Effect van een comprehensive geriatric assessment in de eerste lijn op de mentale en psychosociale gezondheid van 75-plussers

Haio: LUYTEN Evy , U.G.
Promotor: PETROVIC Mirko , U.G.
Praktijkopleider: LAUWERIER Dirk

Context: Er is de laatste jaren meer aandacht voor het begrip kwetsbaarheid. Het gaat hierbij om een toestand waarbij de oudere kwetsbaar is voor negatieve gezondheidsuitkomsten of verminderde zelfredzaamheid. In tegenstelling tot een ziekte- en symptoomgerichte aanpak, is het comprehensive geriatric assessment (CGA) een uitgebreide multidimensionele geriatrische evaluatie, dat een compleet beeld geeft van de (geriatrische) problemen van de patiënt. Het CGA spoort fysieke, cognitieve, psychische en sociale problemen bij de oudere op, die mogelijks een belangrijke impact hebben op hun levenskwaliteit en graad van kwetsbaarheid. Aangezien de eerste stadia van kwetsbaarheid in de thuissituatie gezien worden, lijkt het logisch dat de huisarts mee een rol speelt in de herkenning en aanpak ervan. Er zijn echter nog heel wat onzekerheden rond de implementatie van het CGA in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag: Leidt een CGA in de huisartsenpraktijk tot detectie van nieuwe zorgnoden, meer bepaald in mentaal en psychosociaal welzijn van 75-plussers? Welke gevolgen heeft dit op het zorggebruik? Leidt het vinden van problemen tot verder onderzoek en/of aanpassing van de zorg?

Methode: We gaan via literatuuronderzoek na welke evidentie er bestaat voor CGA in de eerste lijn. We baseren de methodologie van het praktijkverbeterend project op literatuuronderzoek, dat de keuze voor assessment tool brengt bij de (G)OUD-vragenlijst na screening naar kwetsbaarheid a.d.h.v. Tilburg Frailty Indicator (TFI). Tot de doelpopulatie behoren thuiswonende 75-plussers uit de huisartsenpraktijken Wetteren en Semmerzake. Deelnemende patiënten vullen eerst de TFI in. De patiënten die hier positief scoren op kwetsbaarheid, ondergaan uitgebreider assessment a.d.h.v. (G)OUD. Deze bevraagt systematisch volgende onderwerpen: medicatie, zelfredzaamheid, lichamelijk functioneren (visus, gehoor, bloeddruk), leefstijl (bewegen, roken, alcohol), psychisch functioneren (geheugen, angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen), sociaal functioneren (vallen, maatschappelijke participatie, eenzaamheid, mantelzorg, financiën). Resultaten van psychisch en sociaal functioneren worden verwerkt. We houden het aantal gedetecteerde problemen bij en gaan na hoeveel van deze problemen ongekend zijn in de huisartsenpraktijk. Vervolgens stellen we per patiënt een actieplan op en gaan na hoe vaak een geplande actie wordt ondernomen.

Resultaten: We bereiken 32,9% van de doelpopulatie (70/213); 14,6% van de doelpopulatie (31/213) behaalt een score op de TFI die overeenkomt met kwetsbaarheid en ondergaat verder CGA a.d.h.v. (G)OUD. Dit toont bij 11,7% van de doelpopulatie (25/213) een probleem in het thema 'geheugen', bij 3.8% (8/213) in het thema 'angst', bij 5.6% (12/213) in 'depressie', bij 2,8% (6/213) in 'persoonlijkheidsstoornis', bij 8,9% (19/213) in 'vallen', bij 4,2% (9/213) in 'eenzaamheid', bij 0% in 'mantelzorg geven' en bij 1,4% (3/213) in 'mantelzorg ontvangen'. Wanneer men een probleem vindt, blijkt dit het vaakst ongekend in de thema's 'angst', 'mantelzorg ontvangen' en 'geheugen'. Het valrisico is al het best gekend. Wanneer een actie gewenst en gepland is, wordt deze bijna altijd ondernomen. Enkel eenzaamheid wordt slechts in de helft van de gevallen gevolgd door een actie.

Conclusie: Het CGA brengt een aantal problemen aan het licht die in dagdagelijkse praktijkvoering niet aan bod komen. Het systematisch bevragen van bovenstaande thema's maakt dat men

problemen vroegtijdiger zal herkennen en bespreekbaar kan maken om tijdig actie te plannen. De belangrijke tijdsinvestering doet echter vragen stellen naar de haalbaarheid van het CGA in de huisartsenpraktijk. Een alternatief kan zijn de screening naar kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk uit te voeren, waarna men voor het uitgebreid CGA verwijst naar een geriatrisch dagziekenhuis.