

## Zorgevaluatie

AGILE: Dit onderwerp staat niet op de NVVC Kennisagenda maar is geprioriteerd als kennisvraag door het richtlijnen-cluster duizeligheid en vallen van de Federatie Medische Specialisten. Ook de NVVC neemt hieraan deel.



Suzanne Peeters  
(Flevo-ziekenhuis)



Frederik de Lange  
(Amsterdam UMC)



Sofie Jansen  
(Amsterdam UMC)



Nathalie van der Velde  
(Amsterdam UMC)

## Multifactoriële valanalyse en valpreventie voor ouderen (AGILE-studie)

AGILE staat voor Acute Geriatric Intervention to Limit further falls in older individuals presenting at the Emergency department. De AGILE-studie onderzoekt de effectiviteit van een gestructureerd zorgpad valpreventie voor ouderen (65+) die op de spoedeisende hulp (SEH) komen na een val. Het zorgpad bestaat uit een multifactoriële valanalyse met bijbehorende interventies, waarvan het eerste deel wordt uitgevoerd op de SEH, en het tweede deel tijdens een vervolgspraak in de eerste of tweede lijn. De AGILE-studie is tot stand gekomen in een proces van co-creatie, gecoördineerd door het programma ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Dit is een nieuwe manier van zorgevaluatieonderzoek, waarbij aan de voorkant alle relevante stakeholders worden betrokken.



Wanneer ouderen op de SEH komen na een val, wordt vaak alleen het letsel behandeld. De meerderheid van deze patiënten heeft potentieel behandelbare risicofactoren voor vallen, maar slechts bij een klein percentage van de patiënten worden deze factoren uiteindelijk onderzocht en behandeld. Een val kan een uiting zijn van onderliggende acute ziekte, en wanneer dit wordt gemist kan dit resulteren in een vertraging van behandeling, en eventuele herpresentatie op de SEH binnen korte tijd. Het is reeds bekend dat het multifactorieel inventariseren en behandelen van valrisicofactoren leidt tot een reductie van het aantal valincidenten. Door het uitvoeren van deze studie zullen patiënten eerder worden onderzocht en behandeld, waarmee het aantal toekomstige valincidenten naar verwachting zal afnemen.

### Redactie:

Lokien van Nunen (voorzitter)  
Karin Jansen (senior beleidsadviseur NVVC)

wetenschapinnovatie@nvvc.nl  
www.nvvc.nl, kies thema wetenschap en innovatie

Personen van 65 jaar en ouder die op de SEH komen naar aanleiding van een val komen in aanmerking voor inclusie (als deze val in de laatste 48 uur gebeurd is). Het betreft een cluster gerandomiseerde trial met een stepped wedge design. Dat betekent dat alle clusters in de controlegroep beginnen, en per tijdseenheid van drie maanden telkens een cluster overgaat op de interventie. Aan het begin van de studie includeert een centrum dus alleen controlepatiënten, en na het overgaan op de interventie zal het centrum alleen nog het gestructureerde valzorgpad aanbieden aan geïncludeerde patiënten. Een centrum kan meedoen als het nog geen bestaand gestructureerd zorgpad valpreventie op de SEH heeft lopen dat volledig voldoet aan het IGJ-verbeterdoel valpreventie.

Het eerste deel van de interventie dat wordt uitgevoerd op de SEH is gericht op het signaleren en behandelen van acute valrisicoverhogende factoren, zoals onderliggende infecties, elektrolytstoornissen, hartproblemen en medicatiebijwerkingen. De interventie wordt uitgevoerd door de hoofdbehandelaar op de SEH, eventueel ondersteund door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Na dit deel van de interventie wordt de patiënt ontslagen naar huis of opgenomen in het ziekenhuis. Het tweede deel van de interventie (een multifactoriële valanalyse en behandeling) vindt plaats in het ziekenhuis (gespecialiseerde valpolikliniek) of in de eerste lijn. Dit deel van de interventie is gericht op het in kaart brengen van de overige en minder acute valrisicofactoren, en het aanbieden van passende interventies.

De totale inclusieduur per centrum is 18 maanden (exclusief de training en implementatieperiode) gevolgd door 12 maanden follow-up. Tijdens follow-up wordt door middel van valkalenders en vragenlijsten informatie verzameld over valincidenten, letsel en SEH-presentatie tijdens follow up. De primaire uitkomstmaat is het aantal valincidenten tijdens follow-up. Secundaire uitkomstmaten zijn valgerelateerd letsel, (valgerelateerde) herpresentatie op de SEH, ligduur SEH ten tijde van de eerste val, (valgerelateerde) (her)opname in het ziekenhuis, bezorgdheid om te vallen,



Betere zorg voor hartpatiënten door wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Dit gebeurt door het stimuleren van klinisch toegepast wetenschappelijk onderzoek, door het bevorderen van innovatie (technisch/organisatie van zorg) en door het doorgeleiden van beide naar de cardiologische praktijk.

kwaliteit van leven, fysiek functioneren/PROMs en kosten-effectiviteit.

Stakeholders die betrokken zijn bij het co-creatieproces: ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik, Zorg Instituut Nederland, Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Orthopedie Vereniging, Nederlandse Vereniging Voor Heelkunde en NVT, Verplegende & Verzorgenden Nederland, Pharos expertisecentrum voor diversiteit en het verkleinen van gezondheidsverschillen en Ouderenpanel Amsterdam Public Health.

Bij een wens tot meer informatie of deelname kunt u contact opnemen met: Sofie Jansen (internist ouderengeneeskunde): [✉ agile@amsterdamumc.nl](mailto:agile@amsterdamumc.nl)

## Innovatieagenda

Door:



Justine Stenger  
(LUMC, Leiden)



Corstiaan den Uil  
(Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam)



Wim Rietdijk  
(Vrije Universiteit, Amsterdam)



Frederikus Klok  
(LUMC, Leiden)



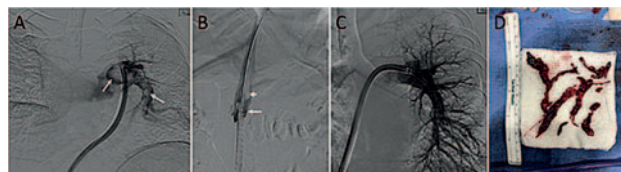
Adriaan Kraaijeveld  
(UMC, Utrecht)

### Mechanische trombectomie als behandeling van hoog risico longembolieën

De behandeling van een longembolie (LE) wordt bepaald aan de hand van de risicoclassificatie (laag risico, intermediair risico en hoog risico LE). Een hoog risico longembolie wordt gedefinieerd aan de hand van een hemodynamisch instabiele klinische presentatie en bestaat uit de aanwezigheid van persisterende hypotensie, obstructieve shock of circulatoir arrest.

De standaardbehandeling van een LE is antistolling. Bij een hoog risico LE wordt daarnaast reperfusiebehandeling toegepast, waarbij volgens de huidige richtlijn systemische trombolysie de behandeling van keus is (klasse 1-B, 2019 ESC-richtlijn). Dit gaat echter gepaard met een relevant risico op majeure bloeding (10-25%) en intracranieële bloeding (3%). Dit vormt een belemmering in de toepassing van levensreddende trombolysie, resulterend in nog hogere sterfte van deze patiëntengroep. Katheter trombectomie, een nieuwe reperfusiebehandeling die niet gepaard gaat met een hoog bloedingsrisico, is zo'n mogelijke oplossing.

In Nederland zijn hiervoor de FlowTrievers of Indigo Aspiration/Lightning katheters beschikbaar. Deze katheters worden via de rechterventrikel in de longslagaders geplaatst, waarna de trombus wordt verwijderd door gecontroleerde volume-aspiratie om zo de hemodynamiek snel en veilig te herstellen (figuur 1).



Figuur 1. Katheter trombectomie (Nezami et al, 2020)

Drie observationele studies van beperkte omvang, de FLARE-studie, EXTRACT-PE-studie en de FLAME-studie, hebben het effect van trombectomie bij de behandeling van een LE geëvalueerd. De FLARE en EXTRACT-PE hebben zich hierbij toegespitst op de intermediair risico LE. Beide studies toonden een reductie in de rechter ventrikel/linker ventrikel ratio 48 uur na de behandeling. In de FLAME-studie werd het effect van katheter trombectomie bij hoog risico LE geëvalueerd. De auteurs beschrijven een lagere mortaliteit dan verwacht. Helaas ontbreekt het in alle nu beschikbare studies aan standaardisatie van de ingreep en een controlegroep die de standaardbehandeling kreeg, zodat de veiligheid en effectiviteit van de katheter trombectomie niet goed kan worden beoordeeld.

Om vast te stellen welke patiënten baat hebben bij katheter trombectomie zijn dus gerandomiseerde studies nodig. De door ZIN/ZonMW gefinancierde TORPEDO-NL studie gaat trombectomie vergelijken met systemische trombolysie in hoogrisico LE-patiënten. TORPEDO-NL staat voor ThrOmbectomy in high-Risk Pulmonary Embolism - Device versus thrOmbolysis NetherLands. In deze gerandomiseerde studie wordt de effectiviteit en veiligheid van de interventie beoordeeld door de mortaliteit, het vóórkomen van behandelfalen (uitblijven van verbetering in hemodynamiek en respiratoire situatie), herseninfarct en majeure bloeding in de eerste 30 dagen na randomisatie te vergelijken tussen beide studiearmen. Tevens worden patiënten tot een jaar na inclusie gevolgd om ook de langetermijnzorguitkomsten zoals kwaliteit van leven, ziektelast, functioneel herstel en kosteneffectiviteit te kunnen evalueren.

Het is de verwachting dat de eerste patiënten in januari 2025 geïncludeerd zullen worden. Er zullen 10-15 centra aan de studie meedoen. Collega's die interesse hebben mee te doen aan de studie kunnen contact opnemen met [✉ UilC@maasstadziekenhuis.nl](mailto:UilC@maasstadziekenhuis.nl).