

Uitgebreid geriatrisch assessment van ouderen na spoedopname?

Analyse: S. De Weirdt, Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding

Referentie: Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011;343:d6553.

Klinische vraag

Verhoogt een uitgebreid geriatrisch assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) in vergelijking met gewone medische zorgen de kans dat kwetsbare ouderen na een spoedopname terug thuis gaan wonen?

Achtergrond

Vaak verliezen ouderen na hospitalisatie hun onafhankelijkheid in het dagelijkse leven en komen ze in een zorginstelling terecht. Institutionaliseren tast de levenskwaliteit aan en brengt extra kosten met zich mee. Om dit te voorkomen wil men het gebruik van Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) stimuleren. De American Geriatrics Society definieert CGA als 'een multidisciplinaire evaluatie waarbij de verschillende problemen van oudere personen opgespoord, beschreven en verklaard worden, een bilan wordt opgemaakt van de mogelijkheden en de middelen van de patiënt, een evaluatie van de beschikbare diensten en een plan van gecoördineerde zorg zodat de interventies kunnen gefocust worden in functie van de persoonlijke behoeften en problemen'¹. Na hospitalisatie kan dit proces ofwel op een afzonderlijke Gespecialiseerde Geriatrische Afdeling (gGA), ofwel op een algemene afdeling met gespecialiseerde 'teams' plaatsvinden. Deze benadering is in België bekend als 'liaison geriatric'.

Samenvatting van de studie

Methodologie

Systematische review van RCT's en meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- EPOC Register, Controlled Trials Register (CCTR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Medline (vanaf 1966), EMBASE, CINAHL, AARP Ageline (vanaf 1978); tot april 2010
- manueel doorzoeken van tijdschriften, conferentieverslagen en referentielijsten van eender welk als relevant geïdentificeerd onderzoek.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria
 - ~ RCT's die CGA (zowel gGA- als teammodellen) vergeleken met gewone zorg
 - ~ gGA gedefinieerd als een multidisciplinair team op de afdeling, dat controle heeft over de uitvoering van alle CGA-aanbevelingen; ook Geriatric Evaluation and Management Units (GEMU) of Acute Care for Elders Units (ACE) genoemd
 - ~ teams gedefinieerd als eenheden die multidisciplinair CGA-advies geven aan behandelende artsen van ouderen op algemene ziekenhuisafdelingen; ook Inpatient Geriatric Consultation Service (IGCS) genoemd
- exclusiecriteria: studies over georganiseerde zorg voor specifieke problemen, zoals eenheden voor CVA-zorg of geriatrische orthopedische rehabilitatie; studies die CGA bestuderen buiten het ziekenhuis; vergelijkende studies met andere vormen dan de twee gedefinieerde types van CGA
- selectie van 22 relevante RCT's uit 28843 titels.

Bestudeerde populatie

- 10 315 65-plussers uit 6 verschillende landen met ongeplande ziekenhuisopname of opname via een spoedgevallendienst.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: 'thuis wonen': betekent de kans dat iemand terug in eigen huis leeft na twaalf maanden follow-up
- secundaire uitkomstmaten: sterven, opname in een rust- en verzorgingsinstelling, afhankelijk worden, sterven of afhankelijk worden, sterven of aftakelen (verslechtering van functionele capaciteit), ADL, cognitieve toestand, heropname (in ziekenhuis), lengte van verblijf in ziekenhuis, gebruik van zorg.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: patiënten die CGA kregen hadden in vergelijking met gewone zorg meer kans om zowel na zes maanden als na twaalf maanden thuis te wonen (*zie tabel*)
- secundaire uitkomstmaten:
 - ~ het effect op de primaire uitkomstmaat was groter op een gGA dan met een team op een gewone afdeling (*zie tabel*)
 - ~ patiënten die CGA hadden ontvangen kwamen na twaalf maanden minder in rust- en verzorgingsinstellingen terecht (OR 0,78, 95% BI van 0,69 tot 0,88), hadden minder kans op dood of aftakeling (OR 0,76, 95% BI van 0,64 tot 0,90) en hadden meer kans op verbetering van cognitieve functies (SMD 0,08, 95% BI 0,01 tot 0,15)
 - ~ er waren geen significante verschillen in mortaliteit, afhankelijk worden, mortaliteit of afhankelijk worden, ADL en heropname in ziekenhuis.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat uitgebreid geriatrisch assessment de kans verhoogt dat ouderen na een spoedopname blijven leven en terug thuis kunnen gaan wonen. Dat schijnt vooral te gelden voor een opname op een afzonderlijke gGA. Bovendien gaat deze winst gepaard met een potentiële vermindering van onkosten in vergelijking met opname op een algemene medische dienst.

Financiering van de studie: geen specifieke giften van de publieke, commerciële of non-profit sector

Belangenconflicten: de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Tabel. Vergelijking van CGA, gGA en teams versus gewone zorg voor thuis wonen na 6 en 12 maanden (Odds Ratio, 95% BI en NNT).

Thuis wonen	Interventie	Aantal studies (N) / Aantal patiënten (n)	OR (95% BI)	NNT
Na 6 maanden	CGA vs gewone zorg	N=14 / n=5 117	1,25 (1,11 - 1,42)	17
	gGA vs gewone zorg	N=11 / n=4 624	1,31 (1,15 - 1,49)	13
	teams vs gewone zorg	N=3 / n=493	0,84 (0,57 - 1,24)*	
Na 12 maanden	CGA vs gewone zorg	N=18 / n=7 062	1,16 (1,05 - 1,28)	33
	gGA vs gewone zorg	N=14 / n=6 290	1,22 (1,10 - 1,35)	20
	teams vs gewone zorg	N=4 / n=772	0,75 (0,55 - 1,01)	

* niet significant

Methodologische beschouwingen

Deze systematische review is van een redelijke kwaliteit. De literatuurzoektocht en de data-extractie gebeurden door drie onafhankelijke onderzoekers. De definities van de in- en exclusiecriteria waren duidelijk. Subgroepanalyses, zoals een verschil in resultaten tussen gCA en teams, waren op voorhand gepland. De beslissing om de resultaten van gCA en teams apart te bekijken heeft te maken met de typische kenmerken in personeel en aanpak. De kwaliteit en uitgebreidheid van de meta-analyse wordt beperkt door de geringe beschikbaarheid en kwaliteit van data in de individuele studies. Voor de meeste uitkomsten waren er veel minder studies beschikbaar met teams dan op een gCA. Door dit onevenwicht moet men voorzichtig zijn bij de interpretatie van de globale resultaten (teams + gCA samen). De beschikbare gegevens waren ook vaak beperkt tot mortaliteit, thuiswonen of afhankelijkheid. Alle relevante studies zijn onderzocht op mogelijke bronnen van **bias**. Daarbij stelde men vast dat ze allemaal een bepaalde methode gebruikten voor randomisatie van individuele patiënten, maar essentiële zaken zoals concealment of allocation werden niet altijd gerapporteerd. Ook de meting van het effect gebeurde zelden geblindeerd. Er zou dus sprake kunnen zijn van **allocation** en **detection bias**. Sommige studies vermelden ook aanwezigheid van attrition bias voor cognitieve of functionele uitkomsten. Men heeft de meta-analyse gedaan zowel met als zonder inclusie van deze laatste uitkomsten. Bij statistische heterogeniteit ($I^2 > 30\%$) heeft men zowel het random effects als het fixed effects model gebruikt en de resultaten vergeleken. Wanneer in de studie numerieke schalen werden gebruikt, heeft men in de meta-analyse gewogen gemiddelden berekend.

Interpretatie van de resultaten

Hoewel we op het eerste zicht globaal kunnen besluiten dat significant meer kwetsbare ouderen terug thuis kunnen gaan wonen als ze na spoedopname CGA in plaats van gewone algemene zorgen krijgen, moeten we er toch rekening mee houden dat deze positieve uitkomst voornamelijk te wijten is aan gegevens van individuen op een gCA. Het aantal geïncludeerde studies met teams was immers ruim een derde minder dan die op gCA (zie hoger). Het is dus niet duidelijk of er een significant verschil in effect bestaat tussen gCA en teams. Op deze afdelingen die meestal ook een aangepaste inrichting hebben, werkt een gespecialiseerd multidisciplinair team in vast samenwerkingsverband waardoor ze erg goed ingespeeld zijn op elkaar en voortdurend getraind worden in de CGA-aanpak. Vermoedelijk zijn dat de voornaamste factoren waardoor gCA ten opzichte van teams waarschijnlijk een meerwaarde heeft. Teams werken meestal in losser samenwerkingsverband op verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Een directe vergelijking tussen CGA op de acute versus de subacute afdeling was niet mogelijk omdat beide afdelingen in de verschillende studies andere toelatingscriteria hadden. Op de vraag van welk moment bij spoedopname het belangrijk wordt om CGA toe te passen, wordt in deze studie dus geen antwoord gegeven. De meta-analyse geeft tevens maar een beperkt inzicht met betrekking tot welk type patiënten precies CGA zouden moeten krijgen. Een geplande subgroepanalyse om te achterhalen welk type patiënt bij opname het meeste gebaat zou zijn met CGA vergeleek studies die op basis van leeftijd includeerden met studies waarbij ouderen geïncludeerd werden met hogere behoefte aan geriatrische zorg (leeftijd samen met val, delier, immobiliteit). Bruikbare resultaten konden hieruit niet getrokken worden. In de toekomst moet dus nog uitgebreid onderzoek gebeuren wat betreft bovengenoemde aspecten van CGA opdat, door implementatie van de klinische en praktische aanbevelingen die daaruit voortvloeien,

CGA bij spoedopname optimaal efficiënt kan ingezet worden. Ook kosten/batenanalyses lijken in de richting van kostenbesparingen te wijzen indien CGA wordt toegepast². Maar ook hier moet een nog diepgaandere analyse gebeuren ter bevestiging.

Andere studies

Er zijn in de literatuur verschillende analyses te vinden over CGA maar die zijn onvolledig. Eén van de eerste analyses ging over interventie-onderzoeken op het gebied van gespecialiseerde geriatrische zorg na CVA of bij fracturen³, en is later aangevuld met studies per specialiteit^{4,5}. Andere onderzoeken zijn uitgevoerd met alleen specifieke subgroepen die geselecteerd waren op basis van de situatie bij opname⁶, criteria door de patiënt bepaald⁷, of op basis van de afdeling waar de patiënt verbleef⁸. Soms hadden de onderzoeken geen bruikbare analysegegevens⁹. Globaal besluiten deze onderzoeken dat er voordelen zijn van CGA voor bepaalde subgroepen, maar dat ze omwille van hun inclusiecriteria slechts beperkt advies kunnen geven voor een specifieke groep patiënten, en mogelijks premature conclusies trekken in verband met aspecten van CGA die misschien effectief zijn.

Besluit Minerva

Deze systematische review met meta-analyse over uitgebreid geriatrisch assessment (CGA) laat zien dat de kwetsbare oudere patiënt die opgenomen wordt via spoedopname meer kans heeft om in leven te blijven én terug thuis te gaan wonen als CGA wordt toegepast. Een subgroepanalyse lijkt erop te wijzen dat voornamelijk CGA op een Gespecialiseerde Geriatrische Afdeling (gGA) aanleiding geeft tot een positief resultaat in tegenstelling tot CGA verstrekt door Teams (ICCS) op algemene afdelingen.

Voor de praktijk

De American Geriatrics Society geeft aan dat routine geriatrisch assessment een bewezen effect heeft¹. De gezondheid verbetert en de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen gaat erop vooruit en dit binnen verschillende gezondheidszorgsystemen. Deze evaluatie houdt minstens rekening met mobiliteit, continentie, cognitieve toestand, voeding, medicatie en de beschikbare persoonlijke, familiale en maatschappelijke mogelijkheden, in samenwerking met een multidisciplinair team van zorgverleners, de patiënt zelf, en zo mogelijk ook de familie. Dit team is verantwoordelijk voor de functionele medische en psychosociale evaluatie, het uitwerken van een zorgplan en de coördinatie van de verschillende hulpverleners en de familie bij de realisatie ervan.

Deze systematische review met meta-analyse toont aan dat CGA bij spoedopname van een kwetsbare oudere, wanneer een gespecialiseerde geriatrische dienst beschikbaar is, de kans op overleven en terug thuis te wonen verhoogt. Het is daarom zeker wenselijk dat artsen en andere gezondheidswerkers zelf vertrouwd raken met het concept van CGA en meewerken aan de toepassing en perfectionering van de interventie in verschillende contexten.

Referenties: zie www.minerva-ebm.be