



Interactie tussen informele en formele zorg werkt

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent, Omer Vanhauete, Strategische beleidscel UZ Gent; Chronische ziekten FOD Volksgezondheid

Een goede ontslagplanning is een essentieel element in een efficiënt en veilig transmuraal gebeuren van ziekenhuis naar thuissituatie. De rol die informele zorg daarin kan spelen werd niet eerder besproken in Minerva. Een informele zorgverlener wordt gedefinieerd als een persoon die de patiënt onbezoldigd in zijn of haar dagelijkse activiteiten assisteert en soms ook bepaalde medische of emotionele zorgen voor zijn rekening neemt. Informele zorg wordt veelal verstrekt door één of meerdere mantelzorgers uit de directe omgeving, voortvloeiend uit een sociale relatie met de patiënt. In de meeste gevallen gaat het om een familielid, maar informele zorgverleners kunnen bij uitbreiding ook vrijwilligers zijn, zoals een patiëntenvereniging of geëngageerde bureaus (1).

Een recente meta-analyse (2) bundelde de resultaten van 15 gerandomiseerde gecontroleerde studies [waarvan 7 uit de Verenigde Staten] waarbij informele zorgverleners op het moment van de beslissing tot ziekenhuisontslag betrokken werden en analyseerde een aantal harde eindpunten: heropnamekans, tijd tot heropname en gemaakte gezondheidskosten direct volgend op ontslag. De doelgroep was telkens een patiëntenpopulatie ouder dan 65 jaar die kwetsbaar was wegens een verhoogde kans op polyfarmacie en met potentieel meer intensieve zorgnoden (3). De onderzochte interventies waren zeer heterogeen en betroffen meestal verschillende zorgcomponenten zoals het leveren van ziekenhuisdocumenten aan de huisarts (iets wat in onze zorgcontext standaard gebeurt) en uitgewerkte zorgplannen. In bepaalde gevallen ging het om medicatiereconciliatie. Soms werd gewerkt met videodemonstraties en *teach back* technieken voor de informele zorgverlener of de patiënt. Dit laatste houdt in dat de mantelzorger of de patiënt de aangeleerde vaardigheid moet demonstreren om na te gaan of hij alles goed begrepen heeft. In enkele studies was ook follow-up opgenomen (door middel van telefonische opvolggesprekken of bezoeken) binnen een week tot 3 maanden na het ontslag. Het bundelen van de resultaten van 5 heterogene studies toonde aan dat de kans tot ziekenhuisheropname na 180 dagen was afgenomen met 24% (RR 0,76; 95% BI van 0,64 tot 0,90; $I^2=30,8\%$) wanneer informele aan formele zorg gekoppeld werd in vergelijking met geen mantelzorgintegratie. Dit positieve resultaat laat echter niet toe om te bepalen welke interventie bij welke aandoening(en) het meest effectief is.

Een belangrijke opmerking is dat mantelzorg gekaderd moet worden binnen de aanwezige zorgcontext. In België verlopen heel wat post-ontslagzorgen via het uitgebreide netwerk van de thuiszorg en thuisverpleegkundigen. Met het korter worden van de opnameduur intensifieert deze extramurale zorg waarmee de mantelzorger in contact komt. In de ziekenhuizen wordt vandaag bijvoorbeeld ingezet op de communicatie en de organisatie bij de verderzetting van intraveneuze antibiotherapie buiten het ziekenhuis. Bepaalde materialen worden via thuiszorgdiensten geleverd, andere dienen door de patiënt in het ziekenhuis te worden afgehaald en nog andere producten worden aangeboden door de huisapotheker (4). Een ander voorbeeld van het belang van mantelzorgintegratie is de organisatie van stomazorg (5,6). Het spreekt voor zich dat de inbreng van een niet-medisch geschoolde zorgverlener binnen deze context niet oneindig rekbaar is. We moeten dus waken over de mogelijkheden die patiënt en mantelzorger hebben, en er dient daarbij ook rekening gehouden te worden met de weerbaarheid en de levenskwaliteit van de mantelzorger (5-10).

Het is belangrijk de meerwaarde van mantelzorgintegratie te kennen voor de zorgorganisatie rond de patiënt. De meta-analyse ging nog verder en onderzocht de mogelijke besparingen die mantelzorg zou kunnen opleveren. De vaststellingen hierover zijn niet eenduidig. Vier van de 7 studies - alle 4 uitgevoerd in de US - die kosten in rekening brachten, rapporteerden een statistisch significante daling van directe gezondheidsgerelateerde kosten in de periode na ontslag (bijvoorbeeld door verminderde kans op heropname en lagere heropnamekosten). De andere studies die kosten verzamelden, konden dit voordeel niet bevestigen. Over de kosten en de waardering van informele zorg of mantelzorg kan men trouwens debatteren. Informele zorg is immers niet altijd kosteloos. De tijdsinvestering van informele zorgverleners kan betekenen dat zij zelf werkverlet moeten opgeven, of moeten

investeren in extra kinderopvang om voor een oudere te zorgen, veelal met economische repercussies. Men zou deze informele hulp door naasten kunnen gelijkstellen aan de kosten van de goedkoopste professionele zorg. Dit noemt men ook wel een schaduwprijs (11).

Besluit

Mantelzorgintegratie is zinvol voor een veilige en efficiënte ontslagplanning van ouderen. Een recente meta-analyse toont aan dat de heropnamekans daalt onafhankelijk van interventie of ziektebeeld. De integratie van informele zorg moet echter gekaderd worden binnen onze uitgebreide formele thuiszorg en er moet voldoende aandacht zijn voor de contextuele mogelijkheden van patiënt én mantelzorger.

Referenties

1. USLegal. Informal Caregiver Law and Legal Definition. Url: <https://definitions.uslegal.com/i/informal-caregiver/> (geraadpleegd op 2/11/2017).
2. Rodakowski J, Rocco PB, Ortiz M et al. Caregiver integration during discharge planning for older adults to reduce resource use: a metaanalysis. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1748-1755. DOI: 10.1111/jgs.14873
3. Slabaugh SL, Maio V, Templin M, Abouzaid S. Prevalence and risk of polypharmacy among the elderly in an outpatient setting. *Drugs Aging* 2010;27:1019-28. DOI: 10.2165/11584990-000000000-00000
4. Ravelingien T, Buyle F, et al. Een praktisch model voor thuisbehandeling met intraveneuze antibiotica therapie. *Farmaceutisch Tijdschrift voor België* 2016;3:22-31.
5. Crismer A. Impact van gastrostomie op de kwaliteit van leven bij patiënten en hun mantelzorgers. *Minerva* 2017;16(7):176-9.
6. Kurien M, Andrews R, Tattersall R, et al. Gastrostomies preserve but do not increase quality of life for patients and caregivers. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017;15:1047-54. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.10.032
7. Cameron JI, Chu LM, Matte A, et al. RECOVER Program Investigators (Phase 1: towards RECOVER); Canadian Critical Care Trials Group. One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *N Engl J Med* 2016;374:1831-41. DOI: 10.1056/NEJMoa1511160
8. Vermandere M. Ondersteuning van mantelzorgers: nood aan een individuele aanpak. *Minerva* bondig 14/07/2017.
9. Vermeulen B. Meerwaarde van een multicomponente psychosociale interventie bij milde ziekte van Alzheimer? *Minerva* 2013;12(8):95-6.
10. Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ* 2012;345:e4693. DOI: 10.1136/bmj.e4693
11. Oostenbrinck JB, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en richtlijnrijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. College voor zorgverzekeringen, Amstelveen, 2000.