Screening bij 75-plussers: een kwaliteitsverbeterend project

Toon Van Hoof, K.U. Leuven

In samenwerking met Sophie Cortvriendt, Dominique Deruyver en Anne Schuermans

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, U.A.

Co-promotor: Dr. Jo De Wachter

Praktijkopleider: Dr. Marc Van Malder

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Motivatie 2

Inleiding 2

Methode 3

Stap 1: Find 4

1.1 Inleiding 4

1.2 Methode 5

1.3 Resultaten literatuurstudie 7

Besluit Literatuur 16

Stap 2: Organise 18

Stap 3: Clarify 19

3.1 Selectie van de patiëntenpopulatie 19

3.2 Procesindicator voor kwaliteitsverbetering 20

Stap 4: Understand proces and uncover problems: analyse van de problemen 20

4.1 Barrières 20

Stap 5: Start: Plan-Do-Check-Act 21

5.1 Plan: plannen van de actie 21

5.2 Do: uitvoeren van de actie 21

5.3 Check: evaluatie van de actie 22

5.4 Act: Hoe kan het project in de praktijkvoering geïntegreerd blijven? 24

Discussie 25

Besluit 26

Abstract 28

Lijst met afkortingen 29

Dankwoord 29

Referenties 30

Bijlagen 32

Bijlage 1: 32

Bijlage 2: Praktijkinstrument vragenlijst: screening bij 75-plussers 41

Bijlage 3: Handleiding praktijkinstrument Screening bij 75-plussers 43

Bijlage 4: Printscreen van interface in EMD 50

Bijlage 5: Literatuurstudie andere HAIO's 51

Motivatie

Bij de zoektocht naar een geschikt thesisonderwerp merk je dat de huisartsgeneeskunde zich zeer breed uitstrekt. Daarom zocht ik een relevant thema waarmee je dagelijks in aanraking komt en waarrond een praktijkverbeterend project kon opgestart worden. Om zo deze ervaring verder te kunnen meenemen in mijn eigen praktijkvoering.

Na overleg met de stagecoördinator, die dit onderwerp aanbracht als soort 'een GMD + +' voor 75-plussers werd er met de promotor en 3 mede-HAIO's gebrainstormd rond de concrete invulling van dit thema.

Inleiding

"De beste geneeskunde is preventieve geneeskunde" is een gezegde dat iedereen kent. Toch kan preventieve geneeskunde zonder doordacht gebruik ook een omgekeerde werking hebben. Denk hierbij maar aan de discussie over de voor- en nadelen van prostaatkankerscreening en de recente herziening van de richtlijnen van de American Urologic Association en zijn Europese tegenhanger, de EUA. Alvorens overheden en gezondheidsinstanties richtlijnen rond screening en preventie uitbrengen en implementeren, moet er eerst overtuigend wetenschappelijk bewijs bestaan dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. De criteria van Wilson en Jungner (1), die het WHO (World Health Organisation) in 1968 uitbracht en de aanvullende criteria in 2008, vormen nog altijd de basis waaraan screening binnen de gezondheidszorg moet voldoen.

Screening bij ouderen behoorde lange tijd tot één van de minst aantrekkelijke onderzoekdomeinen binnen de geneeskunde. Hierdoor bestond er lange tijd geen degelijke wetenschappelijke literatuur hierover. De snel vergrijzende bevolking in het Westen en de daarbij horende langere levensverwachting zorgen voor een groeiende interesse in dit onderwerp, waardoor er het laatste decennium veel nieuwe studies werden gepubliceerd. In Nederland bestaat er het Nationaal Programma Ouderenzorg dat het Easycare-Instrument als screeningstool gebruikt, ontwikkeld door Ian Philip, een geriater uit Sheffield (2). In 2015 werd er door onderzoekers aan de universiteit van Göttingen de MAGIC-tool voorgesteld: een screeningsinstrument dat 9 veel voorkomende geriatrische gezondheidsproblemen bevat (3). Ook in Vlaanderen verschijnen publicaties. Recent werd door een groep huisartsen in opleiding de GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) naar voor geschoven als een instrument voor screening naar en preventie van gezondheidsproblemen bij ouderen (4). Deze vormt een leidraad bij de screening en preventie van

14 zorgnoden bij ouderen. Echter, voor heel wat van deze zorgnoden ontbreekt voldoende wetenschappelijke verantwoording.

Met deze masterthesis wordt in eerste instantie getracht de evidentie van systematische screening bij thuiswonende 75-plussers na te gaan. Deze is bij de hierboven vermelde programma's vaak gering uitgewerkt. Een kritische literatuurstudie werd opgezet die zowel nagaat voor welke gezondheidstopics screening effectief is, als welke tools het meest geschikt zijn voor deze screening. Hierbij werd voornamelijk gezocht in de richtlijnen van enkele belangrijke preventieve instanties zoals onder meer USPSTF (United States Preventive Services Task Force), CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care), NICE (National Institute of Health and Care Excellence), KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) en de eigen Belgische richtlijnen zoals onder andere Domus Medica. De resultaten van deze literatuurstudie werden gebruikt om een praktijkinstrument te ontwikkelen. Hierbij werd aandacht besteed om enkel die zorgnoden te includeren, waarvoor er bewijs terug te vinden was in de literatuur. Dit instrument zal in 4 Vlaamse huisartsenpraktijken uitgetest worden. Met dit veldonderzoek willen we nagaan of dit instrument in de toekomst kan blijven gebruikt worden in de eerstelijnszorg en of er dan al dan niet aanpassingen nodig zijn hiervoor.

Methode

In dit praktijkproject zullen vier huisartsen-in-opleiding samenwerken. Iedereen heeft zijn eigen deelaspect binnen het project.

De literatuurstudie werd onderverdeeld in vier thema's. Alle groepsleden hebben een eigen zoekactie waarin de individuele onderzoeksvraag beantwoord wordt. In elke thesis vind je de individuele literatuurstudie terug in het onderdeel 'Find' van het Focus-stappenplan (cfr. infra). De andere literatuuronderdelen kunnen geraadpleegd worden in bijlage 5.

Vier afzonderlijke onderzoeksvragen:

1. Voor welke zorgnoden is screening bij ouderen zinvol? (Dominique Deruyver)
2. Voor welke zorgnoden is systematische screening bij ouderen niet op evidentie gebaseerd, maar is case finding wetenschappelijk bewezen? (Toon Van Hoof)
3. Welke instrumenten voor screening en preventie bij ouderen in de huisartsenpraktijk bestaan er? (Sophie Cortvriendt)
4. Wat is de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van screening bij ouderen in de huisartsenpraktijk? (Anne Schuermans)

Aan de hand van de resultaten uit de literatuurstudie, werd een praktijkinstrument ontwikkeld. Het FOCUS-PDCA-model is een model om dit nieuwe instrument toe te passen in de praktijk en nadien te evalueren (5). In Tabel 1 vind je de werkwijze van dit FOCUS-stappenplan en PDCA-cyclus. FOCUS is een acroniem voor de woorden Find, Organise, Clarify, Understand en Start. PDCA staat voor Plan, Do, Act en Check results. Dit model is een hulpmiddel om de huidige kwaliteit van zorg binnen de praktijk kritisch te bekijken en te verbeteren. Elke huisarts-in-opleiding zal zijn eigen kwaliteitsverbeterend project uitvoeren, aangepast aan de eigen praktijk.

Tabel 1. Stapsgewijze procedure voor het werken aan processen

FOCUS-stappenplan	
Find	een proces om te verbeteren zoeken
Organise	organiseren van een vergadering met alle betrokkenen
Clarify	bepaling van de kwaliteitsindicatoren
Understand	knelpunten formuleren
Start	het verbeteren van de knelpunten via de PCDA-cyclus
PDCA-cyclus	
Plan	beschrijving van de procedure
Do	uitvoeren van de procedure
Check	evalueer de procedure
Act	stuur de procedure bij

Stap 1: Find

1.1 Inleiding

Bij geneeskundige screening moet er een belangrijk onderscheid gemaakt worden tussen systematische screening en case finding. Screening wordt gedefinieerd als “het onderzoek van asymptomatische personen om hen op te delen in het waarschijnlijk of onwaarschijnlijk hebben van een ziekte.” Bij gezonde personen aan detectie doen voor een vroege ziekte is dus het hoofddoel van screening. Screening kan gebeuren aan de hand van vragen of van testen bij personen zonder klachten (asymptomatisch).

Screening en case finding beginnen van verschillende uitgangsposities, waardoor de balans (‘benefit’ vs. ‘harm’) anders uitvalt. Bij het uitvoeren van een screening moet de onderzoeker overtuigend bewijs hebben dat bij een positief resultaat en eventueel diagnose er een goede/effectieve behandeling voor handen is. Er dient ook rekening gehouden te worden met het opsporen van vals positieve screeningsresultaten en de invloed hiervan op de patiënt. Hierin verschilt screening van case finding, waarbij de patiënt gekend is met een bepaalde aandoening of risicofactor. Hierbij is er een lage drempel voor verder onderzoek gezien het vaak een symptomatische patiënt betreft. Screeningstesten en case finding-testen zijn dus verschillend.

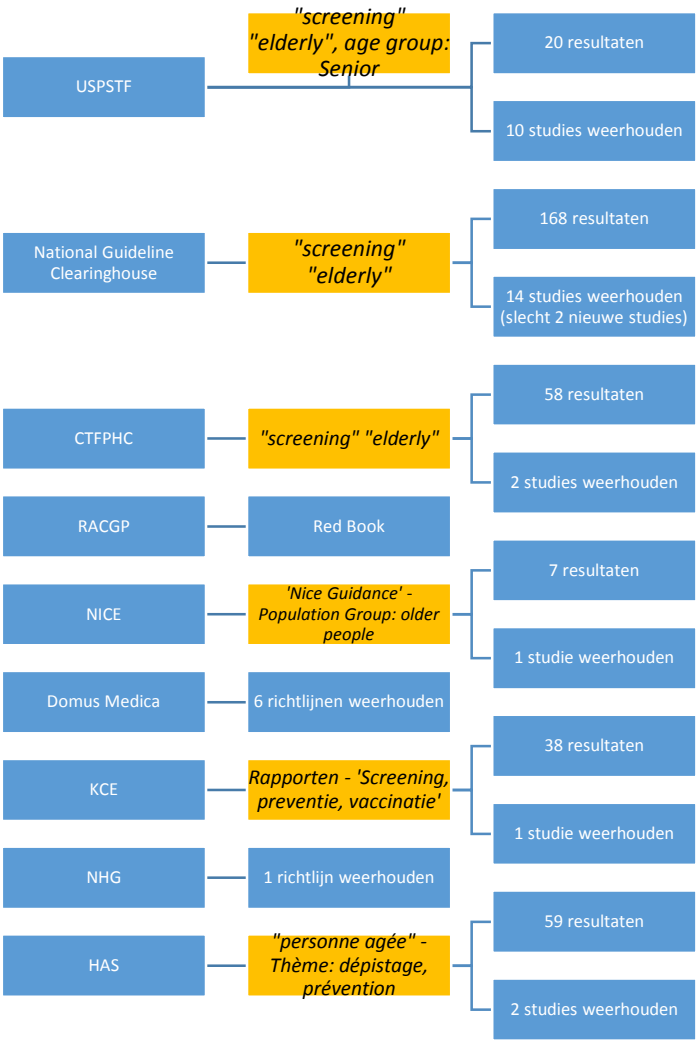
De bestaande screeningstools bij ouderen zoals GAZETO, Easycare, MAGIC-tool includeren een tiental zorgnoden. In de GAZETO (in 2012) werden zeer uitgebreid 14 zorgnoden bij ouderen nagegaan: gehoordaling, dementie, depressie, vaccinatiestatus, slaapstoornissen, functionele autonomie of afhankelijkheid, valpreventie, ondervoeding, osteoporose, sarcopenie, medicatie, urinaire incontinentie, psychosociaal en vroegtijdige zorgplanning. Bij deze evaluatie krijgt de clinicus een zeer volledig beeld van zijn ouder wordende patiënt. Een opmerking bij deze instrumenten is dat ze voor huisartsen (te) uitgebreid en tijdrovend zijn. Bovendien kunnen vraagtekens geplaatst worden bij het nut van dergelijke veralgemeende screening.

In het komende deel wordt getracht te bepalen welke zorgnoden niet passen in een screeningscenario maar eerder passen in een case finding-scenario. Met andere woorden: bij welke risicofactoren dienen sommigen zorgnoden wel onderzocht te worden? Dominique Deruyver gaat na welk de zorgnoden zijn waarbij systematische screening wél wetenschappelijke evidentie heeft. (bijlage 5) Deze 2 delen vormen dus eigenlijk één geheel.

1.2 Methode

Omwille van praktische redenen en om de evidentie zo hoogstaand mogelijk te houden, werd beslist om voor de literatuurstudie, die werd verricht van mei 2015 t.e.m. juli 2015, slechts quaternaire bronnen te gebruiken en wel de volgende: USPSTF (United States Preventive Services Task Force), RACGP (Royal Australian College of General Practitioners), NICE (National Institute of Health and Care Excellence), National Guideline Clearinghouse , HAS (Haute Autorité de Santé), CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care), Domus Medica, KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), NHG (Nederlands HuisartsenGenootschap). De richtlijnen op de websites van Domus Medica en zijn Nederlandse tegenhanger, het NHG, werden één voor één overlopen waarna respectievelijk 6 en 1 studies weerhouden werden (voor een gedetailleerd overzicht van de bronstudie en de gebruikte bronnen wordt verwezen naar de bibliografie). Op de site van het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bestonden er 38 rapporten in de categorie ‘screening, preventie, vaccinatie’ waarvan 1 studie werd weerhouden. De Australische RACGP heeft een zogenaamd ‘Red Book’ gepubliceerd waarin al hun aanbevelingen omtrent screening en preventie gebundeld zijn. Op de website van NICE werd onder NICE GUIDANCE gezocht in de ‘Population Group - older people’ en werden 7 resultaten bekomen waarvan er 1 werd weerhouden. In de zoekmachine van USPSTF, CTFPHC en National Guideline Clearinghouse werden de zoektermen “screening” en “elderly” opgegeven. Bij USPSTF werd de zoekterm nog gespecifieerd door de leeftijdsgroep ‘Senior’ aan te vinken waarna er 20 studies overbleven waar na lezing van het abstract 10 weerhouden werden. Bij CTFPHC werden met deze zoektermen 58 studies gevonden waarvan er 2 weerhouden werden. Bij

de zoektocht in de studies van National Guideline Clearinghouse werden 168 studies bekomen waarvan er 14 weerhouden werden maar waarvan er 12 reeds werden gevonden bij de bovenstaande quaternaire bronnen zodat er dus 2 nieuwe studies werden geïncludeerd. In de zoekmachine van de Franse Haute Autorité de Santé werd de zoekterm 'personne agée' opgegeven en nadien werd de zoekterm nog gespecifieerd door als 'thème' 'dépistage, prevention' aan te vinken waarna 59 resultaten werden bekomen waarvan er 2 weerhouden werden. In figuur 1 een overzicht van de onderzochte literatuur. (Figuur 1)



Figuur 1: De verschillende quaternaire bronnen en de resultaten die ze opleverden met in het oranje de zoektermen die gebruikt werden (USPSTF: United States Preventive Services Task Force, CTFPHC: Canadian Task Force for Preventive Health Care, RACGP: Royal Australian College of General Practitioners, NICE: National Institute of Clinical Excellence, KCE: Federaal Kennisscentrum voor de Gezondheidszorg, NHG: Nederlands HuisartsenGenootschap, HAS: Haute Autorité de Santé)

1.3 Resultaten literatuurstudie

Voor welke zorgnoden is systematische screening bij ouderen niet op evidentie gebaseerd, maar is case finding wel wetenschappelijk bewezen?

Is systematische screening bij ouderen naar visusproblemen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, voor systematische screening naar visus is onvoldoende directe of zelfs geen evidentie en dit wordt niet aanbevolen.
- *Case finding* naar glaucoom bij aanwezigheid van risicofactoren wordt aanbevolen:
  - positieve familiale voorgeschiedenis
  - zwarte ras
  - hogere risico: patiënten ouder dan 50 jaar met:
    diabetes myopie, lange tijd steroïdgebruik, migraine en perifere vasospasmen, abnormale bloeddruk, voorgeschiedenis van een oogtrauma
- Opvolging van gekende oftalmologische problemen dient verder te gebeuren.

Toelichting

Zowel de meest recente update van de USPSTF als de richtlijnen van de Australische huisartsen raden geen algemene screening van visusproblemen aan bij ouderen (6,7). Nochtans lijken gezichtsproblemen op het eerste zicht een ideale pathologie om naar te screenen: verminderd zicht is een veel voorkomende aandoening (met schattingen in de V.S. in 2002 van een prevalentie van 8,8% bij personen ouder dan 60 jaar die slechter scoren dan 20/50 op een visusschaal) en gaat gepaard met verminderde functionele capaciteit en levenskwaliteit bij ouderen. Bovendien verslechtert het zicht vaak heel geleidelijk en zouden oudere mensen zich minder bewust zijn van deze verslechtering waardoor zij deze klacht minder spontaan melden. Het belangrijkste motief om te screenen is echter de consensus dat er effectieve behandelingen (correctieve lenzen, cataractchirurgie en medicamenteuze behandeling bij degeneratieve maculadegeneratie) voorhanden zijn voor de meeste oorzaken van verminderd zicht.

In één bepaalde studie leidde screening bij ouderen met 'frailty' zelfs tot een toename van val- en fractuurrisico na één jaar (vergeleken met 'usual care'). Mogelijks door een verlengde aanpassingsperiode na een nieuwe bril of toegenomen activiteit na visusverbetering.

Het rapport van het USPSTF geeft blijk van enige verbazing waarom uit de literatuur dan toch geen positief effect van visusscreening blijkt. De meest waarschijnlijke oorzaak is vermoedelijk het gebrek

aan goed uitgevoerde studies zodat geen betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden. Drie studies van redelijk goede kwaliteit vonden geen effect van algemene screening in vergelijking met standaard zorg. Hoewel algemene screening wel 10 maal zoveel patiënten identificeert met verminderde visuele capaciteiten dan doelgerichte screening, betekende dit bij een 5-jaars follow-up geen verschil in prevalentie van slechtzienden met een score lager dan 20/60 visusscherpte. Ook bestaan er geen gegevens over wat een eventueel geschikt tijdsinterval zou zijn om te screenen bij ouderen wanneer de eerste screening normaal is. Er bestaat een groot verschil in accuraatheid tussen verschillende screeningstesten en meestal wordt de Snellen Eye Chart als screeningstest gebruikt, maar het blijft onzeker of dit wel de meest geschikte methode is omdat er geen studies bestaan die een vergelijking maken tussen de Snelle Eye Chart en een klinische relevante referentie-standaard (bijvoorbeeld volledig oftalmoscopisch onderzoek). Mogelijke nadelen van screening zijn de complicaties van behandeling bij verder doorsturen: infectieuze keratitis, corneale ectasie bij refractieve chirurgie, endoftalmitis bij cataract en behandeling voor leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn allen weinig voorkomende complicaties. Sommige groepen van experten neigen wel naar veralgemeende screening, hoewel zij zich baseren op dezelfde bronnen als hierboven vermeld (8).

Naast systematische screening bij asymptomatische patiënten zijn er de symptomatische patiënten die verder onderzocht dienen te worden en zo nodig behandeld (hiervoor is voldoende evidentie) (6–8).

Voor patiënten met een groot risico op glaucoom (positieve familiale voorgeschiedenis, zwarte ras, ernstige myopie of diabetes) zou een periodieke evaluatie bij de oogarts aangewezen zijn (case finding) (7,9).

Is systematische screening bij ouderen naar gehoorproblemen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, voor systematische screening naar gehoorproblemen is er onvoldoende evidentie en dit wordt niet aanbevolen.
- Voor case finding is er onvoldoende evidentie.
- Symptomatische (gehoorproblemen) patiënten dienen wel verder onderzocht te worden.

Toelichting

Een ‘clinical guideline’ van de USPSTF van 2012 concludeerde dat er onvoldoende evidentie bestond om de baten en kosten van gehoorscreening bij 50-plussers te beoordelen (10). Personen die gehoorproblemen ondervinden dienen echter wel verder onderzocht te worden en

behandeld zo geïndiceerd. De guideline benadrukt sterk de nood aan verdere onderzoeken naar het nut van screening bij 70- en 80-plussers omdat bij 80-plussers de geschatte prevalentie van gehoordaling 80% bedraagt en er dus in deze bevolkingsgroep, gezien de hogere prevalentie, logischerwijze meer nut van screening zou moeten zijn. Goede studies bij oudere bevolkingsgroepen bestaan echter tot op heden niet. Gehoordaling gaat gepaard met verlies in quality-of-life door verminderd sociaal functioneren, maar geen enkele studie kan met harde cijfers aantonen dat screening en eventuele behandeling met een hoorapparaat de quality-of-life effectief verbetert. Algemeen lag het gebruik van een hoorapparaat in verscheidene studies zeer laag (tussen de 2 en 6%), zowel bij een gescreende als een niet-gescreende populatie (11). Kennis over de factoren waarom iemand een hoorapparaat, eenmaal voorgeschreven, wel of niet gebruikt, zouden kunnen leiden tot specifiekere screening. Meerdere studies hebben wel de accuraatheid bevestigd van verschillende screeningsonderzoeken die perfect toepasbaar zijn in de eerste lijn, zoals de whispered-voice-test of een 1-vraag-screening (‘Hebt U problemen met uw gehoor?). Hoewel er bij de whispered-voice-test een belangrijk probleem van standaardisatie bestaat door interonderzoeker-betrouwbaarheid. De RACGP raadt wel jaarlijkse gehoorscreening vanaf de leeftijd van 65 jaar aan door middel van de whispered-voice-test of door de hierboven aangehaalde 1-vraag-screening. Uit hun bronnenmateriaal blijkt dat zij 2 bronnen hiervoor aanhalen: de clinical guideline van de USPSTF van 2012 en een Canadese guideline die meer dan 20 jaar oud is (12).

De National Guideline Clearinghouse (8) haalt een guideline uit Singapore aan uit 2010 die screening van het gehoor bij ouderen wel aanraadt (graad B) d.m.v. een ‘single global screening question’, een ‘Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening’ (HHIE-S): een zelf-uitgevoerde vragenlijst met 10 items, audioscopie en een ‘whispered voice test’.

Is systematische screening bij ouderen naar cognitief verval en dementie wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, voor systematische screening naar dementie is er onvoldoende evidentie en dit wordt niet aanbevolen.
- Case finding is aangewezen bij een matig risico.
- Symptomatische (geheugenklachten) patiënten dienen wel verder onderzocht te worden.

Toelichting

De belangrijkste mondiale organisaties voor preventieve geneeskunde wijzen systematische screening bij asymptomatische ouderen naar cognitief verval af (7,13,14). Dit is screening bij een populatie met een gemiddeld risico. Er zijn nochtans belangrijke redenen om een beginnend dementieel proces op

tijd te herkennen. Zo kunnen eventueel reversibele oorzaken van dementie behandeld worden en kunnen diagnostische en behandelingsmogelijkheden besproken worden met de patiënt en zijn entourage. Er kan ook geanticipeerd worden op toekomstige problemen zoals het besturen van een voertuig of het beheer van het eigen vermogen. Toch concludeerde een studie uit 2014 van de USPSTF dat er te weinig evidentie bestond voor een systematische screening naar cognitief verval (13). Geheugenklachten dienen wel verder onderzocht te worden en bij een populatie met een matig risico is case finding en vroege interventie wel nuttig (7). Bij een matig risico is er sprake van risicofactoren. Risicofactoren zijn: een familiale voorgeschiedenis van Alzheimer, een geschiedenis van herhaalde hoofdtrauma's, het syndroom van Down, een verhoogd cardiovasculair risico, een depressie en een geschiedenis van depressie, leermoeilijkheden (zoals het syndroom van down), alcoholmisbruik, fysieke 'frailty', een laag opleidingsniveau, een lage sociale steun en nooit getrouwd geweest zijn.

Screening naar dementie in eerstelijnszorg bij asymptomatische ouderen wordt dus niet aangeraden (6–9).

Met een sensitiviteit van 88,3% en een specificiteit van 86,2% is de MMSE (Mini-Mental State Examination), de meest bestudeerde en meest gebruikte screeningstool voor dementie en 'mild cognitive impairment' (MCI) (14). De mini-cog is een zeer korte test die vergelijkbaar is qua sensitiviteit en specificiteit met de MMSE en hierdoor erg geschikt is voor een screeningsonderzoek in de eerste lijn. Er is wel discussie ofdat de MMSE de meest geschikte screeningstool is, omdat er andere tools zijn die hogere sensitiviteit en specificiteit hebben, maar waarnaar minder onderzoek gebeurde. De MMSE mag alvast niet als enige test gebruikt worden (tijdens een momentopname) om de besluiten tot conversie van MCI naar dementie. Sensitiviteit en specificiteit van de MMSE variëren sterk van de bepaalde cut-offwaarde, het type dementie en de bepaalde gouden standaard. Andere tools zijn: Clock Drawing Test, Mini-Cog Test, Memory Impairment Screen, Abbreviated Mental Test, Short Portable Mental Status Questionnaire, Free and Cued Selective Reminding Test, 7-Minute Screen, Telephone Interview for Cognitive Status, en Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. Het valt buiten het bestek van dit literatuuronderzoek om de verschillende screeningstest in extenso met elkaar te vergelijken.

De huidige medicamenteuze therapie met acetylcholine-esterase-inhibitoren toonde in klinische studies bij 'mild cognitive impairment' slechts beperkt cognitieve verbetering waarvan de klinische implicatie niet duidelijk is. Nevenwerkingen treden vaak op bij acetylcholine-esterase-inhibitoren waarbij de voornaamste misselijkheid, overgeven en diarree zijn, maar ook ernstigere nevenwerkingen zoals bradycardie (met syncope en vallen tot gevolg) zijn gekend. Omwille van de onduidelijkheid over het effect van interventie bij beginnend dementie besloot de USPSTF dat de balans tussen voor- en

nadelen van interventie bij MCI en dementie niet kon bepaald worden. De CTFPHC geeft aan dat de hoge kosten voor verder onderzoek om reversibele oorzaken van dementie uit te sluiten en de negatieve effecten van iemand te 'labellen' potentiële gevaren zijn. De voorzichtige clinicus zou alert moeten zijn voor tekens of aanwijzingen die cognitieve achtergang indiceren (9).

Is systematische screening bij ouderen naar depressie wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Bij aanwezigheid van een effectieve follow-up en behandeling wordt systematische screening naar depressie aanbevolen.

Toelichting

Over het nut van screening naar depressie bij ouderen is er genuanceerd wetenschappelijk bewijs. Het al dan niet nuttig zijn van een screening naar depressie is afhankelijk van effectieve follow-up en behandeling die voor handen zijn (9). Wanneer een positieve screening kan gekoppeld worden aan een effectieve behandeling en follow-up is er voldoende evidentie voor screening. Wanneer een effectieve behandeling en follow-up niet voorhanden zijn, is er onvoldoende evidentie voor screening (15). Met "effectieve follow –up en behandeling" wordt verwezen naar screeningprogramma's waarbij feedback naar de arts aangaande de status van depressie en een systeem voor managing van behandeling (medicamenteus, psychotherapie) geïntegreerd werden. Voor de makers van de NGC-richtlijnen van 2010 steunt screening naar depressie op klinische ervaring.

De meeste screeningstesten hebben een sensitiviteit van 80% tot 90% en een specificiteit van 70% tot 85%.

Als er een screening uitgevoerd wordt, is het gebruik van de 15-item geriatric depression scale hierbij sterk aanbevolen (8). Waarbij een score van 5 of meer suggestief is voor depressie. Een positieve screeningstest moet steeds leiden tot een verdere evaluatie en analyse van de depressie en de mogelijke co-morbiditeiten (bv. angst).

Risicofactoren voor depressie zijn gekend maar hebben slechts een beperkte waarde in het voorspellen van het individuele zelfmoordrisico. Er zijn verschillende screeningstesten voor zelfmoordrisico beschikbaar met verschillende accuraatheid. De meest effectieve behandeling voor depressie is psychotherapie, meer bepaald cognitieve gedragstherapie. Amerikaanse richtlijnen geven aan dat er onvoldoende evidentie en bijgevolg geen aanbeveling is voor screening van het zelfmoordrisico en verwaarlozing bij oudere personen in de eerstelijnszorg (7,16,17).

Is systematische screening bij ouderen naar partnergeweld en ouderenmishandeling wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, systematische screening naar partnergeweld en ouderenmishandeling is wetenschappelijk niet aangetoond en wordt niet aanbevolen.
- Bij vermoeden dient er wel verder onderzoek te gebeuren.

Toelichting

Geweld tegen partner en ouderen is gekend en is een toenemend gezondheidsprobleem met wisselende prevalentiecijfers van 1% tot 10%. Desondanks is er voor detectie in eerste lijn geen gevalideerd protocol. Elke actie dient geïndividualiseerd te zijn en afgestemd op de specifieke situationele noden.

Voor systematische screening naar partnergeweld in de algemene populatie is er onvoldoende evidentie (7)(18).

Canadese richtlijnen geven ook aan dat ouderenmishandeling en misbruik een significant gezondheidsprobleem vormen, maar dat de detectie suboptimaal is en er onvoldoende bewijs is dat interventies effectief zijn. Hierdoor is er onvoldoende evidentie om de inclusie of exclusie van dit item te ondersteunen bij een case finding bij ouderen in een periodieke gezondheidsevaluatie (6,9). Patiënten die zich presenteren met meerdere verwondingen en onwaarschijnlijke verklaringen moeten geëvalueerd worden met aandacht voor mogelijks misbruik of verwaarlozing.

Voor verwaarlozing worden in tertiaire bronnen volgende schalen gebruikt: ‘social disconnectedness scale’ (objectieve schaal), ‘perceived isolation scale’ (subjectieve schaal).

In een verouderde richtlijn van de American Medical Association, daterend uit 1992 stelt men toch voor een routinematige screening te doen a.d.h.v. bevraging in de dagelijkse praktijk (19).

Is systematische screening bij ouderen naar slaapstoornissen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, algemene screening naar slaapstoornissen is niet wetenschappelijk aangetoond en wordt niet aanbevolen.
- Bij klachten of symptomen is verder onderzoek aangewezen.

Toelichting

Hoewel slaapstoornissen veel voorkomend zijn, wordt in recente Australische richtlijnen(7) en Amerikaanse (NGC)(8) richtlijnen over screening bij ouderen de screening van slaapproblemen niet besproken.

Dit item wordt niet opgenomen bij een systematische screening door een gebrek aan data uit gerandomiseerde onderzoeken(20). Desondanks is de evaluatie van slaap nochtans een item in de CGA screening.

Item 3 van de PHQ-7 vragenlijst zou een toekomstige screenende vraag kunnen zijn naar slaapproblemen toe(21). Zie tabel 2.

Hiervoor dient nog verder onderzoek te gebeuren.

De meest gebruikte vragenlijsten om te screenen naar slaapapneu zijn de OSA50 (4 vragen, lendenomtrek, snurken, waargenomen apneus en leeftijd) en Berlin Questionnaire (3 verschillende domeinen met 10 vragen) (22).

Tabel 2

PHQ-9 item 3: Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen: moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen?
score: 0 Helemaal niet
score: 1 Meerdere dagen
score: 2 Meer dan de helft van de dagen
score: 3 Bijna elke dag

Is systematische screening bij ouderen naar een aorta-aneurysma wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, algemene screening naar aorta-aneurysma is niet wetenschappelijk bewezen en wordt niet aanbevolen.
- Case finding bij vasculair belastte patiënten dient individueel overwogen te worden.
- Symptomatische patiënten dienen verder onderzocht te worden.

Toelichting

Een abdominaal aorta aneurysma (AAA) is een ernstige vasculaire aandoening met mogelijk fatale gevolgen. De prevalentie hiervan bij mannen is ongeveer 5 à 10 %, dit is zes keer hoger dan bij vrouwen (23). De meeste patiënten zullen pas klachten hebben als het aneurysma ruptureert. De mortaliteit van een geruptureerd AAA is 75 - 90%, waarbij ongeveer de helft dan de patiënten sterft nog voor ze in het ziekenhuis aankomen.(24) Vroegtijdige detectie is dus belangrijk om de mortaliteit te doen dalen. Echografie is het meest aangewezen onderzoek om een abdominaal aneurysma aan het licht te brengen. De sensitiviteit en specificiteit is vergelijkbaar met computertomografie, maar de kostprijs is lager en de patiënt wordt niet blootgesteld aan straling.

Een Cochrane review bestaande uit vier studies met in totaal 137.233 mannen en vrouwen, toonde aan dat screening resulteert in een significante daling van de mortaliteit ten gevolge van AAA bij mannen tussen 65 en 79 jaar (25). Bij vrouwen is er geen klinisch bewijs voor screening (23). Elke studie includeerde proefpersonen vanaf 65 jaar, maar in twee van deze studies werd als maximumleeftijd 74 jaar gehanteerd.

Volgens een richtlijn van USPSTF is jaarlijkse screening door middel van echografie aangeraden bij mannen tussen 65 en 75 jaar die ooit gerookt hebben (24). Bij mannen die nooit gerookt hebben dient men individueel af te wegen of screening zinvol is. Bij vrouwen van deze leeftijdsgroep is er geen voordeel van screening aangetoond omwille van de lage mortaliteit gerelateerd aan AAA en de mogelijke complicaties bij operatief herstel. Daarom wordt algemene screening bij vrouwen van 65 tot 75 jaar niet aanbevolen. Samengevat raadt USPSTF dus zowel bij mannen als vrouwen geen systematische screening aan in de algemene populatie, enkel bij risicofactoren. In andere richtlijnen wordt screening naar AAA niet vermeld.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er weinig gegevens beschikbaar zijn over evidentie van screening bij patiënten ouder dan 75 jaar, omdat veel studies dit niet onderzocht hebben. De taak van de huisarts is vooral preventie van cardiovasculaire risicofactoren en opvolging bij een gekend aneurysma.

Is systematische screening bij ouderen naar urine-incontinentie wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, algemene screening naar urine-incontinentie is niet wetenschappelijk bewezen en wordt niet aanbevolen.
- Case finding bij kwetsbare (*'frail')* ouderen of bij aanwezigheid van een risicofactor is aangewezen. Risicofactoren zijn mannen na behandeling voor prostaatkanker, patiënten met respiratoire, cardiovasculaire, neurologische co-morbiditeiten, diabetes of recente chirurgie. Bij aanwezigheid van een risicofactor wordt jaarlijkse evaluatie aangeraden.
- Symptomatische patiënten dienen verder onderzocht te worden.

Toelichting

De prevalentie van urinaire incontinentie neemt toe met de leeftijd, van 15-30% bij thuiswonende ouderen tot 50% in verzorgingsinstellingen. Het komt het vaakst voor bij vrouwen met een verhouding van 2:1 (26). Bij mannen zijn dergelijke klachten meestal het gevolg van prostaatpathologie. Patiënten zullen dit probleem niet vaak spontaan vermelden, omdat er nog steeds een zekere schaamte mee gepaard gaat, doch kan het hun levenskwaliteit verlagen. Een studie over de impact van urinaire incontinentie bij ouderen toonde aan dat zij zich meer depressief voelen en dat incontinentie een

negatieve invloed heeft op hoe deze patiënten hun eigen gezondheid beoordelen (27). Er zijn zeker argumenten om te screenen, echter in veel richtlijnen wordt dit item niet opgenomen bij preventieve maatregelen.

In een richtlijn van Singapore over functionele screening van thuiswonende ouderen wordt gesproken over screening door middel van een vragenlijst 'International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence– Short Form' (ICIQ-UI SF) (8). Vanaf een score > 1 (= afgelopen vier weken urineverlies gehad) wordt aanbevolen een huisarts te raadplegen voor verdere evaluatie. Deze richtlijn is echter gebaseerd op niet-analytische studies, bijvoorbeeld case reports en heeft slechts een lage graad van aanbeveling (graad D, level 3).

In de Red Book van RACGP wordt urinaire incontinentie niet opgenomen in 'Preventive activities in older age', maar wordt het wel behandeld als apart item voor preventieve maatregelen bij de algemene bevolking (7). Ondanks de toenemende prevalentie bij ouderen, is er bij geen enkele leeftijdsgroep evidentie voor algemene bevolkingsscreening naar urinaire incontinentie. Enkel voor 'case finding' bij patiënten met een hoog risico is er evidentie, onder andere kwetsbare ouderen en personen opgenomen in verzorgingsinstellingen. Bij deze personen wordt een jaarlijkse evaluatie aangeraden. Andere hoog-risico-patiënten zijn mannen na behandeling van prostaatkanker, patiënten met respiratoire, cardiovasculaire, neurologische co-morbiditeiten, diabetes of recente chirurgie. Bij deze patiënten is het stellen van een screenende vraag naar problemen aangeraden.

Canadian Urological Association raadt een jaarlijkse case finding aan bij 'frail elderly patients', waarbij de co-morbiditeiten, medicatie, functionele en cognitieve toestand worden geëvalueerd (28).

Is systematische screening bij ouderen naar nutritieproblemen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Nee, algemene screening naar nutritieproblemen is niet wetenschappelijk bewezen en wordt niet aanbevolen.
- Case finding bij aanwezigheid van risicofactoren is aangewezen.

Toelichting

Malnutritie komt vaker voor bij oudere dan bij jongere patiënten. Het verouderingsproces op zich leidt niet tot malabsorptie of malnutritie, met uitzondering van een hogere prevalentie van atrofische gastritis bij ouderen. Malnutritie is daarentegen een gevolg van somatische, psychische of sociale problemen (29). In een Cochrane systematic review werd nagegaan of het toevoegen van voedingssupplementen de 'outcome' bij ouderen met risico op ondervoeding verbeterde (30). Wat daling van de mortaliteit en gewichtstoename betreft, werd een beperkt voordeel gezien bij reeds

ondervoede personen. Bij personen met risico op ondervoeding werd geen voordeel gezien bij de groep die supplementen toegediend kreeg ten opzichte van een controlegroep. Er werd ook geen bewijs gevonden dat voedingssupplementen leiden tot functieverbetering of verkorting van de duur van hospitalisatie. Deze data waren dus geen overtuigend bewijs en grootschalige studies zijn nodig om bijkomende gegevens te verzamelen.

Enkel een Franse richtlijn van Haute Autorité de Santé neemt screening naar malnutritie op in hun richtlijnen. Jaarlijkse screening wordt aanbevolen bij alle ouderen vanaf 70 jaar (31). Bij risicopersonen wordt aangeraden dit frequenter te doen afhankelijk van hun klinische toestand en risicoprofiel. Als screeningstool gebruiken ze de 'Mini Nutritional Assessment' (MNA) waarbij gepeild wordt naar eetlust, gewichtsverlies, mobiliteit, psychologische stress of acute ziekte, neuropsychologische problemen en Body Mass Index.

Besluit Literatuur

Rond de jaren 2000 neigden enkele grote instanties (zoals de USPSTF een RACGP) tot veralgemeende screening van thuiswonende ouderen met vele zorgnoden: o.a. visus, gehoor en dementie. Hierna volgde de tegenovergestelde beweging waarbij er met een vernieuwde en kritische blik naar screening werd gekeken.

Dit literatuuronderzoek toont aan dat bij een subgroep van vasculair belaste patiënten (met dus een hoger risicoprofiel) case finding naar glaucoom, cognitief verval en dementie en aorta-aneurysma nuttig kunnen zijn. Een oftalmologisch onderzoek, een MMSE en een vasculaire evaluatie (echografie) zijn dan aanbevolen. Bij 'frailty' als risicofactor bij ouderen is er evidentie voor case finding naar dementie, urine-incontinentie en nutritie.

Verder basisonderzoek dient te gebeuren naar het screenen van slaapstoornissen.

Verder basisonderzoek is nodig naar screening en naar case finding bij subgroepen. Steeds nauwkeurigere screeningstesten met hogere sensitiviteit en specificiteit kunnen –de soms discrete- balans van 'benefits' vs 'harms' bij screening in de toekomst terug de andere kant doen uitwijzen. Waarbij er andere zorgnoden kunnen opgenomen worden in een systematische screening. Hierbij dient wel steeds gekeken te worden naar de praktische uitvoerbaarheid en haalbaarheid.

Intussen verscheen er -begin 2016- (na de tijdsspanne van het uitgevoerde literatuuronderzoek) een nieuwe richtlijn van USPSTF waarin algemene screening naar depressie aanbevolen wordt (32). Dit item werd niet geïncludeerd in de vragenlijst voor het praktijkproject.

Tabel 3

SCREENING **asymptomatische patiënten**	**visus**	**glaucoom**	**gehoor**	**cognitief verval en dementie**	**slaap**	**depressie**
USPSTF	onvoldoende directe evidentie	onvoldoende evidentie	onvoldoende evidentie	onvoldoende evidentie, risicogroepen, case finding	/ (2016 updating …)	gn screening bij gn nazorg (2009)
RACGP	geen evidentie	Onvoldoende evidentie, risicogroepen: case finding	jaarlijks gehoor bevragen	gn evidentie van benefit van screening (II, C), risicogroepen: case finding	/	onduidelijke evidentie
NICE	/	/	/	/	/	/
National Guideline Clearinghouse						
Singapore (2010)	screening (GPP) (acuity chart)	/	screening (graad B), (SGSQ, HHIE, audioscoop)	niet aanbevolen (graad C, level 2+)	/	screening (GPP) (a.d.h.v. GDS-15)
HAS	/	/	/	/	/	/
CTFPHC	screening (graad B)	risicogroepen	screening (graad B)	onvoldoende evidentie (graad C)	/	screening bij effectieve behandeling en follow up, (graad b) (2005)
Domus Medica	/	/	/	/	/	/
KCE	/	/	/	/	/	/
NHG	/	/	/	/	/	/

Tabel 4

SCREENING	**suïcide**	**partnergeweld**	**aorta-aneurysma**	**incontinentie**	**orale hygiene**	**fysieke functie**	**nutritie**
USPSTF	onvoldoende evidentie	onvoldoende evidentie	geen evidentie, wel risicogroepen: case finding	/	/	/	/
RACGP	onvoldoende evidentie	onvoldoende evidentie	/	gn evidentie, case finding in hoog risico groepen	/	/	/
NICE	/	/	/	/	/	/	/
National Guideline Clearinghouse							
Singapore (2010)	/	/	/	screening (graad D: ICIQ-UI SF)	screening (graad D) (OHAT)	graad C (VES-13 of SPPB)	/
HAS	/	/	/	/	/	/	jaarlijks MNA
CTFPHC	/	onvoldoende evidentie (ouderenmishandeling)	gn screening, RF (vasc) onduidelijk: case finding	/	/	/	/
Domus Medica	/	Gn evidentie	/	/	/	/	/
KCE	/	/	/	/	/	/	/
NHG	/	/	/	/	/	/	/

USPSTF: United States Preventive Services Task Force; RACGP: Royal Australian College of General Practitioners; NICE: National Institute of Health and Care Excellence; HAS: Haute Autorité de Santé; CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care; KCE: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg; NHG: Nederlands HuisartsenGenootschap

Stap 2: Organise

De huisartsenpraktijk van Dr. Marc Van Malder te Werchter bestaat sinds 1999. In augustus 2014 werd deze praktijk opnieuw een opleidingspraktijk, nadat deze eerst een solopraktijk en enkele jaren een duopraktijk geweest is. De huisarts in opleiding (HAIO) begon dus in augustus 2014 en is de tweede HAIO in deze solopraktijk. (2009-2012)

Na overleg met de stagecoördinator, die het onderwerk aanbracht als 'een GMD + +' voor 75-plussers werd er met de promotor en mede-HAIO's gebrainstormd rond de concrete invulling van dit thema.

Mijn praktijkopleider gaf aan dat zijn meeste interesse uitging naar een kwaliteitsverbeterend project.

Over de aanpak van dit project werd vooral onder de HAIO's gediscussieerd. Enkele vergaderingen vonden plaats waarin ideeën uitgewisseld werden. Deze vergaderingen werden georganiseerd in december 2014, januari en februari 2015. Tijdens deze vergaderingen werd er vooral gebrainstormd over het onderzoeksproject zelf. Gaan we zelf een screeningstool, op basis van reeds bestaand tools ontwikkelen? Of gaan we een buitenlandse tool implementeren in Belgische huisartsenpraktijken? We vonden heel wat literatuur terug over de (vele) 'unmet needs' van kwetsbare ouderen die volgens deze studies nuttig voor te screenen lijken te zijn. Maar het is niet eenvoudig om deze bestaande tools te herwerken tot een meer beknopte (en dus minder arbeids-/tijdsintensieve) tool.

In een literatuurstudie werden de verschillende zorgnoden van de patiënt geëvalueerd op hun wetenschappelijke evidentie en werd in overleg tussen de groepsleden en promotor een praktijkinstrument gemaakt (zie bijlage 2). Hierbij werd het onderscheid gemaakt tussen items die wel systematisch gescreend dienen te worden en welke items nagegaan worden bij bepaalde risicofactoren.

Voor de ethische commissie werd een protocol (met hierin de vragenlijst verwerkt) gemaakt voor het kwaliteitsverbeterend project, alsook een informatieformulier en toestemmingsformulier voor de patiënt. Deze werden allen goedgekeurd. Zie bijlage 1.

Het praktijkinstrument dat werd opgesteld werd overlegd en besproken in de praktijk met de praktijkopleider en er werd beslist dit volledig uit te voeren en de 3 geselecteerde items te analyseren. Zie bijlage 2 en bijlage 3 (handleiding bij praktijkinstrument met achtergrondinformatie).

Stap 3: Clarify

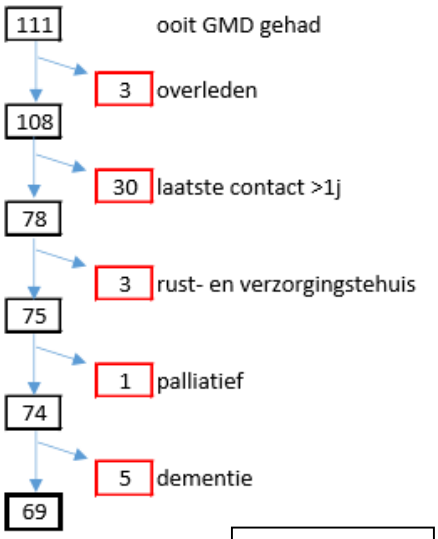
3.1 Selectie van de patiëntenpopulatie

Aangezien de praktijk een solopraktijk betreft en de meeste 75- tot 85-jarigen chronische patiënten zijn die grotendeels door de praktijkopleider opgevolgd worden, werd er gekozen om te werken met een EMD-audit om zo eerst de populatie in kaart te brengen en alle patiënten binnen deze categorie te identificeren.

Hierbij diende rekening gehouden te worden met de inclusie- en exclusiecriteria. (Zie bijlage 1: protocol)

We richten ons op thuiswonende ouderen tussen 75 jaar en 85 jaar met een globaal medisch dossier. Vervolgens worden de patiënten uitgesloten die niet thuis wonen, een levensverwachting hebben van minder dan 6 maanden, palliatieve patiënten, patiënten met dementie (gedocumenteerd in het EMD: elektronisch medisch dossier).

Via het EMD (HealthOne) maakte ik een 'analyse op de gebruikersdatabank' door middel van het opstellen van een 'query'. Op 7-09-2015 werden er 111 patiënten tussen de 75 en 85 jaar gevonden die ooit een GMD hadden. Vervolgens werd elk dossier afzonderlijk geopend. Als de patiënt overleden was (3 patiënten), werd deze geëxcludeerd. Het laatste contact werd bekeken: als dit meer dan 1 jaar geleden was, werd de patiënt uitgesloten (30 patiënten). Hierdoor blijven er 78 patiënten over, allen met een GMD in 2015. Van deze 78 patiënten zijn er 3 woonachtig in een rust- en verzorgingstehuis (exclusie) en zijn er 75 thuiswonenden. 1 palliatieve patiënt alsmede 5 patiënten met gedocumenteerde dementie werden uitgesloten, waardoor we 69 'geschikte' patiënten weerhielden. (zie figuur 2)



Figuur 2

Willekeurig werden uit deze 69 patiënten 26 patiënten telefonisch gecontacteerd of tijdens de consultatie aangesproken en geïnformeerd, 1 persoon verkoos niet deel te nemen. Andere patiënten kregen een informatieformulier. Hierna werd een datum gezocht voor een contactmoment.

Omwille van praktische (consultatieruimte niet steeds beschikbaar) en kwalitatieve redenen (betere analyse van het valrisico in thuisomgeving) werden er 25 huisbezoeken gedaan.

De registratie van de resultaten gebeurde door de interviewer (mezelf). Het opgestelde praktijkinstrument werd afgenomen, waarbij een status opgemaakt werd van zowel de status van het

EMD als de gezondheidstoestand van de patiënt (wat betreft de bevraagde item). Hierbij werden de status van vaccinaties, medicatie en valpreventie nagegaan. De status van het EMD gebeurde voorafgaand aan het huisbezoek.

3.2 Procesindicator voor kwaliteitsverbetering

Er kon geen systematische screening/analyse van vaccinatie, medicatie of controle van de valstatus in het EMD gebeuren voor deze 69 patiënten, bv. d.m.v. een het opstellen van een query of audit.

De dossiers dienden manueel geopend te worden om zo een status op te maken. Hierbij werd bij 23/25 patiënten een influenzavaccinatie teruggevonden in het dossier, bij 7/25 een pneumococcenvaccinatie en bij 4/25 een tetanus en difterie-vaccinatie. Bij 25/25 was de vermelde vaccinatiestatus in het EMD de actuele vaccinatiestatus.

Bij 25/25 patiënten werd een medicatieschema teruggevonden in het EMD.

Bij 0/25 patiënten werd een status van de valpreventie teruggevonden.

Als indicator voor kwaliteitsverbetering werd een registratie (codering) in het EMD vooropgesteld. Dit geldt voor de verschillende onderdelen: vaccinatie, medicatie en valpreventie. Een bewustwording bij patiënten en artsen werd tevens vooropgesteld maar niet gemeten.

Stap 4: Understand proces and uncover problems: analyse van de problemen

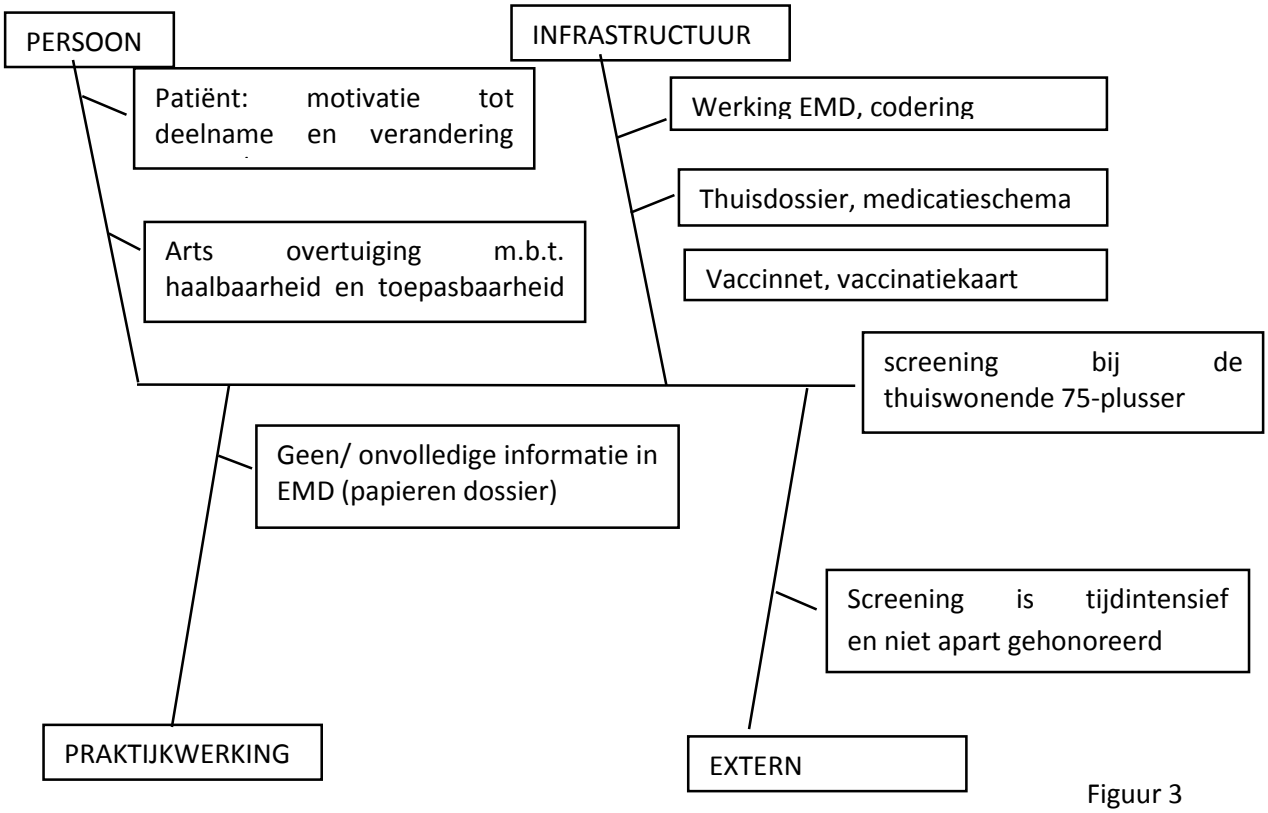
4.1 Barrières

Met de praktijkopleider werd bekeken wat de barrières voor uitvoering kunnen zijn bij het afnemen van het praktijkinstrument en bij analyse. Aan de hand van een visgraatanalyse werd geprobeerd de barrières in kaart te brengen. Zie figuur 3. Het uiteindelijke doel is screening bij de thuiswonende 75-plussers. De weerstanden werden bekeken vanuit vier invalshoeken: persoon, infrastructuur, praktijkwerking, externe factoren.

Hierbij kwam een correct gebruik van het dossier (EMD) naar boven. Waarbij de juiste gegevens op de juiste plaats in het dossier aanwezig dienen te zijn. Gezien het een oudere populatie betreft en aangezien er vroeger met papieren dossiers werd gewerkt, is dit ook mogelijk een extra bron van ‘bias’. Het is niet duidelijk ofdat alle gegevens destijds volledig zijn getransfereerd naar het EMD, wanneer dit in gebruik werd genomen.

Een volgende groep barrières zijn de beperkte midden die beschikbaar zijn in een kleine praktijk: proportioneel grote administratieve belasting en weinig tijd.

Ook patiënten dienen -uiteraard- hun medewerking te verlenen, wat misschien een probleem kan vormen en artsen dienen overtuigd te zijn van de meerwaarde van dit project op de kwaliteit van zorg.



Figuur 3

Deze barrières werden besproken en er werd gekeken naar de factoren die het grootste aandeel hebben en veranderbaar zijn van aard. Zo kwamen we terecht bij de barrières rond persoon, infrastructuur en praktijkwerking.

Stap 5: Start: Plan-Do-Check-Act

5.1 Plan: plannen van de actie

In een eerste fase werd een literatuuronderzoek uitgevoerd (zie desbetreffende deel en bijlage 5). Het kwaliteitsverbeterend project met uitvoering van het praktijkinstrument vond plaats tussen 13-11-2015 en 11-01-2016 (zie bijlage 2). Patiënten werden telefonisch of tijdens een consultatie geïnformeerd en op de hoogte gebracht van het opzet van de studie. Zij maakten vrij de keuze al dan niet deel te nemen. 25 patiënten namen uiteindelijk deel aan het kwaliteitsverbeterend project.

5.2 Do: uitvoeren van de actie

Alvorens te starten met het uitvoeren van het praktijkinstrument heeft de HAIO samen met de praktijkopleider het EMD overlopen. Omdat dit een barrière kan zijn in het registratieproces en een

barrière in het behouden van het project in de praktijk. Hierbij werd onder andere aandacht besteed aan de structuur van het EMD, de mogelijkheden tot codering, de medicatieregistratie, het gebruik van de medicatiemodule, het opstellen van sumehrs etc. .

25 patiënten namen deel het kwaliteitsverbeterend project (met vragenlijst) in de periode van 13-11-2015 tem 11-01-2016. In tabel 5 wordt de interventie (nl het praktijkinstrument afnemen) geëvalueerd a.d.h.v. de bepaalde procesindicatoren.

Tabel 5: evaluatie van de interventie

		Procesindicator		Vaccinatiestatus (= # correct gevaccineerden)	Medicatiestatus (= # suggesties tot wijziging medicatie)	Valpreventie (=# positieve screenings)
		Status pre-interventie (= #EMD's correct ingevuld)	Status post-interventie (= #EMD's correct ingevuld)			
Vaccinatie	Influenza	25/25	25/25	23/25		
	Pneumococcen	25/25	25/25	7/25		
	Tetanus-Difterie	25/25	25/25	4/25		
Medicatie		21/25	25/25		9/25	
Valpreventie		0/25	25/25			5/25

5.3 Check: evaluatie van de actie

Van de 69 patiënten die in aanmerking kwamen voor dit praktijkproject, namen er 25 deel: 13 vrouwen, 12 mannen, tussen 75-85j. Hieronder worden in detail de resultaten van het praktijkproject weergegeven voor de drie geanalyseerde items.

Vaccinatiestatus:

In tabel 6 wordt een overzicht van de vaccinatiestatus weergegeven.

Tabel 6

Griep:	23/25: gevaccineerd in griepseizoen 2015-2016.
	2/25: werden dit jaar niet gevaccineerd (aan deze patiënten werd in het verleden een vaccinatie voorgesteld, maar ze wensten dit niet).
Pneumokokken:	5/25: vaccinatiestatus ok, hervaccinatiemoment werd besproken.
	2/25: reeds hervaccinatie (na 5jaar) gepland.
	2/25: in verleden gevaccineerd geweest, maar laatste >5jaar geleden.
	16/25: niet gevaccineerd.
Tetanus/ Difterie:	4/25: vaccinatiestatus: in orde.
	5/25: tussen de 10j en 20j geleden, vaccinatie werd gepland.
	16/25: >20j geleden, 2 vaccinaties werden gepland.

De vaccinatiegegevens werden bij alle patiënten uit het praktijkdossier (EMD en vaccinnet) bekomen. 1 patiënt had een vaccinatiekaart.

Medicatie:

Informatie over de medicatiestatus werd voor aanvang van de vragenlijst bekeken in het EMD, waarna het vergeleken werd met de medicatie die de patiënt aangeeft te nemen.

Bij 2 patiënten nam de patiënt een andere posologie dan vermeld werd in het EMD. Eénmaal werd een protonpompinhibitor gestopt. Driemaal was er een mogelijkheid tot stopzetting van een statinebehandeling. Dit werd besproken met de patiënten, maar ze wensten de behandeling verder te zetten. Eénmaal werd calcium en vitamine D toegevoegd aan het medicatieschema bij een patiënt die reeds behandeld werd met denosumab (prolia ®).

Viermaal werd aan de patiënt geadviseerd en beargumenteerd te stoppen met slaapmedicatie, omwille van onvoldoende bewezen effectiviteit. Eénmaal werd een voedingssupplement dat reeds door de patiënt werd genomen, toegevoegd aan het medicatieschema in het EMD.

14 van de 25 patiënten hadden een medicatielijst thuis.

Globaal was er een zeer hoge tevredenheid over het medicamenteus beleid. Het overlopen van de medicatie was voor de patiënt een moment om werking en werkzaamheid van medicatie te bespreken. De wijze van medicatie-inname (tijdstip etc.) werd overlopen en er werd getoetst of de patiënt op hoogte was van het doel van deze medicatie.

Valpreventie:

Bij 0 van de 25 patiënten was er een registratie van de valstatus in het dossier. 5 keer was er een positieve screening hiernaar (2 van de 5 door 2 of meer keer vallen per jaar). Bij deze 5 patiënten werd een multifactoriële analyse (domus medica) uitgevoerd. Gekende pathologieën kwamen hierbij naar voren en er waren enkele nieuwe aandachtspunten.

Conclusie resultaten praktijkproject:

In de praktijk is er bij 75-plussers een hoge vaccinatiegraad wat influenza betreft (23/25). Pneumococcenvaccinatiegraad is met 7/25 laag. Tetanus en difterie-vaccinatiegraad is ook erg laag met 4/25. Op vaccinnet worden weinig vaccinatiegegevens bekomen (sporadisch), griepvaccinaties worden hier niet systematisch geregistreerd. Na afloop was de vaccinatiestatus bij alle patiënten (n=25) gedocumenteerd in het dossier.

Medicamenteus beleid werd tijdens dit project maar enkele malen aangepast in overleg met de patiënt, meerdere malen (9 keer) echter werden suggesties gedaan (bv. m.b.t. stoppen van slaapmedicatie). Een barrière voor effectieve medicatiewijzigingen was het feit dat patiënten een soort van vertrouwdheid en gewoonte krijgen bij bepaalde therapie. De HAIO is niet de behandelende arts wat tevens een barrière vormde voor effectieve medicatieveranderingen. Toch kadert dit praktijkproject dan ook ruim binnen een bewustwordingsproces bij de patiënt rond medicatie.

Bij 5 van de 25 patiënten was de screening naar vallen positief, waarbij er een multidisciplinaire analyse verricht werd. Hierbij werden voornamelijk gekende pathologieën bevestigd, maar waren er toch ook enkele nieuwe aandachtspunten. Na afloop was de valstatus bij alle patiënten (n=25) gedocumenteerd in het dossier.

Een volledige registratie van vaccinatie-, medicatie- en valpreventiestatus werden bekomen in het elektronisch medisch dossier bij alle 25 patiënten. We kunnen besluiten dat de vooropgestelde einddoelen tot kwaliteitsverbetering hiermee bereikt werden. (Zie tabel 5)

5.4 Act: Hoe kan het project in de praktijkvoering geïntegreerd blijven?

Nadat alle gegevens verzameld werden, werd gekeken hoe deze screening in het EMD (HealthOne) op een duidelijke en gebruiksvriendelijke manier kom geïntegreerd blijven. Dit heeft als bedoeling dat de artsen in de praktijk deze bevraging eenvoudig kunnen raadplegen en (jaarlijks) registreren. Hiervoor werd de handleiding van hdmp (HealthOne) geraadpleegd 'item 99 configuration tool'.
In HealthOne maakte ik een preventiesjabloon 'Screening 75-85j' aan. Hieraan werd een alert gekoppeld, zodoende de gebruiker van het EMD verwittigd wordt wanneer hij werkt in een dossier van een 75 tot 85-jarige, zonder dergelijk sjabloon. Er werd tevens een 'reeks' aangemaakt met vaccin,

medicatie en valpreventie als items. In bijlage vindt u hiervan een printscreen. (zie bijlage 4) Er zijn dus 3 mogelijkheden om deze preventie te documenteren in het EMD (HealthOne): na alert (preventiesjabloon), zelf een preventiesjabloon toevoegen of zelf een reeks toevoegen.

De praktische haalbaarheid van het gebruik van het sjabloon en van een reeks werd in de praktijk overlegd, waarbij de voor- en nadelen bekeken werden. Zo werd de koppeling van de vaccinaties aan het vaccinatie-overzicht in het dossier zeer belangrijk bevonden, zowel qua overzicht als wat de continuïteit betreft. Er werd contact opgenomen met hdmp, de helpdienst van het EMD, waarbij beloofd werd deze gegevens te koppelen en synchroniseren in het EMD.

Discussie

Systematische screening voor visus, gehoor, cognitief verval en dementie, partnergeweld en ouderenmishandeling, slaapstoornissen, aorta-aneurysma, urine-incontinentie en nutritie werden niet opgenomen in het praktijkproject. Dit werd ondersteund door het uitgevoerde literatuuronderzoek.

Bestaande screeningstools zijn vaak zeer uitgebreid en tijdrovend voor de huisarts. Bij het praktijkinstrument dat in dit project werd opgesteld, vormt een wetenschappelijke evidentie de basis. Er wordt getracht slechts een geringe tijdsinvestering aan de huisarts te vragen bij de uitvoering hiervan. Zo vormt het praktijkinstrument een voorbeeld van een haalbaar en uitvoerbaar screeningsprotocol bij 75-plussers in de Vlaamse huisartspraktijk. Hierbij dient vermeld te worden dat de huisarts een centrale rol speelt als initiator van dit screeningsproces. In de verdere uitwerking kan hij beroep doen zowel op praktijkassistentie als kinesitherapeutische, ergotherapeutische of specialistische analyse (denk bijvoorbeeld aan valpreventie). Ook een financiële ondersteuning kan de huisarts stimuleren om deze screening uit te voeren. De motivatie van de patiënt is ook belangrijk in het slagen van screeningsprogramma's.

Sterktes van dit literatuuronderzoek zijn het gebruik van slechts quaternaire bronnen. Dit vormt tevens de grootste beperking van dit literatuuronderzoek. Tabel 3 en tabel 4 vatten het literatuuronderzoek rond case finding bij ouderen schematisch samen.

Sterktes van dit praktijkproject zijn de gebruiksvriendelijkheid en haalbaarheid van het praktijkinstrument. Digitalisering en integratie van dit praktijkinstrument in het EMD zijn een noodzakelijke volgende stap in de bestendiging van deze screening. Hierbij kan dit praktijkinstrument tijdens één contactmoment overlopen worden of verdeeld worden over enkele contactmomenten.

Een prospectieve randomised controlled trial (RCT) is nodig om dit praktijkinstrument te toetsen op haalbaarheid en implementatie op grote schaal.

Beperkingen van het praktijkproject zijn het gering aantal deelnemende patiënten in een landelijke duopraktijk. Een potentiële bias bij de bespreking van de resultaten van dit praktijkproject is de overgang van een papieren naar een elektronisch dossier (enkele jaren geleden). De grote van dit aandeel is onduidelijk. Dit project betekende een kwaliteitsverbetering voor de praktijk en de uitdaging bestaat erin dit te bestendigen. Hiervoor werd de visgraatanalyse uitgevoerd en doorgenomen met de praktijkopleider.

Een aandachtspunt van het praktijkinstrument is de afwezigheid van de zorgnood depressie, die sinds de herziening van de richtlijnen (32) in januari 2016 wel nuttig blijkt voor screening. Toekomstige projecten kunnen deze zorgnood dan ook integreren in de screening bij 75-plussers. Ook kunnen de zorgnoden die bij case finding beschreven werden wetenschappelijk bewijs te hebben, aan een gezondheidsevaluatie toegevoegd worden. Hierbij dienen de patiëntgebonden risicofactoren goed gekend en beschikbaar te zijn in het dossier.

In de toekomst dient verder basisonderzoek te gebeuren naar screening voor de verschillende zorgnoden bij ouderen en case finding bij risicofactoren, zodat de wetenschappelijke evidentie ruimer en kwalitatiever wordt. Toekomstige praktijkprojecten als deze kunnen helpen de ouderenscreening binnen het dynamische landschap van de huisarts te kaderen en integreren.

Besluit

Er is tot op heden niet voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een systematische screening bij thuiswonende 75-plussers. Wel blijkt uit voorafgaande literatuurstudie dat afzonderlijke screening naar bepaalde zorgnoden wel bewezen is. Zeker rond medicatie-evaluatie en vaccinatie bestaat een consensus tot veralgemeende screening. Bij valpreventie is er nog enige terughoudendheid, omdat er nog een evidentie op hoog niveau bestaat. Echter omdat vallen bij ouderen een dermate ingrijpende gebeurtenis met verstrekkende gevolgen voor de levensverwachting kan zijn en omdat overheden veel inspanningen verrichten om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen, wordt het screenen naar valrisico toch algemeen evident geacht.

Algemene screening naar visus, gehoor, cognitief verval en dementie, depressie, partnergeweld en oudermishandeling, aorta-aneurysma, incontinentie en nutritie wordt in een systematische screeningssetting niet aanbevolen.

Bij de aanwezigheid van ‘frailty’ bij 75-plussers is case finding naar dementie, urine-incontinentie en nutritieproblemen aangewezen. Bij de subgroep van vasculair belaste patiënten (met dus een hoger risicoprofiel) is case finding naar glaucoom, cognitief verval en dementie en aorta-aneurysma aanbevolen.

Dit literatuuronderzoek toont aan dat de bestaande screeningstools die vandaag gebruikt worden (easy-care, magic, gazeto,…) wetenschappelijk niet voldoende onderbouwd zijn en bijgevolg te uitgebreid voor een huisarts. Haalbaarheid van deze screeningsinstrumenten hangt dan ook sterk af (link Anne en Sophie) van de praktijkorganisatie. Hierop wordt verder ingegaan in deel 3 en 4 (Anne en Sophie).

Abstract

Screening bij 75-plussers: een kwaliteitsverbeterend project

Huisarts in opleiding: Toon Van Hoof, Katholieke Universiteit Leuven

(in samenwerking met Sophie Cortvriendt, Dominique Deruyver en Anne Schuermans)

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Jo De Wachter, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Marc Van Malder

Context: De toenemende vergrijzing vormt een grote uitdaging voor de zorgsector en de huisarts speelt een belangrijke rol in deze complexe ouderenzorg. Een systematische screening naar zorgnoden zou de arts kunnen helpen in het voorkomen van gezondheidsproblemen. Hiervoor bestaan reeds verschillende screeningsinstrumenten. De wetenschappelijke evidentie, het nut en de toepasbaarheid van dergelijke uitgebreide instrumenten in de eerste lijn is twijfelachtig. Op basis van de huidige wetenschappelijke evidentie werd een eigen praktijkinstrument voor screening bij ouderen ontwikkeld.

Onderzoeksvraag: Deze thesis, die deel uitmaakt van een vierluik, onderzoekt voor welke zorgnoden case finding wetenschappelijk bewezen is bij thuiswonende ouderen.
Toon Van Hoof: Voor welke zorgnoden is systematische screening bij ouderen niet op evidentie gebaseerd, maar is case finding wetenschappelijk bewezen?
Deze vraag werd opgedeeld in 9 'subvragen': Is systematische screening bij ouderen naar visusproblemen/ gehoorproblemen/cognitief verval en dementie/ depressie/ partnergeweld en ouderenmishandeling/ slaapstoornissen/ aorta-aneurysma/ urine-incontinentie/ nutritieproblemen wetenschappelijk bewezen? Hierbij werd ook de wetenschappelijk evidentie van case finding voor elke zorgnood bekeken.
In een kwaliteitsverbeterend project wordt dit screeningsproject in de Vlaamse huisartsenpraktijk uitgevoerd.

Methode: De FOCUS-procedure (Find, Organise, Clarify, Understand, Start) vormde de leidraad, die gevolgd werd. Het gaat om een 2-stapsproject waarbij eerst een literatuurstudie verricht werd. Er werd een praktijkinstrument gemaakt o.b.v. de bekomen resultaten uit de literatuurstudie, die werd verricht in quaternaire bronnen naar de evidentie rond systematische screening bij thuiswonende 75-plussers. Dit instrument werd gebruikt voor een kwaliteitsverbeterend project. Het kwaliteitsverbeterend project bracht de barrières in de praktijk voor aanvang in kaart via visgraatanalyse. In de start-fase werd de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act) gevolgd. Indicator voor kwaliteitsverbetering vormde de aanwezigheid van gescreende zorgnoden in het elektronisch medisch dossier.

Resultaten: 25 75-plussers namen deel aan dit screeningsproject. Binnen deze leeftijdsgroep in de praktijk in Werchter is dit een participatiegraad van 36% (25/69). Kwaliteitsverbetering, namelijk registratie van vaccinatie-, medicatie- en valpreventiestatus in EMD werd bekomen bij alle 25 deelnemende patiënten. Medicatieregistratie was volledig voor aanvang. Vaccinatiestatus was correct genoteerd in het dossier (25/25). Influenzavaccinatiegraad was hoog (23/25), pneumococcenvaccinatiegraad was laag (7/25). Tetanus en difterie-vaccinatiegraad was ook laag (4/25). Valpreventiestatus was voor aanvang niet genoteerd in het EMD (0/25), nadien was dit bij alle patiënten genoteerd.

Conclusies: De huisarts speelt een centrale rol voor de 75-plussers. Systematische screening is aangetoond voor vaccinatie, medicatie en valpreventie. Case finding bij aanwezigheid van risicofactoren is aangetoond voor glaucoom. Bij aanwezigheid van 'frailty' is case finding naar dementie, urine-incontinentie en nutritieproblemen aangewezen. Bij de subgroep van vasculair belaste patiënten (met dus een hoger risicoprofiel) is case finding naar glaucoom, cognitief verval en dementie en aorta-aneurysma aanbevolen.

E-mail: toon.van.hoof@hotmail.com

ICPC-code: A98 preventie

Lijst met afkortingen

GMD	Globaal medisch dossier
HAIO	Huisarts in opleiding
WHO	World Health Organisation
Easy-care	Elderly Assessment System
MAGIC	Manageable Geriatric Assessment
GAZETO	Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
NICE	National Institute of Health and Care Excellence
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
HAS	Haute Autorité de Santé
MMSE	Mini-Mental State Examination
MCI	Mild Cognitive Impairment
EMD	Elektronisch Medisch Dossier

Dankwoord

Hierbij wil ik in eerste instantie mijn promotor, professor Dr. Lieve Peremans, Dr Jo Dewachter en de drie collega-HAIO's bedanken, voor de intense samenwerking en leerrijke discussiemomenten.

Ann-Sofie, dankjewel voor de integrale en onvoorwaardelijke ondersteuning die je me geeft op al mijn wegen!

Christine, mama, merci voor het nalezen van deze thesis.

Marc, bedankt voor de praktijkondersteuning en feedback bij het uitvoeren van het praktijkproject. Bedankt ook aan alle patiënten die hun medewerking verleend hebben bij uitvoering van dit praktijkproject.

Referenties

1. Wilson J, Jungner Y. Principles and practice of screening for disease. World Heal Organ. 1968;65(4):281–393.

2. Philip KE, Alizad V, Oates A, Donkin DB, Pitsillides C, Syddall SP, et al. Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Apr 16];15(1):42–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169306

3. Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller C a, Theile G. "It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use. BMC Fam Pract [Internet]. 2015;16:1–10. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/4

4. Deckers A, Gouhie J, Willekens B, Helsmoortel A, Depraetere S, Degryse J. Detectie van nieuwe zorgnoden bij kwetsbare ouderen. De gestructureerde GAZETO-agenda uitgetest. Huisarts Nu [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 16];41:191–6. Available from: http://www.domusmedica.be/documentatie/huisartsnu/archief/2014-jg-43/nr-43-5/5602-detectie-van-nieuwe-zorgnoden-bij-kwetsbare-ouderen.html

5. Grouwels D, Seuntjens L. Dokteren met kwaliteit. 2009. 248 p.

6. Chou R, Dana T, Bougatsos C. Clinical Guidelines Annals of Internal Medicine Screening Older Adults for Impaired Visual Acuity : A Review of the Evidence for the U . S . Preventive Services Task Force. 2008;(9).

7. Royal Australian College of General Practicioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 8th ed. East Melbourne; 2012.

8. Health Promotion Board - Ministry of Health Singapore. Functional Screening for Older Adult in the Community. 2010.

9. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Minister of Supply and Services Canda. Ottawa; 1994.

10. Moyer VA. Screening for Hearing Loss in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. American College of Physicians; 2012;157(9):655.

11. Yueh B, Collins MP, Souza PE, Boyko EJ, Loovis CF, Heagerty PJ, et al. Long-term effectiveness of screening for hearing loss: the screening for auditory impairment--which hearing assessment test (SAI-WHAT) randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):427–34.

12. Patterson C. Prevention of hearing impairment and disability in the elderly. Canadian Task Force on the periodic health examination Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa; 1994. p. 954–63.

13. US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine Review Screening for Cognitive Impairment in Older Adults : A Systematic. 2013;159(9).

14. Patterson CJS, Gass D a. Screening for Cognitive Impairment and Dementia in the Elderly. Can J Neurol,Sci;28Suppl1--S42-s51. :42–51.

15. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2005 Jan;172(1):33–5.

16. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013 Mar;158(6):478–86.

17. LeFevre ML. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014 May;160(10):719–26.

18. Vanhalewyn M, Offermans A, Fauquert B, Roland M. Domus Medica- Richtlijn ouderenmishandeling. 2014;(november 2013).

19. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Arch Fam Med. 1993;2(4):371–88.

20. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009 May;57(5):761–89.

21. MacGregor KL, Funderburk JS, Pigeon W, Maisto SA. Evaluation of the PHQ-9 Item 3 as a screen for sleep disturbance in primary care. J Gen Intern Med. 2012 Mar;27(3):339–44.

22. Luyster FS, Choi J, Yeh C-H, Imes CC, Johansson AEE, Chasens ER. Screening and evaluation tools for sleep disorders in older adults. Appl Nurs Res. 2015 Nov;28(4):334–40.

23. Scott RAP, Bridgewater SG, Ashton HA. Randomized clinical trial of screening for abdominal aortic aneurysm in women. Br J Surg. 2002 Mar;89(3):283–5.

24. LeFevre ML. Screening for abdominal aortic aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014 Aug;161(4):281–90.

25. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane database Syst Rev. 2007 Jan;(2):CD002945.

26. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. Mt Sinai J Med. 2003 Jan;70(1):54–61.

27. Ko Y, Lin S-J, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. Am J Manag Care. 2005 Jul;11(4 Suppl):S103–11.

28. Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, et al. 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. J Can Urol Assoc. 2012;6(5):354–63.

29. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2001 Dec;15(6):869–84.

30. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane database Syst Rev. 2009 Jan;(2):CD003288.

31. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X. Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. Clin Nutr. 2011 Jun;30(3):312–9.

32. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Depression in Adults. JAMA [Internet]. 2016 Jan 26 [cited 2016 Jan 27];315(4):380. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211

Bijlagen

Bijlage 1:

Protocol:

Screening en preventie bij 75-plussers: nieuwe problemen door screening.

Versie 3 26-06-2015

1. Inleiding

De toenemende vergrijzing van de bevolking vormt een grote uitdaging voor de zorgsector. Ouderenzorg is erg complex wegens de multimorbiditeit, kwetsbaarheid, lichamelijke beperkingen en afhankelijkheid van ouderen. Huisartsen zullen in de toekomst steeds meer met deze gezondheidsproblemen geconfronteerd worden. De nood aan een meer gestructureerde zorgaanpak neemt hierdoor toe.

In de geriatrie wordt er reeds gebruik gemaakt van 'comprehensive geriatric assessments' (CGAs) om te screenen naar belangrijke functionele, cognitieve, emotionele en sociale problemen. Voor de eerstelijnszorg bestaan ook verschillende geriatrische zorgmodellen, gebaseerd op de CGA, zoals de GAZETO (gestructureerde agenda voor zorgnoden van thuiswonende ouderen), Easycare assessment, the Easy care TOS of SPICE. In landen zoals Groot-Brittannië en Nederland werden deze tools reeds geïntroduceerd met het doel deze op een systematische manier te gebruiken in de praktijk. Een veelgehoorde kritiek op deze instrumenten is dat ze voor de huisarts weinig zinvol en vooral tijdrovend zijn.

2. Onderzoeksvragen

- Is systematische screening van 75-plussers zinvol?
  - Wat is de evidentie om over te gaan naar systematische screening?
  - Voor welke items bestaat er evidentie?
  - Welke screeningstools worden reeds in de eerstelijnszorg in België of in het buitenland gebruikt?

- Welke nieuwe 'problemen' of te bespreken actiepunten worden ontdekt door de screening? (Toon Van Hoof)
  - Welke problemen komen aan het licht door de screening toe te passen?
  - Hoe worden en werden deze problemen aangepakt in deze praktijk? Is hier reeds aandacht voor (huidige toestand praktijken in kaart brengen)?

- In welke mate is screening haalbaar en uitvoerbaar binnen de huisartsenpraktijk?
  - Welke screeningstools zijn haalbaar in de eerstelijnspraktijk (en specifiek in onze praktijkorganisatie?)

- Hoe kunnen we screening en preventie bij 75-plussers organiseren binnen onze huisartsenpraktijken?

  Ik zal mij hierbij voornamelijk toeleggen op het onderzoek van de nieuwe problemen door screening.

3. Studieopzet

Deze studie is een kwaliteitsverbeterend project. In de verschillende huisartsenpraktijken zal gescreend worden naar thema's die volgens de literatuur zinvol zijn voor preventie, oa vaccinatiestatus, medicatie, valrisico. Er zal enerzijds een analyse gemaakt worden van de huidige toestand en anderzijds zal bekeken worden wat we met een dergelijke screening kunnen bereiken. Een belangrijk aspect is ook hoe dit in de toekomst geïmplementeerd zou kunnen worden in de standaard zorgverlening, m.a.w. wat zijn de mogelijkheden en barrières om screening en preventie te organiseren binnen de huisartsenpraktijk.

4. Inclusiecriteria

Met dit onderzoek richten we ons op thuiswonende ouderen tussen 75 jaar en 85 jaar met een globaal medisch dossier. Er dient wel rekening gehouden te worden met de functionele mogelijkheden van deze personen. Via een statistische functie van het elektronisch medisch dossier (EMD) worden alle patiënten tussen 75 en 85 jaar weerhouden.

5. Exclusiecriteria

Vervolgens worden de patiënten die geen GMD hebben uitgesloten, alsook de patiënten die niet thuis wonen, een levensverwachting hebben van minder dan 6 maanden, palliatieve patiënten, patiënten met dementie (gedocumenteerd in het EMD)

6. Eindpunten en evaluatiecriteria

- Analyse van de huidige toestand
- Detectie van nieuwe problemen na screening
- Bruikbaarheid, haalbaarheid en uitvoerbaarheid voor arts
- Houding van huisartsen tov screening bij ouderen
- Meerwaarde voor de praktijk

7. Rekrutering van de deelnemers

Via het EMD zal een selectie gemaakt worden aan de patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria. De patiënten die in aanmerking komen zullen aangesproken worden op het eerstvolgende contactmoment: raadpleging of huisbezoek. Er zal uitleg gegeven worden over het project en gevraagd worden of ze hieraan willen deelnemen. Afhankelijk van de beschikbare tijd en wens van de patiënt

zal de screening op dat moment gebeuren of krijgt de patiënt een afspraak voor een bijkomende consultatie. Ook aan de hand van een poster en een inlichtingenblad in de wachtzaal zal de patiënt geïnformeerd worden. Dit geeft patiënten de kans om vooraf rustig die informatie door te nemen en eventuele bijkomende vragen te stellen tijdens de consultatie.

8. Ethische aspecten

Aan de patiënten wordt op een zorgvuldige, informerende en niet dwingende manier uitgelegd wat het doel is van het onderzoek. Er wordt benadrukt dat ze volledige keuzevrijheid hebben om deel te nemen aan het onderzoek, en dat hun deelname of weigering geen invloed heeft op de verdere relatie met hun arts.

Deelname aan het onderzoek kan op elk moment zonder reden worden stopgezet door de patiënt. De patiënten kunnen met hun vragen steeds terecht bij één van de artsen.

Alle informatie die bekomen wordt valt onder het beroepsgeheim.

9. Deontologische beschouwingen

Als er een extra consultatie voorzien wordt, zal deze uiteraard niet gehonoreerd worden door de arts.

10. Uitval

Geselecteerde patiënten die na het krijgen van informatie niet wensen deel te nemen, worden als 'non-responders' gezien.

11. Analyse en resultaten

Via een zoekfunctie van het medische programma zal een groep patiënten geselecteerd worden die voldoen aan de inclusiecriteria. Gegevens zullen verzameld worden tijdens een contactmoment met de patiënt door enerzijds opzoekwerk in het medisch dossier en anderzijds de patiënt te bevragen en zo nodig bij deze patiënt een eenvoudige screeningstest af te nemen. De keuze voor deze test is afhankelijk van de evidentie die in de literatuur wordt gevonden.

Als bijlage is een eerste versie toegevoegd van een protocol dat gebruikt zal worden voor screening in de praktijken.

Om de haalbaarheid en uitvoerbaarheid binnen de huisartsenpraktijken na te gaan, zullen artsen bevraagd worden via semi-gestructureerde interviews of via een brainstormmeeting (afhankelijk van de praktijk en praktische mogelijkheden). Vragen die gesteld zullen worden, hebben enerzijds betrekking op hun visie over screening bij deze bevolkingsgroep en noodzaak van een uniforme screeningstool. Anderzijds zullen ze specifiek over het door ons opgestelde screeningsinstrument

bevraagd worden naar hun visie over inhoud, tijdsinvestering, welke items belangrijk worden geacht of komen nu ook al aan bod, aanpassingen die nodig zijn om de uitvoerbaarheid te bevorderen,…

De gesprekken zullen opgenomen en uitgetypt worden. Er zal een thematische analyse van de transcripten gebeuren. Eerst worden de teksten gelezen, dan worden de relevante paragrafen in functie van de vraagstelling aangeduid. Vervolgens worden deze fragmenten gecodeerd en in een laatste fase worden de codes geclustered onder thema's.

Deze resultaten zullen dan gebruikt worden bij het opstellen van een richtlijn om screening en preventie te organiseren in onze huisartsenpraktijken.

12. Conclusies

Met dit onderzoek willen wij, vier masterstudenten, het nut van deze screening nagaan door middel van een literatuurstudie. In een tweede fase zullen we een praktijk verbeterend project opzetten waarbij we een screeningsprotocol opstellen voor items, die zinvol bleken uit literatuuronderzoek. Hierbij willen we nagaan wat de moeilijkheden en barrières zijn om dit in onze huisartsenpraktijk uit te voeren. Het uiteindelijke doel bestaat eruit een praktijkrichtlijn te maken, dewelke misschien ook bruikbaar blijkt voor andere praktijken.

Screening naar gezondheidsproblemen bij 75-plussers

1. Vaccinatie

STAP 1: Nagaan of er in het dossier informatie over vaccinatie beschikbaar is of dat de patiënt een vaccinatiecertificaat heeft?

STAP 2: Zo nee, vragen aan patiënt:

a) Hebt u een griepvaccinatie gehad in de laatste 12 maanden?
b) Hebt u een vaccinatie tegen pneumokokken gehad? Hoe lang is dit geleden?
c) Hebt u een tetanus/difterie vaccinatie gehad in de laatste 10 jaar? Zo nee, in de laatste 20 jaar?

2. Medicatie

STAP 1: Wanneer was de laatste bepaling van de nierfunctie?

Is alle chronische medicatie aangepast aan de nierfunctie?

STAP 2: Chronische medicatie nakijken op 'overbodige/ongepaste' of ontbrekende medicatie (dmv START en STOPP criteria)

3. Valpreventie

Volgende vragen zullen gesteld worden:

- Bent u het afgelopen jaar gevallen?
- Hebt u moeilijkheden met wandelen of met uw evenwicht?

Bij een positief antwoord op een van de eerste 2 vragen worden bijkomende vragen gesteld en onderstaande test afgenomen:

- In welke omstandigheden bent u gevallen?
- Ervaart u omwille van lichamelijke problemen/pijn angst om te wandelen?
- Welke hulpstukken gebruikt u bij het wandelen of wanneer u zich thuis verplaatst?
- Hoe is uw zicht? Draagt u wel eens een bifocale of multifocale bril? Wanneer bent voor de laatste keer bij een oogarts geweest?
- Hebt u problemen met het hart of met de bloeddruk?
- Ervaart u problemen van urinaire incontinentie?
- Hoeveel consumpties alcohol drinkt u per week?

TEST: 'Timed up and go' test:

De patiënt moet rechtstaan, vanaf een zittende positie op een normale stoel met armleuningen, en moet ongeveer 3 meter wandelen, zich omdraaien en terug gaan zitten

4. (Onder)voeding:

STAP 1: MNA (mini-nutritional assessment) bevragen

1. Bent u de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?
   0= sterk verminderde eetlust
   1= matig verminderde eetlust
   2= geen verminderde eetlust
2. Gewichtsverlies gedurende de afgelopen maanden
   0= gewichtsverlies groter dan 3 kg
   1= weet het niet
   2= gewichtsverlies tussen 1 en 3 kg

3= geen gewichtsverlies

3. 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

4. Heeft u gedurende de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte?
   0= ja 2= nee

5. Neuropsychologische problemen
   0= ernstig dement of depressief

   1= licht dement

   2= geen psychologische problemen

6. Body Mass Index (BMI)
   0= BMI minder dan 19

   1= BMI tussen 19 en 21

   2= BMI tussen 21 en 23

   3= BMI 23 of meer

   OF omtrek van de kuit in cm

   0= kleiner dan 31

   3= 31 of groter

STAP 2: A.d.h.v. score bepalen of het gaat om:

- 12-14 punten: 'normale voedingstoestand'
- 8-11 punten: 'risico op ondervoeding'
- 0-7 punten: 'ondervoeding'

5. <u>Slapen</u>

STAP 1: Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen:

1. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen
   a) Helemaal niet
   b) Meerdere dagen
   c) Meer dan de helft van de dagen
   d) Bijna elke dag

STAP 2: Neemt u slaapmedicatie in?

Gunstig advies Ethische comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. PEREMANS
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Screening en preventie bij 75-plussers: nieuwe problemen door screening (manama huisartsgeneeskunde Toon Van Hoof)

Belgisch Registratienummer: B300201525108

6/07/2015 15/16/172

Annelies Van Looy / Kim Vernimmen
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 6/07/2015.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker dr. Van Hoof
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 2 aangepaste versie 29/05/2015
- Protocol versie 3 aangepaste versie 26/06/2015
- Poster versie 1 versie 8/04/2015

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. T. VAN HOOF, NVT, Gezonde Luchtlaan 6 - 2820 Bonheiden

Informatieformulier voor de patiënt

TITEL : Screening en preventie bij 75-plussers:
Nieuwe problemen door screening.

Geachte Mevrouw,
Geachte Mijnheer,

In het kader van zijn Master-na-Masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Toon Van Hoof samen met 3 andere HAIO's* (Huisartsen in Opleiding) een onderzoek naar gezondheidsscreening bij 75-plussers. Omdat het 'beter is te voorkomen dan te genezen' zet de Vlaamse overheid in op preventie. Met dit doel trad recent het GMD+ (Globaal Medisch Dossier aangevuld met een preventiemodule) in voege; dit is een screeningsmodule waarmee huisartsen een preventieplan kunnen opstellen voor hun patiënten die tussen de 45 en de 75 jaar oud zijn. Thema's die hierbij aan bod komen zijn onder andere levensstijl, vaccinatie, risico op hart- en vaatziekten, opsporen van dikdarmkanker, baarmoederhalskanker, borstkanker,… Voor personen ouder dan 75 jaar bestaat zo'n door de overheid georganiseerde screeningsmodule (nog) niet, onder meer omdat er in de wetenschappelijke literatuur onenigheid bestaat over het nut van screenen bij deze oudste bevolkingsgroep.

In een eerste fase werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij de wetenschappelijke waarde van screening bij ouderen werd onderzocht. In de periode van september 2015 tot januari 2016 zouden wij graag gezondheidsaspecten evalueren bij onze patiënten, namelijk vaccinatiestatus, medicatienazicht en valrisico. Met deze evaluatie willen we de implementatie en de daarbij horende hinderpalen van een screeningsbeleid voor ouderen in een (Vlaamse) huisartsenpraktijk nagaan. Hiermee willen we zorgen dat in de toekomst het praktijkbeleid verbeterd kan worden.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek, zal de arts uw gegevens uit het Globaal Medisch Dossier gebruiken om in de studie te verwerken. Tevens zal u worden uitgenodigd voor een screeningsconsultatie waarbij aan de hand van enkele vragen uw risicoprofiel wordt bepaald. Indien van toepassing zal u ook gevraagd worden een eenvoudige test uit te voeren, waarbij de tijd gemeten zal worden die nodig is om een korte afstand (max 6 meter) te wandelen. De vraagstelling, en eventueel bijkomende test, zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen. De gegevens hiervan zullen in de studie opgenomen worden. Alle gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit, op welke wijze dan ook, een invloed heeft op uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Hoewel het in het geheel niet te verwachten is dat u door het onderzoek schade zou kunnen oplopen, is er een verzekering afgesloten. Uiteraard zijn er aan uw deelname geen kosten verbonden. Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers. Deelname aan deze studie zal u geen therapeutisch voordeel opleveren.
Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming verklaart u zich bereid mee te werken aan de studie. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : Screening en preventie bij 75-plussers:
Nieuwe problemen door screening.

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Antwerpen en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP, opgesteld in de verklaring van Helsinki, ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de Universiteit Antwerpen en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de juiste wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

Bijlage 2: Praktijkinstrument vragenlijst: screening bij 75-plussers

1. VACCINATIE

STAP 1: Is er in het patiëntendossier of op Vaccinnet informatie beschikbaar over de vaccinatietoestand van de patiënt of heeft de patiënt een vaccinatiecertificaat?

STAP 2: Zo nee, stel volgende vraag aan de patiënt:

d) Hebt u een **griepvaccinatie** gehad in de laatste 12 maanden?
e) Hebt u **een vaccinatie tegen pneumokokken** gehad? Zo ja, hoe lang is dit geleden?
f) Hebt u een vaccinatie tegen **tetanus/difterie** gehad in de laatste 10 jaar? Zo nee, in de laatste 20 jaar?

STAP 3 **Vaccineer** de patiënt indien nodig *(zie bijlage voor richtlijnen omtrent vaccinatie)*

2. MEDICATIE

STAP 1: **Verzamel volgende gegevens omtrent de medicatie van de patiënt:**

- Medicatieoverzicht
- Medische voorgeschiedenis of probleemlijst
- Gegevens lichamelijke onderzoek: bloeddruk, pols, gewicht
- Meetwaarden van laboratoriumonderzoek over de laatste 12 maanden (nierfunctie, leverfunctie, evt. HbA1c, cholesterol, serumconcentraties etc. …)

STAP 2: **Doe een farmacotherapeutische anamnese**

- **Gebruikt u dit medicijn daadwerkelijk zoals op de medicatielijst staat?** (juiste dosering, aantal keer op een dag, toedieningsvorm)?
  - Zo niet, wat is de reden voor afwijken van de dosering, het aantal keer op een dag of helemaal niet innemen van het medicijn?
- **Wat is uw ervaring met de huidige medicatie?**
  - *Heeft u klachten over bepaalde medicatie?*
  - *Ervaart u bijwerkingen van de medicatie?*
  - *Heeft u het gevoel dat de behandeling effectief is?*
- **Gebruikt u naast bovenstaande lijst ook andere medicijnen?**
  - *medicatie die u zonder voorschrift koopt?*
  - *homeopathische geneesmiddelen?*
  - *geneesmiddelen die eigenlijk al gestopt zijn?*

STAP 3: **Doe een farmacotherapeutische analyse**. U kan hierbij gebruik maken van de START/STOPP criteria *(zij bijlage voor START/STOPP criteria)*

- Controleer hierbij op volgende farmacotherapeutische problemen:
  - **Onderbehandeling**:
    - *Worden alle aandoeningen of klachten behandeld (volgens de geldende richtlijnen)?*
  - **Niet-effectieve behandeling**:

        - *Hebben alle geneesmiddelen het beoogde effect?*
        - *Is de dosering voldoende effectief?*
    - **Overbehandeling**
        - *Zijn er geneesmiddelen waarvoor er geen indicatie meer is?*
    - **(potentiële) bijwerking**
    - **Klinisch relevante contra-indicatie en interactie**
    - **Onjuiste dosering**
        - *Past de dosering bij de indicatie?*
        - *Is de voorgeschreven dosering veilig?*
        - *Is de medicatie aangepast aan nierfunctie en leeftijd?*

STAP 4: Pas de medicatie aan indien nodig.

3. VALPREVENTIE

STAP 1: Stel volgende vragen:

1. Bent u het afgelopen jaar 2 of meerdere keren gevallen?
2. Voer de 'Timed Up and Go-test' uit: Zijn er loop- en/of evenwichtsstoornissen? *(zie bijlage)*

STAP 2: Bij een positief antwoord op een van de eerste 2 vragen (= verhoogd valrisico), doe een multifactoriële valevaluatie *(zie bijlage)*

Bijlage 3: Handleiding praktijkinstrument Screening bij 75-plussers

1. VACCINATIE

1. **GRIEPVACCINATIE**: Vaccineer jaarlijks tussen midden oktober en midden november met het beschikbare griepvaccin.

2. **PNEUMOKOKKENVACCINATIE:**
   - bij volwassenen met verhoogd risico op pneumokokkeninfectie:
     - Geef 1 dosis van 13-valent vaccin (***prevenar 13*** ®)
     - na minstens 8 weken: geef 23-valent vaccin (***pneumovax 23*** ®)
     - elke 5 jaar: herhaling met 23-valent vaccin
   - bij volwassenen zonder verhoogd risico op pneumokokkeninfectie:
     - geef 1 dosis 23-valent vaccin
     - Eenmalige herhaling na 5 jaar met 23-valent vaccin

   OPM.:

   1. Indien een volwassene reeds een dosis van het 23-valent vaccin gekregen heeft, moet minstens één jaar worden gewacht alvorens te vaccineren met het 13-valent vaccin; vervolgens kan na 5 jaar een rappel met het 23-valent vaccin toegediend worden. Het 13-valent vaccin mag gelijktijdig met het influenzavaccin worden toegediend.
   2. Bij personen ouder dan 75 jaar raadt de HGR aan om de nood voor vaccinatie individueel te evalueren; de HGR stelt dat er weinig evidentie is dat pneumokokkenvaccinatie boven de leeftijd van 80 jaar nog effectief is.

3. **DIFTERIE/TETANUS VACCINATIE:**
   - indien vaccinatie > 10 jaar geleden: vaccineer met ***boostrix*** ® vaccin
   - indien vaccinatie > 20 jaar geleden: vaccineer tweemaal met ***boostrix*** ® vaccin met 6 maanden interval
4. **KINKHOEST VACCINATIE:**

   Geef een eenmalige (herhalings)vaccinatie met Boostrix ® ongeacht de voorgeschiedenis van volledige of onvolledige vaccinatie

2. MEDICATIE

STOPP-criteria		
Geneesmiddel	Wanneer potentieel ongewenst?	Waarom potentieel ongewenst?
CARDIOVASCULAIR		
Acetylsalicylzuur *Asaflow*	Dosering > 160 mg/d Indien geen voorgeschiedenies van coronair, cerebraal of perifeer arteriële symptomen Bij duizeligheid niet gerelateerd aan cerebrovasculaire ziekte	Niet bewezen effectief Niet bewezen effectief Niet bewezen effectief
Dipiridamole *Persantine*	Als monotherapie voor cardiovasculaire secundaire preventie	Niet bewezen effectie
Orale anticoagulantia *Sintrom, Marcoumar*	Bij gebruik > 6 maanden bij 1e ongecompliceerde DVT Bij gebruik > 12 maanden bij 1e ongecompliceerde longembolie	Geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
Acetylsalicylzuur, clopidogrel, dipiridamole of orale anticoagulantia		
Digoxine *Lanoxin*	Op lange termijn in dosering > 0.125 mg/d bij eGFR < 50 ml/min	↑ risico op toxiciteit

Lisdiuretica *Burinex, Lasix*	Bij enkeloedeem zonder klinisch tekenen van hartfalen	Niet bewezen effectie
	Als eerste lijn behandeling arteriële hypertensie	Veiligere en effectievere alternatieven
Thiazide diuretica *Indapamide*	Bij jicht in de voorgeschiedenis	↑ risico op jichtaanval
Niet-selectieve betablokker *Inderal, Kredex, Sotalex*	Bij COPD	↑ risico op bronchospasmen
Betablokker *Emconcor*	In combinatie met verapamil	↑ risico op symptomatisch hartblokkade
Diltiazem of verpamil *Tildiem of Isoptine*	Bij hartfalen NYHA lasse III-IV	Negatief inotroop, kan hartfalen verergeren
Calciumantagonisten *Amlodipine, Verapamil*	Bij chronische obstipatie	Kan verergering van obstipatie geven
CENTRAAL ZENUWSTELSEL		
TCA *Redomex, Nortrilen*	Bij dementie Bij glaucoom Bij cardiale geleidingsstoornissen Bij obstipatie Bij prostatisme of voorgeschiedenis van urineretentie In combinatie met opiaten en/of calciumantagonisten	Kan verslechtering cognitie geven Kan verergering glaucoom geven Vanwege pro-aritmische werking Kan ↑ obstipatie geven ↑ risico op urineretentie ↑ risico op obstipatie
Langwerkende benzodiazepinen o.a.*nitrazepam, diazepam Valium*	Bij gebruik > 1 maand	↑ risico op verlengde sedatie, verwardheid, balansverslechtering, vallen
Antipsychotica *o.a.Haldol, Sulpiride, Abilify, Zyprexa, Seroquel, Risperdal*	Bij gebruik langer dan 1 maand bij parkinsonisme Bij gebruik > 1 maand als slaapmiddel	↑ extrapiramidale bijwerkingen (uitz.: clozapine, quetiapine) Risico op verwardheid, hypotensie, extrapiramidale symptomen en vallen.
Fenothiazine antipsychotica *Dominal, Fluanxol, Etumine Deanxit*	Bij epilepsie	Kan convulsiedrempel ↓
Anticholinergische antiparkinsonmiddelen *Akineton , Artane*	Bij behandeling extrapiramidale symptomen van antipsychotica	↑risico op anticholinerge toxiciteit
SSRI's *Sipralexa*	Bij hyponatriëmie (na < 130 mmol in laatste 2 maanden)	↑ risico op hyponatriëmie
Antihistaminica (1e generatie) *Fenistil*	Bij gebruik >1 week	↑ risico op sedatie en anticholinerge bijwerkingen
GASTRO-INTESTINAAL		
Loperamide of codeïne *Imodium*	Bij diarree van ongekende origine Bij ernstige infectieuze gastro-enteritis (bloederige diarree, hoge koorts of ernstige systemische toxiciteit)	Verhoogd risico op: Vertraagde diagnose Vertraagd herstel Niet herkende gastro-enteritis Veregering obstipatie met overloop diarree Ontstaan van toxisch megacolon bij IBD ↑ risico op eacerbatie of verlenging infectie
Metoclopramide *Primperan*	Bij parkinsonisme	↑ risico op verergering parkinsonisme door centrale dopamineblokkade
PPI *Pantomed, Omeprazole*	Bij maximale therapeutische dosis > 8 w bij ulcuslijden	Ontbreken bewijs voor extra effectiviteti
Butylscopolamine *Buscopan*	Bij chronische obstipatie	Door anticholinerge werking ↑ risico op verergering obstipatie en cognitieve ↓
STOPP-criteria		
Geneesmiddel	Wanneer potentieel ongewenst?	Waarom potentieel ongewenst?
RESPIRATOIR		
Theofylline *Xanthium,Theolair*	Als monotherapie bij COPD	Veiligere/ effectievere alternatieven
Systemische corticosteroïden *Medrol*	Ipv inhalatiecorticosteroïden als onderhoudstherapie van matig-ernstig COPD	Onnodige blootstelling aan lange termijn bijwerkingen van systemische CS
Ipratropium *Atrovent*	Bij glaucoom	Kan verergering glaucoom geven
BEWEGINGSAPPARAAT		
NSAID's	Bij matige tot ernstige hypertensie Bij hartfalen Bij chronische nierinsufficiëntie (eGFR <50) Bij gebruik van > 3 maanden voor symptoombestrijding van mlide osteoartritis Bij gebruik van > 3 maanden als onderhoudsbehandeling bij jicht zonder contra-indicatie of bewezen ineffectiviteit van allopurinol	Kan verergering AHT geven Kan verergering HF geven Kan nierfunctie verder verslechteren Niet bewezen effectiever dan paracetamol Verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen en andere bijwerkingen
Corticosteroïden (CS)	Bij gebruik > 3 maanden als monotherapie bij reumatische artritis of osteoartritis	Onnodige blootstelling aan lange termijn bijwerkingen van systemische corticosteroïden
Colchicine	Bij gebruik van > 3 maanden als onderhoudsbehandling jicht zonder contra-indicatie of bewezen ineffectiviteit voor allopurinol	Alleen geïndiceerd bij acute jichtaanvallen en preventie jichtaanval bij begin van urinezuur verlagende therapie
UROGENITAAL		
Urogenitale parasympaticolytica *Ditropan, Vesicare,Toviaz*	Bij dementie Bij chronisch glaucoom Bij chronische obstipatie	Verhoogd risico op verwardheid en agitatie Kan verergering glaucoom geven Kan verergering obstipatie geven

	Bij chronische prostatisme (bv benigne prostaat hypertrofie)	Verhoogd risico op urineretentie
Alfa 1 receptorblokker *Tamsulosine, Silodyx*	Bij mannen met dagelijkse incontinentie Bij urinekatheter in situ > 2 maanden	Kan ↑ urinefrequentie en incontinentie geven Niet bewezen effectief
ENDOCRIEN		
Meformine	Stop indien gedaalde nierfunctie (creat ≥ 1.5 mg/dl	Gevaar voor lactaat acidose
Glibenclamide *Daonil, Euglucon*	Bij DM type II	Kan hypoglycemieperiode verlengen
Niet-selectieve betablokker	Bij patiënten met DM en regelmatige hypoglycemie (>1x/m)	Kan hypoglycemie maskeren
Oestrogenen	Bij voorgeschiedenis borstkanker Bij voorgeschiedenis veneuze TE Zonder progestagenen bij patiënten met intacte uterus	↑ risico op recidief ↑ risico op recidief ↑ risico op endometriumcarcinoom
MOBILITEIT		
Benzodiazepine **Antipsychotica** **Antihistaminica (1e generatie)** **Langwerkende opiaten**	Bij voorgeschiedenis van val of valneiging	↑ risico op vallen vawege sedatie, parkinsonisme, orthostatische hypotensie, duizeligheid (afhankelijk van medicament)
Vaatverwijders	Bij voorgeschiedenis van orthostatische hypotensie	↑ risico op vallen
PIJN		
Opiaten *Morfine, Fentanyl*	Bij langdurig gebruik als 1e lijn therapie bij lichte of matige pijn Bij langdurig gebruik bij dementie	Kan verergering cognitief functioneren geven CAVE: wel verantwoord indien palliatieve zorg of matige/ernstige chronische pijn
	OVERIG	
Dubbelmedicatie	Bij elk duplicaat voorschift	Streven naar optimalisatie monotherapie

START-criteria		
Geneesmiddel	Wanneer toevoegen?	Aanvullende informatie
CARDIOVASCULAIR		
ACE-I of sartaan	Chronisch hartfalen Diabetisch mellitus Na acuut myocardinfarct	
Statine	Bij voorgeschiedenis van: - Coronair/cerebraal of perifeer vasculair lijden - AMI - DM	
Antihypertensiva	Systolische bloeddruk > 160 mmHg	
Betablokker	Bij stabiele angina pectoris Na AMI Bij stabiele patiënt met chronische hartfalen (lage dosis)	
Aspirine	Chronisch VKF indien orale anticoagulantie gecontra-indiceerd Chronsiche stabiele angina pectoris Na AMI DM en bewezen hart-/vaatziekten	 Hypertensie, hypercholesterolemie
Aspirine of clopidogrel	Voorgeschiedenis van coronair, cerebraal of perifeer vasculair luijden bij patiënten met sinusritme	
RESPIRATOIR		
Inhalatie-CS	Bij matige tot ernstige astma of COPD	Igv COPD gold III-V (en voorspelde FEV1 < 50%) en respiratoire exacerbatie (≥2x/j)
CENTRAAL ZENUWSTELSEL		
Antidepressivum	In aanwezigheid van matige/ernstige depressieve symptomen	
GASTRO-INTESTINAAL		
PPI	Bij ernstige GER, oesofagitis of peptische strictuur waarvoor dilatatie nodig	
	Bij NSAID en: - Peptisch ulcus - Leeftijd ≥ 70jaar - Leeftijd 60-70 jaar en gelijktijdig gebruik van: orale anticoagulantia, oraal CS, SSRI, acetylsalicylzuur	Verhoogd risico op GI bloeding
Vezelsupplement	Bij chronische symptomatische diverticulose met obstipatie	
BEWEGINGSAPPARAAT		
Bisfosfonaten	Bij onderhoudstherapie >3 maanden met CS	Indien ≥ 7.5 mg prednison/d (of equivalent)
Calcium en vit D	Bij pt met (verhoogd risico op) osteoporose	Tenzij voldoende inname van calcium (4 glazen melk of equivalent) en voldoende zonblootstelling
ENDOCRIEN		
Metformine	Bij DM type 2	Start met 2dd 500 mg bij eGFR 30-50

ACE-I of sartaan	Bij DM en nefropathie	Proteïnurie of microalbuminurie (>30mg/24u evt gecombineerd met eGFR < 50. Pas zonodig dosering aan bij verminderde nierfunctie
Aspirine/clopidogrel	Bij DM en bewezen hart-/vaatziekten	Hypertensie, hypercholesterolemie, roken
Statine	Bij DM met ↑ risico op hart-/vaatziekten	Ook zonder bewezen hart-/vaatziekten

3. VALPREVENTIE

Deel 1: Timed up and go test

- **Benodigdheden**: Stoel met armleuning en standaardzithoogte (± 50 cm).
- **Procedure**:
    1. vraag aan de patiënt om volgende opdracht uit te voeren: rechtstaan van stoel, 3 m afstand wandelen, zich omdraaien, terugwandelen en opnieuw gaan zitten op de stoel.
    2. de patiënt draagt zijn/haar normaal schoeisel en mag, indien nodig, een hulpmiddel gebruiken; hulp van derden is niet toegestaan; de patiënt mag de test eenmaal op voorhand uitvoeren om ermee vertrouwd te geraken.
    3. startpositie: rug tegen leuning, armen op armleuningen en, indien nodig, hulpmiddel in de hand.
    4. de tijd wordt opgenomen en het gangpatroon wordt geëvalueerd.
        - de test is positief indien de oudere 14 seconden of langer doet over de test, of een ongelijkmatig/onevenwichtig gangpatroon vertoont tijdens de test.
        - afwijkend gangpatroon = een ongelijkmatig/onevenwichtig gangpatroon; slentert, schuifelt of sloft; wijkt van de lijn af; onvaste, wankele stappen.
        - Bij ouderen die omwille van cognitieve of fysieke redenen de test niet kunnen uitvoeren, wordt de test automatisch als positief beoordeeld.

CAVE: altijd in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt blijven!

Deel 2: Valevaluatie

MULTIFACTORIËLE VALEVALUATIE: praktijkrichtlijn Domus Medica

DEEL 1: ANAMNESE

1. **VALANAMNESE:** bevraag volgende items:
    1. **Valfrequentie**
    2. **Omstandigheden van de val**
        - *Waar bent u gevallen?*
        - *Wanneer bent u gevallen?*
        - *Wat was u aan het doen?*
    3. **Karakteristieken van de meest recente valpartijen**
        - *Bent u bewusteloos geweest voor of na de val?*
        - *Bent u zelf kunnen rechtkomen?*
        - *Had u andere verschijnselen tijdens of na de val? (duizeligheid, verlies blaascontrole, pijn op de borstkas, hartritmestoornissen, convulsies,…)*
        - *Waren er nadien letsels t.g.v. de val? Of andere gevolgen?*

2. **RISICOFACTOREN VOOR VALLEN**: bevraag volgende items:

1. Evenwicht, spierkracht en mobiliteit
Reeds opgenomen in de Casefinding. Voor verder onderzoek doorverwijzen naar kinesist
2. Medicatie
1. Is er sprake van polyfarmacie? (= inname van ≥4 verschillende soorten geneesmiddelen) 2. ga na of patiënt risicovolle geneesmiddelen inneemt: • hypnotica, sedativa, anxiolytica: meer bepaald de (lang- en kortwerkende) benzodiazepines en Z-producten • antidepressiva • antipsychotica • cardiovasculaire medicatie: meer bepaald diuretica, centraal werkende antihypertensiva, ACE-inhibitoren, nitraten, type 1a anti-aritmica en digoxine 3.Controleer medicatieschema
3. Orthostatisme
1. Bevraag: • *heeft u soms last van duizeligheid/ draaierigheid?* • *heeft u dit bij het rechtstaan uit bed, stoel of zetel, of bij het bukken?* • *heeft u dit al gehad binnen het uur na een maaltijd?*

2. Let op inname van medicatie die orthostatische hypotensie in de hand kan werken: cardiovasculaire medicatie, antidepressiva, hypnotica,…

4. Visus

Bevraag:

- *heeft u moeite bij het lezen, tv-kijken, autorijden?*
- *schenkt u soms te veel koffie in een kop of schenkt u er soms naast? (dieptеperceptie)*
- *heeft u moeite met het inschatten van een stoeprand, trede of trap? (dieptеperceptie en contrastgevoeligheid)*
- *draagt u een bril? Uw eigen bril? Wanneer bent u de laatste keer naar de oogarts geweest om na te gaan of uw bril nog aangepast is?*
- *draagt u een bi- of multifocale bril? Heeft u daar last van, bv. met de overgang dichtbij-veraf?*

2. Ga na in het medisch dossier of er in het verleden oftalmologische diagnoses werden gesteld en zo ja of het behandelvoorstel opgevolgd is.

5. voetproblemen en risicohoudend schoeisel

Bevraag:

- *heeft u klachten t.h.v. uw voeten?*
- *loopt u soms wel eens op blote voeten of op uw kousen?*
- *draagt de patiënt veilig schoeisel?*

Kenmerken van risicohoudend schoeisel zijn: onvast, te klein, te groot, te breed, te smal, open of niet hoog genoeg aan de achterkant, hak hoger dan 2,5 cm, te gladde zool, antislipzool, te dikke en zachte middenzool of geen specifieke middenzool,…

6. Valangst

Bevraag:

- *heeft u schrik om te vallen?*
- *zijn er dingen die u niet meer doet omdat u bang bent dat u zou kunnen vallen?*

Voor een diepgaande evaluatie van de valangst kunt u de FESi (Falls Efficacy Scale International) afnemen of laten afnemen door een ergotherapeut of verpleegkundige of kinesitherapeut.

7. Omgeving en gedrag

Bevraag en observeer:

- *voert u soms onveilige handelingen uit zoals snel naar de deurbel of telefoon lopen of een stoel gebruiken om dingen op hoogte te nemen of 's nachts bij het opstaan het licht niet aansteken?*
- *zijn er thuis risicovolle situaties zoals losliggende draden, opkrullende tapijten, onvoldoende verlichting,…?*

Vraag indien nodig de thuisverpleegkundige een globale inschatting te maken van omgevings- en/of gedragsrisicofactoren en deze te signaleren.
Voor een diepgaande evaluatie van de thuisomgeving schakelt u een ergotherapeut in. Hij/zij kan vervolgens samen met de oudere een voorstel tot woningaanpassing uitwerken en advies formuleren over hulpmiddelen en methodeveranderingen.

8. Andere risicofactoren

Let tijdens uw anamnese en onderzoek ook op:

- acute problemen: zoals infecties, TIA, ritmestoornissen, hartfalen,…
- chronische aandoeningen:
  - cardiale problemen: o.a. hartritmestoornissen
  - orthopedische problemen: o.a. osteoartritis, artrose heup en knie,…
  - neurologische en metabole ziekten: o.a. Parkinson, dementie, restletsels van een CVA, perifere neuropathie in de onderste ledematen, vertigo, diabetes,…
  - urinaire incontinentie
  - depressie,…
- andere: alcoholisme, ondervoeding,…

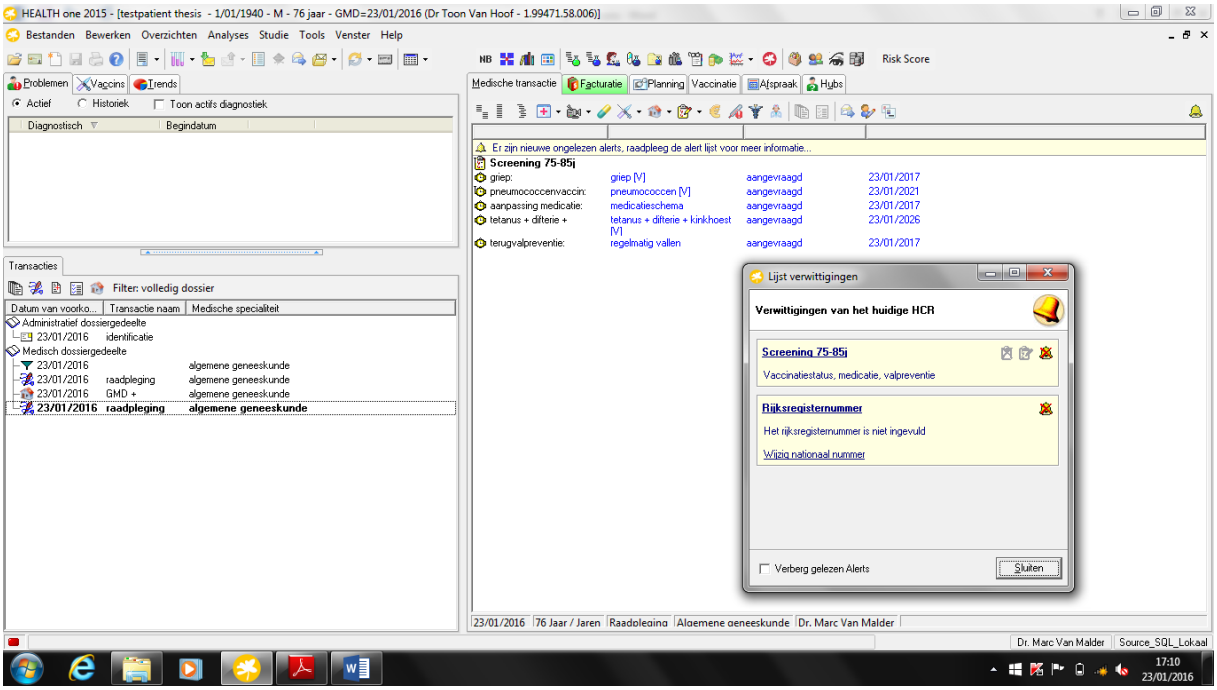
DEEL 2: KLINISCH ONDERZOEK

1. Cardiologisch onderzoek
• meet de pols • hartauscultatie • klinische vaststelling orthostatische hypotensie
2. Orthopedisch onderzoek:
• beweeglijkheid gewrichten • stabiliteit knieën • toestand voeten: *eeltknobbels, standsafwijkingen zoals platvoet/ holvoet, teenafwijkingen, ingegroeide nagels, blaren, zweren, amputaties, drukpunten, open wonden of diabetes met aantasting diepe gevoeligheid.*
3. Spierkracht, evenwicht en mobiliteit
Verwijs naar kinesitherapeut voor consultatief kinesitherapeutisch onderzoek (CKO)
4. Oriënterend mini neurologisch onderzoek
5. Visus
Verwijs naar oogarts indien anamnese visusproblemen doet vermoeden
6. screening mentale functie indien nodig
• MMSE cognitief functioneren • GDS (stemming)

OPMERKING: Voor multifactoriële interventie en fractuurpreventie raadpleeg:"PRAKTIJKINSTRUMENTEN

VAL- EN FRACTUURPREVENTIE" domus medica juli 2015

Bijlage 4: Printscreen van interface in EMD



Bijlage 5: Literatuurstudie andere HAIO's

Dominique Deruyver: Is systematische screening van 75-plussers zinvol?

Resultaten

Voor welke systematische screening bestaat er bij ouderen wetenschappelijke evidentie?

Aanbeveling

- Regelmatige (jaarlijkse) systematische screening naar valrisico, gunsten-batenverhouding van medicatie en vaccinatiestatus worden aanbevolen bij 75-plussers (zie Tabel 3 voor de gebruikte bronnen)

Is systematische screening naar valpreventie bij ouderen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Er is evidentie dat systematische valrisico-analyse van ouderen en de daaraan gebonden interventies de valincidentie doen afnemen
- Er bestaat geen bewijs voor systematische screening naar vitamine D-deficiëntie bij asymptomatische, niet-geïnstitutionaliseerde ouderen
- Ondanks het gegeven dat er geen goede studies zijn die het effect van systematische osteoporose-screening bestaan, raden alle grote instanties screening naar osteoporose aan vanaf de leeftijd van 50 jaar.

Toelichting

Vallen is een belangrijke oorzaak van morbiditeit bij ouderen. Tussen 30% en 40% van de 65-jarige thuiswonenden valt minstens 1 keer per jaar (1).

In het rapport van 2012 verklaart de USPSTF dat er geen evidentie bestaat voor een geschikt instrument dat het valrisico van ouderen betrouwbaar identificeert (2). Toch bestaan er goede

indicatoren: de leeftijd en een voorgeschiedenis van vallen worden als de meest betrouwbare voorspellers van valrisico beschouwd.

De USPSTF raadt aan om iedereen vanaf 65 jaar te screenen op valrisico (2). Een frequentie van deze screening wordt niet vermeldt door de Amerikanen, hetgeen in de Australische en Franse richtlijnen wel wordt gedaan: zij raden een jaarlijkse screening aan (3,4). Systematisch een multi-factoriële valrisico-analyse uitvoeren bij alle 65-plussers wordt door het USPSTF niet aangeraden omwille van het beperkte nut. Beter is het om het valrisico in te schatten aan de hand van indicatoren zoals een voorgeschiedenis van vallen en ouderdom. Zo'n multi-factoriële valrisico-analyse bestaat uit een evaluatie van meerdere valrisicofactoren en het voorzien van medische en vooral ook sociale (ergotherapie, kinesitherapie, …) zorg bij de geïdentificeerde risico's. Deze valrisico-analyse wordt aangeraden bij een verhoogd valrisico, bij eerdere valincidenten, belangrijke comorbiditeiten en bij medicatiegebruik dat met vallen geassocieerd is.

Ook met de aanbevelingen omtrent de preventie van osteoporotische fracturen moet rekening gehouden worden: Screening naar osteoporose gebeurt door een botdensitometrie, Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA), van de heup en van de lumbale wervelkolom waarbij een T-score lager dan -2,5 als positief wordt bestempeld. Hoewel er geen studies waren die op gecontroleerde wijze het effect van screening evalueerden raadde de USPSTF in 2011 systematische screening aan bij vrouwen vanaf de leeftijd van 50 jaar (5). Reden hiervoor is het overtuigende bewijs dat medicatie (bifosfonaten) veilig is en het risico op fracturen verminderd in deze populatie. Systematische screening bij mannen was onvoldoende onderzocht om een uitspraak te kunnen doen over de voor- en nadelen van behandeling. Er bestaan instrumenten om het risico op osteoporotische fracturen te bepalen waarvan de FRAX-tool de meest bekende is. De USPSTF raadde aan zulke instrumenten systematisch te gebruiken en bij verhoogd risico verder aan te vullen met DXA. De Australische guideline van de RACGP is genuanceerder en beschouwt botdensitometrie als een onderdeel van fractuurpreventie waarbij aandacht moet bestreed worden aan algemene preventieve maatregelen zoals voldoende bewegen en rookstop (4,5).

Ook bestaat er geen evidentie voor systematische screening bij asymptomatische volwassenen voor vitamine-D-deficiëntie. Personen met osteoporose of een verhoogd valrisico hebben wel baat bij vitamine D supplementatie (6).

Is systematische screening naar de vaccinatiestatus bij ouderen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Voor tetanusvaccinatie bij ouderen bestaat evidentie
- Er is evidentie van een morbiditeitsvoordeel bij vaccinatie tegen pneumokokken-infectie.
- Over het nut van griepvaccinatie zijn de meningen verdeeld.

Toelichting

griepvaccinatie

Het influenzavirus behoort tot de groep van orthomyxovirussen en er wordt een onderscheid gemaakt tussen het type A, het type B en het type C. Omdat alleen het type A en B in sommige gevallen aanleiding geven tot complicaties bevat het vaccin alleen stammen van deze types. Na besmetting volgt een incubatietijd van één tot drie dagen, tijdens dewelke het virus zich vermenigvuldigt in het epitheel van de luchtwegen. Daarna volgt een vrij plotse temperatuursverhoging, die vaak gepaard gaat met koude rillingen. Binnen enkele uren voltrekken zich vaak meerdere symptomen zoals hoofdpijn, myalgie, keelpijn en hoesten. In een aantal gevallen treden complicaties op. De voornaamste zijn primaire virale pneumonie en secundaire bacteriële pneumonie en otitis media (7,8).

Ieder jaar treedt er een epidemie op. Men spreekt van een epidemie als aan volgende voorwaarden is voldaan: het aantal consultaties voor griepale syndromen ligt boven de epidemische drempel van 140 consultaties per 100 000 inwoners, de overschrijding van de epidemische drempel duurt minstens twee weken en virologische analyse toont dat minstens 20% van het aantal luchtwegstalen positief test op het influenzavirus. Tijdens een epidemie zal, afhankelijk van de ernst, tussen 50 en 200 per 1000 personen ziek worden. In een land als Nederland schat men dat de mortaliteit als gevolg van influenza tussen de 100 en de 2000 personen per jaar ligt, met het merendeel van de overlijdens in de leeftijdsgroep > 65 jaar. Jaarlijks moeten er heel wat personen gehospitaliseerd worden omwille van complicaties van influenza, veelal betreft dit verzwakte oudere personen of personen met vooraf bestaande morbiditeit en risicofactoren (7,8).

Omwille van de verminderde immuunrespons bij ouderen en de (nog) niet bewezen effectiviteit op belangrijke gevolgen van de griep zoals ziekenhuisopnames en sterfte lokt influenzavaccinatie nog steeds heel wat discussie uit (9). De effectiviteit van de vaccinatie is ook sterk afhankelijk van de overeenkomst tussen de virusstammen in het vaccin en de circulerende virusstam. Er is wel bewijs dat vaccinatie griep voorkomt: algemeen wordt de

afname van het ziektecijfer bij ouderen door vaccinatie geschat op 30 tot 70 % en complicaties ten gevolge van influenza worden met 20 tot 50% gereduceerd bij ouderen (8). Herevaluatie van observationeel onderzoek bij ouderen heeft die laatste schatting bijgesteld naar een veel kleinere waarde van < 10% (9).

Pneumokokkenvaccinatie

De pneumokok is een belangrijke verwekker van pneumonie, sepsis, meningitis, sinusitis, otitis media en acute exacerbaties van chronisch obstructief longlijden. Het voorkomen van invasieve pneumokokkeninfecties (pneumonie met bacteriëmie en meningitis) wordt vooral gezien bij ouderen en bij patiënten met chronische aandoeningen. In deze groep patiënten bedraagt de incidentie 35 tot 50 per 100 000 personen per jaar. De mortaliteit van een invasieve infectie blijft hoog en bedraagt 20% bij 65-jarigen en 40% bij 85-plussers (10).

Door de resultaten van de CAPITA-studie paste de Hoge Gezondheidsraad (HGR) onlangs haar richtlijnen in verband met pneumokokkenvaccinatie aan. Met deze studie is er aangetoond dat vaccinatie van volwassen tegen pneumokokken met het geconjugeerd vaccin PVC13 niet enkel beschermt tegen invasieve pneumokokkeninfecties, maar ook tegen pneumokokken geïnduceerde community-acquired pneumonia (CAP) door pneumokokkentypes aanwezig in het vaccin. Het preventief effect bedroeg respectievelijk 75% en 45,6% (11). Wel moet opgemerkt worden dat het beschermend effect slechts partieel is en enkel gericht tegen de pneumokokkentypes aanwezig in het vaccin. Bovendien is een winst op de morbiditeit door niet-invasieve pneumokokkeninfectie door andere types (niet-invasieve CAP door pneumokokken, eender welk type) of de incidentie van “all cause CAP” (CAP door zowel pneumokokken als andere kiemen) niet aangetoond. In de studie kon geen uitspraak worden gedaan over totale mortaliteit wegens te gering aantal fatale gevallen. Goede evidentie over de bescherming van vaccinatie bij patiënten met belangrijke comorbiditeit en bij de “hoogrisicopatiënten” ontbreekt voorlopig.

Tetanusvaccinatie

Tetanus is een neuromusculaire aantasting veroorzaakt door de exotoxine van Clostridium tetani, een anaerobe bacterie waarvan de sporen in aarde, mest en fecaliën zeer lang kunnen overleven. Tetanus is gekenmerkt door focale of veralgemeende spiercontracties. Zonder behandeling sterft 25 à 75 % van de personen aan tetanus, maar ondanks intensieve zorgen is de mortaliteit nog steeds 10-40 %. In ongeveer 60% van de gevallen is de ingangspoort een miniem huidwondje (12).

Het vaccin is quasi 100% effectief daar de immuunrespons praktisch 100% is zowel na primaire vaccinatie als na de boosters. Ook bij ouderen is er een excellente immuunrespons (13). Tetanus komt nog steeds voor in de Westerse wereld, zij het dan wel zeldzaam. Door een goede vaccinatiestrategie

slaagde men er in het aantal tetanusgevallen te kunnen reduceren van 1/100.000 inwoners in 1920 naar 0,03/100.000 inwoners in 2000 (12). Tetanus komt het vaakst (80% van de gevallen) voor bij 65-plussers. Ouderen zijn dus de grootste risicogroep en in België heeft de bevolking geboren vóór 1959 vaak geen primo-vaccinatie gehad omdat pas in dat jaar gestart werd met algemene vaccinatie van kinderen (12). In principe zou bij personen uit deze bevolkingsgroep moeten nagegaan worden of zij ooit een primo-vaccinatie hebben ontvangen en indien dit niet het geval is zou deze eerst moeten worden afgewerkt. Seroprevalentie-studies tonen aan dat de antistoftiters afnemen met toenemende leeftijd, vandaar dat boostervaccinatie om de 10 jaar aanbevolen wordt (13,14).

In België zit in het tetanusvaccin ook een vaccin tegen difterie en pertussis vervat. De HGR raadt een eenmalige dTpa vaccinatie aan voor volwassen ongeacht een voorgeschiedenis van volledige of onvolledige vaccinatie. Over het nut van een tienjaarlijkse boostervaccinatie voor pertussis wordt nog gediscussieerd.

Varicella

Het varicellavirus is zeer besmettelijk: tot 90% van de niet-immune personen wordt besmet na contact met het virus. Na een incubatieperiode van ongeveer 2 weken leidt een primo-infectie tot de wind-of waterpokken dat als voornaamste symptomen koorts en de kenmerkende vlekjes en blaasjes op de huid geeft. Het virus blijft latent in het organisme aanwezig en leidt bij reactivering tot zona (gordelroos). Serologische studies toonden aan dat in België 80% van de 5-jarige kinderen en 95% van de 15-jarigen varicella heeft doorgemaakt. Ongeveer 1 op 5 van de personen die varicella hebben doorgemaakt, zullen later zona krijgen (15).

Hoewel varicella als een goedaardige aandoening wordt beschouwd, treden geregeld verwikkelingen op die belangrijke medische en maatschappelijke kosten veroorzaken: impetigo bullosa na surinfectie van de huidletsels door stafylokokken, encefaltitis (ongeveer 1/4000 gevallen), virale pneumonie (1 op 3 bij volwassenen), … Bij mensen ouder dan 14 jaar leidt varicella in ongeveer 1 op 100 gevallen tot een ziekenhuisopname. De mortaliteit van varicella bedraagt 1 tot 2 overlijdens per 100.000 gevallen en betreft vooral volwassenen en immunodeficiënte patiënten (15).

In 2010 publiceerde het KCE een studie die toont dat de werking van het vaccin sterk daalt vanaf de leeftijd van 60 jaar en het onduidelijk is of er nog werking is na 80 jaar. Ook is het onduidelijk hoe lang de door het vaccin opgewekte immuniteit blijft bestaan. Er is voorlopig nog onvoldoende beschikbare informatie rond de werkzaamheid van het vaccin bij ouderen en welke groepen mogelijk baat kunnen hebben bij vaccinatie (bv. immunocompetent of niet) (15).

Is wetenschappelijke screening naar de gunsten- batenverhouding van medicatie bij ouderen wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Er bestaat geen evidentie omtrent systematische screening naar de gunsten-batenverhouding van medicatie bij ouderen.
- Richtlijnen zijn gebaseerd op expert-opinions en enkele kleinere studies die aanraden minstens 1 keer per jaar systematisch de medicatie te evalueren bij ouderen

Toelichting

De comorbiditeit en de daaraan verbonden polyfarmacie, de ongewenste effecten, de farmocodynamische en farmacokinetische veranderingen die optreden bij het ouder worden, de bijna systematische afwezigheid van ouderen in gecontroleerd klinisch onderzoek waardoor grote onzekerheid bestaat over reële werkzaamheid en veiligheid van veel geneesmiddelen die door ouderen worden gebruik, zijn allen redenen om medicatie bij ouderen op regelmatige tijdstippen te (her)evalueren (16,17). Veelal maakt men zich in de huidige richtlijnen zorgen om medicatie met psychotrope of anticholinergische bijwerkingen omdat dezen het valrisico zouden verhogen. Ook voor medicatie die QT-verlengend werkt is (recent) veel aandacht.

Onder 'geschikt voorschrijven' ('appropriate prescribing') wordt het concept van middelen waarvoor geen indicatie (meer) bestaat te verwijderen en het voorschrijven van die middelen waarvan wel klinisch voordeel wordt verwacht (16). Toch bestaat er een groot gebrek aan evidentie over het stoppen met geneesmiddelen bij ouderen en dit met name over het effect op klinische eindpunten zoals vallen of overlijden door het stoppen van geneesmiddelen. Een recent onderzoek van Gallagher et al. toonde recent aan dat de in Vlaanderen veel gebruikte STOPP/START-criteria bij geïnstitutionaliseerde ouderen een significante daling van het aantal valpartijen en een daling in de kostprijs van de gezondheidskosten gaf in vergelijking met een groep waarbij geen STOPP/START-criteria werden gebruikt (18). Op graad van hospitalisatie, levenskwaliteit en functionaliteit werden geen significante resultaten vastgesteld. Eerder wees de beschikbare evidentie al naar een gunstig effect op valrisico en cognitie bij het stoppen van psychotrope medicatie (16).

Is systematische screening bij ouderen naar kanker wetenschappelijk bewezen?

Aanbeveling

- Vanwege te weinig studies met 75-plussers en de negatieve baten-kostenverhouding raadt geen enkele instantie systematische screening aan bij 75-plussers.
- Er kan op individuele basis de afweging gemaakt worden op oudere leeftijd nog verder te screenen bij bepaalde kankers.

Toelichting

In België worden alle personen van 50 tot 74 jaar opgenomen in een screeningsprogramma naar *colorectale kanker* (19). Om de twee jaar ontvangen personen uit deze doelgroep een uitnodiging om deel te nemen aan deze screening door middel van een stoelgangsonderzoek (FOBT: Fecal Occult Blood Test). Echter vanaf 75 jaar valt deze algemene screening weg omdat het nut van screening niet meer opweegt tegen de potentiële schade die de persoon kan ondervinden door bijkomende onderzoeken. Hoewel het afhankelijk is van de levensverwachting van de patiënt daar er een hogere prevalentie is bij de 75-plussers, is ook volgens de USPSTF algemene screening naar *colorectale kanker* bij personen van 76 jaar en ouder tegenaangewezen (19,20). Bij personen van 76 tot 85 jaar kan dus wel op individuele basis (levensverwachting – comorbiditeiten) beslist worden of screening al dan niet nuttig is. Geen enkele klinische studie includeerde mensen ouder dan 80 jaar.

Wat *borstkanker* betreft, worden in België vrouwen tussen 50 en 69 jaar om de twee jaar uitgenodigd voor een screeningsmammografie (21). Ook de Amerikaanse en Australische richtlijnen hanteren 69 jaar als maximumleeftijd voor algemene screening (4,22). Wegens de verhoogde prevalentie van borstkanker boven 70 jaar en de verbeterde mammografische efficiëntie is een hogere mortaliteitsreductie te verwachten in deze groep (21). Of de voordelen opwegen tegenover de nadelen hangt af van de levensverwachting en de comorbiditeiten van de individuele patiënt. Er is ook te weinig onderzoek gedaan naar screening in deze leeftijdsgroep een gegrond standpunt te kunnen innemen omtrent de voor-en nadelen.

Screening naar *prostaatkanker* met bepaling van PSA (Prostaat Specifiek Antigen) wordt door een Amerikaanse richtlijn bij alle mannen afgeraden (23). De mortaliteitsdaling op lange termijn is laag, zelfs voor mannen in de optimale leeftijdscategorie van 55 tot 69 jaar. Nadelen van bijkomende onderzoeken en behandeling, bijvoorbeeld risico op infectie, incontinentie, … wegen niet op tegen de voordelen. Ook de Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) heeft een aanbeveling gepubliceerd waarbij algemene screening afgeraden wordt (24). Deze aanbeveling is gebaseerd op de

lagere levensverwachting van deze doelgroep en gebrek aan bewijs dat screening bij deze patiënten voordeel oplevert, terwijl er wel evidentie is voor potentiële schadelijke gevolgen van screening.

Volgens een Belgische en Amerikaanse richtlijn wordt, bij vrouwen die voordien adequaat opgevolgd werden en geen risicofactoren hebben, screening naar *cervixkanker*, door middel van een cervicaal uitstrijkje (PAP), niet meer aanbevolen vanaf 65 jaar (25,26). In Nederland worden vrouwen maar tot 60 jaar opgeroepen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (27). In een Canadese en Australische richtlijn wordt als maximumleeftijd voor screening dan weer 70 jaar genomen (4,28). Geen enkele richtlijn ondersteunt algemene screening van vrouwen ouder dan 75 jaar. Dit is enkel aangeraden bij vrouwen waarbij de resultaten in de jaren voordien afwijkend waren.

Tot slot is voor zowel *longkanker* als *blaaskanker* geen evidentie voor algemene screening bij personen van 75 tot 85 jaar (29,30).

	Medicatie	Vaccinatie	Valrisico	Kanker
USPSTF			veralgemeende screening bij 65-plussers(Graad C). Osteoporosescreening wordt aanbevolen bij alle vrouwen vanaf 65 jaar. (Graad B) Geen evidentie voor vitamine-D-supplementatie (graad D)	Colorectale kanker: geen indicatie (Graad C) Borstkanker: geen algemene screening boven 69 jaar (I statement) Prostaatkanker: geen indicatie (Graad D) Cervixkanker: geen indicatie (Graad D) Longkanker: geen indicatie (Graad B) Blaaskanker: geen indicatie (I statement)

RACGP	Medicatie moet regelmatig geëvalueerd worden	Influenzavaccin: jaarlijks (III,C) Varicella-Zoster: iedereen boven de 60 jaar (II,B) Pneumokokken: opportunistisch screening (II,B)	Jaarlijkse screening bij 65-plussers en halfjaarlijkse bij 65-plussers met een verhoogd risico (A) Screening naar osteoporose bij vrouwen ouder dan 45 en mannen ouder dan 50 (A)	Borstkanker: geen algemene screening boven 69 jaar
HAS			Screening bij alle 65-plussers (Graad C) Vitamine-D-supplementatie bij 65-plussers in woon-zorgcentra en bij alle 80-plussers (Graad B)	
CTFPHC				Prostaatkanker: geen indicatie
Hoge Gezondheidsraad		Pneumokokken: personen van 65 jaar en ouder Tetanus: om de 10 jaar		
NHG	Medicatie moet minstens 1 x per jaar worden geëvalueerd	Influenza: jaarlijks bij 60 jaar en ouder		
Domus Medica				Colorectale kanker: iFOB aanbieden na 74 jaar, tenzij de

	levensverwachting gedaald is Borstkanker: geen algemene screening boven 69 jaar Cervixcarcinoom: niet boven 65 jaar (graad 1C) Prostaatkanker: geen indicatie

Tabel 3: USPSTF: United States Preventive Services Taks Force; RACGP: Royal Australian College of General Practicioners; NICE: National Institute of Health and Care Excellence; HAS: Haute Autorité de Santé; CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care; KCE: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg; NHG: Nederlands HuisartsenGenootschap

1.4 Besluit

Er is tot op heden niet voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een systematische screening bij thuiswonende 75 plussers. Wel blijkt uit voorafgaande literatuurstudie dat afzonderlijke screening naar bepaalde zorgnoden wel nuttig is. Zeker rond medicatie-evaluatie en vaccinatie bestaat een consensus tot systematische screening. Bij valpreventie is er nog enige terughoudendheid, omdat er nog geen evidentie op hoog niveau bestaat. Echter omdat vallen bij ouderen een dermate ingrijpende gebeurtenis met verstrekkende gevolgen voor de levensverwachting kan zijn en omdat overheden veel inspanningen verrichten om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen, wordt het screenen naar valrisico toch algemeen evident geacht.

Algemene screening naar visus, gehoor, cognitief verval en dementie, depressie, partnergeweld en oudermishandeling, aorta-aneurysma, incontinentie en nutritie wordt in een algemene screeningssetting niet aanbevolen. Echter wanneer co-morbiditeiten in rekening worden gebracht, blijkt het wel nuttig bepaalde zorgnoden nader te evalueren (zie deel Toon Van Hoof, Appendix).

Bibliografie

1. NICE. Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE; 2013 [cited 2015 Mar 10]; Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG161

2. Moyer VA. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2012 Aug 7 [cited 2015 Jun 9];157(3):197–204. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868837

3. Pras P, Vallée J-P, Blanchard P A. Prévention des chutes accidentelles chez la personne agée. Recommandations. Has. 2005;6–9.

4. Royal Australian College of General Practicioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 8th ed. East Melbourne; 2012.

5. Nelson HD, Haney EM, Dana T, Bougatsos C, Chou R. Screening for osteoporosis: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med [Internet]. 2010 Jul 20 [cited 2015 Mar 8];153(2):99–111. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621892

6. LeFevre ML. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med [Internet]. 2015;162(2):133–40. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25419853

7. Govaerts F, Van De Vyver N, e.a. Preventie van Influenza. Huisarts Nu. Feb;35(1):4–18.

8. Vrieze H, Van Haaren K, Drenthen A. NHG/SNPG-Handleiding. Influenzavaccinatie. Nederlands HuisartsenGenootschap. 2015 May;1–39.

9. Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. Lancet Infect Dis [Internet]. 2007 Oct [cited 2016 Feb 21];7(10):658–66. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17897608

10. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen pneumokokken - vaccinatie van volwassenen - versie 2014 [Internet]. 2014. Available from: file:///C:/Users/Dominique Deruyver/Downloads/HGR_9210_pneumovolw_light.pdf

11. Herziene adviezen van de hoge gezondheidsraad over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen en bij hoogrisicokinderen. Folia Pharmacotherapeutica [Internet]. 2014 Jan;(41):7–9. Available from: www.bcfi.be

12. Dillen J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. Primary Care; Clinics In Office Practice. Berchem; 2001 Jul;1–11.

13. Tanriover MD, Soyler C, Ascioglu S, Cankurtaran M, Unal S. Low seroprevalence of diphtheria, tetanus and pertussis in ambulatory adult patients: the need for lifelong vaccination. Eur J Intern Med [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Feb 21];25(6):528–32. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24814432

14. Richardson JP, Knight AL. The prevention of tetanus in the elderly. Arch Intern Med [Internet]. 1991 Sep [cited 2016 Feb 21];151(9):1712–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1888235

15. Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen betreffende het gebruik van het vaccin tegen varicella in België. 2005 Sep;1–4.

16. Geneesmiddelenbrief: stoppen met voorschrijven. Farmaka. Gent; 2014 Sep;17–24.

17. HuisartsenGenootschap N. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen [Internet]. Utrecht; 2012. Available from: www.nhg.org

18. Geneesmiddelenbrief: Deprescribing: Deel 2. Farmaka. Gent; 2015 Feb;

19. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico.

Huisarts Nu. 2008;37(september):341–62.

20. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2008 Nov 4 [cited 2015 Jun 9];149(9):627–37. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838716

21. Garmyn B, Govaerts F, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, et al. Borstkankerscreening. Huisarts Nu. 2008;37(1):2–27.

22. Force USPST. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2009;151(10):716–26, W – 236. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920272

23. Moyer V a. Screening for prostate cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012;157(2):120–34.

24. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. CMAJ [Internet]. 2014 Nov 4 [cited 2015 Sep 2];186(16):1225–34. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4216256&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

25. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;(april):S62–89.

26. Moyer VA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2012;156(12):880–91, w312. Available from: http://annals.org/article.aspx?articleid=1183214

27. Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom. Nederlands HuisartsenGenootschap. 2009;

28. Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ [Internet]. 2013 Jan 8 [cited 2016 Feb 21];185(1):35–45. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3537778&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

29. Virginia A. Moyer, MD M. Screening for Lung Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014;160(5):330–8.

30. Moyer VA. Screening for bladder cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2011 Aug 16 [cited 2016 Feb 21];155(4):246–51. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21844550

Sophie Cortvriendt: Instrumenten voor screening en preventie in de huisartsenpraktijk

Inleiding

De Easy-care, de MAGIC en de GAZETO zijn allen voorbeelden van screeningsinstrumenten die ontwikkeld werden om de zorgnoden van (kwetsbare) ouderen te identificeren in de huisartsenpraktijk. Al deze instrumenten hebben zich laten inspireren door het reeds bestaande CGA (Comprehensive Geriatric Assement) die sedert langere tijd geïmplementeerd werd in de tweede lijn. Dergelijke instrumenten zijn echter uitgebreid waardoor het voor de huisarts vaak tijdrovend kan zijn (Appendix 3). Het doel van deze masterproef is het ontwikkelen een beknopt praktijkinstrument dat de huisarts kan ondersteunen in screenen naar gezondheidsproblemen bij ouderen. In een eerste onderdeel van de literatuurstudie werd reeds nagegaan voor welke zorgnoden er een wetenschappelijke evidentie gevonden werd voor het screenen van alle ouderen. (Appendix 1 en 2) Er werd geconcludeerd dat het nakijken van de vaccinatiestatus en het medicatiegebruik sterk wordt aanbevolen. Betreffende valpreventie bestaan er tot op heden in de literatuur nog geen harde bewijzen. Valincidenten bij ouderen zijn echter ingrijpende gebeurtenissen met verstrekkende gevolgen voor de levensverwachting. Daarnaast verrichten overheden veel inspanningen om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen. Daarom werd ook dit zorgelement geïncludeerd voor het opstellen van het praktijkinstrument.

In dit deel van de literatuurstudie wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord: Welke richtlijnen bestaan er voor vaccinatie, medicatie-evaluatie en valpreventie bij ouderen? De binnen- en buitenlandse richtlijnen worden met elkaar vergeleken. De aanbevelingen zullen een aanzet zijn voor de ontwikkeling van een praktijkinstrument.

Methode

In de zoektocht naar aanbevelingen omtrent vaccinatie, valpreventie en medicatie-evaluatie bij 75-plussers werden in de eerste plaats quaternaire bronnen via www.CEBAM.be geraadpleegd. Hier werden 14 databanken doorzocht. In 2 van deze databanken konden er geen praktische richtlijnen gevonden worden. Initieel werden de eigen nationale databanken zoals Domus Medica, het RIZIV (Rijkinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), de Hogegezondheidsraad en Vaxinfo nagekeken. Op de website van Domus Medica werd via het tabblad ‘richtlijnen’ gezocht naar aanbevelingen over elk van deze onderwerpen. Er konden twee richtlijnen over vaccinatie en één richtlijn betreffende valpreventie weerhouden worden. De website van het RIZIV werd nagekeken naar aanbevelingen betreffende medicatie-evaluatie via het tabblad ‘kwaliteitszorg geneesmiddelen’. Voor de overige onderwerpen konden geen richtlijnen geselecteerd worden. In de databank van de Hoge gezondheidsraad en Vaxinfo konden adviezen betreffende vaccinatie gevonden worden via de tabblad ‘vaccinatie’. Hier werden 5 richtlijnen geselecteerd. Via EBM-practice werden geen nieuwe bruikbare richtlijnen weerhouden. Nadien werden buitenlandse databanken nagekeken. In de Nederlandse tegenhanger van Domus Medica, namelijk de NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap), werden eerst alle beschikbare richtlijnen per thema nagekeken. Gezien er geen richtlijnen weerhouden konden worden, werd nadien gezocht

door zoektermen zoals 'vaccinatie', 'medicatie-evaluatie', 'valpreventie' in te geven via de zoekfunctie. Hierdoor kon er één richtlijn betreffende tetanusvaccinatie en één multidisciplinaire richtlijn betreffende medicatie-evaluatie geselecteerd worden. In een andere Nederlandse databank van het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan) werd via diliguide in tabblad 'geriatrie' gezocht. Overige buitenlandse richtlijnen werden gezocht in de NICE-guidelines via NICE-guidance 'population group- older people' waardoor één praktische richtlijn voor valpreventie gevonden werd. Via het Amerikaanse NGC (National Guideline Clearinghouse) werd er ook een richtlijn valpreventie gevonden die uiteindelijk gebaseerd leek te zijn op de NICE-richtlijn, waardoor het geen toegevoegde waarde had voor de literatuurstudie. Overigens kon er op die website een aanbeveling betreffende immunisatie geselecteerd worden. De CTFPHC werd ook reeds doorzocht, maar gaf geen nieuwe praktische richtlijnen.

In de tweede instantie werd er ook gezocht naar richtlijnen via pubmed. Hier werden Mesh-termen zoals 'Fall prevention', 'Vaccination' 'Medication evaluation' in combinatie met 'community dwelling elderly', 'elderly', 'geriatrics' en 'geriatric assessment' ingegeven. Hierdoor kon nog één nieuwe richtlijn betreffende valpreventie geselecteerd worden.

Tot slot werd er ook nagegaan of er reeds afgeronde Manama-proefstukken beschikbaar waren betreffende de drie thema's.

Resultaten literatuurstudie

1. Welke richtlijnen bestaan er voor valpreventie bij thuiswonende ouderen?

Op dit moment zijn er zowel Vlaamse als buitenlandse richtlijnen betreffende de aanpak van valpreventie bij thuiswonende ouderen voorhanden. De NICE (Groot-Brittannië) en de RACGP (Australië) brachten de voorbije jaren elk een praktijkrichtlijn voor valpreventie uit (4,5). Ook de American en British Geriatrics Society heeft in 2011 zijn richtlijn bijgewerkt (6). In Nederland ontwikkelde de CBO een richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' (7). In 2015 bracht Domus Medica in samenwerking met het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen een multidisciplinaire praktijkrichtlijn uit (8) (Figuur 1). Deze richtlijnen zijn een leidraad om aan valpreventie bij thuiswonende ouderen te doen. Hoewel ze verschillen in de uitwerking ervan, lopen de grote lijnen toch gelijk. Ze hebben allen een gelijkaardige verdeling in thema's: case-finding, multifactoriële evaluatie en interventie (4-8). Bovendien benadrukken ze allen het belang van valrisico-screening op regelmatige basis. Zo worden gezondheidsmedewerkers, die in contact komen met ouderen, aangeraden minstens éénmaal per jaar hen hierover te bevragen (6). In de Belgische richtlijn, in tegenstelling tot de andere richtlijnen, wordt daarnaast ook aandacht gevestigd op de opvolging.

Detectie ouderen met verhoogd valrisico (Case-finding)

Ouderen met een verhoogd valrisico worden gedetecteerd door middel van vragen over voorbije valincidenten en aandacht voor gang- en evenwichtsproblemen. Dit laatste kan gescreend worden door Timed Up and Go test (8). Hierbij worden ouderen gevraagd om vanuit zittende houding recht te staan, drie meter te stappen, terug te keren en opnieuw te gaan zitten. De test is positief wanneer dit langer dan 14 seconden duurt of wanneer de oudere een verstoord gangpatroon vertoont.

Multifactoriële evaluatie

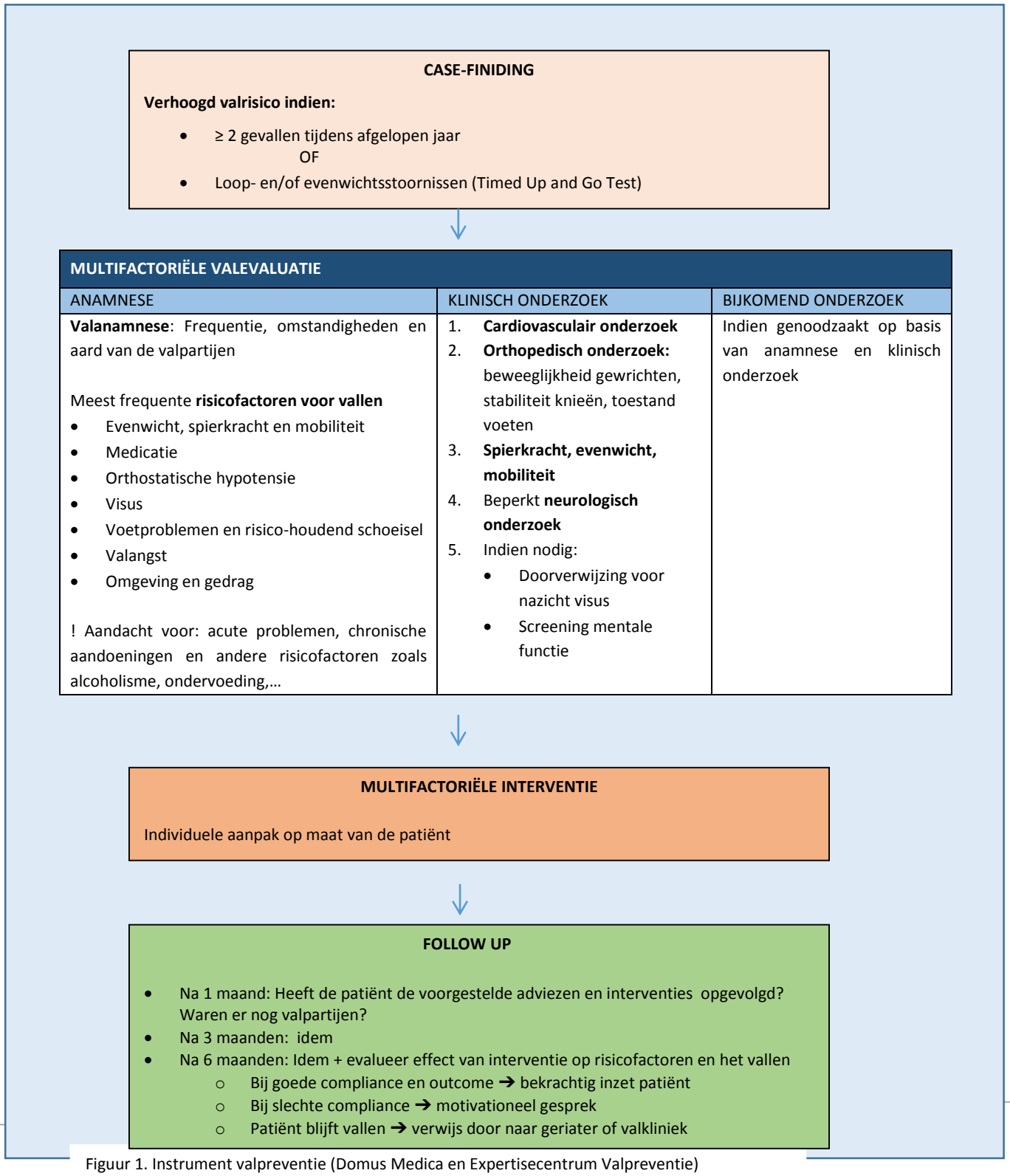
Alle ouderen met een verhoogd valrisico worden nadien onderworpen aan een multifactoriële valevaluatie. Dit gebeurt best door een zorgverlener met voldoende kennis van zaken, bij voorkeur zelfs door een multidisciplinair team onder leiding van de huisarts (6,8). Patiënten kunnen ook doorverwezen worden naar een valkliniek of geriatrisch centrum. Het doel van deze evaluatie is het achterhalen van de frequentie, omstandigheden en eigenschappen van de valpartijen én het opsporen van risicofactoren voor de valproblematiek. Deze risicofactoren stemmen grotendeels overeen in de verschillende richtlijnen. Er wordt vooral gefocust op problemen van mobiliteit, spierkracht en evenwicht, visusproblemen, orthostatische hypotensie, voetproblemen, het nemen van medicatie die kan lijden tot vallen en de aanwezigheid van valangst. Daarnaast moet er aandacht zijn voor (gekende) acute en chronische aandoeningen en andere risicofactoren voor vallen zoals alcoholisme en ondervoeding. Naast een valanamnese wordt ook een algemeen klinisch onderzoek aanbevolen. De uitgebreidheid van dit onderzoek verschilt slechts weinig tussen de richtlijnen (4-8). Het klinisch onderzoek bestaat in de eerste plaats uit een cardiovasculair, orthopedisch en beperkt neurologisch onderzoek. Overigens kan het nodig zijn om de mentale functies na te kijken of door te verwijzen naar een oftalmoloog voor nazicht van de visus. Voor een evaluatie van mobiliteit, spierkracht en evenwicht kan de patiënt doorverwijzen worden naar een kinesitherapeut.

Multifactoriële interventie

Op basis van de informatie bekomen door de multifactoriële valevaluatie, kan de zorgverlener een geïndividualiseerd beleid opstellen om de risicofactoren aan te pakken. De richtlijn van Domus medica merkt echter op dat de maatregelen die zij voorstellen op zichzelf niet voldoende zijn voor een efficiënte aanpak en een significante daling van het aantal val- en fractuurincidenten (8). Het is belangrijk dat de patiënten gestimuleerd worden om het gedrag van hun patiënten en hun omgeving aan te passen. Ook andere richtlijnen leggen de nadruk op deze patiënteducatie. Er wordt wel aangeraden om interventies te kiezen waarvoor de patiënt gemotiveerd of te motiveren is. Om een interventie meer slagingskans te geven is een goede samenwerking met goed opgeleide paramedici een belangrijke randvoorwaarde, net zoals het uitvoeren van de coördinerende taak als huisarts.

Opvolging

De Belgische richtlijn geeft ook een aanbeveling over de manier van opvolging van de patiënten. Dit kon niet teruggevonden worden in de buitenlandse richtlijnen. Een eerste controlebezoek wordt gepland één maand na het opstarten van de nodige interventies. Er dient nagegaan te worden of de patiënt de adviezen heeft kunnen opvolgen. Daarnaast kan er nagegaan worden of er nog valincidenten plaatsgevonden hebben. Een gelijkaardige controle gebeurt best ook na 3 maanden. Na zes maanden kan er een analyse gebeuren van het effect van de interventies op het vallen en de risicofactoren hiervan (8).



Figuur 1. Instrument valpreventie (Domus Medica en Expertisecentrum Valpreventie)

2. Aanbevelingen betreffende de aanpak vaccinatie bij ouderen

In het eerste deel van de literatuurstudie werd geconcludeerd dat volgende vaccinaties worden aangeraden voor ouderen: de jaarlijkse griepvaccinatie en de (herhalings-)vaccinatie tegen pneumokokken, kinkhoest, difterie en tetanus (Appendix 1). Voor elk van deze vaccinaties wordt nu nagegaan welke aanbevelingen hiervoor bestaan. Zowel in binnen- als buitenland bestaan hiervoor verschillende richtlijnen, die min of meer gelijklopend zijn in hun advies. De Belgische aanbevelingen zullen de basis vormen voor de praktijkrichtlijn. Figuur 2 geeft een volledig overzicht voor de aanbeveling van vaccinatie voor ouderen tussen 75-85 jaar (figuur 2).

Griepvaccinatie

Het is aangetoond dat het vaccin bij 65-plussers beschermt tegen ernstige complicaties en overlijden na infecties met influenza (9). Daarom blijft vaccineren tegen influenza een aanbevolen strategie. De WHO brengt jaarlijks zijn aanbevelingen uit over de griepvaccinatie. De Europese en Amerikaanse richtlijnen sluiten zich hier grotendeels bij aan, al zijn er verschillen in de groepen die prioritair een griepvaccinatie moeten krijgen. De WHO stelt dat o.a. 65-plussers voorrang moeten krijgen voor het griepvaccin (10). De Hoge Gezondheidsraad in België sluit zich hierbij aan (11). De laatst gepubliceerde richtlijn van Domus Medica echter zegt dat huisartsen het griepvaccin eerst moeten aanbieden aan patiënten met risicoaandoeningen zoals diabetes, COPD, chronische hartziekten en verminderde immuniteit. Nadien kunnen de gezonde 65-plussers worden gevaccineerd (12). Deze richtlijn dateert echter van 2005. De jaarlijkse vaccinatie zou tussen midden oktober en november moeten plaatsvinden (10,13).

Vaccinatie tegen pneumokokken

Er bestaat een aanbeveling van de hoge gezondheidsraad om gezonde volwassenen tussen 65 en 85 jaar te vaccineren tegen pneumokokkeninfectie (14). Ook het CDC (Centres for Disease Controle and Prevention) sluit zich hierbij aan (15). De HGR echter stelt in zijn meest recente advies, gepubliceerd in eind 2014, dat gezonde volwassenen tussen 65 en 85 jaar eerst gevaccineerd zouden worden met het PCV13 (13-valente conjugaatvaccin) en na minstens 8 weken met het PPV23 (23-valente polysacharide vaccin). Indien zij eerder een vaccinatie met enkel het PPV13 hebben gehad, dienen zij alsnog het PCV13 te krijgen, minstens 1 jaar na het laatste PPV23. De reden waarom dit na minstens 1 jaar dient te gebeuren, heeft te maken met hyporesponsiviteit na een eerdere vaccinatie met PPV23 (14). Aan de hand van bijkomende gegevens en epidemiologie over 5 jaar moet er beoordeeld worden of een boostervaccinatie nodig zal zijn bij personen ouder dan 75 jaar. Momenteel bestaat hierover nog geen aanbeveling.

Vaccinatie tegen tetanus en difterie

Vanaf 1959 werd in België gestart met de algemene vaccinatie van kinderen vanaf 6 maanden tot 15 jaar tegen difterie en tetanus. Vaccinatie bij volwassenen werd toen ontraden omdat men angst had voor ernstige nevenwerkingen. De meeste volwassenen die vóór 1959 geboren zijn, hebben geen of een onvolledige basisvaccinatie tegen tetanus en difterie gehad. De HGR geeft de aanbeveling bij deze volwassenen de primaire

vaccinatie te starten of te vervolledigen (16). Deze Belgische richtlijnen stemmen overeen met wat er aanbevolen wordt in de Verenigde Staten door het CDC (17). De basisvaccinatie omvat drie injecties waarvan de tweede 4 tot 6 weken na de eerste vaccinatie en de derde ongeveer 6 maanden tot 1 jaar na de tweede vaccinatie wordt toegediend. Na een volledige basisvaccinatie worden elke 10 jaar herhalingsvaccinaties aangeraden. Indien een persoon een volledige basisvaccinatie doorlopen heeft maar het laatste vaccin meer dan 20 jaar geleden was, dienen er twee herhalingsdosissen gegeven te worden met een 6 maanden interval.

De HGR zegt dat het Boostrix® vaccin, een trivalent vaccin tegen tetanus, difterie en pertussis, gratis mag gebruikt worden voor de herhalingsvaccinatie van tetanus en difterie, gezien Tedivax pro adulto® niet meer beschikbaar is (18). Tevens mag dit vaccin ook aangewend worden voor het vervolledigen of opstarten van de primovaccinatie tegen deze ziekten.

VACCINATIE TEGEN	AANBEVELING
GRIEP	Jaarlijkse vaccinatie tussen midden oktober en midden november met het beschikbare griepvaccin.
PNEUMOKOKKEN INFECTIE	Gezonde personen en personen met comorbiditeit *Primo-vaccinatie:* • PCV13 gevolgd door PPV23 na minstens 8 weken • Personen die in het verleden gevaccineerd werden met PPV23: Eenmalige vaccinatie met enkel PCV13, minstens 1 jaar na laatste PPV23 *Revaccinatie:* niet aanbevolen
	Met een verhoogd risico op een pneumo-kokkeninfectie (*) *Primo-vaccinatie:* • PCV13 gevolgd door PPV23 na minstens 8 weken • Personen die in het verleden gevaccineerd werden met PPV23: Eenmalige vaccinatie met enkel PCV13, minstens 1 jaar na laatste PPV23 *Revaccinatie*: PPV23 om de 5 jaren
TETANUS EN DIFTERIE	*Primo-vaccinatie:* 3 vaccinaties met Boostrix® • 1e vaccin: 0 maanden • 2e vaccin: 4-6 weken na 1e vaccin • 3e vaccin: 6-12 maanden na 2e vaccin *Revaccinatie:* • indien vaccinatie > 10 jaar geleden: vaccineer met Boostrix® vaccin • indien vaccinatie > 20 jaar geleden: vaccineer tweemaal met Boostrix ® vaccin met 6 maanden interval
KINKHOEST	Eenmalige herhalingsvaccinatie met Boostrix ®
(*) Volwassenen met verhoogd risico op pneumokokkeninfectie = 1. *Volwassenen met een stoornis van de immuniteit. Voor de oplijsting van personen met een verhoogd risico door een stoornis van de immuniteit verwijzen we naar de "Vaccinatie van immuungecompromitteerde en chronische zieke kinderen en volwassenen"* 2. *Volwassenen met anatomische en/of functionele asplenie, sickle-cell disease of een hemoglobinopathie.* 3. *Volwassenen met lek van cerebrospinaal vocht of een cochleair implantaat.*	

Figuur 2. Overzicht aanbevolen vaccinaties volgens HGR voor 75- tot 85 jarigen

Vaccinatie tegen kinkhoest

Ondanks een hoge vaccinatiegraad stijgt de incidentie van kinkhoest in Vlaanderen (19,20). De reden hiervoor multifactorieel. Vermoedelijk betreft het een combinatie van een dalende immuniteit bij volwassenen, een aanpassing van het pathogeen agens, een stijgende alertheid voor kinkhoest en een verbeterde diagnostiek en registratie. Adolescenten en volwassenen vormen heden een vatbare groep voor zowel de ziekte door te maken als voor de infectie door te geven aan jonge zuigelingen, voor wie de ziekte zeer ernstig tot fataal kan verlopen. De HGR beveelt daarom een éénmalige vaccinatie tegen kinkhoest aan voor alle volwassenen, ongeacht de voorgeschiedenis van een (volledige of onvolledige) kinkhoestvaccinatie (20).

3. Aanbeveling voor medicatie-evaluatie bij ouderen

De literatuur beschrijft verschillende instrumenten die artsen kunnen helpen in het correct voorschrijven van medicatie bij geriatrische patiënten. Zo bestaan sedert 1991 de Beers-criteria, een lijst van geneesmiddelen die best vermeden worden bij ouderen, die nadien regelmatig werden geüpdatet (21). Iets recenter zijn de START-STOPP criteria (Screening Tool to Alert to right treatment (START) - Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions (STOPP)) die een beschrijving zijn van geneesmiddelen die vermeden of opgestart dienen te worden in bepaalde situaties (22). Beide lijsten zijn eenvoudig en overzichtelijk in gebruik, maar houden weinig rekening met de patiënt als individu.

Er bestaan ook instrumenten die vertrekken van open vragen om zo de nodige informatie omtrent het medicatiegebruik van de patiënt te bekomen. Aan de hand van deze informatie en de wetenschappelijke beschouwing, kan de arts beslissen of een geneesmiddel al dan niet moet voorgeschreven worden voor die patiënt. Een voorbeeld van zo'n instrument is de multidisciplinaire richtlijn van de NHG, de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Orde van Medisch Specialisten, namelijk de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropiate Prescribing) (23). Ook het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) publiceerde in juni 2015 een 'aanbeveling voor beter voorschrijven van medicatie in de eerste lijn' (24). Deze richtlijn is ontstaan door het samenbrengen van de aanbevelingen van de BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee), het WZC-formularium 2014 en de literatuur betreffende de START-STOPP criteria. Zowel de Nederlandse STRIP als de Belgische richtlijn van het RIZIV maken een selectie van patiënten bij wie het analyseren van de medicatie geadviseerd is. Dergelijke medicatie-evaluatie zou volgens hun enkel moeten gebeuren bij patiënten met polyfarmacie, d.i. inname van 5 of meer geneesmiddelen en de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren zoals verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, verminderde therapietrouw en/of afnemende zelfredzaamheid.

In 2012 presenteerden Evelien Lenaerts en Floris De Knijf in hun Masterthesis het AMO-instrument (Adequaat Medicatiebeleid bij Ouderen-instrument)(25). Zij ontwikkelden dit beknopt instrument op basis van de reeds beschreven bestaande richtlijnen. In de eerste plaats hebben zij dit instrument opgesteld voor gebruik in woonzorgcentra, maar het kan ook in de thuissituatie binnen de eerste lijn een hulpmiddel zijn. Bovendien maken

zij in tegenstelling tot de STRIP en de RIZIV-richtlijnen geen aanbeveling om eerst risicopatiënten met polyfarmacie te selecteren, maar toe te passen op alle patiënten ongeacht hun leeftijd. Patiënten met een gekende diagnose van dementie, palliatief statuut en psychiatrische problematiek werden echter wel geëxcludeerd.

Besluit

Er bestaan verschillende binnen- en buitenlandse richtlijnen betreffende valpreventie, vaccinatie en medicatie-evaluatie bij ouderen. Deze aanbevelingen komen in grote lijnen met elkaar overeen. We kunnen besluiten dat over het algemeen de eigen binnenlandse richtlijnen up-to-date en goed uitgewerkt zijn. Zo hebben Domus Medica en het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen recent nog de handen in elkaar geslagen en een uitbereide maar concrete richtlijn 'Valpreventie' ontwikkeld. Ook de Hoge gezondheidsraad geeft de meest recente adviezen voor de Belgische populatie betreffende vaccinatie weer. Voor medicatie-evaluatie was de Nederlandse richtlijn dan weer meer uitgewerkt. Toch ook in België werden belangrijke adviezen door het RIZIV geformuleerd. Deze zijn echter niet zo gestructureerd als de Nederlandse richtlijn. Daarom werd er gezocht naar de verdere uitwerking van richtlijn in Manama-thesissen van de afgelopen jaren. In één thesis kon er een bruikbaar en reeds onderzocht screeningsinstrument voor medicatie-evaluatie gevonden kon worden, namelijk het AMO-instrument. In kader van deze thesis zal op basis van deze richtlijnen een eigen praktijkinstrument ontwikkeld worden.

Bibliografie

1. Philip KE, Alizad V, Oates A, Donkin DB, Pitsillides C, Syddall SP, et al. Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Apr 16];15(1):42–6.
2. Deckers A, Gouhie J, Willekens B, Helsmoortel A, Depraetere S, Degryse J. Detectie van nieuwe zorgnoden bij kwetsbare ouderen. De gestructureerde GAZETO-agenda uitgetest. Huisarts Nu [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 16];41:191–6.
3. Grouwels D, Seuntjens L. Dokteren met kwaliteit. 2009. 248 p.
4. NICE. Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE; 2013
5. Royal Australian College of General Practicioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 8th ed. East Melbourne; 2012
6. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls. Prevention Guideline for the prevention of falls in older persons.. J Am Geriatr Soc. 2001 May, 49(5):664–72.
7. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: Van Zuiden Communications, B.V.; 2004.
8. Wertelaers A, Baeten R, Vandeput O, Tessier J, Deconinck L, Heirstrate L, et al. Praktijkinstrumenten Val-En Fractuurpreventie. Domus Medica. 2015 Jul;S1–14.
9. Vu T, Farish S, Jenkins M, Kelly H. A meta-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. Vaccine. 2002 Mar;20(13-14):1831–6.

10. World Health Organisation. Influenza. World Health Organization; Available from: http://www.who.int/topics/influenza/en/
11. Hoge Gezondheidsraad. ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD: Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep Winterseizoen 2015-2016. 2015.
12. Govaerts F, Van De Vyver N, e.a. Preventie van Influenza. Huisarts Nu. Feb;35(1):4–18.
13. Van Essen G, Bueving H, Voordouw A, Berg H. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie. Huisarts Wet. 2008;51(4):bijlage: 1–2.
14. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen pneumokokken - vaccinatie van volwassenen - versie 2014. 2014.
15. Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, Gierke R, Moore MR, Whitney CG, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Sep;63(37):822–5.
16. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen tetanus - vaccinatie van volwassenen - herziening 2013. 2013 Mar.
17. Bridges CB, Woods L, Coyne-Beasley T. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommended immunization schedule for adults aged 19 years and older--United States, 2013. MMWR Suppl. 2013 Feb;62(1):9–19.
18. Correct gebruik van de gratis vaccins - Zorg en Gezondheid.
19. Team Epidemiologie van Infectieziekten. Infectieziekten in Vlaanderen. Trends en ontwikkelingen 2010-2012. 2014.
20. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen kinkhoest - vaccinatie van volwassenen - herziening 2013. 2013.
21. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015 Sep;63(11): 2227-2246.
22. Knol W, Verduijn M, Lelie-van der Zande A, van Marum R. Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159(A8904):1–10.
23. HuisartsenGenootschap N. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht; 2012.
24. Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Huidige aanbevelingen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen in de eerste lijn. 2015.
25. Knijf F De, Lenaerts E. Adequaat voorschrijven bij ouderen. Een interventiestudie bij huisartsen. KU Leuven; 2012.

Anne Schuermans: Wat is de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van screening bij ouderen in de huisartsenpraktijk?

1.1 Inleiding

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor veralgemeende screening bij thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Dat blijkt uit voorafgaand literatuuronderzoek. Wel blijkt er evidentie voor screening naar afzonderlijke zorgnoden, namelijk vaccinatie, correct medicatiebeleid en valrisico. Voor andere zorgnoden zoals incontinentie, cognitie, visus, … bestaat enkel evidentie voor case-finding, dus screening bij patiënten met risicofactoren.

Uit voorgaande kunnen we dus besluiten dat voor bestaande screeningstools (GAZETO, EASY-care, MAGIC) die wel gebruik maken van al deze verschillende items, onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is om in de eerste lijn te gebruiken. Dit echter buiten beschouwing gelaten, zijn deze uitgebreide tools ook bruikbaar in een huisartsenpraktijk? In het eerste deel van deze literatuurstudie zal daarom de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van dergelijke instrumenten nagegaan worden. In een tweede deel zal onderzoek gebeuren naar de afzonderlijke screeningsitems waarvoor evidentie is voor screening bij alle patiënten vanaf 75 jaar, namelijk valpreventie, vaccinatie en medicatie. Wat zijn de knelpunten en welke factoren faciliteren implementatie van een dergelijke screening in de huisartsenpraktijk? Uit beide onderzoeksvragen kunnen dan besluiten getrokken worden over hoe screening in een huisartsenpraktijk best georganiseerd wordt.

1.2 Methode

Een literatuuronderzoek werd uitgevoerd om een antwoord te formuleren op twee onderzoeksvragen, namelijk

‘Zijn de bestaande systematische screeningstools haalbaar en uitvoerbaar in de huisartsenpraktijk?’
‘Wat is de uitvoerbaarheid in de huisartsenpraktijk van de afzonderlijke screeningsitems waarvoor evidentie bestaat?’

Bij deze zoektocht ben ik vertrokken van de resultaten van de literatuurstudies van mijn medestudenten (zie bijlage).

Allereerst werd in de literatuur gezocht naar artikels over de implementatie van screeningstools. Databases die hiervoor gebruikt werden zijn Medline (Pubmed) en Trip Database. Voor de eerste onderzoeksvraag werden zoektermen als ‘EASY-care’, en ‘MAGIC’ gecombineerd met andere zoektermen (indien mogelijk MeSH-termen) zoals ‘feasibility’, ‘implementation’, ‘screening’, ‘elderly’, ‘general practice’. Gezien de recente ontwikkeling van de MAGIC tool kon hiervoor maar één artikel

weerhouden worden. Hetzelfde probleem kwam naar voren bij de GAZETO. Ook hiervoor kon geen wetenschappelijke literatuur gevonden, enkel een afgeronde masterthesis van de voorbije jaren.

Vervolgens werd literatuur gezocht over de implementatie van valpreventie, vaccinatie en medicatie in de huisartsenpraktijk. Wat valpreventie betreft, leverden in Pubmed de zoektermen 'fall prevention', 'general practice', 'feasibility', 'implementation', community-dwelling elderly' tien bruikbare artikels op. Verder werden ook een recente richtlijn van Domus Medica 'Praktijkinstrument val- en fractuurpreventie' en het 'Draaiboek Zorgpad Valpreventie', ontwikkeld door het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, geïncludeerd. Voor de uitvoerbaarheid van vaccinatie in de huisartsenpraktijk werden volgende zoektermen ingegeven in Pubmed: 'vaccination', 'immunisation', 'general practice' of 'primary care', 'feasibility'. Voor medicatie werd de zoektocht beperkt tot bronnen die specifiek over de uitvoerbaarheid van een Nederlandse richtlijn (STRIP) gaan. In Pubmed werd gezocht met de zoekterm 'Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing'. Via NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) werd een richtlijn over 'Polyfarmacie bij ouderen' gevonden.

Verder werden ook via referenties van interessante artikels, andere bruikbare artikels gevonden. Gevonden artikels werden eerst beoordeeld op basis van hun titel en abstract. Enkel artikels over implementatie van richtlijnen en hun toepasbaarheid in de eerstelijnszorg werden weerhouden. Artikels over screening in de tweede lijn werden geëxcludeerd.

1.3 Resultaten literatuurstudie

Zijn de bestaande systematische screeningstools haalbaar en uitvoerbaar in de huisartsenpraktijk?

Easycare

Het Easy-Care instrument werd ontworpen om in de eerstelijnszorg kwetsbare ouderen te detecteren en hun noden in kaart te brengen. Het werd ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk en wordt ondertussen ook in Nederland gehanteerd. Het instrument is bedoeld om de zorgnoden van kwetsbare ouderen op te sporen, waarbij aandacht gevestigd wordt op zowel fysieke als psychosociale problemen. Het is bijgevolg een volledige geriatrische beoordeling waarin alle domeinen aan bod komen.

Met hun studie wilden Lambert et al. (2007) de uitvoerbaarheid van Easy-Care nagaan betreffende gebruiksgemak, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid vanuit het perspectief van zowel de ouderen (uit ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen) als hun interviewers (verpleegkundigen).(1) Wat betreft het gebruiksgemak, vindt ongeveer een vierde van de ouderen de vragenlijst te complex en te lang. De verpleegkundigen vinden de tijdsbesteding aanvaardbaar, doch dit neemt gemiddeld 47 minuten in beslag ten opzichte van de 39 minuten die gesuggereerd werd door de ontwikkelaar. Ook vinden ze

sommige open vragen moeilijk te bevragen en merken ze dat ouderen het ook moeilijker vonden om deze te beantwoorden. Een lange vragenlijst kan ervoor zorgen dat de conversatie onnatuurlijk verloopt, maar is anderzijds wel een goede aanzet om het gesprek op gang te brengen en ouderen te laten nadenken over hun zorgnoden. Enkele interviewers gaven ook aan dat er te weinig ruimte is voor persoonlijke commentaar en observaties die nuttig zouden kunnen zijn voor andere hulpverleners. Meer dan twee derde van de ouderen vindt dit instrument een hulp bij het nadenken over hun kwetsbaarheid en het verwoorden van hun zorgnoden. Sommige vragen zouden ouderen overstuur kunnen maken, bijvoorbeeld door de confrontatie met hun kwetsbaarheid of afhankelijkheid, doch 89% van de proefpersonen geeft aan hier geen probleem mee te hebben.

De Easy-Care TOS (EASY-Care Two-step Older persons Screening) is ontstaan uit het Easy-Care instrument, maar biedt een meer stapsgewijze benadering voor het identificeren van kwetsbare ouderen door de huisarts. Als eerste stap schat de huisarts, aan de hand van 14 items, in of een persoon kwetsbaar is of niet. Enkel bij kwetsbare personen of twijfel over kwetsbaarheid wordt stap 2 uitgevoerd, de volledige Easy-Care tool. Deze stapsgewijze benadering is efficiënter doordat de huisarts met zijn voorkennis en dossiergegevens van de patiënt vooraf reeds de kwetsbare personen selecteert. In Nederland werd een studie gedaan bij vier huisartsenprakijken over de uitvoerbaarheid van de Easy-Care TOS.(2) Over het algemeen wordt de tijdinvestering die hiervoor nodig is als acceptabel beschouwd. Echter enkele artsen vinden dit ten koste van hun patiëntenzorg. Ze vinden het te tijdrovend en zijn meer voorstander van een flexibeler gebruik van het instrument waarbij de nadruk gelegd kan worden op de domeinen die specifiek van toepassing zijn voor hun patiënt. Patiënten appreciëren de adviezen die gegeven worden en zullen sneller hulp zoeken en aanvaarden. Aangezien alle relevante geriatrische domeinen aan bod komen, wordt het instrument goed onthaald en huisartsen erkennen ook het belang van hun oordeel bij de identificatie van kwetsbare ouderen. Wat echter wel vermeld dient te worden, is de selectiebias die mogelijks aanwezig is gezien de artsen die akkoord gingen voor deelname aan deze studie, meer open staan voor preventieve zorg aan de hand van screeningstools. Sommige hulpverleners hebben moeilijkheden met het afwegen van verschillende factoren en op basis daarvan te oordelen over de kwetsbaarheid van een patiënt. Dit betekent echter niet dat ze weigerachtig staan tegenover het implementeren ervan in hun praktijkvoering. Het is te verwachten dat deze moeilijkheden zullen verdwijnen wanneer men meer ervaren wordt in het gebruik van dit instrument. Huisartsen zijn overtuigd dat het gebruik van de Easy-Care TOS de kwaliteit van zorg kan verbeteren, mits een goede organisatie binnen de praktijk. Bij het implementeren van dit screeningsinstrument moet echter nagedacht worden over de mogelijkheid om taken uit te besteden aan praktijkassistenten (verpleegkundigen) en het voorzien van een vergoeding.

Magic Tool

De MAGIC tool werd recent ontworpen met als doel een bruikbaar instrument te creëren voor gezondheidsscreening van ouderen in de huisartsenpraktijk.(3) Magic ('manageable geriatric assessment') is niet specifiek bedoeld voor screening bij kwetsbare ouderen of ouderen met functieverlies, maar eerder voor algemene screening bij alle geriatrische patiënten. Deze tool is gebaseerd op de 'comprehensive STEP assessment' waarbij onder andere door literatuuronderzoek en focusgroepen de meest relevante items geselecteerd werden. Men verwacht dat deze screeningstool nuttig zal zijn in de eerstelijnszorg om op slechts 15 minuten tijd de meest relevante gezondheidsproblemen aan het licht te brengen. Onderzoek naar uitvoerbaarheid en evaluatie van de MAGIC tool wordt verwacht in het kader van de, nog reeds lopende, 'RIME study' ('Reduction of inappropriate medication in elderly).

Gazeto

In België werd in 2012 de GAZETO, Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen, ontwikkeld.(4) Omdat Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen heel uitgebreid zijn, was er nood aan een screeningsinstrument dat geïmplementeerd kon worden in de eerste lijn. De GAZETO is een online applicatie bestaande uit 14 items waarbij voor elk item een driestappenplan uitgewerkt is. Aangezien dit instrument pas recent ontwikkeld werd, zijn er nog maar weinig betrouwbare gegevens over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid. De beschikbare gegevens zijn afkomstig van masterproeven van huisartsen-in-opleiding. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews en enquêtes werden huisartsen bevraagd. Hieruit bleek dat de meeste artsen het programma handig en gebruiksvriendelijk vinden, de testen en vragenlijsten zijn duidelijk omschreven, het geeft hen meer inzicht in het functioneren van hun patiënten en ze vinden het bijgevolg de moeite waard om te gebruiken. Anderen vonden het wel tijdrovend en arbeidsintensief. Als opmerking kwam dat sommige vragenlijsten ingekort moeten worden en de communicatie met het EMD geoptimaliseerd moet worden. De gemiddelde tijd nodig om het hele instrument te doorlopen ligt tussen 40 en 50 minuten. Dit instrument kan dus niet volledig doorlopen worden tijdens een gewone consultatie, tenzij op voorhand reeds meer tijd voorzien werd voor de consultatie. Dit is tegenstrijdig met het oorspronkelijke doel van de GAZETO, namelijk het programma gebruiken bij een 'spontane' consultatie. In onderstaande tabel worden de voor- en nadelen van één ten opzichte van meerdere consulten samengevat (tabel 2). De meerderheid van artsen vindt dat de GAZETO best door een huisarts (of huisarts-in-opleiding) uitgevoerd wordt, maar praktijkassistenten kunnen als hulp ingeschakeld worden.

Tabel 2: Voor- en nadelen uitvoeringsmodaliteiten GAZETO

Eén consult		Meerdere consulten	
Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
GMD75+	Werkbelasting	Aanvulling consulten	Programma elke keer opstarten
Financiële compensatie?	Moeilijker in te passen in werkschema	Spreiding werklast	Gemakkelijk vergeten
Tijd voor de patiënt		Door verschillende artsen uit te voeren	Minder overzicht in het dossier
Uitvoering door Haio of praktijkassistent			

Hieruit kunnen we besluiten dat de GAZETO over het algemeen door de meeste artsen goed onthaald wordt, maar men vindt dit instrument tijdrovend door te lange vragenlijsten. Mits het optimaliseren van de tijdsefficiëntie, een goede organisatie en eventueel een kleine financiële vergoeding, lijkt de GAZETO uitvoerbaar in de eerstelijnszorg. Er is echter nog meer onderzoek nodig naar de haalbaarheid van de GAZETO in de huisartsenpraktijk.

Wat is de uitvoerbaarheid in de huisartsenpraktijk van de afzonderlijke screeningitems waarvoor evidentie bestaat?

Valpreventie

In de literatuur bestaat evidentie voor multifactoriële valpreventie. Reeds in verschillende landen bestaan valpreventieprogramma's met als doel valincidenten bij ouderen te verminderen. Echter de implementatie van deze programma's in de eerstelijnszorg is minder beschreven. Vaak gaat het over multidisciplinaire programma's die toegepast worden in de tweede lijn en dus niet te vertalen zijn naar de setting van een huisartsenpraktijk.

In een Nederlandse CBO-richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' uit 2001 wordt het European Foundation for Quality Management (EFQM) naar voren geschoven als model voor kwaliteitsvolle implementatie van een richtlijn.(5) Het model biedt aangrijpingspunten die belangrijk zijn voor een goede organisatie en implementatie. De algemene voorwaarden die nodig zijn om hierin te slagen, zijn leiderschap, medewerkers, strategie en beleid, middelen en procesevaluatie. De houding van artsen en andere zorgverleners ten aanzien van richtlijnen is niet altijd homogeen, wat een belemmering kan vormen door de invoering ervan. Training en scholingsprogramma's kunnen bijdragen tot beter inzicht in de problematiek en lijden tot een betere samenwerking tussen verschillende disciplines.

Na het ontwikkelen van een praktijkrichtlijn in 2006 heeft de werkgroep Valpreventie Vlaanderen een studie opgezet om na te gaan of een dergelijke richtlijn geïntegreerd kan worden in de Vlaamse eerstelijnszorg.(6) De resultaten geven inzicht in de moeilijkheden die de betrokken gezondheidswerkers (huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut en ergotherapeut) ondervinden bij de identificatie van risicopatiënten, multifactoriële evaluatie en gerichte interventie. Alle zorgverleners voelden zich verantwoordelijk voor screenen naar risicopatiënten en de meerderheid vond dit ook gemakkelijk te organiseren in de dagelijkse praktijkvoering. Wat betreft de tweede en derde stap, namelijk evaluatie van risicofactoren en opstellen van een interventiebeleid, zijn de meningen verdeeld. De meeste huisartsen en verpleegkundigen zien dit als onderdeel van hun takenpakket, in tegenstelling tot kinesitherapeuten en ergotherapeuten die een uitgebreide risicoanalyse niet hun verantwoordelijkheid vinden. Zij zijn echter ook niet opgeleid voor de evaluatie van bepaalde risicofactoren, zoals bijvoorbeeld medicatie en orthostatische hypotensie.

Een struikelblok dat in alle studies terugkomt, is de tijdsinvestering die nodig is om de volledige richtlijn te overlopen.(6–8) Voor case-finding waren gemiddeld 5 minuten nodig, terwijl voor multifactoriële evaluatie en discipline specifieke interventie, respectievelijk ongeveer 14 en 12 minuten nodig

waren.(6) Samengevat betekent dit dat er ongeveer een halfuur nodig is om de richtlijn toe te passen. Huisartsen hadden hier gemiddeld minder tijd voor nodig dan zorgverleners van de andere disciplines.

Ook de motivatie van de patiënt en/of familie is belangrijk voor het slagen van de implementatie van een richtlijn. Patiënten en hun familie moeten geïnformeerd worden over het belang van valpreventie en aangespoord worden om valincidenten en val-gerelateerde symptomen te melden aan hun huisarts.(9) Een grote uitdaging voor alle preventieprogramma's is patiënten kunnen bereiken en hun betrokkenheid vergroten bij het hele proces. Belangrijke belemmeringen voor interventie zijn gerelateerd aan patiënt-specifieke factoren, zoals bijvoorbeeld trots, inzicht en opinie.(10) De focus moet dus niet enkel gaan naar de rekrutering en educatie van zorgverleners voor valrisico-evaluatie en interventie, ook de ouderen zelf moeten gemotiveerd worden om de aanbevelingen, die door zorgverleners gegeven worden om valrisico te verminderen, op te volgen.

In België werd recent een nieuwe multidisciplinaire praktijkrichtlijn gepubliceerd door Domus Medica in samenwerking met het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV).(11) EVV ontwikkelde ook een draaiboek voor de implementatie van een zorgpad valpreventie in de praktijk.(12) Dit draaiboek is vooral bedoeld om lokale organisaties te ondersteunen met informatie, voorbeelden, ervaringen en tips, toegespitst op thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Hierbij wordt weel aandacht geschonken aan de motivatie van de patiënt en worden tips gegeven om hun participatie te vergroten en therapietrouw te bevorderen.

In 2012 verscheen een systematic review uit het Verenigd Koninkrijk over factoren die de implementatie van valpreventie programma's beïnvloeden.(8) De resultaten van de meerderheid van de studies geïncludeerd in deze review, kwamen uit semi-gestructureerde interviews en focusgroepen, waarbij zowel patiënten als zorgverleners betrokken werden. Hieruit werden enkele praktische bedenkingen samengevat. Over het algemeen bleken patiënten de kosten van een interventie (bijvoorbeeld een oefenprogramma bij een kinesitherapeut) niet als struikelblok te ervaren om deel te nemen aan het programma, zolang deze kosten aanvaardbaar bleven. Anderzijds zagen de zorgverleners het gebrek aan financiële compensatie voor de tijdsinvestering en administratie wel als barrière voor het implementeren van een valpreventie programma. Dit is een argument dat ook in andere artikels veel aan bod komt.(6,7,9,10)

Vaccinatie

Er bestaan duidelijke richtlijnen over vaccinatiebeleid bij ouderen. Toch bestaan er barrières waardoor vaccinatie niet optimaal gebeurt. Vanuit het standpunt van de patiënt zijn er verschillende redenen waarom ze niet gevaccineerd zijn, ofwel bewust door weigering ofwel door onwetendheid.(13) De

voornaamste redenen die ouderen aanhalen, verschillen van de ideeën van de artsen. Ouderen geven aan niet voldoende op de hoogte te zijn van de aanbevolen vaccinaties omdat hun arts hierover onvoldoende communiceert. Ook denken veel patiënten dat gezonde personen geen vaccinatie nodig hebben of ze vinden dat anderen het meer nodig hebben (bijvoorbeeld bij een tekort aan influenzavaccins). Dit blijken belangrijke redenen te zijn waardoor oudere patiënten niet gevaccineerd zijn.

Een gebrek aan inzicht van de zorgverleners ten aanzien van de redenen van patiënten om zich niet te laten vaccineren, is opvallend. (13) Artsen denken namelijk dat patiënten die vaccinatie vermijden, dit doen uit angst voor naalden, bijwerkingen of ziekte door het vaccin. Patiënten daarentegen vermelden deze redenen minder frequent dan een arts zou verwachten. Ook economische factoren lijken volgens artsen een barrière te vormen voor patiënten, maar ook hier is een misvatting over. Slechts een beperkt aantal patiënten geeft aan dat de kosten te hoog zijn. Veel vaccins worden ook volledig of gedeeltelijk terugbetaald door de ziekteverzekering of worden gratis aangeboden door de overheid.

Verschillende studies tonen aan dat herinneringssystemen in de eerstelijnszorg in ontwikkelde landen effectief zijn voor het verhogen van de vaccinatiegraad. Een Cochrane Review uit 2005 toonde aan dat elke vorm van herinnering (postkaarten, brieven, telefoongesprek of automatische telefoonherinnering) de patiënt kan aansporen zich te laten vaccineren en bijgevolg leidt tot een hogere vaccinatiegraad. Telefoongesprekken blijken het meest effectief maar zijn ook veel tijdsintensiever. Ook uit resultaten van andere studies bleken deze interventies nuttig.(14–18) De combinatie van verschillende strategieën geeft over het algemeen de beste resultaten.(16,19) De doeltreffendheid van bepaalde interventies is ook afhankelijk van de leeftijd van een patiënt. Zo hebben posters de grootste invloed op het sensibiliseren van patiënten jonger dan 65 jaar. Terwijl men bij patiënten ouder dan 65 jaar een hogere respons ziet wanneer gezamenlijke vaccinatiemomenten aangeboden worden, in tegenstelling tot integratie tijdens een gewone consultatie.(20)

In Nederland wordt in kader van preventie van influenza aanbevolen systematisch alle risicopatiënten een oproepingsbrief te sturen. In België werd in 2008 de richtlijn herzien en wordt nu gekozen voor een gefaseerde aanpak. In een eerste fase vaccineert de huisarts risicopatiënten wanneer zij zich aanbieden. In een tweede fase verstuurt de huisarts een uitnodigingsbrief aan alle nog niet-gevaccineerde risicopatiënten. En in de derde en laatste fase worden risicopatiënten die zich nog niet aanboden, telefonisch gecontacteerd. Onderzoek wees uit dat een gefaseerde aanpak leidt tot een hogere vaccinatiegraad, maar dit hangt wel samen met een hogere tijdsinvestering, vooral door de telefoongesprekken in de derde fase.(21)

Medicatie

Medicatiebewaking bij ouderen is heel belangrijk om inname van potentieel ongeschikte geneesmiddelen op te sporen. Op die manier vermindert de kans op bijwerkingen of interacties, wat de patiëntveiligheid ten goede komt. Nazicht van medicatie gebeurt te weinig waardoor ouderen lange tijd onnodige medicatie nemen. Meestal wordt naar aanleiding van een ziekenhuisopname of gewijzigde algemene toestand van de patiënt, de medicatielijst kritischer bekeken en aangepast indien nodig. Er bestaan verschillende screeningslijsten die gebruikt kunnen worden als hulpmiddel bij medicatiebeoordeling. Zoals eerder vermeld werd in Nederland de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropiate Prescribing) opgesteld, een multidisciplinaire richtlijn ter evaluatie van geneesmiddelengebruik bij ouderen.(22) De STOPP- en START criteria, initieel ontwikkeld in Ierland, zijn een onderdeel hiervan en kunnen als hulmiddel dienen bij medicatiebewaking. Voor het opstellen van de richtlijn werd door middel van focusgroepen navraag gedaan naar knelpunten bij patiënten en zorgverleners met betrekking tot polyfarmacie en farmacotherapeutische zorg.(22)

Na het opstellen en verschijnen van de richtlijn werd ook onderzoek gevoerd naar de implementatie ervan in de eerstelijnszorg.(23) De doelstellingen van deze studie waren onder andere het verkrijgen van inzicht in de haalbaarheid en implementatie van de multidisciplinaire richtlijn ‘polyfarmacie bij ouderen’ en inzicht verwerven hoe huisartsen en apothekers geholpen kunnen worden bij de implementatie ervan. Het pilootproject bestond uit 3 onderdelen. Allereerst een startbijeenkomst waarop info gegeven werd over de aanpak van uitvoering van medicatiebeoordeling en de te registreren informatie. Vervolgens het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij patiënten volgens de STRIP-methode. Uiteindelijk werden tijdens een evaluatiebijeenkomst de resultaten besproken en het hele proces geëvalueerd. Enkele belangrijke knelpunten voor de huisartsen waren de grote tijdsinvestering, medicatie gestart door specialist (indicatie niet altijd duidelijk, groot vertrouwen van patiënt in specialist, …) en het bewaken van de vervolgacties na het medicatieoverleg. Aanbevelingen die de huisartsen voorstelden waren: richt de aandacht vooral op patiënten met duidelijk polyfarmacie of ouder dan 85 jaar zodat tijdsinvestering opweegt tegen rendement, kijk jaarlijks naar een top-3 van medicatie (dus niet allemaal), anamnesegesprek en follow-up kan door praktijkondersteuner gebeuren, letten op therapietrouw, …

De resultaten hierboven beschreven zijn afkomstig van een studie uitgevoerd in Nederland. Om na te gaan of dit model ook implementeerbaar is in onze Belgische zorgcontext, is dr. Joachim Vandenhoven in zijn masterproef nagegaan wat mogelijke struikelblokken zijn en welke aanpassingen bijgevolg doorgevoerd moeten worden om deze richtlijn ook in België te kunnen toepassen.(24) Inhoudelijk zijn er weinig aanpassingen nodig om de STRIP te kunnen overnemen. In vergelijking met Nederland kent België een verschil in organisatie van de gezondheidszorg, onder andere minder praktijkondersteuning

en geen overlegcultuur tussen huisartsen en apothekers. Dit leidt ertoe dat de huisarts in België het grootste deel van de medicatiebeoordeling voor zijn rekening neemt. Ook hier werd tijdsinvestering als groot struikelblok gezien. Gemiddeld duurde een hele medicatiebeoordeling door de huisarts aan de hand van de B-STRIP (Belgische versie van de STRIP) ongeveer 100 minuten (82,1 minuten wanneer een uitschieter van 235 minuten meegerekend werd). De farmacotherapeutische analyse (met behulp van STOPP- en START criteria + overleg met de apotheek) was het meest tijdrovend. Wat samenwerking met de apotheker betreft, waarderen huisartsen voornamelijk hun inbreng wat betreft toedieningswijzen, innamemomenten en opvolging van therapietrouw. Zij zouden het werk van de huisarts kunnen verlichten indien zij ook de farmacotherapeutische anamnese voor hun rekening zouden kunnen nemen. Dit is echter in de huidige praktijk niet haalbaar aangezien enerzijds oudere patiënten vaak niet zelf hun medicatie komen afhalen en anderzijds door de beperkte medische gegevens waarover apothekers beschikken. Over het algemeen werd de richtlijn goed beoordeeld, doch bij navraag over gebruik in de toekomst antwoordt de meerderheid de tool niet systematisch te gebruiken, enkel mits aanpassingen worden doorgevoerd of bij geselecteerde patiënten.

1.4 Nut van literatuurstudie voor kwaliteitsverbeterend project

Het tijdig opsporen van kwetsbare ouderen en hun zorgnoden is een belangrijke taak voor de eerstelijnszorg. Om dit succesvol te kunnen implementeren in een huisartsenpraktijk, moet er een screeningstool voorhanden zijn die voldoet aan de mogelijkheden van de huisarts. Bestaande screeningstools zijn enerzijds niet volledig wetenschappelijk onderbouwd aangezien niet voor alle screeningsitems evidentie bestaat. Anderzijds worden ze ook als te uitgebreid en bijgevolg tijdrovend beschouwd. Over het algemeen vinden huisartsen dergelijke instrumenten wel zinvol voor gezondheidsscreening van hun oudere patiëntenpopulatie, echter hun motivatie om deze ook echt te gebruiken, zou verhoogd kunnen worden door een goede organisatie in de praktijk. Uitbesteden van taken aan praktijkassistenten of financiële compensatie zijn mogelijkheden om de hoge werkdruk en bijgevolg de tijdsinvestering meer te kunnen verantwoorden bij huisartsen. Ook de motivatie van de patiënt is belangrijk voor het slagen van screeningsprogramma's.

Referenties

1. Lambert S, Gardner L, Thomas V, Davies S. Assessing older people with complex care needs using EASY-Care, a pre-defined assessment tool. Reseach, Policy Plan. 2007;25(1):43–56.

2. Keiren SMG, van Kempen JAL, Schers HJ, Olde Rikkert MGM, Perry M, Melis RJF. Feasibility evaluation of a stepped procedure to identify community-dwelling frail older people in general practice. A mixed methods study. Eur J Gen Pract. 2014 Jun;20(2):107–13.

3. Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller C a, Theile G. "It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use. BMC Fam Pract. 2015;16:1–10.

4. Naar een nieuwe, gestructureerde aanpak van de zorgnoden van thuiswonende 75 plussers in de huisartspraktijk. GAZETO: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen [Internet]. [cited 2016 Feb 13]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/{f382f774-7bec-872e-80d2-5d92f879a1a8}_Helsmoortel-Alison-scriptie.pdf

5. Richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen [Internet]. [cited 2016 Feb 21]. Available from: http://www.nvkg.nl/uploads/L5/jZ/L5jZ5g1UYuUL0cn5zAmTBQ/valincidenten-bij-ouderen-preventie-van.pdf

6. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology. 2009 Jan;55(2):169–78.

7. Tinetti ME, Gordon C, Sogolow E, Lapin P, Bradley EH. Fall-risk evaluation and management: challenges in adopting geriatric care practices. Gerontologist. 2006 Dec;46(6):717–25.

8. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. Implement Sci. 2012 Jan;7:91.

9. Chou WC, Tinetti ME, King MB, Irwin K, Fortinsky RH. Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and management into practice. J Gen Intern Med. 2006 Feb;21(2):117–22.

10. Fortinsky RH, Iannuzzi-Sucich M, Baker DI, Gottschalk M, King MB, Brown CJ, et al. Fall-risk assessment and management in clinical practice: views from healthcare providers. J Am Geriatr Soc. 2004 Sep;52(9):1522–6.

11. PRAKTIJKINSTRUMENTEN VAL- EN FRACTUURPREVENTIE [Internet]. [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/steekkaarten-en-andere-hulpmiddelen/a-algemeen-en-niet-gespeci-ceerd/1160-praktijkinstrument-val-en-fractuurpreventie/file.html

12. Draaiboek zorgpad valpreventie [Internet]. [cited 2016 Feb 21]. Available from: http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_Draaiboek_zorgpad_valpreventie.pdf

13. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to adult immunization. Am J Med. 2008 Jul;121(7 Suppl 2):S28–35.

14. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2006 [Internet]. [cited 2016 Feb 21]. Available from: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/monitor-griepvaccinatiecampagne-2006.pdf

15. Thomas RE, Lorenzetti DL. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane database Syst Rev. 2014 Jan;7:CD005188.

16. Szilagyi PG, Bordley C, Vann JC, Chelminski A, Kraus RM, Margolis PA, et al. Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review. JAMA. 2000 Oct;284(14):1820–7.

17. Krieger JW, Castorina JS, Walls ML, Weaver MR, Ciske S. Increasing influenza and pneumococcal immunization rates: a randomized controlled study of a senior center-based intervention. Am J Prev Med.

2000 Feb;18(2):123–31.

18. Igoe G, Bedford D, Howell F, Collins S. How to improve the uptake of influenza vaccination in older persons at risk. Ir J Med Sci. Jan;168(2):107–8.

19. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. Cochrane database Syst Rev. 2005 Jan;(3):CD003941.

20. Tacken M, Braspenning J, Spreeuwenberg P, van den Hoogen H, van Essen G, de Bakker D, et al. Patient characteristics determine differences in the influenza vaccination rate more so than practice features. Prev Med (Baltim). 2002 Oct;35(4):401–6.

21. Leysen P, Dietrich M, Van Linden A, Van Duppen D. Preventie van Influenza. Huisarts Nu. 2008;37(9):465–71.

22. Verduijn MM, Leendertse AJ, Moeselaar A, De Wit NJ VMR. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Huisarts Wet. Utrecht; 2013;56(8):414–9.

23. Nederlands HuisartsenGenootschap. Eindverslag Implementatie- en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen [Internet]. Utrecht; 2012. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2013-12-19_rap_polyfarmacie_zonmw_20131210_printversie.pdf

24. Vandenhoven J. Polyfarmacie bij ouderen : Toepasbaarheid van de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in België [Internet]. UGent; 2015. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bd888678a-49e4-feba-67cf-b45177365016%7D_polyfarmacie_Joachim_Vandenhoven.pdf