

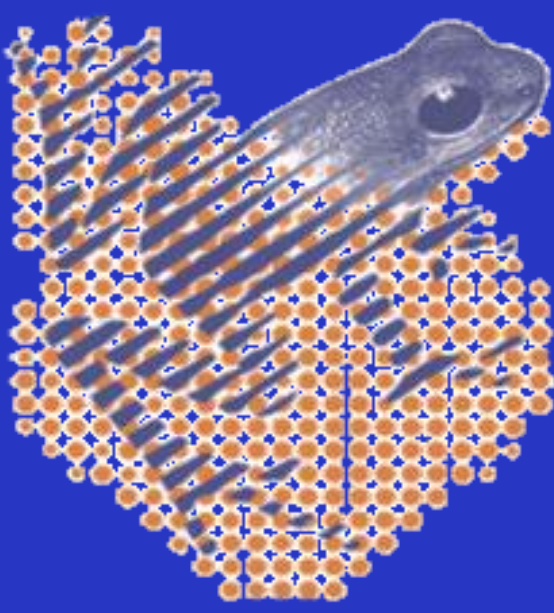
De behandeldoelenschuif: een hulpmiddel om behandeldoelen van hoogbejaarde patiënten met multimorbiditeit te verhelderen

JJGT van Summeren¹, J. Schuling¹, F.M. Haaijer-Ruskamp²

^[1] Afdeling huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland.

^[2] Afdeling klinische farmacie en farmacologie, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland.

Correspondentie: j.j.g.t.van.summeren@umcg.nl



INTRODUCTIE

- Behandeling volgens ziekte-specifieke richtlijnen leidt tot een stapeling van medicatie.¹
- Ouderen kunnen goed prioriteren tussen vier algemene behandeldoelen.²
- Huisartsen hebben behoefte aan een keuzehulpmiddel om te kiezen tussen verschillende ziekte-specifieke richtlijnen bij één patiënt.³
- Dit kan transitie naar persoonsgerichte zorg faciliteren.

ONDERZOEKSVRAGEN

- Is de behandeldoelenschuif bruikbaar in de huisartspraktijk om behandelvoorkeuren van hoogbejaarden met multimorbiditeit te verhelderen?
- Wat is de prioritering van behandeldoelen bij ouderen met multimorbiditeit?

METHODE

- Cross-sectionele pilot studie
- Oktober 2013 tot april 2014
- Inclusie criteria:** ≥80 jaar, ≥2 chronische ziekten, ≥ 5 geneesmiddelen.
- Exclusie criteria:** cognitieve beperking, levensverwachting < 6 maanden obv perceptie huisarts.
- Uitkomstmaten**
 - Bruikbaarheid behandeldoelenschuif voor patiënt en huisarts
 - Prioritering behandeldoelen

BEHANDELDOELENSCHUIF

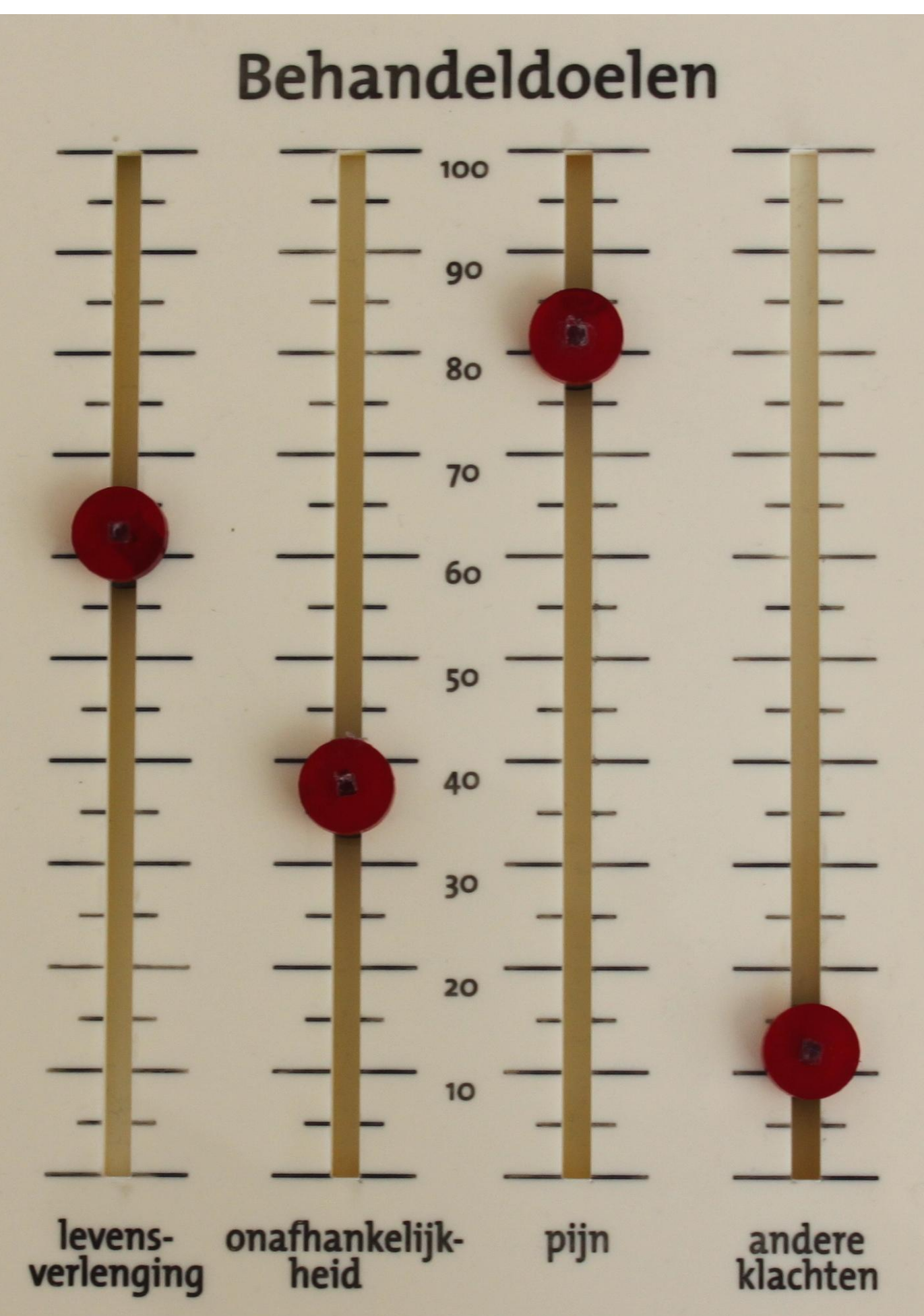


Fig 1. Behandeldoelenschuif. De patiënt kan door te schuiven met de knoppen aangeven hoeveel belang hij hecht aan het betreffende behandeldoel.

- Gesprekshulpmiddel⁴
- Behandeldoelenschuif uitleggen aan patiënt
 - Laat patiënt behandeldoelen prioriteren volgens trade-off principe.
 - Bespreek implicaties voor beleid met patiënt

CONCLUSIE

- De behandeldoelenschuif lijkt bruikbaar in de huisartspraktijk om behandeldoelen van patiënten te verhelderen.
- Onafhankelijkheid bewaren is het belangrijkste behandeldoel.
- De grote variabiliteit in prioritering benadrukt het belang van een individuele benadering.
- In een volgende fase wordt onderzocht of de prioritering bijdraagt tot het voorschrijven van medicatie op maat.

RESULTATEN I

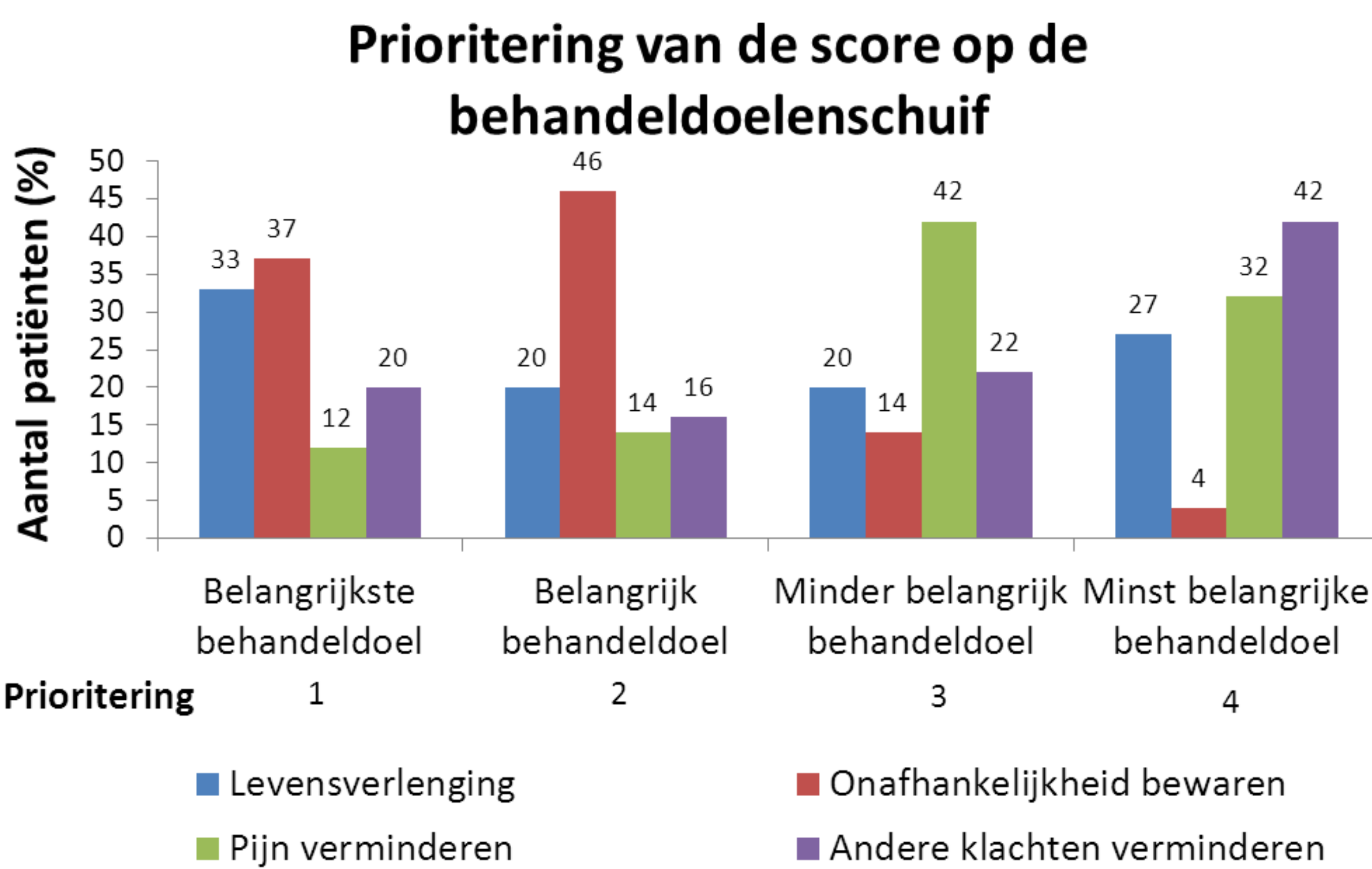
Patiënt karakteristieken (N=58, afkomstig van 14 huisartsen)

Gemiddelde leeftijd: 85 ± 4,1 jaar
Geslacht : 50% man
Gemiddelde consultduur: 34 ± 16 minuten

Tabel 1: Bruikbaarheid van de behandeldoelenschuif (N=58)

	Mee eens N (%)
De patiënt heeft de behandeldoelenschuif begrepen	
• Beoordeling huisarts	53 (93)
• Beoordeling patiënt	53 (93)
Het maken van een rangordening ging de patiënt makkelijk af	
• Beoordeling huisarts	32 (55)
• Beoordeling patiënt	31 (54)
De huisarts vond het gesprek niet teveel tijd kosten	34 (59)
De patiënt vond de beschikbare tijd voor het gesprek voldoende	53 (93)
De patiënt vond dit gesprek vermoeiend	9 (16)
Het gesprek heeft de huisarts nieuwe inzichten voor de toekomstige zorg van de patiënt verschaft.	27 (46)

RESULTATEN II



Figuur 2: Per behandeldoel is het percentage patiënten weergegeven dat het behandeldoel op de betreffende plek prioriteerde.

Referenties

- Tinetti et al. (2004). New Eng. J. of Med, 351 (27), 2870-2874.
- Fried et al. (2011). Patient Educ Counsel, 83 (2), 278-282.
- Schuling et al. (2012). BMC Fam Pract, 13(56), 2296-13-56.
- Schuling et al. (2013). NTVG 157, A6491.