

Zijn teleconsultaties gelijkwaardig aan fysieke consultaties bij palliatieve zorg voor gevorderde longkanker?

Referentie

Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. JAMA 2024;332:1153-64 DOI: 10.1001/jama.2024.13964

Duiding

Ryan Tock, MSc Infirmières
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Zijn teleconsultaties gelijkwaardig aan fysieke consultaties voor patiënten in palliatieve zorg met gevorderde niet-kleincellige longkanker?

Achtergrond

Ondanks de therapeutische vooruitgang van de voorbije twintig jaar, lijden patiënten met gevorderde longkanker aan talrijke symptomen, psychische stress en een verminderde levenskwaliteit (1). Ook mantelzorgers worden sterk getroffen (2). Nationale richtlijnen, onderbouwd door klinische studies die de effectiviteit aantoonde, adviseren de integratie van palliatieve zorg vanaf de diagnose van gevorderde kanker. Obstakels zoals een beperkte beschikbaarheid van specialisten en misvattingen over palliatieve zorg belemmeren echter de implementatie en dat kwam reeds aan bod in Minerva (3,4). Teleconsultaties zijn sinds de covid-19-pandemie aan een sterke opmars bezig en bieden een veelbelovende oplossing om de toegang tot zorg te verbeteren. De effectiviteit in vergelijking met fysieke zorg moet echter nog verder geëvalueerd worden (5). Daarom is de duiding van deze studie bijzonder interessant, mede ook door het feit dat aanbevelingen van het RIZIV stellen dat telemedicine een steeds grotere rol zal spelen in het Belgische gezondheidszorgsysteem (5,6).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
 - diagnose van gevorderde niet-kleincellige longkanker in de afgelopen 12 weken
 - geen curatieve behandeling
 - ECOG-prestatiescore van 0 tot 3 (0 = volledig actief tot 3 = meer dan 50% van de wakkere uren gebonden aan bed of stoel)
 - vermogen om in het Engels of Spaans te antwoorden
- exclusiecriteria:
 - reeds palliatieve zorgen krijgen of in het ziekenhuis verblijven
 - cognitieve of psychiatrische stoornissen die een geïnformeerde toestemming in de weg staan
- in totaal namen 1 250 volwassenen met gevorderde niet-kleincellige longkanker deel aan de studie; de gemiddelde leeftijd was 65,5 jaar; 54% was vrouw, 46% man; van hen was 82,7% blank en 9% Afro-Amerikaans; 45,7% gaf aan meer dan een uur te moeten reizen naar de oncologiekliniek; er waren 548 mantelzorgers betrokken, waarvan de meerderheid de echtgenoot of de partner was (64,2%).

Studieopzet

Gerandomiseerde multicenter klinische studie (randomisatie: 1:1) met stratificatie per onderzoekscentrum, uitgevoerd van 14 juni 2018 tot 4 mei 2023 in 22 oncologiecentra in de Verenigde Staten

- *interventiegroep*: na een eerste fysiek consult fysiek volgden videoconsulten om de 4 weken

- *controlegroep*: fysieke consultaties die plaatsvonden in het ziekenhuis om de 4 weken
- *opvolgingsduur*: 48 weken.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat:
 - kwaliteit van leven gemeten met de **Functional Assessment of Cancer Therapy – Lung (FACT-L)**, een gevalideerde vragenlijst met een scorebereik 0-136 (hogere waarden duiden op een betere levenskwaliteit)
 - equivalentiedrempel: ± 4 punten op de FACT-L-score werd gedefinieerd als de marge waarbij men de twee zorgmodaliteiten (teleconsultatie versus fysieke consultatie) als gelijkwaardig beschouwde
 - statistische analyse:
 - equivalentiestatistiek gebaseerd op de **TOST-methode (Two One-Sided Tests)**
 - lineair regressiemodel gecorrigeerd voor basisscores en confounders
 - sensitiviteitsanalyses die rekening hielden met het effect van centra en ontbrekende data
- secundaire uitkomstmaten:
 - tevredenheid van patiënten en mantelzorgers over de zorg gemeten met een vragenlijst
 - aandeel mantelzorgers dat palliatieve zorgconsulten bijwoonde, geregistreerd door clinici met een follow-upformulier
- statistische analyse :
 - vergelijking tussen teleconsultaties en fysieke consultaties met behulp van een model met **gegeneraliseerde schattingsvergelijkingen**
 - correctie van meervoudige vergelijkingen met een Bonferroni-correctie om het risico van type I-fouten te verminderen
- de resultaten hebben alleen betrekking op patiënten die na 24 weken nog in leven waren; in een volgende publicatie zullen de resultaten na 36 en 48 weken gepresenteerd worden.

Resultaten

- in totaal zijn 123 deelnemers (9,8%) voor week 12 overleden, waarvan 55 waren toegewezen aan videoconsulten en 68 aan fysieke consulten; 246 deelnemers (19,7%) overleden voor week 24 met een gelijke verdeling over videoconsulten (123) en fysieke consulten (123)
- op week 24 hadden patiënten gemiddeld 4,7 palliatieve videoconsulten en 4,9 fysieke consulten gehad; in de videogroep was 68,6% van de consulten virtueel, 21,0% fysiek (volgens het oorspronkelijke protocol) en 10,4% op verzoek; in de fysieke groep was 94,3% van de consulten fysiek en 5,7% verliep per video vanwege de covid-19-pandemie; de artsen vulden 93,2% van de verplichte formulieren in alsook 1 172 extra formulieren voor telefoongesprekken; de mediane duur was 30 minuten voor videoconsultaties en 35 minuten voor fysieke consultaties
- resultaten van de primaire uitkomstmaat: kwaliteit van leven (FACT-L) was tussen week 0 en week 24 met 8,4 punten verbeterd in de telegroep en 6,9 punten in de fysieke groep; wat de gelijkwaardigheid bevestigd: aangepast gemiddelde van 99,7 punten versus 97,7 punten of een verschil van 2,0 punten (met 95% BI van 0,1 tot 3,9); ($p=0,04$)
- resultaten van secundaire uitkomstmaten:
 - significant verschil bij deelname van mantelzorgers aan consultaties: 36,6% in de telegroep versus 49,7% in de fysieke groep ($p<0,001$)
 - geen significante verschillen voor tevredenheid van patiënten en mantelzorgers op vlak van door mantelzorgers gemelde tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven, symptomen van angst en depressie, en perceptie van het doel van de behandeling en de geneesbaarheid van de kanker van de patiënt.

Conclusie van de auteurs

De auteurs besluiten dat vroegtijdige palliatieve zorg via teleconsultaties een gelijkwaardig effect hebben als fysieke consultaties op vlak van kwaliteit van leven van patiënten met gevorderde niet-kleincellige longkanker. Dat onderstreept het potentieel van telemedicine om de toegang tot evidence-based palliatieve zorg te verbeteren.

Financiering van het onderzoek

Het onderzoek in deze publicatie werd gefinancierd door een subsidie van het Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) en werd ondersteund door de Palliative Care Research Cooperative Group, gefinancierd door een subsidie van het National Institute of Nursing Research van de National Institutes of Health (NIH).

Belangenverstrengeling van auteurs

De meeste auteurs verklaren dat ze honoraria of subsidies hebben ontvangen voor advies, lidmaatschap van redactieraden of consultancy, hetzij van bedrijven, instellingen of anderen; omdat deze financiering betrekking had op activiteiten buiten de studie lijkt ze geen directe invloed te hebben gehad op de conclusies.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De resultaten zijn gebaseerd op een grote steekproefgrootte wat de statistische power en de robuustheid van de conclusies vergroot. Het gebruik van de Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung (FACT-L) om de kwaliteit van leven van patiënten te beoordelen is een sterk punt, omdat dit instrument algemeen erkend en gevalideerd is voor onderzoeken in palliatieve zorg. Daardoor is er meer vergelijkbaarheid met andere studies wat het gemakkelijker maakt om de resultaten te interpreteren. De statistische analyse werd rigoureus uitgevoerd om bias te minimaliseren. Er werd een aangepast lineair regressiemodel gebruikt voor het primaire eindpunt en er werden sensitiviteitsanalyses uitgevoerd om de impact van eventuele variaties in de gegevensverzameling te beoordelen. Bovendien paste men statistische correcties, zoals de Bonferroni-correctie, toe om fouten te vermijden die het gevolg zijn van meervoudige vergelijkingen. Bepaalde methodologische beperkingen moeten echter worden benadrukt. Een mogelijke bron van bias was dat men af en toe gebruikmaakte van vertalers om sommige patiënten te helpen bij het begrijpen van de vragenlijsten en de instructies. Dat kan geleid hebben tot variaties in het interpreteren van de vragen met een lichte vertekening van de verzamelde antwoorden tot gevolg.

De auteurs wijzen ook op andere beperkingen van hun methodologie:

- door de covid-19-pandemie moesten sommige consulten worden aangepast waardoor het oorspronkelijke protocol mogelijk werd gewijzigd en contaminatie van de interventie ontstond (sommige patiënten die aanvankelijk fysieke consulten zouden krijgen, moesten uiteindelijk toch beroep doen op teleconsulten)
- er was een hoger uitvalpercentage dan in eerdere onderzoeken over palliatieve zorg, voornamelijk als gevolg van de heterogeniteit van de patiënten en de zorgpraktijken in de 22 centra die deelnamen aan het onderzoek
- omdat patiënten die weigerden deel te nemen geen toestemming gaven voor het verzamelen van hun demografische gegevens is het niet mogelijk om selectiebias op te sporen
- in vergelijking met eerdere onderzoeken was er een lager percentage patiënten dat aangaf over een verzorger te beschikken voor deelname aan de studie (78% versus 59%); bovendien was de deelname van verzorgers significant lager in de teleconsultatiegroep, wat verklaard zou kunnen worden door het feit dat patiënten die hulp nodig hadden om naar fysieke consulten te komen, van nature meer geneigd waren zich te laten vergezellen
- er was een beperkte vertegenwoordiging van diverse bevolkingsgroepen: de auteurs benadrukken dat er meer onderzoek nodig is met een bredere sociodemografische diversiteit

om de effecten van teleconsultatie te onderzoeken in relatie tot belangrijke variabelen zoals leeftijd, opleidingsniveau, technologische ervaring of de aanwezigheid van een verzorger

- patiënten met een lage socio-economische index werden impliciet uitgesloten door de aard van het onderzoek; teleconsultaties zouden de facto patiënten uit de meest achtergestelde sociaaleconomische categorieën kunnen uitsluiten omdat ze geen betrouwbare toegang hebben tot de benodigde technologische hulpmiddelen (stabiele internetverbinding, adequate apparatuur, minimale digitale vaardigheden); door deze beperking kan de representativiteit van de resultaten vertekend worden omdat reële zorgbarrières voor deze bevolkingsgroepen onderschat worden; hetzelfde geldt voor basiscomputervaardigheden, die niet noodzakelijk door de hele bevolking verworven zijn.

Beoordeling van de resultaten

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat de tevredenheid van patiënten gelijk is tussen teleconsultaties en fysieke consultaties. De gemiddelde tevredenheidsscores (SCDQ) waren vergelijkbaar in de twee groepen (41,3 voor teleconsultatie versus 41,0 voor face-to-face consultatie, $p > 0,99$), wat aangeeft dat patiënten geen significant verschil ervaren tussen deze twee zorgmethodes. Deze gelijkwaardigheid versterkt de legitimiteit van teleconsultatie als een haalbaar alternatief voor poliklinische raadplegingen, ook in de Belgische context, waar de digitalisering van de gezondheidszorg en de integratie van teleconsultaties zich geleidelijk ontwikkelen (7).

De studie toont echter ook een significant verschil in de betrokkenheid van mantelzorgers, die lager was in de groep met teleconsultaties (36,6% tegenover 49,7% bij fysieke consultaties, $p < 0,001$). Dit verschil kan door meerdere factoren worden verklaard. Enerzijds impliceert de aard van fysieke consultaties dat patiënten die hulp nodig hebben om naar de kliniek te komen, vaker vergezeld worden door een mantelzorger, wat de betrokkenheid van deze laatste automatisch verhoogt. Anderzijds is het mogelijk dat bij teleconsultaties, waarbij verplaatsing niet nodig is, mantelzorgers minder aangesproken worden of minder beschikbaar zijn, wat hun lagere betrokkenheid kan verklaren. Nog onderzocht zou moeten worden, in hoeverre het socio-economisch niveau van de mantelzorgers hun deelname aan zorg op afstand beïnvloedt. Een hogere socio-economische status kan gepaard gaan met meer professionele flexibiliteit, beter begrip van medische kwesties en een grotere digitale geletterdheid, wat de betrokkenheid vergemakkelijkt. Daarentegen kan een lagere socio-economische status een belemmering vormen door professionele of technologische beperkingen, vooral bij teleconsultaties. Deze hypothese verdient verder onderzoek. Tot slot kan het vermogen van patiënten om zelf naar de polikliniek te komen ook invloed hebben gehad op de resultaten. De beoordeling van hun functionele toestand via de ECOG Performance Status Scale toont aan dat 17,5% van de patiënten bij fysieke consultaties en 18,3% bij teleconsultaties in categorie 2 zaten, wat betekent dat ze niet konden werken, maar nog wel zelfstandig waren voor persoonlijke verzorging en meer dan 50% van de tijd uit bed doorbrachten. Bovendien bevond 3% van de patiënten in beide groepen zich in categorie 3, met aanzienlijke hulpbehoefte en meer dan 50% van de tijd gebonden aan bed of stoel. Deze gegevens benadrukken dat voor een deel van de patiënten de aanwezigheid van een mantelzorger bij fysieke consultaties eerder een logistieke noodzaak was dan een keuze. Ook dat ontbreekt grotendeels bij teleconsultaties, waar het wegvallen van de verplaatsingsnood deels de lagere betrokkenheid van mantelzorgers verklaart.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) erkent de potentie van teleconsultaties om de toegang tot en de efficiëntie van zorg te verbeteren, maar benadrukt de noodzaak om belemmeringen voor implementatie aan te pakken (8).

Besluit van Minerva

Deze multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie toont aan dat teleconsulten en fysieke consulten gelijkwaardig zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van palliatieve patiënten. De studie heeft een goede methodologische kwaliteit wat de robuustheid van de resultaten van de primaire uitkomstmaat garandeert. Verschillende methodologische problemen beperken echter de interpretatie van de secundaire uitkomstmaat over de betrokkenheid van de mantelzorger. Met name het ontbreken van gegevens over het socio-economische profiel van zorgverleners en het structurele verschil tussen face-to-face (waarbij sommige patiënten begeleiding nodig hadden om zich te verplaatsen) en teleconsultaties kunnen voor een bias gezorgd hebben waarmee de huidige analyse geen rekening hield.

Referenties

1. Gonzalez-Ling A, Galindo Vázquez O, Espinoza Bello M, et al. Quality of life, anxiety, depression, and distress in patients with advanced and metastatic lung cancer. *Palliat Support Care* 2023;21:608-15. DOI: 10.1017/S147895152200116X
2. Jacobs JM, Shaffer KM, Nipp RD, et al. Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Ann Behav Med* 2017;51:519-31. DOI: 10.1007/s12160-017-9875-
3. Tock R. Ervaringen van voorafgaande zorgplanning bij thuiswonende terminale kankerpatiënten. *Minerva* 2025;24(1):10-4.
4. Driller B, Maienborn C, Aasen EM, et al. Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Prim Care* 2024;25:245. DOI: 10.1186/s12875-024-02499-x
5. Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. *J Natl Compr Cancr Netw* 2020:1–7. DOI: 10.6004/jnccn.2020.7639
6. Greer JA, Temel JS, El-Jawahri A, et al. Telehealth vs in-person early palliative care for patients with advanced lung cancer: a multisite randomized clinical trial. *JAMA* 2024;332:1153-64. DOI: 10.1001/jama.2024.13964
7. RIZIV. Telegeneeskunde en mHealth-toepassingen. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/telegeneeskunde-en-mhealth-toepassingen> (Website geraadpleegd op 31/03/2025).
8. Detollenaere J, Christiaens W, Dossche D, et al. Barriers and facilitators for eHealth adoption by general practitioners in Belgium. Analysis based on the integrated allowance for GP practices 2021:5-117. Url: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_337_eHealth_adoption_in_Belgium_Report_V2.pdf