



Persoonsgerichte zorg bij patiënten met multimorbiditeit

Referentie

Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, et al. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burdens among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019;179:1688-97.

DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.4235

Duiding

Dagje Boeykens^{ab}; Dominique Van de Velde^b; Patricia De Vriendt^{acd}; An De Sutter^a; Peter Pype^{ae}; Pauline Boeckxstaens^a

^a Vakgroep Revalidatiewetenschappen, UGent;

^b Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent;

^c Vakgroep Gerontologie, Frailty in Ageing (FRIA)

research onderzoeksgroep, VUB; ^d ergotherapie, Artevelde Hogeschool; ^e End-of-life Care Research Group, VUB en UGent

Eerder bespraken we in Minerva een systematische review over gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met een chronische aandoening (1,2). De onderzoekers konden een beperkte verbetering van enkele fysieke en psychische uitkomstmaten aantonen maar het effect op subjectieve gezondheidsstatus, zelfzorgmanagementcapaciteiten en andere geïndividualiseerde uitkomstmaten was onduidelijk. Slechts één studie was gericht op patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Bovendien focusten de auteurs op gestandaardiseerde en ziektegerichte uitkomstmaten (zoals glykemie, systolische bloeddruk en Body Mass Index (BMI)) in plaats van op gepersonaliseerde en patiëntgerichte uitkomstmaten. Ook ging men niet in op hoe de interventies van 'gepersonaliseerde zorgplanning' concreet waren opgebouwd en schonk men geen aandacht aan hoe de componenten van de veelal complexe interventies specifiek bijdroegen tot hun werkzaamheid.

In een niet-gerandomiseerde interventionele studie vergeleek men *patient priorities care (PPC)* met reguliere zorg in twee vergelijkbare eerstelijnspraktijken (3). De interventiepraktijk werd arbitrair gekozen en vervolgens gematcht met een controlepraktijk op basis van geografische, demografische en socio-economische gelijkenissen. Op basis van het elektronisch patiëntendossier identificeerde men in beide praktijken patiënten met drie of meer chronische aandoeningen, die bovendien ofwel 10 geneesmiddelen gebruikten, ofwel per jaar minstens 2 specialisten bezochten. Patiënten in de interventiepraktijk die in aanmerking kwamen voor deelname aan de studie, werden door de eerstelijnszorgverleners (7 artsen, 1 praktijkassistent en 2 verpleegkundigen) de week vóór een gepland bezoek uitgenodigd voor een lijfelijk of telefonisch contact met een facilitator voor PPC (een gespecialiseerd verpleegkundige of een zorgmanager). De facilitatoren waren vooraf via informatieoverdracht, rollenspelen, observaties en feedback getraind door een multidisciplinair team van 4 geriateren, 1 internist, 1 gedragsexpert en 2 projectmanagers. Samen met de patiënt gingen ze op zoek naar persoonlijke gezondheidsprioriteiten. Er werd hen gevraagd om hun bevindingen op een gestructureerde manier te registreren:

1. basisgegevens over functionering en ondersteuning;
2. sleutelwaarden van de patiënt;
3. drie gezondheidsdoelstellingen (bijvoorbeeld: "Ik wil graag blijven koken, maar mijn rugpijn bemoeilijkt dit"; "Ik wil in staat zijn om mezelf aan te kleden.");
4. drie helpende en haalbare gezondheidsactiviteiten (bijvoorbeeld: "Ik doe elke dag mijn oefeningen aan bed om minder rugpijn te hebben.");
5. drie belemmerende en moeilijk haalbare gezondheidsactiviteiten (bijvoorbeeld: "Ik heb te veel operaties gehad waardoor ik verschillende schroeven in mijn rug heb.");
6. focus (bijvoorbeeld: symptomen, gezondheidsconditie, medicatie, zelfmanagementtaken) waarop de patiënt zich richt om zijn/ haar persoonlijke doelstellingen te behalen (bijvoorbeeld: "Ik wil minder rugpijn hebben zodat ik thuis kan blijven wonen en meer samen met mijn echtgenoot kan doen.").

Deze gegevens uit het contact tussen patiënt en facilitator werden vervolgens doorgegeven aan de eerstelijnszorgverlener. Van hen werd vervolgens verwacht om deze gezondheidsprioriteiten te integreren in de communicatie en de besluitvorming met patiënten en andere zorgverleners.

Na 9 maanden follow-up zag men tussen de interventiegroep en de controlegroep geen statistisch significant verschil betreffende de aandacht die patiënten voor hun persoonlijke doelstellingen ervoeren. Wel zag men dat patiënten in de interventiegroep een statistisch significante vermindering rapporteerden in behandellast, dat er vaker medicatie stopgezet werd, dat er minder diagnostische testen werden aangevraagd en dat ze minder zelfmanagementtaken (bijvoorbeeld dieet volgen, gewicht controleren) kregen voorgeschreven dan patiënten in de controlegroep. Deze onderzoeksresultaten zijn in lijn met eerder onderzoek waarin werd vastgesteld dat patiëntgerichte zorg geassocieerd was met een lager gebruik van gezondheidszorg (4). In een andere studie stelde men vast dat voor patiënten wiens consultatie bij start van de studie hoog scoorde op patiëntgerichtheid men in het jaar na het geobserveerde consult significant minder consultaties met specialisten, minder hospitalisaties en minder aanvragen voor laboratorium- en andere diagnostische testen zag (5).

De hier besproken studie komt tegemoet aan een aantal van de beperkingen van de hoger geciteerde systematische review (2). Ten eerste kiest men hier expliciet voor patiënten met multimorbiditeit. Ten tweede is de inhoud van de interventie gedetailleerd en stapsgewijs besproken. En tot slot kiest men in de evaluatie van de interventie voor bredere patiëntgerichte uitkomstmaten met een expliciete focus op enerzijds de persoonlijke doelstellingen van de patiënt en anderzijds de behandellast. Toch moeten we wijzen op enkele methodologische tekortkomingen die nopen tot een voorzichtige interpretatie van de resultaten. De studie was niet gerandomiseerd, wat ertoe leidde dat patiënten in de interventiegroep wat ouder en zieker waren dan patiënten in de controlegroep. Hoewel er voor een verschil in basiskarakteristieken gecorrigeerd werd, is het mogelijk dat onbekende confounders de resultaten beïnvloed hebben. De resultaten van dit onderzoek zijn dus louter hypothesevormend. Een gerandomiseerd onderzoek met een grotere meer diverse populatie is nodig om de resultaten te bevestigen. Ook is verder onderzoek nodig om uit te klaren welke componenten van de interventie essentieel zijn om het effect op behandellast en zorggebruik te bekomen en wat de plaats daarin is van het gesprek door een facilitator om stapsgewijs de persoonlijke doelstellingen van de patiënt te identificeren en deze te communiceren met de behandelend zorgverstreker.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Er bestaan momenteel geen Belgische richtlijnen over patiëntgerichte zorg.

Besluit

Deze niet-gerandomiseerde interventionele studie toont aan dat het identificeren, communiceren en aanbieden van zorg in overeenstemming met de persoonlijke doelstellingen van de patiënt de behandellast voor de patiënt kan verminderen en ongewenste zorg kan vermijden in vergelijking met reguliere zorg bij patiënten met multimorbiditeit. Gerandomiseerd onderzoek is noodzakelijk om de resultaten van deze studie te bevestigen.

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. Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, et al. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019;179:1688-97. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.4235

4. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med* 2011;24:229-39. DOI: 10.3122/jabfm.2011.03.100170
5. Callahan EJ, Bertakis KD. Development and validation of the Davis Observation Code. *Fam Med* 1991;23:19-24.