



Stepped care bij artrose

Samenvatting

Smink AJ, Van den Ende CH, Vliet Vlieland TP, Bijlsma JW, Swierstra BA, Kortland JH, Voorn TB, Teerenstra S, Schers HJ, Dekker J, Bierma-Zeinstra SM. Stepped care bij artrose. *Huisarts Wet* 2015;58(6):299-301.

DOEL Vaststellen of een stepped-carebehandelstrategie in staat is zowel de gezondheid als het zorggebruik van patiënten met knie- of heupartrose te verbeteren.

METHODE Prospectief observationeel cohortonderzoek met een follow-up van twee jaar, uitgevoerd tussen augustus 2010 en maart 2013 in 38 huisartsenpraktijken in de regio Nijmegen. De huisartsen ontvingen voorlichting over een stepped-carebenadering voor knie- en heupartrose, BART genaamd. Bij 280 patiënten met knie- of heupartrose werden pijn, fysiek functioneren, zelfeffectiviteit en actieve pijn coping gemeten op baseline en na 6, 12, 18 en 24 maanden, en werd vastgesteld in hoeverre de aanbevolen behandelstrategie werd gevolgd.

RESULTATEN Ongeveer de helft van de 280 deelnemers kreeg zorg conform de aanbevolen behandelstrategie. Deze groep was gemiddeld jonger en had minder comorbiditeit, minder pijnlijke gewrichten en minder vaak een aanvullende verzekering. We vonden geen significante verschillen tussen beide groepen in pijn, fysiek functioneren, zelfeffectiviteit en actieve pijn coping.

CONCLUSIE Verder onderzoek naar de toegevoegde waarde van stepped care zou zich moeten concentreren op de definitie van 'optimale zorg', de langetermijneffecten van te vroeg ingezette behandelingen en andere uitkomsten, zoals kosten en bijwerkingen.

INLEIDING

Het gangbare beleid bij patiënten met artrose van knie of heup is niet optimaal. Er worden vaak interventies gebruikt waarvan de effectiviteit niet bewezen is, terwijl de aanbevolen niet-chirurgische behandelmogelijkheden niet altijd adequaat worden toegepast.¹

De aanbevolen strategie bij artrose is, zoals bij alle chronische aandoeningen, *stepped care*. Dit houdt in dat de behandeling niet intensiever is dan nodig en dat complexere interventies pas in beeld komen als eenvoudige interventies onvoldoende resultaat hebben. In de regio Nijmegen is op basis van landelijke consensus een multidisciplinaire stepped-carebehandelstrategie voor knie- en heupartrose ontwikkeld en geïmplementeerd, BART genaamd.² BART structureert de niet-chirurgische behandelmogelijkheden van knie- en heupartrose in drie stappen van oplopende intensiteit, en beschrijft bij elke stap de optimale diagnostiek, behandeling en evaluatie.

Onze aanname was dat de aanbevolen behandelstrategie zou resulteren in betere lichamelijke en psychische uitkomsten, zoals pijn, fysiek functioneren, zelfeffectiviteit en actieve copingstijl. Deze aanname hebben we geëvalueerd in een cohortonderzoek gedurende de eerste twee jaar na de im-

plementatie van BART in de eerstelijnsgezondheidszorg rond Nijmegen.

METHODE

We gebruikten de gegevens van een twee jaar durend prospectief observationeel cohortonderzoek, uitgevoerd tussen augustus 2010 en maart 2013. Huisartsen uit het netwerk Nijmeegse Universitaire Huisartspraktijken (NUHP), dat verbonden is aan de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc, includeerden patiënten met een nieuwe episode van knie- of heupklachten. Exclusiecriteria waren: recente of geplande gewrichts vervanging, onvoldoende beheersing

Wat is bekend?

- Ondanks de beschikbaarheid van evidence-based richtlijnen omtrent management van knie- en heupartrose is de zorg in Nederland niet optimaal.
- Bij diverse chronische aandoeningen, zoals astma, hypertensie, verslaving en diabetes, wordt een systematische en stapsgewijze aanpak, *stepped care*, aanbevolen om te voorkomen dat ingrijpende behandelingen te vroeg worden ingezet.
- Voor knie- en heupartrose is nu ook een behandelstrategie ontwikkeld met drie stappen waarin de niet-chirurgische behandelmogelijkheden in oplopende intensiteit worden toegepast.

Wat is nieuw?

- De onderzochte stepped-carebenadering was in de eerste twee jaar na invoering niet geassocieerd met significante verbeteringen in pijn, fysiek functioneren, zelfeffectiviteit en actieve pijn coping.
- De redenen van de huisarts om al dan niet af te wijken van de aanbevolen behandelstrategie voor knie- en heupartrose moeten beter in kaart gebracht worden.
- De toegevoegde waarde van de aanbevolen behandelstrategie moet gezocht worden in de langetermijneffecten, bijwerkingen en kosten van de diverse behandelingen.

Sint Maartenskliniek, afdeling Reumatologie, Postbus 9011, 6500 GM Nijmegen: dr. A.J. Smink, arts-onderzoeker; dr. C.H.M. van den Ende, reumatoloog. Sint Maartenskliniek, afdeling Orthopedie, Ubbergen: dr. B.A. Swierstra, orthoped. LUMC, afdeling Reumatologie en Orthopedie, Leiden: prof.dr. T.P.M. Vliet Vlieland, arts-epidemioloog, bijzonder hoogleraar Doelmatigheid van revalidatieprocessen, in het bijzonder fysiotherapie. UMC Utrecht, afdeling Reumatologie en Klinische Immunologie: prof.dr. J.W.J. Bijlsma, reumatoloog, hoogleraar Reumatologie. Reuma Patiënten Bond, Amersfoort: J.A. Kortland, oefentherapeut, bestuurslid, Radboudumc, afdeling Eerstelijns-geneeskunde, Nijmegen: prof.dr. Th.B. Voorn, huisarts, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. H.J. Schers, huisarts-onderzoeker. Radboudumc, afdeling Epidemiologie, biostatistiek & HTA, Nijmegen: dr. S. Teerenstra, biostatisticus. VUmc, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam: prof.dr. J. Dekker, psycholoog, hoogleraar Paramedische zorg. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: prof.dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, fysiotherapeut, hoogleraar Artrose en gerelateerde aandoeningen • Correspondentie: a.j.smink@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een vertaling van Smink AJ, Van den Ende CH, Vliet Vlieland TP, Bijlsma JW, Swierstra BA, Kortland JH, Voorn TB, Teerenstra S, Schers HJ, Dekker J, Bierma-Zeinstra SM. Effect of stepped care on health outcomes in patients with osteoarthritis: an observational study in Dutch general practice. *Br J Gen Pract* 2014;64:e538-44. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

van de Nederlandse taal, een terminale aandoening en een leeftijd onder de 18 jaar. De huisartsen vroegen patiënten tijdens het consult, of schriftelijk na een recent consult om deel te nemen, en de deelnemers ontvingen een zelfmanagementboekje, de *Zorgwijzer artrose*.³

De onderzoekers bezochten de deelnemende huisartsenpraktijken om voorlichting te geven over het onderzoek, de behandelstrategie en het gebruik van de zorgwijzer. De huisartsen ontvingen informatiemateriaal, herinneringen en een uitnodiging voor een multidisciplinair symposium.

Uitkomstmaten

Onze uitkomstmaten waren pijn en fysiek functioneren, gemeten met de Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, zelfeffectiviteit (vermogen en overtuiging om adequaat en efficiënt te handelen), gemeten met de Dutch General Self-Efficacy Scale, en actieve copingstijl, gemeten met de Pain Coping Inventory. Deze metingen vonden plaats op baseline en na 6, 12, 18 en 24 maanden. Bij elke meting vroegen we de deelnemers welke zorg ze in de afgelopen 6 maanden hadden ontvangen vanwege hun knie- of heupproblemen. Op basis hiervan berekenden we voor elke behandel-mogelijkheid het cumulatieve percentage ‘gebruikers’.

Geleverde zorg

De behandelstrategie presenteert behandelopties in de volgende volgorde: voorlichting, leefstijladviezen, paracetamol (stap 1); fysiotherapie, verwijzing naar een diëtist, ontstekingsremmende pijnstillers, tramadol (stap 2); optioneel intra-articulaire injecties, multidisciplinaire zorg, transcutane elektrische zenuwstimulatie (stap 3). Daarbij wordt een behandeling alleen aangeboden als de behandelingen uit de voorgaande stap tot onvoldoende resultaat leidden.

Wij definieerden de geleverde zorg als ‘conform de behandelstrategie’ indien de zorgverlener alle modaliteiten uit eerdere stappen had aangeboden of geleverd, alvorens de geavanceerdere modaliteiten uit een vervolgstap aan te bieden. Met andere woorden: de patiënt moest tijdens de onderzoeksperiode alle geadviseerde behandelingen uit stap 1 ontvangen hebben (voorlichting, leefstijladvies én paracetamol) voorafgaand aan een behandeling uit stap 2, en moest alle geadviseerde behandelingen uit stap 2 ontvangen hebben voorafgaand aan een behandeling uit stap 3.

Analyse

We analyseerden verschillen tussen groepen met behulp van de chikwadraattoets, de t-toets of de Mann-Whitney U-toets. Met multivariabele regressieanalyse onderzochten we de associaties tussen ‘zorg conform de behandelstrategie’ en de vier uitkomstmaten. Ontbrekende gegevens rekenden we toe om power te behouden en bias te verminderen.

RESULTATEN

Aan het onderzoek namen 70 huisartsen van 38 verschillende praktijken deel. Zij selecteerden 528 patiënten, van wie er 215 afvielen, 83 omdat ze niet aan de inclusiecriteria voldeden en 132 omdat ze niet geïnteresseerd waren in deelname. Uiteindelijk werden 313 patiënten geïncludeerd, van wie er 29 uitvielen tijdens de onderzoeksperiode, zodat er 284 overbleven. Van 280 patiënten konden we bepalen of de zorg die zij ontvangen hadden ‘conform de behandelstrategie’ was: bij 163 patiënten (58%) was dat niet het geval, bij 117 patiënten (42%) was de zorg wel conform de behandelstrategie. De gemiddelde leeftijd in deze twee groepen was respectievelijk 65 jaar (SD 10) en 62 jaar (SD 10); het aantal mannen was respectievelijk 62 (38%) en 43 (37%).

In de twee jaar na inclusie verbeterden de pijn en het fysiek functioneren bij alle deelnemers significant (respectievelijk 7% en 6%), terwijl de niveaus van zelfeffectiviteit en actieve copingstijl niet veranderden. We vonden geen statistisch significante verschillen tussen patiënten die wel of niet conform de behandelstrategie waren behandeld: het gecorrigeerde verschil op de pijnschaal was -4,3 (95%-BI -10,3 tot 1,7), dat op fysiek functioneren was -1,9 (-7,0 tot 3,1) [tabel]. Ook op het gebied van zelfeffectiviteit en actieve pijn copingstijl waren er geen significante verschillen.

BESCHOUWING

Op de vier uitkomstmaten vonden we geen statistisch significante verschillen tussen patiënten die al dan niet stepped care hadden ontvangen conform onze behandelstrategie. Daarbij is een aantal kanttekeningen op zijn plaats.

Een eerste kanttekening is dat de patiënten die geen stepped care conform de behandelstrategie ontvingen over het algemeen ouder waren, bij aanvang meer comorbiditeit en meer pijnlijke gewrichten hadden, en minder vaak een aanvullende verzekering. Deze factoren maken het soms onvermijdelijk of zelfs wenselijk om af te wijken van het stepped-careprincipe. ‘Conform de behandelstrategie’ staat dus niet per se gelijk aan

Tabel Uitkomsten van ‘zorg conform de stepped-carebehandelstrategie’ (BART) versus ‘zorg niet conform de behandelstrategie’ na twee jaar

Uitkomsten	Niet conform BART		Conform BART		Ongecorrigeerd verschil		Gecorrigeerd verschil*			
		(95%-BI)		(95%-BI)		p		p		
Pijn (schaal 0-100)	8,8	(4,9 tot 12,7)	3,6	(-0,6 tot 7,7)	-5,2	(-10,1 tot 0,5)	0,08	-4,3	(10,3 tot 1,7)	0,16
Fysiek functioneren (schaal 0-100)	7,4	(4,0 tot 10,8)	4,3	(0,4 tot 8,1)	-3,1	(-8,1 tot 1,9)	0,22	-1,9	(-7,0 tot 3,1)	0,45
Zelfeffectiviteit (schaal 12-48)	-0,4	(-1,2 tot 0,4)	0,6	(-0,3 tot 1,5)	0,8	(-0,5 tot 2,2)	0,23	0,6	(8,3 tot 2,0)	0,41
Actieve pijn coping (schaal 10-40)	-1,6	(-3,6 tot 0,4)	-0,6	(-2,8 tot 1,6)	1,1	(-2,1 tot 4,3)	0,49	1,7	(-1,5 tot 4,9)	0,30

* Gecorrigeerd voor mogelijke confounders: leeftijd; comorbiditeit; aanvullende verzekering; aantal pijnlijke gewrichten; geslacht van de huisarts; houding van de huisarts ten opzichte van conservatieve behandeling, zoals gebleken in eerder onderzoek.⁴

‘optimale zorg’. Om een betere definitie te kunnen geven, zouden de redenen van huisartsen om af te wijken van de strategie in kaart moeten worden gebracht.

Ten tweede verschilde het zorggebruik tussen beide groepen. In de stepped-caregroep kregen meer patiënten voorlichting en leefstijladvies, in de groep die van de strategie afweek kregen meer patiënten intra-articulaire injecties. Dit kan onze resultaten hebben beïnvloed, aangezien voorlichting en leefstijladvies op pijn relatief minder effect hebben dan intra-articulaire injecties.⁵ Andere uitkomstmaten, zoals zorgkosten en bijwerkingen, kunnen het effect van stepped care wellicht beter in kaart brengen.

Een derde kanttekening is dat een periode van twee jaar wellicht te kort is om verschillen te kunnen detecteren. In eerder onderzoek zagen we tijdens de follow-up dat verschillen in pijn en fysiek functioneren bij patiënten met heup of knie-artrose in de eerste jaren nauwelijks zichtbaar zijn.⁶ We hadden verwacht dat het zelfmanagementboekje een gunstige invloed zou hebben op zelfeffectiviteit en actieve pijn coping, maar om deze uitkomsten te verbeteren lijken toch geavanceerdere interventies noodzakelijk.⁷

Tot slot, observationeel onderzoek is niet de optimale methode om een oorzakelijk verband tussen behandelstrategie en zorguitkomsten te onderzoeken. Een belangrijke beperking is het risico op ‘confounding door indicatie’. Ook na correctie voor verschillende baselinekenmerken bleken de twee groepen patiënten in ons onderzoek niet helemaal vergelijkbaar. Een RCT zou deze bias kunnen ondervangen, maar brengt weer andere beperkingen met zich mee, zoals het risico op contaminatie en *recruitment bias*.

CONCLUSIE

De artrosezorg kan beter, vooral omdat niet altijd alle stappen in het zorgproces worden doorlopen. Het zou goed zijn conservatieve behandelmogelijkheden meer te benutten, alvorens over te gaan tot ingrijpendere behandelingen. Om meer greep te krijgen op dit behandelproces is verdere verkenning nodig van de besluitvorming in de spreekkamer. ■

LITERATUUR

- 1 McHugh GA, Campbell M, Luker KA. Quality of care for individuals with osteoarthritis: a longitudinal study. *J Eval Clin Pract* 2012;18:534-41.
- 2 Smink AJ, Van den Ende CH, Vliet Vlieland TP, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. ‘Beating osteoARThritis’: development of a stepped care strategy to optimize utilization and timing of nonsurgical treatment modalities for patients with hip or knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol* 2011; 30:1623-9.



Foto: Shutterstock/Vaaka

- 3 Smink AJ. *Zorgwijzer artrose*. Nijmegen: Bone & Joint Decade NL, 2010.
- 4 Smink AJ, Dekker J, Vliet Vlieland TP, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. Health care use of patients with osteoarthritis of the hip or knee after implementation of a stepped-care strategy: an observational study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66:817-27.
- 5 Zhang W1, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARS recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18:476-99.
- 6 Van Dijk GM1, Dekker J, Veenhof C, Van den Ende CH; Carpa Study Group. Course of functional status and pain in osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of the literature. *Arthritis Rheum* 2006;55:779-85.
- 7 Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:1125-35.