

Verpleegkundig consult ter verbetering van de preventie van en screening naar chronische aandoeningen

Referentie

Lofters AK, O'Brien MA, Sutradhar R. Building on existing tools to improve chronic disease prevention and screening in public health: a cluster randomized trial. BMC Public Health 2021;21:1496. DOI: 10.1186/s12889-021-11452-x

Duiding

Samuel Stipulante, chargé de cours ULiège, Pratiques Avancées en Sciences Infirmières, DSSP, Faculté de Médecine
Geen belangenconflict met dit onderwerp

Klinische vraag

Verhoogt het gebruik van de BETTER-HEALTH-interventie (i.e. consult gericht op de preventie van en screening naar chronische aandoeningen, uitgevoerd door speciaal opgeleide verpleegkundigen) na 6 maanden het aantal evidence-based preventie- en screeningsinterventies voor chronische aandoeningen in sociaal-economisch kwetsbare volwassen populaties?

Achtergrond

In 2015 analyseerde Minerva een systematische review waaruit bleek dat zorgplanning op maat van patiënten resulteerde in een kleine verbetering van de fysieke en psychologische uitkomsten bij patiënten met chronische aandoeningen, voornamelijk diabetes mellitus (1,2). Nadien publiceerde Minerva in 2021 een analyse van een gerandomiseerde gecontroleerde studie die voorafgaande zorgplanning door verpleegkundigen onderzocht (3,4). Deze toonde, op basis van de informatie-uitwisseling tussen eerstelijnszorgverleners, dat de bespreking en de registratie van elementen die verband houden met voorafgaande zorgplanning doeltreffend zijn.

Lage-inkomenspopulaties maken minder vaak gebruik van het preventie- en screeningsaanbod voor chronische aandoeningen. Een genoemde barrière is het feit dat deze interventies niet zijn geïntegreerd in een (evidence-based) zorgsysteem. Daarom nemen we hier de doeltreffendheid onder de loep van een proactief door 'public health nurses' uitgevoerd eerstelijnszorgconsult, gericht op de preventie van en de screening naar chronische aandoeningen in kansarme populaties (5).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- burgers tussen 40 en 65 jaar, wonend in de provincie Ontario in Canada, vloeiend Engelssprekend en gerekruteerd op vrijwillige basis
- men selecteerde 22 administratieve wijken op basis van hun lage inkomens en laag percentage gescreende kankerpatiënten (gegevens afkomstig van Census); 3 wijken werden vervolgens geëxcludeerd wegens atypische stadskenmerken.

Studieopzet

- clustergerandomiseerde gecontroleerde studie
- de interventie, BETTER-HEALTH, bestond uit een consult van één tot anderhalf uur op basis van motiverende gesprekstechnieken, actieplanning, gedeelde besluitvorming en resulteerde in een "preventief voorschrift" met maximaal 3 specifieke individuele, meetbare, haalbare, realistische en tijdige volksgezondheidsdoelen, zoals roken, voeding en lichaamsbeweging; hiervoor werden 3 verpleegkundigen gedurende twee dagen opgeleid

- de controlegroep (5 administratieve wijken op de wachtlijst) kreeg geen consult door verpleegkundigen opgeleid in de BETTER-HEALTH-aanpak
- de randomisatie van 10 wijken, voldoende voor de power van de studie, gebeurde met behulp van de SAMPLE-functie van de statistische software R: 5 wijken met interventie/5 wijken op de wachtlijst (zonder interventie).

Uitkomstmeting

- het primaire eindpunt was het 6 maanden na de interventie via zelfrapportage aangegeven aandeel evidence-based preventie- en screeningsinterventies voor chronische aandoeningen waarvoor elke deelnemer potentieel in aanmerking kwam bij inclusie.

Resultaten

- primaire eindpunten
 - in beide groepen (interventie en controle) kwamen de deelnemers vóór de interventie in aanmerking voor gemiddeld 8,6 potentiële preventie- en screeningsacties
 - na 6 maanden voltooide de via de BETTER-HEALTH-interventie gesensibiliseerde groep 64,5% van de potentiële acties tegenover 42,1% in de controlegroep (wachtlijst); incidentieratio 1,53 (95% BI 1,22-1,84)
- de grootste verbetering tussen de twee groepen werd waargenomen voor taillemeting (absoluut verschil 71,9%), BMI (absoluut verschil 72,7%) en screening naar borstkanker (absoluut verschil 50%).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat het toepassen van de BETTER-HEALTH-interventie door ‘public health nurses’ leidt tot een hoger percentage evidence-based preventie- en screeningsacties na zes maanden bij sociaal-economisch kwetsbare personen.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie (interne validiteit)

Hoewel interessant en innovatief op het vlak van de verpleegkundige praktijk, vertoont deze studie heel wat vormen van bias:

1. Participatiebias: de kenmerken van de geïncludeerde studiedeelnemers en de waargenomen resultaten zijn mogelijk afhankelijk van het vrijwillige karakter van de rekrutering.
2. Sociale wenselijkheidsbias en recall bias: de uitkomstmaten worden 6 maanden na de interventie door de studiedeelnemers zelf gerapporteerd. De tendens is doorgaans dat men ongewenste sociale acties onderrapporteert en acties die als positief worden beschouwd, overrapporteert. Er gebeurde geen a-posterioristudie van de medische dossiers van de studiedeelnemers, wat de interne validiteit aanzienlijk had kunnen verbeteren.
3. Selectiebias: de exclusie van niet-Engelssprekende kandidaten kan geleid hebben tot de uitsluiting van een sociaaldemografische groep met mogelijk een hoog risico van chronische aandoeningen door gebrek aan preventie en screening.

We merken tevens op dat de identificatie van mogelijke screenings- en preventieacties door de onderzoeker in de controlegroep beschouwd kan worden als een minimale interventie, die de resultaten in de richting van de nulhypothese heeft geduwd.

Beoordeling van de studieresultaten (externe validiteit)

De BETTER-HEALTH-interventie leidde tot een toename van preventie- en screeningsacties met 50%. Hoewel de bevolking van Ontario op sociaal-demografisch vlak enigszins verschilt van de Belgische bevolking, zou de BETTER-HEALTH-interventie, na vertaling en contextualisatie, ook binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem interessant kunnen zijn. De vereiste expertise zou makkelijk kunnen worden gereproduceerd. In 2008 publiceerde de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken een nationaal programma met als titel ‘Prioriteit voor chronisch zieken’, waarvan een eerste rapport in 2012

verscheen (6). Hierin werd vermeld dat één op vier Belgen (27,2%) ten minste één chronische aandoening opgaf en dat mensen met een lagere sociaal-economische status het vaakst risicofactoren voor chronische aandoeningen rapporteerden. In een van de genoemde prioriteiten wordt ook gewezen op het belang van ‘patient empowerment’ om de zelfredzaamheid op het gebied van preventie en vroegtijdige opsporing te verbeteren (7).

Met de opkomst van praktijkverpleegkundigen in België (8) zou deze interventie, die de informatie-uitwisseling tussen en de coördinatie van eerstelijnszorgverleners verbetert, toelaten om in de sociaal-economisch meest achtergestelde regio's een steeds groter aantal patiënten met chronische aandoeningen te rekruteren voor screening en preventie, zoals ook bepaald in het KCE-actieplan (actiepunt 4.3)

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk ?

Hoewel er tot dusver veel richtlijnen zijn ontwikkeld inzake de preventie van en de screening naar chronische aandoeningen, zijn deze over het algemeen ziektespecifiek. Het KCE deed in 2012 een reeks algemene aanbevelingen (6). De voornaamste aanbevelingen in verband met deze analyse zijn de volgende:

- multidisciplinair teamwerk tot stand brengen en implementeren
- nieuwe rollen en functies in de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld gevorderde praktijkverpleegkundige) invoeren en erkennen, waarbij de huisarts wordt bijgestaan in de aanpak van complexe gevallen
- activiteiten van vroegtijdige opsporing uitvoeren: huisartsen en andere zorgverleners moeten over brede vaardigheden beschikken om chronische aandoeningen vroegtijdig op te sporen
- ‘patient empowerment’ ondersteunen: gezondheidsprofessionals moeten worden bewustgemaakt van de rol van patiënten en mantelzorgers als partner in de zorg en moeten hun vaardigheden verfijnen alsook interventieprogramma's en tools ontwikkelen; gezondheidsprofessionals moeten in hun routinematige zorg voor chronisch zieken eveneens attitudes en acties integreren die de patiënt empoweren.

Besluit van Minerva

Hoewel deze originele en relevante clustergerandomiseerde gecontroleerde studie heel wat bias vertoont (vooral op het vlak van selectie en sociale wenselijkheid), geeft ze gemiddeld een toename aan van preventie- en screeningacties voor chronische aandoeningen in een sociaal-economisch kwetsbare populatie, 6 maanden na een consult uitgevoerd door verpleegkundigen opgeleid in de BETTER-HEALTH-aanpak.

Referenties

1. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
2. 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
3. Cordyn S. Het nut van een door verpleegkundigen geleid zorgpad bij vroegtijdige zorgplanning? *Minerva Duiding* 15/10/2021.
4. Gabbard J, Pajewski NM, Callahan KE, et al. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary intervention vs usual care on advance care planning for vulnerable older adults in an accountable care organization: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2021;181:361-9. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.5950
5. Lofters AK, O'Brien MA, Sutradhar R. Building on existing tools to improve chronic disease prevention and screening in public health: a cluster randomized trial. *BMC Public Health* 2021;21:1496. DOI: 10.1186/s12889-021-11452-x

6. Position paper : Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Rapport KCE 2012, KCE Report 190As. URL :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;28:1775-9. DOI: 10.1001/jama.288.14.1775
8. Delamaire M, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. In: Editions OCDE. Paris: OCDE; 2010.