

Palliatieve zorg en Advance Care Planning voor Vaatchirurgische Patiënten

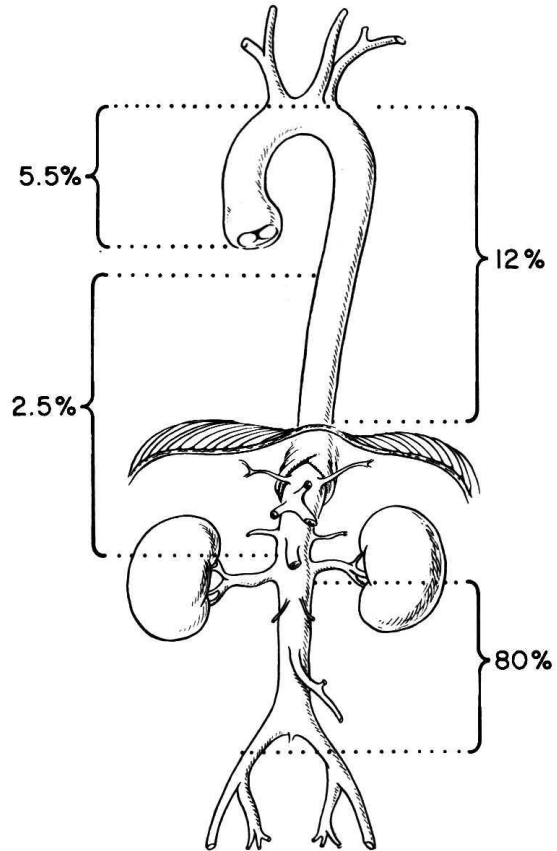
Marie-José Vleugels MSc
Researchverpleegkundige & PhD-student

Inleiding

- Palliatieve zorg en advance care planning bij poliklinische patiënten met een inoperabel aorta aneurysma
- Mogelijke ongepaste zorg bij patiënten met ernstig perifeer vaatlijden in de laatste 30 dagen van het leven
- Doorontwikkeling van I-HARP voor toepassing bij patiënten met ernstig perifeer vaatlijden en hun mantelzorgers

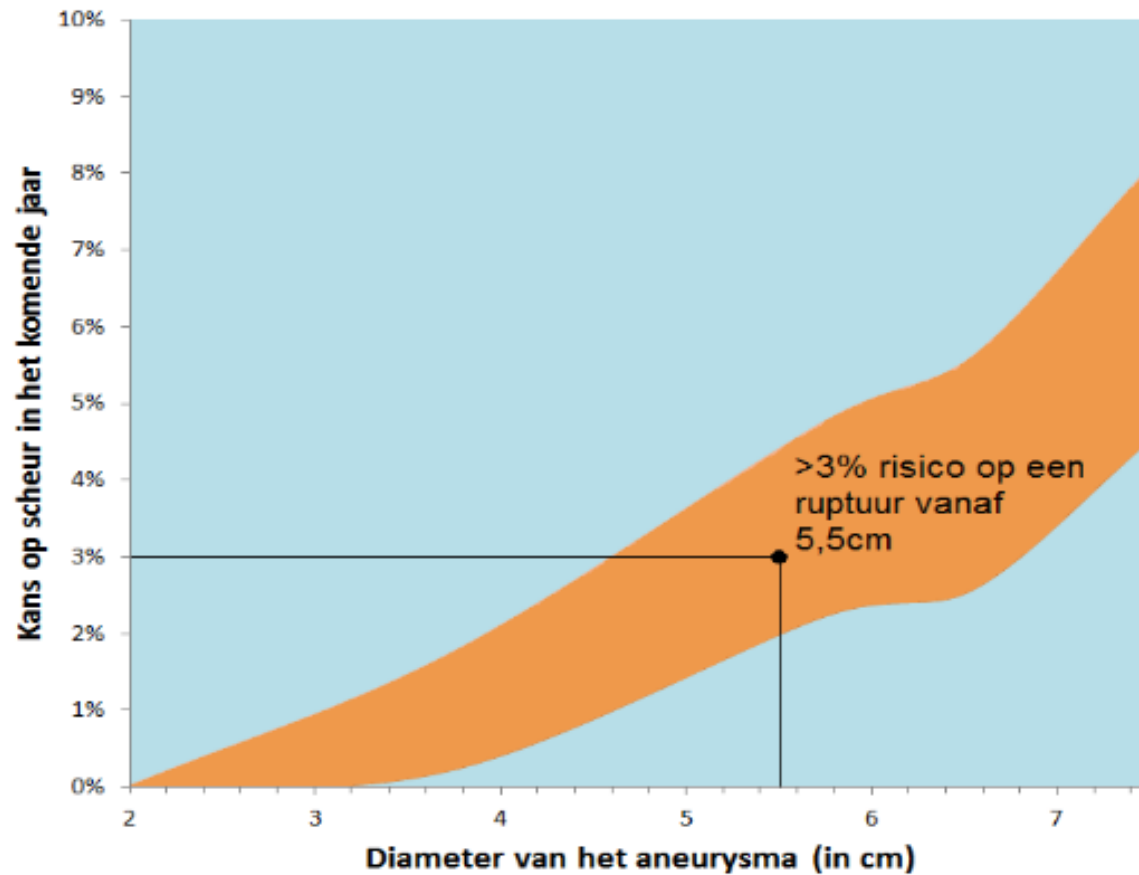
Palliatieve zorg en advance care planning bij poliklinische patiënten met een inoperabel aorta aneurysma

Wat is een (T)AAA?



- Een toename van de diameter van de aorta van $\geq 50\%$
- Of
- Diameter $\geq 3\text{cm}$
- Risicofactoren: roken, oudere leeftijd, man, wit, aneurysmata elders, familie geschiedenis
- Infrarenaal meest voorkomend
- Toevalsbevinding
- Ruptuurrisico vs interventierisico

Ruptuurkans



- 3% risico op ruptuur bij 5,5 cm
- 4% risico op ruptuur bij 6,0-7,0 cm
- 6% risico op ruptuur >7,0 cm
- Behandelen: AAA >55mm, TAAA>60mm

Conservatief vs interventie

	Conservatief	Endovasculair	Chirurgisch
Mortaliteit	3-6%	6,2%	11,9%
Re-interventies		5-10%/jaar	Zelden
Functionele status & QoL		Neemt af	Neemt af

- Kwetsbaarheid zorgt voor meer complicaties en heropnames.
- Kwetsbare patiënten kunnen vaker niet naar huis ontslagen worden.
- Tot 21% van de niet-kwetsbare 65-plussers wordt kwetsbaar na een vasculaire interventie.

Patiëntenperspectief



Europese richtlijn AAA

Recommendation 26 (Changed)	Class	Level
Patients who have reached the diameter threshold for abdominal aortic aneurysm repair but who initially are deemed unfit for repair should be considered for continued surveillance, referral to other specialists for optimisation of their fitness status and then reassessed.	Ila	C

Doel

In kaart brengen van de huidige stand van zaken omtrent palliatieve zorg en advance care planning bij patiënten met een aorta aneurysma die conservatief zijn behandeld

Methode

Populatie:

Electieve patiënten met een AAA >55mm of TAAA >60mm die conservatief worden behandeld

Periode:

2017-2021

Waar:

Maastricht UMC+ en Leeds Vascular Institute

Design:

Retrospectief dossieronderzoek

Variabelen:

Demografische gegevens, overlijdensgegevens, kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg

Resultaten: demografisch

Demographics and PC outcomes for <u>220 conservatively</u> managed patients with AA diameter > 55mm (abdominal) or >60mm (thoracic)		
	n	Percentage of conservatively managed patients (n=220)
Sex		
Male	145	66
Female	75	34
Age at presentation		
<60	4	2
61-70	30	14
71-80	93	42
81-90	82	37
>90	11	5
Deceased	n=105	48
Cause of Death		
	n	Percentage of decedents (n=105)
AA Rupture	19	18
Unknown	19	18
Other	67	64

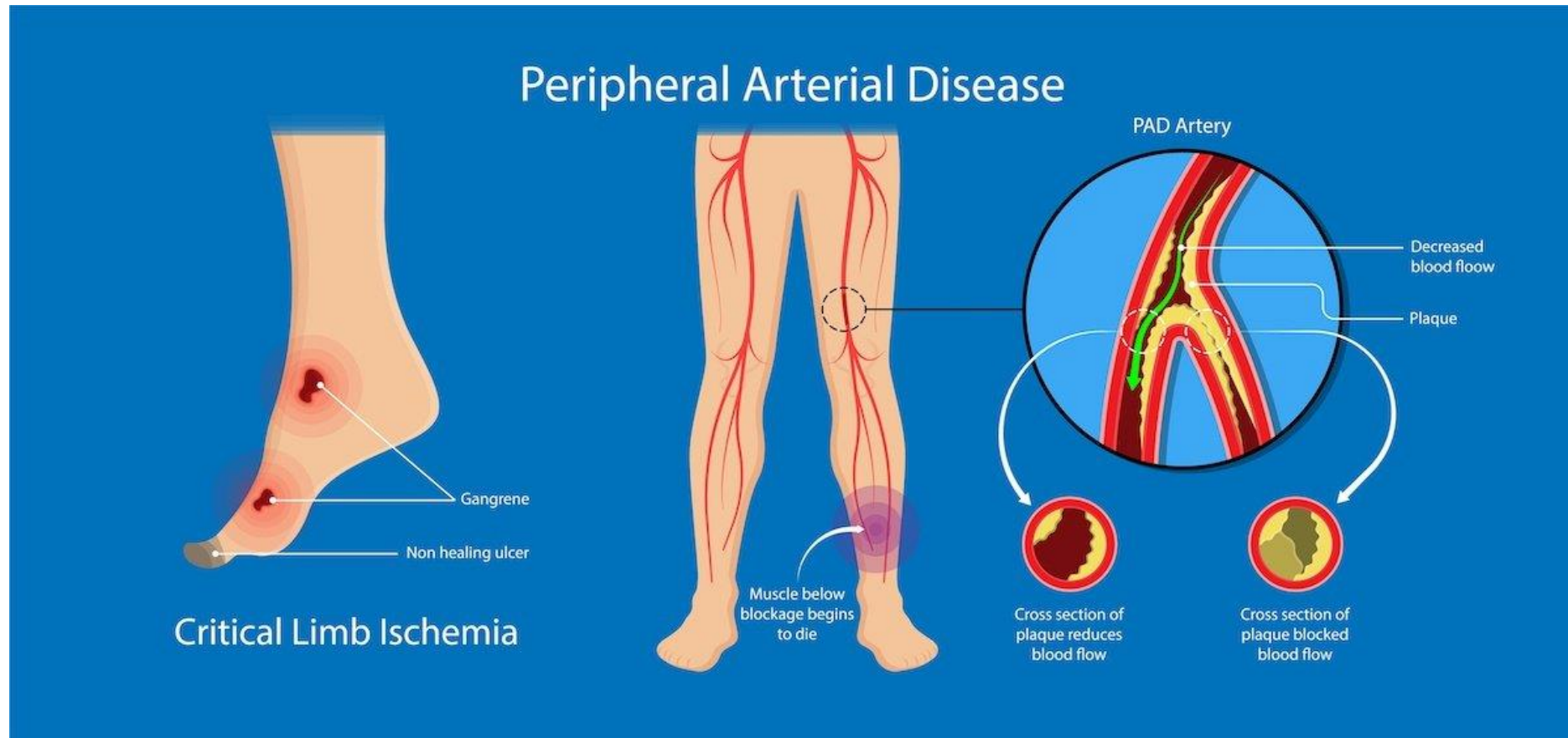
Resultaten: palliatieve zorg

Palliative care input and outcomes		
	n	Percentage of conservatively managed patients (n=220)
PC referral	20	9
PC Consultation	17	8
DNACPR form completion	68	31
Documented preferred place of care/death	10	5
Documented care priorities	50	23
Hospital readmission	76	35
Family involvement in ACP discussions	34	16
Hospice referral	3	1
Place of death		
Hospital	39	37
Usual place of residence	41	39
Hospice	3	3
Unknown	22	21
Median time from PCC to death	3.5 days [IQR 61.5]	
Median number of unplanned hospital admission in last 6 months of life	1 [IQR 1]	
Median time in hospital in last 6 months of life	3.5 days [IQR 12.8]	
Median time in ICU in last 30 days of life	0 days [IQR 0]	

Mogelijk ongepaste zorg bij patiënten met ernstig perifeer vaatlijden in de laatste 30 dagen van hun leven

Publicatie in voorbereiding

Wat is ernstig perifeer vaatlijden?



Wat is mogelijk ongepaste zorg?

- Contact met de SEH
- Ziekenhuisopname langer dan 14 dagen
- IC-opname
- Overlijden in het ziekenhuis
- Interventie

Gevolgen: Lagere kwaliteit van leven,
hogere zorgkosten



Doel

- In hoeverre krijgen patiënten met ernstig perifeer vaatlijden (PAV) mogelijk ongepaste zorg in de laatste 30 dagen van hun leven?
- Wat zijn de eigenschappen van patiënten met ernstig PAV die mogelijk ongepaste zorg krijgen?
- In hoeverre krijgen patiënten met ernstig PAV palliatieve zorg?

Methode I

Populatie:

Patiënten met ernstig PAV (Rutherford 4, 5 en 6) die behandeld werden in het MUMC+ tussen januari 2011 en januari 2017 en die overleden tussen januari 2011 en december 2019

Design:

Retrospectief dossieronderzoek

RUTHERFORD		
Grade	Category	Clinical
0	0	Asymptomatic
I	1	Mild claudication
I	2	Moderate claudication
I	3	Severe claudication
II	4	Ischemic rest pain
III	5	Minor tissue loss
IV	6	Ulceration or gangrene

Methode II

Variabelen:

- Baseline karakteristieken
- Comorbiditeiten
- Klinische presentatie
- Behandeling en klinische resultaten hiervan
- TraZAG-score (frailty)
- Mogelijk ongepaste zorg
- Palliatieve zorg

Resultaten: demografisch en klinisch

	Number of patients (n=238)
Age at deceasing	
<u>Age</u>	<u>78.6 ± 10.5 (45-101)</u>
Sex	
<u>Male</u>	<u>132 (55)</u>
Female	106 (45)
Risk factors and co-morbidities	
<u>Hypertension</u>	<u>207 (87)</u>
Heart failure	140 (59)
Coronary artery disease	101 (42)
Diabetes	101 (42)
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	54 (23)
<u>Smoking</u>	<u>160 (67)</u>
Renal impairment*	154 (65)
Hemodialysis	19 (8)
Transmural Care Assessment Geriatrics**	
<u>Score</u>	<u>7.25 ± 6.01 (0-32)</u>
Number of patients score < 8	108 (64)
Number of patients score ≥ 8	60 (36)
Total	168 (100)
Cause of death	
<u>Cardiovascular</u>	<u>35 (15)</u>
Malignancy	14 (6)
Other***	26 (11)
<u>Multiple causes</u>	<u>62 (26)</u>
<u>Unknown</u>	<u>101 (42)</u>

	Number of patients (n=238)
Age at CLTI* diagnosis	
<u>Age at diagnosis</u>	<u>76 ± 10.8 (40-98)</u>
Years between diagnosis and death	2.7 ± 2.5 (0.01-12)
<u>Deceased within 1 year after diagnosis</u>	<u>92 (39)</u>
Deceased within 30 days after diagnosis	19 (8)
Rutherford classification	
Category 4	45 (19)
<u>Category 5</u>	<u>160 (67)</u>
Category 6	33 (14)
Affected leg	
Right	53 (22)
Left	50 (21)
<u>Both</u>	<u>135 (57)</u>
Vascular interventions	
<u>Intervention total</u>	<u>223 (94)</u>
Endovascular revascularization	184 (83)
Surgical revascularization***	79 (35)
Minor amputation****	57 (24)
Major amputation	57 (24)
Conservative total	15 (6)

Resultaten: mogelijk ongepaste zorg in de laatste 30 dagen van het leven en palliatieve zorg

	Number of patients (n=238)
Potentially inappropriate EoL care**	
<u>Yes</u>	121 (51)
No	117 (49)
Indicators***	
≥ 2 emergency room visits	7 (3)
≥ 2 hospital admissions	12 (5)
> 14 days of hospitalization	47 (20)
<u>ICU admission</u>	31 (13)
<u>Hospital death</u>	97 (41)
Vascular interventions****	
<u>Total</u>	55 (23)
Endovascular revascularization	32 (13)
Surgical revascularization	12 (5)
Minor amputation	4 (2)
Major amputation	20 (8)

	No PIC		PIC		P value
	M	(SD)	M	(SD)	
Age at deceasing	80.37	(9.99)	76.96	(10.66)	0.012
Age of diagnosis	77.32	(10.65)	74.71	(10.89)	0.063
Body Mass Index	23.51	(4.37)	23.42	(4.87)	0.876
<u>TraZAG**</u>	6.33	(5.36)	8.17	(6.50)	0.048
ABI***	0.59	(0.28)	0.54	(0.23)	0.287
Transcutaneous pO2 [#]	24.62	(20.17)	21.84	(19.24)	0.437
Toe pressure [#]	41.80	(37.43)	35.19	(30.54)	0.191

	Number of patients (N=238)
Consultation	
Yes	32 (13)
Days before deceasing	15 ± 39.6 (0-225)
<u>≤ 30 days before death</u>	30 (94)
> 30 days before death	2 (6)
<u>No</u>	206 (87)

Doorontwikkeling van I-HARP voor toepassing bij patiënten met ernstig perifere vaatlijden en hun mantelzorgers (I-AVP)

ZonMW-subsidie

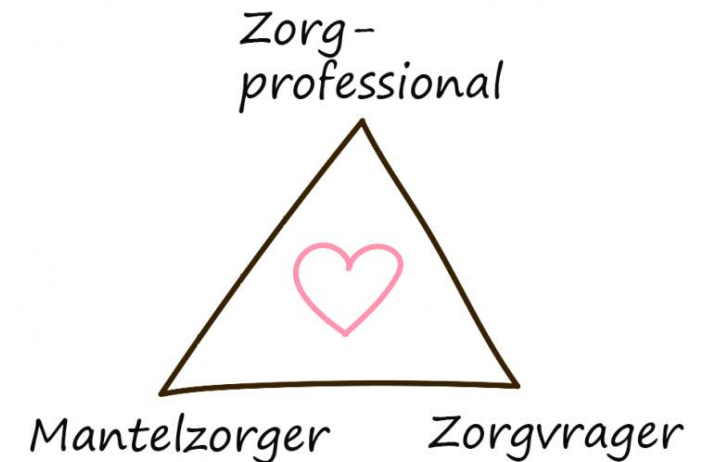
I-AVP

Deel 1: ontwikkeling

- Scoping review
- Individuele interviews
- Co-creatiesessies
- Expert review
- Gebruiksvriendelijkheid
- MUMC, HMC, ETZ

Deel 2: effectmeting

- Kwaliteit van Leven
- Mogelijk ongepaste zorg in de laatste 30 dagen
- MUMC, Amphia, Viecuri, Zuyderland



Dank voor de aandacht!