



Minerva

Evidence-Based Medicine voor de eerste lijn

Inhoud juli 2018 volume 17 nummer 6

Editoriaal

EBM spiraalvormig implementeren?

Tom Poelman

73

Duiding

- Positief effect van multidisciplinair medicatienazicht op stoppen van ongeschikte medicatie
Ellen Van Leeuwen en Thierry Christiaens

75

- Keuzehulpen voor *shared decision making*
Nicolas Delvaux en Bert Aertgeerts

80

Bondig

- Willen volwassenen hun levenseinde bespreken met hun huisarts? Een verkennende studie in België
Johan Wens

84



EBM spiraalvormig implementeren?

Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

In Minerva hebben we het al vaak gehad over de implementatie van EBM in de zorg voor patiënten (1,2). Deze implementatie hangt in belangrijke mate af van de expertise van de zorgverlener om het beste beschikbare bewijs te zoeken, te evalueren en te integreren in het klinisch beleid (2). Vijf stappen zijn hierbij cruciaal.

1. Het klinisch probleem vertalen in een beantwoordbare PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome)-vraag.
2. Op een systematische manier het beschikbare bewijs traceren dat een antwoord geeft op deze PICO-vraag.
3. Op een kritische manier de interne en externe validiteit en de impact (met afweging van risico's en baten) van het beste beschikbare bewijs beoordelen (CAT of Critical Appraisal of the Topic).

In onze 'lange duidingen' komen deze eerste drie stappen prominent aan bod. Door de klinische vraag zoveel mogelijk als een PICO-vraag weer te geven krijgen lezers meteen een aanknopingspunt met de eigen praktijkvoering. In de bespreking worden ze dan door ervaren collega's ondersteund om op een kritische manier de methodologie en de klinische relevantie van de studieresultaten te beoordelen, zonder zelf het oorspronkelijke artikel volledig te moeten lezen.

Het is onze missie om de pool van kritische duiders steeds uit te breiden met enthousiaste collega's die graag willen meewerken aan de uitbouw van een 'kritisch' netwerk als reactie op een soms oppervlakkige interpretatie van wetenschappelijk onderzoek.

4. De kritische beoordeling integreren in de eigen klinische expertise en de kennis over de biologische eigenschappen, de waarden en de context van de patiënt.
5. Reflecteren over de effectiviteit en de doeltreffendheid waarmee stap 1 tot 4 is uitgevoerd en zoeken naar mogelijkheden om hierin beter te worden. Deze laatste stap situeert zich dus eerder op het metacognitieve niveau.

Dit leermodel wordt momenteel algemeen aanvaard als een belangrijke manier om onze kennis en onze vaardigheden als zorgverlener op te bouwen. Meer en meer is men er ook van overtuigd dat het stappenplan pas effectief kan zijn wanneer het is ingebed in een spiraalvormige manier van leren (3). Spiraalvormig leren wil zeggen dat men op een progressieve manier kennis opdoet door telkens opnieuw met de topic geconfronteerd te worden (4,5). In een recent artikel van de BMJ werden de belangrijkste aspecten van deze manier van leren toegepast op de implementatie van EBM.

1. Elke nieuwe stap in de spiraal begint met een nieuwe klinische vraag die afhankelijk is van de expertise en de vaardigheden van de vraagsteller. Bijvoorbeeld, geconfronteerd met hetzelfde probleem zullen artsen met veel ervaring andere vragen stellen dan studenten geneeskunde.
2. Zo creëert men voor zichzelf een leercontinuüm waarbij 'iets leren' telkens opnieuw 'meer leren' uitlokt in een opwaartse spiraal van steeds complexere vragen. Na hun basisopleiding wordt van artsen in het werkveld verwacht dat ze bijvoorbeeld rekening houden met de specifieke context van patiënten, met de multidisciplinariteit van onze gezondheidszorg, enzovoort (5).

Deze vorm van leren, die voortbouwt op eerdere kennis, sluit sterk aan bij het dynamische karakter van EBM en weerspiegelt de rationale achter de 'korte duidingen' van Minerva. Door de jaren heen heeft de redactie zeer veel recente wetenschappelijke literatuur geselecteerd die een nieuw licht werpt op bepaalde onderwerpen.

Onze duiders proberen deze nieuwe evidentie telkens opnieuw te kaderen binnen de bestaande evidentie. Op die manier bouwen zij door de jaren heen een ruime expertise op in de kritische beoordeling van studiemateriaal over verschillende topics.

3. Kennis, communicatievaardigheden (met patiënten en zorgverleners), professioneel handelen, ethiek en praktische vaardigheden worden steeds meer geïntegreerd in de besluitvorming. Naarmate de expertise toeneemt, zullen ook de kennis en de vaardigheden dankzij deze integratie verder opgebouwd worden.
4. Tijdens het verdere leerproces kunnen voor dezelfde vragen, de zoekmethodes, de gevonden gegevens en dus ook de conclusies veranderen.
5. Diepgaande reflectie over de vier essentiële elementen van een klinisch besluit (sterkte van de evidentie, waardeoordeel van de patiënt, risico- en kosten-batenbalans) blijven cruciaal in het leerproces. Het is immers niet voldoende om het beste beschikbare bewijs te integreren in de praktijk. Men moet achteraf waakzaam blijven en (routine-)zaken opnieuw in vraag durven stellen, teneinde de spiraal verder te laten lopen.

Besluit

Het vijfstappenplan is een belangrijk leermodel om nieuwe evidentie te integreren in de eigen kennis en vaardigheden. Deze methode wordt pas echt effectief als ze deel uitmaakt van een spiraalvormig leerproces. De werking van Minerva sluit hier nauw bij aan en we hopen dat steeds meer collega's onze missie delen en aansluiten bij ons 'kritisch' netwerk.

Referenties

1. Vermeire E. Basiswetenschappen en EBM: Bedreiging van een nieuw paradigma? [Editoriaal] Minerva 2003;2(10):154-5.
2. De Cort P, Poelman T. Na het niet vinden van 'evidentie' begint pas het echte klinische werk... [Editoriaal] Minerva 2018;17(2):22-3.
3. Baynouna Al Ketbi LM. Learning framework for implementing best evidence. BMJ Evid Based Med 2018;23:81-3. DOI: 10.1136/bmjebm-2017-110834
4. Harden RM, Stamper N. What is a spiral curriculum? Medical Teacher 1999;21:141-3. DOI: 10.1080/01421599979752
5. Lemiengre M. Werkplekleren in de medische opleiding. In: Vorming door onderwijs. Acco, 2017:141-54.

Positief effect van multidisciplinair medicatienazicht op stoppen van ongeschikte medicatie

Referentie

Wouters H, Scheper J, Koning H, et al.
Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents: a cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2017;167:609-17.
DOI: 10.7326/M16-2729

Duiding

Ellen Van Leeuwen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Klinische Farmacologie, Vakgroep Farmacologie, UGent en Thierry Christiaens, Klinische Farmacologie, Vakgroep Farmacologie, UGent

Klinische vraag

Wat is het effect van multidisciplinair medicatienazicht op het stoppen van ongeschikte medicatie bij ouderen in het rusthuis?

Achtergrond

Correct voorschrijven van medicatie bij ouderen vraagt een zorgvuldige afweging van het te verwachten gunstige effect tegenover een toegenomen risico op ongewenste effecten en interacties. Verschillende strategieën werden reeds uitgetoetst om polyfarmacie te beperken en de kwaliteit van voorschrijven bij ouderen te verbeteren (1,2). Een van deze interventies is het uitvoeren van een medicatienazicht (medication review) waarbij er een periodieke gestructureerde en kritische evaluatie van de farmacotherapie gebeurt door artsen en apothekers (3). In een recente meta-analyse leidde medicatienazicht tot minder aan geneesmiddelen gebonden problemen (4). In twee reviews van de Cochrane Collaboration zag men met medicatienazicht door de apotheker een trend in de afname van spoedconsultaties, echter zonder effect op mortaliteit (5,6).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusie van 59 verpleegafdelingen van rusthuizen, 35 eerstelijnsartsen gespecialiseerd in de ouderenzorg (gemiddeld 50% had >5 jaar werkervaring), 5 apothekers en 426 ouderen met een levensverwachting van meer dan 4 weken (gemiddelde leeftijd 83 (SD 9) jaar, gemiddelde verblijfsduur 34 maanden, gemiddeld 44% was dement)
- exclusie van verpleegafdelingen met vooral atypische patiënten (zoals mentale retardatie of psychiatrische stoornis) en van ouderen die medicatie weigeren of bij wie een slechte vertrouwensrelatie tussen familieleden en verpleging bestaat.

Onderzoeksopzet

Pragmatische cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie met 2 groepen:

- interventiegroep: eenmalige Multidisciplinaire Multistep Medicatie Review (3MR) door arts en apotheker (uitgevoerd na een opleiding van 3 uur):
 - stap 1: farmacotherapeutische anamnese door verpleging
 - stap 2: medicatie-analyse door apotheker met behulp van elektronische tool voor START/STOPP en Beers-criteria
 - stap 3: multidisciplinair overleg tussen arts en apotheker
 - stap 4: uitvoeren van farmacotherapeutische acties door arts en verpleging, met opvolging achteraf
- controlegroep: standaardbehandeling
- studieduur: 4 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: aantal ouderen met 1 of meer succesvol gestopte ongeschikte medicatie zonder hervat of ernstige ontwenningssymptomen
- secundaire uitkomstmaten: aantal ouderen met 1 of meer nieuw opgestarte medicatie, met dosisaanpassingen, met vervanging van ongeschikte medicatie door een veiliger alternatief; veranderingen in blootstelling aan anticholinergica en sedativa; levenskwaliteit; cognitieve functie; neuropsychiatrische symptomen; gebruik van gezondheidszorg; valincidenten
- correctie van alle analyses voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, duur van het verblijf in het rusthuis, diagnose van dementie, **Charlson Comorbidity Index score**; bij de analyses voor blootstelling aan anticholinergica en sedativa, cognitieve functie, neuropsychiatrische symptomen en levenskwaliteit corrigeerde men ook voor de beginwaarden
- intention-to-treat-analyse.

Resultaten

- studie-uitval: 14% in controlegroep en 14,6% in interventiegroep
- primaire uitkomstmaat: meer ouderen met 1 of meer succesvol gestopte ongeschikte medicatie in de interventie- (91 op 233 (39,1%)) dan in de controlegroep (57 op 193 (29,5%)); RR 1,37 met 95% BI van 1,02 tot 1,75
- secundaire uitkomstmaten:
 - geen verschil in het aantal ouderen met 1 of meer nieuw opgestarte medicatie volgens START criteria, met dosisaanpassingen, met vervanging van ongeschikte medicatie door veiliger alternatieven; geen verschil in blootstelling aan anticholinergica en sedativa
 - geen verschil in cognitieve functie, neuropsychiatrische symptomen en levenskwaliteit, valincidenten of aantal consultaties bij andere eerstelijnszorgverleners, gerieters en andere specialisten.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een multidisciplinair medicatienazicht bij kwetsbare ouderen in het rusthuis effectief is om ongeschikte medicatie te stoppen zonder achteruitgang van het algemeen welzijn.

Financiering van de studie

Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en innovatie.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen vermeld.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De auteurs van deze pragmatische RCT kiezen terecht voor een geclusterde onderzoeksopzet. De randomisatie in clusters zorgt er immers voor dat de interventie en de controle onafhankelijk van elkaar kunnen gebeuren zonder het risico op **contaminatie**. De 1:1-randomisatie gebeurde computergestuurd met concealment of allocation. De basiskarakteristieken van beide groepen waren vergelijkbaar, wat een argument is om aan te nemen dat de randomisatie correct verlopen is. Minder dan de helft van de uitgenodigde ouderen was bereid om deel te nemen. Dat kan wijzen op een selectie van patiënten die positief stonden tegenover de interventie. Omdat men de basiskarakteristieken van de deelnemende ouderen niet vergelijkt met die van de uitgesloten ouderen, kunnen we het belang van deze **rekruteringsbias** niet inschatten. Exclusie van ouderen zonder goede vertrouwensrelatie tussen familie en verpleging onderstreept het belang van samenwerking voor de aanpak van ongeschikte medicatie maar kan ook de resultaten beïnvloeden hebben.

De studie is enkelblind uitgevoerd omdat door de aard van de interventie het niet mogelijk was om artsen en apothekers te blinderen. De ouderen zelf, het rusthuispersoneel en de evaluatoren waren wel

geblindeerd. Met een studie-uitval van 14% in beide groepen werd vooraf geen rekening gehouden bij de berekening van de steekproefgrootte, waardoor de studie mogelijks te weinig **power** heeft. Als gevolg van de korte follow-up van 4 maanden komen we weinig te weten over effecten op lange termijn en zeldzame ongewenste effecten.

Interpretatie van de resultaten

Na multidisciplinair medicatienazicht was ongeschikte medicatie bij meer ouderen succesvol gestopt. In absolute cijfers betekent dit dat bij 4 op 10 ouderen in de interventiegroep 1 of meer ongeschikte medicatie succesvol gestopt is versus bij 3 op 10 ouderen in de controlegroep. Er kon geen verschil in secundaire uitkomstmaten vastgesteld worden. Het effect van de interventie is dus eerder zwak te noemen. Hiervoor zijn meerdere verklaringen te vinden: ten eerste is het gebruik van het algoritme Good Palliative-Geriatric Practice voor medicatienazicht geschrapt uit het protocol (7). Apothekers bleken het algoritme reeds te gebruiken wat kan wijzen op aanwezige kennis en kan leiden tot een verdunning van het effect in de interventiegroep; ten tweede is het in dit type onderzoek altijd moeilijk om de invloed van de interventie los te koppelen van de invloed van diegenen die de interventie uitvoeren. Door deelname aan een studie om het ongeschikt voorschrijven te verminderen is het mogelijk dat de artsen en de apothekers meer alert en de ouderen meer therapietrouw waren, wat deels de positieve resultaten in de controlegroep kan verklaren, het zogenaamde **Hawthorne effect**. Bij dit soort interventies is het evenmin uit te sluiten dat enthousiaste verzorgers en familieleden de resultaten hielpen verbeteren; ten derde weten we niet of vooraf reeds medicatie werd afgebouwd of opgestart en in welke mate wijzigingen werden aangehouden. Ouderen verbleven gemiddeld 3 jaar in het rusthuis en we weten niets over hun historiek en de opvolging van hun medicatie.

Als primaire uitkomstmaat koos men voor het aantal ouderen met 1 of meer succesvol gestopte ongeschikte medicatie en niet voor klinisch relevante primaire uitkomstmaten zoals algemeen functioneren en levenskwaliteit. Levenskwaliteit van rusthuisbewoners wordt echter wellicht door meerdere factoren beïnvloed dan door medicatienazicht alleen en daarom is het misschien interessanter om het effect op deze klinisch relevantere uitkomsten te onderzoeken met multidomein-interventies die medicatienazicht combineren met betere voedingszorg, interventies met oefentherapie, psychosociale interventies, familie-interventies. De medicatie die met het meeste succes werd gestopt, bleek betrekking te hebben op de ATC-groepen maagdarm, musculoskeletaal, zenuwstelsel en respiratoir stelsel. Het ware zeer interessant geweest mocht men onderzocht hebben welke medicatie wel en welke niet was gestopt en/of de gestopte medicatie de meest negatieve risico-batenverhouding voor de patiënt had (8). Ook focussen op het stoppen van medicatie die ooit wel klinisch voordeel bood, maar nu niet meer nuttig is (bijvoorbeeld preventieve medicatie), heeft bij ouderen vermoedelijk een grotere invloed op levenskwaliteit en kosten (9,10). Het afnemen van de anamnese en de follow-up gebeurde door de verpleging. Ook betrekken van kinesisten, ergotherapeuten, psychologen en andere zorgverleners zou mogelijks kunnen bijdragen tot een groter effect door o.a. het observeren van de ouderen en het aanbieden van niet-medicamenteuze interventies. We hebben ten slotte ook geen zicht op het verdere verloop van het medicatienazicht na de interventie.

De grootste beperking om de resultaten te extrapoleren naar de Belgische setting is de typische Nederlandse situatie. In 2012 verscheen de NHG-Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen met een stappenplan voor medicatienazicht (11). De Nederlandse apotheker is dus al jaren vertrouwd met zijn rol in de farmaceutische zorg (12). Voor deze studie kregen arts en apotheker een training van drie uur. We kunnen ons afvragen of de Belgische apotheker al voldoende opgeleid is in farmacotherapie en communicatievaardigheden waardoor een extra training van 3 uur zou kunnen volstaan. Een ander belangrijk verschil is dat in België elke oudere zijn eigen huisarts behoudt in het rusthuis, terwijl in Nederland één verpleeghuisarts verantwoordelijk is voor de zorg in het volledige rusthuis. Het is bijgevolg af te wachten of een overleg tussen een apotheker met de soms meer dan 35 bezoekende huisartsen per rusthuis in onze setting wel haalbaar is. Voorts gebruikte de apotheker een elektronische tool voor medicatie-analyse van de gegevens uit het dossier. Elektronisch registeren met gegevensdeling lijkt hierbij cruciaal. Daarnaast zijn de START/STOPP en de Beers-criteria voor medicatie-analyse niet direct toepasbaar in de Belgische context (13,14). De GheOP³S-tool is ontwikkeld om mogelijke 'geneesmiddel gebonden problemen' bij ouderen te detecteren door de apotheker in België (3), maar bestaat nog niet in een elektronische versie.

Besluit van Minerva

Uit deze methodologisch correct uitgevoerde cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie blijkt dat multidisciplinair medicatienazicht een zinvolle interventie is om het voorschrijven van ongeschikte medicatie bij ouderen in een rusthuis te reduceren. Het effect is echter klein en of het ook resulteert in betere klinische uitkomsten of betere levenskwaliteit, is nog niet bewezen. Daarnaast is het moeilijk om de resultaten te extrapoleren naar de Belgische eerstelijnsgezondheidszorg

Voor de praktijk

Momenteel bestaan er nog geen richtlijnen in België over de aanpak van ongeschikte medicatie bij ouderen. Geschikt voorschrijven bij ouderen is complex. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om steeds het klinische effect af te wegen tegenover de risico's bij de individuele patiënt als onderdeel van een degelijk EBM-beleid. De positieve resultaten van deze studie zijn een stimulans voor artsen en apothekers om multidisciplinair overleg met medicatienazicht uit te voeren.

Referenties

1. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub3
2. Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD009095.pub3
3. Tommelein E, Boussery K, De Sutter A. Medicatienazicht bij patiënten met polyfarmacie. De GheOP³S-tool: een expliciete Belgische checklist. *Huisarts Nu* 2017;46:68-72.
4. Huiskes VJ, Burger DM, van den Ende CH, van den Bemt BJ. Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract* 2017;18:5. DOI: 10.1186/s12875-016-0577-x
5. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD008986.pub3
6. Khalil H, Bell B, Chambers H, et al. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD003942.pub3
7. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648-54. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.355
8. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, et al. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified Delphi process. *PLoS One* 2015;10:e0122246. DOI: 10.1371/journal.pone.0122246
9. Garfinkel D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. *Ther Adv Drug Saf* 2018;9:25-43. DOI: 10.1177/2042098617736192
10. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust* 2014;201:390-2. DOI: 10.5694/mja14.00146
11. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. NHG-Standaard 2012.
12. van Dijk L, Bouvry M, De Bakker DH, et al. Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. Utrecht: NIVEL, 2016.
13. Analyse van de START criteria (Screening Tool to Alert to Right Treatment (START), versie 2) – opsporingscriteria voor het ontbreken van aangepaste behandeling bij ouderen. Geneesmiddelenbrief. Farmaka, 2014.
14. Kritische analyse van de lijst STOPP versie 2, criteria voor potentieel ongeschikte geneesmiddelen bij ouderen: volledige versie. Geneesmiddelenbrief. Farmaka, 2014.

Keuzehulpen voor *shared decision making*

Referentie

Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5

Duiding

Nicolas Delvaux en Bert Aertgeerts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Klinische vraag

Wat is de invloed van keuzehulpen op beslissingen rond behandelingen of screeningsonderzoeken?

Achtergrond

Tijdens het formuleren van aanbevelingen baseren richtlijnontwikkelaars zich op een grondige beoordeling van het beschikbare wetenschappelijke bewijs en wegen ze voor- en nadelen van beleidsopties tegenover elkaar af. Sommige aanbevelingen zijn sterk omdat de voordelen de nadelen duidelijk overtreffen. Vaak is de afweging van voor- en nadelen van verschillende beleidsopties minder duidelijk en zullen richtlijnontwikkelaars eerder conditionele aanbevelingen formuleren. Van artsen wordt dan verwacht dat ze de verschillende argumenten pro en contra op een begrijpelijke manier aan de patiënten voorstellen om samen met hen tot een gedeelde beslissing te komen (*shared decision making* of SDM). *Shared decision making* wordt wereldwijd gedragen als een basisprincipe voor goede medische zorg (1-4). Deze aanpak eist niet alleen om een cultuuromslag bij zorgverleners maar vraagt ook om het ontwikkelen van keuzehulpen die patiënten ondersteunen wanneer ze moeten kiezen tussen beleidsopties gerelateerd aan hun gezondheid (5). Naast het aanbieden van evidence-based informatie over gezondheidsproblemen, beleidsopties, geassocieerde voor- en nadelen, kansen en wetenschappelijke onzekerheden, hebben alle keuzehulpen als gemeenschappelijke kenmerken dat ze expliciet vermelden welke beslissing over het beleid genomen moet worden en dat ze patiënten helpen bij een persoonlijke afweging tussen voor- en nadelen die met een bepaalde beslissing gepaard gaan, zonder hierbij patiënten een bepaalde optie op te dringen.

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyses

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (tot 24 april 2015), MEDLINE Ovid (1966 tot 24 april 2015), Embase Ovid (1980 tot 24 april 2015), PsycINFO Ovid (1806 tot 24 april 2015), CINAHL Ovid en Ebsco (1982 tot 24 april 2015)
- WHO trial register, ClinicalTrials.gov, Google Scholar en Google, Decision Aid Library Inventory.

Geselecteerde studies

- gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) die een keuzehulp voor patiënten vergelijken met usual care, algemene informatie, placebo of geen interventie
- exclusie van studies met focus op leefstijlveranderingen, met educatieprogramma's die niet gericht zijn op een specifieke beslissing, met interventies om de therapietrouw te verhogen; ook studies waarbij deelnemers via casuïstiek een hypothetische keuze moesten maken en waarbij men twee keuzehulpen vergeleek werden geëxcludeerd
- in totaal includeerde men 105 studies.

Bestudeerde populatie

- volwassenen van 18 jaar of ouder die een beslissing moesten nemen over screenings- of behandelingsopties voor henzelf, een kind of een wilsonbekwame persoon
- in totaal includeerde men 31 043 patiënten.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - gebaseerd op de IPDAS (International Patient Decision Aids Standards)- criteria:
 - kennis, correcte inschatting van risico's, overeenstemming tussen keuze en waardeoordeel van de geïnformeerde patiënt
 - het besef dat er een keuze gemaakt moet worden, het gevoel geïnformeerd te zijn, duidelijkheid over de belangrijkste kenmerken van de opties, samen met de arts discussiëren over waarden, betrokkenheid bij de besluitvorming
 - andere criteria: beslissingsconflict, arts-patiënt-communicatie, participatie in besluitvormingsproces, aandeel onbeslist, tevredenheid met de keuze, het proces en de voorbereiding van de besluitvorming
- secundaire uitkomstmaten:
 - gedrag: zowel de keuze zelf als de naleving van de gekozen optie
 - gezondheidsuitkomsten: gezondheidsstatus en kwaliteit van leven, angst, depressie, emotionele nood, spijt, vertrouwen
 - gezondheidszorgsysteem: kosten en kosteneffectiviteit, duur van de raadpleging, aantal gerechtelijke klachten.

Resultaten

- van de primaire uitkomstmaten (zie tabel 1):
 - in vergelijking met een controlegroep scoorden patiënten die over een keuzehulp beschikten statistisch significant beter op kennis en konden tweemaal meer patiënten de risico's correct inschatten en/of een keuze maken die overeenstemde met hun waardeoordeel
 - in vergelijking met een controlegroep voelden patiënten met een keuzehulp zich statistisch significant beter geïnformeerd en was het voor hen duidelijker wat hun eigen waarden waren
 - in vergelijking met een controlegroep werden er in de groep met patiënten met een keuzehulp ongeveer de helft minder arts-gecontroleerde eenzijdige beslissingen genomen

Tabel 1. Primaire uitkomstmaten tussen de controlegroep en de groep die over een keuzehulp beschikte.

Uitkomst	Vergelijking tussen		Relatieve effect (95% BI)	Aantal deelnemers (studies)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
	controle groep	keuzehulp groep			
Kennisscore (gestandaardiseerd als 0 (geen kennis) tot 100 (perfecte kennis), kort na gebruik keuzehulp)	Gemiddelde score 56,9 (95% BI 27,0-85,2)	Gemiddelde score 13,27 hoger (95% BI 11,32-15,23%)	-	13 316 (52 studies; I ² =93%)	Hoog
Correcte inschatting van risico's (kort na gebruik van keuzehulp)	269 per 1000	565 per 1000 (447 tot 716 per 1000)	RR 2,10 (95% BI 1,66 - 2,66)	5 096 (17 studies; I ² =89%)	Matig

Overeenstemming keuze en waarden (kort na gebruik van keuzehulp)	289 per 1000	595 per 1000 (422 tot 841 per 1000)	RR 2,06 (95% BI 1,46-2,91)	4 626 (10 studies; I ² =95%)	Laag
Beslissingsconflict: subschaal onvoldoende geïnformeerd (gestandaardiseerd als 100 (niet geïnformeerd) tot 0 (geïnformeerd), kort na gebruik van keuzehulp)	Gemiddelde score van 11,1 tot 61,1	Gemiddelde score 9,28 lager (95% BI 12,20-6,36)	-	5707 (27 studies; I ² =89%)	Hoog
Beslissingsconflict: subschaal onduidelijkheid rond eigen waarden (gestandaardiseerd als 100 (onduidelijk) tot 0 (niet onduidelijk), kort na gebruik keuzehulp)	Gemiddelde score van 15,5 tot 53,2	Gemiddelde score 8,81 lager (95% BI 11,99 - 5,63)	-	5068 (23 studies; I ² =92%)	Hoog
Aandeel arts-gecontroleerde besluiten	228 per 1000	155 per 1000 (125 tot 189 per 1000)	RR 0,68 (95% BI 0,55-0,83)	3810 (16 studies; I ² =36%)	Matig

- van de secundaire uitkomstmaten:
 - met keuzehulpen verminderde in vergelijking met usual care het aantal keuzes voor majeure electieve chirurgische ingrepen (RR 0,84; 95% BI van 0,73 tot 0,97; n=3 108; N=17 studies; I²=66%) na exclusie van één studie met profylactische mastectomie
 - met keuzehulpen verminderde in vergelijking met usual care het aantal keuzes voor prostaatkankerscreening met PSA (RR 0,88; 95% BI van 0,80 tot 0,98; n=3 996; N=10 studies; I²=58%), en niet voor colonkankerscreening (n=4 529; N=10 studies)
 - in vergelijking met usual care nam met keuzehulpen het aantal diabetici toe dat ervoor koos om nieuwe medicatie op te starten (RR 1,65; 95% BI van 1,06 tot 2,56; n=447; N=4 studies; I²=0%)
 - met gebruik van keuzehulpen tijdens de raadpleging duurden de consultaties mediaan 2,6 (IQR -0,4 tot +23) minuten langer
 - geen enkele studie rapporteerde ongewenste effecten geassocieerd met het gebruik van keuzehulpen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat patiënten die in vergelijking met usual care kunnen beschikken over keuzehulpen voor uiteenlopende beleidsbeslissingen meer kennis ervaren, zich beter geïnformeerd voelen en een duidelijker beeld hebben van hun eigen waarden en voorkeuren. Waarschijnlijk stimuleren keuzehulpen patiënten tot een meer actieve rol in het beslissingsproces en kunnen patiënten door keuzehulpen een betere inschatting maken van de risico's. Bovendien is er een toenemend bewijs dat keuzehulpen de gemaakte keuzes en waarden beter tegenover elkaar afstemmen. Er zijn geen ongewenste effecten op vlak van gezondheid en tevredenheid. Verder onderzoek is nodig naar de invloed van keuzehulpen op de naleving van de gekozen optie, de kosteneffectiviteit en het gebruik van keuzehulpen bij lager geletterde personen.

Financiering van de studie

De Universiteit van Ottawa, Canada en het Ottawa Hospital Research Institute; geen andere (externe) bronnen van financiering.

Belangenconflicten van de auteurs

De meeste auteurs waren betrokken bij de geïncludeerde RCT's in deze systematische review. Het was echter niet toegelaten dat auteurs hun eigen studie(s) methodologisch beoordeelden. Verschillende auteurs waren ook betrokken bij het opstellen van de IPDAS-criteria en ontvingen hiervoor vergoedingen.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Deze rigoureuze opgezette systematische review met meta-analyse van de Cochrane Collaboration onderzocht het effect van keuzehulpen voor screening en behandelingen. Ze werd uitgevoerd volgens een vooraf bepaald protocol en men gebruikte de PRISMA-aanbevelingen om de resultaten te rapporteren. In vergelijking met andere systematische reviews over complexe interventies waren er opvallend weinig studies met een hoog risico van bias. Dat is enigszins verwonderlijk aangezien de onderzochte interventie noch voor de zorgverlener, noch voor de patiënt te blinderen is en het meestal gaat om subjectieve uitkomstmaten. Voor de meeste van de meer dan 40 verschillende uitkomstmaten was de kwaliteit van bewijs laag tot zeer laag. Vijf van de 6 primaire uitkomstmaten hadden een matige tot hoge GRADE. De auteurs beslisten om geen rekening te houden met de **statistische heterogeniteit** van de resultaten omdat deze heterogeniteit beperkt was tot de grootte en niet tot de richting van het effect. De hoge statistische heterogeniteit weerspiegelt waarschijnlijk wel een belangrijke **klinische heterogeniteit** als gevolg van een grote verscheidenheid aan keuzehulpen en situaties waarin ze gebruikt worden. Dat maakt het moeilijk om de gepoolde effecten correct te interpreteren. Vrijwel alle onderzochte uitkomstmaten waren zogenaamde procesuitkomsten. Er waren geen studies die klinische uitkomstmaten rapporteerden.

Interpretatie van de resultaten

Uit de resultaten blijkt dat keuzehulpen de gezamenlijke besluitvorming positief beïnvloeden en voor gevolg hebben dat patiënten niet alleen meer geïnformeerde keuzes maken, meer kennis hebben, maar ook keuzes maken die dichter bij hun eigen waarden en voorkeuren liggen. Voor de meeste primaire uitkomsten zijn de **absolute effectgroottes** matig tot groot. Zo verdubbelen keuzehulpen het aantal patiënten met een correcte inschatting van de risico's die met verschillende keuzes gepaard gaan (van 25% tot meer dan 50%). Ook neemt het aantal patiënten dat keuzes maakt in overeenstemming met hun waarden en voorkeuren toe van ongeveer 30% tot meer dan 50%. Daarenboven leiden keuzehulpen ertoe dat patiënten afzien van majeure electieve chirurgische ingrepen. Patiënten kozen ook minder voor prostaatkankerscreening met PSA, maar er was geen invloed op de keuze voor colonkankerscreening, genetische borstkankerscreening en prenatale screening. Het gebruik van keuzehulpen ging wel gepaard met een toename van de consultatieduur met bijna 3 minuten.

Besluit van Minerva

Uit deze goed uitgevoerde systematische review met meta-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde studies kunnen we besluiten dat keuzehulpen leiden tot beter geïnformeerde patiënten die een duidelijker zicht hebben op de eigen waarden en voorkeuren (hoog kwaliteit van bewijs). Ze toont ook aan dat keuzehulpen de patiënten kunnen helpen om een meer actieve rol bij de besluitvorming op te nemen en beter de werkelijke risico's van verschillende beleidsopties in te schatten (matig kwaliteit van bewijs). Op basis van de resultaten van deze systematische review is het echter onmogelijk om een uitspraak te doen over welke soort keuzehulpen het meest effectief zijn of in welke setting ze het grootste resultaat opleveren.

Voor de praktijk

Shared decision making of gezamenlijke besluitvorming is bijzonder relevant en actueel, ook in Vlaanderen (6,7). Keuzehulpen kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn om patiënten te ondersteunen in dit complexe beslissingsproces. Ze bestaan in verschillende vormen en formaten. De websites www.gezondhedenwetenschap.be, www.thuisarts.nl en www.mongeneraliste.be zijn Nederlandstalige of Franstalige informatiebronnen die kunnen helpen bij het beslissingsproces maar bieden strictu sensu geen keuzehulpen aan. Via de Cebam Digital Library for Health (www.cdllh.be) heeft men toegang tot de Dynamed Plus kennisdatabank. Voor verschillende onderwerpen, zoals voor prostaatkankerscreening, worden hier Engelstalige EBSCO Health Option Grids® keuzehulpen aangeboden. De huidige systematische review en meta-analyse van de Cochrane Collaboration onderbouwt het belang van de verdere ontwikkeling van keuzehulpen in de zorgverlening.

Referenties

1. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366:780-1. DOI: 10.1056/NEJMp1109283
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361-7. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6
3. Leng G, Clark CI, Brian K, Partridge G. National commitment to shared decision making. *BMJ* 2017;359:j4746. DOI: 10.1136/bmj.j4746
4. Treweek S, Oxman AD, Alderson P, et al; DECIDE Consortium. Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): protocol and preliminary results. *Implement Sci* 2013;8:6. DOI: 10.1186/1748-5908-8-6
5. O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999;319:731-4. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.731
6. De patiënt/burger centraal. Tussentijds rapport. Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016.
7. Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: situering en veranderingstraject 2015-2019. Agentschap Zorg & Gezondheid, 2015.



Willen volwassenen hun levenseinde bespreken met de huisarts? Een verkennende studie in België

Referentie

De Vleminck A, Batteaw D, Demeyere T, Pype P. Do non-terminally ill adults want to discuss the end of life with their family physician? An explorative mixed-method study on patients' preferences and family physicians in Belgium. *Fam Pract* 2017. DOI: 10.1093/fampra/cmz125

Duiding

Johan Wens, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen

Reeds veel onderzoek naar het nut van vroegtijdige zorgplanning (VZP) is uitgevoerd bij ernstig zieke patiënten met een beperkte levensverwachting (1-5). Een recente observationele studie (6) onderzocht hoe gezonde volwassenen of volwassenen met een stabiele ziektegeschiedenis denken over hun levenseinde en of zij dat willen bespreken met hun huisarts. Ook wilden ze nagaan in hoeverre patiënten en huisartsen dezelfde onderwerpen aanduiden als triggers voor een gesprek over het levenseinde.

Voor de eerste onderzoeksvraag zetten ze een **cross-sectionele studie** op in twee Vlaamse rurale huisartsengroepspraktijken (met respectievelijk 5 en 4 huisartsen) die instonden voor de zorg van 9 000 patiënten. Op het einde van de consultatie vroegen de huisartsen aan hun patiënten van 50 jaar of ouder zonder terminale aandoening of cognitieve stoornis om een vragenlijst over het levenseinde in te vullen. Uiteindelijk konden 286 vragenlijsten geanalyseerd worden. Bijna 70% had ooit nagedacht over het levenseinde. Bijna 2 op 3 was ook bereid om hierover met de huisarts te praten terwijl bijna 1 op 5 aangaf hiervoor toch wel weerstanden te ondervinden. Meer dan drie op vier zou het waarderen mocht de huisarts hierover een gesprek beginnen. Niettegenstaande 2 op 3 patiënten het waardevol vond dat hun beslissingen rond het levenseinde op papier stonden of gekend waren door hun huisarts, had slechts 1 op 5 reeds concrete levenseindebeslissingen uitgewerkt. Een **multivariate analyse** toonde aan dat meer mensen met een hoger opleidingsniveau hadden nagedacht over hun eigen levenseinde (OR 4,16 met 95% BI van 1,52 tot 11,38) en dit ook wensten te bespreken met hun huisarts (OR 2,97 met 95% BI van 1,22 tot 7,25).

Voor de tweede onderzoeksvraag selecteerden de onderzoekers 5 (onder wie 1 vrouwelijke) huisartsen en 5 patiënten (2 mannen/3 vrouwen) voor een **semigestructureerd interview**. De leeftijd van de patiënten varieerde van 54 tot 72 jaar. Drie patiënten leden aan een chronische aandoening maar beschouwden hun toestand als stabiel op het moment van het interview. De huisartsen waren 37 tot 65 jaar oud en waren werkzaam in een solo- of een groepspraktijk. Het is niet duidelijk in hoeverre dit een representatieve steekproef is en of men tijdens de interviews saturatie bereikt heeft (7). Tijdens de analyse konden 2 onafhankelijke onderzoekers de informatie uit de interviews clusteren in 4 gemeenschappelijke thema's betreffende het levenseinde: zorgafhankelijkheid, fysieke en mentale achteruitgang, alleen sterven, papieren in orde. Op basis van ideeën die bestonden bij patiënten en ervaringen van huisartsen in de praktijk zag men een verschil in het aanduiden van geschikte en relevante thema's om over VZP te discussiëren. Zo toonden alle patiënten zich bezorgd over zorgafhankelijkheid bij hun levenseinde maar was er slechts één huisarts die dit thema vanuit de praktijk als belangrijk ervoer. De angst voor dementie, pijn en lijden en de wens om geen onnodige levensverlengende behandelingen op te starten bij fysieke en mentale achteruitgang werden zowel door de meeste patiënten als door de huisartsen aangehaald. Twee patiënten waren zeer bezorgd om 'alleen' te moeten sterven en dat was telkens beïnvloed door een herinnering aan het sterven van iemand uit hun nabije omgeving. Dat thema kwam echter niet aan bod tijdens de interviews met de huisartsen. Daarentegen gaven zij wel

aan dat ‘alle papieren in orde hebben’ een van de meest frequente thema’s was dat aan bod kwam in de praktijk met betrekking tot euthanasie bij mensen tussen 50 en 70 jaar. Toch had slechts één geïnterviewde patiënt een negatieve wilsverklaring en euthanasieverzoek opgemaakt met behulp van zijn huisarts.

Besluit

Deze observationele studie, bestaande uit een cross-sectioneel en een kwalitatief onderdeel, toont aan dat patiënten met hun huisarts willen spreken over het levenseinde, maar dat patiënten en huisartsen vaak verschillende thema’s aanduiden die van belang kunnen zijn om een gesprek over het levenseinde aan te vatten.

Voor de praktijk

Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij uiteindelijk toekomstige zorgdoelen besproken en gepland kunnen worden (8). Het doel van dit proces is het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg (8). Een mogelijk element van een VZP is dat voorafgaande wilsverklaringen (bv. over euthanasie, orgaandonatie, medische behandelingen die men niet meer wil ontvangen, enzovoort) worden ingevuld. Een VZP kan echter veel uitgebreider zijn. Ze kan bv. vastleggen wat de patiënt beschouwt als een te lage levenskwaliteit, voor welke levensdomeinen hij ondersteuning zou wensen (bv. lichamelijke beperkingen, sociale situatie (partner, kinderen,...), levensbeschouwelijke kwesties, enzovoort) (8). Idealiter wordt deze VZP zelfs besproken vooraleer men ernstig ziek wordt, bij voorkeur met de huisarts, en dit kan uiteindelijk schriftelijk worden vastgelegd in het patiëntendossier (8). De hoger besproken observationele studie toont aan dat patiënten vragende partij zijn om met hun huisarts over het levenseinde te praten. Men moet wel bedacht zijn voor het feit dat patiënten en huisartsen soms een verschillend belang hechten aan thema’s over het levenseinde, wat ertoe zou kunnen leiden dat een gesprek over VZP wordt uitgesteld.

Referenties

1. Pype P. Vroegtijdige integratie van palliatieve zorg bij kankerpatiënten: dan toch effectief? *Minerva bondig* 15/05/2018.
2. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2017;35:834-41. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5046
3. Chevalier P. Hoe zorgdoelen bespreken en vastleggen bij ouderen met gevorderde dementie? *Minerva* 2017;16(9):222-5.
4. 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
5. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning voor mensen met dementie. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 28 mei 2016.
6. De Vleminck A, Batteauw D, Demeyere T, Pype P. Do non-terminally ill adults want to discuss the end of life with their family physician? An explorative mixed-method study on patients’ preferences and family physicians in Belgium. *Fam Pract* 2017. DOI: 10.1093/fampra/cmz125
7. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
8. Van den Broeck K, Schmitz O, Aujoulat I, et al. Appropriate care at the end of life. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2017. KCE Reports 296. D/2017/10.273/90.