



## Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk

### Samenvatting

Luijks HDP. Multimorbiditeit vanuit het perspectief van de huisarts. *Huisarts Wet* 2016;59(9):400-2.

Multimorbiditeit komt veel voor, maar in richtlijnen wordt er weinig rekening mee gehouden. Het besef groeit dat comorbiditeit een ongunstige invloed heeft op de prognose van chronische aandoeningen – bijvoorbeeld artrose en hart- en vaatziekten bij diabetes. De zorgbehoeften van patiënten met multimorbiditeit zijn echter vaak complex en verschillen per individuele patiënt. Daarom vinden huisartsen – zo is uit focusgroeponderzoek gebleken – dat de zorg voor deze patiënten in de eerste plaats patiëntgericht moet zijn. De richtlijnen voor afzonderlijke aandoeningen sluiten, ook in combinatie, vaak niet goed aan bij de situatie en zouden daarom expliciet plaats moeten inruimen voor het gezonde verstand. Het principe van evidence-based geneeskunde is immers dat het best beschikbare bewijs gecombineerd wordt met persoonlijke klinische ervaring.

Het wetenschappelijk onderzoek zou er meer rekening mee moeten houden dat het verkregen bewijs ook bruikbaar en zinvol is bij multimorbiditeit. Dat kan bijvoorbeeld door inclusiecriteria te verruimen en door naast ziektespecifieke ook generieke uitkomstmaten te hanteren. Ook ligt er een taak voor medische (vervolg)opleidingen om artsen te trainen in het gebruik van hun gezonde verstand en in de bijbehorende communicatieve vaardigheden.

### INLEIDING

In mijn proefschrift *Multimorbidity in primary care: focus on the general practitioner's perspective* heb ik de impact van multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk onderzocht. Multimorbiditeit brengt hoge sterfte en zorggebruik met zich mee, en patiënten met multimorbiditeit scoren lager op fysiek en mentaal welbevinden. Hoewel we allemaal weten dat multimorbiditeit veel voorkomt, houden richtlijnen er te weinig rekening mee, terwijl er toch veel richtlijnen zijn verschenen sinds de evidence-based geneeskunde opkwam in de jaren negentig. Huisartsen verlenen dagelijks zorg aan patiënten met multimorbiditeit, maar moeten het doen zonder goede *evidence base*. Daarom is multimorbiditeit een belangrijk onderwerp voor onderzoek: zodat de wetenschappelijke basis voor deze zo gebruikelijke zorg verstevigd wordt. Hieronder de belangrijkste bevindingen van het eerste deel van mijn onderzoek.

### COMORBIDITEIT

Bij diabetespatiënten bleek het beloop van de bloeddruk geassocieerd met het aantal comorbide aandoeningen. Het was echter niet zo dat de bloeddrukregulatie slechter werd

wanneer het aantal aandoeningen steeg – de relaties lagen complexer. Bepaalde comorbide aandoeningen hebben een ongunstige invloed op de diabetescontrole. Zo bleken aandoeningen van het bewegingsapparaat (vooral artrose) samen te hangen met duidelijk sterker oplopende HbA<sub>1c</sub>-waarden bij diabetespatiënten en bleek comorbide COPD verantwoordelijk voor een ongunstiger beloop van de bloeddruk. Sociaal-economische status (SES) en body-mass index (BMI) bleken van invloed op deze effecten. Afvallen om een betere bloeddruk te krijgen lijkt minder kansrijk voor diabetespatiënten met COPD; voor deze patiënten bieden SES-gerelateerde factoren wellicht meer aanknopingspunten.

Het bleek dat comorbiditeit zeer veel voorkomt onder volwassen, nieuw ontdekte diabetespatiënten: 85% van de patiënten met diabetes type 2 had één of meer andere chronische aandoeningen, bijna de helft had er drie of meer. Van de patiënten zonder comorbiditeit ontwikkelde een kwart minimaal één nieuwe chronische aandoening in de vijf jaar die volgden op de diagnose 'diabetes'.

### RELEVANTIE BESTAANDE RICHTLIJNEN

Juist omdat huisartsen gewend zijn te zorgen voor patiënten met multimorbiditeit terwijl richtlijnen nauwelijks sturing geven, zijn hun ervaringen en beweegredenen een belangrijke bron van kennis. Ik heb hun meningen en ideeën gepeild door middel van kwalitatief onderzoek, dat beschreven wordt in het tweede deel van mijn proefschrift. In theorie zijn veel standaarden relevant voor patiënten met multimorbiditeit. In focusgroepen heb ik onderzocht welke prioriteiten huisartsen hierbij stellen en hoe zij de standaarden waarderen als die toegespast 'moeten' worden op patiënten met multimorbiditeit.

De basis van het beleid wordt uiteraard gevormd door medische afwegingen, maar huisartsen stemmen hun zorg ook af op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Zij vonden het essentieel om dit altijd te doen bij patiënten met

### De kern

- Multimorbiditeit bij chronische aandoeningen heeft vaak een slechte invloed op de prognose en leidt tot complexe zorg.
- Huisartsen willen bij patiënten met multimorbiditeit in de eerste plaats patiëntgericht kunnen werken.
- De richtlijnen voor afzonderlijke aandoeningen zijn vaak ontoereikend bij multimorbiditeit, waardoor de huisarts veelal is aangewezen op het gezonde verstand.
- Het wetenschappelijk onderzoek zou in de inclusiecriteria en uitkomstmaten meer plaats moeten inruimen voor multimorbiditeit.
- In de opleidingen zou training van het 'gezonde verstand' en de bijbehorende communicatieve vaardigheden bij multimorbiditeit wenselijk zijn.

multimorbiditeit. Als er veel problemen zijn, ontstaat complexe zorg, met name als de aandoeningen zowel somatisch als psychisch van aard zijn. Huisartsen willen geïntegreerde zorg leveren en daarmee versnippering voorkomen. Ze proberen het overzicht te houden over de problemen en behandelingen, en te komen tot *shared decision making*. Gezamenlijke besluitvorming is extra belangrijk bij complexe zorg en een persoonlijke relatie met de patiënt helpt daarbij. Samengevat bleek ‘patiëntgerichte zorg leveren’ het hoofddoel van huisartsen bij patiënten met multimorbiditeit.

De huisartsen hadden de ervaring dat het al te strikt volgen van standaarden en richtlijnen conflicteert met patiëntgericht werken bij patiënten met multimorbiditeit. Ze waardeerden het enorm dat er standaarden beschikbaar zijn, maar als ze zich steeds aan alle adviezen daaruit zouden houden, zou dat te weinig ruimte overlaten om aan te sluiten bij de behoeften en risico's van de individuele patiënt. Een combinatie van richtlijnen zal nooit helemaal passend zijn voor een specifieke, complexe situatie. Met name voor de oudere patiënt met multimorbiditeit betwijfelden de huisartsen vaak het nut van de geadviseerde preventieve maatregelen, en ze plaatsten vraagtekens bij de geldigheid van sommige richtlijnen. Er kwamen enkele suggesties om de toepasbaarheid van de richtlijnen te verbeteren, bijvoorbeeld door betere rapportage van de externe validiteit en door een rangorde aan te brengen in de aanbevelingen.

Huisartsen vertelden dat ze niet altijd stug vasthouden aan de richtlijnen. Beslissingen over de zorg voor patiënten met multimorbiditeit waren soms vooral gebaseerd op het gezonde verstand. Feitelijk is dit ook hoe evidence-based geneeskunde bedoeld is; namelijk het combineren van het best beschikbare bewijs met persoonlijke klinische ervaring.

### RELEVANTIE BESTAAND ONDERZOEK

De in het proefschrift beschreven onderzoeken bevestigen de grote omvang van multimorbiditeit, maar geven ook aan dat een chronische ziekte de uitkomsten van een andere chronische ziekte kan beïnvloeden. Het feit dat de aanwezigheid van een niet-gerelateerde aandoening, zoals artrose, een ongunstige invloed kan hebben op de diabetesregulatie benadrukt hoe belangrijk een gepersonaliseerde behandelstrategie is. Dit kwam ook naar voren in de focusgroepen: huisartsen vinden een gepersonaliseerde behandeling essentieel bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

Het wetenschappelijke onderzoek naar multimorbiditeit staat echter nog in de kinderschoenen. De kwantitatieve onderzoeken in dit proefschrift hadden een observationele opzet en rechtvaardigen geen stevige aanbevelingen voor directe verbetering van de diabeteszorg in de dagelijkse praktijk. Ze geven wel aanleiding tot vervolgonderzoek om de opvallende bevindingen verder uit te werken. We weten namelijk nog veel te weinig van de interactie tussen ziekte-uitkomsten en allerhande patiëntkenmerken. Comorbiditeit zou gezien moeten worden als een patiëntkenmerk, net als bijvoorbeeld leeftijd, BMI, geslacht en SES. Het zou een stap voorwaarts zijn als de

kans op succes van een behandeling beter zou zijn te voorspellen aan de hand van dit samenspel van patiëntkenmerken. De huisarts zou zo'n onderbouwde inschatting goed kunnen gebruiken bij de *shared decision making* over de punten waarop de behandeling zich moet richten. Als duidelijk is welke reële doelen voor de patiënt in kwestie het belangrijkste zijn, kan de huisarts met de praktijkondersteuner afspraken maken over de ketenzorg en over de daarin individueel vastgestelde streefwaarden.

In algemene zin zou toekomstig wetenschappelijk onderzoek meer rekening moeten houden met multimorbiditeit. Dit geldt juist ook voor degenen die een specifieke ziekte onderzoeken en niet alleen voor onderzoekers met een generalistische blik, die wellicht van nature meer belangstelling hebben voor het fenomeen ‘multimorbiditeit’. Als men ruime in plaats van strenge inclusiecriteria zou hanteren en als men veel vaker ouderen en patiënten met multimorbiditeit zou includeren, zouden de onderzoeksresultaten ook bruikbaar worden voor deze groepen. Na jaren van grote belangstelling voor evidence-based geneeskunde is het de hoogste tijd om de blik te verruimen. Strakke RCT's met een strikt omschreven studiepoulatie hebben ervoor gezorgd dat de state-of-the-art-behandeling van talloze chronische aandoeningen inmiddels stevig in de steigers staat voor vijftigers zonder comorbiditeit. Het is echter nog altijd onduidelijk in hoeverre ook de tachtigplusser die kanker heeft gehad en antidepressiva slikt baat heeft bij de aanbevolen behandelingsstrategie.

Daarbij komt dat het toevoegen van generieke naast ziekte-specifieke uitkomstmaten ook erg zinvol zou zijn bij onderzoek naar één specifieke aandoening. Preventie van ziektegerelateerde complicaties is voor patiënten met ADL-beperkingen en een verkorte levensverwachting waarschijnlijk niet de hoogste prioriteit. Ook in de praktijk zou algemeen welbevinden vaker nagevraagd en geregistreerd moeten worden.

### Abstract

Luijckx H. Multimorbidity from the general practitioner's perspective. *Huisarts Wet* 2016; 59(9):400-2.

Although multimorbidity is common, medical guidelines do not pay sufficient attention to this phenomenon. There is growing awareness that comorbidity has an unfavourable effect on the prognosis of chronic disorders, such as osteoarthritis and cardiovascular disease in diabetes. The care needs of patients with multimorbidity are often complex and are different in individual patients. For this reason, as shown in focus group studies, general practitioners think that patient-centred care should be provided in the first instance. Because guidelines for combinations of diseases are of limited use for patients with multimorbidity, decisions should be made on the basis of common sense too. After all, evidence-based medicine is using the best available clinical evidence in combination with personal clinical experience.

Clinical research should aim to produce evidence that is useful and applicable to patients with multimorbidity. This can be achieved by, for example, using wider inclusion criteria and applying generic study outcomes in addition to disease-specific outcomes. Medical education and training should focus on teaching doctors to use their common sense and corresponding communication skills.

**EVIDENCE-BASED, MAAR MET GEZOND VERSTAND**

De huidige richtlijnen schieten tekort in het geven van aanbevelingen die relevant en zinvol zijn voor patiënten met multimorbiditeit. In de dagelijkse praktijk vullen huisartsen dit gemis aan door hun gezonde verstand te gebruiken. Die ruimte is essentieel om zinvolle, patiëntgerichte zorg te kunnen leveren. Ook geprotocolleerde zorg, zoals ketenzorg, zou een zekere mate van flexibiliteit moeten kennen als het gaat om patiënten met multimorbiditeit, en zou meer ruimte moeten bieden aan generieke patiëntuitkomsten. Want ook bij een forse toename van zinvol onderzoek naar multimorbiditeit zullen de mogelijke combinaties van ziekten eindeloos zijn. Het is dan ook een illusie dat er voor alle denkbare situaties een goede evidence-based aanbeveling zal komen.

Evidence-based geneeskunde komt erop neer dat men het best beschikbare bewijs vindt dat van toepassing is op de indi-

viduele patiënt. Ruimte voor het gezonde verstand is dus een vereiste, zeker in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Dit verdient meer aandacht in de medische (vervolg)opleidingen. Een patiëntgerichte benadering moet kunnen aansluiten op de risico's en behoeften van elke individuele patiënt met multimorbiditeit. Van de dokter vereist dit oefening in communicatieve vaardigheden en in *shared decision making*, maar ook de toewijding om continue, persoonlijke zorg te leveren. De huisarts is bij uitstek toegerust om deze benadering in praktijk te brengen en verdient dus een prominente rol in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. ■

**LITERATUUR**

- 1 Luijckx HDP. Multimorbidity in primary care: focus on the general practitioner's perspective [Proefschrift]. Nijmegen: Radboudumc, 2015.

Nico van Duijn

## Hoofdpijn en schuldgevoel

Schuldgevoel is er in soorten. Terecht schuldgevoel over iets stoms wat anders had gekund. Een onbehouwen opmerking tegen je irritante moeder bijvoorbeeld. En er is onterecht schuldgevoel, uit gewoonte. Die gewoonte is: tegenslag allereerst aan je eigen falen wijten. Het andere uiterste kent u ook. Dat zijn mensen die bij tegenslag gewoontegetrouw anderen de schuld te geven, of de regering, of hun partner. Je kunt het zien als een internaliserende tegenover een externaliserende instelling. Eigen-schuld-eerst tegenover altijd-andermans-schuld. Vermoedelijk zijn dit

vaste personeigenschappen. Persoonlijk ben ik een internaliserend mens. Als ik weer eens een glas laat vallen ben ik boos op mezelf. Externaliserende mensen zouden boos zijn op het glas of op de kat.

Het schuldgevoel bij hoofdpijn is mischien wel beide: én terecht én onterecht schuldgevoel. Het schuldgevoel is onterecht, omdat je nu eenmaal een hoofdpijnmens bent. Daar verander je niets aan. Daar moet je je niet schuldig over voelen. Het schuldgevoel is deels terecht, als je wel erg onhandig omgaat met je hoofdpijn. Een voorbeeld. De doorholter met weekendhoofdpijn raast als een bezetene de week door, om nog even alle klusjes te doen. Donderdagavond is de koelkast vol en het huis aan kant. Op vrij-

dag geheel uitgeput waardoor een stevige migraine doorbreekt. Of zo iemand gaat piekeren en tobben, met slapeloze nachten. Natuurlijk krijg je dan een migraineaanval. Maar piekeren en tobben kun je leren stoppen. Dat is de beïnvloedbare kant van hoofdpijn. Voor hoofdpijnsoorten als clusterhoofdpijn, trigeminus neuralgie en nogal wat migraines geldt dit overigens niet. Die overkomen je. Voor-kómen kun je er niets aan, anders dan met medicijnen. Maar voor de rest is het een handicap, waar je handig of onhandig mee omgaat. Bij onhandig gebruik is schuldgevoel wel een beetje terecht. Schuldgevoel helpt overigens niet; mischien wel integendeel. ■

