



# Drie gezichtspunten over patiëntgerichte eerstelijnsgezondheidszorg bij patiënten met multimorbiditeit

### Referentie

Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract* 2020;21:71. DOI: 10.1186/s12875-020-01144-7

### Duiding

André Crismer, DUMG ULiège, Maison médicale Bautista Van Schowen

Minerva publiceerde reeds 3 artikels over multimorbiditeit. In een editoriaal merkten de auteurs op dat de zorg voor patiënten met multimorbiditeit (die over het algemeen worden uitgesloten van klinische studies) een paradigmaverschuiving vereist in de richting van een zorgaanpak op basis van doelstellingen door de patiënt geformuleerd. Er zijn grote verschillen van persoon tot persoon en daarom is het noodzakelijk om aanbevelingen te hebben die zich richten op de behandeling van patiënten en niet op de behandeling van ziekten (1). Een tweede editoriaal wees op de toenemende prevalentie van multimorbiditeit en de noodzaak om de zorg bij deze populatie hierop af te stemmen door de versterking van een geïntegreerde collaboratieve eerstelijnszorg die de functie van synthese en gedeelde besluitvorming vervult. De auteurs merkten op dat een persoonsgerichte aanpak een essentieel onderdeel is van het antwoord op de problemen die multimorbiditeit met zich meebrengt, maar dat het huidige systeem de eerstelijnszorgverleners niet versterkt in deze rol (2). De analyse van een pragmatische clustergerandomiseerde RCT bij patiënten met multimorbiditeit (diabetes en/of coronaire hartziekte en depressie) toonde aan dat zogenaamde ‘collaboratieve zorg’ gebaseerd op een korte psychotherapie en geïntegreerd in de routinematige opvolging, depressieve symptomen kan verminderen en zelfmanagementvaardigheden kan vergroten. De effectgrootte was echter klein (3,4).

Daarnaast vermeldden we een studie die de moeilijkheden van 180 huisartsen onderzocht bij de behandeling van patiënten met multimorbiditeit. Een grote moeilijkheid was om samen met de patiënt problemen te prioriteren binnen het gebruikelijke kader van de consultatie (5). Tijdens een workshop in Finland in 2013 identificeerden deze huisartsen vier onderzoeksgebieden om de behandeling van patiënten met multimorbiditeit te verbeteren, waaronder de moeilijkheid om persoonsgerichte zorg te verlenen en de belemmeringen voor gedeelde besluitvorming binnen het tijdsbestek van een normale raadpleging (6). Een kennissynthese uitgevoerd door RESO (universitaire dienst voor gezondheids promotie van UCLouvain) stelde vast dat er in de huisartsgeneeskunde vanuit het oogpunt van de patiënt barrières zijn voor gedeelde besluitvorming: slechte gezondheid, leeftijd, laag opleidingsniveau, ontvangen van angstwekkende informatie, asymmetrie in de relatie, perceptie van de rol van de patiënt, en positie van de arts (7). De opvattingen van patiënten met multimorbiditeit over hun verwachtingen van gedeelde besluitvorming kwamen in Minerva nog niet aan bod.

De studie die we hier bespreken, onderzocht de opvattingen van 16 patiënten met multimorbiditeit over het belang van verschillende aspecten van patiëntgerichte zorg in eerstelijnsgezondheidszorgcentra in Nederland (8). De interviews werden uitgevoerd met behulp van de Q-methodologie, die kwantitatieve en kwalitatieve analyses combineert. De techniek wordt gebruikt om de persoonlijke ervaringen, voorkeuren, waarden en overtuigingen van respondenten te verkennen en is reeds onderzocht in de eerstelijns- en de patiëntgerichte zorg (9). De deelnemers rangschikten naar relatief belang 28 stellingen die betrekking hebben op 8 dimensies van een patiëntgerichte benadering (voorkeuren van de patiënt, informatie en educatie, psychologische ondersteuning, fysiek comfort, aandacht voor naasten, toegang tot zorg, continuïteit, zorgcoördinatie).

Een factoriële analyse per persoon, gebruikmakend van complexe statistische instrumenten, werd toegepast om factoren aan het licht te brengen die bepaalde gezichtspunten vertegenwoordigen. Tot slot zijn kwalitatieve interviewgegevens gebruikt om deze gezichtspunten te interpreteren. De analyses toonden aan dat er drie factoren zijn die drie verschillende gezichtspunten van patiënten met multimorbiditeit vertegenwoordigen voor wat het belang betreft van patiëntgerichte zorg in de eerstelijns. Patiënten met gezichtspunt 1, bereid om proactief met de arts te overleggen, willen betrokken zijn bij hun eigen zorg, vragen om medische informatie en worden liefst ondersteund door een goed gecoördineerd multidisciplinair team van zorgprofessionals. Groep 2, vertegenwoordigd door de ‘gemiddelde patiënt’ in de huisartsenpraktijk, vraagt om gecoördineerde, respectvolle en ondersteunende zorg. Patiënten met gezichtspunt 3 zijn kwetsbare patiënten, met financiële en communicatieve problemen, die

toegankelijke zorg vragen en vertrouwen op de professionals van wie ze respect verwachten. De resultaten van deze studie suggereren dat niet alle patiënten met multimorbiditeit dezelfde soort zorg verwachten en dat niet alle aspecten van patiëntgerichte zorg voor alle patiënten even belangrijk zijn.

Deze studie is van goede methodologische kwaliteit. De auteurs beweren dat ze met de relatief kleine steekproefgrootte saturatie bereikt hebben. Maar ze kunnen niet garanderen dat ze alle vooropgestelde patiënten hebben kunnen includeren en dan gaat het vooral over deze patiënten met de meeste gezondheidsproblemen, de laagste gezondheidsgeletterdheid en de meeste financiële problemen. Ze erkennen ook dat de geobserveerde resultaten in dit stadium niet veralgemeend kunnen worden en dat andere studies de resultaten zullen moeten bevestigen.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

We hebben geen richtlijnen gevonden die betrekking hebben op multimorbiditeit. Uit een systematische review van praktijkrichtlijnen is gebleken dat de huidige evidence-based richtlijnen beperkt toepasbaar zijn bij patiënten met comorbiditeit. De meeste richtlijnen geven geen expliciete aanbevelingen voor de behandeling van patiënten met comorbiditeit. De auteurs concluderen dan ook dat toekomstige klinische studies patiënten met de meest voorkomende combinaties van chronische aandoeningen zullen moeten includeren (10). Ook wordt patiëntgerichte zorg regelmatig voorgesteld als de manier om de primaire zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren (2).

## **Besluit**

Deze studie, die een combinatie is van een kwantitatieve en kwalitatieve benadering, is methodologisch correct opgezet. Uit de analyses kwamen drie factoren naar voren die drie verschillende gezichtspunten vertegenwoordigen van patiënten met multimorbiditeit voor wat het belang betreft van patiëntgerichte zorg in de eerstelijnszorg. De eerste groep, die bereid is om proactief met de huisarts te overleggen, vraagt om betrokken te zijn bij beslissingen en wil omringd worden door een goed gecoördineerd multidisciplinair team; de tweede groep vraagt om gecoördineerde, respectvolle en ondersteunende zorg; de derde fragiele groep vertrouwt op de zorgverlener en vraagt vooral om respect. Deze studie toont dus aan dat de verwachtingen van patiënten met betrekking tot een patiëntgerichte zorgaanpak variëren. Het is belangrijk om hier aandacht aan te besteden, wetende dat door de wisselwerking tussen patiënt en zorgverlener deze verwachtingen kunnen evolueren.

### **Referenties**

1. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. *Minerva* 2013;12(4):40.
2. Belche JL, Crismer A. Multimorbiditeit: een uitdaging voor de huisarts en het gezondheidszorgsysteem. *Minerva* 2016;15(3):55-7.
3. Belche JL. Nut van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnspatiënten met depressie en fysieke multimorbiditeit. *Minerva* 2016;15(3):58-63.
4. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomized controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638. DOI: 10.1136/bmj.h638
5. 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. DOI: 10.3109/02813432.2015.1041828
6. 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. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003610
7. Malengreaux S, Grenier C. La décision partagée en consultation de médecine générale, Woluwe-Saint-Lambert: RESO, 2017. Url: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/syntheses-de-connaissances-nouveau.html>
8. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract* 2020;21:71. DOI: 10.1186/s12875-020-01144-7
9. Baker RM. Economic rationality and health and lifestyle choices for people with diabetes. *Soc Sci Med* 2006;63:2341-53. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.06.007
10. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, et al. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6:e25987. DOI: 10.1371/journal.pone.0025987