

# COOP/WONCA Charts, behandeling Cara

De overeenkomsten tussen de Nederlandse en Tsjechische huisartsgeneeskunde hebben ons meer getroffen dan de verschillen. De belangstelling van de Tsjechische huisarts voor werkwijze en organisatie van hun Nederlandse collega's is dan ook groot. Het is de vraag op welke wijze de Tsjechische huisartsen door ons geholpen kunnen worden bij het vinden van hun plaats onder de nieuwe omstandigheden.

Voor de Tsjechische huisartsen is het aangrenzende Duitsland geen inspirerend voorbeeld: in het voormalig Oost-Duitsland dreigt het relatief goed functionerende systeem van eerstelijns geneeskunde opgeofferd te worden aan de 'deficiënte structuur' van de gezondheidszorg in West-Duitsland.<sup>4</sup>

In voormalige oostbloklanden worden adviseurs uit West-Europa vaak beleefd alsof ze op bezoek komen in een ontwikkelingsland, terwijl de bewoners hun conclusies al lang geleden al zelf getrokken hebben.<sup>5</sup> Het uitnodigen van collega's uit de voormalige oostbloklanden door de huisartsen en hun organisaties uit West-Europa, voor kennismaking met onze werkomsstandigheden, verdient daarom onzes inziens de voorkeur boven het geven van advies.

## Dankbetuiging

Met dank aan mevrouw E. Hora te Brielle voor haar vertaling van de eerste versie van het manuscript in het Tsjechisch. Deze vertaling diende ter ondersteuning van de in het Engels gevoerde correspondentie tussen de beide auteurs. Tevens danken wij mw C. Engelblik van het comité Havlickuv Brod-Brielle, zonder wier inzet deze uitwisseling niet tot stand zou zijn gekomen.

Ben Ponsioen, huisarts, Slagveld 42,  
3231 AP Brielle

Hana Cihakova, huisarts te Havlickuv Brod

- 1 Spreeuwenberg C. Oost-Europa: te veel adviseurs, te weinig hulp. *Med Contact* 1992; 47: 1307.
- 2 Albert A, Bennet C, Bojar M. Letter from Prague. *Health Care in the Czech Republic*. *JAMA* 1992; 267: 2461-6.
- 3 Foster DP, Jozan P. Health in Eastern Europe. *Lancet* 1990; 335: 458-60.
- 4 Freudenstein U, Borgwardt G. Primary care in former East Germany: the frosty winds of change. *Br Med J* 1992; 304: 827-8.
- 5 Chopin K. Letter from Poland. Too many advisors, not enough aid. *Br Med J* 1992; 304: 1429-32.

## COOP/WONCA Charts

Recent is in *Huisarts en Wetenschap* uitvoerig aandacht besteed aan de Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA.<sup>1-3</sup> Klinimetrie – het kwantificeren van klinische verschijnselen en de gezondheidstoestand – is een gebied vol methodologische voetangels en klemmen. Adequate toepassing van instrumenten voor het meten van de gezondheidstoestand vereist complete en uitgebreide valideringsstrategieën met inachtneming van strikte methodologische regels.<sup>4</sup> Het feit dat een Amerikaans instrument in een Nederlands onderzoek is toegepast, zegt nog niet dat de Nederlandse versie ervan gevalideerd is. Hiertoe dient een gericht programma te worden afgewerkt, zoals bijvoorbeeld voor de Nederlandse versie van de SIP is gebeurd.<sup>5-7</sup> Bij gezondheidsmetingen dienen toepassing van de beschikbare instrumenten naar het doel van onderzoek en gebruik ervan in de patiëntenzorg onderscheiden te worden.<sup>4</sup>

Helaas worden deze regels in dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* overtreden. Dit geldt in het bijzonder voor het overigens belangwekkende artikel van *Reenders et al.*<sup>3</sup> In tabel 2 worden de resultaten van gezondheidsmetingen door middel van COOP/WONCA en Duke-17 met elkaar vergeleken. De auteurs vragen zich daarbij af of vergelijkbare resultaten worden behaald. Beide meetinstrumenten bevatten aspecten als fysieke, psychische, sociale en algemene toestand.<sup>2</sup> Verwacht werd dat deze aspecten uit beide instrumenten met elkaar zouden samenhangen. De COOP/WONCA bevat echter nog een tweetal aspecten: dagelijkse activiteiten en verandering van gezondheid. Om verschillende redenen is deze vergelijking niet verantwoord. De COOP/WONCA is een eenvoudige en snelle methode, die is ontwikkeld voor gebruik in de patiëntenzorg, terwijl de Duke-17 is ontwikkeld voor onderzoek. De verschillende aspecten van deze twee instrumenten zijn niet (goed) te vergelijken. Dit geldt in het bijzonder voor aspect V van COOP/WONCA, die betrekking heeft op een 'verandering' van de ervaren gezondheid, dit in tegenstelling tot de andere vragen, die over de situatie van de afgelopen twee weken gaan. De Duke-17 vraagt naar de actuele situatie en het gaat om dimensies: verschillende vragen vormen de fysieke dimensie. Bovendien kunnen bij 24 vergelijkingen alleen al op grond van het 'toeval' enkele matig of goede correlaties worden verwacht.

Vergelijking dient systematisch te gebeuren en gericht te zijn op te verwachten correlaties

van vergelijkbare aspecten. Voor zover vergelijking mogelijk is, mag verwacht worden dat de fysieke, psychische en sociale aspecten met elkaar correleren. Van deze drie belangrijkste aspecten blijkt alleen het psychische aspect een goede correlatie te tonen, terwijl de beide andere aspecten een slechte samenhang tonen. De auteurs gaan hier niet op in en benadrukken eenzijdig de gevonden goede of matige correlaties, zonder op de betekenis hiervan in te gaan. Kennelijk meten beide instrumenten niet hetzelfde bij de onderzochte categorieën patiënten.

Een omissie is ook dat niet wordt vermeld dat een van beide instrumenten is 'omgescoord' voor het berekenen van de correlaties. Bij de COOP/WONCA-scores (1-5) geldt immers 'hoe hoger, des te slechter', terwijl bij de Duke-17-scores (1-100) geldt 'hoe hoger, des te beter'; in tabel 2 ontbreken echter negatieve correlaties. De conclusie in de beschouwing dat de Duke-17 en COOP/WONCA redelijk/goed correleren, is dan ook niet juist. De mogelijke oorzaken hiervan – conceptuele verschillen tussen de instrumenten, selectieve non-respons op de Duke-17 – komen niet aan bod.

Op grond van beschreven resultaten is slechts één conclusie mogelijk: de COOP/WONCA correleert slecht met de Duke-17. Het is te betreuren dat in een belangrijk en goed artikel – onderdeel van een proefschrift – dergelijke fundamentele methodologische fouten voorkomen. Hierdoor worden de lezers van *Huisarts en Wetenschap* en mogelijk toekomstige onderzoekers op een verkeerd spoor gezet met betrekking tot het gebruik van instrumenten die de functionele gezondheidstoestand meten. Gezien de grote aandacht die aan de COOP/WONCA wordt besteed, is goed valideringsonderzoek van deze afbeeldingen noodzakelijk, voordat enige conclusies van onderzoeksresultaten met dit instrument mogelijk zijn.

R.A. de Melker  
F.W.M.M. Touw-Otten

- 1 Meyboom-de Jong B. Informeren naar functioneren in de dagelijkse praktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 373-5.
- 2 Van Weel C, Scholten JHG. De Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. *Huisarts Wet* 1992; 35: 376-80.
- 3 Reenders K, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Functionele toestand, complicaties en comorbiditeit bij 249 NIDDM-patiënten. *Huisarts Wet* 1992; 35: 386-90.
- 4 De Melker RA, Touw-Otten FWMM, Jacobs HM,

- Luttik A. De waarde van de 'Sickness Impact Profile' als uitkomstmeting. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 946-8.
- 5 Jacobs HM, Luttik A, Touw-Otten FWMM, De Melker RA. De 'Sickness Impact Profile', resultaten van een valideringsonderzoek van de Nederlandse versie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1950-4.
- 6 De Witte L, Jacobs HM, Van der Horst F, et al. De waarde van de Sickness Impact Profile als maat voor het functioneren van patiënten. *Gezondheid en Samenleving* 1987; 8: 120-7.
- 7 Jacobs HM, Luttik A, Touw-Otten FWMM, et al. Measuring impact of sickness in patients with non-specific abdominal complaints in a Dutch family practice setting. *Med Care* 1992; 30: 244-51.

## Naschrift

De kritiek van De Melker & Touw-Otten is vooral gericht op het gedeelte van het artikel dat de correlatie beschrijft tussen de twee gehanteerde instrumenten voor het meten van de functionele toestand. Ten dele berust de kritiek op een te summiere en daardoor onduidelijke weergave van dit gedeelte van het onderzoek. Het niet vermelden van de wijze waarop de scores van beide instrumenten zijn 'verrekend', en het niet in de beschouwing uitleggen van de ontbrekende correlaties, zijn daar voorbeelden van. Overigens is het wel wat erg detaillistisch om over de positieve en negatieve correlaties te vallen: in ons onderzoek is de gevonden mate van beperking gemeten en beschreven, los van de dimensie (+ of -) op de score. Het was verder beter geweest de COOP/WONCA-kaart die de verandering weergeeft, niet op te nemen in de vergelijking.

De kritiek op het gebruik van de Duke-17 is daarentegen niet terecht. Zowel de COOP/WONCA-kaarten als de Duke-17 zijn instrumenten die geschikt zijn voor de patiëntenzorg: kort, patiënt-vriendelijk en geschikt voor het gebruik in de eerste lijn, schrijft *Parkerson*, de ontwerper van de Duke-17.<sup>1</sup>

Daarnaast hebben De Melker & Touw-Otten bezwaar tegen de vergelijking tussen deze instrumenten, omdat de verschillende aspecten niet (goed) zijn te vergelijken. Het is echter algemeen bekend dat de termen waarin naar aspecten van functioneren wordt gevraagd, van doorslaggevend belang zijn voor de beantwoording van de vragen en dus voor de scores. Op voorhand mag ervan uit worden gegaan dat lichamelijke aspecten samenhangen met lichamelijke aspecten, en emotionele aspecten met emotionele. *Parkerson* heeft 'zijn' instrument vergeleken met de Mos-20 en de COOP. Er is

uiteraard altijd overlap, maar gelijk geldende aspecten uit verschillende vragenlijsten overlappen elkaar zelden helemaal.

De COOP/WONCA-kaart, die vraagt naar lichamelijke prestatie/uthoudingsvermogen, blijkt inderdaad een ander aspect dan de Duke-lichamelijk vast te stellen. De COOP/WONCA-emotioneel correleert even goed met de Duke-emotioneel (0,62) als met de Duke-algemeen, die de sommatie is van de fysieke, sociale en emotionele scores, maar duidelijk hoger dan met de Duke-lichamelijk en de Duke-sociaal.

De slechte correlatie tussen de COOP/WONCA-sociaal en de Duke-sociaal hangt mogelijk samen met de aard van de vijf vragen waarop de Duke-score berust: twee vragen hebben betrekking op het zelfgevoel en twee op de sociale contacten, terwijl de COOP/WONCA-sociaal de belemmeringen meet in de sociale contacten die zijn veroorzaakt door lichamelijke en emotionele factoren. In die zin zijn de begrippen fysiek en sociaal bij beide meetinstrumenten niet inhoudelijk hetzelfde en waarschijnlijk valt hieruit de geringe correlatie te verklaren. Overigens is door de wijze waarop de scores voor beide instrumenten tot stand komen (vijf categorieën voor de COOP/WONCA-kaarten; percentages voor de Duke) ook geen erg hoge correlatie te verwachten, zelfs indien de begrippen elkaar volledig zouden overlappen. Het is daarom ook de vraag in hoeverre de gegeven kwalificaties 'goed', 'matig' en 'slecht' voor de correlatiecoëfficiënten terecht zijn.

De klinische relevantie van de COOP/WONCA-kaarten als praktisch bruikbare instrumenten is aangetoond.<sup>2-4</sup> In onderzoeksprojecten kan de COOP/WONCA worden aangevuld met uitgebreidere instrumenten. Juist op grond van vergelijkende analyse wordt het inzicht in verschillen en overeenkomsten van de concepten achter de twee meetinstrumenten duidelijk.

K. Reenders  
J.H.M. van den Hoogen  
C. van Weel

- 1 Parkerson GR, Gehlbach SH, et al. The Duke-UNC Health Profile. An adult health status instrument for primary care. *Med Care* 1981; 19: 806-28.
- 2 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditext, 1989.
- 3 Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, et al. The functional status of patients. How can it be mea-

sured in physicians offices? *Med Care* 1990; 28: 111-26.

- 4 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. *Med Care* 1992; 30: MS 253-65.

## Behandeling Cara

**1** In de NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Behandeling wordt gesteld dat in geval van specifieke bronchiale hyperreactiviteit corticoïden de enige keuze zijn op het vlak van anti-inflammatoire therapie. Nedocromil natrium en natriumcromoglicaat worden in de standaard gerangschikt als uitsluitend anti-allergisch werkende middelen, zij het met een preventief effect bij inspanningsastma; zij worden niet vermeld in de paragraaf 'Aspecifieke hyperreactiviteit'.

Deze stellingname komt niet overeen met wat in de literatuur bekend is over nedocromil natrium en natriumcromoglicaat, en evenmin met de internationale consensus over astmathe- rapie.<sup>1</sup> Daaruit blijkt dat ook natriumcromoglicaat en, in sterkere mate, nedocromil natrium de specifieke bronchiale hyperreactiviteit verminderen.

**2** In het algemeen wordt in de standaard onge- nuanceerd en te gemakkelijk omgesprongen met het implementeren van corticoïden in het therapieschema. Enkele opmerkelijke zinsne- den zijn: 'De metabole bijwerkingen die kun- nen optreden bij systemisch gebruik van steroïden worden bij inhalatie vermeden' en 'alleen bij langdurig gebruik van hoge doses beclomethason (>1500 mcg/dag bij volwassenen) wor- den meetbare bloedspiegels bereikt'.

Systemische nevenwerkingen bij inhalatie van steroïden zijn – gelukkig – minder talrijk dan bij oraal gebruik, maar ze worden er niet door vermeden. De bewering dat alleen met doses van meer dan 1500 mcg beclomethason – en dan nog alleen bij langdurig gebruik – meetbare plasmaspiegels optreden, is onjuist. Deze uitspraak geeft bovendien een verkeerd beeld van de systemische beschikbaarheid van corticoïden na inhalatie, en toont een gebrek aan de omzichtigheid waarmee met deze mid- delen dient te worden omgegaan. De indicatie- stelling voor steroïden moet in de eerste plaats gecorreleerd zijn aan de ernst van de aandoening.

**3** In het drie-stappenplan wordt een algemeen behandelingsschema gegeven. Dit schema is echter in strijd met het recent gepubliceerde internationale consensusrapport over de behan-

deling van astma.<sup>1</sup> In de standaard wordt anti-inflammatoire therapie pas aanbevolen wanneer de patiënt meer dan tweemaal per dag een bronchodilatator gebruikt. Het is echter voor de evolutie en prognose van astma van essentieel belang om juist vroeg te starten met anti-inflammatoire therapie.

O. De Mol, MD  
Fisons Benelux Operations

1 International consensus report on the diagnosis and management of asthma. *Clin Exp Allergy*; 1992; 22: S1.

Een lijst met andere relevante publikaties is op aanvraag beschikbaar.

## Naschrift

1 Het effect van cromoglicinezuur bij de behandeling van volwassen Cara-patiënten is moeilijk te voorspellen.<sup>1</sup> Cromoglicinezuur is bij allergische volwassen Cara-patiënten effectiever dan bij hyperreactieve patiënten. De plaats van nedocromil in het therapieschema is nog onduidelijk. Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van nedocromil is fase-1-onderzoek: eenmalige toediening bij kleine groepen proefpersonen in een laboratoriumsituatie.<sup>2,3</sup> In een onderzoek in de huisartspraktijk wordt het volgende geconcludeerd: er bleek een consistente, zij het niet significante trend ten gunste van nedocromil (in vergelijking met placebo) op alle effectparameters.<sup>4</sup> De effectiviteit op lange termijn van nedocromil ten opzichte van beclomethason dipropionaat en placebo is in twee studies onderzocht. *Bel* concludeert dat zowel beclomethason als nedocromil de hyperreactiviteit verminderen, maar dat alleen beclomethason de FEV1 verbetert.<sup>5</sup> Patiëntenaantallen zijn echter klein. *Bergman* concludeert uit een matig onderzoek (met name de verslaggeving) dat beclomethason ten opzichte van placebo wel een significante verbetering geeft van de FEV1 maar nedocromil niet.<sup>6</sup> Placebo, nedocromil én beclomethason geven een verbetering van de ochtend- en avondpiekstroom zonder onderling significante verschillen! Naast de nog beperkte ervaring met nedocromil is een ander voor het NHG reden geweest om nedocromil nu (nog) geen plaats te geven in het therapieschema.

2 Het is jammer dat de auteur hier zijn beweringen niet onderbouwt met literatuur. Langdurig gebruik van lage doses (<1000 mcg per dag) inhalatiecorticosteroiden en kortdurend gebruik van hoge doses (>1000 mcg per dag) is

veilig.<sup>7</sup> Langdurig gebruik van hoge doses inhalatiecorticosteroiden zou leiden tot systemische absorptie. De klinische relevantie hiervan is niet vastgesteld.<sup>1</sup> De in de NHG-standaard genoemde gemiddelde dagdosis is overigens 400 mcg.

3 Het drie-stappenplan wordt toegepast voordat de diagnostische fase is afgerond. Als duidelijk is of allergie en/of hyperreactiviteit een belangrijke rol spelen, vindt gerichte behandeling (ook voorlichting) plaats. Dit houdt onder andere in: primair anti-inflammatoire behandeling en incidenteel gebruik van bronchusverwijders bij exacerbaties. Overigens wordt in het drie-stappenplan anti-inflammatoire therapie al na vier weken proefbehandeling met bronchusverwijders geadviseerd.

Roeland Geijer, huisarts,  
Afdeling Standaarden Ontwikkeling

- 1 Lenfant C, et al. International consensus report on diagnosis and treatment of asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-41.
- 2 Shaw RJ, Kay AB. Nedocromil, a mucosal and connective tissue mast cell stabilizer, inhibits exercise-induced asthma. *Br J Dis Chest* 1985; 79: 385-9.
- 3 Youngchaiyud P, Lee TB. Effect of nedocromil sodium on the immediate response to antigen challenge in asthmatic patients. *Clin Allergy* 1986; 16: 129-34.
- 4 Van Hensbergen W. Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 5 Bel EH, Timmers C, Hermans J, et al. The long term effects of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate on bronchial responsiveness to methacholine in nonatopic asthmatic subjects. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 21-8.
- 6 Bergmann KCh, Bauer CP, Overlack A. A placebo-controlled, blind comparison of nedocromil sodium and beclomethasone dipropionate in bronchial asthma. *Curr Med Res Opin*. 1989; 11: 533-42.
- 7 Stead RJ, Cooke NJ. Adverse effects of inhaled corticosteroid. *Br Med J* 1989; 298: 403-4.
- 8 Ebden P, Davies BH. High-dose corticosteroid inhalers for asthma. *Lancet* 1984; 576.

## Abstract

Querido JD. The city and the long art. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 59-63.

For quite some time and from many places, obstacles to practicing family medicine in a city setting, especially in deprived urban areas, have been reported. An effort is made to arrange these problems in the light of the contrast between, on the one hand, continuity as a prerequisite to consistent family practice, and, on the other hand, aspects of urban discontinuity. Notably, attention is paid to population characteristics such as mobility and heterogeneity, and to contextual factors such as the complexity of urban primary and secondary care. Also, the lesser 'bearing power' in terms of hampered continuity, especially apparent in deprived urban areas, is set against the increased 'burden' of excess morbidity in those same areas. Some suggestions pertaining to practice, policies of professional organizations, and research, are made.

**Key words** Continuity of care; Family practice; Inner cities.

**Correspondence** J.D. Querido, MD, 85-II Rechtboomssloot, 1011 CX Amsterdam, The Netherlands.

## Literatuur

### Vervolg pag. 66

- 3 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 603-5.
- 4 Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. Aan welke informatie heeft de huisarts behoefte? *Med Contact* 1990; 36: 1058-60.
- 5 Vrolijk A, Dijkema MF, Timmerman G. Gespreksmodellen. Een geprogrammeerde instructie. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1988.
- 6 Hageman HJ, Van Giffen H, Meyboom WA. Verslaggeving van specialist aan huisarts. *Med Contact* 1984; 39: 513-4.
- 7 Meijer F, Hofstra ML. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek. Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. *Med Contact* 1990; 46: 1375-6. ■

## NOTA BENE

In tegenstelling tot de verwachting is de onge-rustheid van de patiënt een minder belangrijke determinant van het consulteren van de huisarts voor een klacht dan de invloed van anderen.

Stelling bij: Van de Kar A. Determinants of consulting the general practitioner [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.