

Een deel van de zorg voor chronisch zieken delegeren naar verpleegkundigen?

Achtergrond

De werkbelasting als gevolg van de behandeling neemt bij chronisch zieke patiënten steeds maar toe¹ en is waarschijnlijk het meest opvallend in de eerste lijn. Voor sommige aandoeningen (diabetes, hypertensie en hypercholesterolemie) bestaan er voldoende aanbevelingen. Ook de multidisciplinaire aanpak van chronische aandoeningen is zeer actueel. De capaciteiten van verpleegkundigen om gezondheidseducatie te geven zijn al voldoende wetenschappelijk onderbouwd². In deze context is het interessant om na te gaan in hoeverre taken kunnen verdeeld worden tussen huisartsen en verpleegkundigen.

Samenvatting

Duiding

Gilles Henrard, Département de Médecine Générale, Université de Liège

Referentie

Shaw RJ, McDuffie JR, Hendrix CC, et al. Effects of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;161:113-21.

Methodologie

Systematische review met meta-analyses

Geraadpleegde bronnen

- MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EMBASE et CINAHL (januari 1980 tot januari 2014)
- ClinicalTrials.gov voor ongepubliceerde studies
- referentielijsten van relevante publicaties
- alleen Engelstalige publicaties.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: RCT's of **quasi-gerandomiseerde** studies die het effect van een door verpleegkundigen gecoördineerd protocol vergelijken met gewone zorg bij volwassenen met diabetes, hypertensie of hypercholesterolemie
- exclusie van gehospitaliseerde patiënten
- 18 van de 2954 gevonden studies werden geïncludeerd: 16 RCT's en 2 quasi-gerandomiseerde RCT's; 7 studies vonden plaats in de V.S. en 11 in West-Europa; in 15 studies ging het om diabetespatiënten; in alle studies gebeurde de coördinatie van het protocol door 'geregistreerde' verpleegkundigen in de V.S. en een gelijkgesteld profiel in de studies buiten de V.S.; in 3 studies kregen de verpleegkundigen een training in een specifiek studiedomein (bv. diabetes) en in 10 studies een studie-specifieke training; alle studies gebruikten een geschreven protocol dat toeliet aan de verpleegkundige om de dosering van de medicatie te wijzigen en gezondheidseducatie te geven of zelfzorg te stimuleren.

Bestudeerde populatie

- inclusie van 23004 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 58,3 jaar (range van 37,2 tot 72,1); 47% vrouwen; de meeste studies (N=15) vonden plaats bij ambulante patiënten die op consultatie gingen in het ziekenhuis
- follow-up van 6 tot 12 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten van de meta-analyse:
 - ~ HbA1c bij diabetespatiënten
 - ~ bloeddruk bij hypertensiepatiënten
 - ~ cholesterolgehalte bij patiënten met hyperlipidemie
- indien een meta-analyse onmogelijk was: kwalitatieve evaluatie van de studies:
 - ~ therapietrouw van de patiënten
 - ~ opvolging van het protocol door de verpleegkundigen
 - ~ ongewenste effecten van de interventie
 - ~ effect op zorggebruik

Klinische vraag

Verbetert de introductie van een door verpleegkundigen gecoördineerd protocol de kwaliteit van de aanpak bij ambulante, chronisch zieke patiënten (met diabetes, hypertensie of hypercholesterolemie) op het vlak van HbA1c-controle, bloeddrukwaarden of cholesterol in vergelijking met gewone zorg?

- meta-analyses met berekening van het gemiddelde verschil en het **gewogen gemiddelde verschil**
- opsporen van heterogeniteit met Cochran Q en I²-testen en subgroupanalyses en opsporen van publicatiebias aan de hand van funnel plots en door raadpleging van ClinicalTrials.gov.

Resultaten

- resultaten van de meta-analyses voor interventie met gecoördineerd protocol versus gewone zorg:
 - ~ HbA1c (N=8, n=2663): vermindering van 0,4% (95% BI van 0,1% tot 0,7%); Q=23,19 en I²=70%
 - ~ bloeddruk (N=13, n= 10362): vermindering van de systolische bloeddruk met 3,68 mm Hg (95% BI van 1,05 tot -6,31 mm Hg) en van de diastolische bloeddruk met 1,56 mm Hg (95% BI van 0,36 tot 2,76 mm Hg); I² > 70%
 - ~ totale cholesterol (N=9, n=3994): vermindering van 9,37 mg/dl (95% BI van -20,77 tot +2,02 mg/dl)
- kwalitatieve evaluatie:
 - ~ therapietrouw van de patiënten (N=4): globaal gezien een klein positief effect voor de interventiegroep
 - ~ opvolging van het protocol door de verpleegkundige (N=2): tendens tot meer opstarten van behandeling of aanpassen van de doses in de interventiegroep
 - ~ ongewenste effecten van de behandeling (slechts 1 studie, bij diabetespatiënten): incidentie van ernstige hypoglykemie gelijklopend in de 2 groepen
 - ~ effect op zorggebruik (N=3): totale salaris- en geneesmiddelenkosten lager in de interventiegroep (1 studie); ziekenhuiskosten lager in de interventiegroep (2 studies).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een teamaanpak met een protocol dat gecoördineerd wordt door een verpleegkundige een positief effect kan hebben op de behandeling van ambulante volwassenen met een chronische aandoening zoals diabetes, hypertensie en hyperlipidemie.

Financiering van de studie U.S. Department of Veterans Affairs, dat niet is tussengekomen in het verloop of het publicatieproces van de studie.

Belangenconflicten van de auteurs één auteur verklaart tijdens de studie vergoedingen te hebben ontvangen van het U.S. Department of Veterans Affairs; de overige auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

Deze studie heeft een valide onderzoeksopzet en is gebaseerd op de criteria van de AHRQ³. Twee auteurs selecteerden de studies en bij discordantie kwam een derde auteur tussen. De extractie van de gegevens gebeurde door 1 auteur en een tweede verifieerde dit. Publicatiebias werd opgespoord aan de hand van funnel plots wanneer er meer dan 10 studies per analyse beschikbaar waren en door raadpleging van ClinicalTrials.gov. De auteurs evalueerden de kwaliteit van de studies en het risico van bias. Slechts 4 van de 18 studies hadden een laag risico van bias. Inadequate randomisatie was één van de beperkingen in verschillende studies. Ze kenden een niveau van bewijskracht toe volgens de criteria van de AHRQ³. Het niveau van bewijskracht varieerde van matig tot zwak. De heterogeniteit in de studies was globaal gezien hoog. De auteurs beperkten zich niet alleen tot de gegevens waarmee ze een meta-analyse konden uitvoeren, maar bespraken ook de andere resultaten op een meer beschrijvende manier.

Resultaten in perspectief

Volgens een KCE-rapport (2012) bestaan er op internationaal niveau verschillende evaluaties van de taakverdeling tussen verschillende gezondheidswerkers⁴. De hier besproken studie brengt enkele elementen aan die het debat in België kunnen stimuleren. Enige voorzichtigheid is evenwel geboden. De interventie is complex. Welk belang hebben de verschillende aspecten van de interventie (een protocol introduceren, gezondheidseducatie geven, de rol van de verpleegkundige...)? In de hier besproken studie zijn de interventies en de gewone zorg waarmee wordt vergeleken slechts beperkt beschreven. De resultaten kunnen trouwens erg afhankelijk zijn van de context waarin de interventie plaatsgrijpt. Zo ging het meestal om ambulante patiënten die op raadpleging kwamen in een ziekenhuis. In de Belgische context zouden enkele specifieke drempels de toepassing kunnen bemoeilijken (o.a. aanvaardbaarheid voor de patiënt, wettelijke verantwoordelijkheid).

De auteurs gebruikten in deze studie hoofdzakelijk inter-

mediaire uitkomstmaten. Het ware interessant geweest om het effect van deze interventie te onderzoeken in termen van een klinisch relevant voordeel en/of winst op het vlak van organisatie (tijd en werkkost).

Op basis van de resultaten kunnen we stellen dat de effectgrootte vrij matig is. Nochtans suggereren deze resultaten dat de introductie van een protocol met een verpleegkundige als coördinator, minstens evenveel effect heeft als de gewone zorg. Dat opent dan weer perspectieven op het vlak van herorganisatie van de zorg. Andere studies over dit onderwerp bevestigen dat. Carey et al. evalueerden in een systematische review het effect van een dergelijke interventie bij diabetespatiënten⁵. Deze auteurs stelden vast dat coördinatie van de diabeteszorg door een verpleegkundige leidt tot een goede glykemiecontrole en tot meer autonomie voor de patiënt. Een andere systematische review includeerde 31 publicaties van goede methodologische kwaliteit over de impact van coördinatie van de eerstelijnszorg door een verpleegkundige versus coördinatie door de huisarts op uitkomstmaten bij de patiënt⁶. De auteurs stelden vast dat de zorg geleid door verpleegkundigen dezelfde positieve gezondheidswaarde kan hebben voor de patiënt als de arts-gecoördineerde zorg (matig niveau van bewijskracht) en dat het inzetten van verpleegkundigen in het bijzonder effectief is voor het verbeteren van de therapietrouw, vooral bij chronische aandoeningen. Ten slotte willen we nog verwijzen naar het onderzoek van Harris et al. over de impact van multidisciplinaire teamzorg op de subjectieve kwaliteit van leven bij Australische eerstelijnspatiënten⁷. Vrouwelijke patiënten, patiënten met 2 of meer chronische aandoeningen en patiënten die in de stad wonen, hadden meer kans om multidisciplinaire zorg te krijgen. Patiënten die konden genieten van een multidisciplinaire aanpak schatten de kwaliteit van hun leven gunstiger in dan patiënten zonder multidisciplinaire zorg. Niettegenstaande de beperkingen van de hier besproken studie, zouden de resultaten wel kunnen aanzetten om bepaalde drempels weg te werken en verder experimenteel onderzoek te stimuleren.

Besluit van Minerva

Bij de opvolging van sommige chronische aandoeningen in de ambulante zorg kan de introductie van een protocol dat gecoördineerd wordt door een verpleegkundige, leiden tot een lichte verbetering van sommige parameters (bloeddruk, cholesterol en HbA1c) in vergelijking met gewone zorg.

Voor de praktijk

Bij ons weten bestaan er momenteel geen richtlijnen over het verdelen van taken tussen gezondheidswerkers bij patiënten met een chronische aandoening. De verdeling van taken tussen gezondheidswerkers krijgt in klinische aanbevelingen voor iedere aandoening afzonderlijk dikwijls weinig aandacht. Deze bespreking is een aanzet voor klinici om zich geleidelijk aan in deze richting te begeven. Indien het de bedoeling is om de eerstelijnsgezondheidszorg te herstructureren zal ook de doelmatigheid van deze interventies moeten onderzocht worden. De resultaten van de hier besproken studie nodigen uit om verder de gunstige invloed van een multidisciplinaire aanpak van chronische aandoeningen te evalueren en in deze zin te blijven experimenteren.

Referenties

1. Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten. Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken.
2. Stanley JM. *Advanced Practice Nursing: Emphasizing Common Roles*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2011.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Accessed at www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports
4. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.
5. Carey N, Courtenay M. A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *J Clin Nurs* 2007;16(11C):296-304.
6. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract* 2009;15:16-24.
7. Harris M F Jayasinghe UW, Taggart JR, et al. Multidisciplinary Team Care Arrangements in the management of patients with chronic disease in Australian general practice. *Med J Aust* 2011;194:236-9.