



# Integratie van persoonlijke patiëntdoelen in het geneesmiddelenbeleid van de huisarts

### Referentie

Weir KR, Naganathan V, Carter SM, et al. The role of older patients' goals in GP decision-making about medicines: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2021;22:13. DOI: 10.1186/s12875-020-01347-y

### Duiding

Reini Haverals, Dagje Boeykens, Pauline Boeckxstaens, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent  
Geen belangenconflict met dit onderwerp.

## Klinische vraag

In welke mate vinden huisartsen het belangrijk om met patiënten persoonlijke doelen en voorkeuren te bespreken en welke plaats krijgen persoonlijke patiëntdoelen in het opmaken en aanpassen van het medicatieschema van personen met multimorbiditeit?

## Achtergrond

Recent bespraken we in Minerva een niet-gerandomiseerde interventionele studie die aantoonde dat het identificeren, communiceren en aanbieden van zorg in overeenstemming met de persoonlijke doelstellingen van de patiënt (*patient priorities care of PPC*) de behandellast voor de patiënt kan verminderen en ongewenste zorg kan vermijden in vergelijking met reguliere zorg bij personen met multimorbiditeit (1,2). In de interventiepraktijk voerden eerstelijnszorgverleners gesprekken met patiënten om hun persoonlijke doelstellingen te identificeren en ze vervolgens te integreren in de verdere zorgverlening. Niettegenstaande het nut van PPC door deze studie werd aangetoond, geven huisartsen aan dat het betrekken van de stem van patiënten in hun zorg- en medicatieplan toch vaak een uitdaging is.

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- 32 huisartsen met gemiddeld 17 jaar (variërend van 1 tot 50 jaar) praktijkervaring uit verschillende regio's in Australië; de huisartsen werkten in praktijken van verschillende grootte (1-5, 6-10 of  $\geq 11$  huisartsen) en hun patiëntenpopulatie verschilde op vlak van het aandeel 75-plussers (>40% bij 7 huisartsen) en de socio-economische situatie (van minst tot meest benadeeld)
- de rekrutering verliep via nieuwsbrieven en e-maillijsten van huisartsenorganisaties, via professionele netwerken, via sociale media en op medische congressen; men rekruteerde huisartsen ook via telefonische contacten met praktijkmanagers of via collega's; deelnemende huisartsen werden tevens gevraagd om collega's uit te nodigen voor deelname (*snowball sampling*).

### Onderzoeksopzet

Kwalitatief onderzoeksopzet

- via semigestructureerde interviews werden huisartsen bevraagd over hun ervaring met het integreren van patiëntdoelen en voorkeuren in het geneesmiddelenbeleid (waaronder ook deprescribing)
- de interviews duurden 24 tot 55 minuten en de geanonimiseerde audio-opnames werden ad verbatim getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd via een thematische analyse
- de analyse bestond uit verschillende stappen waarbij onafhankelijke onderzoekers gemeenschappelijke thema's uit de transcripts identificeerden die dan telkens in een ruimere onderzoeksgroep besproken werden.

## Resultaten

De meeste huisartsen vonden het belangrijk om de patiëntdoelen en voorkeuren van hun oudere patiënten te begrijpen. Vaak werd de discussie over doelen en voorkeuren door de patiënt opgestart. Ook haalde men barrières aan, zoals beperkte tijd tijdens drukke consultaties.

Er werden drie 'huisartsenstijlen' geïdentificeerd die weergeven hoe huisartsen persoonlijke doelen van hun patiënten integreren in het geneesmiddelenbeleid: de directieve stijl, de stilzwijgende stijl en de doelgerichte stijl (zie tabel).

<i>Directief</i>	<i>Stilzwijgend</i>	<i>Doelgericht</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moedigt patiënten aan om op eenzelfde manier als de huisarts te denken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliciete integratie van 'algemene' patiëntdoelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziet het identificeren van patiëntdoelen en voorkeuren als basis voor kwaliteitsvolle zorg</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaat ervan uit dat oudere patiënten geen actieve rol wensen op te nemen in decision-making</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaat ervan uit dat patiënten de huisarts als eindverantwoordelijke voor beslissingen ziet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiveert patiënten om actief betrokken te zijn in keuzes over zorg zonder na te gaan of dat wel de voorkeur van de patiënt is</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medische richtlijnen worden strikt opgevolgd met een focus op therapietrouw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiligheid &amp; risicoreductie krijgen voorrang op patiëntdoelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voelt zich comfortabel bij het afwijken van richtlijnen</li> </ul>

## Besluit van de auteurs

Deze studie gaat na hoe huisartsen verschillen in hun aanpak om patiëntdoelen en voorkeuren te identificeren en hoe deze verschillen tot uiting komen in de context van polyfarmacie bij ouderen. Alhoewel het een uitdaging is om zorg te verlenen dat spoort met patiëntdoelen en voorkeuren, toont deze studie aan hoe complex de besluitvorming verloopt tussen huisartsen en hun oudere patiënten in de klinische praktijk. Deze studie kan aanzetten tot verder onderzoek naar hoe huisartsen het best voorkeuren van oudere patiënten integreren in besluitvorming over geneesmiddelen. De ontwikkeling van praktijkondersteunende strategieën zouden artsen kunnen helpen om patiënten te betrekken in beslissingen over hun geneesmiddelen.

## Financiering van de studie

Australian Association of Gerontology (AAG) RM Gibson Scientific Research Fund.

## Belangenvermenging van de auteurs

De sponsors speelden geen rol in de studieopzet, de gegevensverzameling en de analyse, de beslissing om te publiceren of de voorbereiding van het artikel.

# Bespreking

## Methodologie

De rekrutering voor deze kwalitatieve studie verliep doelgericht (*purposive sampling*) teneinde een voldoende grote variatie in demografische kenmerken van deelnemende huisartsen te bekomen. Uit het overzicht van de karakteristieken van de deelnemers blijkt dat ze daar zeker in geslaagd zijn. Het semi-gestructureerde interview dat men gebruikte om gegevens te verzamelen werd opgesteld door een multidisciplinair team, bestaande uit een geriater, een huisarts, een apotheker, een epidemioloog, een ethicus, een psycholoog, een expert in kwalitatief onderzoek, een consumentenvertegenwoordiger. Dat is zeker ook een sterkte van deze studie. Het is echter niet duidelijk of er **saturatie** bij de interviews bereikt werd. De thematische analyse is gedetailleerd beschreven en correct uitgevoerd.

## Bespreking van de resultaten

De verschillende stijlen die men identificeerde vormen telkens een cluster van communicatiestrategieën, denkwijzen en gedrag die de huisarts stelde in de relatie tot zijn patiënten. Een belangrijk gegeven is dat ze niet mutueel exclusief waren. Huisartsen bevonden zich vaak tussen twee stijlen of gingen zich aanpassen afhankelijk van de patiënt en/of de context. Toch leek elke deelnemende huisarts op een bepaald punt een voorkeur te hebben voor een bepaalde stijl.

In *de directieve stijl* probeerden huisartsen patiënten te overtuigen van wat medisch gezien de beste keuze was en moedigde men de patiënt aan om op eenzelfde manier na te denken over het zorgplan. De huisarts hield in deze stijl sterk vast aan medische richtlijnen met als doel de veiligheid en therapietrouw binnen het zorg- en medicatieplan bij de patiënt te verhogen. Bij deze stijl gingen de huisartsen er ook van uit dat hun patiënten eerder verkozen om geen actieve rol op te nemen in keuzes aangaande hun zorgplan. Deze stijl leek eerder herkenbaar bij huisartsen met één tot vijf jaar praktijkervaring, wat op zijn beurt mogelijk te maken heeft met het minder goed kunnen omgaan met onzekerheid.

Bij *de stilzwijgende stijl* werden patiëntdoelen op een impliciete manier geïntegreerd in het zorgplan. Door de vele jaren ervaring en de lange relatie die huisartsen hadden opgebouwd gaven ze aan voldoende inzicht te hebben van wat voor hun patiënten belangrijke doelen en waarden waren. Hierdoor zouden huisartsen intrinsiek aanvoelen wat ‘een juiste beslissing’ is voor de patiënt. Ook binnen deze stijl hadden huisartsen eerder het gevoel dat hun patiënten geen eindverantwoordelijkheid wensten op te nemen in keuzes rond zorg en medicatie.

Als laatste werd *de doelgerichte stijl* onderscheiden. Huisartsen die een doelgerichte stijl hanteerden gebruikten communicatievaardigheden om in functie van de voorkeuren van de patiënt af te wijken van medische richtlijnen. Hierdoor leken ze zich meer comfortabel te voelen in het afbouwen van medicatie bij personen met multimorbiditeit en konden ze goed omgaan met de onzekerheid die inherent aanwezig is bij chronische zorg. Ze gaven aan belang te hechten om regelmatig de voorkeuren van de patiënt expliciet te bespreken en te benoemen. Anders dan bij de directieve en stilzwijgende stijl, hadden de huisartsen hier de opvatting dat de meeste patiënten een actieve rol wensden op te nemen in hun zorg. Daarmee sluit de doelgerichte stijl het meest aan bij PPC. In het proces van doelgerichte zorg dat bijdraagt tot PPC, is het in kaart brengen van persoonlijke doelen van de patiënt namelijk een cruciaal element. Om zorgaanbieders zoals huisartsen te ondersteunen in het bieden van doelgerichte zorg, is echter verder onderzoek naar bijhorende praktische strategieën en vaardigheden noodzakelijk. Dit onderzoek levert alvast een aanzet tot het begrijpen van de complexe afwegingen bij het aanbieden van zorg die vertrekt vanuit de persoonlijke doelen en voorkeuren van patiënten.

## Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde kwalitatieve studie waarbij men bij huisartsen peilde naar het belang dat ze hechten aan het bespreken en integreren van patiëntdoelen in het medicatiebeleid van patiënten met multimorbiditeit bracht drie stijlen aan het licht: een directieve stijl die weinig rekening houdt met de voorkeuren van de patiënt, een stilzwijgende stijl die rekening houdt met algemene patiëntdoelen zonder deze eerst na te vragen bij de patiënt en de doelgerichte stijl waarbij huisartsen in functie van de specifieke doelen en voorkeuren van de patiënt en in gezamenlijke besluitvorming durfden afwijken van bestaande richtlijnen. Deze laatste stijl sluit het dichtst aan bij de principes van goal-oriented care of doelgerichte zorg.

### Referenties

1. Boeykens D, Van de Velde D, De Vriendt P, et al. Persoonsgerichte zorg bij patiënten met multimorbiditeit. Minerva duiding 01/03/2021.
2. 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