



Multimorbiditeit: een uitdaging voor de huisarts en het gezondheidszorgsysteem?

Jean Luc Belche en André Crismer, Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège

De prevalentie van chronische aandoeningen neemt toe en meestal is er bij eenzelfde persoon sprake van minstens 2 chronische aandoeningen (de minimale definitie van multimorbiditeit). Deze problematiek is complex omdat de wetenschappelijke evidentie en de structuur van de gezondheidszorg gericht zijn op de behandeling van patiënten met één aandoening. Dat maakt het moeilijk om op een adequate manier om te gaan met patiënten met multimorbiditeit (1). Søndergaard et al. onderzochten de opinies en attitudes van huisartsen ten aanzien van patiënten met multimorbiditeit (2). Hun kwalitatief onderzoek is gebaseerd op een workshop tijdens het Noorse congres voor huisartsgeneeskunde in Tampere (2013), waaraan 180 huisartsen en onderzoekers deelnamen. In deze workshop kwamen 4 belangrijke thema's naar voor die de kern vormen van de moeilijkheden die huisartsen ondervinden bij de behandeling van patiënten met multimorbiditeit:

1. moeilijkheden bij het toepassen van de huidige richtlijnen op patiënten met multimorbiditeit
2. fragmentatie van de zorg en onvoldoende coördinatie tussen huisartsen en specialisten
3. nood aan meer competenties en meer tijd bij de keuze voor patiëntgerichte zorg in plaats van zorg gericht op 1 aandoening
4. de rol van de huisarts in het geheel van sociaal-economische kwetsbaarheid, multimorbiditeit en een onangepast vergoedingssysteem.

Een systematische review van kwalitatief onderzoek in westerse landen (o.a. België) over het perspectief van de huisarts kwam uit op vrijwel dezelfde thema's (3).

In dit editoriaal nemen we elk van deze thema's kort onder de loep.

1. Moeilijkheden bij het toepassen van de huidige richtlijnen op patiënten met multimorbiditeit

Patiënten met multimorbiditeit hebben dikwijls unieke combinaties van chronische aandoeningen. Het is praktisch onmogelijk om over specifieke combinaties van aandoeningen studies op te zetten die dan verder kunnen dienen als onderbouwing van richtlijnen (4). Toch 2 bedenkingen hierbij. Enerzijds zou men, in aansluiting op de studie van Coventry et al. die we in dit nummer van Minerva bespreken (5,6), bij de redactie van elke richtlijn over een chronische aandoening de psychologische gevolgen van de aandoening moeten opnemen als co-morbiditeit. Mentale gezondheidsproblemen treden vaak op als gevolg van chronische aandoeningen en de behandeling van deze problemen laat toe om de handelingscapaciteit van de patiënten te verbeteren en om zelfzorg te stimuleren (5,6). Anderzijds worden patiënten met belangrijke co-morbiditeit meestal uitgesloten in de originele studies. Tinetti et al. publiceerden in 2015 een cohortstudie waarin ze 9 in richtlijnen aanbevolen en frequent voorgeschreven geneesmiddelen klasseerden volgens het al dan niet gunstige effect bij patiënten met multimorbiditeit (7). De auteurs kwamen tot een interessante bevinding: voor 4 cardiovasculaire geneesmiddelen was het effect op overleving even gunstig bij patiënten met multimorbiditeit als het effect dat bij de initiële evaluatie in RCT's was vastgesteld. Voor de overige geneesmiddelen konden ze bij patiënten met multimorbiditeit geen winst meer vaststellen. Deze resultaten moeten nog bevestigd worden, maar kunnen een aanzet geven om bij het voorschrijven toch de klassieke richtlijnen te volgen ook al zijn deze gebaseerd op studies bij geselecteerde patiëntenpopulaties met slechts 1 chronische aandoening. Pragmatische studies kunnen hier voor de clinicus een goede bron van informatie zijn.

2. Fragmentatie van de zorg en onvoldoende coördinatie tussen huisartsen en specialisten

Fragmentatie van de zorg is typisch voor een gezondheidszorgsysteem dat gericht is op techniciteit en gespecialiseerde zorg, terwijl de eerstelijnszorg zich richt op de patiënt in zijn geheel. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie pleit voor een vernieuwing van de eerstelijnsgezondheidszorg (8). In België groeit het aantal initiatieven dat streeft naar een betere integratie tussen de verschillende zorgcircuits (transmurale zorg in ziekenhuizen (9), geïntegreerde zorgplannen voor chronisch zieke patiënten, lokale SYLOS-projecten, enz...). Hierbij wordt een beroep gedaan op de medewerking van huisartsen, maar op nationaal niveau blijven de huisartsen bij deze pilootprojecten vaak op de achtergrond (10). Is men deze structuren nog niet gewoon, is er te weinig samenwerkingscultuur bij de artsen of is de structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg niet voldoende aangepast aan de nieuwe uitdagingen?

3. Nood aan meer competenties en meer tijd bij de keuze voor patiëntgerichte zorg in plaats van zorg gericht op 1 aandoening

Patiëntgerichte zorg is het meest essentiële element bij multimorbiditeit (11). Hoewel eerstelijnsverleners ideaal geplaatst zijn om de patiënt centraal te stellen, belet het huidige gezondheidszorgsysteem hen om volop deze rol te spelen. Het contact met de patiënt blijft reactief (naar aanleiding van een klacht) of gericht op een therapeutisch doel (waarschijnlijk in de hand gewerkt door de betaling per prestatie). De gezondheidszorg is grotendeels monodisciplinair georganiseerd en niet gericht op een globale en gecoördineerde aanpak. Actueel evolueert de eerstelijnsgezondheidszorg meer naar een integratie met andere hulpverleners zoals een 'casemanager' in de studie van Coventry et al. in dit nummer van Minerva, waardoor de eerste lijn een meer coördinerende plaats krijgt (12). Het gaat echter niet alleen over structurele problemen. Bij een patiëntgerichte zorg zijn de prioriteiten van de patiënt essentieel (11). Die prioriteiten kennen vraagt goede communicatie, dialoog en meer tijd. Bij meerdere behandelingsopties omwille van multimorbiditeit is de voorkeur van de patiënt het centrale uitgangspunt, ook al komt deze niet altijd overeen met de doelstelling van de zorgverleners (11).

4. De rol van de huisarts in het geheel van sociaal-economische kwetsbaarheid, multimorbiditeit en een onaangepast vergoedingssysteem

Multimorbiditeit hangt zeer sterk samen met ongelijkheid op het vlak van gezondheid door sociale kwetsbaarheid. De rol van de huisarts hierin is niet duidelijk. De relatieve impact van de gezondheidszorg op de gezondheid van een bevolking is immers gering. Daaruit is in 1978 de verklaring van Alma Ata ontstaan over de gezondheidstoestand in de wereld (13). Deze verklaring verbindt gezondheid met sociale rechtvaardigheid, participatie en basisgezondheidszorg en roept op tot samenwerking met andere sectoren, maar deze doelstellingen zijn ondertussen nog steeds niet bereikt... Als huisarts alleen is het niet mogelijk om veel invloed uit te oefenen op de sociale gezondheidsdeterminanten. Een georganiseerd eerstelijnssteam dat de zorg voor een specifieke populatie integreert, kan daar waarschijnlijk verder in gaan. Dat is ook het voorstel van het KCE in zijn position paper over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken in België (14). Met een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg kunnen de belangrijkste pijlers bij het omgaan met multimorbiditeit versterkt worden: gezondheidspromotie (zoals gedefinieerd in het Ottawa-charter van de WGO (15)), preventie, gezondheidseducatie, participatie en meer autonomie voor de patiënt. Een intersectoriële planning op lange termijn op politiek niveau zou waarschijnlijk een stap in de goede richting zijn, net zoals een aangepast vergoedingssysteem.

Besluit

De uitdagingen waarmee we geconfronteerd worden bij multimorbiditeit vragen niet zozeer een herorganisatie van de gezondheidszorg in functie van deze specifieke patiëntenpopulatie, maar eerder een globale aanpassing van de gezondheidszorg die toelaat om aan deze grote groep patiënten met multimorbiditeit de juiste zorg te bieden (16). Dat kan gebeuren door de versterking van een geïntegreerde, multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg die een coördinerende rol kan spelen en die in iedere individuele situatie steunt op gedeelde besluitvorming.

Referenties

1. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, et al. [From chronic disease to multimorbidity: Which impact on organization of health care]. *Presse Med* 2015;44:1146-54.
2. Søndergaard E, Willadsen TG, Guassora AD, et al. Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners' views and attitudes. *Scand J Prim Health Care* 2015;33:121-6.

3. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610.
4. Boeckxstaens P, Peersman W, Goubin G, et al. A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care. *BMC Fam Pract* 2014;15:159.
5. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638.
6. Belche JL. Nut van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnspatiënten met depressie en fysieke multimorbiditeit. *Minerva* 2016;15(3):58-62.
7. Tinetti ME, McAvay G, Trentalange M, et al. Association between guideline recommended drugs and death in older adults with multiple chronic conditions: population based cohort study. *BMJ* 2015;351:h4984.
8. WHO: The world health report 2008: primary health care (now more than ever). World Health Organization 2008;118.
9. Werkgroep Transmurale Zorg. Gids voor het ontwikkelen en het communiceren van een visie over transmurale zorg in het kader van het meerjarige programma 2013-2017. Brussel, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2015.
10. Borgermans L, Decoster C, Etienne M, et al. Kwaliteit en patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen in 2011. Brussel, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2013.
11. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777-9.
12. Macq J, Barbosa K, Ces S, et al. Métiers de la première ligne et systèmes de santé: vers plus de spécialisation ou de polyvalence? *Santé Conjuguée* 2011;55:41-6.
13. World Health Organization, United Nations Children's Fund: Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 september 1978. In: *Health for All Series*. Geneva: World Health Organization, 1978.
14. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper : organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health Service Research (HSR). Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2012. KCE Reports 190As.
15. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, 1986. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
16. Valderas JM. Multimorbidity, not a health condition or complexity by another name. *Eur J Gen Pract* 201;21:213-4.