

Bijlage C

Economische evaluatie naar de potentiële rol van de Parkinsonverpleegkundige, behorend bij de Multidisciplinaire Richtlijn Ziekte van Parkinson

Datum: 30 december 2008

Samenstellers:

Talitha Feenstra, Medical Technology Assessment (MTA), UMC Groningen

Erik Buskens, Medical Technology Assessment (MTA), UMC Groningen

Inleiding

De richtlijn constateert een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor de optimale frequentie van de follow-up na het stellen van de diagnose “Ziekte van Parkinson” en een mogelijke rol voor de Parkinsonverpleegkundige hierbij. De richtlijn geeft aan welke inhoudelijke taken een Parkinsonverpleegkundige kan vervullen. Er is daarbij variatie mogelijk in de mate van vervanging van zorg gegeven door de neuroloog en/of huisarts met zorg gegeven door een Parkinsonverpleegkundige.

Er is weinig evidentie beschikbaar voor de effecten van de zorg op kwaliteit van leven. Geen van de beschikbare studies vond significante effecten op generieke kwaliteit van leven maten. Met andere woorden, zorg door een Parkinsonverpleegkundige is net zo goed als gebruikelijke zorg.^{226;277;392}

Er is in de literatuur geen bewijs te vinden dat de zorg door een Parkinsonverpleegkundige kosteneffectief is.³⁹³ Daarom is besloten om aanvullende analyses uit te voeren naar de gezondheidseffecten en kosten van zorg door de Parkinson verpleegkundige waarbij deze zorg ofwel complementair is aan de zorg door de neuroloog en/of huisarts, of deze zorg gedeeltelijk vervangt.

In deze analyses lag de nadruk op de directe patiëntenzorg. Daarnaast heeft de Parkinsonverpleegkundige coördinerende taken. De kosten daarvan zijn in deze analyses niet meegenomen, omdat er geen goede informatie is over de hiervoor idealiter benodigde tijd. Wel is er bij de schatting van het aantal extra Parkinsonverpleegkundigen wat in Nederland nodig zou zijn rekening gehouden met de extra tijd voor coördinatie, waarbij is uitgegaan van de tijd die Parkinsonverpleegkundigen nu voor coördinatie gebruiken.

Aanpak

Om de nadere invulling van de follow-up te ondersteunen zijn scenarioanalyses uitgevoerd die inzicht geven in de mogelijke effecten van inzet van Parkinson verpleegkundigen zoals beschreven in de richtlijn en de hiervoor landelijk benodigde capaciteit aan Parkinsonverpleegkundigen. De scenario's weerspiegelen de situatie voor de gemiddelde patiënt, uiteraard zullen in de praktijk variaties optreden.

Voor referentiescenario zijn de contactfrequenties gebaseerd op data uit de ParkinsonNet trial. Voor de overige scenario's is gekeken naar de zorg zoals Parkinsonverpleegkundigen die nu verlenen, en naar internationale trials over de inzet van Parkinsonverpleegkundigen.^{226;277;392} Met een vragenlijst is onderzocht wat de huidige zorg door een Parkinsonverpleegkundige behelst.

De scenario's betreffen niet de zorg voor zeer ernstige vormen van de ziekte van Parkinson. Voor deze zorg in het eindstadium is verondersteld dat dit gelijk blijft. De scenario's zijn gedeeltelijk op aannames gebaseerd en de conclusies moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd. In de tabellen hieronder staat alleen dat deel van de zorg beschreven waarop in de scenario's verschillen ontstaan. Daarnaast kan bijvoorbeeld de huisarts, de apotheker, of de fysiotherapeut een rol vervullen, maar dat blijft hier buiten beeld, omdat daarin geen veranderingen optreden in de scenario's.

Scenario 1: Referentiescenario zonder Parkinsonverpleegkundige.

De contactfrequenties in dit scenario zijn gebaseerd op gegevens uit de ParkinsonNet studie, zie tabel 1. Dit scenario is een versimpeling van de huidige situatie, waarin vaak al wel een Parkinsonverpleegkundige aanwezig is.

Scenario 1: Referentiescenario zonder Parkinsonverpleegkundige.

Zorgverlener	Neuroloog	Huisarts	Parkinson verpleegkundige
Contactfrequentie	4 poli	2 telefonisch	0

Scenario 2. Complementaire zorg door de Parkinsonverpleegkundige.

Zorg door een Parkinsonverpleegkundige komt bovenop de gebruikelijke zorg en vervangt deze niet. De zorg in dit scenario is te vinden in tabel 2. Dit betekent hogere kosten van €140 per patiënt per jaar. Voor de effecten is aangenomen dat patiënten verbeteren in kwaliteit van leven naar de best gerapporteerde gemiddelde kwaliteit van leven gegevens voor patiënten in hetzelfde ziektestadium

Scenario 2: Complementaire zorg.

Zorgverlener	Neuroloog	Huisarts	Parkinson verpleegkundige
Contactfrequentie	4 poli	2 telefonisch	2 poli 4 telefonisch

Scenario 3. Substitutie van zorg door de Parkinsonverpleegkundige.

Zorg door de Parkinsonverpleegkundige vervangt een deel van de contacten met de neuroloog en huisarts (Zie tabel 3). De consulten door de Parkinsonverpleegkundige duren langer dan de consulten door de neuroloog, namelijk 50 minuten in plaats van 12 minuten. Dit betekent hogere kosten van €80 per patiënt per jaar. Voor de effecten is opnieuw aangenomen dat patiënten verbeteren naar de best gerapporteerde kwaliteit van leven score.

Scenario 3: Substitutie.

Zorgverlener	Neuroloog	Huisarts	Parkinson verpleegkundige
Contactfrequentie	2 poli	0	2 poli 4 telefonisch

Scenario 4. Kostenneutrale substitutie van zorg.

Zorg door de Parkinsonverpleegkundige vervangt een deel van de contacten met de neuroloog en alle telefonische contacten met de huisarts (Zie tabel 4). Daarbij is aangenomen dat deze substitutie kostenneutraal plaatsvindt, dat wil zeggen, dat de kosten per patiënt gelijk blijven. Dat betekent dat de Parkinsonverpleegkundige per consult 23 minuten per patiënt kan besteden en daarbij nog 2 korte telefonische contacten kan hebben, van in totaal 20 minuten. Voor de effecten is aangenomen dat er geen verschil optreedt in kwaliteit van leven, met andere woorden, deze zorg is even goed als de gebruikelijke zorg. Waarschijnlijk is dit een onderschatting van de effecten omdat er in dit scenario meer tijd per patiënt beschikbaar is.

Scenario 4: kostenneutrale substitutie (Parkinsonverpleegkundige besteedt zoveel tijd per patiënt dat de kosten voor dit scenario gelijk zijn aan die van het referentiescenario).

Zorgverlener	neuroloog	huisarts	Parkinson verpleegkundige
Contactfrequentie	2 poli	0	2 poli, 23 minuten 2 telefonisch, 10 a 11 minuten

Simulatie

Met een microsimulatiemodel zijn effecten doorgerekend voor een cohort 40-jarigen, door de levensloop gedurende 40 jaar te schatten op basis van Nederlandse cijfers over incidentie, diagnosekans en prognose van de ziekte van Parkinson, en het ziekteverloop in de verschillende scenario's te vergelijken. Daarmee is de kosteneffectiviteit van de scenario's geschat. Ook is de budget impact bepaald, door uit te rekenen wat de consequenties zijn voor de Nederlandse zorgverlening bij extrapolatie van de scenario's naar de omvang en ernst van de Nederlandse patiënten populatie.

Resultaten

Huidige stand van zaken

Uit een vragenlijst onder Parkinsonverpleegkundigen (respons 62%) bleek het volgende: Er werken 73 Parkinsonverpleegkundigen in Nederland, gemiddeld werken zij 17 uur per week als zodanig. Vaak werken ze daarnaast bijvoorbeeld ook als CVA verpleegkundige. De meeste Parkinsonverpleegkundigen werken in het ziekenhuis (83%) en ongeveer een vijfde werkt in de thuiszorg (18%). Ten slotte zegt 11% dat zij transmuraal werken. Deze percentages tellen niet op tot 100%, omdat sommige mensen zowel bij een ziekenhuis als bij de thuiszorg werken.

Parkinsonverpleegkundigen besteden gemiddeld 10 uur per week aan directe patiënten contacten, 4 uur aan coördinatie en 3 uur aan administratie. Zij doen ongeveer 7 consulten, 9 telefonische consulten en 1 thuisbezoek per week. De poliklinische consulten duren gemiddeld 50 minuten en de telefonische consulten 12 minuten. De kosten van deze zorg zijn te schatten op ongeveer €2,8 miljoen per jaar.

Per patiënt met de ziekte van Parkinson is dan beschikbaar per jaar: 0,6 bezoek, 0,8 telefonisch contact en 0,1 thuisbezoek. Dat is waarschijnlijk te weinig, wat duidt op een capaciteitsprobleem.

Kosteneffectiviteitanalyses

De gevonden kosten-effectiviteitsratio's waren ongeveer €1800 euro per QALY (Quality adjusted life year: gewonnen gezond levensjaar) voor scenario 2 en €970 voor scenario 3. Scenario 4 heeft geen effecten op de kosten, omdat dit zo was opgezet. Ook was aangenomen dat dit scenario geen gezondheidswinst of – verlies tot gevolg zou hebben in termen van QALYs. Per patiënt is in dit scenario ruim 40 minuten extra contacttijd per jaar beschikbaar vergeleken met de huidige zorg (scenario 1).

Budget impact analyses

Scenario's 2 en 3 behelzen in totaal bijna 3 uur zorg per patiënt per jaar, terwijl het huidige zorg scenario (scenario 1) ruim een uur zorg per jaar per patiënt omvat. Scenario 4 ten slotte bevat ruim anderhalf uur zorg per patiënt per jaar. Dit betekent dat in totaal tussen de 120 en 140 extra verpleegkundigen nodig zijn voor scenario's 2 en 3 en tussen de 15 en 30 extra verpleegkundigen voor scenario 4, wanneer de gemiddelde Parkinsonverpleegkundige inderdaad ongeveer 10 uur per week aan patiënten kan besteden, zoals nu het geval is.

Conclusies

De modelanalyses voor zorg door de Parkinsonverpleegkundige laten zien dat deze zorg kosteneffectief kan zijn, mits de kwaliteit van leven van patiënten verbetert. Voor dit laatste is weinig harde evidentie te vinden. Wanneer wordt aangenomen dat de Parkinsonverpleegkundige kostenneutraal wordt ingezet, en dat hij/zij per patiënt 2 consulten per jaar overneemt van de neuroloog, dan kan de Parkinsonverpleegkundige ongeveer 20 minuten extra tijd steken in aanvullende consultatie en nog eens 20 minuten telefonische ondersteuning bieden. Dat wil zeggen, in dat geval kan er meer contacttijd per patiënt zijn, bij gelijke kosten.

Referenties

- (1) Hurwitz B, Jarman B, Cook A, Bajekal M. Scientific evaluation of community-based Parkinson's disease nurse specialists on patient outcomes and health care costs. *J Eval Clin Pract* 2005; 11(2):97-110.
- (2) Jarman B, Hurwitz B, Cook A, Bajekal M, Lee A. Effects of community based nurses specialising in Parkinson's disease on health outcome and costs: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2002; 324(7345):1072-1075.
- (3) Reynolds H, Wilson-Barnett J, Richardson G. Evaluation of the role of the Parkinson's disease nurse specialist. *Int J Nurs Stud* 2000; 37(4):337-349.
- (4) NICE. Parkinson's disease. Diagnosis and management in primary and secondary care (NICE clinical guideline 35). London, UK: National collaborating centre for chronic conditions; 2006.