

# Geriatric assessment

## Back to basics

1 november 2017

Huub Maas, geriater Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis, Tilburg

Hanneke Kleijwegt, verpleegkundig specialist, ziekenhuis de Gelderse Vallei, Ede



**Waarom zou je GA verrichten?**



# Geriatric assessment

## Oncologie

- Multidimensioneel
- Vaak op moment oncologische behandelbesluit

## Geriatric

- Multidimensioneel
- Individueel gerichte informatie vergaring ('goalsetting')
- Geïndividualiseerd en geïntegreerd interventieplan
- Multidisciplinaire inzet
- Vaak binnen een beperkte tijdsperiode

# GA in ziekenhuis

- Overleving binnen 1 jr
- Minder vaak verpleeghuisplaatsing
- Iets QALY winst
- Minder ‘deterioration’ en betere cognitieve status
- Niet bij ‘iedere patient’...

# Oncologische behandelkeuze

## Tumor kenmerken

- Type tumorcellen
- Uitgebreidheid

## Patientkenmerken

- Levensverwachting
- Bijkomende ziekten
- Zelfredzaamheid
- Psychische gesteldheid
- Voedingstoestand
- Polyfarmacie
- Sociale kenmerken

**“Heterogeniteit”**

Voorkeuren van de patient  
Duiding “Kwaliteit van leven”



# Geriatric assessment

- Comorbiditeit
- Algemeen functioneren - zelfredzaamheid
- Mentaal en cognitief functioneren
- Sociale aspecten - zorgbehoefte, advanced care planning
- Medicatie

Doel: gerichte informatie voor de afweging van beleid.

# Waarom GA ?

- Detecteert nieuwe gezondheidsproblemen, ook bij ouderen met een goede performance status.
- Operationaliseert *heterogeniteit* en *kwetsbaarheid* van oudere patiëntenpopulatie of patiënt
- Geriatische domeinen zijn voorspellend voor:
  - Overleving/vroegtijdig overlijden
  - Belastbaarheid/afroeden beoogde therapie
  - Risico op complicaties
- Rechtvaardiging positie van GA in oncologische zorg?



## Prevalentie geriatrische problemen



# Beïnvloeding behandeling ?

## 1. Oncologische behandeladvies:

Table IV. Alterations in oncologic treatment after geriatric assessment/consultation.

	Treatment altered		More intensive treatment		Treatment delay		Less intensive treatment	
	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =
Horgan [15]	20%	6/30	3%	1/30	0%		17%	5/30
Caillet [10]	21%	78/375	2%	8/375	2%	7/375	17%	63/375
Kenis [16]	25%	282/1115*	–		–		–	
Girre [14]	39%	36/93	2%	2/93	0%		37%	34/93
Aliamus [8]	45%	22/49	–		–		–	
Chaibi [11]	49%	79/161	28%	45/161	3%	5/161	18%	29/161

## 2. Non-oncologische behandeladvies: > 70%

# Kwetsbaarheid





# Frailty concept

- ❖ Toestand van verminderde fysiologische reserves
- ❖ Ontstaan door de cumulatieve achteruitgang in multiple orgaansystemen
- ❖ Gevolg een verminderde weerstand/ groter falen bij stressoren



# Frailty-instrumenten

- Gevalideerde lijsten: G8, GFI, ISAR-HP, VES-13, Frailty-index
- Physical performance testen: Timed-up-and-go, loopsnelheid
- Vooral benut om subpopulatie te onderscheiden met verhoogd risico op vroegtijdig overlijden, complicaties, snelle functionele achteruitgang

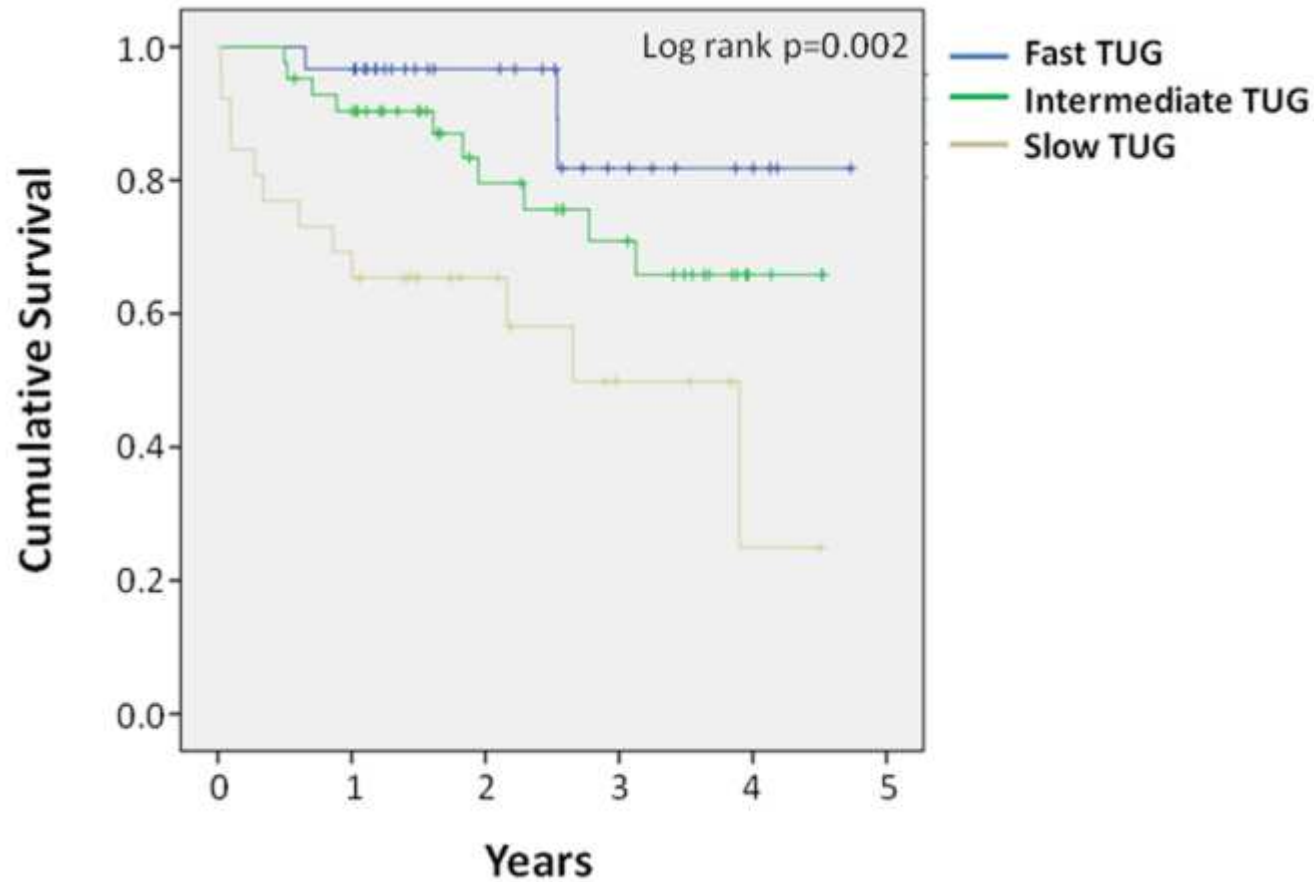
# G8

TABEL 2.1  
G8-SCREENINGSINSTRUMENT VOOR FRAILTY.

Items	Mogelijke antwoorden	Score
A Bent u in de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen met kauwen en/of slikken?	0 = sterk verminderde voedselinname 1 = matig verminderde voedselinname 2 = geen verandering in voedselinname	...
B Gewichtsafname gedurende de afgelopen 3 maanden	0 = gewichtsafname groter dan 3 kg 1 = weet niet 2 = gewichtsafname tussen 1 en 2 kg 3 = geen gewichtsafname	...
C Mobiliteit	0 = aan bed of stoel gebonden 1 = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen maar gaat niet naar buiten 2 = gaat zelfstandig naar buiten	...
D Neuropsychologische problemen	0 = ernstig dement of depressief 1 = licht dement of depressief 2 = geen psychologische problemen	...
E BMI (gewicht in kg/ lengte in m <sup>2</sup> )	0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	...
F Neemt de patiënt meer dan 3 geneesmiddelen?	0 = ja 1 = nee	...
G Vindt de patiënt dat hij gezonder is of minder gezond dan de meeste mensen van zijn of haar leeftijd?	0 = minder gezond 0,5 = weet niet 1 = even gezond 2 = gezonder	...
H Leeftijd	0 = > 85 jaar 1 = 80-85 jaar 2 = < 80 jaar	...
Totaalscore		...

Een score van ≤ 14 punten is indicatief voor kwetsbaarheid.

# TUG en overleving na colorectale chirurgie



# Frailty ....complicaties

- Postoperatieve complicaties colorectaal

Frail 62% vs. fit 37%

ASA en leeftijd: NS

*Kristjansson, Crit Rev Oncol/Hematol 2010*

- Chemotoxiciteit

Frail 76% vs fit 54%

*Stokoe, J Geriatr Oncol 2012*

Frail 86% fit 50%

*Fraeijenhove, Ann Oncol 2012*

- Disclaimer:

Hematol oncologie en acute complicaties RTX

*Middelburg, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2017*

# Balanceren: over- en onderbehandeling





# Wat levert invoegen CGA op ?



Critical Reviews in Oncology/Hematology 64 (2007) 1–9



Physicians' judgement and comprehensive geriatric assessment (CGA)  
select different patients as fit for chemotherapy

Ulrich Wedding<sup>a,b,\*</sup>, Daphne Ködding<sup>c</sup>, Ludger Pientka<sup>b</sup>,  
Hans T. Steinmetz<sup>c</sup>, Stefan Schmitz<sup>c</sup>

*20% van de fit bevonden patiënten had  
3+ geriatrische problemen*

# Wat levert invoegen CGA op (RCT's)?

- ADL na 6 maanden  
Psychisch functioneren  
Pijn

Rao, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005

- Overall en ziektevrije overleving gelijk  
Toxiciteit en vroegtijdig beëindigen chemo minder  
Best supportive care:  
CGA-groep vs non-CGA: 23% vs 0%

Gorre, J Clin Oncol 2016



# Hoe GA in de praktijk te brengen ?

1. Domeinen GA expliciet in oncologisch zorgpad
2. Domeinen GA expliciet + consultatie geriatisch team
3. Invoeren *Frailty-test* om subpopulatie kwetsbare patiënten te selecteren, nadien consultatie geriatisch team

# Hoe GA in de praktijk te brengen ?

1. Domeinen GA expliciet in oncologisch zorgpad

**Evt met gestandaardiseerde interventies**

2. Domeinen GA expliciet + consultatie geriatisch team

3. Invoeren *Frailty-test* om subpopulatie kwetsbare patiënten te selecteren, nadien consultatie geriatisch team



**Hoe is het bij u georganiseerd ?**



# Voorbeeld Gelderse Vallei

- Ontleend aan Geriatric Navigator
- Ingebouwd in Zorgpad-EPD
- Multidomein-beoordeling + Gevalideerde meetinstrumenten -
- Zo nodig consultatie geriater, dietist, fysio, MSW/psycholoog

Geriatric navigator 1 | Geriatric navigator 2 | Geriatric navigator 3 | Scorelijsten | LARS

Episode

Begindatum	Ziektebeeld	Omsc	Afsluitdatum	Resultaat	
10-02-2017	GE	Coloni			P
11-10-2016	Onco	buikkl			P

Instances van dit formulier

29-10-2017 10.25.30

Episodes

Klin/Pol/Dag/E/Tel  
Poliklinisch

Behandelaar

Datum  
29-10-2017

Nieuw

**Tumor**

Tumortype

Tumor subtype

Stadiering

Extra opmerking ZGV

**Algemene conditie/kwetsbaarheid**

Opmerking algemene conditie

**Meetinstrumenten**

Karnofskyscore

ASA-classificatie

WHO-classificatie

[Ga naar: scorelijsten](#)

Datum	Karnofskyscore	ASA-classificatie	WHO-classificatie

**Comorbiditeit**

Cardiovasculair  Ja  Nee

Hartfalen

Boezemfibrileren

Kleplijden

Hypertensie

Actue Angina Pectoris

Myocardinfarct (6 maanden)

Diabetes Mellitus  Ja  Nee

Type 1

Type 2

COPD  Ja  Nee

Reumatologische aandoenin..

Neurologische aandoeningen

Overige aandoeningen

Opmerkingen comorbiditeit

EPD - g... | Document1 - Word

Geriatric navigator 1 | Geriatric navigator 2 | Geriatric navigator 3 | Scorelijsten | LARS

Episode					
Begindatum	Ziektebeeld	Omscl	Afsluitdatum	Resultaat	
10-02-2017	GE	Colonl			P
11-10-2016	Onco	buikkl			P

Instances van dit formulier  
29-10-2017 10:25:30

Episodes

Klin/Pol/Dag/E/Tel: Poliklinisch  
Behandelaar:   
Datum: 29-10-2017

**Zelfredzaamheid**

Bent u van iemand afhankelijk voor wassen/kleden/ eten of toiletgang?  Ja  Nee

Bent u van iemand afhankelijk voor boodschappen doen/ administratie/financien?  Ja  Nee

Kunt u minder goed lopen?  Ja  Nee

Indien ja  Oorzaak bekend  Oorzaak onbekend

Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen?  Ja  Nee

Opmerkingen zelfredzaamheid

**Geriatrisch syndroom**

Heeft u last van vergeetachtigheid?  Ja  Nee

Is er een dementie vastgesteld?  Ja  Nee

Heeft u last van somberheid?  Ja  Nee

Gebruikt u alcohol?  Ja  Nee

Indien ja, dagelijks?  Ja  Nee

Hoeveel eenheden per dag?

Rookt u?  Ja  Nee

Indien ja, hoeveel sigaretten per dag?

Valt u meer dan 2x per jaar?  Ja  Nee

Heeft u ooit een delier (acute verwardheid) doorgemaakt?  Ja  Nee

Opmerkingen geriatrisch syn..

Nieuw

EPD - g... | Document1 - Word



Geriatric navigator 1 | Geriatric navigator 2 | Geriatric navigator 3 | Scorelijsten | LARS

**Episode**

Begindatum	Ziektebeeld	Omscl	Afsluitdatum	Resultaat	
10-02-2017	GE	Coloni			P
11-10-2016	Onco	buikk			P

**Instances van dit formulier**

29-10-2017 10:25:30
---------------------

Episodes

Klin/Pol/Dag/E/Tel: Poliklinisch

Behandelaar:

Datum: 29-10-2017

Nieuw

**Communicatie**

Heeft u problemen met zien?  Ja  Nee

Heeft u gehoorproblemen?  Ja  Nee

Opmerkingen communicatie:

**Risico op ondervoeding**

Is de eetlust verminderd?  Ja  Nee

Is er sprake van ongewild gewichtsverlies de afgelopen maand?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel kilo?

Opmerkingen risico ondervoeding:

Lengte (cm):

Gewicht (kg):

BMI:

Geriatric navigator

Datum	Lengte (cm)	Gewicht (kg)	BMI
01-06-2017		54	
10-05-2017		53,5	
01-05-2017	156	52,5	21,6
30-04-2017		52,5	

**Medicatiegebruik**

Gebruikt u meer dan 5 medicijnen?  Ja  Nee

Weet u waarvoor de medicatie is voorgeschreven?  Ja  Nee

Weet u hoe vaak/hoe u de medicatie moet innemen?  Ja  Nee

Opmerkingen medicatiegebruik:

**Sociale ondersteuning**

Bent u alleenstaand?  Ja  Nee

Heeft u kinderen in de nabije omgeving?  Ja  Nee

Bent u mantelzorg voor partner/familie?  Ja  Nee

Kunt u rekenen op mantelzorg?  Ja  Nee

Heeft u professionele ondersteuning?  Ja  Nee

Opmerkingen sociale onders.:

S|EPD - g... | Document1 - Word

# Afspraken voor verwijzing

Achteruitgang in geheugen, desoriëntatie in tijd/plaats of vermoeden op depressie

→ noteren in rapportage. Dag van opname geriater in consult.

Vastgestelde dementie

→ preoperatief poliklinisch consult geriatrie.

→ als patiënt bekend is bij de geriater, dan een mail sturen over opname + consultformulier sturen naar poli geriatrie

Bij overmatig alcoholgebruik → preoperatief poliklinisch consult geriater

Bij valrisico → postoperatief consult geriater

Bij delier in het verleden → preoperatief poliklinisch consult geriater

Psychosociale problemen (Lastmeter, CIS) → MDO psychosociale zorg

Voedingsproblemen → Dietist

Screening fysiotherapeut bij iedere patient → Prehabilitatie op indicatie

# MDO

- Chirurg
- MDL-arts
- Internist-oncoloog
- Radioloog
- Radiotherapeut
- Patholoog
- Geriater
- Stomaverpleegkundige
- Verpleegkundig specialist





# Voorbeeld Elisabeth-Tweesteden

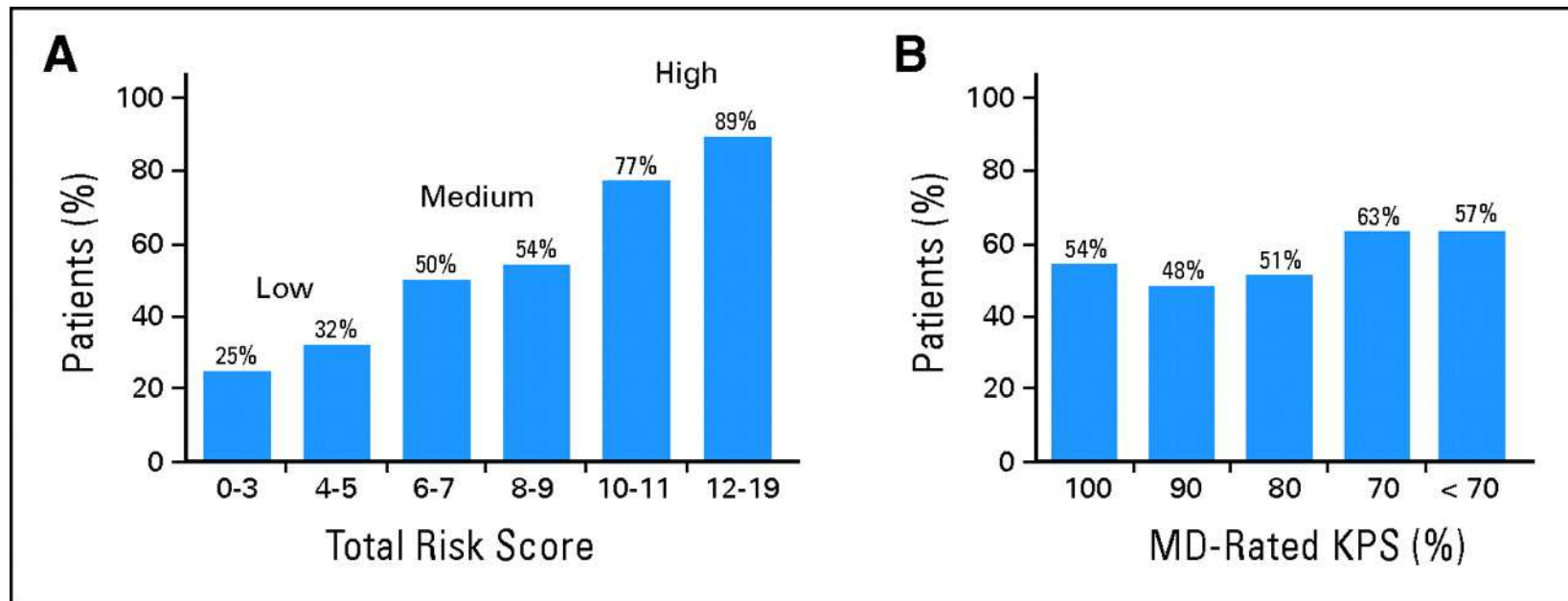
- ❖ Verpleegkundige anamnese aangepast (cfr GN)
- ❖ In zorgpaden met hoogrisico-interventies: Frailty test
- ❖ Positieve frailty test → Verwijzing poli geriatrische oncologie

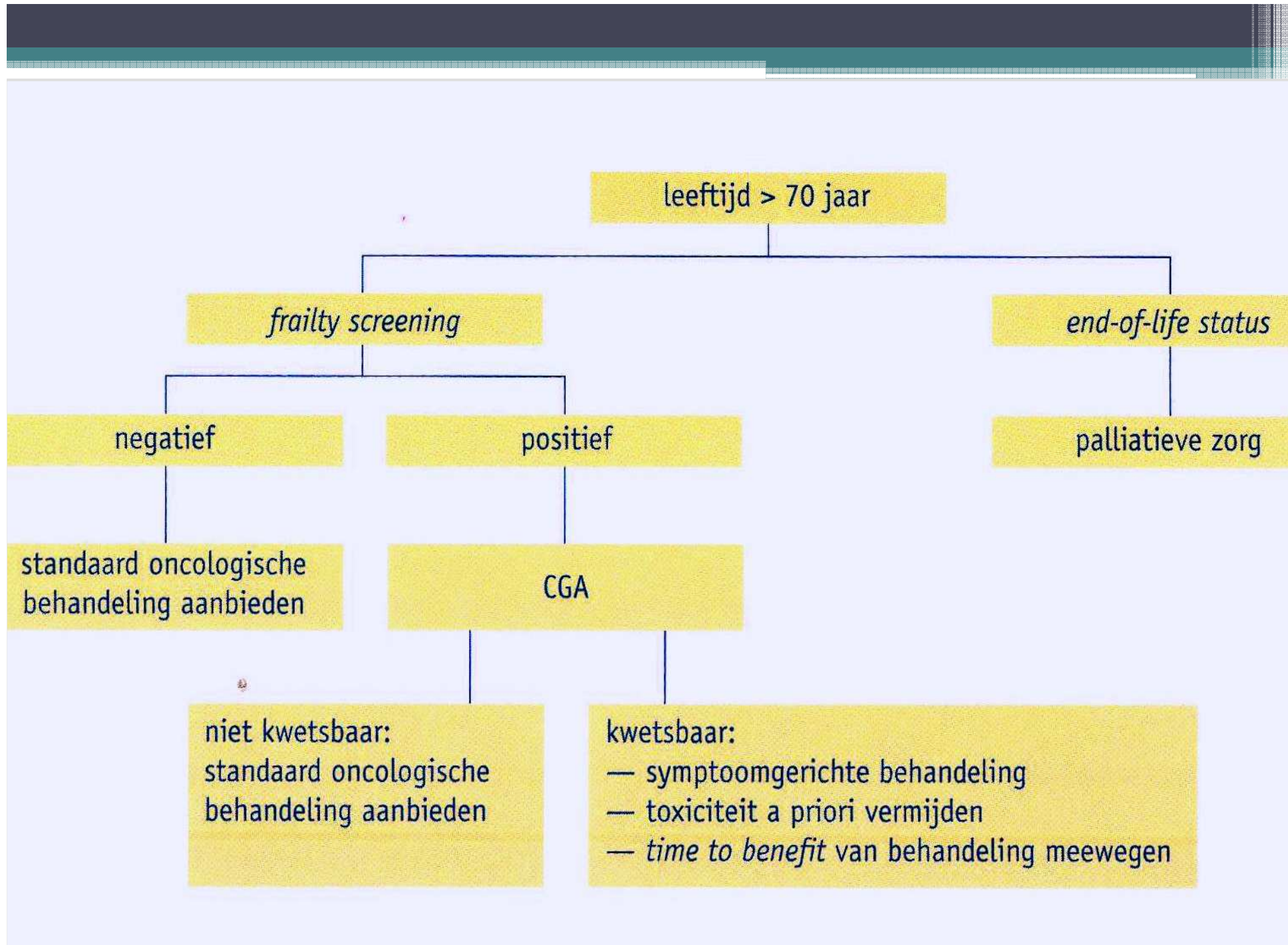


# Poli Geriatriische Oncologie

- ❖ CGA (geriater en verpleegkundige)
- ❖ Bijkomende pathologie
  - Goalsetting en impact behandeling
  - Downward drift (en wordt die verklaard vanuit primair oncologisch probleem?)
  - Vallen – cognitie/eerdere verwardheid – functionele drempels/zorg
- ❖ Standaard: Charlson index, ADL en IADL, MMSE, TUG scores
- ❖ In geval van chemotherapie: CARG-score

# Chemotoxiciteit: CARG risico-score versus Karnofsky score





leeftijd > 70 jaar

*frailty screening*

*end-of-life status*

negatief

positief

palliatieve zorg

standaard oncologische  
behandeling aanbieden

CGA

niet kwetsbaar:  
standaard oncologische  
behandeling aanbieden

kwetsbaar:  
— symptoomgerichte behandeling  
— toxiciteit a priori vermijden  
— *time to benefit* van behandeling meewegen



# Casus





# Anamnese

Mevrouw N., 85 jaar. Weduwe, 2 dochters. Woont zelfstandig. Buurtzorg plakt elke avond pleister.

## **Anamnese**

Rectaal bloedverlies, pijn bij ontlasten, gewichtsverlies (15kg in 6 mnd). Geen verdere buikklachten. Is altijd gezond geweest en voelt zich nu ook nog goed.

## **Voorgeschiedenis**

2010 Basaalcelcarcinoom

2012 Heupprothese rechts

2016 Dementiesyndroom, wsch Alzheimer, CDR 1.0

**Medicatie** Oxazepam 10mg a.n., Omecat 20mg z.n.,  
Rivastigmine 4.6mg/24h 1dd1 pleister sinds 3 weken

# Work up

**Diagnose:** Rectumcarcinoom met een lengte van zeker 6 cm direct vanaf de anus li met mogelijk ingroei in de musculus levator ani en vaginawand passend bij T4b,N+.

**MDO**

C/ cT4MRF+N+Mo



Wat zijn uw overwegingen?

# Geriatrische beoordeling

Autoanamnese: Met hulp weet mw dat er iets kwaadaardigs is bij de anus. Weet dat ze misschien geopereerd moet worden met daarbij een definitief stoma. Wil dit niet. Geen ziekte en ziekenhuiservaring. Wil thuis blijven wonen en nooit naar een verpleeghuis. Dochters maken zich vooral zorgen om haar vergeetachtigheid, patiënte bagatelliseert vergeetachtigheid.

Heteroanamnese: Moeder hangt aan het leven maar vooral aan zelfstandigheid. Geniet van familiecontact, accepteert moeilijk vreemde hulp. Regelmatig gedesoriënteerd in plaats en tijd.

Functioneren:           **Contactfuncties**: ongestoord.

**ADL**: zelfstandig.

**IADL/BDL**: Boodschappen doen lukt niet meer, dit wordt door dochters gedaan. Huishouden gaat steeds minder, spullen komen op verkeerde plekken, mw kan ze niet meer terugvinden, het plannen gaat matig, de uitvoering gaat nog wel goed. Koken lukt met moeite, dochters zorgen voor gemakkelijke recepten. Magnetronbediening lukt niet meer. Administratie: door schoonzoon financiën sinds 5 jaar. Echtgenoot deed dit vroeger.

**Mobiliteit**: zelfstandig zonder hulpmiddel.

**MMSE**: 24/30



## Conclusie

1. 84 jarige vrouw met een dementiesyndroom , Morbus Alzheimer met afwezig ziektebesef, ziekte-inzicht en overzicht waardoor chemotherapie niet haalbaar wordt geacht. Radiotherapie kan begeleid worden door de dochters.
2. Kwaliteit van leven bestaat met name uit zelfstandigheid in huishouden, thuis kunnen blijven wonen.
3. Verhoogd risico op delier en functionele achteruitgang na ziekenhuisopname en chirurgisch ingrijpen waardoor verwachting zelfstandig leven postoperatief (tijdelijk?) niet meer haalbaar zal zijn.



# Beleid

Anesthesioloog: akkoord voor operatie

MDO:

- geen chemoradiatie aangezien dit een aanzienlijke verstoring zal geven in het leven van mw
- kortdurende radiotherapie, restadiëren na 8 weken

Poli: Beleid cfr MDO wordt in overleg met mw en dochters vastgesteld.

Restadiëring

MRI: afname in grootte maar nog steeds verdenking op ingroei, ycT4b.

## Wat nu?

# Keuze

- Nu rectumamputatie met eindstandig colostoma met kans op genezing
- Nu niets doen met het risico op tzt palliatieve operatie met eindstandig colostoma
- Nu niets doen en bij symptomen naar bevinden handelen, end-of-life zorg inzetten bij refractaire symptomen



# Wat is te verwachten

Opnieuw tumorgroei, met kans op:

- bloedverlies
- pijn
- obstructie
- incontinentie van faeces
- fisteling naar vagina of blaas





# Mogelijkheden op langere termijn

- Alsnog eindstandig colostoma bij obstructieklachten of incontinentie
- Pijnbestrijding
- Palliatieve sedatie



# Wat neemt u mee naar uw werk?

- Think global, act local  
*‘Hoe vertaalt u EBM naar uw werksituatie?’*
- Benut frailty-concept
- Denk interdisciplinair en complementair
- Focus op hoogrisico interventies en bijtijds in zorgpad