Proactieve huisartsenzorg bij kwetsbare ouderen niet kosteneffectief

Interventies gericht op zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen kunnen dure opnames in ziekenhuis of verpleeghuis voorkomen en maken de zorg uiteindelijk goedkoper. Toch? Onderzoek hierover is schaars en resultaten inconsistent. Eerder gepubliceerd onderzoek, verricht in Nederland, laat zien dat een proactieve, multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen niet zelfredzamer maakt en ook geen effect heeft op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit onderzoek is nu gebruikt om de kosteneffectiviteit op langere termijn te berekenen. En wat blijkt? De proactieve benadering is ook nog eens duurder.

In 12 huisartsenpraktijken werden 346 thuiswonende, kwetsbare ouderen van zeventig jaar en ouder opgespoord met de Groningen Frailty Index. De gemiddelde leeftijd was 77,2 jaar. Patiënten werden via clusterrandomisatie ingedeeld in twee groepen. Van hen kregen 153 personen de gebruikelijke zorg en 193 een zogenaamde 'Patient of Care benadering', waarbij de huisarts, praktijkondersteuner en verschillende paramedici in samenwerking met de patiënt stapsgewijs een behandelplan opstelden. Over een periode van 2 jaar werden totale kosten en gebruik van zorg bepaald. Verder werden na 6, 12 en 24 maanden de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en zelfredzaamheid gemeten met behulp van de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal.

Ondanks de proactieve benadering, waarbij beduidend meer gebruik werd gemaakt van de eerste lijn, werd er geen verschil waargenomen in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven of in zelfredzaamheid. De verwachte afname van duurdere ziekenhuiszorg of verpleeghuiszorg bleef uit in de interventiegroep. De totale kosten over twee jaar voor de interventiegroep lagen bovendien beduidend hoger dan in de controlegroep (€ 26.503 versus € 20.550; p = 0,08), onder andere door meer uitgaven aan huisartsenzorg én ziekenhuiszorg.

Hoewel door professional en patiënt gewaardeerd, biedt dit onderzoek nog geen ondersteuning voor de implementatie van deze vorm van proactieve huisartsenzorg. ■

Chris Walinga

Metzelthin SF, et al. Reducing disability in community-dwelling frail older people: cost-effectiveness study alongside a cluster randomised trial. Age and Ageing 2015;44:390-6.

Kwaliteit van de huisartsenzorg niet aantoonbaar van invloed op sterfte

In Engeland loopt het systeem waarin het inkomen van huisartsen voor een deel prestatieafhankelijk is al vanaf 2004. De prestaties worden gemonitord aan de hand van indicatoren. Enkele onderzoekers gingen na of goede rapportcijfers van huisartsenpraktijken de totale sterfte verminderden. Ook de sterfte aan enkele specifieke ziektebeelden waarvoor indicatoren zijn, zoals diabetes, hartfalen en hypertensie, werd onder de loep genomen. In zijn algemeenheid blijkt de gezochte relatie afwezig.

De onderzoekers verzamelden sterftecijfers en doodsoorzaken van 32.482 *lower layer super output areas* (LSOAs). Dit zijn buurten van gemiddeld 1500 personen en de grootst beschikbare administratieve eenheid die op zinvolle wijze aan huisartsenpraktijken te koppelen is. In circa 20% van de LSOAs was ten minste 1 van de 8647 Engelse huisartsenpraktijken gevestigd die deelnamen aan het pay-for-performance-programma. Van de inwoners van de andere LSOAs werden de inschrijfpercentages bij de omliggende praktijken op basis van afstandsgegevens berekend. Vervolgens werden met behulp van regressieanalyse de relaties tussen de praktijkscores op indicatoren enerzijds en totale en ziektespecifieke sterfte anderzijds nagegaan, waarbij werd gecontroleerd voor mate van sociaal-economische ontwikkeling van de LSOA, urbanisatie (stad versus platteland), etniciteit en ziektelast.

In geen van de analyses kon een significante relatie worden aangetoond tussen de geleverde kwaliteit van zorg en de totale of de ziektespecifieke sterfte. Sociaal-economische ontwikkeling blijkt in alle analyses veruit de beste voorspeller van sterfte, met hogere sterfte in achterstandsgebieden. Daarnaast is de sterfte lager in plattelandsgebieden en gebieden met een groter percentage blanken, maar deze verbanden zijn minder sterk.

Voor het ontbreken van een relatie tussen de kwaliteit van huisartsenzorg en sterfte zijn diverse verklaringen mogelijk. Een daarvan is dat het pay-for-performance-programma vooral bij de start leidde tot een sterke verbetering van de scores op indicatoren en relatief weinig resterende verschillen tussen afzonderlijke praktijken. Het kan zijn dat de mortaliteitswinst al in het verleden geboekt werd en subtiele resterende verschillen niet meer waarneembaar zijn. Anderzijds moet men rekening houden met de mogelijkheid dat het programma van prestatiebeloning helemaal niet zo'n goede investering is. Inmiddels kijken we reikhalzend uit naar Nederlandse cijfers. ■

Tjerk Wiersma

Kontopantelis E, et al. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. BMJ 2015;350:h904.