



# Is zelfmanagementondersteuning effectief bij chronisch zieke en sociaaleconomisch achtergestelde patiënten?

### Referentie

Van Hecke A, Heinen M, Fernandez-Ortega P, et al. Systematic literature review on effectiveness of self management support interventions in patients with chronic conditions and low socio economic status. *J Adv Nurs* 2017;73:775-93. DOI: 10.1111/jan.13159

### Duiding

André Crismer, Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège

Autonomie en ondersteuning van chronisch zieke patiënten zijn thema's die al aan bod kwamen in Minerva. In 2008 publiceerde Minerva de bespreking van een meta-analyse over het effect van complexe interventies voor het behoud van autonomie bij thuiswonende ouderen (1,2). De meta-analyse toonde aan dat interdisciplinaire programma's die erop gericht zijn om de fysieke capaciteiten van thuiswonende ouderen te vergroten, rekening te houden met hun sociale problemen en hun autonomie te behouden, nuttig kunnen zijn. Het was echter niet mogelijk om specifieke aanbevelingen te formuleren over de verschillende interventies.

In 2015 gaf Minerva commentaar op een clustergerandomiseerde RCT over het effect van geïntegreerde, multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnspatiënten met depressie en fysieke multimorbiditeit (diabetes en/of coronair lijden) (3,4). We besloten dat multidisciplinaire samenwerking gebaseerd op een korte psychologische interventie en geïntegreerd in de gebruikelijke zorg, de symptomen van depressie kan verminderen en de zelfzorgcapaciteit van patiënten met multimorbiditeit kan verhogen. De effectgrootte was gering en kleiner dan aanvankelijk voorzien, maar de studie vond plaats bij een (sterk) maatschappelijk achtergestelde populatie. Minerva publiceerde in 2015 de bespreking van een systematische review van de Cochrane Collaboration over het effect van gepersonaliseerde zorgplanning op langetermijngezondheidsuitkomsten bij patiënten met chronische aandoeningen (vooral type 2-diabetespatiënten) (5,6). De review was van uitstekende methodologische kwaliteit. Op basis van een beperkt aantal heterogene studies leidde gepersonaliseerde planning versus gewone zorg tot een geringe verbetering van enkele fysieke en psychische uitkomstmaten. Het effect op subjectieve gezondheidsstatus en zelfmanagementcapaciteiten is niet duidelijk aangetoond. Door het beperkte aantal studies was het niet mogelijk om te bepalen welke interventies het meest doeltreffend zijn voor specifieke populaties.

In 2014 gaf Minerva kort commentaar op een RCT over het effect van educatieprogramma's voor de verbetering van de zorg bij patiënten met type 2-diabetes (7,8). De studie toonde aan dat educatie van zowel patiënten als zorgverleners na 42 maanden een consistente verbetering geeft van de HbA1c.

De werkgroep 'Chronische ziekten' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (België) stelt in het hoofdstuk 'Empowerment als rode draad' van hun oriëntatienota het volgende: "Het Chronic Care Model gaat bovendien uit van het stimuleren van 'self-empowerment' van de patiënt. Self-empowerment plaatst de patiënt in het middelpunt van zijn/haar zorg en kan gedefinieerd worden als 'het aanvaarden van de verantwoordelijkheid over het beheer van de eigen toestand en de aanmoediging om de eigen problemen op te lossen met behulp van informatie (geen directieven) van zorgverleners'. Het concept van 'patiënt empowerment' is derhalve nauw verwant aan zelfredzaamheid, zelfmanagement, zelfzorg, maar eveneens aan zelfbeschikking." (9).

Goed onderzoek naar het effect van interventies om zelfmanagement te bevorderen bij sociaaleconomisch achtergestelde populaties is schaars. Dat is nochtans een uitdaging omdat de prevalentie van chronische aandoeningen bij een sociaaleconomisch zwakkere populatie veel hoger is (10,11).

Van Hecke et al. publiceerden in 2016 een systematisch literatuuroverzicht over de werkzaamheid van zelfmanagementondersteuning bij chronisch zieke en sociaaleconomisch achtergestelde patiënten (12). De auteurs zochten naar studies die patiënten includeerden met cardiovasculaire aandoeningen, CVA, kanker, diabetes en chronische respiratoire aandoeningen met of zonder comorbiditeit. 27 studies werden opgenomen in de systematische review: 17 in de eerstelijns, 10 in het ziekenhuis, 22 bij diabetespatiënten, 4 bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen en 1 bij patiënten met CVA. De auteurs vonden geen studies bij patiënten met kanker of chronische respiratoire aandoeningen.

De interventies waren zeer uiteenlopend: advies over leefstijl (N=25), informatie over de aandoening (N=24), symptoombenadering (N=22), sociale ondersteuning (N=10), communicatievaardigheden (N=6), problem-solving (N=13) en strategieën om doelen voorop te stellen (N=13). De interventies liepen van 4 weken tot 5 jaar. De frequentie van de interventies varieerde van 1 maal per week tot 8 maal per maand. De geïncludeerde studies hanteerden als uitkomstmaten meestal laboratoriumresultaten (glykemiecontrole bij diabetespatiënten), maar evalueerden ook kennis en opvattingen, gebruik van gezondheidszorg, gezondheidsindicatoren, kwaliteit van leven, gedrag, therapietrouw en vertrouwen in de zorgverlener.

De resultaten zijn vrij ontmoedigend: geen enkele interventie gaf een statistisch significant voordeel aan voor deze patiëntenpopulatie, ook niet in de studies met de beste methodologische kwaliteit waarvan de resultaten niet coherent waren. De auteurs moesten rekening houden met enkele beperkingen: de meeste studies includeerden diabetespatiënten en het is moeilijk om de resultaten te extrapoleren naar patiënten met andere chronische aandoeningen. Ook waren er in de studies weinig patiënten opgenomen met comorbiditeit zodat de resultaten niet extrapolerbaar zijn naar de huisarts. De registratie van de resultaten was trouwens niet altijd zeer nauwkeurig in de studies. Ten slotte wijzen de auteurs erop dat er voor patiënten met kanker waarschijnlijk een specifieke aanpak vereist is, ook al vonden ze geen studies die beantwoordden aan hun inclusiecriteria. Een meta-analyse was niet mogelijk onder andere door het gebruik van uiteenlopende uitkomstmaten en meetinstrumenten in de studies.

## Besluit

Deze systematische review met zeer heterogene studies en met inclusie van vooral diabetespatiënten, brengt geen bewijs aan voor de werkzaamheid van zelfmanagement bij chronisch zieke, sociaaleconomisch zwakkere patiënten.

## Voor de praktijk

De auteurs van het KCE-rapport (2012) over de organisatie van zorg voor chronisch zieken in België (13) vermelden dat zowel internationale publicaties, als het Belgische programma “Prioriteit aan de chronisch zieken!”, als andere nationale programma’s over de aanpak van chronisch zieke patiënten, het belang van ‘patient empowerment’ benadrukken. De hier besproken systematische review toont aan dat er nog steeds geen bewijs is voor de werkzaamheid van zelfmanagementondersteuning bij chronisch zieke patiënten, ook al lijkt deze interventie essentieel, vooral bij chronisch zieke én sociaaleconomisch achtergestelde patiënten

## Referenties

1. Chevalier P. Complexe interventies voor het behoud van autonomie bij thuiswonende ouderen. *Minerva* 2008;7(6):90-1.
2. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60342-6
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. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
6. 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
7. Richard T. Klinische, metabole en psychologische effecten van educatieprogramma’s bij diabetici. *Minerva* bondig 15/11/2014.
8. Gagliardino JJ, Lapertosa S, Pfrirer G, et al. Clinical, metabolic and psychological outcomes and treatment costs of a prospective randomized trial based on different educational strategies to improve diabetes care (PRODIACOR). *Diabet Med* 2013;30:1102-11. DOI : 10.1111/dme.12230
9. Nationale conferentie. Zorg voor chronisch zieken. Orientatienota. Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België. 28 november 2013. (Beschikbaar op <http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/orientatienota.pdf> website geconsulteerd op 22/02/18.)
10. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health* 2011;101(Suppl 1),S149-55. DOI: 10.2105/AJPH.2010.300062
11. Robbins JM, Vaccarino V, Zhang H, Kasl SV. Socioeconomic status and type 2 diabetes in African American and non-Hispanic white women and men: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health* 2001;91:76-83.
12. Van Hecke A, Heinen M, Fernandez-Ortega P, et al. Systematic literature review on effectiveness of self management support interventions in patients with chronic conditions and low socio economic status. *J Adv Nurs* 2017;73:775-93. DOI: 10.1111/jan.13159
13. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82.