

## Zelfmeting glucose niet nuttig bij niet-insuline-afhankelijke diabetes

Zelfcontrole van glucosewaarden is gebruikelijk bij insuline-afhankelijke diabetes. Maar is dit ook nuttig bij patiënten die geen insuline gebruiken? Nieuw onderzoek laat zien dat zelfmonitoring niet leidt tot een beter HbA<sub>1c</sub> of een betere kwaliteit van leven.

Amerikaanse onderzoekers wilden weten of zelfmonitoring van glucose met een vingerprik effectief is bij niet-insuline-afhankelijke diabetes. In eerstelijns praktijken includeerden ze 450 niet-insuline-afhankelijke diabetes (type 2) met een uitgang-HbA<sub>1c</sub> tussen 6,5 en 9,5% (47,5 en 80,3 mmol/mol). Pa-

tiënten werden gerandomiseerd in drie groepen: geen zelfmonitoring, eenmaal daags zelfmonitoring of eenmaal daags zelfmonitoring met directe feedback en motivatie via sms. Daarnaast werden patiënten volgens de gebruikelijke zorg begeleid in de eerste lijn. Na een jaar was er geen verschil in HbA<sub>1c</sub> tussen de groepen met of zonder zelfmonitoring (-0,07%; 95%-BI -0,26% tot 0,12%). Ook was er geen verschil in kwaliteit van leven (SF-36). Andere factoren, zoals de hoogte van het uitgang-HbA<sub>1c</sub> en de duur van de diabetes, hadden geen invloed op deze uitkomsten.

Dit onderzoek maakt nog maar eens duidelijk dat de gedachten van 'meer meten' en 'zelfmanagement' niet altijd leiden tot betere klinische uitkomsten op de lange termijn. Het bevestigt de resultaten van een eerdere meta-analyse en komt overeen met de NHG-Stan-



Foto: Shutterstock

daard Diabetes mellitus type 2. Daarin wordt alleen zelfcontrole geadviseerd bij patiënten met insuline. ■

Tobias Bonten

Young LA, et al. Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2017 Jun 10 [Epub ahead of print].

## Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg minder effectief dan verwacht

Gezamenlijke zorg van de eerste en tweede lijn ('shared care') bij chronische aandoeningen wordt vaak als oplossing gezien om de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden. Een recente Cochrane-review liet echter nauwelijks effecten zien op klinische uitkomstmaten van shared care bij somatische aandoeningen (zoals diabetes en chronisch nierfalen) en evenmin op zorggebruik en opnames. Alleen bij depressie kan samenwerking tussen huisarts en specialist lonen.

Gezamenlijke zorg zou veel voordelen hebben boven de gebruikelijke zorg: meer en betere zorg op maat, kennisoverdracht van de tweede naar de eerste lijn en minder onnodige verwijzingen. De auteurs van de review gingen na of die veronderstelling klopt en vergeleken de effectiviteit van gezamenlijke zorg met die van de reguliere eerstelijnszorg. Zij includeerden 42 onderzoeken,

waaronder 39 randomized controlled trials, met 18.859 patiënten uit huisartsenpraktijken in twaalf verschillende landen, waaronder de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Australië en Nederland. De auteurs keken naar groepen patiënten met verschillende aandoeningen: hart- en vaatziekten, diabetes, astma/COPD, chronische pijn en depressie. De gezamenlijke zorg bleek op diverse manieren te zijn georganiseerd, variërend van een (verpleegkundig) specialist in de eerste lijn tot digitale shared care. De effectiviteit werd beoordeeld op de primaire uitkomstmaten systolische bloeddruk, patiënttevredenheid, efficiëntie en kosten van het zorgproces.

Door de grote heterogeniteit van de onderzoeken, en wellicht de korte follow-up (6 tot 24 maanden) was er geen verschil in klinische uitkomstmaten als HbA<sub>1c</sub>, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid. Ook wat betreft ziekenhuisopnames en zorggebruik waren er geen duidelijke verschillen. Voor drie uitkomstmaten deed gezamenlijke zorg het wel beter. Patiënten met hypertensie, chronische nierziekte of na een CVA hadden in de shared care-groep een lichte bloeddrukdaling

van 3,4 mmHg (95%-BI 1,68 tot 5,25; n = 1281). Voor patiënten met een depressie was er een betere behandelingsrespons: RR 1,4 (95%-BI 1,22 tot 1,62; n = 806), en shared care leverde in vijf onderzoeken een correct medicatiebeleid op: RR 1,25 (95%-BI 1,07 tot 1,46; n = 546).

Deze review toont de effectiviteit van shared care niet aan. Ook wijzen de resultaten vooralsnog niet op verbeterde efficiëntie of minder zorgkosten. De auteurs adviseren met name bij somatische aandoeningen meer onderzoek te doen naar effectiviteit alvorens shared care te implementeren. Bij de implementatie van shared care in zorggroepen dienen de verwachtingen realistisch te zijn! ■

Jacqueline van Heiningen

Smith SM, et al. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD004910.

Zie ook de bijdrage van Guy Schulp op pagina 496: Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg, te veel onder één noemer?