksen vragen, waarin elke vraag wordt opgenomen op grond van psychometrische overwegingen. Zonder statistische bewerking is in principe niet duidelijk welke bijdrage elke vraag afzonderlijk oplevert. Tot de indexen behoren instrumenten als Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), de veel kortere SF-36 en Duke-17, de General Health Questionnaire en de Zung depressieschaal. De Barthelscore is een index met een somscore, die is opgebouwd uit tien indicatoren betreffende aspecten van het dagelijks leven die voor de patiënt en de dokter direct klinisch relevant zijn.⁸ In de dagelijkse patiëntenzorg levert een index onvoldoende informatie op, tenzij de dokter tijd en gelegenheid heeft een reeks vragen te stellen, de antwoorden in zijn computer in te voeren en vervolgens aan het ziekbed een somscore te berekenen.

Psychische problemen

Berwick *et al.* vroegen 213 nieuwe patiënten een aantal vragenlijsten voor het opsporen van psychische problemen in te vullen (onder meer de Mental Health Inventory-5 en -18 en de General Health Questionnaire).¹² Als gouden standaard

gold een gestandaardiseerd psychiatrisch interview. De simpele vraag 'voelt u zich neerslachtig en in de put?' werd bevestigend beantwoord door driekwart van de patiënten die volgens het interview een psychisch probleem hadden, terwijl op deze wijze slechts 5 procent fout-positieven werden aangegeven. Dit resultaat was even goed als de uitkomst van de veel langere en uitgebreidere vragenlijsten. Vooral de hoge specificiteit, dus het lage aantal fout-positieven, is van belang voor huisartsen, die mensen immers niet ten onrechte als ziek willen beschouwen.

Met de COOP/WONCA-kaart 'gemoedstoestand' – die zowel naar neerslachtigheid als naar angst informeert – kunnen vergelijkbare resultaten worden behaald. *McHorney et al.* stelden vast dat met korte, multidimensionele vragenlijsten 93 procent van de precisie van de langere lijsten kan worden bereikt. Met één-item vragen die waren ontleend aan de langere vragenlijsten, was dat circa 80 procent, en met de Dartmouth COOP-kaarten 67 procent. Ook in dit onderzoek werd met de Dartmouth COOP-kaarten bij psychische problemen meer informatie verkregen dan met de langere lijsten.¹³ Hierbij speelde vermoedelijk vooral de bijbehorende illustratie een rol: bij vragen naar pijn levert een bedroefd gezichtje wellicht meer informatie op over het psychische aspect van de pijn dan een aan de stoel gekluisterd figuurtje.

Nieuwe informatie

Al in de jaren vijftig is een meetinstrument voor het vastleggen van de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) ontwikkeld.¹⁴ Sindsdien zijn en worden vragenlijsten ontwikkeld voor het vaststellen van de functionele toestand. Deze hebben echter geen ingang in de huisartspraktijk gevonden. Inmiddels is overal ter wereld ervaring opgedaan met de COOP/WONCA-kaarten voor het vaststellen van de gevolgen van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk.

Huisartsen blijken in zeer veel gevallen de contactredenen naar tevredenheid van de patiënt te achterhalen.¹⁵ Het is echter de verantwoordelijkheid van de dokter om met behulp van anamnese en onderzoek een diagnose te stellen. Hierbij kan het gebruik van gestructureerde, valide en betrouwbare vragen, zoals van de COOP/WONCA-functiekaarten behulpzaam zijn, vooral wanneer de huisarts zijn tweesporenbeleid – aandacht voor zowel lichamelijke als psychosociale aspecten – wil waarmaken. In een Amerikaans onderzoek leverde vragen naar de functionele toestand bij één op de vier patiënten nieuwe informatie op, die in 40 procent van de gevallen tot specifieke interventies leidde.⁷

De beoordeling van de functionele toestand is te vergelijken met het beoordelen van pijn. Als een patiënt klaagt over pijn, zal de huisarts vragen waar de pijn zit, hoe lang de pijn bestaat, hoe erg de pijn is en wat voor soort pijn het is. Over het algemeen zal de huisarts het oordeel van de patiënt accepteren, maar in sommige gevallen – bij dissimulanten – zal hij de pijn ernstiger beoordelen dan de patiënt en in andere gevallen – bij hypochonders – zal hij de patiënt 'overbezorgd'

achten en de pijn als minder erg beoordelen.¹⁶ Wat de ene patiënt als een functiebeperking ziet, zal de ander accepteren en dat geldt mutatis mutandis ook voor huisartsen.

Toch is dit 'subjectieve' score van de functionele toestand waardevol om verdere consequenties van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van de individuele patiënt te exploreren. Vooral bij 'onverklaarbare' klachten, bij frequent terugkerende patiënten, bij patiënten die 'voor niets komen' en bij patiënten met chronische ziekten is informeren naar het functioneren gewenst. En patiënten stellen dit soort aandacht op prijs.⁷

B. Meyboom-de Jong.

- ¹ Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 1992; 30: MS23-41.
- ² WHO. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.
- ³ Raad voor Gezondheidsresearch. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Voorburg: Werkgroep Classificatie en Coderingen, 1980.
- ⁴ Classification Committee of WONCA. Functional status in primary care. New York: Springer, 1990.
- ⁵ Van Weel C, Scholten JHG. De Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Een eenvoudig instrument om de

functionele toestand van patiënten in de huisartspraktijk te meten. *Huisarts Wet* 1992; 35(10): 376-80.

- ⁶ Nelson EC, Wasson J, Kirk J, et al. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 1987; 40(suppl 1): 55S-64S.
- ⁷ Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, et al. The functional status of patients. How can it be measured in physicians offices? *Med Care* 1990; 28: 1111-26.
- ⁸ Reenders K. Functionele toestand, complicaties en co-morbiditeit bij 249 NIDDM-patiënten. *Huisarts Wet* 1992; 35(10): 386-90.
- ⁹ Schuling J. De functionele toestand van patiënten na een CVA. Meetinstrumenten voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1992; 35 (10): 381-5.
- ¹⁰ Van Duijn NP. Sinusitis maxillaris. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹¹ Grundmeijer H, Van Weert H. Patiënt, huisarts, internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- ¹² Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care* 1991; 29: 169-76.
- ¹³ McHorney CA, Ware JE, Rogers W, et al. The validity and relative precision of MOS short- and long form health status scales and Dartmouth COOP Charts. *Medical Care* 1992; 30: MS253-265.
- ¹⁴ Staff of the Benjamin Rose Hospital. Multidisciplinary studies of illness in aged persons. II. A new classification of functional status in the activities of daily living. *J Chron Dis* 1959; 9: 55-62.
- ¹⁵ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹⁶ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.