

### Achtergrond

De forse toename van chronische aandoeningen stelt momenteel de gezondheidszorg wereldwijd voor een grote uitdaging<sup>1</sup>. Het huidige zorgsysteem, dat vooral gericht is op de reactieve bestrijding van acute zorgvragen, sluit niet goed aan bij de behoeften van de groeiende groep chronisch zieke patiënten. In het 'Chronic Care Model' krijgt de geïnformeerde en actief betrokken patiënt een centrale plaats in het zorgproces en wordt hij voor de ontwikkeling en de implementatie van een gepersonaliseerd zorgplan ondersteund door een performant en proactief eerstelijns team. Patiënten die beter geïnformeerd zijn, bij beslissingen omtrent hun zorg meer betrokken worden en met hun aandoeningen beter leren omgaan, zouden immers een verbetering van subjectieve gezondheidstoestand en levenskwaliteit ervaren<sup>2</sup>. In hoeverre het effect van deze gepersonaliseerde zorgplanning door degelijke studies onderbouwd is, blijft echter onduidelijk.

Wat is bij patiënten met chronische aandoeningen het effect van gepersonaliseerde zorgplanning versus gewone zorg op langetermijngezondheidsuitkomsten?

### Samenvatting

#### Duiding

Pauline Boeckstaens, huisarts, Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Ledeberg; postdoctoraal onderzoeker, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

#### Referentie

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.

### Methodologie

Systematische review en meta-analyse

#### Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ProQuest, clinicaltrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry Platform (tot juli 2013)
- literatuurlijsten van gevonden artikelen en reviews.

#### Geselecteerde studies

- 16 RCT's en 3 clustergerandomiseerde RCT's bij volwassen patiënten (≥18 jaar) met één of meerdere chronische aandoeningen (gedefinieerd als langdurige ziektes met een meestal trage progressie) waarbij de interventie erin bestond om de samenwerking tussen individuele patiënten en artsen te bevorderen ten einde behandelingsdoelen te bepalen en een actieplan op te stellen; de interventies waren ofwel gericht op de patiënt ofwel op de arts of op beiden
- exclusie van studies waarbij de patiënten niet actief betrokken waren in het bepalen van de behandelingsdoelen en het opstellen van een behandelings-, zorg-, of ondersteuningsplan; alsook van studies die uitsluitend gericht waren op groepseducatie en vroegtijdige zorgplanning.

#### Bestudeerde populatie

- 10856 volwassen patiënten (32 tot 5599 per studie) met diabetes mellitus (N=12), mentaal gezondheidsprobleem (N=3), hartfalen (N=1), terminaal nierfalen (N=1), astma (N=1), verschillende chronische aandoeningen (N=1); 16 studies vonden plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg.

### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: effect op fysieke gezondheid, op mentale gezondheid, op subjectieve gezondheidsstatus waaronder gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, op zelfmanagementcapaciteiten (self-efficacy, kennis, empowerment,...)
- secundaire uitkomstmaten: effect op gezondheidsgerelateerd gedrag, gezondheidszorggebruik en gezondheidskosten, ongewenste effecten
- subgroepanalyses voor studieduur, multimorbiditeit en kennis van gezondheid
- **sensitiviteitsanalyse** voor studiekwaliteit
- **fixed effects meta-analyse**.

### Resultaten

- effect op fysieke gezondheid met gepersonaliseerde zorgplanning versus gewone zorg (N=11):
  - ~ grotere daling van HbA1c na 6 of 12 maanden

(MD -0,24% met 95% BI van -0,35 tot -0,14) (N=9 studies; n=1916)

~ grotere daling van systolische bloeddruk (MD -2,64 mmHg met 95% BI van -4,47 tot -0,82) (N=6; n=1200); na exclusie van studies met hoog risico op bias was de daling niet meer statistisch significant

~ geen verschil in daling van diastolische bloeddruk (N=4; n=751), LDL-cholesterol (N=5; n=1545) en BMI (N=4; n=822)

- effect op mentale gezondheid met gepersonaliseerde zorgplanning versus gewone zorg (N=7):
  - ~ grotere daling van depressiescore (SMD -0,36 met 95% BI van -0,52 tot -0,20) (N=5; n=599)
  - ~ minder patiënten met majeure depressie (OR 2,94 met 95% BI van 1,36 tot 6,34 (N=1; n=886))
- effect op subjectieve gezondheidsstatus (N=10): geen effect op globale levenskwaliteit gemeten met **SF-36** (N=3; n=345), noch op ziektespecifieke gezondheidsstatus (N=4; n=1330)
- effect op zelfmanagementcapaciteiten (N=9): meer effect op self-efficacy (SMD 0,25 met 95% BI van 0,007 tot 0,43 (N=5))
- effect op gezondheidsgerelateerd gedrag (N=10): geen effect op lichaamsbeweging (N=6) en dieet (N=4); beperkte verbetering van therapietrouw in 3 van de 5 studies; meer zelfzorgactiviteiten (bloeddruk- en glykemiemonitoring) in de groep met gepersonaliseerde zorgplanning (SMD 0,35 met 95% BI van 0,17 tot 0,52)
- meer bereiken van persoonlijke gezondheidsdoelstellingen (N=4)
- geen bewijs van kosten-effectiviteit (N=3)
- geen verschil in ongewenste effecten (N=1).

### Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat gepersonaliseerde zorgplanning in vergelijking met gewone zorg leidt tot een verbetering van een aantal indicatoren op vlak van fysieke en mentale gezondheid en zelfmanagementcapaciteiten versterkt. De effecten zijn klein maar ze lijken groter wanneer de interventie uitgebreider, intenser en beter geïntegreerd is in de dagelijkse zorg.

Financiering van de studie: Department of Health Policy Research Programme, UK.

Belangenconflicten van de auteurs: de eerste auteur is consultant voor de Informed Medical Decisions Foundation, een afdeling van Health Wise, een wereldwijde non-profitleverancier van gezondheidsinformatie.

## Methodologische beschouwingen

Deze systematische review van de Cochrane Collaboration beantwoordt aan alle methodologische kwaliteitscriteria. De selectie van de artikels is zeer goed beschreven en gebeurde door 3 onafhankelijke auteurs. Twee onafhankelijke auteurs beoordeelden de risk of bias van de geïncludeerde studies en extraheerden de studiegegevens. Men deed ook een poging om ontbrekende gegevens bij de auteurs op te vragen. Een patiëntengroep van 6 patiënten met een chronische aandoening gaf via een beveiligde website advies over het protocol, de keuze van de uitkomstmaten en de interpretatie van de gevonden resultaten. Van de 19 studies zijn er 11 die een correcte randomisering en 8 die concealment of allocation beschrijven. Gezien de aard van de interventies was blinding van patiënten en artsen onmogelijk. In 9 studies werkte men echter wel met geblindeerde effectbeoordelaars. In de meeste studies was de studie-uitval laag en het risico op **attrition bias** dus gering. Slechts 2 studies hadden een laag risico op rapporteringsbias omdat het protocol reeds vroeger gepubliceerd werd.

## Interpretatie van de resultaten

Wanneer we de introductie van het artikel vergelijken met de uiteindelijke resultaten, zien we dat de geselecteerde studies in feite niet geheel beantwoorden aan de originele onderzoeksvraag. In hun inleiding verwijzen de reviewers naar de specifieke uitdaging van multimorbiditeit. Uiteindelijk konden de auteurs echter slechts één studie identificeren bij patiënten met multimorbiditeit en selecteerde men vooral studies bij mensen met diabetes mellitus. Dit illustreert het tekort aan studies die echt van toepassing zijn op patiënten met multiple chronische aandoeningen. Bovendien ligt de focus in de resultaten voornamelijk op gestandaardiseerde uitkomstmaten zoals glykemie,

systolische bloeddruk en BMI. Dus, ook al stellen de auteurs in de inleiding dat zorg voor patiënten met (meerdere) chronische aandoeningen idealiter persoonsgericht in plaats van ziektegericht moet zijn en dat we vooral moeten mikken op de persoonlijke doelstellingen van patiënten, focust de review uiteindelijk vooral op ziektegerichte uitkomstmaten (met effecten waarvan de klinische relevantie in twijfel getrokken kan worden). De afbuiging van deze review in de richting van gestandaardiseerde eerder dan geïndividualiseerde uitkomstmaten is natuurlijk mee bepaald door het feit dat geïndividualiseerde uitkomstmaten moeilijker te hanteren zijn in de klassieke methodologische onderzoeksdesigns. Dat werd ook gesteld in een vroeger editoriaal van Minerva<sup>3</sup>. Deze review van de Cochrane Collaboration is daar in feite een illustratie van. De auteurs laten wel een kans liggen door de positieve effecten op de uitkomstmaat 'het bereiken van persoonlijke doelstellingen' - wat in 4 van de 19 studies met verschillende meetinstrumenten gemeten werd -, als secundaire uitkomstmaten te beschouwen en niet expliciet te vermelden in de uitgebreide samenvatting of in de samenvattende tabellen voor deze systematische review.

Wat leert deze Cochrane ons dan wel? 15 van de 19 studies rapporteerden positieve effecten voor minstens één uitkomstmaat. In de 4 studies zonder effect ging het om interventies van lage intensiteit, was er te weinig **power** of te weinig navolging van de interventie. De resultaten hebben betrekking op een heterogene verzameling van interventies gericht op artsen en/of patiënten, uitgevoerd door verschillende types gezondheidswerkers, en vaak aangevuld met bijkomende interventies zoals informatiepakketten, groepssessies. Door het geringe aantal studies per uitkomstmaat was het onmogelijk om met subgroepanalyses te achterhalen welke interventies (gericht op arts en patiënt versus alleen op de patiënt, met hoge versus met lage intensiteit) meer of minder effect hadden.

## Besluit van Minerva

Deze systematische review van uitstekende methodologische kwaliteit toont op basis van een beperkt aantal heterogene studies aan dat gepersonaliseerde zorgplanning in vergelijking tot gewone zorg leidt tot een beperkte verbetering van enkele fysieke en psychische uitkomstmaten bij patiënten met een chronische aandoening, vooral met diabetes mellitus. Het effect op subjectieve gezondheidsstatus, zelfzorgmanagementcapaciteiten en andere geïndividualiseerde uitkomstmaten is onduidelijk. Door het beperkte aantal studies is het bovendien niet mogelijk om te bepalen welke interventies bij welke patiënten met multiple chronische aandoeningen het meest doeltreffend zijn.

## Voor de praktijk

Gepersonaliseerde zorgplanning is een samenwerkingsproces waarbij de patiënt en de hulpverlener gezondheidsgerelateerde problemen identificeren en bespreken om uiteindelijk samen een plan van aanpak met keuzes en prioriteiten op te stellen<sup>4</sup>. Het hele proces kan worden opgesplitst in 7 stappen: voorbereiding (patiënt informeren over gezondheidsstatus en behandelingsmogelijkheden), bepaling van doelstellingen (door de patiënt aangegeven), plannen van actie (arts geeft praktische adviezen om doelstellingen te bereiken, eventueel met verwijzing naar externe ondersteuning), documenteren (eventueel in een gedeeld dossier voor arts en patiënt), coördineren (samenwerking met andere zorgverleners), ondersteunen (via regelmatige follow-up bezoeken) en evalueren (verdere acties plannen). Deze Cochrane Review ondersteunt deze doelgerichte aanpak maar kan door een tekort aan studies niet bepalen welke interventies precies voor welke patiënten in aanmerking komen.

## Referenties

1. UN Secretary General. Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Sixty-sixth session, May 2011.
2. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *J Gen Intern Med* 2008;23:77-80.
3. Boecxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. [Editoriaal] *Minerva* 2013;12(4):40.
4. De Jonghe M. Naar een gepersonaliseerde zorg of rekening houden met gezondheidsdoelstellingen? *Minerva* 2013;12(7):79.