

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

IS ZORG AAN MENSEN MET MULTIMORBIDITEIT HAALBAAR?



Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al.

Managing patients with multimorbidity in primary care; a clinical review.

BMJ 2015;350:h176 doi:10.1136/bmj.h176

Meer en meer mensen lijden aan meer dan één chronische aandoening. Drie factoren komen vaak samen voor bij deze combinatie van aandoeningen: een cardiovasculaire factor, een mentale gezondheidsfactor (meestal depressie, angst) en een pijnfactor.

Huisartsen ervaren nogal wat moeilijkheden in de zorg aan mensen met multimorbiditeit. Oorzaken hiervan zijn het gebrek aan organisatie en fragmentatie in de zorg, het beperkt toepassingsgebied van de ziektespecifieke aanbevelingen, moeilijkheden bij het opzetten van een patiëntgeoriënteerde zorg en knelpunten voor een gedeeld besluitvormingsproces. Ook melden huisartsen een gevoel van professionele isolatie bij de aanpak van deze patiënten.

Generische uitkomsten

De unieke klinische beoordeling van elke individuele patiënt dient opnieuw meer te worden gevaloriseerd. Harde EBM-targets voor specifieke patiënten met multimorbiditeit zijn immers niet beschikbaar en stringente ziektegerichte doelstellingen hebben misschien eerder negatieve gevolgen dan gewenste, wanneer deze worden toegepast op mensen die lijden aan meerdere aandoeningen.

Is een depressie aanwezig bij iemand met diabetes, dan moet misschien eerder op de depressie worden ingezet dan op intermediaire uitkomsten als bloeddruk, cholesterol of HbA_{1c}; gezien de impact daarvan op de mogelijkheden om problemen zelf aan te pakken.

Tevens kan de aanpak van gemeenschappelijke risicofactoren voor ver-

schillende aandoeningen zoals leefstijl-aanpassingen snel leiden tot algemene gezondheidswinst. Een multidisciplinaire aanpak met een focus op generische uitkomsten bij de behandeling van multimorbiditeit is daarom een sterkere troef dan een ziektegerichte aanpak.

Polyfarmacie

Multimorbiditeit leidt ook vaak tot polyfarmacie met toegenomen problemen van interacties tussen geneesmiddelen, therapietrouw en iatrogene morbiditeit en mortaliteit. De inbreng van een apotheker in het multidisciplinaire team kan dan ook erg waardevol zijn bij het uitvoeren van een periodiek geneesmiddelennazicht waarbij nagegaan moet worden welke geneesmiddelen niet (meer) echt nodig zijn in de aanpak van deze specifieke patiënt.

De START¹- en STOPP²-criteria kunnen hier richtinggevend zijn voor 65-plussers die thuis of in een woonzorgcentrum verblijven en de PROMPT³-criteria voor jongere mensen met multimorbiditeit.

Continuïteit van de zorg

Een ander belangrijk probleem van multimorbiditeit is de fragmentatie van de zorg. Nochtans scoort continuïteit van zorg erg hoog bij patiënten. Het staat garant voor een betere zorg met proactieve aandacht voor preventie en een verminderd aantal vermijdbare ziekenhuisopnames, wat meteen ook de prijs van de zorg aardig reduceert. Patiënten kiezen dan ook duidelijk voor één bepaalde arts in een huisartsgroepspraktijk waardoor een unieke relationele, informatiegerichte

en organisatorische continuïteit ontstaat, waarvan de waarde niet onderschat kan worden. Sterkte hierbij is zeker de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en de regelmatige contacten die kunnen helpen om orde te brengen in de chaos.

Expliciete vraag aan patiënt

Vooraf in de context van multimorbiditeit is het belangrijk te weten wat voor de patiënt nu het belangrijkste is. Door dit expliciet te vragen bij aanvang van de consultatie wordt de beschikbare consultatietijd het meest efficiënt benut. Samen met de patiënt tot een gedeeld besluit komen, verhoogt zowel de kennis van patiënten over hun aandoening en behandelingsopties als de tevredenheid over de zorg, en vergroot tevens het zelfvertrouwen en de persoonlijke aanpak van de zorg.

Een simpele vraag bij aanvang van de consultatie (volgens het Ariadne-principe: 'wat vind je nu het meest vervelend', 'waar zou je vandaag eens extra aandacht aan willen schenken?') kan helpen om primaire aandacht te geven aan de aandachtspunten die voor deze patiënt nu het meest belangrijk zijn.⁴

Andere taakinfilling

Vaak geven huisartsen tijdgebrek aan als een belangrijk knelpunt voor de aanpak van mensen met multimorbiditeit. Toch staat een langere consultatietijd niet altijd garant voor een betere zorg.

Een andere taakinfilling levert meer hoopvolle resultaten op: een monitoring-bezoek aan de praktijkverpleegkundige voorafgaand aan de afspraak bij de huisarts, zou wel eens de meest efficiënte en effectieve tijdsbesteding kunnen zijn zowel voor de arts als voor de patiënt. Praktijkverpleegkundigen en andere multidisciplinaire teamleden kunnen elk op een specifieke wijze bijdragen aan deze complexe zorg zoals het overlopen van de persoonlijke doelstellingen of het opmaken van een psychologisch of functioneel bilan, waardoor de arts en patiënt ondersteund worden in hun gedeeld beslissingsproces.

Een multidisciplinaire input is noodzakelijk voor de aanpak van multimorbiditeit waarbij verwijzing naar relevante disciplines nog enkel moet gebeuren wanneer noodzakelijk.

Het is duidelijk dat er nog veel werk is om dit mogelijk te maken voor Belgische patiënten met multimorbiditeit.

Johan Wens

Literatuur

- 1 Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment): an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36:632-8. doi:10.1093/ageing/afm118
- 2 Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
- 3 Cooper JA, Ryan C, Smith SM, et al. and The PROMPT Steering Group. The development of the PROMPT (Prescribing Optimally in Middle-aged People's Treatments) criteria. *BMC Health Serv Res* 2014;14:484. doi:10.1186/s12913-014-0484-6.
- 4 Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine* 2014;12:223. doi:10.1186/s12916-014-0223-1.

OUDEREN MET DIABETES OVERBEHANDELD?



Lipska K, Ross J, Miao Y, et al. Potential Overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med* doi:10.1001/jamainternmed.2014.7345

Het is gekend dat hypoglycémie vaker voorkomt bij ouderen en ook meer ernstige gevolgen kan hebben. Dat zijn de belangrijkste redenen waarom de streefglycémie bij een oudere populatie hoger ligt. Zeker bij ouderen met veel comorbiditeit is het belangrijk om de glycémie niet te scherp te regelen, omdat daar het verwachte voordeel van glycemieverlaging (verminderde kans op sterfte en op complicaties) kleiner is dan de verwachte nadelen.

Voor deze studie werd een enquête (de 'National Health and Nutrition Examination Survey') afgenomen bij 1288 personen ouder dan 65 jaar met de diagnose van diabetes en met HbA_{1c}-metingen in de periode van 2001 tot 2010. Deze personen werden verdeeld in drie groepen wat hun gezondheidsstatus betreft:

- 'heel complex/zwak' als ze moeite hadden met twee of meer activiteiten in het dagelijks leven (ADL) of dialyseafhankelijk waren;
- 'complex' als ze moeite hadden met twee of meer instrumentele activiteiten in het dagelijks leven (IADL) of leden aan meer dan drie bijkomende chronische ziekten;
- 'relatief gezond' als de bovenstaande criteria afwezig waren.

Er werd gekeken naar de correlatie tussen een scherpe glycemieregeling (HbA_{1c} kleiner dan 7%) en het gebruik van medicatie met veel risico op hypoglycémie (insuline of sulfonyleurea).

Van de 1288 personen werd 50,7% beschouwd als relatief gezond; 28,1% had een complexe gezondheidsstatus en 21,2% had een heel complexe of zwakke

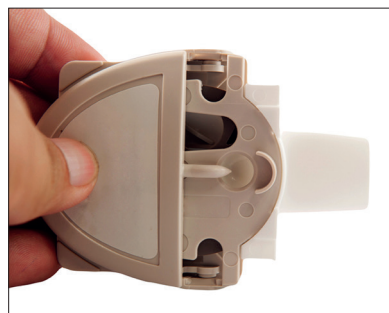
gezondheidsstatus. Een scherpe glycemiecontrole kwam voor bij 61,5% van alle personen en deze verhouding verschilde weinig tussen de groepen met een verschillende gezondheidsstatus (resp. 62,8%, 63,0% en 56,4%). Van de ouderen met een HbA_{1c} kleiner dan 7% werd 54,9% behandeld met insuline of sulfonyleurea en ook deze verhouding was vergelijkbaar tussen de groepen met een verschillende gezondheidsstatus (resp. 50,8%, 58,7% en 60,0%).

Het besluit van deze studie is dat hoewel het geweten is dat een intensieve diabetesbehandeling bij ouderen met comorbiditeit waarschijnlijk meer kwaad doet dan goed, er binnen deze groep toch een meerderheid is wiens glycemie scherp geregeld staat. Daarbij komt dat deze laatste groep patiënten meestal insuline of sulfonyleurea krijgt. Dat kan leiden tot ernstige hypoglycémie.

Deze bevindingen zouden artsen toch moeten laten nadenken of hun oudere patiënten met diabetes misschien niet overbehandeld zijn. Dit komt blijkbaar vaak voor!

Bert Leysen

BEPERKT EFFECT VAN ZANAMIVIR BIJ INFLUENZA



Heneghan CJ, Onakpoya I, Thompson M, et al. Zanamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. *BMJ* 2014;348:g2547.

Deze nieuwe versie van een Cochrane review, ook besproken in *Minerva*,¹ analyseerde opnieuw de bestaande evidence over de therapeutische en profylaxe effecten van zanamivir bij influenza. De reviewers baseerden zich hiervoor op volledige klinische rapporten van de producent en commentaren van de regulerende instanties. Deze nieuwe uitgebreide zoekstrategie was de enige manier om de publicatiebias en ontbrekende gegevens die bij eerdere reviews waren vastgesteld, aan te pakken. Er werden 28 RCT's, waarvan minder dan de helft gepubliceerd was, behouden met in totaal 14 628 deelnemers. Zesentwintig RCT's voldeden aan voorafgestelde criteria van volledigheid en interne en externe consistentie.

Zanamivir verminderde de tijd tot verbetering van de symptomen van 6,6 tot 6

dagen bij volwassenen, zonder verbetering bij kinderen. Er kon geen vermindering van het risico op pneumonie, otitis media of sinusitis bij volwassenen en kinderen worden aangetoond. Bij volwassenen (niet bij kinderen) werd een kleine vermindering van het risico op bronchitis bekomen (1,8%; 95%-BI: 0,65%-2,8%). Er waren geen data om het effect op hospitalisaties te beoordelen.

Profylactisch gaf zanamivir een significante risicoreductie van 1,98% (95%-BI: 0,98%-2,54%) en NNTB (number needed to treat to benefit) van 51 op symptomatische influenza bij individuen en van 14,8% (95%-BI: 12,2%-16,6%) en NNTB van 7 bij gezinnen. Er kon geen profylactisch gunstig effect op asymptomatische influenza worden aangetoond. Bij volwassenen (niet bij kinderen) kon door profylaxe een reductie van 0,32% (95%-

BI: 0,09%-0,41%) en NNTB van 311 op klinische pneumonie (niet bevestigd met radiografie) bekomen worden. Er was geen afname van bronchitis en sinusitis. Zanamivir werd goed verdragen met uitzondering van bronchospasmen.

Al bij al is het klinisch effect van zanamivir beperkt. Bovendien zijn er tal van methodologische problemen te melden over de RCT's. De diagnostische criteria die gebruikt werden, waren niet uniform, niet altijd duidelijk omschreven en meestal gebaseerd op zelfrapportering. Het kleine voordeel van zanamivir in het verkorten van de symptomen was niet groter dan het effect van symptoomverlichtende medicatie. De meeste trials includeerden vooral gezonde volwassenen en weinig ouderen of die groepen die meer risico lopen op influenzacomplikaties. Hieruit kan men besluiten dat zanamivir geen plaats heeft in de behandeling of preventie van influenza.

Barbara Michiels

Literatuur

- 1 Michiels B. Zanamivir for influenza in adults and children shows limited benefit for treatment of symptomatic influenza and no effect on relevant complications. *Evid Based Med* 2015;20:7. doi:10.1136/ebmed-2014-110046.

ZIJN NEGATIEVE RESULTATEN OOK NIEUWS?



William M, Crane C, Barnhofer T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2013; 82:275-86.

Als reactie op een stuk van Sumner et al. in de *BMJ* dat een verband vond tussen overdrijvingen in wetenschappelijk

nieuws over gezondheid en overdrijvingen in academische persberichten,¹ reageerde een lezer dat er nog een andere

zijde is aan dit verhaal, namelijk de stilte waarmee tegenstrijdige bevindingen worden omgeven.² Hij gaf het voorbeeld van mindfulness dat eerst iets was voor hippies, dan hip werd en het vervolgens zelfs schopte tot in aanbevelingen en zelfs het Britse parlement. Positieve rapporten over mindfulness krijgen nog steeds veel aandacht, maar dat kan dus bijvoorbeeld niet gezegd worden van een recente, zeer rigoreus uitgevoerde, klinische studie naar het effect van op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) voor recidiverende depressie.

Dit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, gefinancierd door de Wellcome Trust, vergeleek MBCT met cognitieve psychologische educatie (CPE) en routinezorg ter preventie van herval tot een majeure depressie bij mensen in remissie na ten minste drie eerdere episodes.

Van de 274 deelnemers konden gegevens van 255 (93%) geanalyseerd worden na follow-up. MBCT en CPE werden gedurende acht wekelijkse lessen gegeven. Men vond dat de ernst van trauma's als kind een significante invloed had op het herval gedurende twaalf maanden

follow-up en dat dit het effect van MBCT beïnvloedde. Bij deelnemers met ernstigere trauma's was er geen significant verschil tussen MBCT en CPE en wel tussen MBCT versus routinezorg (hazard ratio=0,43; 95%-BI: 0,22-0,87), terwijl er voor de andere deelnemers geen verschillen waren tussen de studiegroepen, net zoals er geen verschillen waren tussen de studiegroepen voor de gehele groep van patiënten met recidiverende depressie. Het debat over de betekenis van deze resultaten moet nog gevoerd worden. Misschien is dit een eerste stap, en moet

onze rubriek Kort Nieuws ook een forum zijn om de stilte te doorbreken rond negatieve resultaten van onderzoek.

Samuel Coenen

Literatuur

- 1 Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. *BMJ* 2014;349:g7015.
- 2 Farias M. From exaggeration to silence in health related science news and academic press releases: mindful bias? *BMJ* 2015;350:h144.

BAARMOEDERHALSKANKERSCREENING OP BASIS VAN CYTOLOGIE OF HPV?



Arbyn M, Haelens A, Desomer A, et al.
Welke screening voor baarmoederhalskanker? – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015. KCE Reports 238As. D/2015/10.273/14.

De huidige baarmoederhalskankerscreening op basis van cytologie werkt niet optimaal in België. De participatie aan screening is te laag, een beperkte groep vrouwen wordt te vaak gescreend, er gebeuren te veel colposcopieën, de reproduceerbaarheid van uitstrijkjes is beperkt, er zijn grote verschillen tussen laboratoria en er is geen waterdichte kwaliteitscontrole.

Het KCE boog zich over de vraag of een systeem van primaire HPV-screening, waarbij vrouwen een HPV-test krijgen in plaats van het klassieke uitstrijkje, een alternatief kan zijn. Op basis van de beschikbare evidentie besluit men dat primaire HPV-screening, zoals die nu in Nederland gepland wordt, efficiënter is. De

HPV-test spoort aanwezigheid van het humaan papillomavirus op en is gevoeliger (hij kan meer hooggradige letsels opsporen) maar is ook minder specifiek dan de Pap-test (hij spoort ook voorbijgaande letsels op of vals-positieven).

Hoe vrouwen met een positieve HPV-test moeten worden opgevolgd, staat nog niet volledig vast. Het KCE-rapport formuleerde, op basis van verschillende bestudeerde opties, een mogelijk algoritme, waarbij elke vrouw tussen 30 en 64 jaar met een positieve HPV-test twee uitstrijkjes moet laten maken over een periode van één jaar. Voor vrouwen tussen 25 en 30 jaar, bij wie de prevalentie van voorbijgaande HPV-infecties hoog is, is het systeem niet efficiënt en moet de normale

cytologische screening behouden blijven. Het screeningsinterval kan bij primaire HPV-screening worden verlengd tot vijf jaar (in plaats van de huidige drie jaar zoals wordt aanbevolen bij het klassieke uitstrijkje). Ook vrouwen die gevaccineerd werden tegen HPV, moeten vooralsnog blijven deelnemen aan baarmoederhalskankerscreening.

Invoeren van primaire HPV-screening zou zeer waarschijnlijk leiden tot een verbetering van de baarmoederhalskankerscreening in België. In afwachting van een beslissing van de overheid, moet de huidige, op cytologie gebaseerde, screening onveranderd worden voortgezet. Het KCE-rapport pleit *niet* voor een gecombineerde strategie waarbij op elk normaal uitstrijkje dat in het huidige systeem wordt afgenomen, ook een HPV-test wordt uitgevoerd. HPV-tests worden in deze indicatie ook niet terugbetaald; ze worden in het huidige systeem voorbehouden voor triage van uitstrijkjes met atypische letsels.

Veronique Verhoeven