

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/152532>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-04 and may be subject to change.

Yvonne Schoon

klinisch geriater, Radboudumc,
Nijmegen

Peter Kievit

cardioloog, Radboudumc, Nijmegen

Marcel Olde Rikkert

hoogleraar geriatrie, Radboudumc,
Nijmegen

Menko Jan de Boer

hoogleraar cardiologie,
Radboudumc, Nijmegen

CARDIOLOOG EN GERIATER KOMEN SAMEN TOT BEST PASSENDE BEHANDELING

Niet elke oudere heeft baat bij nieuwe hartklep

Hartkwalen komen veel voor bij ouderen en ook het aantal aortaklepvervangingen neemt toe. Maar voor kwetsbare ouderen is zo'n ingreep lang niet altijd de beste oplossing. In het Radboudumc maken geriaters en cardiologen daarom samen een zinnige patiëntselectie.

Steeds meer oudere patiënten presenteren zich op de polikliniek cardiologie met een ernstige verkalking (stenose) van de aortaklep (de hartklep tussen de linkerhartkamer en de grote lichaamsslagader). De prevalentie van ernstige aortaklepstenose boven de 75 jaar is nu 3,4 procent.¹ Deze aandoening gaat gepaard met een hoge morbiditeit, mortaliteit, functieverlies en afname van kwaliteit van leven.² De patiëntengroep met een klinisch relevante aortaklepstenose bestaat voor een belangrijk deel uit kwetsbare ouderen, bij wie een hartoperatie vaak te ingrijpend is. Dankzij nieuwe technologie kunnen zij

wel geholpen worden met een 'dotterachtige ingreep': een niet-invasieve aortaklepvervanging, TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*) genaamd, die sinds 2008 in het Radboudumc wordt uitgevoerd.³

Maar bij alle cardiologische/cardiochirurgische behandelingen, dus ook de TAVI-procedure, lopen kwetsbare ouderen een groter risico op complicaties en nadelige uitkomsten, met name acute verwardheid (delier), verlies van functie en een langere opnameduur.⁴ Dat is de reden dat het Radboudumc een kwaliteitsverbeteringsproject is gestart; met het idee om in de snelgroeiende groep TAVI-patiënten de kwetsbare ouderen te onderscheiden en de richtlijnzorg hierop aan te passen. Het project had de volgende doelstellingen:

- in de grote groep oudere cardiologische patiënten de kwetsbaarheid bepalen voorafgaand aan de ingreep én bij de meest kwetsbare oudere patiënten – die waarschijnlijk geen baat bij de ingreep hebben vanwege andere verklaringen voor de klachten – een conservatieve behandeling voorstellen;

- bij alle beoordeelde patiënten de zorguitkomsten vervolgen;
- de kwetsbare ouderen die wel een TAVI ondergaan, postoperatief volgen gedurende de ziekenhuisopname en vroeg activeren via de GIDZ-interventie (Geriatric In De Ziekenhuizen), dat wil zeggen intensieve medebehandeling door het geriatrieteam en activering door getrainde vrijwilligers.⁵

Gecombineerde aanpak

In november 2012 is een gezamenlijke polikliniek van start gegaan, waar de patiënt met een ernstige aortaklepstenose door de cardioloog en daarna door de geriater gezien wordt. De cardioloog brengt de cardiale risicofactoren in kaart en de geriater inventariseert de mate van kwetsbaarheid, het doel van de operatie, en de verwachtingen van patiënt en mantelzorg. Het behandelteam doet de patiënt het best passende behandelvoorstel. Het multidisciplinaire consultatieteam van de geriatrie (het GIDZ-team) volgt de oudere TAVI-patiënt verder als medebehandelaar, gids en activator, gedurende de 'reis van de patiënt' (*patient journey*) door deze behandeling. Deze gecombineerde aanpak is uniek in Nederland.

Zo wordt de zorg die volgens de cardiologische/cardiochirurgische richtlijnen gegeven moet worden, op maat gemaakt voor kwetsbare ouderen, die niet apart in de richtlijnen worden genoemd.²

De zorg wordt op maat gemaakt voor kwetsbare ouderen



ELMER VAN DER MAREL/BEELDUNIE

De patiëntengroep met een klinisch relevante aortaklepstenose bestaat voor een belangrijk deel uit kwetsbare ouderen, bij wie een hartoperatie vaak te ingrijpend is.

Het project

De start van het project is deels gefinancierd uit eigen inzet (TAVI-screening) en deels uit ZonMw-innovatiemiddelen (GIDZ-hersteltzorg). De inzet van de projectleiders en projectmedewerkers voor opzet en evaluatie van het geheel zijn door beide afdelingen zelf bekostigd. Vanwege de positieve evaluatie is het project inmiddels gecontinueerd als reguliere zorg. De gezamenlijke polikliniek cardiologie-geriatrie valt binnen de reguliere zorg en wordt gefinancierd door daarvoor geldende dbc/DOT-tarieven. Tussen 1 november 2012 en 1 december 2014 zijn 241 patiënten preoperatief door de geriater beoordeeld (van wie 18 tijdens ziekenhuisopname); 228 van hen in verband met een voorgenomen TAVI-procedure. In gezamenlijk besluitvorming van het behandelteam en de patiënt (*shared decision making*) zijn 33 patiënten (14,5%)

afgevoerd voor een TAVI en medicamenteus behandeld, en 26 patiënten hebben alsnog een openhartoperatie ondergaan. Bij ouderen die wel een TAVI-procedure kregen, met systematische geriatrische betrokkenheid, trad significant minder vaak een delier op (afname van 31 naar 28%), de duur van een delier verkortte (mediaan van vijf naar twee dagen), de delirante episodes waren minder ernstig, waardoor ook een significant lagere dosis van het antipsychoticum haloperidol volstond. Vermindering van delierduur en een lagere dosering haloperidol betekenen klinisch relevante verbeteringen in de kwaliteit en uitkomsten van zorg. Dit was tevens merkbaar in de gemiddelde opnameduur, die halveerde van 11,2 naar 5,7 dagen.

Daarnaast is een steekproef (vijftig patiënten) na een halfjaar teruggezien door de geriater om zowel de patiënt-

ervaringen te verzamelen als samen te bespreken of er functionele verbetering was na de ingreep. Uit deze 'nacontroles' blijkt onder andere dat de kwaliteit-van-leven-score (de VAS van de EQ-5D) is gestegen van gemiddeld 66 preoperatief naar 70 postoperatief. Voorlopige ver-

Een gecombineerd bezoek aan cardioloog en geriater wordt zeer waardevol gevonden

ZES IN EEN UUR

Vroeger zag ik kinderen met luierslag, mat ik een bloeddruk, beoordeelde een vlekje op een rug en zag af en toe een ruziënd echtpaar, een dementerende vrouw of iemand met een persoonlijkheidsstoornis. Zes patiënten in een uur was, net aan, te doen. Een bloeddruk meten in drie minuten gaf zeventien minuten tijd voor een borderliner. Maar de tijden zijn veranderd. Het beloningssysteem gaat nog steeds uit van tien minuten per patiënt. Als ik te vaak een 20-minutentarief reken, komt de zorgverzekeraar om me 'materieel te controleren'. Waarom declareert Van Bommel zoveel dubbele consulten? Omdat de tijden zijn veranderd! In ons centrum hebben we zeven assistentes, drie POH's somatiek, twee POH's ggz, drie aiossen en twee waarnemers. Zag ik in de jaren tachtig nog 80 procent van alle patiënten, nu zie ik nog maar zo'n 20 procent van alle hulpvragers zelf. En dat zijn niet langer de bloeddrukken of de verdachte vlekjes. Neen, ik zie de grotere somatische, psychische en sociale problematiek: uitgezaaide kanker, dementie, persoonlijkheidsstoornissen, hypochonders, SOLK en terminale patiënten. Zes in een uur? In een tijd waarin alles zoveel sneller gaat, waarin de ontelbare prikkels stress veroorzaken. Een tijd waarin de politiek verzorgingshuizen heeft gesloten, muren rondom de ggz heeft opgeworpen, de jeugdzorg heeft verkocht. Een tijd waarin het aantal verwarden schrikbarend toeneemt, waarin vluchtelingen een veilige haven zoeken. Waar al die kwetsbare zoekenden en dolenden blijven? Bij de huisarts. Zes in een uur? Alleen een uitgebluste, niet luisterende huisarts redt dat. Mijn moyenne is maximaal vier per uur. Laat de materiële controle maar komen.

Jos van Bommel

volgresultaten geven zelfs aan dat de kwaliteit van leven verder doorstijgt binnen deze groep tot achttien maanden na de ingreep.

Besparing

De meerkosten van een consult en intensieve medebehandeling door de geriater waren ongeveer 500 euro per patiënt. Alle 228 patiënten zijn door de geriater en cardioloog gezamenlijk gezien. De overige kosten verschillen niet van de reguliere zorg en worden derhalve niet meegenomen.

De 'opbrengsten' zijn de kosten die we uitsparen bij die kwetsbare ouderen die meer risico op nadelige uitkomsten hebben dan mogelijke winst van de ingreep. Bij deze groep wordt dus geen verrichting (TAVI) uitgevoerd. Het tarief van een TAVI is 26.874 euro. De totale meerkosten voor het gezamenlijk zien van de patiënt door geriater en cardioloog zijn 500 euro maal 228 patiënten en bedraagt hiermee 114.000 euro.

De 'besparingen', dat wil zeggen het niet uitvoeren van een TAVI bij de kwetsbare patiëntengroep zijn 33 maal 26.874 euro en bedraagt daarmee in totaal 886.842 euro.

Macro gezien is de besparing dus circa 770.000 euro aan zinnige en zuinige TAVI-zorg. Het betreft hier de direct perioperatieve kosten van een TAVI-procedure.

De 33 patiënten die werden afgewezen voor de TAVI-procedure bleven onder reguliere behandeling van hun eigen cardioloog of huisarts om de medicamenteuze behandeling voort te zetten.

Kwaliteit van leven

Patiënten en mantelzorgers is gevraagd hoe ze het consult van de geriater hebben ervaren. Daaruit blijkt dat ze het gecombineerde bezoek aan de cardioloog en de geriater zeer waardevol vinden. Het is belangrijk voor de zorgprofessional om te weten welke specifieke informatiebehoefte deze oudere patiënten hebben wanneer zij in aanmerking komen voor een TAVI-ingreep. Tevens is het van belang af te spreken waar behandelingsucces het beste op

bepaald kan worden.

In 2014 is samen met de doelgroep een set PROM's (*patient reported outcome measures*) ontwikkeld. De meeste patiënten geven aan dat de indicatoren complicaties, overlevingskans binnen dertig dagen en overlevingskans na één jaar, voor hen juist niet van belang en zelfs beangstigend zijn. Ook de meeste familieleden geven aan dat deze informatie voor hen niet relevant is. Patiënten en familieleden zouden uit zichzelf niet op zoek gaan naar deze informatie ter ondersteuning van hun besluitvorming. De uitkomsten die ze wél belangrijk vinden zijn: toename van kwaliteit van leven, de opnameduur en de wachttijd. Het vragen naar effecten op kwaliteit van leven vinden patiënten buitengewoon belangrijk en een gemis in de huidige evaluatiemethoden, die veel meer medisch gericht zijn.

Shared care

In zestien cardiologische centra in heel Nederland worden TAVI-procedures uitgevoerd. De werkwijze van het Radboudumc rondom de TAVI-ingreep is voor zover wij weten uniek in Nederland, maar opschaalbaar. Daarnaast is deze werkwijze met geringe aanpassingen ook geschikt te maken voor andere doelgroepen binnen de cardiologie, bijvoorbeeld voor de MitraClip-procedure (percutane mitraliskleppreparatie).

Met het *shared care*-model voor de geriatrische cardiologische zorg is de kwaliteit van de poli(klinische) zorg voor de kwetsbare ouderen met cardiologische problematiek verbeterd en is deze zorg tegelijkertijd ook beter financieel duurzamer inzetbaar geworden. ■

contact

yvonne.schoon@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen. Lees meer over hartzorg in het dossier Cardiologie (medischcontact.nl/specialismen).