



# Minerva

Evidence-Based Medicine voor de eerste lijn

## Inhoud december 2018 volume 17 nummer 10

### Duiding

- Gespecialiseerde fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson  
Gilles Van Acker, Caroline Redant, Luc Vanden Bossche 124
- Op zoek naar gezond verstand  
Jan De Lepeleire 128

### Bondig

- Behandeling van hypertensie efficiënter wanneer de arts zich baseert op het globaal cardiovasculair risicoprofiel?  
Paul De Cort 132

# Gespecialiseerde fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson

## Referentie

Ypinga JHL, de Vries NM, Boonen LH, et al. Effectiveness and costs of specialised physiotherapy given via ParkinsonNet: a retrospective analysis of medical claims data. *Lancet Neurol* 2018;17:153-61. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30406-4

## Duiding

Gilles Van Acker, Caroline Redant, Luc Vanden Bossche, REVAKI, UGent

## Klinische vraag

Wat zijn de voordelen op lange termijn in de dagelijkse praktijk van gespecialiseerde versus gebruikelijke fysiotherapie bij patiënten met de ziekte van Parkinson?

## Achtergrond

Het aantal patiënten met de ziekte van Parkinson en gerelateerde vormen van parkinsonisme neemt toe in onze vergrijzende samenleving. Bijgevolg zullen ook de kosten stijgen die met deze ziekte gepaard gaan (1). De ziekte van Parkinson is een zeer complexe neurodegeneratieve aandoening en wordt gekenmerkt door een breed scala aan motorische en niet-motorische problemen waarvoor medicamenteuze behandeling alleen niet volstaat. Ondanks de toenemende evidentie over het nut van niet-medicamenteuze interventies zoals fysiotherapie en ergotherapie (2) ontbeert het paramedici vaak aan de nodige specifieke expertise om patiënten met de ziekte van Parkinson te behandelen (3). In Nederland ontwikkelde men een landelijk netwerk (ParkinsonNet) van zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, verpleegkundigen) die zich samen bekwamen in de behandeling en de begeleiding van parkinsonpatiënten (4). Verscheidene studies konden reeds aantonen dat gespecialiseerde zorg kosteneffectief is (5-7). De langetermijneffecten in de dagelijkse praktijk werden echter nog niet onderzocht.

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria: patiënten met een diagnostische code voor de ziekte van Parkinson waarvoor ze gedurende minstens één van de drie observatiejaren (tussen 2013 en 2015) behandeld zijn door een fysiotherapeut
- exclusiecriteria: patiënten die tussen 2013 en 2015 overleden (n=339) of van zorgverzekeraar veranderden (n=443)
- uiteindelijk analyseerde men de gegevens van 4 381 patiënten, ongeveer 40% vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 73 jaar.

### Onderzoeksopzet

Observationeel retrospectief onderzoek

- retrospectieve analyse van een databank van zorgdeclaraties van een Nederlandse zorgverzekeraar (CZ Groep)
- men maakte een onderscheid tussen twee patiëntengroepen op basis van het type fysiotherapie waarvoor de patiënt en de arts zelf gekozen hadden:
  - een groep die gespecialiseerde fysiotherapie (n=2 129) kreeg door een fysiotherapeut specifiek getraind in de ziekte van Parkinson binnen ParkinsonNet
  - een groep die gebruikelijke fysiotherapie (n=2 252) kreeg door een fysiotherapeut die niet getraind was in de ziekte van Parkinson.

## Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verschil tussen beide groepen in het percentage patiënten met een complicatie gerelateerd aan de ziekte van Parkinson, zijnde een ziekenhuisbezoek of verwijzing naar het ziekenhuis omwille van een fractuur, een ander orthopedisch letsel of een pneumonie
- secundaire uitkomstmaten: verschil tussen beide groepen in het aantal patiënten per fysiotherapeut, het aantal fysiotherapie sessies per patiënt, de kosten voor fysiotherapie, de totale zorgkosten in het kader van de ziekte van Parkinson (inclusief ziekenhuisuitgaven) en de mortaliteit
- analyse met een **mixed model**
- correctie voor verschillen in basiskarakteristieken: leeftijd, geslacht, socio-economische status, indicatoren voor gezondheidsstatus (aantal bezoeken bij de neuroloog, aantal Parkinson geneesmiddelen, inname van antidepressiva, gebruik van psychologische ondersteuning, aantal verschillende zorgverleners).

## Resultaten

- primaire uitkomstmaat: de kans op het optreden van een complicatie gerelateerd aan de ziekte van Parkinson was statistisch significant kleiner in de patiëntengroep die behandeld werd door een gespecialiseerde fysiotherapeut (n=368 (17%)) dan in de groep die door een niet-gespecialiseerde fysiotherapeut behandeld werd (n=480 (21%)); odds ratio 0,67 met 95% BI van 0,56 tot 0,81,  $p < 0,0001$ )
- secundaire uitkomstmaten:
  - gespecialiseerde fysiotherapeuten behandelden statistisch significant meer patiënten per jaar dan niet-gespecialiseerde fysiotherapeuten (gemiddeld 3,89 (SD 3,91) versus 1,48 (SD 1,24);  $p < 0,0001$ )
  - patiënten behandeld door gespecialiseerde fysiotherapeuten kregen statistisch significant minder therapie sessies per jaar dan patiënten behandeld door niet-gespecialiseerde fysiotherapeuten (gemiddeld 33,72 (SD 26,70) versus 47,97 (SD 32,11);  $p < 0,0001$ )
  - de jaarlijkse uitgaven voor fysiotherapie en voor totale gezondheidszorg waren statistisch significant lager voor patiënten die behandeld werden door een gespecialiseerde fysiotherapeut
  - geen statistisch significant verschil in mortaliteit tussen beide patiëntengroepen.

## Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat de resultaten van deze studie de bevindingen van gecontroleerde studies bevestigen. Daarnaast tonen deze resultaten aan dat het aanbieden van gespecialiseerde fysiotherapie via ParkinsonNet geassocieerd is met minder complicaties gerelateerd aan de ziekte van Parkinson alsook met lagere kosten in de dagelijkse praktijk. Neurologen kunnen gespecialiseerde fysiotherapie faciliteren door specifieke doorverwijzing naar deze experts.

## Financiering van de studie

Geen financiering vermeld.

## Belangenconflicten van de auteur

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

## Bespreking

### Methodologische beschouwingen

Het analyseren van de zorgdeclaraties van een zorgverzekeraar biedt het voordeel van een longitudinale analyse met langdurige follow-up van een grote patiëntengroep zonder **selectiebias**. De in- en exclusiecriteria zijn consistent en de uitkomstmaten relevant voor de vooropgestelde onderzoeksvraag. Omdat het hier gaat om een observationele studie, kan **verwijzingsbias** of een potentieel verschil in ernst van de ziekte of comorbiditeit tussen beide groepen niet uitgesloten worden. Bijgevolg moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Verschillen in basissenmerken

(leeftijd, geslacht en socio-economische status) tussen beide groepen waren beperkt en klinisch niet relevant. Omdat specifieke gegevens over de ernst van de ziekte van Parkinson en comorbiditeit in de zorgdeclaraties ontbraken, zochten de onderzoekers naar mogelijke indicatoren zoals aantal bezoeken bij de neuroloog, aantal Parkinsongeneesmiddelen, inname van antidepressiva, gebruik van psychologische ondersteuning, aantal verschillende zorgverleners. Ook hier waren de verschillen tussen beide groepen klinisch niet relevant. Bovendien heeft men voor deze kleine verschillen ook gecorrigeerd in de verschillende analyses. Omdat de verschillen in socio-economische status en gezondheidsstatus tussen beide groepen zo klein waren, is ook een potentiële verwijzingsbias van patiënten met een hogere educatiegraad naar gespecialiseerde fysiotherapie weinig waarschijnlijk. Voor hun analyses gebruikten de onderzoekers terecht een mixed model. Daardoor konden ze rekening houden met de correlatie van verschillende metingen bij één patiënt, alsook met bepaalde **confounders** (8).

### Interpretatie van de resultaten

De resultaten van deze observationele studie bevestigen enkele bevindingen van eerder uitgevoerde klinische studies (5-7). Het inschakelen van gespecialiseerde fysiotherapeuten leidde in deze studie tot een daling van de kosten (zowel voor fysiotherapie als voor de totale zorg in het kader van de ziekte van Parkinson). Deze besparing (ongeveer 530 euro per jaar per patiënt) kan men verklaren door de grotere efficiëntie van de zorg (minder therapie sessies per patiënt) en een vermindering van het aantal complicaties gerelateerd aan de ziekte van Parkinson (pneumonie, breuk, ander orthopedisch letsel). Opvallend is dat men een daling van het aantal complicaties kon aantonen ondanks de beperkte **power** van de studie om een verschil in complicaties tussen beide groepen aan te tonen. De betere gezondheidsuitkomsten, die men niet kon aantonen in een eerder uitgevoerde **cluster-gecontroleerde studie** (7), verklaren de auteurs zelf door de progressief opgebouwde expertise van de fysiotherapeuten binnen het netwerk. Mogelijks kon men volgens de auteurs met gespecialiseerde fysiotherapie ook vlugger een bepaald streefdoel bereiken waarna de therapie gestopt kon worden.

Vergelijkbare besparingen zijn ook gevonden in vorige studies, zowel in de reeds hoger vermelde cluster-gecontroleerde studie (1 400 euro per jaar per patiënt) (7) als in een data-analyse van het consultancybedrijf KPMG (respectievelijk 640 euro en 381 euro per patiënt per jaar in 2008 en 2009) (9).

De auteurs wijzen erop dat de resultaten van deze studie alleen geëxtrapoleerd kunnen worden naar andere landen waarvoor eenzelfde behandelingsintensiteit met fysiotherapie voor de ziekte van Parkinson voorzien is... wat voor België dus mogelijk zou zijn omdat de ziekte van Parkinson beschouwd wordt als een E-pathologie waarvoor bijna onbeperkt toegang tot fysiotherapie mogelijk is. Jammer is dat we op basis van de gegevens van deze studie niet kunnen achterhalen of het gaat om beginnende of terminale patiënten met de ziekte van Parkinson. Bevestiging van de resultaten is dus nodig met een prospectieve studie waarbij de twee onderzoeksgroepen vergelijkbaar zijn op vlak van stadium van de ziekte. Ook de meerwaarde van gespecialiseerde fysiotherapie (via een netwerk) binnen een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak van patiënten met de ziekte van Parkinson is nog niet duidelijk (10,11).

## Besluit van Minerva

Deze observationele retrospectieve studie met een grote niet-geselecteerde groep van patiënten met de ziekte van Parkinson toont aan dat gespecialiseerde fysiotherapie in vergelijking met niet-gespecialiseerde fysiotherapie geassocieerd is met een betere kwaliteit van zorg, lagere kosten en minder complicaties gerelateerd aan de ziekte van Parkinson. Het is op basis van deze studie niet duidelijk of men de resultaten mag extrapoleren naar alle stadia van de ziekte van Parkinson.

## Voor de praktijk

Het nut van fysiotherapie voor de behandeling van de ziekte van Parkinson wordt door de meeste richtlijnen aanbevolen. Fysiotherapie is belangrijk om het (risico op) een verminderd activiteitsniveau, bewegings-en valangst, loopproblemen (freezing, balansproblemen), pijnklachten, decubitus of

contracturen te voorkomen (12). Oefeningen hebben als doel de functionele capaciteit en de soepelheid van de gewrichten te behouden (13). Nochtans is er slechts matig bewijs voor de werkzaamheid van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson (14). Meer specifieke kinesitherapeutische richtlijnen bevelen aan om bij een patiënt met de ziekte van Parkinson, afhankelijk van het stadium van de ziekte, functietraining, vaardigheidstraining en/of strategietraining toe te passen (15). De NICE-richtlijn is de enige die aanraadt om in een vroeg stadium van de ziekte van Parkinson te verwijzen naar een fysiotherapeut die ervaring heeft met de ziekte van Parkinson voor evaluatie, educatie en advies (onder andere over fysieke beweging) en aangepaste fysiotherapie (16). De hoger beschreven studie toont aan dat het te verantwoorden is om gespecialiseerde fysiotherapie te promoten bij patiënten met de ziekte van Parkinson. ParkinsonNet zou een voorbeeld kunnen zijn van hoe men deze gespecialiseerde fysiotherapie kan aanbieden.

## Referenties

1. Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology* 2007;68:384-6. DOI: 10.1212/01.wnl.0000247740.47667.03
2. Tomlinson CL, Patel S, Meek C, et al. Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD002817.pub4
3. Keus SH, Oude Nijhuis LB, Nijkrake MJ, et al. Improving community healthcare for patients with Parkinson's disease: the dutch model. *Parkinson's disease* 2012;2012:543426. DOI: 10.1155/2012/543426
4. <https://www.parkinsonnet.nl/>
5. Sturkenboom IH, Graff MJ, Hendriks JC, et al. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2014;13:557-66. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9
6. Sturkenboom IH, Hendriks JC, Graff MJ, et al. Economic evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Mov disord* 2015;30:1059-67. DOI: 10.1002/mds.26217
7. Munneke M, Nijkrake MJ, Keus SH, et al; ParkinsonNet Trial Study Group. Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol* 2010;9:46-54. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70327-8
8. Poelman T, Michiels B. Herhaalde metingen, hoe analyseren? *Minerva* 2016;15(6):155-7.
9. ParkinsonNet: a low-cost health care innovation with a systems approach from the Netherlands. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:1987-96. DOI: 10.1377/hlthaff.2017.0832
10. Tsakitzidis G. Geïntegreerde multidisciplinaire zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson. *Minerva* 2014;13(8):93-4.
11. van der Marck MA, Munneke M, Mulleners W, et al. Integrated multidisciplinary care in Parkinson's disease: a non-randomised, controlled trial (IMPACT). *Lancet Neurol* 2013;12:947-56. DOI: 10.1016/S1474-4422(13)70196-0
12. Draijer LW, Eizenga WH, Sluiter A. NHG-Standaard Ziekte van Parkinson. *Huisarts Wet* 2011;54:380-92.
13. Ziekte van Parkinson. Duodecim Medical Publications, 1/01/2000. Laatste update: 30/08/2017. Laatste contextnazicht: 23/12/2015.
14. Parkinson. Formularium Ouderenzorg. BCFI/Farmaka Archieven, 31/01/2017.
15. Aanbevelingen KNGF-richtlijn Parkinson. KNGF, 2017.
16. Parkinson's disease in adults. NICE guideline [NG71]. Published date: July 2017.

# Op zoek naar gezond verstand

## Referentie

Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19:14. DOI: 10.1186/s12875-017-0678-1

## Duiding

Jan De Lepeleire, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven en UPC KU Leuven

## Klinische vraag

Hoe kan de samenwerking en communicatie tussen verpleegkundigen en huisartsen in woonzorgcentra verbeterd worden?

## Achtergrond

In Duitsland zijn er weinig gegevens beschikbaar over de samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen in woonzorgcentra. Het is bekend dat een betere interprofessionele samenwerking de kwaliteit van zorg voor deze zeer kwetsbare groep sterk kan verbeteren (1,2). Zoals bij ons bezoeken in Duitsland veel verschillende huisartsen de residenten in een woonzorgcentrum en delegeren ze taken naar de verpleegkundigen. Observationeel onderzoek toont aan dat de medische zorg bij rusthuisbewoners tekort schiet als gevolg van een combinatie van onvoldoende gedocumenteerde dossiers, onder- en overgebruik van medicatie (in het bijzonder van psychotrope medicatie) en tekortschietende interprofessionele communicatie (3).

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- inclusie van 18 woonzorgcentra met minder dan 40 tot meer dan 200 bewoners in 4 regio's in Duitsland; inclusie van bewoners ouder dan 65 jaar die minstens 3 maanden in het woonzorgcentrum verbleven
- exclusie van bewoners met ernstige cognitieve of lichamelijke beperkingen.

### Onderzoeksopzet

- stap 1: face-to-face open-guideline-interviews met 30 huisartsen, 18 verpleegkundigen, 25 rusthuisbewoners en 27 familieleden; afgenomen door een interprofessioneel onderzoeksteam; aangevuld met observaties van 5 huisbezoeken door huisartsen; interviews opgezet en geanalyseerd volgens **grounded theory**
- stap 2: in 3 **focusgroepen** met een totaal van 34 huisartsen en 34 verpleegkundigen werd gediscussieerd over voorstellen om de samenwerking en de communicatie te verbeteren; discussies geanalyseerd met **mindmapping**
- stap 3: tijdens een eendaagse multidisciplinaire workshop werden op basis van de bevindingen uit de focusgroepen maatregelen voor een betere samenwerking en communicatie besproken en ontwikkelde men strategieën voor rekrutering en implementatie; analyse via mindmapping
- stap 4: het interprofessioneel onderzoeksteam maakte uiteindelijk een selectie van maatregelen
- stap 5: men onderzocht de haalbaarheid van de geselecteerde maatregelen bij huisartsen en verpleegkundigen in 4 woonzorgcentra.

### Resultaten

- in stap 4 selecteerde men 6 maatregelen die op korte termijn (drie maanden) een positieve invloed zouden kunnen hebben op de interprofessionele samenwerking/communicatie:



- overlegvergaderingen met huisarts, verpleegkundige, bewoner en eventueel familielid om gemeenschappelijke lange termijn doelstellingen in verband met mobiliteit, voeding, sociale integratie en individuele medische topics te bepalen
- een centrale contactpersoon in het woonzorgcentrum (verpleegkundige die op de hoogte gehouden wordt over de toestand van alle bewoners) en in de huisartspraktijk (praktijkassistent die de vragen van het woonzorgcentrum prioritiseert op basis van belang en dringendheid) die face-to-face of telefonisch met elkaar communiceren
- gestandaardiseerd document in het verpleegdossier met toegelaten pro re nata (staand order) medicatie voor de bewoner en factoren die nagekeken moeten worden alvorens de huisarts te bellen
- gebruik van naambadges voor de centrale contactverpleegkundige en huisarts
- betere toegankelijkheid van de centrale contactverpleegkundige via telefoon of fax en van de huisarts eventueel ook via een gsm-nummer
- gestandaardiseerde planning en procedures voor rusthuisbezoeken: de huisarts kondigt zijn bezoek twee dagen op voorhand aan waardoor de centrale contactverpleegkundige de vragen van bewoners en verpleegkundigen op voorhand tijdig kan prioriteren; bij aankomst contacteert de huisarts de centrale contactverpleegkundige en beiden overlopen de vragen en bezoeken de bewoners; na het bezoek vult de huisarts het verpleegdossier in en informeert de centrale contactverpleegkundige
- in stap 5 rapporteerden huisartsen en verpleegkundigen positieve ervaringen (gemakkelijk toe te passen, goed aanvaard, verbetering in communicatie en in samenwerking merkbaar) met de implementatie van deze maatregelen, behalve met de maatregel “één centrale contactpersoon”.

### **Besluit van de auteurs**

De auteurs van deze kwalitatieve studie konden vanuit het perspectief van de stakeholders in 18 woonzorgcentra zes maatregelen ontwikkelen die de samenwerking en communicatie kunnen verbeteren. Vijf maatregelen werden positief beoordeeld in een exploratieve pilotstudie. Ze zouden gemakkelijk geïmplementeerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk van andere woonzorgcentra. De impact van deze maatregelen op patiëntgeoriënteerde uitkomsten zou men nog verder moeten onderzoeken.

### **Financiering van de studie**

Duits federaal ministerie van Onderwijs en Onderzoek (FK 01GY1124).

### **Belangenconflicten van de auteurs**

De auteurs verklaren dat er geen belangenconflicten zijn.

## **Bespreking**

### **Methodologische beschouwingen**

In deze studie vertrekt men niet van vooraf precies geformuleerde onderzoeksvragen. Een interprofessioneel onderzoeksteam ontwikkelt stapsgewijs en bottom-up maatregelen om de communicatie en de samenwerking in woonzorgcentra te verbeteren. De keuze voor deze ‘grounded theory’-onderzoeksmethode helpt de kloof tussen theorie en praktijk te dichten door rekening te houden met de échte ervaringen, noden en wensen van de verschillende stakeholders. Het is wel jammer dat gezondheidsprofessionals zoals kinesitherapeuten en ergotherapeuten niet bij het onderzoek betrokken werden. De verschillende aan elkaar gekoppelde kwalitatieve onderzoeksmethoden en analysemethoden worden in het artikel zeer goed beschreven en zijn globaal genomen goed uitgevoerd (4). In een eerste stap nam men interviews af bij residenten, hun familie, verpleegkundigen en huisartsen, aangevuld met (een eerder beperkt aantal) observaties van huisbezoeken door huisartsen. Het is niet duidelijk of men **saturatie** bereikte. De analyse van de interviews gebeurde met **open coding** door vaste duo’s met een verschillende professionele achtergrond. Voor de analyse van de discussie in de focusgroepen en in de multidisciplinaire workshop gebruikte men mindmapping, een zeer bruikbare techniek om complexe

gegevens te ordenen. Het is niet duidelijk volgens welke criteria het onderzoeksteam de maatregelen voor implementatie selecteerde. **Bias** is echter weinig waarschijnlijk aangezien alle maatregelen als even belangrijk beschouwd werden. Het aantal woonzorgcentra, verpleegkundigen, huisartsen en (vooral) bewoners in de laatste stap was te klein om betrouwbare conclusies over het nut en de weerstanden van deze maatregelen te trekken. De auteurs geven aan dat ze een onderzoek zullen starten om de effecten van deze maatregelen verder te meten.

### **Interpretatie van de resultaten**

De resultaten van deze kwalitatieve studie zijn extrapolatiebaar naar onze zorgcontext omdat de organisatie van de medische zorgen in Duitse en Belgische woonzorgcentra vergelijkbaar is. We kunnen ons echter de vraag stellen of het nodig was om hiervoor een drie jaar durende studie op te zetten. De voorgestelde maatregelen kunnen zo uit een reglement inwendige orde van een Vlaams woonzorgcentrum komen. Het lijken eerder basiselementen van gezond verstand en van hoffelijke omgangsvormen: u zelf voorstellen (dan hoeft u geen badge te dragen), op ordentelijke uren uw residenten bezoeken (wat al wat moeilijker te regelen is), reservemedicatie voorschrijven ‘indien nodig’ en bij aanvang een overleg rond de zorgdoelen voor de betrokken resident vastleggen. Wat zorgoverleg betreft, weten we uit ander onderzoek dat net het formuleren van doelen zeer abstract en daardoor ook heel moeilijk is (5-9). Ook bij ons is er groeiende aandacht voor dit interprofessioneel proces. Het ‘IPSIG’-handboek is daarbij de vuurtoren in de mist (10). De in deze studie ontwikkelde maatregelen focussen op ‘communicatie’. Communicatie is natuurlijk zeer belangrijk en vormt het startpunt van samenwerking, maar geeft zelden aanleiding tot sterke coördinatie en integratie. Onderzoek in Wallonië toonde dat grootmoeders adagium ‘onbekend is onbemind’ onverminderd van kracht is: als mensen elkaar persoonlijk kennen, loopt samenwerking veel doeltreffender (11). Ook dat onderzoek had misschien door gezond verstand vervangen kunnen worden.

## **Besluit van Minerva**

Deze stapsgewijze bottom-up kwalitatieve studie komt tot eenvoudige, gemakkelijk implementeerbare maatregelen die kunnen helpen om de communicatie tussen huisartsen en verpleegkundigen te verbeteren. De impact van deze maatregelen op de kwaliteit van de zorg van rusthuisbewoners moet verder onderzocht worden.

## **Voor de praktijk**

In de dagelijkse praktijk in Vlaanderen is er een hele stap voorwaarts gezet in de coördinatie van de medische zorgverlening in woonzorgcentra door de invoering van de functie van coördinerend en raadgevend arts (CRA). Enkele ontwikkelde maatregelen uit de hoger beschreven studie zijn impliciet opgenomen in het besluit van de Vlaamse regering dat binnen afzienbare tijd gepubliceerd zal worden.

### **Referenties**

1. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
2. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:471-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.02.005
3. Balzer K, Butz S, Bentzel J, et al. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technol Assess* 2013;9:Doc02. DOI: 10.3205/hta000108
4. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
5. Chevalier P. Hoe zorgdoelen bespreken en vastleggen bij ouderen met gevorderde dementie? *Minerva* 2017;16(9):222-5.



6. Hanson LC, Zimmerman S, Song MK, et al. Effect of the goals of care intervention for advanced dementia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177:24-31.  
DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7031
7. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3.  
DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
9. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. [Editoriaal] *Minerva* 2013;12(4):40.
10. Tsakitidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Wommelgem: De Boeck, 2017.
11. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *J Multidiscip Healthc* 2012;5:17-25.  
DOI: 10.2147/JMDH.S27617



# Behandeling van hypertensie efficiënter wanneer de arts zich baseert op het globaal cardiovasculair risicoprofiel?

### Referentie

Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J, et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: a meta-analysis of individual participant data. PLOS Med 2018;15:e1002538. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002538

### Duiding

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

In Minerva vroegen we ons reeds af of een behandeling van het globaal cardiovasculair risico op basis van een degelijke inschattingstabel (Score-tabellen, QRISK, en dergelijke) klinische winst oplevert ten opzichte van een behandeling die gebaseerd is op individuele risicofactoren (bijvoorbeeld bloeddruk) (1,2). Degelijk wetenschappelijk bewijs hiervoor ontbreekt. Alleen simulatieonderzoek suggereert het voordeel van risicotabellen (3). Anderzijds toonde een recente systematische review van de Cochrane Collaboration aan dat een op cardiovasculaire risicotabellen gebaseerd beleid geen klinische meerwaarde biedt versus usual care maar wel een (overbodig) hoger gebruik van statines en antihypertensiva in de hand werkt (4,5).

In dat verband lijkt een recente publicatie interessant (6). De auteurs verrichten een **post-hoc analyse** op basis van de individuele gegevens van de deelnemers van 11 geselecteerde hypertensiestudies (n=47 872) met een gemiddelde follow-up van 4 jaar. Inclusiecriteria waren: antihypertensiva versus placebo of een meer intensieve versus een minder intensieve bloeddrukverlagende behandeling, een follow-up van minstens 1 000 patiëntjaren, aanwezigheid van alle gegevens voor de berekening van het globaal cardiovasculair risico (GCVR). Voor elk percentiel van bloeddruk en GCVR-stadium vergeleek men het vijfjaarsrisico op cardiovasculaire gebeurtenissen tussen de behandelde en de placebogroep of tussen de meer en de minder intensief behandelde groep. Met de strategie waarbij de behandeling gebaseerd was op het GCVR kon men meer cardiovasculaire gebeurtenissen vermijden dan met de strategie die zich louter baseerde op de systolische bloeddruk: **area under the curve** voor de GCVR-strategie bedroeg 0,71 (95% BI van 0,70 tot 0,72) tegenover 0,54 (95% BI van 0,53 tot 0,55) voor de op systolische bloeddruk geleide behandeling.

Het komt erop neer dat, om hetzelfde aantal cardiovasculaire gebeurtenissen te vermijden, men met de GCVR-strategie 29% patiënten minder (95% BI van 26% tot 31%) moet behandelen dan wanneer men iedereen zou behandelen met een systolische bloeddruk  $\geq 150$  mmHg en 3,8% patiënten minder (niet statistisch significant) dan met een systolische bloeddruk  $\geq 140$  mmHg. Nog anders gezegd: voor eenzelfde aantal behandelde patiënten vermijdt men 16% (95% BI van 14% tot 18%) en 3,1% (95% BI van 1,5% tot 5%) meer cardiovasculaire gebeurtenissen met een GCVR-strategie dan wanneer men iedereen zou behandelen met een bloeddruk respectievelijk hoger dan 150 mmHg en 140 mmHg. Een subgroepanalyse toont enige nuance: voor diabetici maakt het geen verschil welke behandelingsstrategie men volgt en patiënten met een voorgeschiedenis van cardiovasculaire gebeurtenissen zijn beter af met een behandeling die louter gebaseerd is op de systolische bloeddruk. Dat laatste kan misschien verklaard worden door het feit dat deze patiënten systematisch als 'hoogrisicogroep' behandeld zijn.

We onderstrepen dat het een secundaire analyse betreft van meestal oudere hypertensiestudies met geselecteerde populaties en verschillende behandelingsstrategieën (**heterogeniteit** niet vermeld) en dat geen enkele geïncludeerde patiënt ook effectief behandeld is op basis van zijn GCVR. Bij alle patiënten gebruikte men uiteindelijk de bloeddruk om de behandeling af te stellen. Daarenboven bevatten 4 van de 11 geïncludeerde studies ontbrekende data voor cholesterolwaarden en worden deze ontbrekende

waarden vervangen door BMI-gegevens. De strategie voor de berekening van het cardiovasculaire risico wordt beschreven, maar is niet conform met een bestaande risicotabel.

Ondanks de beperkingen biedt deze studie een (eerste) valabele wetenschappelijke bewijsvoering voor het feit dat het relatief risico van verhoogde bloeddruk constant is over de verschillende graden van hypertensie, maar dat het absoluut risico met een factor 20 kan verschillen wanneer men rekening houdt met bijkomende cardiovasculaire risicofactoren: hoge leeftijd, secundaire preventie en Score >10%. Een prospectieve validatie van deze resultaten door een nieuwe grote studie zou ideaal zijn, maar is niet meteen te verwachten.

## Besluit

Op basis van een post-hoc analyse van elf gerandomiseerde gecontroleerde studies kunnen we besluiten dat een bloeddrukverlagende behandeling op basis van het globale cardiovasculaire risicoprofiel waarschijnlijk effectiever is voor de preventie van cardiovasculaire gebeurtenissen dan een behandeling gestuurd door de systolische bloeddruk.

## Voor de praktijk

Rekening houden met het globale cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënt bij het opstarten en aanpassen van een bloeddrukverlagende behandeling wordt vermeld in de Europese (7) en in de laatste Amerikaanse richtlijnen voor de behandeling van hypertensie (8). De Belgische aanbeveling Globaal cardiovasculair risicobeheer van 2007 (9) (in herziening) en het opvolgrapport van de aanbeveling Hypertensie van Domus Medica (10) adviseren om ook, net zoals in geval van secundaire preventie en een Score >10%, bij zeer hoge bloeddruk (>180 SBD en/of >110 DBD) een rigoureuze niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling op te starten. De huidige studie toont aan dat een behandeling gebaseerd op het globale cardiovasculaire risicoprofiel efficiënter is dan een behandeling gestuurd door de systolische bloeddruk, zelfs als de bloeddruk zeer hoog is.

## Referenties

1. De Cort P. QRISK3, een nieuwe update van het Britse instrument om cardiovasculaire ziekte te voorspellen. *Minerva* 2017;16(8):197-9.
2. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ* 2017;357:j2099. DOI: 10.1136/bmj.j2099
3. Sussman J, Vijan S, Hayward R. Using benefit-based tailored treatment to improve the use of antihypertensive medications. *Circulation* 2013;128:2309-17. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002290
4. Karmali KN, Persell SD, Perel P, et al. Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD006887.pub4
5. De Cort P. Schaduwen over de screening naar het globaal cardiovasculair risico in primaire preventie? [Editoriaal] *Minerva* 2017,16(6):136-7.
6. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J, et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: a meta-analysis of individual participant data. *PLOS Med* 2018;15:e1002538. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002538
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;34:2159-2219. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1151 (herziening verwacht aug. 2018)
8. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guidelines for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:e127-e248. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.11.006
9. Boland B, Christiaens T, Goderis G, et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. *Huisarts Nu* 2007;36:339-69.
10. De Cort P, Christiaens T, Philips H, et al. Hypertensie. Herziene aanbeveling. *Domus Medica* 2009. *Huisarts Nu* 2009;38:340-61. Opvolgrapport 2013.