



Welke interventies voorkomen opnames van thuiswonende oudere personen in een woonzorgcentrum?

Referentie

Gaugler JE, Zmora R, Peterson CA, et al. What interventions keep older people out of nursing homes? A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2023;71:3609-21. DOI: 10.1111/jgs.18522

Duiding

Nicky Van Broeck, master ergotherapie, deelnemer schrijversdag 2023
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Wat is de effectiviteit van medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies om een opname in een woonzorgcentrum bij thuiswonende oudere personen uit te stellen?

Achtergrond

In de huidige maatschappij neemt de vergrijzing alsmaar toe. Bovendien verkiezen oudere personen om thuis verder te leven (1,2). Minerva duidde in 2012 een systematische review met meta-analyse over het effect van een uitgebreid geriatrisch assessment (*Comprehensive Geriatric Assessment* of CGA). Daaruit bleek dat kwetsbare oudere patiënten die via spoed opgenomen waren, meer kans hadden om in leven te blijven én terug thuis te gaan wonen als CGA werd toegepast (3,4). Een recente systematische review onderzocht het effect van een brede waaier aan interventies om het verblijf in eigen huis van oudere personen kwalitatief te verlengen (5). Deze vraag is zeer relevant omdat men hierdoor de werkdruk binnen de woonzorgcentra zou kunnen verlagen, de kwaliteit van de zorg garanderen en de wens van thuiswonende oudere personen beter respecteren (6-10).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse.

Geraadpleegde bronnen

- Medline, Embase, PsycInfo, CINAHL, Cochrane Library; tot maart 2022
- referentielijsten van geselecteerde studies en systematische reviews/meta-analyses
- geen restrictie in jaar of status van publicatie (dus ook rapporten en abstracts van congressen).

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: gerandomiseerde gecontroleerde studies bij oudere personen (inclusie van personen ≥ 65 jaar of gemiddelde leeftijd ≥ 65 jaar) met een kort- of langdurende opname in een woonzorgcentrum (of een gelijkaardige residentiële setting) als primaire of secundaire uitkomstmaat en zonder minimale opvolgingsduur
- uiteindelijke inclusie van 283 studies, waarvan 97 (34,3%) in de Verenigde Staten uitgevoerd, met verschillende types van interventie: thuis gebaseerde interventies (N=45), multicomponente interventies (N=43), gespecialiseerde geriatrische intramurale zorg (globale geriatrische evaluatie en multidisciplinaire zorgplanning) (N=38), casemanagement (N=20), revalidatie na beroerte (N=20), ondersteuning, educatie en aanleren van vaardigheden bij mantelzorgers

(N=16), extramuraal zorgmanagement (N=29), medicatie (N=12), oefeningen (N=12), ontslagplanning uit het ziekenhuis (N=7), globale geriatrische evaluatie (N=16), dagziekenhuis (N=7), alarmsystemen (N=2), cognitieve stimulatie (N=3), staftraining bij dementie (N=1), ambulante screening (N=1), hoge intensiteit slikoefeningen en voedingsaanpassingen bij slikproblemen (N=1); gerichte aankoop van persoonlijke hulpmiddelen (N=1), web gebaseerde dementietool voor zorgverleners (N=1), proteïnesupplementen (N=1), integratie van gezondheids- en sociale zorgverlening (N=1); in 258 (91,2%) studies vergeleek men met gebruikelijke zorg; de opvolgtermijn varieerde van <12 maanden (30,1%) tot >36 maanden (5,7%).

Bestudeerde populatie

- 203 735 thuiswonende oudere personen (23 tot 36 726 per studie) met een gemiddelde leeftijd van 77,7 jaar (SD 4,73) waarvan 60% vrouwen; sommige studies includeerden specifieke populaties zoals personen die een beroerte hadden doorgemaakt of personen met dementie; 15% van de geïncludeerde populatie was al eerder opgenomen in een woonzorgcentrum.

Uitkomstmeting

- uitkomstmaat: verschil tussen interventie- en controlegroep in het percentage deelnemers dat opgenomen wordt in een woonzorgcentrum (of een gelijkaardige residentiële langdurige zorgsetting)
- meta-analyse met random effects model wanneer minstens 3 studies van een bepaald type van interventie beschikbaar
- gepoolde resultaten uitgedrukt in odds ratio (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI)
- sensitiviteitsanalyse waarbij om beurt individuele studies werden weggelaten uit de gepoolde resultaten.

Resultaten

- in vergelijking met een controlegroep zag men een daling van het aantal opnames in een woonzorgcentrum met multicomponente interventies (OR 0,82 met 95% BI van 0,67 tot 0,99; N=40; I²=62%; hoge kwaliteit van bewijs), gespecialiseerde geriatrische zorg (OR 0,77 met 95% BI van 0,60 tot 0,99; N=36; I²=79%; lage kwaliteit van bewijs) en cognitieve stimulatie (OR 0,60 met 95%BI van 0,38 tot 0,96; N=3; I²=5,5%; hoge kwaliteit van bewijs)
- geen statistisch significante resultaten met thuis gebaseerde interventies, casemanagement, revalidatie na beroerte, ondersteuning, educatie en aanleren van vaardigheden bij mantelzorgers, extramuraal zorgmanagement, medicatie, oefeningen, ontslagplanning, globale geriatrische evaluatie, dagziekenhuis.

Besluit van de auteurs

Zelfs met complexe zorgbehoeften willen oudere volwassenen thuis blijven wonen. Het effectief verspreiden en implementeren van geriatrische zorgprincipes over alle zorgcontacten heen zou kunnen leiden tot een zeer waardevolle en geprefereerde uitkomst bij oudere volwassenen, namelijk thuis ouder worden.

Financiering van de studie

Geen fondsen.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review met meta-analyse werd gerapporteerd volgens de PRISMA-richtlijnen. Twee onafhankelijke onderzoekers zochten systematisch naar relevante literatuur in vijf databanken. In geval van discrepantie over de selectie zocht men naar een consensus met alle onderzoekers bijgestaan door twee extra experts. Ook de data-extractie gebeurde op dezelfde manier en werd door de eerste auteur nog eens afzonderlijk gecontroleerd. De eerste auteur categoriseerde daarnaast de verschillende interventies op basis van de beschrijving van de interventies in de oorspronkelijke studies. De finale indeling van de interventies werd samen met twee andere auteurs gevalideerd. De inclusiecriteria waren zeer breed wat resulteerde in een verzameling van klinisch zeer heterogene studies. Behalve de klinische heterogeniteit was er ook een belangrijke statistische heterogeniteit voor heel wat gepoolde resultaten. Een metaregressie-analyse vond geen significante associaties tussen de gepoolde resultaten en factoren zoals intramurale versus extramurale zorg, steekproefgrootte, eerdere opname in een woonzorgcentrum, duur van de interventie en follow-up, gemiddelde leeftijd en percentage vrouwen. De onderzoekers voerden ook een sensitiviteitsanalyse uit waaruit bleek dat de gepoolde resultaten meestal ongewijzigd bleven na weglaten van individuele studies. Alleen na het weglaten van slechts één studie waren de resultaten voor multicomponente interventies en gespecialiseerde geriatrische zorg niet langer statistisch significant.

De auteurs kozen voor de richtlijnen van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) om het risico van bias van de individuele studie te evalueren. In tegenstelling tot de RoB-tool van de Cochrane Collaboration kijkt men alleen naar blindering van effectbeoordelaars om het risico van detectiebias te bepalen. De keuze voor de AHRQ-tool is zeker te verantwoorden aangezien het meestal ging om niet-medicamenteuze interventies waarbij dubbele blindering niet mogelijk was. Twee derde van de geïncludeerde studies vertoonde een laag risico van bias en de overige studies hadden een matig risico van bias. Studies met een hoog risico van bias waren sowieso uitgesloten. Een gedetailleerd overzicht van de verschillende bronnen van bias voor elke studie ontbreekt echter in het artikel en de supplementen. De bewijskracht werd geëvalueerd met de Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations (GRADE)-methodologie, die rekening houdt met risico van bias, inconsistentie (heterogeniteit), indirectheid en onnauwkeurigheid. Omdat meer dan de helft van de geïncludeerde studies een matig risico van bias had en wegens de hoge statistische heterogeniteit ($I^2=79\%$) kende men aan het effect van gespecialiseerde geriatrische zorg een lage bewijskracht toe.

Beoordeling van de resultaten

De resultaten tonen met hoge bewijskracht aan dat multicomponente interventies effectief zijn in het voorkomen van institutionalisering. Op basis van de absolute cijfers berekenden de onderzoekers per 1 000 oudere personen 5 opnames minder in een woonzorgcentrum wanneer multicomponente interventies werden toegepast. Het gunstige resultaat van multicomponente interventies is weinig verrassend. Aangezien opname in een woonzorgcentrum door meerdere factoren wordt beïnvloed, zijn intensieve en complexe strategieën waarschijnlijk noodzakelijk om oudere personen langer thuis te laten wonen. Toch blijft het onduidelijk welke specifieke componenten verantwoordelijk zijn voor de positieve effecten en via welke mechanismen deze resultaten tot stand komen, wat de implementatie van dergelijke interventies in de praktijk bemoeilijkt. Men zag ook een gunstig resultaat met gespecialiseerde geriatrische zorg. Hier kon men bij 37 op 1 000 oudere personen een opname voorkomen. Ook cognitieve stimulatie droeg bij aan het uitstellen van institutionalisering bij oudere personen met dementie. Hier was het absolute effect nog hoger, namelijk een daling van 67 opnames per 1 000 oudere personen. Behalve de belangrijke klinische heterogeniteit zijn er nog twee andere factoren die de extrapolatie bemoeilijken. Ten eerste zijn de controlegroepen niet helder gerapporteerd. In 90% van de gevallen gaat het om gebruikelijke zorg, maar wat dat precies inhoudt, is onduidelijk. Ten tweede bestudeerden veel van de geïncludeerde studies een specifieke populatie zoals personen die een beroerte doormaakten of dement waren. Er werden geen subgroepenanalyses met specifieke populaties uitgevoerd.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk

Er bestaan geen specifieke richtlijnen over interventies om opnames van oudere personen in woonzorgcentra te voorkomen. Het Britse *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* benadrukt wel het belang van het leveren van persoonsgerichte thuiszorg door middel van duidelijke zorgplannen, passende training en ondersteuning van zorgmedewerkers en samenwerking tussen zorgverleners (11). Thuiszorgmedewerkers moeten voldoende tijd krijgen om kwalitatieve zorg te leveren, rekening houdend met de cultuur en de behoeften van de zorgontvanger. Er moet een geïntegreerde aanpak bestaan tussen gezondheids- en zorgprofessionals om een veilige en effectieve zorgverlening te waarborgen.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde systematische review met meta-analyse toont aan dat multicomponente interventies, cognitieve stimulatie (beide met hoge kwaliteit van bewijs) en gespecialiseerde geriatrische zorg (met lage kwaliteit van bewijs) effectief zijn om de opname van oudere personen in een woonzorgcentrum te voorkomen. De belangrijke klinische heterogeniteit van de geïnccludeerde studies en de beperkte gegevens over specifieke interventies en controlegroepen bemoeilijken de extrapolatie van de resultaten.

Referenties

1. Binette J. 2021 Home and community preference survey: a national survey of adults age 18-plus. AARP Research 2021. DOI: 10.26419/res.00479.001
2. Pearson C, Fields C. The John A. Hartford Foundation foresight 50+ omnibus survey. NORC Health Care Strategy, 2021. Accessed July 9, 2021.
3. De Weirdt S. Een uitgebreid geriatrisch assessment na spoedopname van ouderen? *Minerva* 2012;11(6):69-70.
4. 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. DOI: 10.1136/bmj.d6553
5. Gaugler JE, Zmora R, Peterson CA, et al. What interventions keep older people out of nursing homes? A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2023;71:3609-21. DOI: 10.1111/jgs.18522
6. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, et al. Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2016;16:137. DOI: 10.1186/s12877-016-0312-4
7. Kapoor A, Field T, Handler S, et al. Adverse events in long-term care residents transitioning from hospital back to nursing home. *JAMA Intern Med* 2019;179:1254-61. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.2005
8. Levinson DR. Adverse events in skilled nursing facilities: national incidence among Medicare beneficiaries. Office of Inspector General, Dept Health & Human Services, 2014. Url: <https://oig.hhs.gov/reports/all/2014/adverse-events-in-skilled-nursing-facilities-national-incidence-among-medicare-beneficiaries/>
9. de Medeiros MM, Carletti TM, Magno MB, et al. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2020;20:44. DOI: 10.1186/s12877-020-1452-0
10. Kroemeke A, Gruszczynska E. Well-being and institutional care in older adults: cross-sectional and time effects of provided and received support. *PloS One* 2016;11:e0161328. DOI: 10.1371/journal.pone.0161328
11. National Institute of Health and Care Excellence. Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes. Published: 17/09/2015 (update 2018). Url: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng21/resources/home-care-delivering-personal-care-and-practical-support-to-older-people-living-in-their-own-homes-pdf-1837326858181>

Dit artikel kwam tot stand tijdens de Schrijversdag van Minerva in september vorig jaar. Onder begeleiding van ervaren redactieleden werkten nieuwe auteurs, zowel artsen als paramedici, aan de duiding van een artikel dat door Minerva geselecteerd werd. Zoals altijd werd de duiding peer-reviewed door de redactie.