

# Verminderen palliatieve thuiszorgequipes de kans op een ziekenhuis- of spoedopname?

## Achtergrond

De meeste palliatieve patiënten verkiezen om thuis te sterven<sup>1</sup>. Om de thuiszorg zo goed mogelijk te laten verlopen en om overbodige ziekenhuisopnames te vermijden worden dikwijls palliatieve thuiszorgequipes ingeschakeld. Niettegenstaande de meeste studies een betere symptoomcontrole, patiënttevredenheid en levenskwaliteit op een consistente manier konden aantonen<sup>2-8</sup> is het nog niet duidelijk of deze teams ook leiden tot een daling van het aantal ziekenhuisopnames en bezoeken aan de spoedgevallendienst.

## Samenvatting

### Duiding

Peter Pype, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

### Referentie

Seow H, Brazil K, Sussman J, et al. Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ* 2014;348:g3496.

## Bestudeerde populatie

- 3912 personen die tussen 2009 en 2012 stierven na de tussenkomst van 11 verschillende interdisciplinaire palliatieve thuiszorgequipes; thuiszorgequipes ontplooiden zich onafhankelijk van elkaar in verschillende zorgregio's van Ontario (Canada) en ondersteunden elk jaarlijks meer dan 50 palliatieve patiënten ouder dan 18 jaar met uiteenlopende ziektes; ondersteuning gebeurde 24 uur op 24 en 7 dagen op 7
- 41 133 personen die tussen 2009 en 2012 stierven in dezelfde zorgregio vóór de ontwikkeling van de palliatieve thuiszorgequipe (historische cohort) of in een naburige zorgregio met vergelijkbare grootte en toegang tot gezondheidszorgen maar zonder beschikbare palliatieve thuiszorgequipe (geografische cohort).

## Onderzoekopzet

- retrospectieve cohortstudie
- link van elke patiënt (via een uniek, geëncrypteerd, provinciaal gezondheidszorgverzekeringsnummer) met verschillende officiële gegevensbanken met de volgende parameters: overlijdensdatum, leeftijd bij overlijden en geslacht; hospitaalopnames en overlijdens in het hospitaal; mate van co-morbiditeit en aanwezigheid van kanker; bezoeken aan de spoeddienst; gebruik van thuiszorgdiensten
- matching van 3 109 personen die stierven na interventie van een interdisciplinaire palliatieve thuiszorgequipe (n= 90 tot 830) met 3 109 personen die stierven na interventie met usual care; mediane leeftijd van 74 tot 75 jaar (IQR van 63 tot 84 jaar); 52% vrouwen; 79% met kanker
- matching gebeurde op basis van de propensity score, de zorgregio en het tijdstip waarop de zorg startte, het type en de duur van de ingeschakelde thuiszorgdiensten; de **propensity score** bestond uit leeftijd op het moment van overlijden, geslacht, mate van co-morbiditeit, kankerdiagnose, ziekenhuis- en spoedgevalleengebruik vóór de interventie.

## Uitkomstmeting

- uitkomstmaten: ziekenhuisopname in de laatste 2 levensweken; spoedgevallenbezoek in de laatste 2 levensweken; overlijden in het ziekenhuis
- sensitiviteitsanalyse voor verschil in samenstelling van de controlegroep.

## Klinische vraag

Kan men in de laatste levensfase de kans op een spoed- of ziekenhuisopname beperken of de kans op overlijden in het ziekenhuis verkleinen door het inschakelen van een palliatieve thuiszorgequipe?

## Resultaten

- ziekenhuisopname in de laatste 2 levensweken: 31,2% van de patiënten in de thuiszorgequipe-interventie versus 39,3% van de patiënten in de usual care groep (RR 0,68 met 95% BI van 0,61 tot 0,76)
- behandeling op spoeddienst in de laatste 2 levensweken: 28,9% van de patiënten in de thuiszorgequipe-interventie versus 34,5% van de patiënten in de usual care groep (RR 0,77 met 95% BI van 0,69 tot 0,86)
- overlijden in het ziekenhuis: 16,2% van de patiënten in de thuiszorgequipe-interventie versus 28,6% van de patiënten in de usual care groep (RR 0,46 met 95% BI van 0,40 tot 0,52).

## Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat gespecialiseerde palliatieve thuiszorgequipes effectief zijn om het gebruik van acute zorg en overlijdens in het ziekenhuis tijdens het leven te beperken, ondanks variatie in samenstelling en geografische ligging van het team.

**Financiering van de studie** Canadian Institutes of Health Research (No 115112); de gebruikte databases werden beheerd door het Institute for Clinical Evaluative Sciences, gefinancierd door de Ontario Ministry of Health and Long term Care.

**Belangenconflicten van de auteurs** 3 van de 9 auteurs zijn werkzaam als arts in 3 van de palliatieve thuiszorgequipes en verschaften toegang tot de gegevens, maar waren niet betrokken bij de analyse; de andere auteurs verklaren geen relatie te hebben met de teams of met de financierende organisaties.

## Methodologische beschouwingen

De inclusiecriteria voor de palliatieve thuiszorgequipes zijn duidelijk weergegeven. Ook de selectie van de controlegroep is zorgvuldig uitgevoerd. Om een cohorte patiënten onder begeleiding van palliatieve thuiszorgequipes op een retrospectieve manier te kunnen vergelijken met een cohorte patiënten die usual care kregen, gebruikten de auteurs propensity score matching. Met deze methode konden ze meteen voor een hele reeks **confounders** controleren zonder teveel observationele gegevens te verliezen<sup>9</sup>. De keuze van deze confounders is gebaseerd op eerder onderzoek over het gebruik van acute zorg in de laatste levensfase<sup>10,11</sup>. Toch zijn er een aantal factoren niet opgenomen in de analyse. Ten eerste, de expertise en de attitude van artsen in de thuiszorg: 'hoe bereid zijn de artsen om palliatieve patiënten thuis te verzorgen?' en 'hoe deskundig zijn de artsen, zijn ze voldoende opgeleid?'. Deze twee variabelen zijn relevant, want veel urgente ziekenhuisopnames zijn het gevolg van relatief beperkte problemen die met eenvoudige medische interventies op te lossen zijn<sup>12</sup>. Anderzijds zijn deze variabelen (expertise en attitude) moeilijk te kwantificeren en helemaal niet beschikbaar in administratieve databanken. Een tweede belangrijke factor die we niet als co-variabele terugvinden, is de aanwezigheid en de draagkracht van de mantelzorgers. De literatuur geeft immers aan dat decompensatie van mantelzorgers een frequente reden is van ziekenhuisopname<sup>13</sup>. Aanwezigheid (maar niet de draagkracht) is een factor die wel beschikbaar is in databanken, en dus ook in de propensity score had kunnen opgenomen worden.

De gekozen uitkomstmaten zijn in het onderzoek rond palliatieve zorg frequent gebruikte en op populatieniveau erkende kwaliteitsindicatoren.

## Resultaten in perspectief

Een recente review van de Cochrane Collaboration toonde aan dat de kans om thuis te overlijden toeneemt na het inschakelen van palliatieve thuiszorgequipes. Er zou ook een kleine winst zijn op het vlak van symptoomcontrole. Over de kosteneffectiviteit kunnen we momenteel geen uitspraak doen<sup>14</sup>. De hier besproken studie bevestigt dat patiënten omringd door palliatieve thuiszorgequipes, respectievelijk een derde en een kwart minder ziekenhuisopnames en spoedgevallenbezoeken hebben

en voor de helft minder sterven in het ziekenhuis dan patiënten die usual care krijgen. Dat resultaat geldt zowel voor de meeste teams afzonderlijk als voor de gepoolde data van alle teams samen. De variabiliteit in resultaten per team kan verklaard worden door de verschillende samenstelling van de teams, maar dat kunnen we uit deze studie niet afleiden. In elk geval toont deze studie aan dat teams met eenzelfde kernsamenstelling maar een verschil in uiteindelijke samenstelling en grootte, tot positieve resultaten leiden. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen welke invloed de teamsamenstelling heeft op deze uitkomstmaten.

Als we deze Canadese resultaten willen toepassen op de situatie in Vlaanderen moeten we rekening houden met een aantal opmerkingen.

Ten eerste bestaat de eerste lijn in Canada uit verschillende systemen van zorgaanbod die parallel naast elkaar functioneren zonder veel onderlinge coördinatie. Huisartsen verlenen patiëntenzorg onafhankelijk van deze diensten en leggen zelden huisbezoeken af. In Vlaanderen daarentegen wordt palliatieve zorg zoveel mogelijk gecoördineerd door (of in elk geval overlegd met) de huisarts die bij palliatieve patiënten gemakkelijk huisbezoeken aflegt.

Ten tweede bedraagt de duur van de periode van de aanmelding van de patiënt bij het Canadese team tot het overlijden gemiddeld 73 dagen. In Vlaanderen duurt 60% van de begeleiding minder dan een maand. Het is onduidelijk uit deze studie af te leiden wat het belang van dit verschil is, maar men kan veronderstellen dat hoe vroeger een palliatief team ingeschakeld wordt in een begeleiding, hoe meer kans men heeft om te anticiperen op een probleem. Het is momenteel echter nog niet duidelijk wat de optimale begeleidingsduur is.

Ten derde is er een groeiende groep van niet-oncologische patiënten in de palliatieve zorg (20% in Vlaanderen). Volgens de literatuur zijn zorgnoden van oncologische en niet-oncologische palliatieve patiënten gelijklopend. Toch kunnen we uit de hier besproken Canadese studie niets afleiden over het nut van palliatieve thuiszorgteams bij niet-oncologische patiënten.

Ten vierde is de samenstelling van de Canadese palliatieve teams anders dan in België. Globaal genomen zijn er in de Canadese teams meer artsen en minder verpleegkundigen actief dan in Vlaanderen. In Vlaanderen blijft de huisarts eindverantwoordelijke en wordt hij geadviseerd en ondersteund door de palliatieve teams. Het is niet duidelijk of de samenwerking in de hier besproken studie ook zo verliep.

Referenties: zie website

## Besluit van Minerva

Deze retrospectieve cohortstudie in een andere zorgcontext dan de Belgische besluit dat het inschakelen van palliatieve thuiszorgequipes het aantal ziekenhuisopnames, spoedopnames en overlijdens in ziekenhuizen doet dalen.

## Voor de praktijk

De georganiseerde palliatieve thuiszorgequipes in Vlaanderen bestaan 20 jaar. De samenwerking met huisartsen en andere zorgdiensten neemt elk jaar toe. De jaarrapporten van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen<sup>15</sup> bevestigen de resultaten van deze studie. Een blijvende aandacht voor vroegtijdige aanmelding van palliatieve patiënten bij de equipes en voor frequent overleg en overdracht van informatie tussen alle betrokken zorgverstrekkers kan de resultaten nog versterken. Momenteel loopt er een onderzoek om deze samenwerking in een zorgpad te structureren<sup>16</sup>.