

Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk: je gaat het pas zien als je het door hebt

François Schellevis

Inleiding

Onder deze titel, ontleend aan onze volksfilosoof Johan Cruijff,¹ hield ik in oktober 2006 mijn inaugurele rede toen ik mijn benoeming aanvaardde tot bijzonder hoogleraar 'Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk' vanwege het NIVEL bij de afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO Instituut van het VU medisch centrum.² In dit artikel vat ik de belangrijkste punten uit deze rede samen.

Begripsbepaling en belang

Terminologie: comorbiditeit en multimorbiditeit

Feinstein introduceerde in 1967 als eerste de term 'comorbiditeit'.³ Hij omschreef comorbiditeit als 'any distinct additional clinical entity that has existed or that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study'.⁴ In 1996 stelde Van den Akker voor om onderscheid te maken tussen comorbiditeit volgens Feinsteins definitie en 'multimorbiditeit', omschreven als 'the co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person'.⁵ Deze twee definities hebben gemeen dat het gaat om patiënten met meer dan één ziekte. Maar de definities verschillen qua gezichtspunt. Bij comorbiditeit kijkt men vanuit één ziekte of een patiënt met een specifieke ziekte ('index-ziekte'): iemand met bijvoorbeeld diabetes mellitus heeft of krijgt daarnaast één of meer andere – comorbide – ziekten. Bij multimorbiditeit kijkt men naar alle ziekten en de verdeling daarvan in een populatie: daarin komen mensen voor zonder ziekten, met één ziekte, of met meerdere ziekten.

Relaties tussen ziekten

Er bestaan verschillende verklaringen voor een verband tussen ziekten die bij eenzelfde patiënt voorkomen.^{6,7}

- De combinatie van ziekten berust op toeval zonder een bekende verklaring; we spreken dan wel over *concurrente of 'co-occurring'* multimorbiditeit.
- Als er wel sprake is van een statistisch verband – de combinatie komt vaker voor dan op grond van toeval te verwachten is – zonder dat er een bekende verklaring is, gebruiken we de term *cluster-multimorbiditeit*.

Auteursgegevens

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN, Utrecht en Afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO Instituut, VUmc, Amsterdam: prof.dr. F.G. Schellevis, bijzonder hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: f.schellevis@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

- Van *causale* multimorbiditeit is sprake als de ziekten een risicofactor gemeen hebben; zo is roken een risicofactor voor zowel COPD als voor een myocardinfarct.
- Bij *complicerende* multimorbiditeit gaat het om bekende complicaties van een ziekte (bijvoorbeeld retinopathie bij diabetes mellitus), waarbij de ene ziekte aan de andere in de tijd vooraf gaat.

Bij *intercurrente* multimorbiditeit gaat het om een acute, kortdurende ziekte bij iemand die al een andere, meestal chronische ziekte heeft. Maar meestal gaat het bij multimorbiditeit om combinaties van chronische ziekten.

Het belang van multimorbiditeit

Ten eerste komt multimorbiditeit frequent voor, al is de frequentie sterk afhankelijk van de wijze waarop en de setting waarin men multimorbiditeit meet. Van een steekproef van ruim 12.500 Nederlanders van alle leeftijden zei 30% desgevraagd aan 2 of meer chronische aandoeningen te lijden.⁷ Onder de mensen die de huisarts bezochten, zijn vergelijkbare percentages gevonden, en deze percentages waren hoger naarmate de leeftijd toenam.⁷ Ten tweede is de *impact* van multimorbiditeit groot. Op basis van een systematisch literatuuronderzoek bleek multimorbiditeit samen te hangen met een grotere kans op sterfte, met slechter lichamelijk en geestelijk functioneren en een minder goede kwaliteit van leven, met meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en dus met meer kosten in de zorg.⁸

Multimorbiditeit compliceert diagnostiek en behandeling

Multimorbiditeit vergroot het risico op onderdiagnostiek en daarmee op een adequate behandeling van ziekten. Bestaande ziekten kunnen andere ziekten maskeren of de interpretatie van klachten of symptomen bemoeilijken (zie *casus*).

Onderzoek heeft aangetoond dat huisartsen inderdaad terughoudender zijn om de diagnose depressie te stellen als iemand ook een chronische somatische ziekte heeft.⁹

De behandeling van de ene ziekte kan interfereren met die van andere ziekten. Voor de hand liggende voorbeelden hiervan zijn interacties van geneesmiddelen en strijdigheid van leefstijladviezen (bijvoorbeeld lichamelijke inspanning bij een beperkte cardiorespiratoire conditie). Bij multimorbiditeit neemt de kans toe dat meerdere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn;¹⁰ dit stelt eisen aan de coördinatie en afstemming van de zorg.

Casus

Meneer Van Amsterdam is 63 jaar. Drie maanden geleden kreeg hij een acuut myocardinfarct waarvoor hij korte tijd in het ziekenhuis opgenomen was. De hartfunctie is goed hersteld en is stabiel, mede dankzij de medicatie, waaronder een bètablokker. Meneer Van Amsterdam komt, drie maanden na zijn infarct op het spreekuur van de huisarts omdat hij zich nog steeds moe voelt, niet zo goed slaapt en zich moeilijker dan voorheen kan concentreren.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor zijn moeheid: het myocardinfarct dat hij heeft gehad of een bijwerking van de bètablokker, maar de moeheid kan ook een teken zijn van een beginnende depressie. Stel dat dit laatste het geval is, dan loopt hij het risico dat zijn depressieve klachten minder als zodanig herkend worden dan wanneer hij geen myocardinfarct had gehad en geen bètablokker gebruikte.

Geen evidence over de behandelingen bij multimorbiditeit

Boyd et al. inventariseerden aan de hand van de richtlijnen voor de behandeling van de afzonderlijke ziekten, hoe de optimale zorg eruit zou zien voor een 79-jarige vrouw met osteoporose, artrose, diabetes mellitus type II, hypertensie en COPD.¹¹ Kort samengevat komt dat neer op het volgende regime:

- 12 verschillende medicamenten, in te nemen in 19 doses op 5 verschillende tijdstippen op de dag;
- 14 verschillende niet-medicamenteuze adviezen om op te volgen, onder andere bewegen, gedoseerde rust, spieroefeningen, goed schoeisel, vermijden van omstandigheden die benauwdheid veroorzaken;
- voedingsadviezen: beperken van inname van natrium, kalium, vet, cholesterol, magnesium, calcium, calorieën en alcohol;
- ten minste 5 doktersbezoeken per jaar.

Behalve dat een dergelijk regime niet haalbaar is, ontbreekt het wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van deze combinaties van behandelingen, adviezen en controles.

Richtlijnen voor de optimale behandeling van ziekten, zoals de NHG-Standaarden, zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit daarvan. Maar de onderzoeken die dat bewijs leveren, zijn vrijwel altijd uitgevoerd onder homogene patiëntpopulaties, en patiënten met multimorbiditeit voldoen meestal niet aan de inclusiecriteria. Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van een behandeling bij dergelijke modelpatiënten is niet zonder meer te extrapoleren naar andere groepen patiënten, laat staan als die bewezen effectieve behandeling mogelijk interfereert met de behandeling van andere ziekten bij dezelfde patiënt. Zolang de *evidence* ontbreekt, vormen de ervaringskennis en het gezonde verstand van dokter én patiënt nog de beste richtlijn.

Multimorbiditeit vraagt om medisch-generalistische en gecoördineerde zorg

Sinds 1965 is in Nederland het aantal medisch specialisten groter dan het aantal huisartsen. En specialisten specialiseren zich steeds verder. Specialismen als 'algemene interne geneeskunde' en 'algemene chirurgie' zijn getalsmatig inmiddels ver in de minderheid.

Patiënten met multimorbiditeit hebben – naast specialisten – een generalist nodig die het geheel kan overzien, juist vanwege de complexiteit van diagnostiek en behandeling. Die generalist hoeft niet alles tot in detail te weten, maar moet wel weten waar die kennis te halen is. Het lijkt logisch dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit, maar dat is niet vanzelfsprekend, niet voor de patiënten zelf, maar ook niet voor de huisarts. Zo bleek uit focusgroepbijeenkomsten met patiënten met multimorbiditeit dat de huisarts voor hen niet vanzelfsprekend de eerste deskundige was tot wie zij zich met vragen zouden richten.¹² Maar ook binnen de huisartsgeneeskunde zijn er tegenbewegingen zichtbaar. De tendens om ziektespecifieke zorgprogramma's op te zetten, bijvoorbeeld voor diabetici, staat haaks op de behoeften van patiënten met multimorbiditeit. Een patiënt met multimorbiditeit komt dan in twee programma's terecht. Voor patiënten met multimorbiditeit zijn die ziektespecifieke zorgprogramma's een verkeerd signaal. Want ook al wordt die zorg onder de vlag van huisartsgeneeskunde verleend, het wekt op z'n minst de indruk dat een patiënt er alleen voor die ene ziekte komt. Generalistische huisartsenzorg en ziektespecifieke zorgprogramma's staan dus op gespannen voet met elkaar.

Behalve een generalist hebben patiënten met multimorbiditeit ook een gids in het doolhof van de zorg nodig. Huisartsen voelen zich van oudsher verantwoordelijk voor – wat wel genoemd wordt – de continuïteit van informatie.¹³ Huisartsen beheren sinds jaar en dag het medisch dossier van de patiënten die in hun praktijk staan ingeschreven en huisartsen beschikken dan ook over de meest complete informatie. Het ligt dus voor de hand om de coördinatie van de zorg bij de huisartsenpraktijk te leggen. En dan gaat het niet alleen om het beheren van het medisch dossier en de zorg dat alle betrokken behandelaars voldoende zijn geïnformeerd. Het is ook zaak om samen met de patiënt te inventariseren:

- welke hulpverleners betrokken zijn bij de zorg;
- welke afspraken er zijn gemaakt over controles;
- welke behandelingen zijn geadviseerd;
- welke geneesmiddelen de patiënt gebruikt.

Een bijkomend voordeel is dat de patiënt dan actief betrokken wordt bij de zorg zonder dat hij daarvoor zelf de primaire verantwoordelijkheid draagt. Starfield omschreef het als volgt: 'New paradigms of care that acknowledge actual patterns of comorbidities as well as the need for close coordination between generalists and specialists require support'.¹⁴ Voor de Nederlandse huisarts gaat het niet om nieuwe paradigma's, maar om het vinden van nieuwe vormen om generalistische zorg te verlenen en de zorg te coördineren voor patiënten met multimorbiditeit vanuit de huisartsenpraktijk.

Multimorbiditeit in wetenschappelijk onderzoek: geen correctiefactor maar *variable of interest*

Wetenschappelijk onderzoek waarin multimorbiditeit een rol speelt is grofweg in drie categorieën te verdelen, afhankelijk van de rol van de variabele multimorbiditeit:

- als onafhankelijke variabele, bijvoorbeeld om het effect van multimorbiditeit op een bepaalde uitkomst te meten. Een hierbij passende onderzoeksvraag zou kunnen luiden 'Is er verschil in de behandeling van depressie tussen depressieve patiënten met en zonder hart- en vaatziekten?'
- als uitkomstvariabele, bijvoorbeeld: 'Hoeveel patiënten met diabetes mellitus krijgen een beroerte?'
- als uitsluitings- of correctiefactor, omdat de invloed van multimorbiditeit het onderzoek verstoort.

Deze drie categorieën zijn niet even groot; de laatste groep is verreweg het grootst. Er zijn ten minste twee factoren die onderzoek naar multimorbiditeit bemoeilijken: de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie en de (relatieve) zeldzaamheid van specifieke ziektecombinaties.

Patiënten met multimorbiditeit vormen een heterogene groep. Vooral als het gaat om wetenschappelijk onderzoek naar de zorg of naar effecten van behandeling is het niet mogelijk om zowel patiënten met de combinatie van ziekten A+B en als ziekten A+C in hetzelfde onderzoek toe te laten. En om voldoende patiënten met specifieke ziektecombinaties voor een onderzoek te vinden zijn grote populaties nodig. Dit betekent dat het onderzoek naar multimorbiditeit relatief duur is.

Onderzoek naar multimorbiditeit is nodig om de zorg aan deze patiënten wetenschappelijk te onderbouwen. Voor die wetenschappelijke onderbouwing is het nodig om onderzoek te doen waarbij de variabele multimorbiditeit promoveert van uitsluitings- of correctiefactor tot een variabele waarin onderzoekers zijn geïnteresseerd.

Agenda voor onderzoek en zorg

Het wordt dus hoog tijd voor een onderzoeksprogramma op het gebied van multimorbiditeit.

De focus moet daarbij liggen op onderzoek:

- in of vanuit de huisartsenpraktijk;
- dat *evidence* oplevert over behandelingen van patiënten met multimorbiditeit;
- waarin zowel de behandeling van combinaties van ziekten als de organisatie van de zorg onderwerp van onderzoek zijn;
- waarin zowel het perspectief van de huisarts als van de patiënt tot zijn recht komt.

Daarnaast zouden de wensen en behoeften van patiënten met multimorbiditeit moeten leiden tot een verbetering van de organisatie en coördinatie van de gezondheidszorg. Dit gaat over heel praktische zaken, zoals beheer van het medisch dossier, het voorkómen van tegenstrijdige adviezen van verschillende behandelaren, het voorkómen van schadelijke interacties van geneesmiddelen oftewel beheer van het medicatiedossier en afstemming van afspraken met verschillende medische specialisten.

Deze agenda voor onderzoek en zorg sluit aan bij diverse adviezen hierover, onder andere van de Raad voor Gezondheidsonderzoek.¹⁵ Recent heeft ZonMw aan het Ministerie van VWS voorgesteld dat

zij een Nationaal Programma Ouderenzorg subsidiëren.¹⁶ Hierin is multimorbiditeit een specifiek aandachtspunt, zowel op het terrein van wetenschappelijk onderzoek als op het terrein van de zorg. Daarnaast komt er op korte termijn een advies van de Gezondheidsraad over de zorg voor ouderen met comorbiditeit. Het NHG heeft met het standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' duidelijk gemaakt welke rol de huisarts wil spelen. Je gaat het pas zien als je het door hebt:

- multimorbiditeit compliceert het diagnostisch proces en de behandeling van ziekten, terwijl de *evidence* over de behandeling ontbreekt;
- multimorbiditeit vraagt om gecoördineerde, medisch-generalistische zorg.

We moeten investeren in onderzoek en zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Het wordt hoog tijd.

Literatuur

- 1 Winsemius P. Je gaat het pas zien als je het door hebt. Over Cruiff en leiderschap. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2004.
- 2 Schellevis FG. Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk [Oratie]. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 3 Feinstein AR. Clinical judgment. New York: The Williams & Wilkins Company, 1967.
- 4 Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23:455-68.
- 5 Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract* 1996;2:65-70.
- 6 Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases in general practice [Proefschrift]. Nijmegen: University of Nijmegen, 1993.
- 7 Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet* 2006;367:550-1.
- 8 Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-74.
- 9 Nuyen J, Volkens AC, Verhaak PFM, Schellevis FG, Groenewegen PP, van den Bos GAM. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 2005;35:1185-95.
- 10 Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, Van den Bos GAM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Publ Health* 2001;11:365-72.
- 11 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA* 2005;294:716-724.
- 12 Heijmans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, van den Bos GAM. Meer dan een ziekte. De gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 13 Schers H. Continuity of care in general practice [Proefschrift]. Nijmegen: University of Nijmegen, 2004.
- 14 Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003; 1: 8-14.
- 15 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies onderzoek medische zorg voor ouderen. Den Haag: RGO, 2006, publicatie 54.
- 16 ZonMw. Nationaal Programma Ouderenzorg. Voorstel voor een onderzoeks- en ontwikkelprogramma. Den Haag: ZonMw, 2007.