



### Kan men besparen op gezondheidszorguitgaven door patiënten met hartfalen intensiever op te volgen?

#### Referenties

Scuffman PA, Ball J, HorowitzJD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259

#### Duiding

Barbara Claus, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Ziekenhuisapotheek, UZ Gent

In de context van rationalisering van gezondheidszorguitgaven zijn kostenefficiënte zorgstructuren en -interventies van elementair belang. Het einddoel is **doelmatigheid**, dat wil zeggen dat de investering meer gezondheid oplevert. In het ideale scenario wint de investering zichzelf op vlak van gezondheid terug (i.e. *break-even* tot *kostenbesparend*). Zo levert elke interventie die in onze zorgcontext ziekenhuisopnames vermijdt een economisch voordeel op. Reeds in 2006 werden geïntegreerde zorgmodellen (bij ouderen met multimorbiditeit) aangestipt omwille van hun potentieel om ziekenhuisopnames te vermijden zonder substantieel verhoogde investering (1). In een recente duiding van Minerva bespraken we de geïntegreerde zorgaanpak voor voorkamerfibrillatie, gedefinieerd als 'het aanbieden van multidisciplinaire zorg in verschillende settings tijdens verschillende stadia van het zorgproces'. Men zag een vermindering van de globale mortaliteit en het aantal hospitalisaties wegens een cardiovasculaire oorzaak (2,3).

Een recente RCT onderzocht of een intensieve en geïndividualiseerde follow-up van patiënten met chronisch hartfalen (n=396) tot lagere gezondheidszorguitgaven leidde vergeleken met een groep die standaardzorg kreeg (n=391) (4). De inclusiecriteria waren echografisch gediagnosticeerd chronisch hartfalen en NYHA klasse II-IV en minstens één opname wegens acuut gedecompenseerd hartfalen. De studiepopulatie was gemiddeld 74 jaar oud, bestond voor 59% uit mannen en in meer dan de helft van de gevallen was er multimorbiditeit op vlak van cognitie (mild), voorkamerfibrillatie, nierinsufficiëntie, anemie en/of depressie (**Charlson Comorbidity Score**  $6,9 \pm 2,4$ ) aanwezig. Het Australische zorgverzekeringspakket voorziet reeds een multidisciplinaire follow-up na ziekenhuisontslag (verpleegkundige visite binnen de 14 dagen met verwijzing naar andere specialisten). Het hier bestudeerde geïntensifieerde programma (de interventiearm van de studie) deelde de patiënten nog verder op in verschillende risico-tot-zorg-profielen met elk een minder of meer intensieve aanpak. De follow-up gebeurde ambulante tijdens een periode van 12 maanden na ontslag uit een van de 4 deelnemende tertiaire ziekenhuizen in Australië.

Tussen de intensieve opvolgingsarm en de controlearm waren er geen verschillen op gebied van ziekenhuis- of ambulante kosten (primaire uitkomstmaat). Alle inspanningen ter diversificatie en personalisering van de zorg ten spijt, werden tussen de onderzoekarmen evenmin significante verschillen gevonden in secundaire uitkomstmaten zoals aantal hospitalisaties, opnames door cardiovasculaire ziekte, event-vrije overleving buiten het ziekenhuis en kwaliteit van leven. Bij deze eerder teleurstellende resultaten moeten we toch enkele kanttekeningen maken. Vooreerst kan het 'niet vinden van enige voortgang' op gebied van gezondheid te maken hebben met het feit dat in Australië al een omkaderde en gefinancierde follow-up na ontslag bestaat. Het is dus mogelijk dat een plafonnering van het effect is opgetreden. Ten tweede suggereert deze studie dat er nog verder onderzoek moet gebeuren naar de meest doelmatige vorm van een geïntegreerde eerstelijnsaanpak. Andere studies toonden aan dat een geïntegreerde aanpak binnen chronisch hartfalen mogelijks een meerwaarde biedt ten opzichte van een eenmansaanpak (5,6) maar dat de manier van implementeren verder uitgewerkt en

bestudeerd dient te worden. Interessant te vermelden hierbij is dat een gepersonaliseerde zorgplanning in de eerste lijn op lange termijn op fysiek-psychische eindpunten nuttig bleek te zijn in het kader van chronische condities zoals diabetes mellitus (7,8). De patiënt dient uiteraard ook actief bij het gekozen zorgplan betrokken te worden (7).

## Besluit

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie, opgestart in de tweede lijn, toont aan dat een geïndividualiseerde intensieve zorgaanpak bij patiënten met chronisch hartfalen geen extra voordelen oplevert op gebied van gezondheidszorgkosten en andere parameters voor gezondheid. De resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyse zijn echter niet te extrapoleren naar onze zorgcontext aangezien ook de controlegroep een multidisciplinaire follow-up na hospitaalopname kreeg.

## Voor de praktijk

Een gecoördineerde, multidisciplinaire en geïntegreerde zorgaanpak bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis komt nog weinig aan bod in verschillende richtlijnen over diverse aandoeningen. De hoger beschreven RCT in de tweede lijn kon de efficiëntie van dergelijke aanpak bij patiënten met hartfalen niet aantonen. Verder onderzoek waarbij men ook de eerste lijn nauwer betreft, is noodzakelijk.

## Referenties

1. Béland F, Bergman H, Lebel P et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367-73. DOI: 10.1093/gerona/61.4.367
2. De Cort P. Voorkamerfibrillatie, een complexe aandoening waarvoor een geïntegreerde zorgaanpak vereist is? *Minerva* 2018;17(2):28-31.
3. Gallagher C, Elliott AD, Wong CX, et al. Integrated care in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2017;103:1947-53. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-310952
4. Scuffman PA, Ball J, Horowitz JD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259
5. Van Spall HG, Rahman T, Mytton O, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2017;19:1427-43. DOI: 10.1002/ejhf.765
6. Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1239-48. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.06.025
7. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
8. 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. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2