

Samenleving moet bepalen wat mooie laatste jaren mogen kosten

Operatie 80-plusser niet altijd zinloos

dr. Bob Geelkerken,
vaatchirurg

dr. Robbert Meerwaldt,
vaatchirurg

dr. Arie van Vugt,
traumachirurg

Allen werkzaam bij Medisch
Spectrum Twente, Enschede

Correspondentieadres:
r.geelkerken@mst.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online verschenen
op 3 september.

‘Geef hoogbejaarde mensen dan geen nieuwe heup meer.’ Dit veelgehoorde bezuinigingsvoorstel lijkt logisch. Het houdt echter geen rekening met het leed dat niets doen kan veroorzaken. En ook niet met de verrassend gunstige uitkomsten van verstandig gekozen interventies in de laatste fase van het leven.

Voorzitter Arnold Moerkamp van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) daagt in een interview in NRC van

8 augustus de samenleving uit om een discussie te voeren over keuzes die noodzakelijk zijn om de kosten van de zorg te beteugelen. Wij delen zijn visie dat de kosten niet onbegrensd kunnen stijgen en beleid dus noodzakelijk is. Onder de paragraaf ‘hoe komt die stijging’ en ‘noem eens een resultaat’ doet hij echter een drietal zeer opmerkelijke en weinig gefun-

deerde uitspraken die op de eerste plaats de bejaarde patiënt maar ook de professional op de werkvloer onrecht aandoen.

Moerkamp is namelijk van mening dat ‘de stijging van de zorgkosten

grotendeels worden veroorzaakt door innovaties die altijd tot meer kosten leiden, nooit tot minder’ en dat ‘het systeem artsen en ziekenhuizen beloont voor wat ze doen in plaats van voor resultaat’. Verder stelt hij: ‘We weten dat het bergafwaarts gaat na een heupbreuk bij een dementerende vrouw van 85 jaar. Toch krijgt zij een nieuwe heup. Omdat het kan. Terwijl de arts voor die patiënt meer kwaliteit zou leveren als ze negen maanden lang liefdevolle verzorging zou krijgen in plaats van een (dure) operatie en een herstelperiode op een andere

plek.’ Deze ongezouten uitspraken verdienen een reactie van de werkvloer.

Gebroken heup

Correct is de veronderstelling van Moerkamp dat een 80-plusser met een heupbreuk bij wie van een operatie wordt afgezien, zeer waarschijnlijk binnen een aantal maanden in een verpleeghuis overlijdt. De mortaliteit binnen een jaar bij een dergelijk conservatief beleid is om en nabij de 90 procent. Voor nagenoeg elke 80-plusser, dus ook de 85-jarige dementerende medemens, betekent dit volledige bedlegerigheid en afhankelijkheid van zorg voor de rest van het aardse bestaan. Bij alle bewegingen heeft de 80-plusser met een heupbreuk veel pijn. Het liggen resulteert in doorligplekken, longontsteking, urineweginfectie en andere complicaties. De niet-operatieve behandeling betekent dat er behalve een hoge sterfte ook een slechte kwaliteit van leven zal zijn.

Sinds de introductie van de reparatie van een gebroken heup in 1931 door Smith-Petersen en de mogelijkheid tot een heupvervangende prothese in 1944 door Moore, is het algemeen geaccepteerd dat bij een 80-plusser met een gebroken heup overgegaan wordt tot een operatie. Niet omdat dat kan, maar omdat het leidt tot een aanmerkelijk hogere kans op een of meerdere jaartjes ouder worden.

Nog veel belangrijker is dat ruim 80 procent van de bejaarde patiënten die worden geope-

*Liggen met een heupbreuk
resulteert in doorligplekken,
longontsteking en meer*



Een operatie aan een gebroken heup betekent voor een 80-plusser een kans op enkele extra jaren.

beeld: BSIP, HH

reerd binnen een paar dagen weer mobiel is en comfortabeler verzorgd kan worden met een acceptabel niveau van pijn. Bij een goed georganiseerde zorgketen kan de 80-plusser dan weer terug naar het eigen verzorgings- of verpleeghuis zonder de ongemakken en complicaties zoals gezien worden bij een conservatief beleid. Bij nog zelfstandig functionerende 80-plussers resulteert een vroege revalidatie na een operatie wegens een heupfractuur in de helft van de gevallen binnen 6 tot 12 weken tot een herstel van zelfstandigheid.

Voor de ongeveer twintigduizend patiënten die per jaar aan een gebroken heup worden geopereerd, is een evidencebased landelijke richtlijn ontwikkeld en zijn in vele ziekenhuizen transmurale klinische paden ontwikkeld, waarin de zorg zo efficiënt mogelijk wordt ingericht. De visie van Moerkamp op de heupbreuken bij een dementerende 85-jarige toont aan dat hij wel erg ver afstaat van de dagelijkse praktijk en de keuzes die gemaakt moeten worden in het belang van de oudere medemens.

Geklapte slagader

Ook in de uitspraken over innovaties en productieprikkels van Moerkamp herkennen wij ons niet. Wij willen dit adstrueren met de keuzes die tegenwoordig worden gemaakt bij patiënten met een gerupte aneurysma aortae abdominalis (RAAA). Onbehandeld zullen deze patiënten zeer spoedig overlijden. Een korte

ziekenhuisopname met of zonder palliatieve sedatie is dan gangbaar. Dankzij innovaties in de operatieve techniek en intensieve perioperatieve ondersteuning komen 80-plussers nu ook in aanmerking voor een acute interventie. De afgelopen tien jaar zijn in ons ziekenhuis 277 patiënten gepresenteerd met een geklapte buikslagader. Van deze patiënten was 28 procent ouder dan 80 jaar. Bij vier op de tien 80-plussers met een RAAA werd op basis van de beschikbare medische feiten beoordeeld dat een interventie geen positieve uitkomst zou geven. Deze patiënten zijn allen binnen enkele uren tot enkele dagen na opname aan een verbloeding overleden. Bij 29 procent van de 80-plussers met een RAAA was het mogelijk om via een nieuwe techniek de bloeding te stoppen. Bij deze EVAR-procedure (*endovascular aneurysm repair*) wordt via de liesslagaders een 'nieuwe binnenband' geplaatst, een zogenaamde endoprothese. Deze kost ongeveer 8000 euro. De patiënt behoeft als regel geen aanvullende intensieve therapie. Bij de overige 25 oudere patiënten was het om anatomische redenen niet mogelijk om de endoprothese te plaatsen; bij hen werd een kunststofbuis (600 euro) in de lichaamsslagader gehecht via een grote buikoperatie. Aansluitend gaan deze patiënten één of meerdere dagen naar de intensive care (2500 euro per dag). De gemiddelde opnameduur was voor beide groepen behandelde 80-plussers bijna 10 dagen.

SAMENVATTING

- Keuzen in de zorg zijn noodzakelijk om de kosten te beteugelen.
- Het is echter te simpel om te stellen dat interventies bij 80-plusser kunnen worden geschrapt.
- De uitkomsten van een heuphersteloperatie en reparatie van een geklapte lichaamsslagader bij 80-plussers blijken acceptabel.
- Het is aan de Nederlandse samenleving om te bepalen wat dat mag kosten.


De kans om in een redelijke conditie weer terug te kunnen keren in de thuissituatie was met de endoprothese 61 procent en met de kunststofbuis 48 procent. Van de 80-plussers die de acute opname in het ziekenhuis vanwege het RAAA overleefden, was 77 procent na een jaar nog in leven.

Bovenstaande kengetallen zijn in de *tabel* ook weergegeven voor de groep patiënten jonger dan 80 jaar met een RAAA. Bij deze groep wordt minder vaak geabstineerd (11% versus 39%) en wordt vaker overgegaan tot het operatief plaatsen via een laparotomie van een buis of broekprothese (57% versus 32%). Opvallend is dat in de groep 80-minners de gemiddelde opnameduur langer is dan in de groep 80-plussers. Een verklaring zou kunnen zijn dat het behandelende vaatteam bij de oudere patiënt eerder accepteert dat een interventie kansloos is of is geworden. Alle 80-minners die de acute opname in het ziekenhuis vanwege het RAAA overleefden, waren na een jaar nog in leven.

Menswaardig einde

Bovenstaande feiten tonen aan dat keuzen in de zorg over leven, dood en verwachte kwaliteit van leven wel degelijk worden gemaakt naar

beste kunnen, gebaseerd op literatuur, eigen resultaten en patiëntenkarakteristieken. Innovaties zoals de endoprothese worden ingezet om de patiënt te kunnen helpen, operaties zoals een nieuwe heup kunnen worden ingezet om een menswaardig einde van het aardse bestaan mogelijk te maken.

Wij dagen CVZ-voorzitter Moerkamp uit om uit zijn ivoren toren te treden en de door hem terecht gewenste discussie over beteugelen van de groei van de zorgkosten te voeren op basis van juiste argumenten met de betrokkenen, namelijk de patiënt en de hulpverlener. Het wegzetten van de 80-plusser als een dementerende kostenpost en de professional als een productietijger die niet geïnteresseerd is in de uitkomsten van zijn handelen, is volstrekt onjuist. De uitkomsten van een heuphersteloperatie en van het herstel van een geklapte lichaamsslagader bij 80-plussers zijn alleszins acceptabel. De medische professional is zich zeer bewust van het feit dat 90 procent van de kosten van de gezondheidszorg in het laatste levensjaar worden gemaakt. Het is aan de Nederlandse samenleving om te bepalen wat dat mag kosten. Tenslotte weet niemand wanneer de klok het laatste levensjaar wegtikt. 

Resultaten RAAA-behandeling

	< 80 jaar	≥80 jaar
patiënten met RAAA (277 totaal)	199 ptn	78 ptn
abstineren	22 ptn (11%)	30 ptn (39%)
interventie	177 ptn	48 ptn
EVAR*	63 ptn (32%)	23 ptn (29%)
open repair*	114 ptn (57%)	25 ptn (32%)
opnameduur (gemiddeld)		
EVAR	15,1 dagen	9,9 dagen
open repair	26,9 dagen	9,7 dagen
mortaliteit**		
in ziekenhuis EVAR	10 ptn (16%)	9 ptn (39%)
in ziekenhuis open repair	32 ptn (28%)	13 ptn (52%)
na 1 jaar (beide technieken)	42 ptn (24%)	28 ptn (58%)

Overzicht van de 277 patiënten die zich in de periode 2002-2011 met een geruptureerd aneurysma aorta abdominalis (RAAA) presenteerden in het Medisch Spectrum Twente.

* EVAR (endovascular aneurysm repair): plaatsing van een endoprothese via de liesslagaders. Open repair: plaatsing van een kunststofbuis via een grote buikoperatie.

** Van de patiënten met een interventie.



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.