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

Evy Luyten, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. M. Petrovic, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. T. Poelman, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Abstract

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

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

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

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

Conclusie: Het CGA brengt een aantal problemen aan het licht die in dagdagelijkse praktijkvoering niet aan bod komen. Het systematisch bevragen van bovenstaande thema’s maakt dat men problemen vroegtijdiger zal herkennen en bespreekbaar kan maken om tijdig actie te plannen. De belangrijke tijdsinvestering doet echter vragen stellen naar de haalbaarheid van het CGA in de huisartsenpraktijk. Een alternatief kan zijn de screening naar kwetsbaarheid in de huisartsenpraktijk uit te voeren, waarna men voor het uitgebreid CGA verwijst naar een geriatrisch dagziekenhuis.

Voorwoord

Deze masterproef werd geschreven in het kader van de opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent. Daarmee vormt het een afsluitend project van mijn opleiding tot huisarts en daarom wil ik eerst mijn ouders bedanken zonder wie deze opleiding nooit mogelijk was geweest. Graag wil ik ook enkele mensen bedanken die een grote rol hebben gespeeld in het volbrengen van deze masterproef. In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof. Dr. M. Petrovic bedanken voor zijn waardevolle feedback en advies ondanks zijn zeer drukke agenda. Daarnaast wil ik mijn co-promotor Dr. T. Poelman bedanken voor zijn nuttige hulp. Verder mijn oprechte dank aan mijn praktijkopleider Dr. D. Lauwerier voor zijn enthousiaste deelname en het verzekeren van een vlotte start van het project. Uiteraard hoort hier ook een dank voor de twee leerzame opleidingsjaren in Semmerzake. Ten slotte wil ik ook mijn collega-HAIO en vriendin Dr. I. Strybol bedanken voor de mooie samenwerking die zeker een meerwaarde bracht aan dit werk.

Inhoudstafel

Abstract 2
Voorwoord 3
1. Inleiding 7
2. Literatuuronderzoek 8
2.1. Inleiding 8
2.1.1. Kwetsbaarheid 8
2.1.2. Zorg voor ouderen 9
2.2. Onderzoeksvragen 11
2.2.1. Vraagstelling: evidentie? 11
2.2.2. Vraagstelling: methodologie? 11
2.3. Zoekstrategie 11
2.3.1. Zoekstrategie naar evidentie 11
2.3.2. Zoekstrategie naar methodologie 13
2.4. Resultaten 13
2.4.1. Evidentie voor comprehensive geriatric assessment in de eerste lijn 13
2.4.2. Methodologie van een comprehensive geriatric assessment in de eerste lijn 17
2.5. Bespreking 20
2.5.1. Overzicht 20
2.5.2. Implicaties voor het praktijkverbeterend project 21
3. Methodologie praktijkverbeterend project 23
3.1. Find a problem. Leg een onderwerp vast. 23
3.2. Organise meeting. Ga samenzitten met alle betrokkenen. 23
3.3. Clarify problem. Probleemdefinitie. 23
3.4. Understand problem. Wat is het probleem en hoe groot is het? 23
3.5. Start. Voer een verbetering/verandering in. 24
3.6. Plan 24
3.6.1. Comprehensive geriatric assessment aan de hand van (G)OUD 24
3.6.3. Doelpopulatie 24
3.7. Do. Voer uit wat gepland werd. 25
3.7.1. Goedkeuring ethisch comité 25
3.7.2. Patiëntenselectie 25
3.7.3. Screening naar kwetsbaarheid 25
3.7.4. Afname (G)OUD 26

3.7.5. Zorgplan 27
3.8. Check. Verwerking resultaten 27
4. Resultaten 28
4.1. Response Rate 28
4.2. Tilburg Frailty Indicator 29
4.2.1. Karakteristieken studiepopulatie 29
4.2.2. Resultaten Tilburg Frailty Indicator 29
4.3. (G)OUD-basisvragenlijst 30
4.3.1. Karakteristieken studiepopulatie 30
4.3.2. Resultaten psychisch en sociaal functioneren uit (G)OUD-basisvragenlijst 31
4.4. Zorgnoden en interventies 35
4.4.1. Overzicht 35
4.4.2. Geheugen 36
4.4.3. Angst 37
4.4.4. Depressie 37
4.4.5. Persoonlijkheidsstoornis 37
4.4.6. Vallen 37
4.4.7. Maatschappelijke participatie en eenzaamheid 38
4.4.8. Mantelzorg 38
4.5. (G)OUD-verdiepingsvragenlijst 38
4.5.1. Resultaten Mini–Mental State Examination (MMSE) 38
4.5.2. Resultaten geriatric depression scale (GDS-15) 38
4.5.3. Resultaten gerontologische persoonlijkheidsstoornissen schaal (GPS) 39
5. Discussie 40
5.1. Resultaten en interpretatie 40
5.1.1. Tilburg Frailty Indicator 40
5.1.2. Psychisch en sociaal functioneren volgens (G)OUD 41
5.2. Beperkingen van het onderzoek 44
5.2.1. Opvolgtermijn en studie-opzet 44
5.2.2. Studiepopulatie 44
5.2.3. Uitvoering (G)OUD 45
5.3. Het CGA in ons huidig gezondheidszorgsysteem 45
5.3.1. Een plaats voor CGA in de eerste lijn 45
5.3.2. Suggesties voor verder onderzoek 46

6. Besluit....47
7. Referenties....49
8. Bijlagen....51
Bijlage 1. MAGIC assessment....51
Bijlage 2.BRIGHT tool....52
Bijlage 3. CGA in general practice van Eva Mann....53
Bijlage 4. Goedkeuring ethisch comité en goedgekeurd protocol....55
Bijlage 5. Informatiebrief....67
....68
Bijlage 6. Toestemmingsformulier....69
Bijlage 7. Wachtzaalposter....70
Bijlage 8. Tilburg Frailty Indicator....71
Bijlage 9. Screenshot medisch dossier....74
Bijlage 10. (G)OUD-stroomschema....75

1. Inleiding

Met de toenemende vergrijzing worden huisartsen steeds vaker geconfronteerd met kwetsbare ouderen. Het begrip kwetsbaarheid beschrijft een toestand waarin verschillende lichaamssystemen gradueel hun reserves verliezen. Dit maakt dat een kleine verandering (bijvoorbeeld een infectie of nieuw geneesmiddel) de fysieke en psychosociale gezondheid sterk kan schaden. Het leidt tot een kwetsbaarheid van de oudere voor negatieve gezondheidsuitkomsten. Kwetsbaarheid wordt gezien als een evolutief gegeven dat men kan opsporen (screening) en mogelijks terugdraaien door er tijdig op in te spelen. Om adequaat aan een verhoogde kwetsbaarheid van de oudere tegemoet te komen, moet men van een reactieve zorg naar een pro-actieve zorg, waarbij men vroegtijdig anticipeert op mogelijke problemen of zorgnoden. Dit vraagt ook dat men in een tijd van multimorbiditeit niet meer kijkt naar elke individuele ziekte op zich, maar naar de patiënt in zijn geheel. Een shift van ziektegerichte zorg naar persoonsgerichte en holistische zorg is nodig. Het accent ligt hierbij niet meer op het genezen van ziekte, maar op het verbeteren van levenskwaliteit en verminderen van kwetsbaarheid. Deze zorg voor ouderen kan gestuurd worden m.b.v. een *comprehensive geriatric assessment* (CGA). CGA is een multidimensionele beoordeling van de geriatrische patiënt, waar men naast fysieke gezondheid ook kijkt naar het cognitief, psychisch en sociaal functioneren. Zo komen thema's aan bod die bij dagdagelijkse praktijkvoering kunnen gemist worden, maar toch een belangrijke impact kunnen hebben op de levenskwaliteit van de patiënt.

Evidentie voor CGA komt tot nu toe voornamelijk uit de ziekenhuissetting. Het lijkt echter logisch dat de huisarts ook actief deelneemt aan deze pro-actieve en persoonsgerichte zorg. Aangezien verhoogde kwetsbaarheid vaak start in de thuissituatie, moet de huisarts hier ook tijdig op kunnen inspelen. Bovendien is de huisarts uitstekend geplaatst om de patiënt een zorg op maat te bieden die rekening houdt met de wensen en prioriteiten van de patiënt. Er zijn echter nog heel wat vragen rond de haalbaarheid, belasting voor de patiënt, de effectiviteit en therapeutische gevolgen van een CGA in de eerste lijn. Het is ook nog niet duidelijk met welk instrument men het CGA uitvoert, alsook of het CGA best gebeurt bij alle patiënten of enkel bij patiënten die via screening voorafgegaan aan het CGA een verhoogd risico op kwetsbaarheid vertonen.

Deze masterproef tracht meer duidelijkheid te scheppen via een praktijkverbeterend project voorafgegaan door literatuuronderzoek. Het praktijkverbeterend project wordt opgesteld in twee verschillende opleidingspraktijken, namelijk de huisartsenpraktijk Wetteren van Dr. Luc Deprost waar Dr. Ine Strybol de HAIO-opleiding volgt en de huisartsenpraktijk Semmerzake van Dr. Dirk Lauwerier waar Dr. Evy Luyten haar opleiding volgt. In beide praktijken zullen we een CGA toepassen bij thuiswonende 75-plussers nadat zij via screening een verhoogd risico op kwetsbaarheid bleken te hebben. Verwerking van de resultaten leidt tot twee verschillende neerslagwerken waarbij Dr. Ine Strybol zich zal toeleggen op de fysieke gezondheid en Dr. Evy Luyten dieper ingaat op de psychische en sociale gezondheid van de oudere.

Doelstelling van het project is een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvraag. Leidt een *comprehensive geriatric assessment* in de huisartsenpraktijk tot detectie van nieuwe zorgnoden, meer bepaald in mentaal en psychosociaal welzijn van 75-plussers? Welke gevolgen heeft dit op het zorggebruik? Leidt het vinden van problemen tot verder onderzoek en/of aanpassing van de zorg? Wat zijn de aandachtspunten, voor- en nadelen bij een CGA in de huisartsenpraktijk? Ten slotte tracht men op basis van de bevindingen uit het praktijkverbeterend project enkele aanbevelingen te formuleren naar organisatie van de zorg voor ouderen in de huisartsenpraktijk.

2. Literatuuronderzoek

2.1. Inleiding

2.1.1. Kwetsbaarheid

We worden alsmaar ouder. De levensverwachtingen bij geboorte voor mannen zou toenemen van 78,2 jaar in 2011 tot 86,7 jaar in 2060 en voor vrouwen van 83,4 jaar tot 89,1 jaar. Het aandeel 65-plussers zou stijgen van 17,4% in 2012 naar 25,8% in 2060 (1). Met deze toenemende vergrijzing verwachten we ook dat multimorbiditeit meer en meer zal voorkomen en dit een impact zal hebben op de levenskwaliteit. Maar ondanks de aanwezigheid van multimorbiditeit schatten ouderen hun eigen levenskwaliteit niet noodzakelijk laag in (2). Studies tonen aan dat bepaalde fysieke problemen (waaronder beperkingen in het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en incontinentie), psychologische problemen (waaronder geheugenverlies en depressie) en sociale problemen (waaronder eenzaamheid) een grotere impact hebben op de zelf gerapporteerde levenskwaliteit (3, 4). Er is dus meer dan (multi)morbiditeit alleen die de levenskwaliteit op oudere leeftijd bepaalt. Een belangrijke voorspeller van daling in levenskwaliteit op oudere leeftijd is het steeds belangrijker wordend begrip kwetsbaarheid of *frailty*.

2.1.1.1. Enge definitie van kwetsbaarheid

Er bestaan verschillende definities van kwetsbaarheid. In de wetenschappelijke literatuur wordt het begrip kwetsbaarheid tot nu toe meestal beperkt tot het lichamelijke domein. Een frequent geciteerde definitie van kwetsbaarheid is die van Fried et al. (5): “kwetsbaarheid is een biologisch syndroom van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen, en dat gevoeligheid voor ongewenste uitkomsten veroorzaakt”. Kwetsbaarheid kan dus worden gezien als een ouderdomsgerelateerde achteruitgang van de reservecapaciteit in verschillende fysiologische systemen en bijgevolg een verminderde weerstand tegen stressoren zoals ziekte of trauma. Wanneer een niet-kwetsbare persoon wordt blootgesteld aan een stressor zoals een infectie, dan zal die een kleine kortdurende functionele achteruitgang kennen en nadien terugkeren naar een homeostase. Een kwetsbare persoon echter zal starten met een lagere functie en een grotere achteruitgang kennen, waardoor die afhankelijk wordt. Het zal langer duren vooraleer de functie herstelt en zelfs dan wordt de oorspronkelijke functie niet meer bereikt (2, 5-8).

2.1.1.2. Kwetsbaarheid en verwante begrippen

Kwetsbaarheid kan gedeeltelijk overlappen met multimorbiditeit en functionele beperkingen, hoewel het om te onderscheiden begrippen gaat. (Multi)morbiditeit is de aanwezigheid van één of meerdere aandoeningen. Functionele beperkingen zijn te definiëren als de moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten. Multimorbiditeit kan bijdragen aan de ontwikkeling van kwetsbaarheid en functionele beperkingen kunnen de kwetsbaarheid verergeren. Maar niet alle ouderen met functionele beperkingen zijn kwetsbaar en niet alle kwetsbare ouderen hebben ernstige beperkingen (8).

Daarnaast kan kwetsbaarheid zich ook onderscheiden van de begrippen multimorbiditeit en functionele beperkingen, door naast organische en fysieke problematiek ook rekening te houden met de psychosociale problematiek. Kwetsbaarheid kan met andere woorden gezien worden als een breder begrip dat zich niet enkel tot het lichamelijke domein hoeft te beperken.

2.1.1.3. *Brede definitie van kwetsbaarheid*

In de bredere benadering van kwetsbaarheid is kwetsbaarheid niet louter een fysiek begrip, maar krijgt het een meer omvattende invulling omdat het ook rekening houdt met sociale en psychische componenten. Een nieuwe definitie is dan die van Gobbens et al. (9): "kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)".

Gobbens et al. (9) werkten een coherent model van kwetsbaarheid uit, waarbij kwetsbaarheid kan voorkomen op drie domeinen, nl. het lichamelijke, het sociale en het psychische. Lichamelijke kwetsbaarheid omvat verminderde voeding, mobiliteit, lichamelijke activiteit, kracht, uithouding, evenwicht en zintuiglijke functies. Bij psychische kwetsbaarheid gaat het om verminderde cognitie, negatieve stemming en negatieve coping (d.i. het omgaan met problemen). Sociale kwetsbaarheid betekent een vermindering van sociale steun en sociale relaties. Kwetsbaarheid is volgens Gobbens et al. een continu proces, waarop verschillende biologische, psychologische en sociale factoren inwerken. Deze factoren worden determinanten van kwetsbaarheid genoemd en spelen een rol in de evolutie naar kwetsbaarheid. De verschillende determinanten zijn: sociaaldemografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit), sociaaleconomische factoren (onderwijs, inkomen), leefstijl, levensgebeurtenissen, woonomgeving en genetische factoren. Zo zal bijvoorbeeld een onveilige woonomgeving of een ongezonde leefstijl bijdragen tot een verhoogde kwetsbaarheid (8, 9).

2.1.1.4. *Meten van kwetsbaarheid*

Om kwetsbaarheid te herkennen en te meten bestaan er verschillende tools, doch geen gouden standaard (2, 6). De vroege stadia van kwetsbaarheid worden het vaakst gezien bij thuiswonende ouderen. Gezien de relatie tussen kwetsbaarheid en gezondheidsuitkomst, lijkt vroege herkenning en screening naar kwetsbaarheid in de eerste lijn nuttig. Kwetsbaarheid wordt immers gezien als iets dat men kan voorkomen, vertragen of zelfs terugdraaien (reversibel) (2, 10).

Volgens de definitie van Fried et al. (2001) is iemand kwetsbaar als hij of zij aan drie of meer van deze criteria voldoet: onbedoeld gewichtsverlies, zelf gerapporteerde uitputting, zwakheid, traagheid in lopen en verminderde fysieke activiteit (4). Deze meting bevat enkel fysieke uitkomstmaten en past daarom minder in het multidimensionele model van Gobbens et al. Zij ontwikkelden daarom een screeningsinstrument – de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) - dat zowel de fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid meet en rekening houdt met de determinanten van kwetsbaarheid (9).

2.1.2. Zorg voor ouderen

De vraag stelt zich hoe men adequaat tegemoet komt aan kwetsbaarheid en hoe men optimale zorg voor ouderen organiseert. Een holistisch, persoonsgericht en pro-actief antwoord op kwetsbaarheid is nodig.

2.1.2.1. *Van ziektegerichte naar holistische en persoonsgerichte zorg*

De ontwikkeling van klinische richtlijnen betekende een grote vooruitgang in *evidence based medicine.* Deze richtlijnen beschrijven echter een ziektegericht beleid, daar waar we bij ouderen meer baat hebben met een holistisch beleid (11). Dit is een beleid dat zich niet enkel richt op één enkele aandoening, maar ook op de aanwezigheid van andere aandoeningen en interacties met

andere behandelingen. Het brengt ook de prognose van de patiënt in rekening, waarbij alle voor- en nadelen van het gekozen beleid voorzichtig afgewogen worden.

Het beleid dient zich niet alleen te richten op ziektes, maar ook op de noden van de patiënt. De individuele patiënt heeft steeds meer inspraak in zijn eigen gezondheid en dit hoeft niet anders te zijn bij de oudere patiënt. Wat zijn de prioriteiten van de patiënt? Wat verstaat de patiënt onder kwaliteitsvolle zorg en draagt ons beleid hiertoe bij? Idealiter krijgt de patiënt autonomie en wordt de patiënt betrokken in het beslissingsproces.

2.1.2.2. Van reactieve naar pro-actieve zorg

Daarnaast is het belangrijk niet alleen te reageren bij klachten, maar ook te anticiperen op problemen die anders niet aan bod komen. De eerste lijn heeft een belangrijke taak in preventie en gezondheidspromotie. Ook bij oudere patiënten hoeft dit niet vergeten te worden, al zal de focus hier natuurlijk anders liggen, met meer aandacht voor functionaliteit, zelfstandigheid en levenskwaliteit (2, 6, 7).

2.1.2.3. Zorg voor ouderen aan de hand van comprehensive geriatric assessment

In tegenstelling tot een ziekte- en symptoomgerichte aanpak, is het *comprehensive geriatric assessment* (CGA) een uitgebreide multidimensionele geriatrische evaluatie. Het CGA spoort fysieke, cognitieve, psychische en sociale problemen op bij de oudere. Fysieke problemen eigen aan de oudere populatie zijn visusverlies, gehoorverlies, incontinentie en (risico op) ondervoeding. Ook problemen in zelfredzaamheid (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL)) en polyfarmacie behoren hiertoe. In het cognitieve luik kijkt men naar argumenten voor geheugenproblemen of dementie. Mogelijke psychische problemen zijn angst, depressie en persoonlijkheidsstoornis. Mogelijke sociale problemen zijn eenzaamheid, gebrek aan sociaal vangnet en problemen in het ontvangen of geven van mantelzorg. Evaluatie van het valrisico wordt soms ingedeeld bij de fysieke problemen (gezien vaak een oorzakelijk verband) en soms ingedeeld bij de sociale problemen (gezien de gevolgen van een slechte gang op het sociaal leven). Vaak bevraagt men in een CGA tevens hoe men de eigen gezondheid ervaart en hoe men de eigen levenskwaliteit scoort. Deze resultaten worden meegenomen in het opstellen van een integraal zorgplan voor de individuele patiënt.

Een CGA wordt door de *British Geriatrics Society* als gouden standaard voorgesteld in de zorg van personen met kwetsbaarheid, omdat het volgens hen het aantal opnames in een ziekenhuis of zorginstelling vermindert en de kans op langer zelfstandig thuis wonen verhoogt (6). Daarnaast slaagt men erin met een CGA nieuwe problemen te identificeren die een impact hebben op de levenskwaliteit (2, 7, 12).

Evidentie voor *comprehensive geriatric assessment* komt tot nu toe echter voornamelijk uit de ziekenhuissetting. De manier van werken en de kenmerken van de patiënt in het ziekenhuis verschillen zodanig van de huisartsenpraktijk dat men deze resultaten niet zomaar kan extrapoleren naar de eerste lijn. Daarom wordt voor deze masterproef het praktijkverbeterend project voorafgegaan door een literatuuronderzoek dat zal nagaan welke evidentie er al bestaat voor een CGA in de eerste lijn. We zullen hierbij zien dat men een CGA in de eerste lijn op verschillende manieren kan organiseren. Dit vraagt een aantal keuzes in de methodologie van het praktijkverbeterend project, waarvoor we ook de literatuur raadplegen.

2.2. Onderzoeksvragen

2.2.1. Vraagstelling: evidentie?

Het literatuuronderzoek vertrekt vanuit enkele klinische vragen. Wanneer we naar de thuiswonende 75-plusser kijken, vragen we ons volgende zaken af:

- Hoe functioneert deze oudere patiënt in het dagelijks leven? Hoe is het met zijn fysiek en psychisch welzijn gesteld? Hoe zit het met zijn levenskwaliteit?
- Welke zaken bepalen de levenskwaliteit van de oudere patiënt?
- Welke zaken hiervan kunnen we objectiveren en zijn vatbaar voor verandering en preventie? Welke zaken kan men in een *geriatric assessment* opnemen?
- Welke invloed heeft een *geriatric assessment* op de levenskwaliteit van de oudere?
- In hoeverre kan dit *geriatric assessment* gebeuren in de eerste lijn?

Om de kans op een antwoord uit de literatuur te vergroten, vatten we deze vragen samen in een PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome)- vraag:

Patient	75-plussers
Intervention	*comprehensive geriatric assessment* in de eerste lijn
Comparison	gebruikelijke dagdagelijkse praktijkvoering
Outcome	levenskwaliteit

Aan de hand van deze vraagstelling gaan we volgens onderstaande methode na welke de huidige evidentie voor een *comprehensive geriatric assessment* in de eerste lijn is.

2.2.2. Vraagstelling: methodologie?

In tweede tijd stellen we ons de vraag op welke manier men best een *comprehensive geriatric assessment* in de huisartsenpraktijk organiseert. We stellen ons volgende vragen:

- Welke is de doelpopulatie? Neemt men het CGA af bij alle 75-plussers of enkel bij een populatie met een verhoogd risico op kwetsbaarheid bij screening?
- Welke onderwerpen zal men zeker behandelen?
- Welke schalen en afkappunten gebruikt men? Welke *assessment tools* werden al ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk en welke tool is geschikt voor de eigen praktijk?
- Wie neemt het *assessment* af? Wie zal het interpreteren en wie zal samen met de patiënt het zorgplan samenstellen?

We zoeken in de literatuur naar artikels die bestaande *assessment tools* in de eerste lijn evalueren en artikels die een aanbeveling doen naar organisatie van een CGA in de eerste lijn. Op die manier wordt de methodologie van het praktijkverbeterend project (volgens FOCUS-PDCA) gesteund op de literatuur.

2.3. Zoekstrategie

2.3.1. Zoekstrategie naar evidentie

2.3.1.1. Zoektermen

We maken gebruik van de database PubMed, waar de zoektermen uit bovenstaande PICO-vraagstelling worden vertaald in MeSH-termen.

Zoekterm	MeSH-termen
75-plussers (Elderly)	Aged (A person 65 through 79 years of age.) Aged, 80 and over (A person 80 years of age and older.) Frail Elderly (Older adults or aged individuals who are lacking in general strength and are unusually susceptible to disease or to other infirmity.)
Functionaliteit (Functionality of ADL)	Activities of Daily Living (The performance of the basic activities of self care, such as dressing, ambulation, or eating.)
Levenskwaliteit (Quality of life)	Quality of Life (A generic concept reflecting concern with the modification and enhancement of life attributes, e.g., physical, political, moral and social environment; the overall condition of a human life.)
Comprehensive geriatric assessment	Geriatric Assessment (Evaluation of the level of physical, physiological, or mental functioning in the older population group.)
Eerste lijn (General practice/primary care)	General Practice (Patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.) Primary Health Care (Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community)

Deze MeSH-termen geven we op volgende wijze als zoekopdracht in:

"(geriatric assessment[MeSH Terms]) AND (general practice[MeSH Terms] OR primary health care[MeSH Terms]) AND (aged[MeSH Terms] OR aged, 80 and over[MeSH Terms] OR frail elderly[MeSH Terms]) AND (activities of daily living[MeSH Terms] OR quality of life[MeSH Terms])"

2.3.1.2. Criteria en selectie

Bovenstaande zoekcombinatie levert 480 hits. We stellen vervolgens enkele criteria in. Door de publicatiedatum jonger dan 1 januari 2000 in te stellen, wordt het aantal hits beperkt tot 338. Het artikel type wordt nog beperkt tot *review* en *clinical trial.* Dit beperkt het aantal hits tot 90, waarvan 35 reviews en 55 *clinical trials*.

Vervolgens worden alle 90 hits manueel nagelezen op relevantie van titel en abstract. Redenen om artikels niet te includeren zijn:

- De patiëntenpopulatie komt niet overeen met thuiswonende 75-plussers (bijvoorbeeld: geïnstitutionaliseerde patiënten) of is te specifiek (bijvoorbeeld: patiënten met doorgemaakt AMI, met heupprothese, diabetespatiënten, Alzheimerpatiënten, pre- of postoperatieve patiënten, HIV patiënten).
- Men bekijkt de ziekenhuissetting in plaats van de eerstelijnssetting.
- De interventie sluit niet aan bij een *comprehensive geriatric assessment* (bijvoorbeeld: telecare, GMD-plus).
- Het gaat enkel om een beschrijving van een studieprotocol (studie is nog niet afgewerkt en de resultaten zijn nog niet bekend).

In totaal weerhouden we op deze manier 4 *randomized clinical trials* (RCT's) en 1 systematische review.

2.3.2. Zoekstrategie naar methodologie

2.3.2.1. Zoektermen

Omdat we ons bij het opstellen van het protocol voor het praktijkverbeterend project eveneens willen baseren op literatuurgegevens breiden we de literatuurstudie iets verder uit met volgende zoektermen:

"(geriatric assessment[MeSH Terms] OR geriatric assessment tool[Title/Abstract]) AND general practice[MeSH Terms]"

2.3.2.2. Criteria en selectie

Bovenstaande zoekcombinatie levert 200 hits. We selecteren enkel publicaties jonger dan 1 januari 2000 (criterium). We selecteren enkel afgewerkte studies en excluderen *letters*, *editorials*, *comments* en protocols, maar leggen verder geen beperkingen op in studie-opzet. Titels en abstract worden weer nagelezen op relevantie. Artikels die een bestaande *assessment tool* in de eerste lijn evalueren worden geïncludeerd. Artikels die aanbevelingen formuleren voor de organisatie van een CGA in de eerste lijn worden eveneens geïncludeerd. Op deze manier weerhouden we van de oorspronkelijke 200 hits uiteindelijk 9 relevante artikels. Daarnaast houden we ook de Nederlandstalige literatuur in de gaten en weerhouden we nog 2 Nederlandstalige artikels (één uit Huisarts Nu, één uit Tijdschrift voor Geneeskunde). Dit geeft een totaal van 11 artikels, waarvan 10 artikels spreken over in totaal 7 verschillende *assessment tools*. Het elfde artikel is een review en geeft aanbevelingen rond het gebruik van een CGA in de huisartsenpraktijk.

2.4. Resultaten

2.4.1. Evidentie voor comprehensive geriatric assessment in de eerste lijn

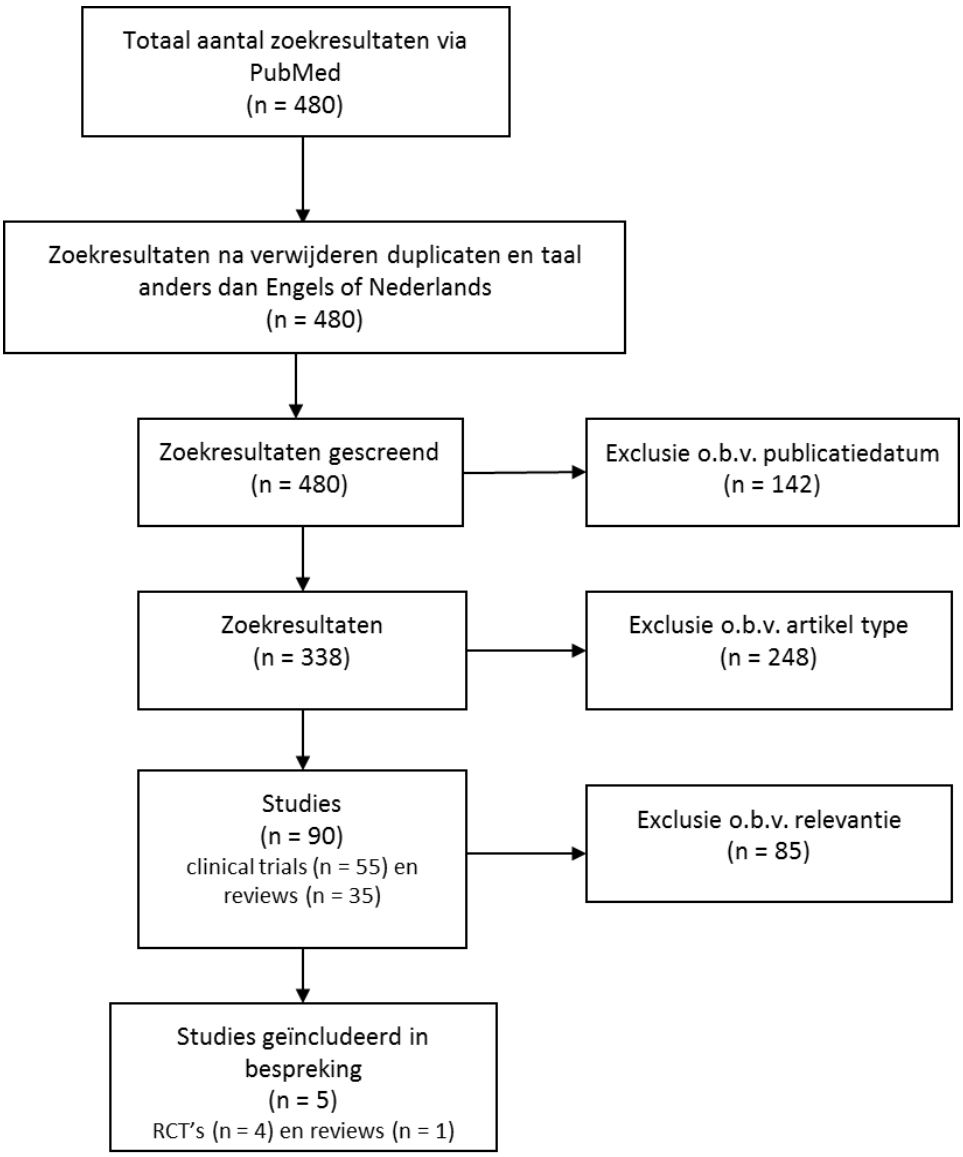
Om na te gaan welke evidentie er bestaat voor een CGA in de eerste lijn, selecteren we via bovenstaande zoekmethode 4 *randomized controlled trial*s (RCT's) en 1 systematische review. Het zoekproces wordt samengevat in flowchart 1. De kenmerken en bevindingen van de weerhouden artikels worden samengevat in tabel 1.

Een RCT van Rockwood et al. (13) vergelijkt CGA met gebruikelijke praktijkvoering bij thuiswonende kwetsbare ouderen en toont dat vooral het behalen van persoonlijke doelstellingen positief kan beïnvloed worden met een CGA. Een geriatrisch verpleegkundige voerde hier een CGA uit bestaande uit volgende domeinen: cognitie, emotionele gezondheid, communicatie, mobiliteit, evenwicht, continentie, voeding, ADL en sociale situatie. In samenspraak met de patiënt werden daarnaast persoonlijke doelstellingen geformuleerd. Deze doelstellingen konden zich situeren in de domeinen "dagelijkse processen", "preventie" of "zorg". Mogelijke doelstellingen waren bijvoorbeeld hartfalen (geen orthopnoe, geen hospitalisatie in de komende 6 maanden, 10 m wandelen zonder dyspnoe), zelfzorg (zelfstandig in voeding en toilet), mobiliteit en evenwicht (zelfstandig 10m wandelen), zorg (meer thuiszorg en minder druk op mantelzorg). Vervolgens werd in de interventiegroep advies gevraagd aan een multidisciplinair team. Meestal werden een geriater, fysiotherapeut en sociaal werker geraadpleegd. Ook diëtist, audioloog en logopedist konden gevraagd worden. Na 3, 6 en 12 maanden bleek vooral het behalen van de persoonlijke doelstellingen significant groter in de interventiegroep. Deze persoonlijke doelstellingen werden gemeten via *Goal Attainment Scaling*

(GAS). GAS is een methode om vast te stellen in hoeverre concrete, vooraf vastgestelde individuele doelen worden behaald. Dit wordt geëvalueerd a.d.h.v. volgende schaal:

Score	Interpretatie
-3	Achteruitgang; een doel dat minder is dan de uitgangssituatie
-2	Uitgangssituatie; voorafgaand aan de behandeling/interventie
-1	Minder dan het doel; vooruitgang zonder dat het doel is behaald
0	Doel bereikt
1	Meer dan het doel; vooruitgang die verder gaat dan het gestelde doel
2	Veel meer dan het doel; vooruitgang die veel verder gaat dan het gestelde doel

De GAS is een gevalideerd meetinstrument voor doelen met betrekking tot het activiteiten- of participatieniveau van het ICF. Klassieke metingen zoals ADL en MMSE toonden in deze studie dan weer weinig tot geen verschil in beide groepen. Ook een verschil in overleving en tijd tot opname in ziekenhuis of RVT kon niet aangetoond worden (13).



Flowchart 1: Zoekresultaten naar evidentie voor CGA in de eerste lijn

In de RCT van Burns et al. (13) hadden kwetsbare 65-plussers die een *assessment* ondergingen, ten opzichte van zij die geen *assessment* ondergingen, op 2 jaar tijd een significant betere zelf gerapporteerde gezondheid, een kleiner aantal hospitaalbezoeken, een betere ADL, betere sociale activiteit, betere score op depressie, beter algemeen welzijn, betere tevredenheid over het leven, en betere score op MMSE. In aantal hospitalisaties en mortaliteit werd geen significant verschil tussen beide groepen aangetoond. Het CGA behandelde functionaliteit, sociaal welzijn, depressie, cognitie en kwaliteit van leven en werd afgenomen door een getrainde interviewer. Opstelling van een zorgplan gebeurde door een multidisciplinair team (13).

Newbury et al. (14) vergeleken in hun RCT bij thuiswonende 75-plussers de gezondheid (gedocumenteerd a.d.h.v. SF-36 Quality of Life questionnaire) van personen die een *assessment* ondergingen met personen die geen *assessment* ondergingen. De *assessment* behandelde volgende domeinen: gehoor, visus, fysieke conditie, medicatie, usus, cognitie, emotionele gezondheid, ADL, mobiliteit, nutritie, sociale functie, woning. Het CGA werd uitgevoerd door een verpleegkundige die de gedetecteerde problemen meldde aan de huisarts, bij wie de verantwoordelijkheid tot interventie lag. Na één jaar kon men binnen de interventiegroep een significante verbetering aantonen van zelf gerapporteerde gezondheid, van *geriatric depression scale* en aantal valincidenten. Echter, er konden geen significante verschillen aangetoond worden met de groep die geen *assessment* onderging. Het *assessment* had ook geen invloed op het aantal gezondheidsproblemen en op mortaliteit (14).

In de RCT van Senior et al (15) vergelijkt men CGA met gebruikelijke zorg bij kwetsbare 65-plussers. Het *assessment* wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team bij de oudere thuis of tijdens een kortdurende opname. Na 2 jaar gaf de interventie een niet-significante absolute risicoreductie van 8.8% voor permanente institutionalisering en van 7.2% voor sterfte ten opzichte van de controle. Er werden geen significante verschillen aangetoond in gebruik van gezondheidsvoorzieningen of in functionaliteit, cognitie, emotie, pijn (interRAI-HC) (15).

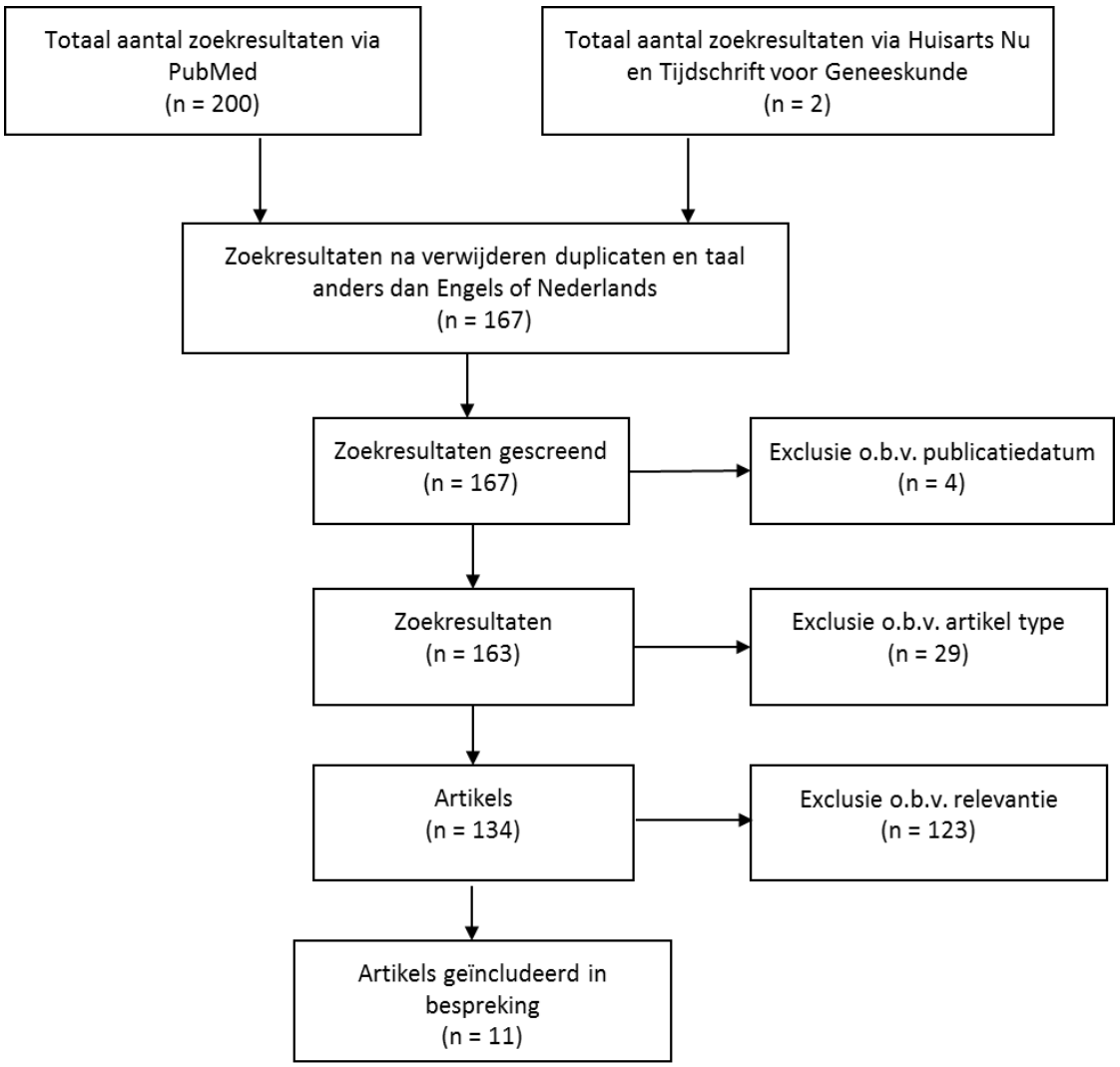
Beswick et al. (16) evalueerden in een systematische review de effectiviteit van verschillende interventies in behoud van functionaliteit en zelfstandigheid bij de oudere. Zij zochten systematisch naar RCT's die multifactoriële interventies bij thuiswonende 65-plussers vergeleken met dagdagelijkse praktijkvoering, met een follow-up van minstens 6 maanden. Men includeerde 89 trials. De onderzochte interventies waren zeer uiteenlopend, maar waren allen gebaseerd op preventieve contacten met de oudere patiënt die medische en/of sociale noden opspoorden. Onderzochte uitkomsten waren: nog thuiswonend bij follow-up, overlijden, opname in ziekenhuis of RVT, vallen, fysieke functie. Interventies verminderden het risico op "niet meer thuis wonen" en opname in RVT. Ook het risico op opname in een ziekenhuis en vallen verminderde. Interventies hadden geen effect op overlijden. De fysieke functionaliteit was beter in de interventiegroep dan in de controlegroep. Er werd geen voorkeur uitgesproken voor een bepaald type of intensiteit van interventie. De auteurs concluderen dat complexe interventies kunnen helpen de oudere veilig en zelfstandig thuis te laten wonen, voornamelijk via de preventie van opname in RVT en het verlagen van het valrisico (16).

Tabel 1 Overzicht weerhouden artikels die telkens CGA (Interventie) vergelijken met dagdagelijkse praktijkvoering (Controle).

Auteurs **Publicatiejaar** **Artikeltype**	**Populatie**	**Follow-up**	**Outcome**	
			Significant verschil tussen interventie en controle	*Geen significant verschil tussen interventie en controle*
Rockwood et al. 2000 RCT	thuiswonende kwetsbare ouderen (n = 182)	3,6,12 mnd	persoonlijke doelstellingen (goal attainment scaling)	klassieke schalen (ADL, MMSE, QoL) mortaliteit institutionalisering (ziekenhuis, RVT)
Burns et al. 2000 RCT	kwetsbare 65-plussers (veteranen) (n = 128)	2 jaar	zelf gerapporteerde gezondheid, algemeen welzijn, tevredenheid eigen leven aantal hospitaalbezoeken ADL sociale activiteit depressie MMSE	mortaliteit institutionalisering (ziekenhuis)
Newbury et al. 2001 RCT	thuiswonende 75-plussers (n = 100)	1 jaar	/	zelf gerapporteerde gezondheid GDS vallen aantal gezondheidsproblemen mortaliteit
Senior et al. 2014 RCT	kwetsbare 65-plussers (n = 105)	2 jaar	/	gebruik van gezondheidsvoorzieningen fysieke functionaliteit cognitie emotie pijn institutionalisering mortaliteit
Beswick et al. 2008 Systematische review (89 RCTs)	thuiswonende 65-plussers (n = 97 984)	min. 6 mnd	institutionalisering vallen fysieke functionaliteit	mortaliteit

2.4.2. Methodologie van een comprehensive geriatric assessment in de eerste lijn

Men kan een CGA in de eerste lijn op verschillende manieren organiseren. Dit wordt ook duidelijk uit de verschillende opstellingen van de hierboven beschreven RCT's. Men dient een keuze te maken in doelpopulatie, te behandelen onderwerpen, gebruikte schalen en afkappunten. Daarnaast moet men afspreken wie het *assessment* zal afnemen, wie het zal interpreteren en wie samen met de patiënt het zorgplan zal samenstellen. Om de methodologie van het praktijkverbeterend project te staven, wordt de literatuurstudie uitgebreid naar bestaande *assessment tools*, die speciaal voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld werden. De zoekprocedure is samengevat in onderstaande flowchart 2. Men weerhoudt in totaal 11 artikels. Hiervan zal 1 review aanbevelingen geven rond het gebruik van CGA in de eerste lijn. De overige 10 artikels evalueren in totaal 7 verschillende *assessment tools*.



Flowchart 2 Zoekresultaten naar methodologie voor CGA in de eerste lijn

2.4.2.1. Algemene aanbevelingen

Gray et al. (11) beschrijven in hun review een aantal aanbevelingen naar doelpopulatie en kenmerken van het CGA in de huisartsenpraktijk.

Het CGA wordt best gericht op ouderen met een milde tot matige afhankelijkheid. Volgens Gray et al. hebben zeer zelfstandige ouderen weinig voordeel bij een CGA wanneer zij te goed scoren om enige verbetering in functionaliteit te kunnen meten. Aan de andere kant hebben zeer afhankelijke patiënten ook niet veel baat bij een CGA wanneer zij zo afhankelijk zijn geworden dat ze beter worden opgenomen in een RVT. Gray et al. (11) raden aan een doelpopulatie te selecteren die zich ergens tussen beiden bevindt.

Men maakt daarnaast voor het CGA idealiter gebruik van een gestructureerd protocol dat fysieke, psychische en sociale problemen integreert. Het CGA wordt best afgenomen in de thuissituatie van de patiënt en eventueel in aanwezigheid van een mantelzorger. Het kan afgenomen worden door de huisarts, maar ook door paramedisch personeel dat hierin opgeleid is (bijvoorbeeld verpleegkundige). Dit laatste geeft meestal een meer volledige en efficiëntere evaluatie. Het zorgplan betrekt idealiter verschillende medische disciplines. Ouderen met complexe problemen of in een onstabiele situatie ondergaan het CGA beter in gespecialiseerde geriatrische voorzieningen (11).

2.4.2.2. Assessment tools

Hieronder volgt een overzicht met evaluatie van verschillende *assessment tools* die speciaal voor de huisartsenpraktijk werden ontwikkeld.

Minimal Data Set-Home Care tool (MDS-HC)

De *Minimal Data Set* (MDS) werd in de jaren ’80 in de VS ontwikkeld als een *assessment tool* voor gebruik in rust- en verzorgingstehuizen. Van deze tool bestaat een versie, *MDS-home care*, ontwikkeld en gevalideerd door een internationaal team van onderzoekers – de interRAI groep – voor gebruik in de eerste lijn. Duyver C et al. lieten 37 ervaren huisartsen de web-applicatie van MDS-HC evalueren op vlak van haalbaarheid en toegevoegde waarde in zorgmanagement en versterking van de huisartspositie. De resultaten waren minder positief. Zij vonden dat deze tool geen toegevoegde waarde had in management van een zorgplan. Ze vonden dat sommige belangrijke problemen niet werden gedetecteerd met de tool en andere wel gedetecteerde problemen dan weer minder belangrijk waren (17). Van de interRAI instrumenten bestaat een Belgische verzameling en informatisering, BelRAI. Er loopt een pilootproject waarbij men BelRAI in verschillende zorgsettings invoert in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Bedoeling van BelRAI is met één uniforme vragenlijst na te gaan wat de zorgbehoevendheid is van de patiënt en of hij/zij recht heeft op een tegemoetkoming of zorg. BelRAI is te vinden op https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html.

Standardized Assessment for Elderly People in Primary Care (STEP)

STEP staat voor *Standardized Assessment for Elderly People in Primary Care* en is een *assessment tool* ontwikkeld door Europese huisartsen in de jaren ’90. Het bestaat uit een vragenlijst van 37 items voor de patiënt en een kortere vragenlijst voor de huisarts, die tevens de cognitieve functie, bloeddruk, pols, mobiliteit, evenwicht en glycemie controleert. Deze methode toonde in een studie van Piccoliori et al. (10) per patiënt 7.8 problemen, waarvan 1.4 problemen niet gekend waren bij de huisarts. Meer dan tweederde van deze nieuwe problemen werden door huisarts en/of patiënt als relevant beschouwd.

Manageable Geriatric Assessment (MAGIC)

Barkhausen et al. (18) ontwikkelden een korte – 15 minuten durende - *assessment* voor de eerste screening naar gezondheidsproblemen in een brede populatie in de eerste lijn. Als basis voor de *assessment* gebruikte men STEP, waaruit men 9 items selecteerde die men als meest relevant beschouwde. Voor deze keuze baseerde men zich op de prevalentie van geriatrische problemen, het belang dat patiënten en huisartsen hechten aan het probleem en op de mogelijke interventies. Men voerde uitgebreid literatuuronderzoek naar bestaande *assessments* en voerde discussie in focusgroepen. Zo kwam men uiteindelijk aan 9 items die best deel uitmaken van een CGA in de eerste lijn: functionaliteit, visus, gehoor, vallen, incontinentie, vaccinatie, depressie, sociale omkadering en cognitie. Deze items werden gebundeld in hun *Manageable Geriatric Assessment,* MAGIC (cf. bijlage 1). Het voordeel van MAGIC is dat het weinig tijdrovend is en meteen een overzicht geeft van mogelijke problemen (18).

Brief Risk Identification of Geriatric Health (BRIGHT) tool

De *Brief Risk Identification of Geriatric Health* Tool (BRIGHT) werd ontwikkeld in Nieuw-Zeeland en bestaat uit een vragenlijst (cf. bijlage 2) die de patiënt zelf of met hulp invult. Deze vragenlijst is eerder nuttig in het opsporen van ouderen die baat hebben bij een meer uitgebreid *assessment* (19).

CGA in general practice van Mann

Mann et al. (20) ontwikkelden een *assessment tool* (cf. bijlage 3), gebaseerd op de meest voorkomende geriatrische gezondheidsproblemen en behandelingsopties. De tool werd in een cross-sectioneel onderzoek onderzocht op toepasbaarheid in negen huisartsenpraktijken in Oostenrijk. Van de 14 behandelde items toonde iedere patiënt gemiddeld 6.4 problemen. De items met de hoogste prevalentie van problemen waren osteoporose, urine-incontinentie, gehoor, vaccinatie en valpreventie. Bij deze items gebeurden ook het grootst aantal interventies. Of het probleem reeds gekend was of niet, bepaalde mee de ondernomen initiatieven. De tool neemt ongeveer 30 minuten in beslag en werd goed onthaald door de huisartsen (20, 21).

(G)OUD

Het (G)OUD project werd ontwikkeld in Nederland en bestaat uit een preventief huisbezoek door een praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundige behandelt samen met de 75-plusser volgende onderwerpen aan de hand van een uitgebreide vragenlijst, die terug te vinden is op http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-goud-vragenlijst.html :

- Ervaren gezondheid
- Medicatie
- Zelfredzaamheid
- Lichamelijk functioneren (visus, gehoor, bloeddruk)
- Leefstijl (bewegen, roken, alcohol)
- Psychisch functioneren (geheugen, angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen)
- Sociaal functioneren (vallen, maatschappelijke participatie, eenzaamheid, mantelzorg, financiën)
- Kwaliteit van leven

Na het huisbezoek volgt een bespreking van de resultaten met de huisarts. Dit leidt tot een zorg- en behandelplan dat met de patiënt wordt besproken. De patiënt wordt op zijn beurt doorverwezen naar de nodige zorg en/of faciliteiten. Ten slotte wordt de zorg gecoördineerd en opgevolgd (22).

In een longitudinale studie werden 13 interventiepraktijken - die (G)OUD implementeren - vergeleken met 11 controlepraktijken - die hun praktijkvoering niet veranderen. In deze studie werd (G)OUD positief onthaald door de praktijkverpleegkundigen, de huisartsen en de patiënten. De huisartsen vonden de methode waardevol omdat ze een beter beeld gaf van de ouderen in hun praktijk en de problematiek die er aanwezig is, wat hen toeliet sneller in te spelen op problemen en eventuele opnames te voorkomen. Zowel praktijkverpleegkundige als huisarts bleken tevreden over de nauwe samenwerking tussen beiden. De ouderen zelf waardeerden het huisbezoek en de aandacht die zij kregen en voelden zich ondersteund, aangezien zij tijdens dit moment de mogelijkheid hebben hun dagelijkse zorgen te uiten. De resultaten tonen echter dat er weinig nieuwe problemen werden gedetecteerd (en weinig interventies werden uitgevoerd), vermoedelijk aangezien een relatief gezonde populatie aan de studie deelnam. Verder werd (G)OUD – ondanks positief onthaald - niet volledig geïmplementeerd zoals uitgeschreven. Dit kwam enerzijds omdat het als tijdrovend werd ervaren (gemiddeld 2 uur per patiënt) en anderzijds omdat er geen financiële vergoeding voor bestaat. I.v.m. de tijdsbesteding bleken de huisartsen bij navragen het nuttiger te vinden (G)OUD te beperken tot deze patiënten die er het meeste voordeel uit halen, eerder dan de vragenlijst in te korten (23).

In een volgende cross-sectionele studie trachten Stijnen et al. (24) daarom een antwoord te vinden op de vraag welke ouderen het meeste baat hebben bij een CGA. Men vergeleek de resultaten van (G)OUD uitgevoerd bij een algemene populatie met de resultaten van (G)OUD bij een doelgericht gekozen populatie. De patiënten uit de doelgericht gekozen populatie voldeden aan één of meer van volgende criteria: laatste bezoek aan de huisarts > 6 maanden geleden; overlijden partner of kinderen binnen de laatste 12 maanden; ongekende cognitieve of psychosociale functie; ≥ 2 chronische aandoeningen; ≥ 5 medicamenten en/of alleenwonend. Er werden meer problemen gedetecteerd en behandeld in de doelgericht gekozen populatie. Verder zag men meer problemen bij vrouwen, bij hogere leeftijd, bij alleenwonenden en bij lager geschoolden. De meeste problemen werden gedetecteerd bij ouderen met twee of meer chronische aandoeningen en bij ouderen die vijf of meer medicamenten per dag gebruiken (24).

GAZETO

GAZETO werd ontwikkeld in het kader van eerdere masterproeven aan de KU Leuven (25) om zogenaamde nieuwe zorgnoden (*unmet needs*) op te sporen. GAZETO behandelt stap voor stap volgende 14 onderwerpen: gehoor, cognitie, depressie, vaccinatie, slaap, functioneren, valpreventie, nutritie, osteoporose, sarcopenie, medicatie, psychosociaal welzijn, VZP.

GAZETO werd uitgetest in vijf Belgische huisartsenpraktijken. Per patiënt werden gemiddeld 2.26 nieuwe problemen gevonden. Onvolledige vaccinatiestatus bleek het meest voorkomende probleem, achteruitgang in cognitie het minst voorkomende. De tool neemt minimum 20 minuten en maximum 75 minuten in beslag. De meerderheid van de artsen vond het programma tijdrovend en arbeidsintensief, maar allen vonden dit het waard omdat het programma relevante problemen bij de ouderen kon opsporen (25).

2.5. Bespreking

2.5.1. Overzicht

Een CGA zal ten opzichte van dagdagelijkse praktijkvoering in geen enkele van de geselecteerde studies een verschil geven in mortaliteit. De doelstelling van een CGA kan inderdaad niet zijn de

patiënt langer te doen leven, aangezien men met een CGA vooral uit is op levenskwaliteit. Uit het literatuuronderzoek komt naar boven wat de redenen zijn om een CGA in de eerste lijn uit te voeren. Ten eerste wenst men problemen in functionaliteit en psychosociale thema's op te sporen, die men bij een minder gestructureerde aanpak (dagdagelijkse praktijkvoering) zal missen. Voorbeelden hiervan zijn ADL, depressie en geheugen. Ten tweede wenst men het risico op vermijdbare aandoeningen en *adverse events* in te schatten. Voorbeelden hiervan zijn malnutritie en vallen (11).

De resultaten van een CGA op fysieke, mentale en psychosociale functie zijn uiteenlopend. Een systematische review van Beswick et al. (16) kan een significant positief effect aantonen op institutionalisering, valrisico en fysieke functionaliteit. Verbetering van mentale (geheugen) en psychosociale functie (sociale activiteit, depressie) kan alleen aangetoond worden in de RCT van Burns et al (13). Rockwood et al. (26) vinden door het uitvoeren van een CGA geen significant verschil in klassieke schalen, maar wel in het behalen van persoonlijke doelstellingen. Dit illustreert het belang van de motivatie van de patiënt en een individueel aangepast zorgplan. Rockwood et al. (26) pleiten zelfs voor een meer geïndividualiseerde en multidimensionele meting als alternatief voor de klassieke schalen. Ook Burns et al. (13) maken de opmerking dat studies in de eerste lijn zich misschien moeten focussen op andere uitkomsten dan deze in de tweede lijn. Zo zal volgens hen mortaliteit en institutionalisering minder snel significante veranderingen aantonen terwijl andere metingen wel een verschil in functionaliteit en gezondheid van de oudere kunnen aantonen.

De resultaten zullen niet alleen afhankelijk zijn van de gekozen uitkomsten, maar ook van de gekozen methodologie. Zo zien we tussen de verschillende studies verschillen in doelpopulatie. Sommige studies includeren enkel kwetsbare ouderen, andere studies doen geen eerste screening naar kwetsbaarheid alvorens een CGA uit te voeren. Daarnaast kiezen sommige studies het *assessment* te laten uitvoeren en/of beoordelen in eerste lijn (huisarts), dan wel in tweede lijn (multidisciplinair). Verder zien we ook verschillen in termijn van follow-up. De positieve effecten eigen aan een lange termijn opvolging (bijvoorbeeld het snel oppikken van nieuw ontstane problemen) worden mogelijks niet duidelijk in studies met een kortdurende opvolging.

2.5.2. Implicaties voor het praktijkverbeterend project

We bepalen op voorhand de methodologie van het praktijkverbeterend project. Hierbij dienen we een keuze te maken in populatie, te behandelen onderwerpen, gebruikte schalen en afkappunten op basis van overwegingen uit de literatuur.

2.5.2.1. Bij welke populatie voert men het CGA uit?

Gray et al. (11) adviseren het CGA te beperken tot patiënten met een milde tot matige afhankelijkheid, aangezien deze mogelijks het meeste baat hebben bij een CGA. In de studies vertaalt zich dit in een eerste screening naar kwetsbaarheid waarna men enkel kwetsbare ouderen weerhoudt. De cross-sectionele studie van Stijnen et al. (24) toont dat men meer ongekende problemen zal detecteren bij een populatie met kenmerken van kwetsbaarheid. Daarom kiezen we ervoor in het praktijkverbeterend project eerst te screenen naar kwetsbaarheid en enkel bij deze patiënten die positief scoren op kwetsbaarheid een volledig *assessment* uit te voeren.

2.5.2.2. Screening naar kwetsbaarheid

Er bestaat geen gouden standaard instrument voor screening naar kwetsbaarheid. De keuze voor het screeningsinstrument in het praktijkverbeterend project is gebaseerd op de systematische review van Pialoux et al. (27). Zij vergelijken 10 screeningsinstrumenten en brengen de *Tilburg Frailty*

Indicator (TFI) als nuttig instrument in de eerste lijn naar voren. De TFI is voortgevloeid uit het kwetsbaarheidsmodel van Gobbens et al. (9). Ze bestaat uit een 15-item vragenlijst, onderverdeeld in drie domeinen: fysiek, psychisch en sociaal. Op deze manier houdt de vragenlijst rekening met de multidimensionaliteit van het kwetsbaarheidsmodel. De uitkomst van de vragenlijst wordt gescoord op een schaal van 0 tot 15. De interpretatie ervan is duidelijk: bij een score van 5 of meer, spreekt men van kwetsbaarheid. De TFI bleek in vergelijking met de andere screeningsinstrumenten het beste te scoren op vlak van psychometrische eigenschappen en werd eveneens gevalideerd ten opzichte van een CGA. Bovendien bleek de TFI een goede voorspellende score voor ongunstige gebeurtenissen na 1 jaar follow-up. Het invullen ervan duurt gemiddeld 14 minuten. Dit is nog vrij lang, maar zou het aantal uitgebreide CGA's moeten verminderen en zo toch een tijdswinst moeten opleveren.

2.5.2.3. Welke thema's dienen deel uit te maken van het CGA?

Verder stellen we ons de vraag welke thema's zeker dienen aan bod te komen in het CGA voor het praktijkverbeterend project. Ouderen ervaren meer last van hun fysieke beperkingen, psychische problemen en sociale problemen dan van hun medische aandoeningen (3). Het is dus duidelijk dat het CGA zich minder op morbiditeit zal richten, maar meer op thema's die iets te maken hebben met functionaliteit. Barkhausen et al. (18) kwamen via literatuuronderzoek en discussie in focusgroepen op 9 items die volgens hen best deel uitmaken van een CGA in de eerste lijn: functionaliteit, visus, gehoor, vallen, incontinentie, vaccinatie, depressie, sociale omkadering en cognitie.

Elk item kan getest worden aan de hand van verschillende meetinstrumenten. Men kan het geheugen bijvoorbeeld testen aan de hand van CST (cognitive screening test), K-SNAP (Kaufman-Neuropsychologische Screening), ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination Revised), MMSE (Mini-Mental State Examination) en andere instrumenten. Binnen deze meetinstrumenten bestaat er geen gouden standaard en heeft men de vrije keuze zolang men voor dezelfde populatie maar dezelfde instrumenten gebruikt bij opvolging.

2.5.2.4. Welke assessment tool is geschikt voor de eigen praktijk?

De aanbeveling van Gray et al. (11) zegt gebruik te maken van een gestructureerd *assessment* protocol, dat de patiënt op een integrale manier zal evalueren in zijn thuisomgeving en een opvolging voorziet. Bij overlopen van de beschreven *assessment tools* voldoet het (G)OUD-instrument meer dan voldoende aan deze beschrijving. (G)OUD doet beroep op bestaande meetinstrumenten en bundelt deze in een complete *assessment tool*. Het instrument overloopt op een systematische manier alle onderwerpen die een impact kunnen hebben op de levenskwaliteit van de oudere en geeft een zeer compleet beeld van de fysieke, psychische en sociale gezondheid van de oudere. De tool bevat de thema's die hierboven als relevant worden beschouwd. Het *assessment* wordt uitgevoerd in de thuissituatie van de patiënt en doet voorstellen voor het zorgplan. De bevindingen van (G)OUD uit eerdere studies sluiten ook aan bij de gekozen strategie het GCA uit te voeren bij een kwetsbare populatie. (G)OUD bleek immers meer problemen te detecteren en nuttiger te zijn bij patiënten met kenmerken van kwetsbaarheid (24).

3. Methodologie praktijkverbeterend project

Hieronder staat beschreven hoe we niet alleen via literatuuronderzoek maar ook via gesprekken en observaties in de eigen praktijk tot het onderwerp, de vraagstelling en de methodologie van het praktijkverbeterend project komen. De FOCUS-methode van Deming vormt de leidraad in het denkproces en het opstellen van een stappenplan (28).

3.1. Find a problem. Leg een onderwerp vast.

In de eerste stap van de FOCUS-procedure gaan we op zoek naar een relevant onderwerp binnen de huisartsgeneeskunde. De keuze van het onderwerp van dit werk groeit uit observaties uit de opleidingspraktijk en uit interesses van de huisarts in opleiding (HAIO) en de praktijkopleider (PO). In de praktijk zien we bijna dagelijks 75-plussers en dit zal met de toenemende vergrijzing niet veranderen. In de praktijk merken we bij veel ouderen de actieve wens zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Zelfstandig thuis wonen vraagt op verschillende vlakken een goede functie: fysiek, cognitief, psychisch en sociaal. Het accent ligt hier niet alleen op “zo lang mogelijk” maar ook op “zo goed mogelijk” met een zo goed mogelijke levenskwaliteit. Het literatuuronderzoek brengt ons hier naadloos bij de onderwerpen kwetsbaarheid en *comprehensive geriatric assessment* in de eerste lijn.

3.2. Organise meeting. Ga samenzitten met alle betrokkenen.

Na discussie met de praktijkopleider blijkt dit een onderwerp te zijn dat mogelijks een meerwaarde kan zijn voor de praktijk. Het onderwerp wordt verder uitgewerkt met de huisartsenpraktijk Wetteren van Dr. Ine Strybol (HAIO) en Dr. Luc Deprost (PO). Aangezien de inbreng van een geriater in dit onderwerp zeer nuttig lijkt, vragen we Prof. Petrovic als promotor voor de masterproef en werken we met hem de vraagstelling verder uit. Dr. Poelman fungeert als co-promotor om ook de huisartsgeneeskundige bril op het onderwerp te behouden.

3.3. Clarify problem. Probleemdefinitie.

De derde stap van de FOCUS-analyse heeft als doel het probleem te omschrijven. De doelgroep bestaat uit thuiswonende 75-plussers met een GMD in de praktijk. Bij velen van hen hebben we als hun huisarts wel gevoelsmatig een idee over hun levenskwaliteit en kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van problemen, maar dit wordt bijna nergens op een objectieve manier gedocumenteerd. We weten ook niet of we eventuele zorgnoden over het hoofd ziet, omdat we meestal reageren op problemen die zich momenteel stellen maar niet op problemen die zich in de toekomst kunnen stellen.

3.4. Understand problem. Wat is het probleem en hoe groot is het?

In de vierde stap brengen we meer in detail in kaart hoe het probleem er voor de eigen huisartsenpraktijk uitziet. De huisartsenpraktijk Semmerzake bestaat uit één huisarts-opleider en één huisarts in opleiding en bevindt zich in landelijk gebied. Op 1 mei 2016 – wanneer het project van start gaat – heeft de praktijk 128 patiënten (met GMD) met een leeftijd van 75 of meer. Dit vormt op dat moment bijna 10% van de totale actieve patiëntenpopulatie. Van de 128 75-plussers verblijven 18 patiënten in een rust- en verzorgingstehuis, zij nemen niet deel aan ons onderzoek. De overige 110 patiënten wonen thuis (99) of in een serviceflat (11). Met ongeveer de helft van hen (52/110) hebben we als huisarts maandelijks of meer contact. Zo’n 20% (22/110) zien we tweemaandelijks in de praktijk, zo’n 18% (20/110) zien we driemaandelijks. De overige 15% zien we driemaal of minder

per jaar. In een (opvolg)contact besteden we gewoonlijk aandacht aan de actieve klachten van de patiënt. Daarnaast meten we steeds de bloeddruk, ausculteren we hart en longen en voeren we op indicatie uitgebreider klinisch onderzoek uit. Wanneer dit nodig is, gebeurt een bloedafname (opvolging INR, opvolging glycemie/HbA1c, opvolging cholesterolemie …). We bekijken of de patiënt in orde is met zijn vaccinatieschema en voorzien voldoende voorschriften tot het volgend consult. Dit alles noteren we steeds in het dossier.

Het dossier bevat enkel een *comprehensive geriatric assessment* indien dit gebeurde tijdens een opname in het ziekenhuis. Van de 40 patiënten die deelnemen aan het praktijkverbeterend project, gebeurde dit in de laatste 10 jaar bij 8 van hen.

3.5. Start. Voer een verbetering/verandering in.

De start van het project gebeurt volgens de PDCA-cyclus van Deming (14). Na literatuuronderzoek plannen we welke concrete verandering we doorvoeren en op welke manier dit zal gebeuren (Plan). Vervolgens implementeren we het project in de praktijk (Do) en bundelen we de resultaten hiervan (Check). Nadien kunnen nieuwe suggesties leiden tot aanpassingen van het project (Act).

3.6. Plan

We plannen aan de hand van literatuuronderzoek op welke manier we het *comprehensive geriatric assessment* in de huisartsenpraktijk implementeren.

3.6.1. Comprehensive geriatric assessment aan de hand van (G)OUD

Bovenstaande argumenten uit het literatuuronderzoek brengen de keuze voor *assessment tool* bij (G)OUD. Een bijkomend argument om voor (G)OUD te kiezen is dat de vragenlijst al in het Nederlands is opgesteld en vrij verkrijgbaar is. Daarnaast biedt (G)OUD een stroomschema als leidraad bij de interpretatie van de vragenlijst. Dit stroomschema zet de afkappunten vast en beschrijft wanneer men iets als een probleem interpreteert. Op deze manier kunnen we realiseren dat elke vragenlijst op dezelfde manier wordt beoordeeld. Dit is belangrijk omdat de vragenlijst door twee verschillende artsen in twee verschillende praktijken wordt afgenomen. Bij twijfel over de interpretatie van een resultaat kan de arts op dit stroomschema terugvallen.

3.6.2. Screening naar kwetsbaarheid aan de hand van TFI

Aangezien de aanbeveling uit de literatuur is het CGA te beperken tot een zorgvuldig gekozen populatie, zullen we de studiepopulatie screenen op kwetsbaarheid en verder enkel bij deze patiënten die kwetsbaar zijn het CGA uitvoeren. Dit werd bij eerdere masterproeven binnen de opleiding huisartsgeneeskunde rond CGA in de eerste lijn nog niet gedaan. Daarnaast lijkt ons dit in een drukke huisartsenpraktijk beter haalbaar dan bij alle patiënten een CGA uit te voeren. We gingen in de literatuur op zoek naar een gepast instrument om kwetsbaarheid op te sporen en kozen hier op basis van bovenstaande argumenten voor de *Tilburg Frailty Indicator*.

3.6.3. Doelpopulatie

(G)OUD is bedoeld voor 75-plussers in de thuissituatie. We interpreteren de serviceflat ook als de thuissituatie. We excluderen patiënten met terminale ziekte en ernstige dementie, aangezien zij vermoedelijk geen baat hebben met een CGA en mogelijks niet wilsbekwaam zijn.

Onze in- en exclusiecriteria zijn als volgt.

Inclusiecriteria	75 plussers
	Thuiswonend/wonend in serviceflat
	GMD in de praktijk
Exclusiecriteria	Ernstige dementie
	Terminale ziekte

Van de 110 patiënten uit praktijk Semmerzake die aan de inclusiecriteria voldoen verhuizen er bij opstart van het project twee patiënten naar een woonzorgcentrum. Eén patiënt overlijdt kort na opstart van het project. Vier overige patiënten voldoen aan de exclusiecriteria. Uiteindelijk weerhoudt praktijk Semmerzake 103 patiënten als doelpopulatie. Van hen nemen 40 patiënten deel aan het project, zij vormen de studiepopulatie.

3.7. Do. Voer uit wat gepland werd.

3.7.1. Goedkeuring ethisch comité

Voor de start van het onderzoek wordt een aanvraag ingediend en goedgekeurd door het Ethisch Comité (cf. bijlage 4). Bij de uitvoering van het project worden alle gangbare regels in verband met ethiek, deontologie en patiëntenrechten gevolgd.

3.7.2. Patiëntenselectie

Alle patiënten uit de doelpopulatie die in de periode mei 2016 t.e.m. oktober 2016 een contact (raadpleging of huisbezoek) hebben met de huisarts, worden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Zij krijgen zowel mondeling als via een informatiebrief (cf. bijlage 5) uitleg over het opzet en de doelstelling van het onderzoek en geven al dan niet hun schriftelijk *informed consent* (cf. bijlage 6) tot deelname.

3.7.3. Screening naar kwetsbaarheid

De deelnemende patiënt krijgt de *Tilburg Frailty Indicator* (cf. bijlage 8) mee om zelf of met familie in te vullen en men regelt in de periode mei t.e.m. oktober 2016 een nieuw consult of huisbezoek. Tijdens deze afspraak overlopen arts en patiënt de ingevulde TFI of vullen deze alsnog samen in.

De *Tilburg Frailty Indicator* bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevraagt de determinanten van kwetsbaarheid, die volgens Gobbens et al. (9) een rol spelen in het constant evoluerend proces van kwetsbaarheid. Volgende determinanten worden bevraagd: sociaaldemografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit), sociaaleconomische factoren (onderwijs, inkomen), leefstijl, ziekte, levensgebeurtenissen en woonomgeving. Het tweede deel bevat 15 vragen over de drie verschillende domeinen van kwetsbaarheid (lichamelijke, sociale en psychische). Volgende items worden bevraagd: voeding, gang, evenwicht, zintuigen, kracht, lichamelijke activiteit, geheugen, stemming, coping, woonsituatie, eenzaamheid en sociale steun. De patiënt antwoordt met “ja”, “nee” of “soms”. Wanneer dit antwoord een mogelijk probleem aangeeft (bijvoorbeeld: positief antwoord op “Woont u alleen?”, negatief antwoord op “Kunt u goed omgaan met problemen?”) kent men één punt toe. Voor de meer concrete methode van score verwijzen we naar bijlage 8. De patiënt is kwetsbaar bij vijf of meer punten. Voor patiënten die niet kwetsbaar zijn, eindigt hier het onderzoek.

3.7.4. Afname (G)OUD

Patiënten die een score van 5 of meer halen op de *Tilburg Frailty Indicator*, worden beschouwd als kwetsbaar. Zij krijgen de uitleg dat het nuttig is verder op hun gezondheidsproblemen in te gaan via een uitgebreidere vragenlijst, die de arts met hem of haar zal afnemen. Dit gebeurt ofwel aansluitend ofwel in een vervolgconsult. De arts neemt het CGA af met behulp van de basisvragenlijst van (G)OUD (versie april 2013)[1]. We maken hierbij niet gebruik van een papieren vragenlijst van (G)OUD, maar van een zelf aangemaakt elektronisch document in het medisch programma (CareConnect), inhoudelijk identiek aan de geprinte versie. Op deze manier wordt het afgenomen CGA meteen opgeslagen in het medisch dossier van de patiënt en kan men het achteraf ook gemakkelijk terugvinden (zie screenshot, cf. bijlage 9).

(G)OUD is een uitgebreide vragenlijst die achtereenvolgens volgende items behandelt:

- Ervaren gezondheid
- Medicatie
- Zelfredzaamheid
- Lichamelijk functioneren (visus, gehoor, voeding, bloeddruk)
- Leefstijl (bewegen, roken, alcohol)
- Psychisch functioneren (geheugen, angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen)
- Sociaal functioneren (vallen, maatschappelijke participatie, eenzaamheid, mantelzorg, financiën)
- Kwaliteit van leven

Men bevraagt eerst de perceptie van de eigen gezondheid, met een vergelijking ten opzichte van het vorige jaar. Vervolgens vraagt men actieve klachten na. Daarna bevraagt (G)OUD het medicatiegebruik (aantal), de aanwezigheid van een actueel medicatieschema en eventuele hulp bij medicatietoediening. Het volgende thema is de zelfredzaamheid. Hierbij zal men de ADL en HDL uit de *Groninger Activiteiten Restrictie Schaal* (GARS) scoren en vragen naar incontinentie voor urine en stoelgang. Vervolgens bekijkt men het lichamelijk functioneren met vraagstellingen naar zintuigen, voeding en bloeddruk. Men vraagt of de patiënt al gebruik maakt van hulpmiddelen (bril, gehoorapparaat), of hij/zij in het dagelijks leven problemen ervaart met visus of gehoor en of er het laatste half jaar een verslechtering aanwezig is. Men bepaalt de BMI van de patiënt en vraagt naar ongewenst gewichtsverlies. Men meet de bloeddruk. Binnen het thema leefstijl bevraagt men de beweging, het rookgedrag en het alcoholgebruik. Het thema psychisch functioneren bevat eerst een evaluatie van het geheugen a.d.h.v. de kloktest en reproductie van drie woorden. De aanwezigheid van angst wordt bepaald a.d.h.v. de 7-item *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADSA). Men peilt daarna naar de aanwezigheid van depressie a.d.h.v. *Geriatric Depression Scale*, GDS-minivragenlijst. Ten slotte laat men de patiënt de *Gerontologische persoonlijkheidsstoornissen Schaal,* GPS-minivragenlijst invullen om te evalueren of er mogelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Binnen het thema sociaal functioneren gaat men eerst het valrisico na via de valgeschiedenis, valangst en *Get up and go test*. Daarna krijgt men een idee over de maatschappelijke participatie door te vragen naar de tevredenheid over de daginvulling en activiteiten buitenshuis. Een 6-item vragenlijst evalueert vervolgens de aanwezigheid van eenzaamheid. Daarna gaat men problemen

[1] De basisvragenlijst van (G)OUD kan men vrij raadplegen via http://www.zio.nl/workspace/uploads/GOUD/3a.-basisvragenlijst-goud_apri-5183a6bb79834.pdf. Gezien het uitgebreide aantal pagina's en gezien de vragen worden hernomen in het stroomschema (cf. bijlage 10), verwijzen we graag naar deze link voor de originele basisvragenlijst.

rond mantelzorg na. Men vraagt of de patiënt mantelzorg geeft en of hij/zij dit zwaar vindt. Men vraagt of de patiënt mantelzorg ontvangt en of hij/zij zich zorgen maakt over de mantelzorger. Men gaat na of er een sociaal vangnet aanwezig is bij mogelijke problemen. Ten slotte vraagt men de patiënt een rapportcijfer op 10 te geven voor de beleefde kwaliteit van leven.

Tijdens afname van het CGA noteren we gedetecteerde problemen. In het stroomschema van (G)OUD (cf. bijlage 10) kan men terugvinden hoe men de antwoorden op de (G)OUD-vragenlijst dient te interpreteren. We baseren ons op dit document om een bepaald resultaat als een probleem te interpreteren.

3.7.5. Zorgplan

De gedetecteerde problemen worden na afloop met de patiënt besproken. We gaan na of het probleem al gekend is in de praktijk. Indien aan dit probleem nog onvoldoende wordt tegemoetgekomen (*unmet need*), bekijken we of zowel arts als patiënt hierop willen ingaan en plannen we desgewenst én in samenspraak vervolgacties (diagnostische, therapeutische). Het stroomschema van (G)OUD biedt eveneens een leidraad voor mogelijke vervolgacties. Voorbeelden van diagnostische interventies zijn: het afnemen van een *Mini-Mental state examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS) of een *Gerontologische persoonlijkheidsstoornissen Schaal* (GPS). Deze drie zijn gebundeld in de verdiepingsvragenlijst van (G)OUD[2]. Voorbeelden van therapeutische interventies zijn: het aanpassen van antidepressiva, verwijzing naar ergotherapie, hulp bieden bij omkadering en thuiszorg.

3.8. Check. Verwerking resultaten.

De resultaten van TFI en (G)OUD worden achteraf systematisch bijgehouden in een excel-bestand. Resultaten uit beide praktijken worden gebundeld. Verwerking en weergave zijn hieronder terug te vinden. Deze thesis beperkt zich tot de items van (G)OUD die vallen onder de thema's psychisch functioneren (geheugen, angst, depressie, persoonlijkheidsstoornis) en sociaal functioneren (vallen, maatschappelijke participatie en eenzaamheid, mantelzorg).

[2] Voor de verdiepingsvragenlijst van (G)OUD verwijzen we graag naar volgende link: http://www.zio.nl/workspace/uploads/GOUD/3b.-verdiepingsvragenlijst-gou-5183a6d0d6a91.pdf Deze bundelt de *Mini-Mental state examination* (MMSE), de *Geriatric Depression Scale* (GDS) en de *Gerontologische persoonlijkheidsstoornissen Schaal* (GPS).

4. Resultaten

4.1. Response Rate

Van de 103 patiënten die in aanmerking komen voor het onderzoek in praktijk Semmerzake, nemen 40 patiënten deel aan het onderzoek. Dit geeft een response rate (RR) van 38,8%. De TFI brengt bij 17 van hen kwetsbaarheid aan het licht. Zij ondergaan allen het uitgebreider CGA aan de hand van de (G)OUD-vragenlijst. Van de 110 patiënten die in aanmerking komen voor het onderzoek in praktijk Wetteren, bezorgen 30 patiënten een ingevulde TFI-vragenlijst terug. Dit komt overeen met een RR van 27,3%. Zestien van deze patiënten behalen een positieve score (5 of meer) op de TFI en komen dus in aanmerking voor verdergezet onderzoek door middel van de (G)OUD-vragenlijst. Twee van deze 16 nemen geen deel aan het verder onderzoek: één persoon besloot na meer uitgebreide uitleg van deelname af te zien, de andere patiënte had recent een opname op de dienst geriatrie gehad, alwaar reeds uitwerking had plaatsgevonden. Beide hebben een score van 5/15 op de TFI. In beide praktijken behalen we dus een totale RR van 32,7%. De (G)OUD-vragenlijst wordt bij 14,6% van de doelpopulatie afgenomen (tabel 2).

Tabel 2 Response Rate

	Praktijk Semmerzake		Praktijk Wetteren		Totaal	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Doelpopulatie	103	100%	110	100%	213	100%
Deelnemers TFI	40	38,8%	30	27,3%	70	32,7%
Deelnemers (G)OUD	17	16,5%	14	12,7%	31	14,6%

Tabel 3 Karakteristieken studiepopulatie Tilburg Frailty Indicator

Kenmerk	Praktijk Semmerzake		Praktijk Wetteren		Beide praktijken	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Totaal	40	100%	30	100%	70	100%
Geslacht						
• **Man**	15	37,5%	13	43,3%	28	40%
• **vrouw**	25	62,5%	17	56,7%	42	60%
Leeftijd						
• **75 – 80 jaar**	21	52,5%	12	40%	33	47,1%
• **81 – 85 jaar**	14	35%	8	26,7%	22	31,4%
• **86 – 90 jaar**	4	10%	8	26,7%	12	17,1%
• **91 – 95 jaar**	1	2,5%	2	6,7%	3	4,3%
Burgerlijke staat						
• gehuwd/ samenwonend	21	52,5%	14	46,7%	35	50%
• ongehuwd	0	0%	2	6,7%	2	2,9%
• gescheiden	1	2,5%	0	0%	1	1,4%
• weduw(e)(naar)	18	45%	14	46,7%	32	45,7%
Opleiding						
• geen of lager onderwijs	28	70%	11	36,7%	39	55,7%
• middelbaar onderwijs	10	25%	14	46,7%	24	34,2%
• hoger of universiteit	2	5%	5	16,7%	7	10%
≥ 2 chronische aandoeningen	16	40%	15	50%	31	44,3%
Reeds CGA in dossier	8	20%	3	10%	11	15,7%

4.2. Tilburg Frailty Indicator

4.2.1. Karakteristieken studiepopulatie

In bovenstaande tabel 3 worden de belangrijkste karakteristieken weergegeven van de studiepopulatie. Al deze deelnemers vullen de TFI-vragenlijst in, waarvan het eerste deel "Determinanten van fragiliteit" een deel van onderstaande demografische gegevens bevraagt. Alle deelnemende patiënten zijn van Belgische origine.

4.2.2. Resultaten Tilburg Frailty Indicator

In onderstaande tabel 4 staan de resultaten van het tweede deel van de TFI, namelijk "Componenten van fragiliteit" weergegeven. Voor de volledige vragenlijst en de methode van scoren verwijzen we naar bijlage 8. In de tabel komt het weergegeven aantal per vraag telkens overeen met het aantal personen dat voor de beschreven vraag één punt toegekend werd. Zo verkrijgt de patiënt een score tussen 0 en 15. Bij een score van 5 of meer wordt de patiënt als kwetsbaar beschouwd.

Tabel 4 Resultaten Tilburg Frailty Indicator. Componenten van kwetsbaarheid.

Vraag	Praktijk Semmerzake N (%)	Praktijk Wetteren N (%)	Totaal N (%)
B1 Lichamelijke componenten			
Voelt zich lichamelijk niet gezond	8 (20)	4 (13,3)	12 (17,1)
Is de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen	2 (5)	0 (0)	2 (2,9)
Heeft problemen in het dagelijks leven door…			
… slecht lopen	20 (50)	16 (53,3)	36 (51,4)
… het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht	16 (40)	10 (33,3)	26 (37,1)
… slecht horen	15 (37,5)	15 (50)	30 (42,9)
… slecht zien	13 (32,5)	6 (20)	19 (27,1)
… weinig kracht in uw handen	11 (27,5)	9 (30)	20 (28,6)
… lichamelijke moeheid	18 (45)	12 (40)	30 (42,9)
B2 Psychische componenten			
Heeft klachten over het geheugen	3 (7,5)	6 (20)	9 (12,9)
Heeft zich de afgelopen maand somber gevoeld	16 (40)	14 (46,7)	30 (42,9)
Heeft zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld	18 (45)	14 (46,7)	32 (45,7)
Kan niet goed omgaan met problemen	10 (25)	7 (23,3)	17 (24,3)
B3 Sociale componenten			
Woont alleen	19 (47,5)	13 (43,3)	32 (45,7)
Mist wel eens mensen om zich heen	12 (30)	15 (50)	27 (38,6)
Ontvangt onvoldoende steun van andere mensen	1 (2,5)	5 (16,7)	6 (8,6)

Een kleine meerderheid van 53% (37/70) van de studiepopulatie is niet kwetsbaar. 47% (33/70) behaalt een score van 5 of meer op de *Tilburg Frailty Indicator* en is kwetsbaar. Slechts drie personen behalen hierbij een score van 11 of meer (tabel 5).

Tabel 5 Score Tilburg Frailty Indicator.

TFI score	Praktijk Semmerzake N (%)	Praktijk Wetteren N (%)	Totaal N (%)
0 tem 4 (niet kwetsbaar)	23 (57,5)	14 (46,7)	37 (52,9)
5 tem 10 (kwetsbaar)	16 (40)	14 (46,7)	30 (42,9)
11 tem 15 (kwetsbaar)	1 (2,5)	2 (6,7)	3 (4,3)

4.3. (G)OUD-basisvragenlijst

Afname van de *Tilburg Frailty Indicator* brengt bij 17 patiënten uit praktijk Semmerzake en bij 16 patiënten uit praktijk Wetteren kwetsbaarheid aan het licht. Twee patiënten uit praktijk Wetteren nemen niet verder deel aan het onderzoek. De overige 31 patiënten ondergaan een uitgebreid CGA aan de hand van de (G)OUD-vragenlijst, waarvan hieronder de resultaten van het psychisch en sociaal functioneren worden besproken.

4.3.1. Karakteristieken studiepopulatie

In tabel 6 staan de belangrijkste demografische kenmerken van de kwetsbare studiepopulatie die de volledige *assessment* aan de hand van het (G)OUD-instrument ondergaat.

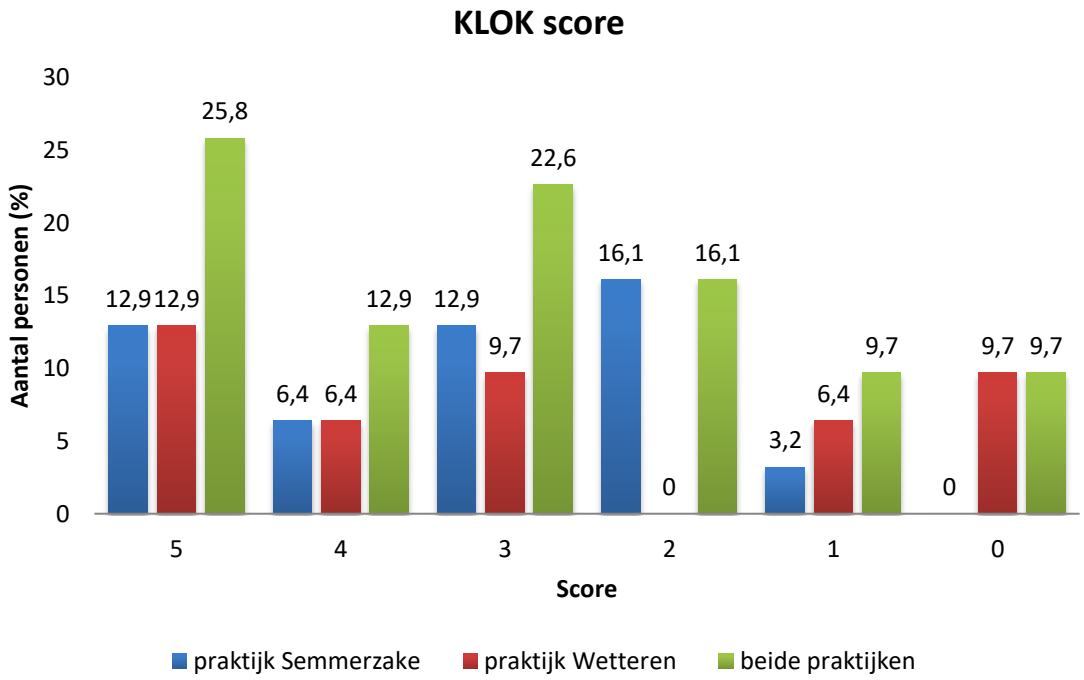
Tabel 6 Karakteristieken kwetsbare studiepopulatie (G)OUD

Kenmerk	Praktijk Semmerzake		Praktijk Wetteren		Beide praktijken	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Totaal	17	100%	14	100%	31	100%
Geslacht						
• **Man**	3	17,6%	4	28,6%	7	22,6%
• **vrouw**	14	82,4%	10	71,4%	24	77,4%
Leeftijd						
• **75 – 80 jaar**	5	29,4%	4	28,6%	9	29%
• **81 – 85 jaar**	8	47,1%	5	35,7%	13	41,9%
• **86 – 90 jaar**	3	17,6%	5	35,7%	8	25,8%
• **91 – 95 jaar**	1	5,9%	0	0%	1	3,2%
Burgerlijke staat						
• Gehuwd/samenwonend	7	41,2%	5	35,7%	12	38,7%
• ongehuwd	0	0%	2	14,3%	2	6,5%
• gescheiden	1	5,9%	0	0%	1	3,2%
• weduw(e)(naar)	9	52,9%	7	50%	16	51,6%
Opleiding						
• geen of lager onderwijs	12	70,6%	8	57,1%	20	64,5%
• middelbaar onderwijs	4	23,5%	4	28,6%	8	25,8%
• hoger of universiteit	1	5,9%	1	7,1%	2	6,5%
≥ 2 chronische aandoeningen	11	27,5%	9	30%	20	28,6%
Reeds CGA in dossier	3	17,6%	2	14,3%	5	16,1%

4.3.2. Resultaten psychisch en sociaal functioneren uit (G)OUD-basisvragenlijst

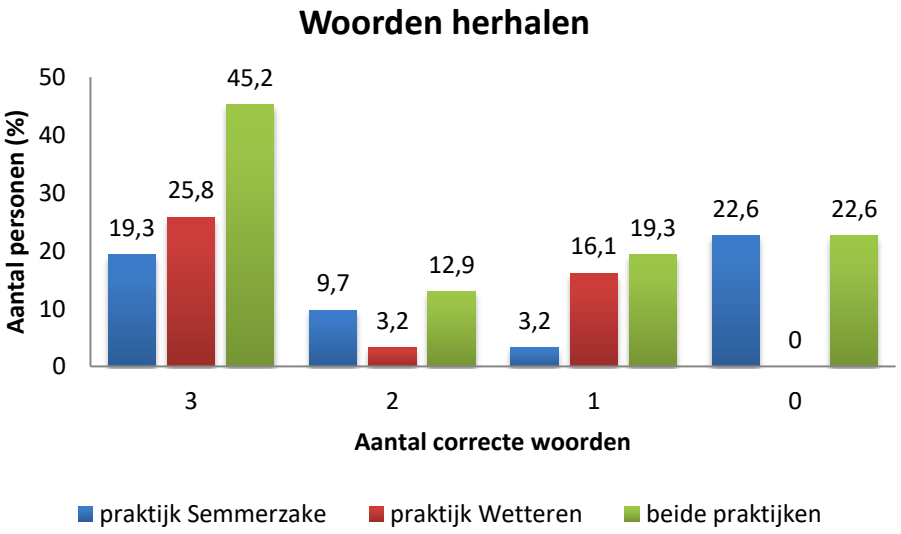
4.3.2.1. Geheugen

We vragen de 31 deelnemers een klok te tekenen en de wijzers op “10 voor 11” te zetten. Eén deelnemer kan niet schrijven en bij hem laten we deze vraag open. Acht personen (26% van de kwetsbare studiepopulatie) tekenen een perfecte klok en behalen de score 5. Vier personen (13%) maken kleine fouten m.b.t. het ruimtelijk inzicht en behalen een score van 4. Zeven personen (23%) geven een foutieve voorstelling van de tijd ondanks een ruimtelijk goed georganiseerde klok; deze deelnemers behalen een score van 3. Bij vijf personen (16%) zien we een zodanige disorganisatie van de cijfers dat een nauwkeurige beschrijving van “10 voor 11” onmogelijk is. Zulke klok past bij een matig ruimtelijk inzicht en kennen we een score van 2 toe. Drie personen (10%) behalen een score van 1, bij hen zien we een ernstige disorganisatie in ruimtelijk inzicht. Nog eens drie personen (10%) behalen een score van 0, bij hen zien we een onvermogen om een redelijke voorstelling van een klok te maken (figuur 3).



Figuur 3 Resultaten KLOK-test

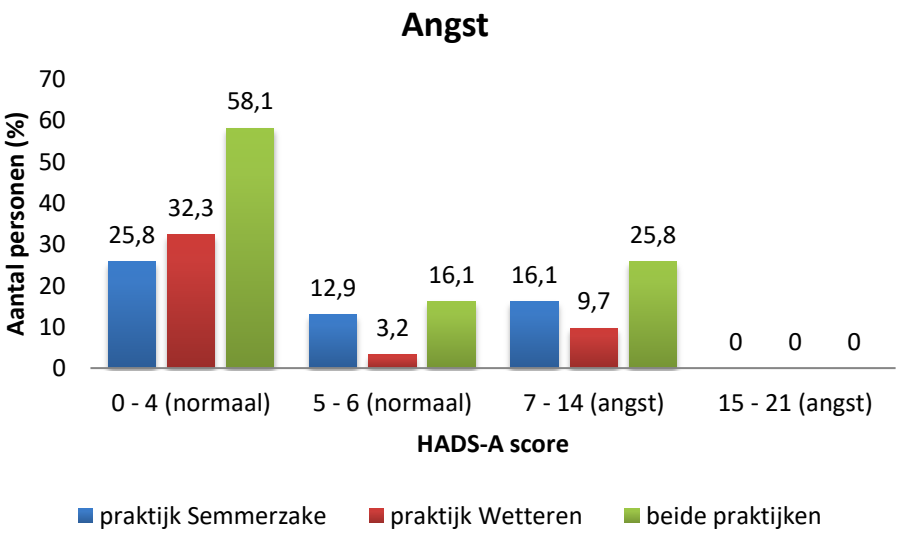
Vervolgens vragen we na het tekenen van de klok drie eerder genoemde woorden (bijvoorbeeld: “appel, tafel, sleutel” of “boek, plant, molen”) te herhalen. 45% van de kwetsbare studiepopulatie (14/31) kan zich alle woorden herinneren. 23% (7/31) kan geen enkel van de drie woorden oproepen (figuur 4).



Figuur 4 Resultaten geheugen – reproductie

4.3.2.2. Angst

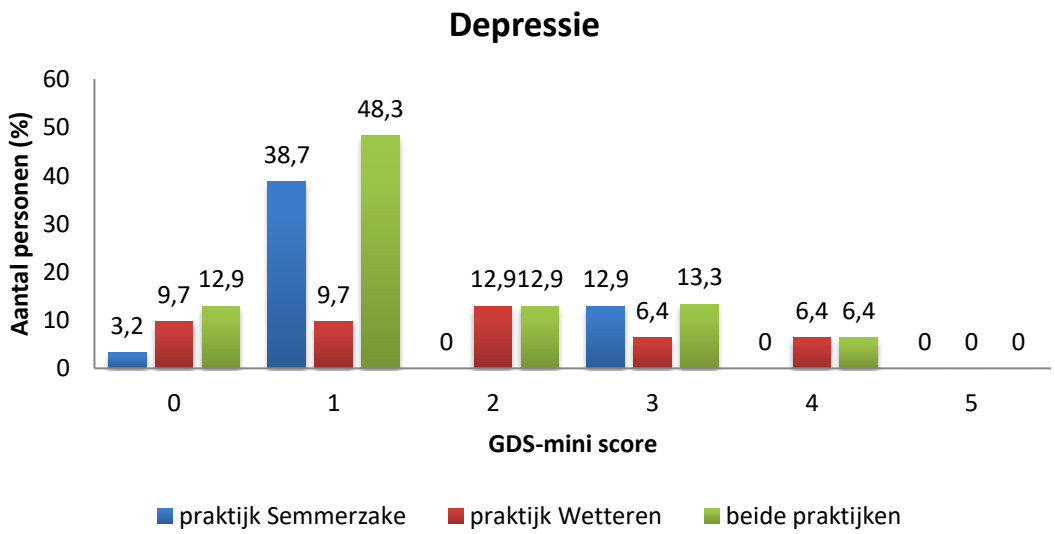
(G)OUD bevraagt vervolgens angstklachten aan de hand van de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-A). Dit is een schaal bestaande uit 7 stellingen waarop de deelnemer aangeeft hoe vaak de stelling voor hem of haar van toepassing is (zijnde "bijna nooit, soms, vaak, bijna altijd"). 26% van de kwetsbare studiepopulatie (8/31) behaalt een score van 7 of meer en heeft volgens deze schaal angstklachten. De score ligt bij niemand hoger dan 14. De overige 74% (23/31) van de studiepopulatie behaalt een score die niet bij angstklachten past (figuur 5).



Figuur 5 Resultaten Hospital Anxiety and Depression Scale

4.3.2.3. *Depressie*

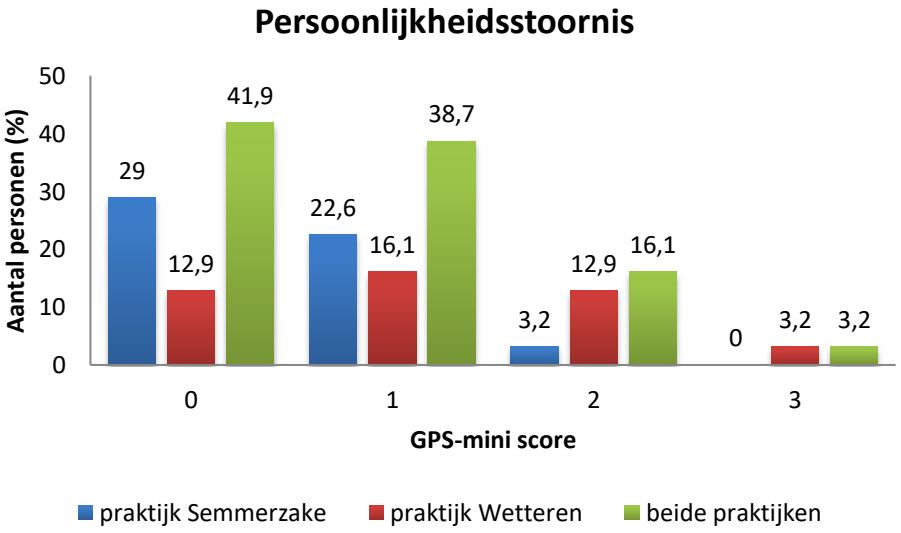
Bij afname van de 5 ja/nee-vragen uit de *Geriatric Depression Scale* (GDS-mini) heeft 39% (12/31) van de kwetsbare studiepopulatie een score van 2 of meer en dus mogelijks een depressie. Een meerderheid van 48% (15/31) behaalt score 1, dit door een grote meerderheid in praktijk Semmerzake (figuur 6).



Figuur 6 Resultaten Geriatric Depression Scale Mini

4.3.2.4. *Persoonlijkheidsstoornis*

De GPS-minivragenlijst is een verkorte versie van de *Gerontologische persoonlijkheidsstoornissen Schaal* (GPS) en bestaat uit drie ja/nee-vragen die peilen naar de aanwezigheid van spanningen of somberheid, naar het gebruik van psychofarmaca en naar suïcidale uiting.



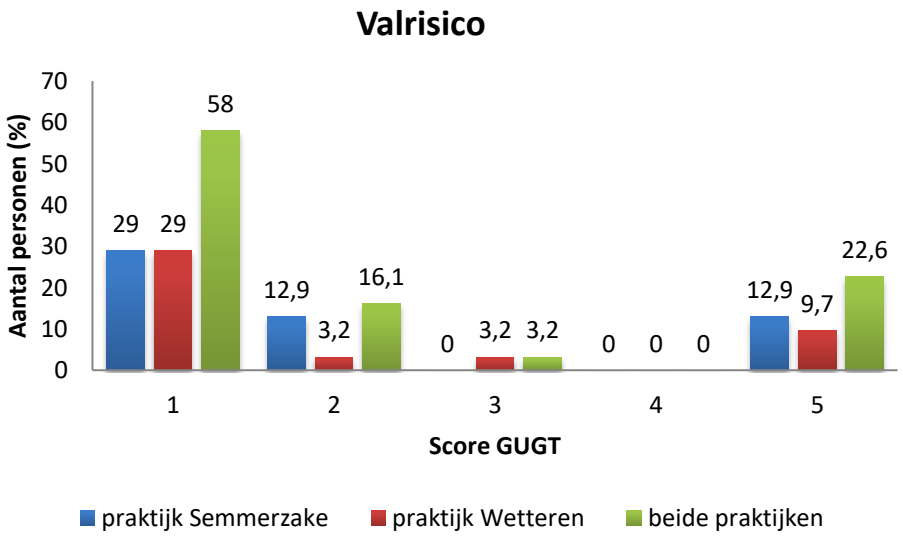
Figuur 7 Resultaten Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal Mini

Wanneer de deelnemer op minstens twee vragen positief antwoordt (score 2), bestaat een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis. Dit is bij 19% (6/31) van de kwetsbare studiepopulatie het geval. De overige 81% (25/31) behaalt een score van 0 of 1 en bij hen is er geen vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis (figuur 7).

4.3.2.5. Vallen

Op de vraag "Bent u in het afgelopen half jaar gevallen?" antwoordt 45% (14/31) van de kwetsbare studiepopulatie "ja". In praktijk Semmerzake zijn dit 7 van de 17 deelnemers, in praktijk Wetteren zijn dit 7 van de 14 deelnemers. Exact evenveel personen geven aan "vaak" of "heel vaak" bezorgd te zijn te zullen vallen. 29% van de studiepopulatie (9/31) geeft tevens aan "vaak " of "heel vaak" bepaalde activiteiten te vermijden uit deze valangst. Zowel een recente val, "vaak" of "heel vaak" valangst als "vaak" of "heel vaak" vermijding worden als een probleem beschouwd.

Voor de *Get up and go test* laten we de deelnemer achtereenvolgend volgende acties uitvoeren: opstaan uit een stoel zonder armleuningen, even blijven staan, drie meter stappen, zich omdraaien, terug richting stoel stappen, zich omdraaien en weer gaan zitten. Elke tussenstap wordt gescoord op vlotheid. Wanneer we de *Get up and go test* uitvoeren, behaalt 26% een score van 3 of meer. Een score van 3 of meer wordt toegekend wanneer de oudere bij minstens drie tussenstappen een aarzelende beweging maakt of wanneer de oudere bij minstens één tussenstap hulp of steun nodig heeft. Deze resultaten geven een verhoogd valrisico aan. De resultaten lopen ongeveer gelijk over beide praktijken (figuur 8).



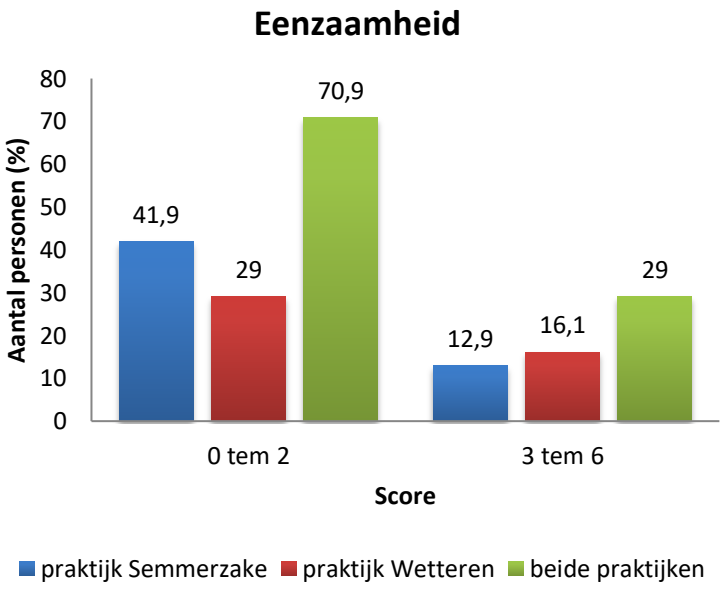
Figuur 8 Resultaten Get up and go test

4.3.2.6. Maatschappelijke participatie en eenzaamheid

Op de vraag "Bent u tevreden over uw daginvulling?" antwoordt 81% van de kwetsbare studiepopulatie (25/31) "ja", 16% (5/31) "soms", 3% (1/31) "nee". 42% van de kwetsbare studiepopulatie (18/31) doet wekelijks activiteiten buitenshuis.

Bij een derde van de kwetsbare studiepopulatie (9/31) is er volgens de 6-item vragenlijst sprake van eenzaamheid. Deze personen behalen een score van drie of meer (figuur 9). Acht van de negen

personen benoemen een sociale oorzaak (bijvoorbeeld overleden kennissen, weinig nieuwe sociale contacten…) voor de eenzaamheid. Twee van hen kunnen tevens een psychische oorzaak benoemen (bijvoorbeeld valangst, depressief gemoed...), nog twee van hen kunnen een lichamelijke oorzaak benoemen (bijvoorbeeld slecht te been zijn).



Figuur 9 Resultaten verkorte versie De Jong Gierveld Eenzaamheidsschaal

4.3.2.7. Mantelzorg

13 % van de kwetsbare studiepopulatie (4/31) geeft mantelzorg aan anderen. Dit zijn drie personen uit praktijk Wetteren en één persoon uit praktijk Semmerzake. Niemand van hen geeft aan dit zwaar te vinden. Tweederde van de kwetsbare studiepopulatie (22/31) ontvangt mantelzorg. Slechts 14% van hen (3/22) maakt zich zorgen over de persoon die hem/haar helpt.

Op de vraag “Stel dat u morgen ziek wordt (bijv. een been breekt) hoe gaat u dan alles thuis regelen?” kan 80% van de studiepopulatie (25/31) binnen zijn of haar sociale omgeving een helpende persoon of personen benoemen. Bij 10% (3/31) bestaat er twijfel rond de aanwezigheid van een sociaal netwerk. Bij 10% (3/31) is een sociaal netwerk totaal afwezig.

4.4. Zorgnoden en interventies

4.4.1. Overzicht

In tabel 7 volgt een overzicht van het aantal problemen (*need*) die (G)OUD aan het licht brengt in de kwetsbare studiepopulatie (31 deelnemers). We bekijken of deze problemen in de praktijk al gekend zijn. We beschouwen een probleem als gekend wanneer de huisarts hiervan weet én dit probleem in het dossier gedocumenteerd werd. Ook een kleine notitie (bijvoorbeeld “vermoeden van beginnende cognitieve dysfunctie”) wordt als gedocumenteerd beschouwd, aangezien de arts het probleem had opgemerkt en het belangrijk genoeg vond om te noteren. Problemen die nog niet eerder vermeld werden in het medisch dossier beschouwen we als ongekend.

Tabel 7 Zorgnoden

Thema	Probleem		Ongekend probleem	
	N	% kwetsbare studiepopulatie	N	% populatie met probleem
Geheugen	25	81%	14	56%
Angst	8	26%	6	75%
Depressie	12	39%	4	33%
Persoonlijkheidsstoornis	6	19%	1	17%
Vallen	19	61%	3	16%
Eenzaamheid	9	29%	4	44%
Mantelzorg geven	0	0%	nvt	nvt
Mantelzorg ontvangen	3	10%	2	66%

Indien een probleem aanwezig is, gaan we na of er een actie gewenst is. Er is een actie gewenst wanneer de arts vindt dat er op basis van het (G)OUD-stroomschema verdere interventies kunnen volgen én wanneer ook de patiënt hier verder wenst op in te gaan. Een actie kan zowel een diagnostische (bijvoorbeeld: afname van een MMSE, maar ook verdere anamnese) als een therapeutische interventie (aanpassing medicatie, maar ook therapeutisch gesprek of verwijzing) zijn. Ten slotte noteren we wanneer een actie effectief werd ondernomen. Het aantal gewenste en ondernomen acties staan weergegeven in onderstaande tabel 8.

Tabel 8 Interventies

Thema	Actie gewenst		Actie ondernomen	
	N	% populatie met probleem	N	% actie gewenst
Geheugen	24	96%	23	96%
Angst	4	50%	4	100%
Depressie	9	75%	9	100%
Persoonlijkheidsstoornis	3	50%	3	100%
Vallen	1	5%	1	100%
Eenzaamheid	8	88%	4	50%
Mantelzorg geven	nvt	nvt	nvt	nvt
Mantelzorg ontvangen	1	33%	1	100%

4.4.2. Geheugen

Bij 81% van de kwetsbare studiepopulatie (25/31) vinden we een afwijkende kloktest en/of het zich niet volledig herinneren van drie eerder genoemde woorden. Bij 44% van hen (11/25) waren er al geheugenproblemen gekend. Dat wil zeggen dat we bij iets meer dan de helft voordien nog geen

geheugenproblematiek vaststelden. Bij één persoon wenst men niet verder in te gaan op de geheugenproblematiek. Bij de andere patiënten wordt een MMSE (en eventuele doorverwijzing neurologie) gepland, dat wegens tijdsgebrek bij één persoon niet doorging.

4.4.3. Angst

Bij 26% van de kwetsbare studiepopulatie (8/31) vinden we op basis van hun score op de *Hospital Anxiety and Depression Scale* argumenten voor angstklachten. Deze klachten zijn bij drie vierde van hen (6/8) nog niet gekend in de praktijk. Bij de helft van hen (4/8) achten patiënt en/of huisarts verdere actie niet wenselijk, bijvoorbeeld omdat de mentale toestand van patiënt momenteel verder ingaan op de angst niet toelaat of omdat de oudere duidelijk met de klachten heeft leren leven en dit geen invloed heeft op het dagdagelijks leven. Bij de overige helft wordt een actie ondernomen. Hierbij gaan we verder in op volgende aspecten van de angstklachten: de duur en het beloop, de ernst en symptomen, de focus van de angst en de invloed op het functioneren. Onderwerpen van de angst zijn: dreigende afhankelijkheid van zichzelf/partner, wegvallen van bepaalde steunfiguren of zorgen om de kinderen. De angsten belemmeren meestal niet tot weinig het dagelijks functioneren. Niemand van de studiepopulatie ondergaat verder onderzoek of wordt verwezen in kader van de angstklachten.

4.4.4. Depressie

Bij 39% (12/31) van de kwetsbare studiepopulatie bestaat na afname van de GDS-minivragenlijst een vermoeden van depressie. Bij een derde van hen (4 van de 12 personen) was hier voordien nog geen melding van. Drie van de 12 personen wensen niet verder in te gaan op deze klachten aan de hand van de GDS-15 vragenlijst. Redenen hiervoor zijn: de patiënt kan zich niet vinden in een eventuele depressie, de patiënt erkent depressief te zijn maar wenst geen verdere behandeling naast de bestaande. Bij de overige 9 personen wordt een GDS-15 afgenomen en eventueel een medicamenteuze behandeling of een verwijzing naar de psychiater geregeld.

4.4.5. Persoonlijkheidsstoornis

Afname van de GPS-minivragenlijst leidt bij 19% van de kwetsbare studiepopulatie (6/31) tot een vermoeden van persoonlijkheidsstoornis, aangezien zij een score van 2 of 3 halen. Slechts bij één persoon is dit probleem nog niet gekend.

Bij drie van de zes personen wordt een *Gerontologische persoonlijkheidsstoornissen Schaal* (GPS) afgenomen. Redenen om geen GPS af te nemen zijn: het probleem is al gekend, de patiënt werd in het verleden al psychiatrisch geëvalueerd of de patiënt wenst niet psychiatrisch geëvalueerd te worden. De GPS bestaat uit 7 vragen rond habitueel gedrag (HAB) en 9 vragen rond biografische gegevens (BIO). Eén persoon behaalt een negatief resultaat (normaal) op de HAB-schaal, maar een positief resultaat op de BIO-schaal. Deze patiënt wordt desondanks toch niet doorverwezen naar geestelijke gezondheidszorg – zoals de aanbeveling is – aangezien de mentale en fysieke toestand momenteel een verplaatsing naar een psychiater niet toelaat. Vermoedelijk is hier een relatie met depressie en angst aanwezig. Eén persoon scoort onduidelijk op de HAB-schaal en positief op de BIO-schaal. Deze persoon wordt doorverwezen naar een psychiater. De laatste persoon heeft een onduidelijke score op beide onderdelen. Deze persoon wordt niet doorverwezen.

4.4.6. Vallen

Bij 61% (19/31) van de kwetsbare studiepopulatie wijzen de vragen naar valgeschiedenis en valangst en de *Get up and go test* op een verhoogd valrisico. Dit is slechts bij 16% (3/19) een ongekend

probleem. Bij slechts één van hen is verdere actie gewenst onder de vorm van gangrevalidatie. Bij de andere patiënten is actie niet gewenst omdat de patiënt al fysio- en ergotherapie krijgt of omdat de patiënt zelf wenst af te wachten met fysio- en ergotherapie en voorlopig geen loophulpmiddel wenst.

4.4.7. Maatschappelijke participatie en eenzaamheid

Bij een derde van de kwetsbare studiepopulatie (9/31) vinden we een eenzaamheidsproblematiek. Bij 44% van hen (4/9) is dit nog niet gekend in de praktijk. Eén patiënt wenst geen verdere actie, omdat hij/zij al goed omkaderd wordt en de eenzame gevoelens eerder voortkomen uit een gemis van overleden dierbaren dan uit een nood aan extra sociaal contact. Bij de helft van de patiënten waar actie gewenst is (4/8), wordt ook effectief actie ondernomen onder de vorm van (frequentere) aanmelding in een dagcentrum of aanvraag tot wonen in een serviceflat. Bij de andere helft zien we toch een afwachtende houding en worden geen concrete stappen ondernomen.

4.4.8. Mantelzorg

Bij bevraging geeft niemand van de deelnemers aan problemen te ondervinden in het geven van mantelzorg.

Tweederde van de kwetsbare studiepopulatie (22/31) ontvangt mantelzorg. Slechts 14% van hen (3/22) maakt zich zorgen over de persoon die hem/haar helpt. Bij één van hen is al gekend dat de mantelzorger dit zwaar vindt en boven de eigen capaciteiten gaat. Bij twee personen ontkennen de mantelzorgers zelf dat dit een (groot) probleem is; één hiervan ontvangt al familiehulp en de ander wenst geen familiehulp. Bij één persoon wordt extra thuiszorg aangeboden.

4.5. (G)OUD-verdiepingsvragenlijst

4.5.1. Resultaten Mini–Mental State Examination (MMSE)

Van de 25 deelnemers bij wie een geheugenproblematiek wordt gezien op basis van een abnormale kloktest en/of reproductie, ondergaan 23 deelnemers een MMSE. Hun totaalscore op 30 wordt geïnterpreteerd in functie van de leeftijd en opleidingsgraad. Zij kunnen onder (onvoldoende) of boven (voldoende) een voor hun leeftijd en diploma afgesproken afkappunt scoren. Hier zien we dat ongeveer een vierde van de deelnemers dat slecht scoort op de kloktest en/of reproductie eveneens in totaal slecht scoort op de MMSE.

Uiteraard dient men een MMSE per aandachtsgebied (oriëntatie, inprenting en reproductie, aandacht en concentratie, taal en praxie) apart te interpreteren en bespreken met de patiënt.

Tabel 9 Resultaten MMSE na vermoeden geheugenproblematiek

MMSE	Praktijk Semmerzake N	Praktijk Wetteren N	Totaal N (%)
Onder afkappunt	5	1	**6 (26)**
Boven afkappunt	9	8	**17 (74)**

4.5.2. Resultaten geriatric depression scale (GDS-15)

We nemen bij 9 deelnemers een GDS-15 af. Bij hen bestaat op basis van de GDS-mini een vermoeden van depressie (zij scoorden 2 of hoger op 5 screeningsvragen). 22% van hen (2/9) scoren volgens de uitgebreidere GDS-15 niet genoeg om van een depressie te spreken. 78% van hen (7/9) hebben

volgens de GDS-15 inderdaad een milde depressie. Bij niemand van hen vinden we een ernstige depressie terug.

Tabel 10 Resultaten GDS-15 na vermoeden depressie

GDS-15	Praktijk Semmerzake N	Praktijk Wetteren N	Totaal N (%)
0 tem 4 (geen depressie)	1	1	**2 (22)**
5 tem 10 (milde depressie)	3	4	**7 (78)**
11 tem 15 (ernstige depressie)	0	0	**0 (0)**

4.5.3. Resultaten gerontologische persoonlijkheidsstoornissen schaal (GPS)

We nemen bij drie personen bij wie een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis bestaat op basis van de GPS-mini tevens een uitgebreidere GPS af. Men zal hier het vermoeden van de persoonlijkheidsstoornis bevestigen indien de patiënt positief scoort op één van beide subschalen. De eerste subschaal peilt naar verstoord habitueel gedrag (HAB-schaal), de tweede subschaal peilt naar biografische gegevens (BIO-schaal) kunnen betekenen. De eerste patiënt scoort negatief op de HAB-schaal, maar positief op de BIO-schaal. De tweede patiënt scoort onduidelijk op de HAB-schaal en positief op de BIO-schaal. De derde patiënt scoort op beide schalen onduidelijk. Bij twee van de drie personen wordt het resultaat van de GPS-mini in deze studiepopulatie bevestigd door het resultaat van de GPS.

Tabel 11 Resultaten GPS na vermoeden persoonlijkheidsstoornis

GPS	Praktijk Semmerzake N	Praktijk Wetteren N	Totaal N (%)
GPS-HAB			
0 tem 1 (negatief)	1	0	**1 (33)**
2 tem 4 (onduidelijk)	0	2	**2 (67)**
5 tem 7 (positief)	0	0	**0 (0)**
GPS-BIO			
0 tem 1 (negatief)	0	0	**0 (0)**
2 tem 4 (onduidelijk)	0	1	**1 (33)**
5 tem 9 (positief)	1	1	**2 (67)**
Totaal			
Vermoedelijk persoonlijkheidsstoornis	1	1	**2 (67)**
Geen persoonlijkheidsstoornis	0	1	**1 (33)**

5. Discussie

5.1. Resultaten en interpretatie

We voerden na screening naar kwetsbaarheid (a.d.h.v. TFI) een CGA (a.d.h.v. (G)OUD) uit in twee verschillende huisartsenpraktijken bij thuiswonende 75-plussers.

5.1.1. Tilburg Frailty Indicator

Van de 213 patiënten uit de doelpopulatie, vulden 70 patiënten de *Tilburg Frailty Indicator* in (totale studiepopulatie). Bijna de helft (47%) behaalt hierop een score van kwetsbaarheid (kwetsbare studiepopulatie). Deze kwetsbare studiepopulatie is over het algemeen ouder dan de totale studiepopulatie. In de totale studiepopulatie zien we vooral 75-80 jarigen, in de kwetsbare studiepopulatie vooral 81-85 jarigen. Dit past bij het gegeven dat kwetsbaarheid een ouderdomsgerelateerd fenomeen is. Het aandeel vrouwen is ook groter in de kwetsbare studiepopulatie dan in de totale studiepopulatie. Alle deelnemers die ongehuwd (2/70) of gescheiden (1/70) zijn, blijken kwetsbaar. Exact de helft van de weduwen/weduwnaars is kwetsbaar. Ongeveer een derde van de gehuwde en/of samenwonende deelnemers is kwetsbaar. Dit maakt dat de kwetsbare studiepopulatie voor de meerderheid uit weduwen/weduwnaars bestaat, daar waar de totale studiepopulatie voornamelijk uit gehuwde en/of samenwonende deelnemers bestaat. Dit past bij de vaststelling dat bijna alle weduwen/weduwnaars (uitgezonderd één persoon) uit de studiepopulatie alleen wonen en hierdoor al een punt hoger scoren op de TFI. De verhoudingen in opleidingsgraad zijn gelijkaardig in de totale en kwetsbare studiepopulatie.

Uiteindelijk vullen 31 kwetsbare deelnemers met de arts de (G)OUD-basisvragenlijst in. (G)OUD gaat dieper in op onderwerpen die in de TFI-vragenlijst kort worden aangehaald. Wanneer we de resultaten van de (G)OUD-basisvragenlijst terugkoppelen naar de resultaten van de TFI, kunnen we volgende zaken bemerken.

Iets meer dan de helft van de totale studiepopulatie (36/70) geeft in de TFI aan problemen te hebben met de gang. In de kwetsbare studiepopulatie die (G)OUD onderging, zien we inderdaad bij 61% (19/31) argumenten voor een verhoogd valrisico.

Relatief weinig deelnemers aan TFI rapporteren zelf regelmatig klachten over het geheugen (9/70). Wanneer zij soms klachten hadden, werd dit niet als abnormaal beschouwd. Dit staat in contrast met de resultaten van de (G)OUD-basisvragenlijst, waar 81% van de kwetsbare personen (25/31) een abnormale klok tekent en/of geen drie eerder genoemde woorden kan reproduceren. Er valt wel te nuanceren dat we slechts bij een minderheid van deze personen met vermoeden voor geheugenproblemen een onvoldoende resultaat op de MMSE zien (namelijk bij 6 van de 23 deelnemers die een MMSE ondergaan).

De antwoorden op de vragen van TFI die peilen naar gemoed (“Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld?”) en eenzaamheid (“Mist u wel eens mensen om u heen?”) liggen in dezelfde lijn met de resultaten van (G)OUD-basisvragenlijst. 43% (30/70) van de totale studiepopulatie geeft aan zich de afgelopen maand somber te hebben gevoeld. Dit loopt gelijk met de resultaten van de GDS-minivragenlijst die bij de kwetsbare studiepopulatie werd afgenomen. Bij 39% van hen zien we een verhoogde score op de GDS-mini. 39% (27/70) geeft in de TFI aan wel eens mensen om zich heen te missen. Bij een derde van de kwetsbare populatie zien we met de (G)OUD-vragenlijst inderdaad een eenzaamheidsproblematiek.

Meer deelnemers geven in de TFI aan zich angstig of nerveus gevoeld te hebben (46%), dan de score op de *Hospital Anxiety and Depression Scale* doet vermoeden (hier scoorde 26% positief op aanwezigheid van angstklachten).

5.1.2. Psychisch en sociaal functioneren volgens (G)OUD

5.1.2.1. Algemeen. Zorgnoden en interventies.

Na het uitvoeren van de (G)OUD-basisvragenlijst bij 31 thuiswonende kwetsbare 75-plussers, zien we binnen psychische en sociale gezondheid het frequentst een mogelijk probleem met het geheugen (81%). Een probleem met valrisico komt bij deze kwetsbare studiepopulatie op de tweede plaats (61%). Daarna volgen problemen met depressie (39%), eenzaamheid (29%) en angst (26%). Een vermoeden van persoonlijkheidsstoornis komt in een vijfde van de gevallen voor. Een probleem in het ontvangen van mantelzorg wordt slechts bij 10% van de kwetsbare studiepopulatie aangegeven. Niemand geeft een probleem aan bij het geven van mantelzorg. We zien enkele patiënten die over de hele lijn slechter scoren en waar verschillende problemen in mentaal en psychosociaal functioneren samengaan en dus vermoedelijk op elkaar interageren. Zo kan bijvoorbeeld iemand met een verhoogd valrisico en valangst moeite hebben met deelname aan sociale activiteiten en zich daardoor eenzaam voelen. Gevoelens van eenzaamheid en angst kunnen bijvoorbeeld een rol spelen in de ontwikkeling van een depressie, maar kunnen ook ontstaan ten gevolge van de depressieve toestand. Ook het besef van achteruitgang in geheugen kan een depressie in de hand werken of angstklachten geven.

Een probleem met vallen is het best gekend bij de huisarts en wordt meestal al opgevangen, vermoedelijk omdat dit een probleem is dat op een opvallende manier verloopt (valpartij, verwondingen) en daardoor gemakkelijker aan het licht komt bij huisarts en omgeving. Angst wordt het vaakst miskend, al leek de omvang van de angst bij doorvragen meestal niet zeer problematisch. Ook problemen in geheugen en in het ontvangen van mantelzorg zijn in de meerderheid van de gevallen nog niet gekend of gedocumenteerd in de praktijk. Eenzaamheidsproblematiek is bij bijna de helft niet gekend. Dit illustreert dat het CGA een aantal problemen aan het licht brengt die in de dagdagelijkse praktijkvoering niet aan bod komen en door hun onopvallend verloop niet meteen herkend worden. Het systematisch bevragen van deze thema's maakt dat men problemen vroegtijdiger zal herkennen en bespreekbaar maken (zowel met de patiënt zelf als met de familie). Hierdoor kan men tijdig een actieplan opstellen en opvolging voorzien waar dit voorheen niet het geval was.

Indien een actie gewenst is door arts en patiënt, wordt dit in een zeer grote meerderheid van de gevallen ook uitgevoerd. Deze resultaten illustreren dat het praktijkverbeterend project wel degelijk een meerwaarde kon betekenen voor de praktijk. Ondernomen acties worden hieronder besproken. Ze zijn in het algemeen van weinig grote omvang en eenvoudig uit te voeren. Toch voelen we aan dat deze soms kleine interventies een beter inzicht in en betere opvang van de problematiek geven, zonder dat ze te belastend zijn voor de patiënt. Enkel bij eenzaamheid zien we minder ondernomen acties, omdat de bestaande projecten hieromtrent minder bleken te stroken met de wensen of verwachtingen van de patiënten.

Een belangrijke opmerking is dat een ongekend probleem niet steeds een *unmet need* is. Zo ook staat kennis van het probleem niet steeds gelijk aan "het probleem wordt al behandeld". Arts en patiënt moeten de aanpak van nieuwe problemen steeds kaderen in een holistisch zorgplan dat de

levenskwaliteit van de patiënt ondersteunt. De voordelen van de actie moeten opwegen tegenover de nadelen en belasting ervan. Indien de actie te belastend lijkt voor de te verwachten winst, kan men bewust beslissen geen actie te ondernemen.

Hieronder bespreken we per thema de gevolgen van het afnemen (G)OUD bij de kwetsbare populatie. Een indirect effect van dit praktijkverbeterend project is de hernieuwde aandacht voor en reflectie over de zorg van ouderen in de huisartsenpraktijk. Wetende dat dit project liep in de praktijk, kan het zijn dat de huisarts bewuster omging met geriatrische problemen en hier ook bij niet deelnemende patiënten meer oog voor had.

5.1.2.2. Geheugen

Door bij kwetsbare ouderen systematisch het geheugen na te gaan, vinden we toch zeer frequent aanwijzingen voor een probleem. In deze studiepopulatie is de vastgestelde geheugenproblematiek bij iets meer dan de helft nog niet gedocumenteerd. Achteruitgang in cognitie verloopt meestal onopvallend en wordt niet steeds opgemerkt door de huisarts tijdens de gewone raadpleging of het huisbezoek. Het wordt meestal pas gesignaleerd door patiënt en familie wanneer het duidelijke problemen geeft in dagelijks functioneren. Met (G)OUD zal men een beginnend geheugenprobleem eerder herkennen. Dit maakt het probleem in geheugen bespreekbaar bij de patiënt die dit anders tijdens een huisartscontact liever niet vermeldt. De resultaten geven bovendien weer dat bij de meeste patiënten het detecteren van geheugenproblemen wordt gevolgd door een verdere interventie, namelijk het eenvoudig uit te voeren MMSE om de geheugenproblematiek verder uit te klaren. Dit is een belangrijke eerste stap in de diagnose van dementie. Een vroege diagnose maakt dat men tijdig naar aanwijzingen voor een oorzaak kan zoeken. Zo kan men de patiënt en familie vroeg inlichten over het te verwachten functieverlies en mogelijke gedragsstoornissen. Daarnaast kan men al vroeg aandacht besteden aan de verwerking van de diagnose. Dit kan belangrijk zijn in het voorkomen van bijkomende angstklachten en depressie.

5.1.2.3. Angst

Een vierde van de kwetsbare studiepopulatie vertoont angstklachten volgens de (G)OUD-vragenlijst en bij de grote meerderheid van hen was dit nog niet gekend. Het CGA maakt hier een onderwerp bespreekbaar dat niet steeds aan bod komt bij de dagdagelijkse praktijkvoering en geeft de huisarts meer inzicht in de zorgen van de oudere. De angst blijkt meestal nooit van grote omvang en heeft vaak weinig tot geen invloed op het dagelijks functioneren. Vandaar dat een actie bij de helft van hen niet gewenst is. De actie bestaat hier uit het verder doorvragen naar de kenmerken, de oorzaken en de gevolgen van de angst. Meer ingrijpendere acties volgen niet, aangezien in deze studiepopulatie de angst nooit een pathologische omvang heeft.

Toch is het niet onbelangrijk op oudere leeftijd angsten te bevragen. Er zijn bijvoorbeeld angsten die vaak pas op latere leeftijd ontstaan, zoals de specifieke fobie gericht op angst om dement te worden (vergeetfobie) of agorafobie naar aanleiding van een val op straat. Angststoornissen kunnen bij ouderen minder duidelijk tot uiting komen dan bij jongeren, bijvoorbeeld via fysieke klachten. Of ouderen kunnen een terughoudendheid vertonen bij het uiten van psychische problemen en dan is het goed dat de arts hier actief naar screent. Soms kunnen angstklachten door de arts ten onrechte gezien worden als symptomen van een depressie. De HADS-A zal in deze gevallen helpen om verborgen angsten op het spoor te komen. Daarnaast is het niet onbelangrijk angstklachten verder te concretiseren omdat op oudere leeftijd de angst ook een somatische (hyperthyreoïdie), psychische

(dementie) of medicamenteuze (bijwerkingen) oorzaak kan hebben. Het vinden van een behandelbare oorzaak voor de angst kan bijvoorbeeld belangrijk zijn bij patiënten die benzodiazepines gebruiken voor de angst en die deze mogelijks kunnen stoppen dankzij een oorzakelijke behandeling.

5.1.2.4. Depressie

Bij 12 van de 31 kwetsbare deelnemers vermoeden we een depressie, dat bij 7 van hen wordt bevestigd door de GDS-15. Het probleem is bij de meerderheid wel gekend. Intuïtief voelen we aan dat de huisarts wel oog heeft voor depressie bij ouderen, al kan het CGA een depressie die atypisch verloopt aan het licht brengen. Dit laatste is frequent het geval bij ouderen. Wegens verschil in behandeling en prognose is het van belang de differentiaal diagnose met angst en dementie te maken. Ook hier dient men fysieke (pijn, verminderde mobiliteit), medicamenteuze (bijwerking), psychische (rouw, angst, geheugen) en sociale (verlies van naasten, veranderde rolpatronen) oorzaken op te sporen die men mogelijks kan aanpakken. Daarnaast vormt de systematische bevraging van depressieve symptomen opnieuw een uitnodiging voor de oudere om over zijn psychische problemen te durven praten.

5.1.2.5. Persoonlijkheidsstoornis

Een persoonlijkheidsstoornis is in deze studiepopulatie meestal gekend en volgt niet steeds door verder diagnostiek of onderzoek. Dit lijkt weinig zinvol ofwel omdat de patiënt in het verleden al psychiatrisch werd geëvalueerd ofwel omdat de patiënt en zijn omgeving al hebben leren omgaan met deze “karaktertrekken”. Het voordeel van een verdere evaluatie lijkt dan niet op te wegen tegen de last ervan. De GPS-vragenlijst maakt het wel mogelijk met de oudere en diens familie naar aanleiding van het resultaat te spreken over gedragssymptomen als suïcidaliteit, problemen met het karakter en conflicten. Doordat de GPS deel uitmaakt van een uitgebreid CGA kan men naar de patiënt toe ook de link met eventuele depressie en/of angst kaderen.

5.1.2.6. Vallen

Vallen blijkt het meest voorkomende probleem, maar ook het meest gekende en wordt daarom meestal al goed opgevangen. Dit lijkt logisch aangezien vallen een meer opvallend probleem is dan de andere besproken thema’s. Een valpartij valt namelijk moeilijk te negeren door de patiënt en zal bij de omgeving en huisarts vaker aan het licht komen door bijvoorbeeld verwondingen. In die gevallen waar het valrisico nog niet wordt aangepakt, zien we dat de patiënt zelf wat weerstand biedt tegen het opstarten van fysio- of ergotherapie of tegen het gebruik van loophulpmiddelen. Het terugkerend (bijvoorbeeld jaarlijks) CGA of regelmatig uitvoeren van de *get up and go test*, kan een hulpmiddel zijn in het sensibiliseren van de patiënt met valrisico. Het kan de huisarts ook helpen in het volgen van de evolutie van het valrisico. Een verslechtering moet een teken zijn om opnieuw naar mogelijke oorzaken te kijken zoals mobiliteitsstoornis (stoornissen in balans, lopen spierkracht), medicatie (slaap-en kalmeringsmiddelen), visusproblemen, voetproblemen, slecht schoeisel, valangst en veiligheid van de omgeving.

5.1.2.7. Eenzaamheid

Bij een derde van deze kwetsbare studiepopulatie zien we een eenzaamheidsproblematiek, voornamelijk ten gevolge van sociale oorzaken als gemis van een sterke relatie en weinig nieuwe sociale contacten. Ondanks dat na gesprek blijkt dat de oudere hier iets aan wenst te doen, wordt bij de helft van hen geen concrete actie ondernomen (bijvoorbeeld aanmelding in een dagcentrum). Dit komt omdat patiënten vaak terug willen naar sociale contacten van vroeger (overleden partner of

goede vrienden) of bijvoorbeeld willen dat de familie meer op bezoek komt. Bij voorstellen van sociale activiteiten of verenigingen reageert men dan eerder weigerachtig of afwachtend. Deze patiënten lijken geen nood te hebben aan een uitgebreider sociaal contact. Eenzaamheid is immers niet hetzelfde als “alleen zijn”. Iemand kan een klein sociaal netwerk hebben en zich toch niet eenzaam voelen. Iemand anders kan daarentegen ondanks een groot sociaal netwerk zich wel eenzaam voelen. Deze laatste persoon zal dan geen baat hebben aan initiatieven als dagcentra die het sociaal contact nog verhogen, aangezien hij of zij eigenlijk een gemis ervaart van een nauwe sterke relatie (partner, goede vrienden, (klein)kinderen).

Algemeen heerst bij deze problematiek een gevoel van machteloosheid bij de huisarts. De (G)OUD-vragenlijst is goed om een beeld te scheppen van de eenzaamheidsgevoelens en verwachtingen naar sociaal contact van de patiënt. Daarnaast biedt het een opening om de patiënt te informeren over bestaande initiatieven. De vraag is in hoeverre de verantwoordelijkheid van de huisarts in het aanpakken van eenzaamheid gaat. Het gaat hier om een maatschappelijke problematiek, waar ook buren, familie, vrienden en de patiënt zelf een rol in kunnen spelen.

5.1.2.8. Mantelzorg geven

Opvallend is dat niemand een probleem aangeeft in het geven van mantelzorg. Men kan zich de vraag stellen of hier werkelijk alles vlot verloopt. Misschien weet de mantelzorger niet dat het gemakkelijker kan of zijn er bepaalde redenen om het werk niet uit handen te geven. Het lijkt toch nuttig regelmatig te toetsen naar de draagkracht van de mantelzorger, al dan niet aan de hand van een CGA.

5.1.2.9. Mantelzorg ontvangen

De meerderheid van de studiepopulatie ontvangt mantelzorg (tweederde). Een minderheid maakt zich zorgen om zijn mantelzorger en hier wordt extra thuishulp aangeboden. We voelen wel aan dat het niet steeds duidelijk is voor de patiënt welke ondersteunende maatregelen nog mogelijk zijn en hoe men deze aanvraagt. 10% kan bij problemen geen beroep doen op iemand uit de eigen sociale omgeving (dus iemand anders dan de huisarts of zorgverleners). Idealiter volgen hier pogingen om het sociaal netwerk te verbeteren, al staat de huisarts hier vaak machteloos.

5.2. Beperkingen van het onderzoek

5.2.1. Opvolgtermijn en studie-opzet

Dit praktijkverbeterend project geeft een duidelijk inzicht in specifieke thema’s die de levenskwaliteit van de oudere bepaalt en leidt in sommige gevallen tot verder onderzoek of acties. Wat dit echter op lange termijn betekent voor de levenskwaliteit van deze patiënten kunnen we door de korte opvolging niet voorspellen. Dit komt omdat we de verdere effecten van de acties – door het korte tijdsbestek - niet hebben onderzocht. We kunnen de effecten van het CGA ook maar goed evalueren wanneer we een vergelijking maken met een controle-populatie (die geen CGA ondergaat). Het beste opzet zou dus een interventionele studie met langdurige opvolging zijn.

5.2.2. Studiepopulatie

In verband met de patiëntenselectie kan men opmerken dat doordat we in praktijk Semmerzake patiënten aanspraken die tijdens de onderzoeksperiode een afspraak hadden, we hier mogelijks patiënten die zeer weinig naar de huisarts komen hebben gemist. Dit kunnen patiënten zijn die de huisarts weinig bezoeken omdat ze effectief weinig problemen hebben. Maar dit kunnen evengoed

patiënten zijn met veel ongekende problemen die door het weinige contact met de huisarts niet herkend worden.

Daarnaast is de studiepopulatie eerder beperkt qua grootte, waardoor we voorzichtig moeten zijn bij vergelijking met voorgaande onderzoeken of andere praktijken. De beide praktijken werden ook niet gematcht qua onderzoekspopulatie waardoor vergelijkende uitspraken hier maar een beperkte waarde hebben.

5.2.3. Uitvoering (G)OUD

5.2.3.1. Leercurve

In verband met de uitvoering van het *comprehensive assessment* kan men ook een aantal opmerkingen formuleren. Ten eerste konden we een zekere leercurve ervaren bij het afnemen van de (G)OUD-vragenlijst. Bij de eerste patiënten verliep dit zeker minder vlot en het is goed mogelijk dat we hier enkele zaken verkeerd interpreteerden of te snel afhandelden. Naarmate we meer vragenlijsten afnamen, ging dit vlotter en konden we vermoedelijk betere adviezen geven. Door deze leercurve zelf te ervaren, merken we dat een goede opleiding van de onderzoeker belangrijk is. In het oorspronkelijke onderzoek naar het (G)OUD-protocol werden de praktijkverpleegkundigen hiervoor trouwens gedurende twee dagen opgeleid.

5.2.3.2. Variatie in afname

Ondanks de aanwezigheid van een stroomschema van (G)OUD, moesten beide HAIO's regelmatig bij elkaar aftoetsen of de antwoorden wel op dezelfde manier werden geïnterpreteerd en gescoord. Zelfs met dit overleg is variatie in afname tussen beide artsen mogelijk. Verschillende vragen en antwoorden zijn immers voor interpretatie vatbaar. Daarnaast is men bij veel vragen ook afhankelijk van de interpretatie van de patiënt en zijn/haar mogelijkheden de vragen correct te beantwoorden. Zo moet de patiënt heel frequent de eigen gezondheid beoordelen. Hier zagen we af en toe dat de patiënt in de ogen van de arts zijn/haar probleem durfde onder- of overschatten.

5.3. Het CGA in ons huidig gezondheidszorgsysteem

5.3.1. Een plaats voor CGA in de eerste lijn

Belangrijke kenmerken van het CGA zijn dat het een holistisch, patiëntgericht, pro-actief beleid en continuïteit moet bieden. Dit is alles waar de eerstelijnsgezondheidszorg voor staat. Toch lijkt de organisatie van de chronische zorg hier nog een hele uitdaging. Voor een optimale organisatie van een CGA stellen zich nog veel vragen. Wie neemt het CGA af en wie interpreteert het? Wie volgt de acties op? Hoe staat de huisarts hierin ten opzichte van andere zorgverleners? Hoe regelmatig neemt men een CGA af om problemen voor te zijn? Hoe wordt dit vergoed?

Dit alles op voorwaarde dat een CGA in de eerste lijn niet louter extra administratief werk met zich meebrengt, maar ook effectief blijkt in het verbeteren van de levenskwaliteit. Een goede uitkomst na een CGA hangt vooral af van een goede implementatie van het zorgplan dat uit het CGA voortkomt (29). Hier spelen zowel arts als patiënt een rol. Aminzadeh et al. (29) formuleren een aantal factoren die ervoor blijken te zorgen dat artsen zich aan het zorgplan houden. Hierin blijkt een goede communicatie tussen verschillende zorgverleners, het stellen van prioriteiten, een hoge tevredenheid over de *assessment tool* helpend in het uitvoeren van het zorgplan. Daarnaast worden acties ook beter opgevolgd wanneer de arts het probleem als belangrijk/ernstig erkent en wanneer de actie praktisch en gemakkelijk uit te voeren is. Acties die veel tijd en moeite vragen worden

minder goed uitgevoerd en opgevolgd. Interventies rond medicatie en ziektegerelateerde problemen worden in het algemeen meer toegepast dan preventieve interventies. De patiënt zelf zal zich beter houden aan het zorgplan wanneer er een goede communicatie tussen arts en patiënt bestaat. Een empathisch positief contact verhoogt de tevredenheid van de patiënt en zal hem/haar motiveren het zorgplan te volgen. In dit contact blijkt het inderdaad belangrijk de patiënt mee te laten beslissen of een actie wenselijk is. Hoe minder het aantal acties, hoe beter de patiënt deze opvolgt. Prioriteiten stellen is dus opnieuw van belang. Ook patiënten blijken gemakkelijke acties en medische acties (bijvoorbeeld medicatie) beter op te volgen dan preventieve acties (dieet, leefstijl). Ook een goed sociaal netwerk draagt bij tot succes van het zorgplan.

Samenvattend kan men zeggen dat het zorgplan realistisch moet zijn, gebaseerd op de verwachtingen en mogelijkheden van de patiënt. Het zorgplan bevat best concrete stappen en betrekt zo mogelijk familie en/of mantelzorger. Het zorgplan is best simpel door prioriteiten te stellen. Zulk zorgplan zal beter opgevolgd worden en leidt tot meer ondernomen acties waar dit gewenst was. Dit praktijkverbeterend project kon hier alvast in slagen: het zorgplan werd voor de meeste thema's goed opgevolgd en we verwachten hiervan dan ook een goede uitkomst. We pleiten aldus voor een plaats van een CGA binnen de zorg voor de oudere.

Men kan er echter niet omheen dat afname van een CGA een serieuze tijdsinvestering vraagt. We planden voor dit project per patiënt anderhalf uur in voor afname en interpretatie van de (G)OUD-vragenlijst. We hielden wel niet bij hoeveel tijd we hier effectief in staken, maar beide huisartsenpraktijken vonden het project zeker arbeidsintensief binnen de al drukke dagelijkse praktijk. Dit doet spontaan de vraag rijzen of de huisarts hier wel nog tijd voor heeft en tot wiens takenpakket dit moet behoren. Screening naar kwetsbaarheid kon in dit project het aantal af te nemen CGA's verminderen.

5.3.2. Suggesties voor verder onderzoek

Binnen ons huidig gezondheidszorgsysteem zien we een haalbaar alternatief in screening naar kwetsbaarheid in de eerste lijn, gevolgd door een CGA in het geriatrisch dagziekenhuis. Aangezien de eerste tekens van kwetsbaarheid zich al in de thuissituatie tonen, is screening hiernaar in de eerste lijn nuttig. In geval van een positieve screening naar kwetsbaarheid, kan het uitgebreid *assessment* en de uitwerking van het zorgplan gebeuren in het geriatrisch dagziekenhuis. Een extra voordeel hiervan is dat men hier over een multidisciplinair team beschikt en een nauwkeurige evaluatie kan maken, zeker bij de patiënt met complexe problematiek. Het zorgplan en de opvolging kunnen ten slotte via de huisarts teruggekoppeld worden naar de patiënt. Verder onderzoek naar een gestructureerde samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het geriatrisch dagziekenhuis lijkt ons nuttig.

Een ander mogelijk alternatief is dat de huisarts beroep doet op een praktijkassistent voor de afname van het CGA, zoals dit in Nederland reeds voor (G)OUD gebeurde. Dit vraagt een goede opleiding van de praktijkassistent en financiële en praktische omkadering voor de huisarts. In België is de praktijkassistent een nieuwer gegeven en de aanwerving van een praktijkassistent in veel praktijken voorlopig minder vanzelfsprekend. Ook dit alternatief kan in België onderwerp zijn voor verder onderzoek.

6. Besluit

Deze masterproef leidde tot het opzet en de evaluatie van een praktijkverbeterend project in twee verschillende huisartsenpraktijken. We voeren na screening naar kwetsbaarheid (a.d.h.v. de *Tilburg Frailty Indicator*) een CGA (a.d.h.v. (G)OUD) uit bij thuiswonende 75-plussers.

Van de 213 patiënten uit de doelpopulatie nemen 70 patiënten deel aan de screening naar kwetsbaarheid en we behalen hier dus een response rate van 32.7%. Bijna de helft (47%) van de deelnemers behalen op de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) een score van kwetsbaarheid. Dit komt overeen met 14,6% van de doelpopulatie. Zij ondergaan een uitgebreid *assessment* aan de hand van de (G)OUD-vragenlijst.

We brengen de resultaten van (G)OUD voor de mentale en psychosociale gezondheid van de kwetsbare studiepopulatie in kaart. Onder hen komt een probleem in het geheugen het meest voor (81% van de kwetsbare studiepopulatie). Een probleem met valrisico komt bij 61% van hen voor. Daarna volgen problemen met depressie (39%), eenzaamheid (29%) en angst (26%). Een vermoeden van persoonlijkheidsstoornis komt in een vijfde van de gevallen voor. Een probleem in het ontvangen van mantelzorg wordt slechts bij 10% van de studiepopulatie aangegeven. Niemand geeft een probleem aan bij het geven van mantelzorg. Een probleem met valrisico is door zijn opvallender verloop meestal reeds goed gekend. Angstklachten zijn het vaakst ongekend in de praktijk, al lijkt in deze populatie de ernst van de angst meestal niet zeer problematisch. Ook problemen in geheugen en in het ontvangen van mantelzorg zijn in de meerderheid van de gevallen nog niet gekend of gedocumenteerd in de praktijk. Eenzaamheidsproblematiek is bij bijna de helft niet gekend.

Dit illustreert dat (G)OUD een aantal problemen aan het licht kan brengen die in dagdagelijkse praktijkvoering niet aan bod komen en door hun onopvallend verloop niet meteen herkend worden. Het systematisch bevragen van deze thema's maakt dat men problemen vroegtijdiger zal herkennen en bespreekbaar maken. Hierdoor kan men tijdig een actieplan opstellen en opvolging voorzien waar dit voorheen niet het geval was. We zien ook dat verschillende problemen in mentaal en psychosociaal functioneren mogelijks op elkaar inspelen. Het verbeteren van één bepaald domein kan ook zijn effecten hebben op de andere domeinen.

In die gevallen waar arts en patiënt een actie voor het probleem wensen, wordt er meestal ook effectief een actie uitgevoerd. Het zorgplan wordt met andere woorden vrij goed gevolgd. Het zorgplan bestond in het algemeen uit kleine eenvoudige (diagnostische of therapeutische) interventies. We vermoeden dat deze kleine acties een beter inzicht geven in de problematiek van de oudere en tot een betere zorg leiden, zonder hiermee te belastend te zijn voor de patiënt. De voor- en nadelen van de interventies worden immers steeds ten opzichte van elkaar afgewogen. Enkel in het geval van eenzaamheid staan we soms machteloos, wanneer we de oudere niet kunnen helpen met interventies die gericht zijn op het vergroten van het sociaal netwerk.

Dit praktijkverbeterend project kon een duidelijk inzicht geven in specifieke thema's die de levenskwaliteit van de oudere bepaalt en de huisarts had hier ook meer aandacht voor. Ondanks dit voordelig effect, stelt men door zijn tijdsinvestering de haalbaarheid van een CGA in de huisartsenpraktijk in vraag. Screening naar kwetsbaarheid kon in dit project het aantal CGA's beperken tot die groep die er het meeste voordeel uit haalt. Een haalbaar alternatief is de screening naar kwetsbaarheid inderdaad in de eerste lijn te organiseren. Het is immers in de thuissituatie dat

de eerste tekens van kwetsbaarheid zich zullen tonen. In geval van een positieve screening naar kwetsbaarheid, kan het uitgebreid *assessment* en de uitwerking van het zorgplan gebeuren in het geriatrisch dagziekenhuis waar men over een multidisciplinair team beschikt. De huisarts koppelt dit zorgplan terug naar de patiënt en voorziet de verdere opvolging hiervan.

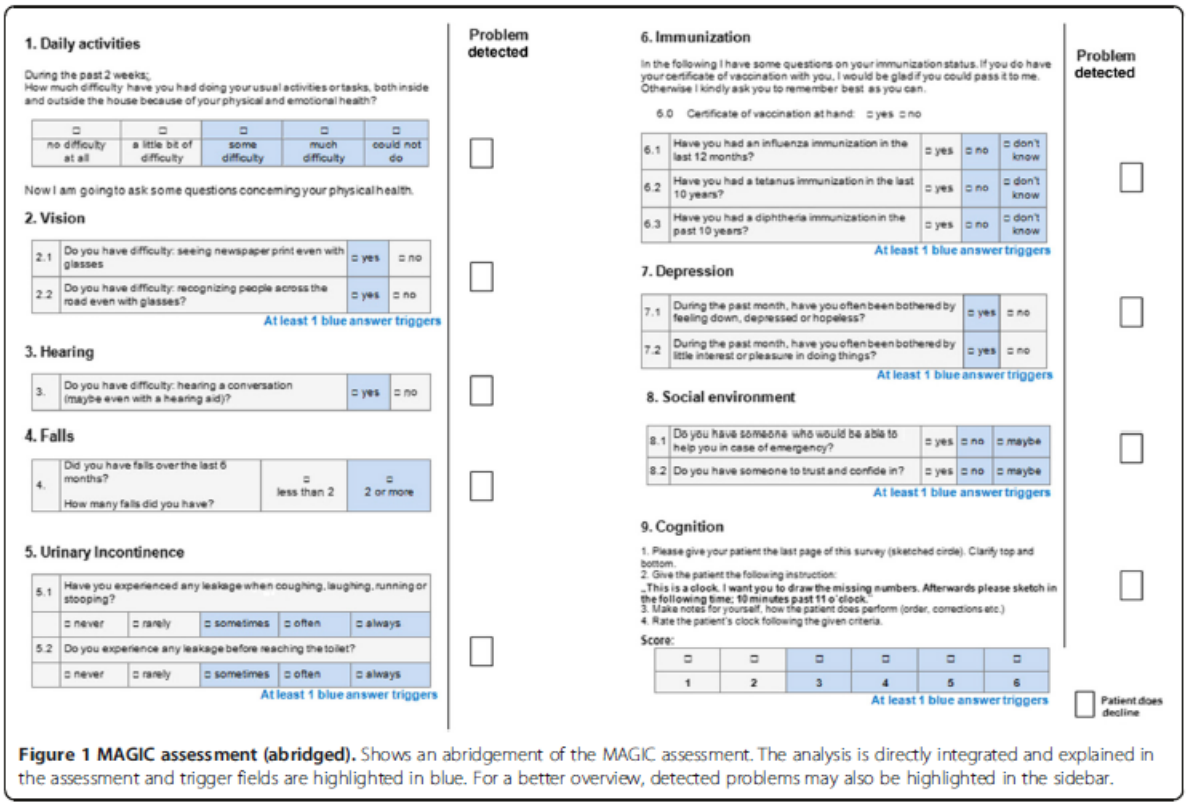
7. Referenties

1. Duyck J EM, Masure L, Paul JM. Bevolkingsvooruitzichten 2012-2060. Brussel: Federaal Planbureau, 2013. 2013.
2. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Quality in primary care. 2011;19(6):369-89. Epub 2012/02/22.
3. Junius-Walker U, Wiese B, Klaassen-Mielke R, Theile G, Muller CA, Hummers-Pradier E. Older patients' perceived burdens of their health problems: a cross-sectional analysis in 74 German general practices. Patient preference and adherence. 2015;9:811-20. Epub 2015/07/01.
4. Bluestein D, Rutledge CM. Perceived health and geriatric risk stratification: observations from family practice. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2006;52:626-7. Epub 2007/03/01.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2001;56(3):M146-56. Epub 2001/03/17.
6. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age and ageing. 2014;43(6):744-7. Epub 2014/10/23.
7. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. The Medical clinics of North America. 2015;99(2):263-79. Epub 2015/02/24.
8. Campen Cv. Kwetsbare ouderen. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag. 2011.
9. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. Journal of the American Medical Directors Association. 2010;11(5):338-43. Epub 2010/06/01.
10. Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz HH. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Results of a South Tyrol Study. Age and ageing. 2008;37(6):647-52. Epub 2008/08/16.
11. Gray LC, Newbury JW. Health assessment of elderly patients. Australian family physician. 2004;33(10):795-7. Epub 2004/11/10.
12. Williams ID, O'Doherty LJ, Mitchell GK, Williams KE. Identifying unmet needs in older patients--nurse-GP collaboration in general practice. Australian family physician. 2007;36(9):772-6. Epub 2007/09/22.
13. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. Journal of the American Geriatrics Society. 2000;48(1):8-13. Epub 2000/01/21.
14. Newbury JW, Marley JE, Beilby JJ. A randomised controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. The Medical journal of Australia. 2001;175(2):104-7. Epub 2001/09/15.
15. Senior HE, Parsons M, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Hoorn SV, et al. Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand. Age and ageing. 2014;43(3):418-24. Epub 2014/03/07.
16. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2008;371(9614):725-35. Epub 2008/03/04.
17. Duyver C, Van Houdt S, De Lepeleire J, Dory V, Degryse JM. The perception of the clinical relevance of the MDS-Home Care(C) tool by trainers in general practice in Belgium. Family practice. 2010;27(6):638-43. Epub 2010/07/28.
18. Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller CA, Theile G. "It's MAGIC" - development of a manageable geriatric assessment for general practice use. BMC family practice. 2015;16:4. Epub 2015/01/23.

19. Kerse N, Boyd M, McLean C, Koziol-McLain J, Robb G. The BRIGHT tool. Age and ageing. 2008;37(5):553-88. Epub 2008/08/30.
20. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. BMC Geriatr. 2004;4:4.
21. Monsieur G. VdNN, Velghe A., Petrovic M. Fragiele ouderen: verschillen ten opzichte van normale veroudering; evaluatie en maatregelen om de fysiologische functies te behouden. Tijdschr voor Geneeskunde. 2009;65(nr 17):783-7.
22. Stijnen MM, Duimel-Peeters IG, Jansen MW, Vrijhoef HJ. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices--project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. BMC Geriatr. 2013;13:7. Epub 2013/01/22.
23. Stijnen MM, Jansen MW, Duimel-Peeters IG, Vrijhoef HJ. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. BMC family practice. 2014;15:173. Epub 2014/10/26.
24. Stijnen MM, Van Hoof MS, Wijnands-Hoekstra IY, Guldemond-Hecker Y, Duimel-Peeters IG, Vrijhoef HJ, et al. Detected health and well-being problems following comprehensive geriatric assessment during a home visit among community-dwelling older people: who benefits most? Family practice. 2014;31(3):333-40. Epub 2014/04/17.
25. Deckers A. GJ, Willekens B., Helsmoortel A., Depraetere S., Degryse JM. Detectie van nieuwe zorgnoden bij kwetsbare ouderen: de gestructureerde GAZETO-agenda uitgetest. Huisarts Nu. 2014(43):210-4.
26. Rockwood K, Stadnyk K, Carver D, MacPherson KM, Beanlands HE, Powell C, et al. A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. Journal of the American Geriatrics Society. 2000;48(9):1080-5. Epub 2000/09/13.
27. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatrics & gerontology international. 2012;12(2):189-97. Epub 2012/01/12.
28. Grouwels Danielle SL, Vanden Bussche Piet. Dokteren met kwaliteit: Standaard Uitgeverij nv, Antwerpen; 2008.
29. Aminzadeh F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. Age and ageing. 2000;29(5):401-7. Epub 2000/12/07.

8. Bijlagen

Bijlage 1. MAGIC assessment



1. Daily activities

During the past 2 weeks;
How much difficulty have you had doing your usual activities or tasks, both inside and outside the house because of your physical and emotional health?

□	□	□	□	□
no difficulty at all	a little bit of difficulty	some difficulty	much difficulty	could not do

Now I am going to ask some questions concerning your physical health.

2. Vision

2.1	Do you have difficulty: seeing newspaper print even with glasses	□ yes	□ no
2.2	Do you have difficulty: recognizing people across the road even with glasses?	□ yes	□ no

At least 1 blue answer triggers

3. Hearing

3.	Do you have difficulty: hearing a conversation (maybe even with a hearing aid)?	□ yes	□ no

4. Falls

4.	Did you have falls over the last 6 months? How many falls did you have?	□ less than 2	□ 2 or more

5. Urinary Incontinence

5.1	Have you experienced any leakage when coughing, laughing, running or stooping?				
	□ never	□ rarely	□ sometimes	□ often	□ always
5.2	Do you experience any leakage before reaching the toilet?				
	□ never	□ rarely	□ sometimes	□ often	□ always

At least 1 blue answer triggers

Problem detected

6. Immunization

In the following I have some questions on your immunization status. If you do have your certificate of vaccination with you, I would be glad if you could pass it to me. Otherwise I kindly ask you to remember best as you can.

6.0 Certificate of vaccination at hand: □ yes □ no

6.1	Have you had an influenza immunization in the last 12 months?	□ yes	□ no	□ don't know
6.2	Have you had a tetanus immunization in the last 10 years?	□ yes	□ no	□ don't know
6.3	Have you had a diphtheria immunization in the past 10 years?	□ yes	□ no	□ don't know

At least 1 blue answer triggers

7. Depression

7.1	During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?	□ yes	□ no
7.2	During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?	□ yes	□ no

At least 1 blue answer triggers

8. Social environment

8.1	Do you have someone who would be able to help you in case of emergency?	□ yes	□ no	□ maybe
8.2	Do you have someone to trust and confide in?	□ yes	□ no	□ maybe

At least 1 blue answer triggers

9. Cognition

1. Please give your patient the last page of this survey (sketched circle). Clarify top and bottom.
2. Give the patient the following instruction:
„This is a clock. I want you to draw the missing numbers. Afterwards please sketch in the following time: 10 minutes past 11 o'clock."
3. Make notes for yourself, how the patient does perform (order, corrections etc.)
4. Rate the patient's clock following the given criteria.

Score:

□	□	□	□	□	□
1	2	3	4	5	6

At least 1 blue answer triggers

Problem detected

Patient does decline

Figure 1 MAGIC assessment (abridged). Shows an abridgement of the MAGIC assessment. The analysis is directly integrated and explained in the assessment and trigger fields are highlighted in blue. For a better overview, detected problems may also be highlighted in the sidebar.

Bijlage 2.BRIGHT tool

Thinking of how you have been in the last 3 months

1. In general do you have good health?	Yes	No
2. Do you need someone to help you get around indoors?	Yes	No
3. Have you tripped or fallen?	Yes	No
4. Do you get short of breath walking across the room?	Yes	No
5. Do you usually need someone to help you bathe or shower?	Yes	No
6. Do you usually need someone to help you comb your hair, brush your teeth, shave, apply makeup, or wash/dry your face and hands?	Yes	No
7. Do you usually need someone to help you dress your lower body?	Yes	No
8. Have you been bothered by feeling down, depressed or hopeless?	Yes	No
9. Do you have any difficulties making decisions about everyday activities?	Yes	No
10. Do you have memory problems that make everyday activities difficult?	Yes	No
11. Do you usually need any help with ordinary housework?	Yes	No
Did you fill in this questionnaire by yourself? If No, Who? _____	Yes	No

Bijlage 3. CGA in general practice van Eva Mann

Table 1: Geriatric assessment chart

Target problem	Diagnostic test	Cut-off value	Management strategies
Visual acuity	Jaeger's test [37]	≤20/40	Referral to ophthalmologist
Hearing acuity	Whisper test [38]	Failure to correctly repeat 3 whispered numbers	Removal of ear wax Referral to otolaryngologist
Urinary incontinence	IKO-4-Test [39]	4 defined questions ≥1 question answered positive	Change of existing drug prescription Pelvic floor muscle training Drug treatment Planning of in-depth exploration by GP Referral to urologist or gynaecologist
Depression	Geriatric depression scale, short version (GDS 4) [33]	4 defined questions ≥1 question answered positive	New antidepressant drug therapy Change of drug prescription Non-drug treatment strategy Planning of in-depth exploration by GP Referral to psychiatrist
Cognitive impairment	Memory Assessment Clinics Questionnaire (MAC-Q) [40]	6 defined questions (Score range 7 – 35) Score ≥25 suggestive of cognitive impairment	Follow-up examination in 6 months¶ Referral for memory assessment to neurologist or psychiatrist
ADL and IADL †	Katz's ADL scale (4 questions) [41] Two questions from Lawton [42]	Score ≤7 impairment of functioning in daily living (total score 0–9).	Planning of in-depth exploration by GP Referral according to underlying problem
Psychosocial circumstances	Do you have trustworthy persons giving you assistance at home? [43]	Yes/No	Contact with community nurse, neighbours or relatives
Sleep disorder	Do you suffer from frequent sleeping problems?	Yes/No	Non-Drug therapy Change of drug prescription Drug treatment Planning of in-depth exploration by GP Referral to psychiatrist/internist.
Influenza and pneumococcal Immunisation	Influenza vaccination within a one-year period [24] Pneumococcal vaccination within a three-year period [44]	Yes/No	Influenza or pneumococcal vaccination
Fall risk assessment	History of falls Timed Up and Go Test [45] Tandem – Stand Test [46]	Fall within last 6 months >20 s suggestive of balance or gait difficulties Score 0–4: >1 suggestive of balance or gait difficulty	Exploration of drug prescription Hip protector Source exploration Replacement of footwear initiated Instructed exercise training
Cardiovascular risk assessment	Lipid profile (mmol/l) [47,48] Blood pressure (mm Hg) [50] Hyperglycemia [51]	Chol > 5.95 mmol/l LDL > 3.36 mmol/l HDL < 1.16 mmol/l TG > 4.6 mmol/l BP_{syst} > 140 mmHg BP_{diast} > 80 mmHg Fasting blood glucose > 6.1 mmol/l	Change or onset of antilipidemic drug treatment Change or onset of antihypertensive drug treatment Change or onset of oral antidiabetic drug or insulin
Medication history	Number of prescribed drugs Number of over the counter medications [43]	>5 prescription drugs >3 over the counter drugs.	
Hospital stay	Hospital stay within a 5-months period [43]		
Nutrition	Body mass index	BMI normal range for the elderly 24 – 29, Waid Guide [52]	Planning of in-depth exploration by GP
Osteoporosis risk factors	9 items risk factor checklist [53]	Female sex Prior spontaneous fracture Family history of osteoporosis Immobilisation Premature menopause Glucocorticoid treatment Smoking Alcohol abuse Low body weight	Calcium and Vitamin D Bisphosophonate Selective estrogen-receptor modulator Calcitonin

† Basic and instrumental activities of daily living. ¶ Only for borderline cases (MAC-Q 22–24 points)

TABEL 2

Geriatrische evaluatie in de eerste lijn

Probleem	Diagnosetest	Vastgestelde drempelwaarde
Gezichtsscherpte	Jaegertest (letterkaart voor dichtbij)	≤ 20/40
Gehoorscherpte	Fluistertest	Niet in staat 3 gefluisterde getallen correct te herhalen
Urine-incontinentie	IKO-4-test	4 vaste vragen, ≥ 1 vraag positief beantwoord
Depressie	Geriatrische depressieschaal, korte versie (GDS 4)	4 vaste vragen; ≥ 1 vraag positief beantwoord
Cognitieve stoornis	Memory Assessment Clinics Questionnaire (MAC-Q)	6 vaste vragen (scorebereik: 7-35) Score ≥ 25 suggereert cognitieve stoornis
ADL en IADL[1]	ADL-schaal van Katz (4 vragen), 2 vragen van Lawton	Score ≤ 7 verstoring van functioneren in dagelijks leven (totale score 0–9)
Psychosociale omstandigheden	Zijn er betrouwbare mensen die u thuis helpen?	Ja/Nee
Slaapstoornis	Hebt u regelmatig problemen met slapen?	Ja/Nee
Vaccinatie tegen influenza en pneumokokken	Influenzavaccinatie binnen een periode van 1 jaar; pneumokokkenvaccinatie binnen een periode van 3 jaar	Ja/Nee
Evaluatie valrisico	Geschiedenis van valincidenten „Get up and go"-test Tandemstandtest	Valincident in de laatste 6 maanden Score >20 suggereert evenwichts- of loopstoornissen Score 0–4 : >1 suggereert evenwichts- of loopstoornis
Evaluatie cardiovasculair risico	Lipidenprofiel (mmol/l) Bloeddruk (mmHg) Hyperglykemie	Chol > 229 mg/dl LDL > 129 mg/dl HDL < 44 mg/dl TG > 400 mg/dl BD_{syst} > 140 mmHg BD_{diast} > 80 mmHg Nuchter bloedglucose > 110 mg/dl
Medicatiegeschiedenis	Aantal voorgeschreven geneesmiddelen Aantal vrij verkrijgbare geneesmiddelen	> 5 geneesmiddelen op recept > 3 vrij verkrijgbare geneesmiddelen
Ziekenhuisverblijf	Ziekenhuisverblijf binnen een periode van 5 maanden	
Voeding	Body-mass index	BMI normale waarden voor ouderen 24-29, Waid Guide
Risicofactoren osteoporose	Checklist 9 risicofactoren	Vrouwelijk geslacht Eerdere spontane fractuur Familieanamnese van osteoporose Immobilisatie Vroegtijdige menopauze Behandeling met glucocorticoïden Roken Alcoholmisbruik Laag lichaamsgewicht

[1] Basale en instrumentele activiteiten van het dagelijks leven.

Bijlage 4. Goedkeuring ethisch comité en goedgekeurd protocol

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Inwendige Ziekten & Geriatrie
Kliniekgebouw 2 - 1e verdieping
Prof. dr. Mirko PETROVIC
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0315	20-apr-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Effect van een comprehensive geriatric assessment in de eerstelijn op de mentale en psychosociale gezondheid van 75-plussers (MaNaMa Evy Luyten)

Belgisch Registratienummer: B670201627967

* Vragenlijsten
  - De Tilburg Frailty Indicator
  - Basisvragenlijst Keten Complexe Zorg voor Ouderen (versie april 2013)
  - Verdiepingsvragenlijst Keten Complexe Zorg voor Ouderen (versie april 2013)
  - Vroegtijdige Zorgplanning (versie 3 april 2011)
* Wachtzaalposter "Gezondheid van de oudere onder de loep"
* Antwoord onderzoekers dd. 17/04/2016 (ontv. via mail dr. E. Luyten dd. 20/04/2016) op opmerkingen EC dd. 04/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 19/04/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 20/04/2016)
* Vragenlijst patiëntentevredenheid (bijlage 5) - (aangepaste versie cfr. mail onderzoeker dd. 20/04/2016)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. PETROVIC ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 20/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorgaar het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 20/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 20/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0315	20-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC U2G 2016/0315

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Herinnert dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De lijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. PETROVIC - UZ Gent - Inwendige Ziekten & Geriatrie

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

EFFECT VAN EEN *COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT* IN DE EERSTELIJN OP DE MENTALE EN PSYCHOSOCIALE GEZONDHEID VAN 75-PLUSSERS

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. M. PETROVIC
- FUNCTIE: KLINIEKHOOFD GERIATRIE
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/INWENDIGE ZIEKTEN (GE 01)
- TELEFOONNUMMER: 09/332 23 66
- FAX: 09/332 52 51
- E-MAIL: MIRKO.PETROVIC@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. G. JOOS

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. T. POELMAN
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09/332 87 79
- FAX: 09/332 49 67
- E-MAIL: T.POELMAN@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. J. DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LUYTEN EVY
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479/809806
- E-MAIL: EVY.LUYTEN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. LAUWERIER DIRK
- ADRES: OPPERWEG 23, 9890 SEMMERZAKE
- TELEFOONNUMMER: 09/384 48 70
- E-MAIL: DIRK@LAUWERIER.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/05/2016 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2017

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ **VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)**
  - ❑ **VRAGENLIJSTEN**
  - ❑ **INTERVIEW**
- ❑ **RETROSPECTIEF ONDERZOEK**
  - ❑ **GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD**
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ **INTERVENTIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ **ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)**
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME
    - ❑ **KLINISCH ONDERZOEK**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

1. INLEIDING

MET DE TOENEMENDE VERGRIJZING VERWACHTEN WE OOK DAT MULTIMORBIDITEIT- HET GELIJKTIJDIG VOORKOMEN VAN VERSCHILLENDE ZIEKTES - MEER EN MEER ZAL VOORKOMEN. ONDANKS DE AANWEZIGHEID VAN ZIEKTES SCOREN OUDEREN HUN EIGEN LEVENSKWALITEIT NIET NOODZAKELIJK LAAG. OOK FUNCTIONALITEIT, INCONTINENTIE, VALINCIDENTEN, GEHEUGEN, SOCIALE OMKADERING EN GEMOED ZIJN MAAR ENKELE ANDERE THEMA'S DIE DE LEVENSKWALITEIT VAN DE OUDERE MEE BEPALEN. OM TIJDIG IN TE SPELEN OP EEN DREIGEND VERLIES AAN ZELFREDZAAMHEID VAN DE OUDERE, MOETEN WE VAN EEN REACTIEVE ZORG NAAR EEN PROACTIEVE ZORG, WAARBIJ MEN VROEGTIJDIG ANTICIPEERT OP MOGELIJKE PROBLEMEN BINNEN VOORGAANDE ZORGTHEMA'S. DIT VRAAGT OOK DAT WE NIET MEER KIJKEN NAAR ELKE INDIVIDUELE ZIEKTE OP ZICH, MAAR NAAR DE PATIËNT IN ZIJN GEHEEL (VAN ZIEKTEGERICHTE ZORG NAAR PERSOONSGERICHTE ZORG).

DEZE ZORG VOOR OUDEREN KAN GESTUURD WORDEN M.B.V. EEN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA). CGA IS EEN MULTIDIMENSIONELE BENADERING VAN DE GERIATRISCHE PATIËNT MET EEN BEOORDELING VAN ZIJN GEZONDHEID, WAARBIJ NAAST FYSIEKE GEZONDHEID

OOK WORDT GEKEKEN NAAR HET SOCIAAL, EMOTIONEEL, PSYCHISCH EN COGNITIEF FUNCTIONEREN. CGA IS IN TWEEDELIJN (ZIEKENHUISSETTING) GOUDEN STANDAARD IN DE BENADERING VAN DE OUDERE. EVIDENTIE VOOR CGA IN DE EERSTELIJN (HUISARTSENPRAKTIJK) HALEN WE UIT ENKELE RECENTE RANDOMISED CLINICAL TRIALS. GEEN ENKELE STUDIE KON EEN SIGNIFICANT EFFECT IN MORTALITEIT AANTONEN. EEN DALING VAN INSTITUTIONALISERING EN HOSPITALISERING WERD ENKEL GEZIEN INDIEN HET CGA BIJ EEN KWETSBARE POPULATIE WERD UITGEVOERD. PATIËNTEN DIE EEN CGA ONDERGINGEN BEHAALDEN BETER HUN PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN DAN DEZE DIE GEEN CGA ONDERGINGEN. DE STUDIES TONEN VERDER WISSELENDE RESULTATEN OP VLAK VAN FUNCTIONALITEIT, VALLEN, DEPRESSIE, GEHEUGEN, SOCIAAL LEVEN.. (ALLEN GEMETEN IN GERIATRISCHE SCHALEN). HOE LANGER DE PATIËNTEN WERDEN OPGEVOLGD IN DE STUDIE, HOE BETER DE RESULTATEN. DE POSITIEVE EFFECTEN EIGEN AAN EEN LANGE TERMIJN OPVOLGING (ZOALS HET SNEL OPPIKKEN VAN NIEUW ONTSTANE PROBLEMEN) WERDEN NIET DUIDELIJK IN STUDIES MET EEN KORTDURENDE OPVOLGING.

HET LIJKT LOGISCH DAT DE HUISARTS OOK ACTIEF DEELNEEMT AAN DEZE PROACTIEVE EN PERSOONSGERICHTE ZORG. DE HUISARTS KAN DE HIERBOVEN AANGEHAALDE LANGE TERMIJN OPVOLGING VOORZIEN EN TIJDIG INSPELEN OP VERHOOGDE KWETSBAARHEID (DIE VAAK AL START IN DE THUISSITUATIE). BOVENDIEN IS DE HUISARTS UITSTEKEND GEPLAATST OM DE PATIËNT EEN ZORG OP MAAT TE BIEDEN EN MEE DE PERSOONLIJKE DOELSTELLINGEN TE BEWAREN.
ER ZIJN ECHTER NOG HEEL WAT VRAGEN ROND DE HAALBAARHEID, BELASTING VOOR DE PATIËNT, DE EFFECTIVITEIT EN THERAPEUTISCHE GEVOLGEN VAN EEN CGA IN DE EERSTELIJN. HET IS OOK NOG NIET DUIDELIJK WELK INSTRUMENT BEST AANGEWEZEN IS VOOR EEN CGA IN DE EERSTELIJN, ALSOOK OF HET CGA BEST GEBEURT BIJ ALLE PATIËNTEN OF ENKEL BIJ KWETSBARE PATIËNTEN (DIE VIA SCREENING VOORAFGEGAAN AAN HET CGA BEKEND RAKEN).

2. 'ONDERZOEKSVRAAG' OF TE BESTUDEREN THEMA

LEIDT EEN "COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT" IN DE HUISARTSENPRAKTIJK TOT DETECTIE VAN NIEUWE ZORGNODEN, MEER BEPAALD IN MENTAAL EN PSYCHOSOCIAAL WELZIJN VAN 75-PLUSSERS? WELKE GEVOLGEN HEEFT DIT OP HET ZORGGEBRUIK? WAT ZIJN DE AANDACHTSPUNTEN, VOOR- EN NADELEN BIJ EEN CGA IN DE HUISARTSENPRAKTIJK? WAT DENKEN PATIËNTEN OVER HET CGA?

3. METHODE

3.1. REKRUTERING

DE BEHANDELEND ARTS ZAL DE DOELGROEP (75-PLUSSERS DIE THUIS OF IN EEN SERVICEFLAT WONEN) CONTACTEREN EN HEN VRAGEN OF DE HAIO HEN MAG CONTACTEREN IN HET KADER VAN HAAR MASTERPROEF. VERVOLGENS ZAL DE HAIO HEN CONTACTEREN VOOR VERDERE UITLEG EN TOESTEMMING. CONCREET ZULLEN ALLE PATIËNTEN VAN 75 EN OUDER, DIE ZICH TUSSEN MEI EN OKTOBER 2016 AANBIEDEN OP DE CONSULTATIE PERSOONLIJK AANGESPROKEN WORDEN. ZIJ KRIJGEN MONDELINGE EN SCHRIFTELIJKE UITLEG OVER OPZET EN DOELSTELLING VAN DE MASTERPROEF EN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING TOT DEELNAME OP VRIJWILLIGE BASIS. 75-PLUSSERS DIE ZICH NIET AANBIEDEN OP DE CONSULTATIE TUSSEN DIE PERIODE KRIJGEN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING TOT DEELNAME VIA DE POST.

3.2. BEVRAGING

DOOR MIDDEL VAN EEN KORTE SCREENINGSVRAGENLIJST DIE PEILT NAAR KWETSBAARHEID ('FRAILTY') ZAL MEN EERST NAGAAN OF ER BIJ DE PATIËNT SPRAKE IS VAN EEN DREIGENDE KWETSBAARHEID. ALS DE PATIËNT POSITIEF SCOORT OP DEZE SCREENING ZAL EEN VOLLEDIG CGA AAN DEZE PERSOON AANGEBODEN WORDEN. HET CGA ZELF BEHANDELT VIA VRAGEN EN KORTE TESTJES (BIJV. IETS ONTHOUDEN, UIT EEN STOEL RECHTKOMEN EN EVEN WANDELEN) VOLGENDE THEMA'S: MEDICATIE, FUNCTIONALITEIT IN HET DAGELIJKS LEVEN, INCONTINENTIE, ZICHT, GEHOOR, LEVENSSTIJL, MENTALE GEZONDHEID EN GEHEUGEN, EMOTIONELE GEZONDHEID EN GEMOEDSTOESTAND, VALLEN, SOCIALE OMKADERING EN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING.

3.3. OPVOLGING

DE RESULTATEN VAN HET CGA WORDEN BESPROKEN MET DE PATIËNT EN LEIDEN TOT EEN ACTIEPLAN MET DIAGNOSTISCHE EN THERAPEUTISCHE INTERVENTIES (BIJVOORBEELD VERANDERING IN ZORGGEBRUIK, VERWIJZING GERIATRISCH DAGZIEKENHUIS, VERWIJZING SPECIALIST).

3.4. ANALYSE

HET AANTAL KWETSBARE PATIËNTEN, DE NIEUWE ZORGNODEN IN MENTALE, PSYCHOSOCIALE EN EMOTIONELE GEZONDHEID, DE INTERVENTIES EN NIEUW ZORGGEBRUIK WORDEN GEDOCUMENTEERD. DE DEELNEMENDE PATIËNTEN KRIJGEN NOG EEN TEVREDENHEIDSENQUÊTE TOEGESTUURD OM TE PEILEN NAAR HUN IDEEËN ROND HET CGA.

4. WELKE RESULTATEN VERWACHT JE?

WE VERWACHTEN MET DIT ONDERZOEK EEN BETER ZICHT TE KRIJGEN OP DE GEZONDHEID EN ZELFREDZAAMHEID VAN ONZE OUDERE POPULATIE. DAARNAAST VERWACHTEN WE NIEUWE ZORGNODEN TE DETECTEREN, DIE VOORDIEN NOG NIET BEKEND WAREN. DOOR DEZE VROEGTIJDIG

OP TE SPOREN VERWACHTEN WE MINDER NOOD AAN INSTITUTIONALISERING, MINDER NOOD AAN ACUTE ZORG.

5. WELKE WINST LEVERT HET PROJECT OP?

VOOR DE DEELNEMENDE PATIËNT KAN DIT PROJECT EEN NAUWKEURIGE OPVOLGING, EEN AAN DE WENSEN VAN DE PATIËNT AANGEPAST ZORG, MINDER NOOD AAN ACUTE ZORG, MINDER HOSPITALISATIE EN UITSTEL VAN INSTITUTIONALISERING BETEKENEN. VOOR DE ARTSEN KAN DIT PROJECT EEN KWALITATIEF BETER WERKENDE PRAKTIJK OPLEVEREN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ **DIAGNOSTISCH**
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE **UNIVERSITEIT GENT**

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10 À 100

D. LEEFTIJD : 75+

E. GESLACHT : MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

DE BEHANDELEND ARTS ZAL DE DOELGROEP (75-PLUSSERS DIE THUIS OF IN EEN SERVICEFLAT WONEN) CONTACTEREN EN HEN VRAGEN OF DE HAIO HEN MAG CONTACTEREN IN HET KADER VAN HAAR MASTERPROEF. VERVOLGENS ZAL DE HAIO HEN CONTACTEREN VOOR VERDERE UITLEG EN OM TOESTEMMING TE VRAGEN VOOR

DEELNAME.
CONCREET ZULLEN ALLE PATIËNTEN VAN 75 EN OUDER, DIE ZICH TUSSEN MEI EN OKTOBER 2016 AANBIEDEN OP DE CONSULTATIE PERSOONLIJK AANGESPROKEN WORDEN. ZIJ KRIJGEN MONDELINGE EN SCHRIFTELIJKE UITLEG OVER OPZET EN DOELSTELLING VAN DE MASTERPROEF EN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING TOT DEELNAME OP VRIJWILLIGE BASIS. 75-PLUSSERS DIE ZICH NIET AANBIEDEN OP DE CONSULTATIE TUSSEN DIE PERIODE KRIJGEN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING TOT DEELNAME VIA DE POST.
HET PROJECT WORDT ALGEMEEN BEKEND GEMAAKT VIA EEN INFORMATIEVE POSTER IN DE WACHTZAAL EN EEN WOORDJE OP DE WEBSITE VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK (HTTP://WEBSITES.MIJNDOKTER.BE/HUISARTSENPRAKTIJKSEMMERZAKE/).

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK?

SCHRIFTELIJK:

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

MONDELING:

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE? DOOR EEN VERTROUWENSPERSOON

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

WE WENSEN ONS PROTOCOL TE BASEREN OP HET NEDERLANDSE (G)OUD PROJECT. DIT PROJECT WERD ONDERZOCHT DOOR STIJNEN ET AL. HET (G)OUD PROJECT BESTAAT UIT EEN PREVENTIEF HUISBEZOEK DOOR EEN PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE DIE SAMEN MET DE 75-PLUSSER VOLGENDE THEMA'S BEHANDELT: MEDICATIE, ZELFREDZAAMHEID, LICHAMELIJK FUNCTIONEREN (VISUS, GEHOOR, BLOEDDRUK), LEVENSSTIJL (BEWEGEN, ROKEN, ALCOHOL), PSYCHISCH FUNCTIONEREN (GEHEUGEN, ANGST, DEPRESSIE, PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN), SOCIAAL FUNCTIONEREN (VALLEN, MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE, EENZAAMHEID, MANTELZORG, FINANCIËN), KWALITEIT VAN LEVEN.

HET PROTOCOL IS TE VINDEN VIA VOLGENDE REFERENTIE:

STIJNEN MM, DUIMEL-PEETERS IG, JANSEN MW, VRIJHOEF HJ. EARLY DETECTION OF HEALTH PROBLEMS IN POTENTIALLY FRAIL COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE BY GENERAL PRACTICES--PROJECT [G]OLD: DESIGN OF A LONGITUDINAL, QUASI-EXPERIMENTAL STUDY. BMC GERIATR. 2013;13:7. EPUB 2013/01/22.

RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK ZIJN TE VINDEN VIA VOLGENDE REFERENTIE:

STIJNEN MM, JANSEN MW, DUIMEL-PEETERS IG, VRIJHOEF HJ. NURSE-LED HOME VISITATION PROGRAMME TO IMPROVE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND REDUCE DISABILITY AMONG POTENTIALLY FRAIL COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE IN GENERAL PRACTICE: A THEORY-BASED PROCESS EVALUATION. BMC FAMILY PRACTICE. 2014;15:173. EPUB 2014/10/26.

IN DEZE LONGITUDINALE STUDIE WERDEN 13 INTERVENTIEPRAKTIJKEN (DIE (G)OUD IMPLEMENTEREN) VERGELEKEN MET 11 CONTROLEPRAKTIJKEN (DIE HUN PRAKTIJKVOERING NIET VERANDEREN). DE RESULTATEN WAREN ALS VOLGT. (G)OUD WERD POSITIEF ONTHAALD DOOR DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGEN, DE HUISARTSEN EN DE PATIËNTEN. DE HUISARTSEN VONDEN DE METHODE WAARDEVOL DOORDAT ZE EEN BETER BEELD KREGEN VAN DE OUDEREN IN HUN PRAKTIJK EN DE PROBLEMATIEK DIE ER AANWEZIG IS. DIT LAAT HEN TOE SNELLER IN TE SPELEN OP PROBLEMEN EN EVENTUELE OPNAMES TE VOORKOMEN. ZOWEL PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE ALS HUISARTS WAREN TEVREDEN OVER DE NAUWE SAMENWERKING TUSSEN BEIDEN. DE OUDEREN ZELF KONDEN HET HUISBEZOEK EN DE AANDACHT DIE ZIJ KREGEN WAARDEREN EN VOELDEN ZICH ONDERSTEUND, AANGEZIEN ZIJ TIJDENS DIT MOMENT DE MOGELIJKHEID HADDEN HUN DAGELIJKSE ZORGEN TE UITEN.

DE AUTEURS VAN HET (G)OUD-ONDERZOEK MERKTEN IN HUN DISCUSSIE WEL OP DAT (G)OUD MOGELIJKS BETER WORDT BEPERKT TOT DEZE PATIËNTEN DIE ER HET MEESTE

VOORDEEL UIT HALEN, BV. PATIENTEN DIE REEDS EEN VERHOOGDE KWETSBAARHEID VERTONEN. (G)OUD BLEEK NAMELIJK RELATIEF WEINIG NIEUWE ZORGNODEN OP TE LEVEREN, VERMOEDELIJK AANGEZIEN ZE BIJ EEN RELATIEF GEZONDE POPULATIE WERD UITGEVOERD. DAAROM WENSEN WE IN ONZE STUDIE HET CGA TE LATEN VOORAFGAAN DOOR EEN SCREENINGSVRAGENLIJST DIE PERSONEN MET EEN VERHOOGDE KWETSBAARHEID OPSPOORT. DEZE MANIER VAN WERKEN ZAL VERMOEDELIJK OOK BIJDRAGEN TOT DE EFFECTIVITEIT EN HAALBAARHEID VAN EEN CGA IN EEN EERSTELIJNSPRAKTIJK. HET IS NAMELIJK ONMOGELIJK IN EEN DRUKKE HUISARTSENPRAKTIJK OM BIJ ALLE PATIËNTEN >75 JAAR EEN VOLLEDIG CGA UIT TE VOEREN. WE GINGEN OP ZOEK NAAR EEN GEPAST INSTRUMENT OM KWETSBARE PERSONEN TE SELECTEREN. WE OPTEERDEN HIERVOOR VOOR DE TILBURG FRAILTY INDICATOR, EEN KORTE DOOR DE PATIENT ZELF IN TE VULLEN VRAGENLIJST, MET RELATIEF GOED BESTUDEERDE PSYCHOMETRISCHE KENMERKEN IN DE EERSTELIJN EN EEN DUIDELIJKE CUT-OFF WAARDE. EEN BIJKOMEND VOORDEEL VAN DIT INSTRUMENT IS DAT HET BOVENDIEN DE MULTIDIMENSIONALITEIT VAN HET FRAILTY-CONCEPT (ZOWEL DE FYSIEKE, COGNITIEVE, PSYCHOLOGISCHE EN SOCIALE DIMENSIES) IN ACHT NEEMT. WE VERWIJZEN HIERVOOR VERDER NAAR ONDERSTAANDE BRONNEN.

PIALOUX T1, GOYARD J, LESOURD B. SCREENING TOOLS FOR FRAILTY IN PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. GERIATR GERONTOL INT. 2012 APR;12(2):189-97.

SIELIWONCZYK E, PERKISAS S, VANDEWOUDE M. FRAILTY INDEXES, SCREENING INSTRUMENTS AND THEIR APPLICATION IN BELGIAN PRIMARY CARE. ACTA CLIN BELG. 2014 AUG;69(4):233-9.

HTTPS://WWW.TILBURGUNIVERSITY.EDU/NL/ONDERZOEK/INSTITUTEN-EN-RESEARCHGROEPEN/TRANZO/ACADEMISCHEWERKPLAATSEN/OUDEREN/KENNISDELEN/MEETINSTRUMENTEN/

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ **JA: NAUWKEURIGERE OPVOLGING DAN 'STANDAARD', EEN AAN DE WENSEN VAN DE PATIËNT AANGEPASTE ZORG, MOGELIJKS MINDER NOOD AAN ACUTE ZORG, MOGELIJKS MINDER HOSPITALISATIE, MOGELIJKS UITSTEL VAN INSTITUTIONALISERING**
- ❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ **JA: KWALITATIEF BETER WERKENDE PRAKTIJK**
- ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ **JA: AFHANKELIJK VAN HET RESULTAAT VAN HET AFGENOMEN CGA ZULLEN DE NODIGE DIAGNOSTISCHE EN THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN AANGEBODEN WORDEN**
- ❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ **EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.**

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : BLOEDING NA VACCINATIE, ALLERGISCHE REACTIE OP VACCINATIE, VALRISICO BIJ UITVOEREN VAN OPDRACHT, EMOTIONELE INSTABILITEIT DOOR CONFRONTATIE VAN DE OUDERE MET ZIJN EIGEN GEZONDHEID

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ **JA**
❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? HAIO (HUISARTS IN OPLEIDING), PRAKTIJKOPLEIDER, ARTS VAN DE WACHTDIENST

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ **JA**
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ **JA**
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? BINNEN DE DAGUREN ZIJN DIT DR. LUYTEN EVY (HAIO) EN DR. LAUWERIER DIRK (PRAKTIJKOPLEIDER), BINNEN DE WACHTUREN IS DIT DE HUISARTS VAN WACHT

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

AANGEZIEN DEZE METHODE TOT DOEL HEEFT VERBORGEN ZORGNODEN TE IDENTIFICEREN, VERWACHTEN WE DEZE ZORGNODEN VROEGTIJDIG TE ONTDEKKEN EN AAN TE PAKKEN. DIT KAN MINDER NOOD AAN ACUTE ZORG, MINDER HOSPITALISATIE EN UITSTEL VAN INSTITUTIONALISERING MET ZICH MEEBRENGEN EN ALDUS EEN DALING VAN DE KOSTEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG.

HET CGA TOEPASSEN IN DE PRAKTIJK VRAAGT OOK EEN STERKE WISSELWERKING EN COMMUNICATIE TUSSEN ARTS EN PATIËNT. DE RESULTATEN VAN HET CGA LEIDEN IMMERS TOT EEN ACTIEPLAN DAT MOET STROKEN MET DE VERWACHTINGEN, IDEEËN EN WENSEN VAN DE PATIËNT. ZO CREËERT HET CGA ZORG OP MAAT. DE SAMENSPRAAK TUSSEN ARTS EN PATIËNT KAN OOK DE ARTS-PATIËNTRELATIE BEVORDEREN.

MET HET CGA WORDT DE OUDERE PATIËNT MOGELIJKS NAUWKEURIGER EN VAN DICHTERBIJ OPGEVOLGD DAN GEWOONLIJK. ER WORDEN THEMA'S BESPROKEN DIE ANDERS TIJDENS EEN CONTROLEBEZOEK NIET AAN BOD KOMEN (OMDAT HET OP DAT MOMENT NOG GEEN NOEMENSWAARDIGE PROBLEMEN MET ZICH MEEBRENGT, OMDAT DE ARTS ER NIET SYSTEMATISCH OOG VOOR HEEFT, OMDAT DE OUDERE HIER UIT ZICHZELF NIET OVER SPREEKT, OMDAT DE OUDERE EN OMGEVING DEZE ZAKEN TOESCHRIJVEN AAN EEN NORMAAL VEROUDERINGSPROCES…).

UIT EVIDENTIE UIT ZIEKENHUISSTUDIES (1) EN UIT BEPERKTE STUDIES UIT DE EERSTELIJN, VERWACHTEN WE DAT EEN CGA ONS EEN BETER ZICHT GEEFT OP DE GEZONDHEID EN ZELFREDZAAMHEID VAN ONZE OUDERE POPULATIE EN ONS KAN HELPEN EN KWALITATIEF BETERE ZORG AAN TE BIEDEN.

(1) EEN CGA WORDT DOOR DE BRITISH GERIATRICS SOCIETY ALS GOUDEN STANDAARD AANGEHAALD IN DE ZORG VAN PERSONEN MET KWETSBAARHEID. ZIE VOLGENDE REFERENTIE:
TURNER G, CLEGG A. BEST PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF FRAILTY: A BRITISH GERIATRICS SOCIETY, AGE UK AND ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS REPORT. AGE AND AGEING. 2014;43(6):744-7. EPUB 2014/10/23.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ☐ **NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT GEEN NIEUWE SUBSTANTIE GETEST**

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. **ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, EENMALIG**

B. **FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN**

WELKE: TIMED UP AND GO TEST, KLOKTEST (MINI-COG, MMSE)

OM DE 1X: EENMALIG

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

D. BLOEDAFNAMEN :

E. WEEFSELAFNAME :

F. ANDERE :

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING**
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :
NAAM : DR. LUYTEN EVY
HANDTEKENING :

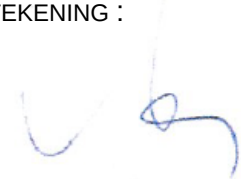
PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM : DR. LAUWERIER DIRK
HANDTEKENING :



PROMOTOR

DATUM :
NAAM : PROF. DR. PETROVIC MIRKO
HANDTEKENING :



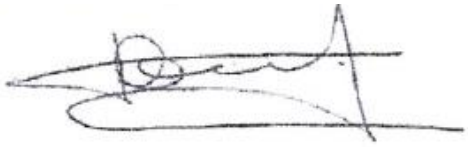
CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM : DR. POELMAN TOM
HANDTEKENING :



DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : PROF. DR. J. DE MAESENEER
HANDTEKENING :



Bijlage 5. Informatiebrief

Huisartsenpraktijk Semmerzake **Dr. Lauwerier Dirk**
Opperweg 23 **Dr. Luyten Evy**
9890 Semmerzake **Tel: 09/384 48 70**

"GEZONDHEID VAN DE OUDERE ONDER DE LOEP"

EFFECT VAN EEN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN DE EERSTELIJN OP DE MENTALE EN PSYCHOSOCIALE GEZONDHEID VAN 75-PLUSSERS

Geachte heer/mevrouw,

Door middel van deze brief willen wij u graag inlichten over een nieuw onderzoeksproject dat binnenkort in onze praktijk zal lopen.

1. Wat is het doel van dit onderzoek?

'Hoe is het met uw algemene gezondheid gesteld?'; 'Hoe vlot lukt het nog om thuis/in een serviceflat te wonen en voor zichzelf te zorgen?'; 'Hebt u bij sommige zaken al eens hulp nodig?'; 'Hoe staat het met uw geheugen, uw sociaal leven?' en 'En hoe gelukkig voelt u zich?'

Dit zijn maar enkele vragen waar wij met een nieuw project dieper wensen op in te gaan. Dit project neemt de **fysieke, psychische en sociale gezondheid** van **zelfstandig wonende 75-plussers** onder de loep. Ouder worden gaat immers vaak gepaard met verschillende ziektes of beperkingen die het zelfstandig wonen bemoeilijken. Samen met u wensen we stil te staan bij vragen of problemen die anders minder aan bod komen, maar wel belangrijk zijn in een kwaliteitsvol leven.

Met deze brief zouden wij U willen uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek. Ik wil u daarom vragen de onderstaande punten zorgvuldig door te nemen. Indien u akkoord gaat en wenst deel te nemen aan ons project kan u het bijgevoegde **toestemmingsformulier** ondertekenen.

2. Wat wordt onderzocht? Hoe wordt dit onderzoek uitgevoerd?

Concreet zullen we in dit project via een korte vragenlijst (deze vragenlijst vindt u in bijlage) nagaan of er bij u sprake is van een (dreigende) kwetsbaarheid op fysiek, psychisch en sociaal functioneren.

Indien dit zo blijkt, zullen we via een meer uitgebreide vragenlijst en een paar eenvoudige testen (bijvoorbeeld: uit een stoel opstaan en enkele stappen zetten, iets tekenen, even iets onthouden…) dieper ingaan op volgende thema's:

Medicatie - Functionaliteit in het dagelijks leven - Incontinentie voor urine – Zicht – Gehoor – Levensstijl – Mentale gezondheid en geheugen - Emotionele gezondheid en gemoedstoestand – Vallen - Sociale omkadering – Overleg rond waarden en wensen in zorg aan het levenseinde

Vervolgens bekijken we aan de hand van uw testresultaten samen of de zorg voor u nog beter kan georganiseerd worden.

We trekken voor dit onderzoek anderhalf uur uit. Het onderzoek kan gespreid worden over meerdere contactmomenten en zowel op de praktijk als bij u thuis plaatsvinden. U kan hiervoor een afspraak vastleggen op het nummer **09/384 48 70**. Gelieve reeds **bijgevoegde vragenlijst** rond kwetsbaarheid in te vullen en mee te nemen op uw afspraak.

3. Wie kan deelnemen?

U kunt enkel deelnemen aan het onderzoek indien u > 75 jaar bent en nog zelfstandig woont.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Uw deelname aan dit onderzoek zal mogelijk nieuwe gezondheidsproblemen aan het licht brengen. Hieraan kunnen wij dan de nodige behandeling of doorverwijzing aan koppelen. Daarenboven zal uw deelname ervoor zorgen dat wij een beter zicht krijgen op de ongekende zorgproblemen in onze praktijk.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek, uw deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek kan dit alsnog. Door bijgevoegd toestemmingsformulier in te vullen, geeft u uw toestemming om mee te werken aan dit onderzoek.

6. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Dit project maakt deel uit van een **onderzoek** in het kader van de huisartsenopleiding van Dr. Evy Luyten (huisartsenpraktijk Semmerzake, Gavere) en Dr. Ine Strybol (huisartsenpraktijk Kwatrecht, Wetteren). Door bijgevoegd toestemmingsformulier in te vullen, geeft u uw toestemming mee te werken aan dit onderzoek en bepaalde gegevens uit uw dossier gecodeerd te laten verwerken en opslaan. Gecodeerde gegevens zijn versleuteld onder de vorm van een code zodat deze niet meer direct tot uw persoon te herleiden zijn.

7. Zijn er kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er zijn geen extra kosten verbonden aan de deelname. Er wordt echter ook geen financiële vergoeding voorzien voor deelname aan het onderzoek.

8. Goedkeuring ethische toetsingscommissie van medisch onderwijsonderzoek en verzekering.

De studie is goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Faculteit Geneeskunde – Universiteit Gent (toetsingscommissie). Het onderzoek zal gedekt worden door de verzekering van de Universiteit Gent.

9. Wilt u verder nog iets weten?

Indien het u zou interesseren om deel te nemen aan ons onderzoeksproject, kan u Dr. Evy Luyten steeds contacteren via het nummer **09/384 48 70** voor bijkomende informatie en/of vragen. Alsook kan u via deze weg een afspraak voor het onderzoek vastleggen. Het onderzoek kan dan eerst nogmaals mondeling toegelicht worden alvorens u beslist wel/niet deel te nemen.

Wij durven alvast van harte hopen op uw medewerking en danken U bij voorbaat.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Lauwerier Dirk

Dr. Luyten Evy

Bijlage 6. Toestemmingsformulier

Huisartsenpraktijk Semmerzake **Dr. Lauwerier Dirk**
Opperweg 23 **Dr. Luyten Evy**
9890 Semmerzake **Tel: 09/384 48 70**

TOESTEMMINGSFORMULIER

"GEZONDHEID VAN DE OUDERE ONDER DE LOEP"

EFFECT VAN EEN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN DE EERSTELIJN OP DE MENTALE EN PSYCHOSOCIALE GEZONDHEID VAN 75-PLUSSERS

Ik, ondergetekende, ……, heb de informatiebrief rond deelname aan de studie "Effect van een comprehensive geriatric assessment in de eerstelijn op de mentale en psychosociale gezondheid van 75-plussers" gelezen en er een kopij van gekregen. Ik bevestig hierbij ingelicht te zijn omtrent de aard en het doel van de studie. Ik kon vragen stellen en kreeg hierop de nodige antwoorden. Ik stem hiermee in op vrijwillige basis deel te nemen aan dit onderzoek onder de voorwaarden die in de informatiebrief vermeld zijn. Ik ben ervan op de hoogte dat ik op elk moment mijn deelname aan het onderzoek weer mag intrekken zonder dat dit een invloed zal hebben op de relatie met mijn arts. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden. Ik werd er tenslotte van op de hoogte gesteld dat de studie waaraan ik zal deelnemen, werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Faculteit Geneeskunde, Universiteit Gent en dat het onderzoek door de verzekering van Universiteit Gent gedekt wordt.

Naam deelnemer:……..

Datum: ……/…… / 20….. Handtekening

Ik, ondergetekende, Dr. …… bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen. De studie is goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Faculteit Geneeskunde – Universiteit Gent (toetsingscommissie) en zal gedekt worden door de verzekering van Universiteit Gent.

Naam onderzoeker: ……

Datum: ……/…… / 20….. Handtekening

Bijlage 7. Wachtzaalposter



Bijlage 8. Tilburg Frailty Indicator

De Tilburg Frailty Indicator

Bron: Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010; 11(5):344-355.

ONDERDEEL A DETERMINANTEN VAN FRAGILITEIT

1.	Wat is uw geslacht?	0 man	0 vrouw
2.	Wat is uw leeftijd?	.....jaar	
3.	Wat is uw burgerlijke staat?	0 gehuwd of samenwonend 0 ongehuwd 0 gescheiden 0 weduwnaar/weduwe	
4.	Wat is uw geboorteland?	……..	
5.	Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt?	0 geen of lager onderwijs 0 middelbaar onderwijs 0 hoger beroepsonderwijs of universiteit	
6.	In welke categorie valt het netto maandinkomen van uw huishouden?	0 €600,- of minder 0 €601,- tot en met €900,- 0 €901,- tot en met €1200,- 0 €1201,- tot en met €1500,- 0 €1501,- tot en met €1800,- 0 €1801,- tot en met €2100,- 0 €2101,- of meer	
7.	Hoe gezond vindt u alles bij elkaar uw manier van leven?	0 gezond 0 niet gezond, niet ongezond 0 ongezond	
8.	Heeft u twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen?	0 ja	0 nee
9.	Heeft u het afgelopen jaar één of meerdere van de volgende gebeurtenissen meegemaakt?		
	- het overlijden van een dierbaar persoon	0 ja	0 nee
	- een ernstige ziekte van uzelf	0 ja	0 nee
	- een ernstige ziekte van een dierbaar persoon	0 ja	0 nee
	- een scheiding, verbreking duurzame, intieme relatie	0 ja	0 nee
	- een verkeersongeval	0 ja	0 nee
	- een misdrijf	0 ja	0 nee
10.	Bent u tevreden met uw woonomgeving?	0 ja	0 nee

ONDERDEEL B COMPONENTEN VAN FRAGILITEIT

B1 LICHAMELIJKE COMPONENTEN

11.	Voelt u zich lichamelijk gezond?	0 ja	0 nee
12.	Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen? *(veel is: 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand)*	0 ja	0 nee

Heeft u problemen in het dagelijks leven door …….

13.	.....slecht lopen?	0 ja	0 nee
14.	.....het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht?	0 ja	0 nee
15.	.....slecht horen?	0 ja	0 nee
16.	.....slecht zien?	0 ja	0 nee
17.	.....weinig kracht in uw handen?	0 ja	0 nee
18.	.....lichamelijke moeheid?	0 ja	0 nee

B2 PSYCHISCHE COMPONENTEN

19.	Heeft u klachten over uw geheugen?	0 ja	0 soms	0 nee
20.	Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld?	0 ja	0 soms	0 nee
21.	Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld?	0 ja	0 soms	0 nee
22.	Kunt u goed omgaan met problemen?	0 ja		0 nee

B3 SOCIALE COMPONENTEN

23.	Woont u alleen?	0 ja		0 nee
24.	Mist u wel eens mensen om u heen?	0 ja	0 soms	0 nee
25.	Ontvangt u voldoende steun van andere mensen?	0 ja		0 nee

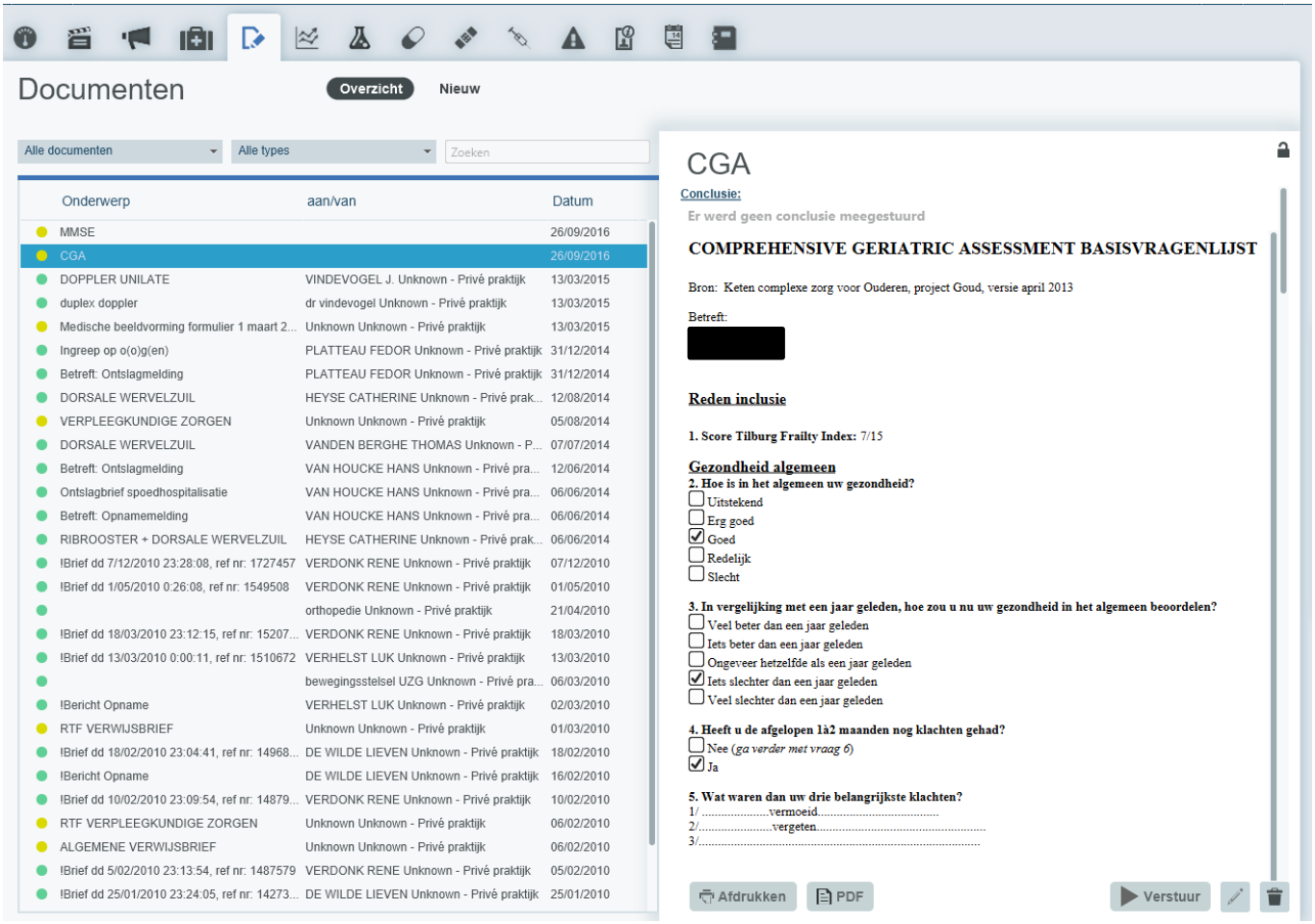
SCOREFORMULIER TFI

Scoring onderdeel B: range van 0 tot 15

Vraag		Score:
Vraag 11:	ja = 0, nee = 1	
Vraag 12:	nee = 0, ja = 1	
Vraag 13 t/m 18:	nee = 0, ja = 1	
Vraag 19:	nee/soms = 0, ja = 1	
Vraag 20 en 21:	nee = 0, ja/soms = 1	
Vraag 22:	ja = 0, nee = 1	
Vraag 23:	nee = 0, ja = 1	
Vraag 24:	nee = 0, ja/soms = 1	
Vraag 25:	ja = 0, nee = 1	
		Totaal:

Interpretatie:
Afkappunt = 5 (bij ≥5 is iemand fragiel)

Bijlage 9. Screenshot medisch dossier



Bijlage 10. (G)OUD-stroomschema

Stroomschema

[GOUD]

ZIO, Zorg in Ontwikkeling

Versie 1

INLEIDING

Dit stoomschema is (conform het [G]OUD consult) ingedeeld in vier onderdelen: lichamelijk functioneren, leefstijl, psychisch en sociaal functioneren. Vervolgens wordt een indeling gemaakt per thema (bijvoorbeeld Geheugen, Angst, Depressie, Persoonlijkheidsstoornissen). Per thema wordt schematisch weergegeven:

- Welke vragen uit het [G]OUD basisconsult het specifieke thema bevragen;
- Hoe de antwoorden van de oudere op de betreffende vraag geïnterpreteerd dienen te worden;
- Wanneer er een nabespreking met de HA dient plaats te vinden;
- Welke vervolgacties (o.a. verdere diagnostiek) ondernomen dienen te worden;
- Hoe het zorgbehandelplan er uit dient te zien indien het probleem inderdaad aanwezig is.

INHOUDSOPGAVE

Protocol Lichamelijk functioneren **p.04**
- Ervaren gezondheid p.04
- Medicijnen p.05
- HDL/ADL p.06
- Incontinentie p.07
- Visus p.08
- Gehoor p.09
- BMI/Ondervoeding p.10
- Bloeddruk p.11

Protocol Leefstijl **p.12**
- Bewegen p.12
- Roken p.13
- Alcohol p.14

Protocol Psychisch functioneren **p.15**
- Geheugen/Dementie p.15
- Angst p.17
- Depressie p.19
- Persoonlijkheidsstoornissen p.21

Protocol Sociaal functioneren **p.22**
- Veiligheid/Vallen p.22
- Maatschappelijke participatie/Eenzaamheid p.24
- Mantelzorg geven p.26
- Mantelzorg ontvangen p.27
- Financiën p.29
- Kwaliteit van leven p.30
- Type woning p.30

(Klik op de hyperlinks om direct naar het betreffende onderdeel te gaan.)

1. PROTOCOL LICHAMELIJK FUNCTIONEREN

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
ERVAREN GEZOND-HEID	**VRAAG 2** Hoe is in het algemeen uw gezondheid? **VRAAG 3** In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid beoordelen? **VRAAG 4** Heeft u de afgelopen 1 à 2 maanden nog klachten gehad? **VRAAG 5** Zo ja wat waren de 3 belangrijkste klachten?	***Aandachtspunt POH*** *Indien de oudere aangeeft dat het minder goed gaat, aangeven dat je in kaart gaat brengen wat er scheelt. Aan het einde van de vragenlijst aan de oudere vragen of alle zaken aan de orde zijn geweest indien het minder goed gaat.* **OVERLEG HA INDIEN** ☞ de oudere aangeeft dat het met de gezondheid redelijk/slecht gaat en slechter dan een jaar geleden (vraag 2/3); ☞ de oudere klachten heeft ervaren (vraag 4). HA dient hierbij het gehele risicoprofiel [G]OUD te bekijken.	Afhankelijk van de gesignaleerde klachten. Het totaal [G]OUD profiel bekijken.	Afhankelijk van de gesignaleerde klachten opnemen als aandachtspunt.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
MEDICIJNEN	**VRAAG 6** Gebruikt u medicatie, inclusief zelfzorgmiddelen? ☐ Ja, 1 tot 4 ☐ Ja, 5 of meer ☐ Nee **VRAAG 7** Heeft u een actueel medicatieoverzicht (verkregen via apotheek)? Zo ja, Komt dit overeen met de uitdraai uit het HIS? Zo nee, geef hieronder de verschillen weer **VRAAG 8** Heeft u hulp nodig bij het gebruik van u medicatie (bv. in de vorm van blister/mantelzorger)?	Actueel medicatieoverzicht van de patiënt (verkregen via apotheek) naast de HIS-uitdraai leggen. Het gaat hier niet alleen om voorgeschreven medicatie maar ook om homeopathische middelen en OTC-medicatie. Aandacht voor: - het naleven van de voorschriften en bijwerkingen; - ondersteuning bij inname (door mantelzorger en/of blister). **OVERLEG HA INDIEN** ☞ 5 of meer medicijnen gebruikt (= polyfarmacie); ☞ HIS-uitdraai en medicatieoverzicht niet overeenkomt; ☞ de oudere hulp nodig heeft bij gebruik medicatie.	**Bij problemen op het gebied van medicatiegebruik en/of bij polyfarmacie patiënt** Indien patiënt WEL doorstroomt naar deel II van de keten: Probleem signaleren en opnemen in het zorgbehandelplan dat het Protocol Medicatiereview van toepassing is. Dit maakt dan onderdeel uit van de DBC. Indien patiënt NIET doorstroomt naar deel II van de keten: Probleem signaleren en met huisarts en evt apotheker bespreken of Medicatiereview wenselijk is. Dit is reguliere zorg en valt niet onder de DBC NB. Huisarts bekijkt medicatiegebruik/ bijwerkingen/eventuele problemen in combinatie met het gehele risicoprofiel [G]OUD, m.n. van belang zijn problemen op het gebied van cognitie, visus en ADL.	Indien medicatieherziening bij complexe problematiek noodzakelijk is kan het Geriatrieteam geconsulteerd worden. Stel zo nodig de verzorgenden (thuiszorg, mantelzorg, verpleegkundigen) op de hoogte van de wijzigingen zodat zij ook de medicatiewijzigingen kunnen doorvoeren in hun eigen registratiesysteem. **NB. Medicatiereview door apotheker en huisarts 1xpj** De huisarts houdt 1 keer per jaar een medicatiereview met de apotheker voor alle geïncludeerde patiënten in deel II van de keten. De POH bereidt deze besprekingen per patiënt zo ver mogelijk voor, zie Protocol Medicatiereview.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
HDL/ADL	**VRAAG 9** Heeft u hulp nodig bij het uitvoeren van ADL? **VRAAG 10** Vragen over zelfredzaamheid (ADL) uit Groninger Activiteiten Restrictie Schaal, GARS**.** **VRAAG 11** Heeft u hulp nodig bij het uitvoeren van HDL? **VRAAG 12** vragen over zelfredzaamheid (HDL) uit Groninger Activiteiten Restrictie Schaal, GARS.	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ op de onderdelen van vraag 10 en/of 12, éénmaal of vaker een 3 of 4 wordt geantwoord.	**STAP 1** **Bij problemen voor het zelfstandig uitvoeren ADL en HDL**: Verdere anamnese door HA of POH aan de hand van onderstaande vragen: - Wat is de oorzaak van het probleem?; - Is het een bekend probleem?; - Komt het probleem vaak of incidenteel voor?; - In hoeverre interacties met andere problemen? (geheel [G]OUD-profiel bekijken); - Zijn er al acties uitgezet? **STAP 2** "Consult voor onderzoek" aanvragen bij een ergo- of fysiotherapeut (voor nader onderzoek/diagnostiek). Indien diagnose duidelijk is, doorverwijzen voor "behandeling" bij ergo- of fysiotherapeut.	Indien de oorzaak van het ADL-HDL-probleem niet kan worden aangepakt, dient in samenspraak met de ouderen naar ondersteuning/begeleiding te worden gezocht op het gebied van HDL en ADL. Indien uit stap 2, aanvraag WMO zinvol blijkt: doorverwijzing naar het Wmo-loket van de gemeente voor aanvraag van voorzieningen (bv. voor hulp in huishouding of voor advies over hulpmiddelen en woningaanpassingen); Het doel van de ondersteuning is om de oudere zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren in de thuissituatie.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN

INCONTINENTIE	**VRAAG 13**
	Heeft u de afgelopen 3 maanden ongewenst urineverlies gehad (al was het maar een klein beetje)?
		OVERLEG HA INDIEN
		☞ vraag met JA beantwoord wordt.
		
		NEE → geen verdere acties.
			Bij actuele problemen op het gebied van urine-incontinentie:
			Gebruik NHG-Standaard Incontinentie van urine (M46).
			
			HA/POH voert volgende stappen uit:
			- Anamnese:
			  o Historie;
			  o type incontinentie m.b.v. 3IQ-test;
			  o omvang en impact m.b.v. PRAFAB score-lijst;
			  o onderliggende aandoening;
			  o andere factoren (zoals medicatie, alcohol etc).
			- Lichamelijk onderzoek;
			- Aanvullend onderzoek:
			  o mictiedagboek;
			  o urine-onderzoek.
			- Evaluatie: potentieel behandelbare condities die losstaan van de functie van de blaas moeten eerst behandeld worden.
				Richtlijn beleid urine-incontinentie, mede afhankelijk van type incontinentie
				- bekkenbodemtraining (bij stress incontinentie of stress dominant);
				- blaastraining (bij aandrang of gemengde incontinentie);
				- medicamenteuze training (bij aandrang of aandrang dominant);
				- leefstijl adviezen (o.a. overgewicht/vochtinname).
				
				Mogelijke doorverwijzingen:
				- continentieverpleegkundige thuiszorg, voor (hulp bij) opvangmateriaal;
				- fysiotherapeut, voor o.a. bekkenbodem- of blaastraining;
				- Pelvic Care Centrum MUMC.
				-

	VRAAG 14
	Heeft u de afgelopen 3 maanden ongewenst ontlasting verloren?
		OVERLEG HA INDIEN
		☞ vraag met JA beantwoord wordt.
		
		NEE → geen verdere acties.
			Bij actuele problemen op het gebied van incontinentie van ontlasting:
			HA voert volgende stappen uit:
			- Anamnese:
			  o (evt.) oorzaak van het probleem (o.a. schijnincontinentie, beschadiging spieren/zenuwen, normale veroudering);
			  o komt het probleem vaak of incidenteel voor?;
			  o in hoeverre interacties met andere problemen?.
			- Lichamelijk onderzoek;
			- Aanvullend onderzoek;
			- Evaluatie.
				Richtlijn incontinentie ontlasting
				Afhankelijk van de oorzaak kunnen verschillende behandelingen worden overwogen zoals:
				- bekkenbodemtherapie;
				- anale plug;
				- verwijzing naar Pelvic Care Centrum MUMC.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
VISUS	**VRAAG 15** Heeft u een bril of lenzen? **VRAAG 16** Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht zien? **VRAAG 17** Is uw gezichtsvermogen het laatste half jaar verslechterd? **VRAAG 18** Heeft u problemen met het lezen van de krant? **VRAAG 19** Heeft u moeite om een gezicht te herkennen op 4 meter afstand?	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ vraag 16, 17, 18 of 19 één keer of vaker met JA beantwoord wordt. NEE → geen verdere acties.	**Bij problemen op het gebied van visus**: - Anamnese; - Lichamelijk onderzoek; - Evaluatie. Afhankelijk van het probleem eventueel doorverwijzen.	**Bij visusproblemen:** Doorverwijzing naar: - oogarts: bij problemen bij zien veraf; - opticien: bij problemen bij zien dichtbij; - optometrist; - Visio voor hulpmiddelen.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
GEHOOR	**VRAAG 20** Heeft u een gehoorapparaat? **VRAAG 21** Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht gehoor? **VRAAG 22** Is uw gehoor het laatste half jaar verslechterd? **VRAAG 23** Vinden de mensen in uw omgeving dat u slecht hoort?	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ vraag 21, 22 of 23 één keer of vaker met JA beantwoord wordt. NEE → geen verdere acties.	**Bij problemen op het gebied van gehoor**: NHG-standaard slechthorendheid (M61). HA voert volgende stappen uit: - Anamnese; - Lichamelijk onderzoek: inspecteren van beide oren met otoscoop; - Aanvullend onderzoek: audiometrie; - Evaluatie van de bevindingen voor behandeling, consultatie of verwijzing.	**Bij gehoorproblemen:** - Voorlichting; - Behandeling; - Nagaan motivatie voor hoorapparaat; - Consultatie/verwijzing: ○ afdeling KNO; ○ audiologisch centrum; ○ audicien.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
BMI/ONDER-VOEDING	**VRAAG 24** BMI bepalen. **VRAAG 25** Heeft u de afgelopen 6 maanden ongewenst gewichtsverlies gehad?	BMI < 20 kg/m^2: ondergewicht. BMI ≥ 27 kg/m^2: overgewicht. BMI ≥ 30 kg/m^2: obesitas. **OVERLEG HA INDIEN:** ☞ ondergewicht; ☞ overgewicht of obesitas; ☞ sprake van ongewenst gewichtsverlies. (Ook aandacht voor gewicht indien BMI < 22.)	**Bij ongewenst gewichtsverlies:** SNAQ 65+ doorlopen: <u>Stap 1. Omvang gewichtverlies bepalen</u> - meer dan 4 kg in afgelopen 6 maanden → sprake van ondervoeding, actie in ZBP opnemen, zie kolom rechts; - minder dan 4 kg in afgelopen 6 maanden → ga verder met stap 2. <u>Stap 2. Meet de bovenarmomtrek (BO)</u> - indien BO minder dan 25cm → sprake van ondervoeding, actie in ZBP opnemen, zie kolom rechts; - indien BO 25cm of meer → ga verder met stap 3. <u>Stap 3. Eetlust en functionaliteit bepalen</u> - indien enkel verminderde eetlust óf enkel beperking functionaliteit → geen ondervoeding → geen vervolgactie; - indien verminderde eetlust én beperking functionaliteit → risico op ondervoeding, actie in ZBP opnemen, zie kolom rechts. **Bij overgewicht (BMI ≥ 27 k/m^2):** - bespreekbaar maken; - comorbiditeit; - motivatie peilen voor ondersteuning.	**Bij risico op ondervoeding:** - Geef informatie over de gevolgen van ondervoeding en het belang van gezonde voeding; - Adviseer het gebruik van volle producten en extra eetmomenten (6x per dag); - Overleg indien nodig met HA over mogelijke oorzaken en/of diëtist; - Neem SNAQ 65+ wederom af na enkele maanden om verloop te monitoren. **Bij ondervoeding:** - Geef informatie en advies als bij risico op ondervoeding; - Overleg met HA over mogelijke oorzaken; - Verwijs binnen één werkdag naar diëtist. Aanvullend eventueel inschakelen: - Tandarts; - Maaltijdvoorziening; - Logopedie (bij slikproblemen). **Bij overgewicht:** Indien oudere gemotiveerd is doorverwijzen naar diëtist.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
BLOEDDRUK	**VRAAG 26** Bloeddruk meten.	Bij een bloeddruk boven de 150/90 mmHg **nogmaals** tijdens het huisbezoek de bloeddruk meten. **OVERLEG HA INDIEN** ☞ RR > 150/90 mmHg	**Bij een hoge bloeddruk**: Volgende vragen zijn van belang: - bekend/onbekend probleem; - behandeld/onbehandeld; - co-morbiditeit; - medicatie. NHG-standaard CVRM (M84) en Ketenzorg HVZ 2013.	In het zorgbehandelplan is het doel om een goed gereguleerde bloeddruk te krijgen op basis van de afspraken gemaakt in de Ketenzorg HVZ.

2. PROTOCOL LEEFSTIJL

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
BEWEGEN	**VRAAG 27** Beweegt u gemiddeld 30 minuten per dag, minimaal 5 dagen per week?	JA → geen verdere acties. Wat doet u aan beweging? NEE → voorlichting geven over het belang van bewegen en het zoeken naar een passende activiteit en motiveren (inpassen in de dagelijkse activiteiten en interesse, wat heeft de oudere vroeger gedaan/wat zou hij graag willen).	**Bij onvoldoende beweging**: Overleg HA. - Gehele risicoprofiel bekijken; - Nagaan welk bewegings-aanbod bij de oudere past (let op bij eenzaamheid, overgewicht/ondergewicht) en waar de oudere behoefte aan heeft; - Goed zicht hebben op de sociale kaart.	Een passend beweegaanbod zoeken bij de wensen en mogelijkheden van de oudere. Zie: - www.sportdatabanklimburg.nl, op deze website kan op postcodeniveau het gehele sport- en beweegaanbod gezocht worden. - Het MBvO-activiteiten overzicht van Trajekt. - Website ZIO, sociale kaart Bewegen.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
ROKEN	**VRAAG 28** Rookt u? **VRAAG 29** Ja → heeft u behoefte om te stoppen? - Ja; - Nee; - Later.	Indien de oudere rookt → rookstatus, pakjaar en motivatie bespreken. Er kunnen drie groepen worden onderscheiden: 1. roker die gemotiveerd is om te stoppen; 2. roker die niet wil stoppen; 3. roker die overweegt om te stoppen.	**Vervolgacties per groep:** **Ad 1**: oudere die gemotiveerd is om te stoppen: verschillende interventies bespreken: - groep/individueel; - met of zonder begeleiding; - met of zonder hulpmiddelen. Ga verder naar rechter kolom, zorgbehandelplan. NHG-standaard stoppen met roken (M85). Voorlichting, begeleiding en eventuele medicatie. **Ad 2**: oudere die niet wil stoppen: vraag toestemming om in het volgende consult terug te komen op de rookstatus en motivatie. **Ad 3**: oudere die overweegt om te stoppen met roken: Conform NHG-standaard motivatieverhogende interventie.	Bij oudere die willen stoppen met roken of overwegen om te stoppen dient in het zorgbehandelplan 'stoppen met roken' als doel te worden opgenomen. - Start H-mis interventie-huisarts; - Groepscursus Stoppen met Roken; - Internetbegeleiding stoppen met roken. Bij niet stoppers is het doel om ze te motiveren om te stoppen met roken.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
ALCOHOL	**VRAAG 30** Heeft u in de laatste drie maanden wel eens bij een gelegenheid meer dan 4 (voor vrouwen) of 5 (voor mannen) alcoholische eenheden gedronken?	Indien met "JA'' beantwoord: - Hoe vaak drinkt u alcohol? (vraag 31) → 4 of meer, dan naar vraag 32; - Hoeveel glazen alcohol? (vraag 32). **OVERLEG HA INDIEN** ☞ vrouwen die meer dan 14 glazen per week drinken; ☞ mannen die meer dan 21 glazen per week drinken.	**Bij te hoog alcoholgebruik**: NHG-standaard problematisch alcoholgebruik (M10). - Diagnostiek; - Anamnese: o functie; o reden; o omvang bepalen →gebruik hiervoor de Five Shot Test. - Lichamelijk onderzoek (RR meten); - Aanvullend onderzoek (bloedonderzoek); - Evaluatie. (Wees alert op de combinatie alcoholgebruik-medicatiegebruik!)	**Bij te problematisch alcoholgebruik**: - Voorlichting over alcoholgebruik (door ouder worden wordt alcohol minder goed verdragen); - Evt. medicamenteuze ondersteuning; - Verwijzing/consultatie: o Mondriaan (preventie medewerker alcohol); o Zelfhulporganisatie AA; o Bij psychische problematiek doorverwijzing GGZ; o Bij intoxicatie: 2e lijn.

3. PROTOCOL PSYCHISCH FUNCTIONEREN

ONDER-WERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
GEHEUGEN/ DEMENTIE	**VRAAG 33** De oudere dient drie woorden na te zeggen namelijk: Boek-plant-molen. **VRAAG 34** Klok tekenen. **VRAAG 35** Drie woorden herhalen.	**Weging** - Indien de oudere een klok score heeft van 4 of lager of - de oudere 1 of meer foute antwoorden geeft bij het herhalen van de woorden dan wordt in het **vervolgconsult** door POH de verdiepings-vragenlijst [G]OUD afgenomen. **Score klok:** 5: perfecte klok; 4: kleine fouten m.b.t. ruimtelijk; 3: inzicht foutieve voorstelling van de tijd (10 na 11) als de organisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht goed is; 2: matig ruimtelijk inzicht (disorganisatie van cijfers zodat nauwkeurige beschrijving van 10 na 11 onmogelijk is); 0: onvermogen om een redelijke vertegenwoordiging van een klok te maken.	**Bij verdenking op geheugenproblematiek**: Stap 1. Afnemen verdiepingsvragenlijst [G]OUD In de [G]OUD verdiepingslijst is de gehele MMSE opgenomen, welke wordt afgenomen in een huisbezoek. 1. 24 punten of lager ☞ verwijzing HA, verdenking op cognitieve stoornissen. 25 punten of hoger: geen verwijzing, (redelijk) goed cognitief functioneren; 2. Bekijk de MMSE scores per aandachtsgebied apart. Bij de nabespreking met HA kan dan bekeken worden op welk domein de oudere “slecht “ scoort; 3. Bij een hoge MMSE en lage klok score ☞ deze bevindingen altijd met HA bespreken; 4. Géén absolute uitspraak doen over het al of niet aanwezig zijn van dementie. Het dagelijks functioneren moet immers ook in ogenschouw worden genomen; 5. De score wordt beïnvloed door factoren als leeftijd en opleidingsniveau. Stap 2. NHG standaard inclusief diagnostiek HA Bij een verdenking op cognitieve stoornissen gebruikt de HA de NHG standaard dementie (M21) en CBO-richtlijn Dementie. Hij/zij doet eventueel aanvullend lichamelijk onderzoek en lab onderzoek (zie NHG standaard). (Ga evt. verder met stap 3, volgende pagina.)	De diagnose(s) door HA/POH en/of het GT vormen een onderdeel van het ZBP. Diagnose is ook nodig om eventuele zorg te kunnen regelen, bv. bij CIZ. 1. *Voorlichting* - geef informatie over dementie (zie NHG standaard); - besteed aandacht aan de verwerking (‘slechtnieuwsgesprek’); - bereid de naasten voor op te verwachten problemen door functieverlies en gedragsstoornissen; - wijs op verdere informatie en mogelijkheden voor steun en zorg (NHG-patiëntenbrieven en de Stichting Alzheimer Nederland) . 2. *Zorgbehandelplan opstellen* De HA of de POH stelt een zorgbehandelplan op i.o.m. de oudere en diens mantelzorger, i.s.m. ketenpartners/GT. Hierbij worden de regionale protocollen Ketenzorg Dementie gehanteerd (in ontwikkeling). GT is altijd op de hoogte van de laatste stand van zaken.

Vervolg GEHEUGEN/ DEMENTIE			Stap 3. Verdere diagnostiek door ketenpartners Indien verder diagnostisch onderzoek nodig is, verwijzen naar het Geriatrieteam. Het GT bekijkt waar de verdere diagnostiek het best kan plaatsvinden. Dit kan dan zijn bij: - Geheugenpoli; - DOC PG; - DOC Ouderenpsychiatrie. Gebruik hiervoor standaard verwijsbrief GT ofwel via consultatiefunctie in MediX. Stap 4. Terugkoppeling naar HA Terugkoppeling naar HA en POH door nurse practitioner van het GT volgens protocol GT. Bij beginnende dementie →evt. inschakelen van Zorgtrajektbegeleider dementie via ketenregisseur dementie (via transmurale zorg, AzM).	

ONDER-WERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
ANGST	**VRAAG 36** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A), 7 items (*Zigmond & Snaith, 1983)*. Score omcirkelen bij de volgende uitspraken: a. Ik voel me de laatste tijd gespannen; b. Ik krijg de laatste tijd het angstige gevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren; c. Ik maak me de laatste tijd ongerust; d. Ik kan de laatste tijd rustig zitten en me ontspannen; e. Ik krijg de laatste tijd een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag; f. Ik voel me de laatste tijd rusteloos; g. Ik krijg de laatste tijd plotseling gevoelens van angst en paniek.	**Weging** Vraag a, b, c, e, f, g: Bijna nooit: 0 punten Soms: 1 punt Vaak: 2 punten Bijna altijd: 3 punten Vraag d: Bijna nooit: 3 punten Soms: 2 punten Vaak: 1 punt Bijna altijd: 0 punten **VERWIJZING HA INDIEN** ☞ score hoger dan 7; duidt op angstklachten. Als iemand een hoge score (>7) heeft op het onderdeel angst in de vragenlijst kan men twee zaken tegenkomen: a) De oudere heeft deze angststoornis al lang en is bekend. De patiënt heeft hier 'mee leren leven'; b) De angst is pas onlangs ontstaan, vaak als gevolg van een bepaalde afhankelijkheid die is ontstaan. De HA/POH dient hier rekening mee te houden.	**Bij verdenking op een angststoornis**: Stap 1. NHG standaard inclusief diagnostiek HA De HA gebruikt NHG-standaard angst M62. Zijn er aanwijzingen in de anamnese voor een somatische aandoening, dan wordt hiernaar gericht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek verricht. De HA verricht op geleide van de klachten gericht laboratoriumonderzoek, zoals bepaling van TSH en glucose, ter uitsluiting van somatische aandoeningen. **Aandachtspunt:** De NHG-Standaard angst is niet specifiek voor ouderen. Maak daarom gebruik van de richtlijnen van Trimbos,, aangezien zij een addendum hebben voor ouderen. Bij verdenking op een angststoornis kan worden doorgevraagd naar de volgende aspecten (Trimbos 2008): - De duur en het beloop van de klachten (continu of aanvallen); - De duur en frequentie van eventuele aanvallen; - De ernst van de klachten, de mate van subjectief lijden; - Begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- en koude sensatie, de realisatie, rusteloos, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid en slaapproblemen; - De focus van de angst: controleverlies, krankzinnig worden, hartaanval krijgen, flauw	De diagnose(s) door HA/POH en/of ketenpartners vormen een onderdeel van het zorgbehandelplan van de huisartsenpraktijk. De HA of de POH stelt een zorgbehandelplan op i.o.m. de oudere en diens mantelzorger, i.s.m. ketenpartners. Hierin worden afspraken gemaakt wie welke onderdelen uitvoert. **Richtlijnen beleid HA:** Eventueel protocol Ketenzorg GGZ-angst volgen van ZIO.

Vervolg ANGST			vallen, bepaalde fobieën; - De invloed van de klachten op het sociaal functioneren. <u>Stap 2. Verdere diagnostiek door ketenpartners</u> Indien verder diagnostisch onderzoek nodig is kan, indien mogelijk, het protocol Ketenzorg GGZ-angst gevolgd van ZIO. Toevoeging [G]OUD: Indien nodig verwijzen naar: - GT: bij angst in combinatie met somatiek; - Angstcentrum Vijverdal; - GGZ-psycholoog. <u>Stap 3. Terugkoppeling naar HA</u> Terugkoppeling naar HA door ketenpartner, door nurse practitioner GT of verantwoordelijke medewerker Angstcentrum Vijverdal.	

ONDER-WERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
DEPRESSIE	**VRAAG 37** Geriatric Depression Scale, GDS-mini-vragenlijst (5 items). Score omcirkelen bij de volgende vragen: a. Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?; b. Verveelt u zich vaak?; c. Voelt u zich vaak hopeloos?; d. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?; e. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	**Weging** Vraag a ja =0, nee = 1 Vraag b,c,d,e ja =1, nee = 0 Bij een score van 2 of meer wordt de GDS-15 uitgevoerd in een [G]OUD verdiepingsconsult door POH.	**Bij verdenking op depressie**: Stap 1. Afnemen [G]OUD-verdiepingsvragenlijst In de [G]OUD verdiepingslijst is de GDS-15, 15 items (Sheikh & Yesavage, 1983) opgenomen. In een huisbezoek wordt de gehele [G]OUD verdiepingslijst afgenomen. Score: voor ieder vetgedrukt antwoord 1 punt. - 0-4 Normaal; - 5-10 Milde depressie; - >11 Ernstige depressie. **OVERLEG HA INDIEN** ☞ een score van 5 of hoger wordt gevonden. Stap 2. NHG standaard inclusief diagnostiek HA Bij een verdenking op een depressie gebruikt de HA de NHG-standaard depressieve stoornis M44. Hierin staat de verdere anamnese beschreven. Het is zaak om ook de richtlijn van het Trimbos op het gebied van ouderen en depressie te gebruiken aangezien een aantal zaken bij ouderen anders ligt zoals het bepalen of lichamelijke klachten onderdeel zijn van een depressie, het uitvragen op verschijnselen die ook kunnen duiden op een beginnende dementie (blz 18, addendum ouderen bij de MDR depressie). Stap 3. Verdere diagnostiek door ketenpartners Indien verder diagnostisch onderzoek nodig is kan, indien mogelijk, het protocol Ketenzorg GGZ-depressie gevolgd van ZIO. Toevoeging [G]OUD: indien nodig verwijzen naar: - Geriatrieteam (GT): bij depressie in combinatie met somatiek; - GGZ-psycholoog /sociaal geriater.	De diagnose(s) door HA/POH en/of ketenpartners/GT vormen een onderdeel van het zorgbehandelplan van de huisartsenpraktijk. De HA of POH stelt een zorgbehandelplan op i.o.m. de oudere en diens mantelzorger, i.s.m. ketenpartners. **Richtlijnen beleid HA:** Milde depressie: Protocol Ketenzorg GGZ-depressie volgen van ZIO. Ernstige depressie: Behandeladvies GT overnemen.

			<u>Stap 3. Terugkoppeling naar HA</u> Terugkoppeling naar HA door ketenpartner of door nurse practitioner GT.	

ONDER-WERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES	ZORGBEHANDELPLAN
PERSOON-LIJKHEIDS-STOOR-NISSEN	**VRAAG 38** *(niet verplicht)* GPS minivragenlijst. Score omcirkelen bij de volgende uitspraken: a. Heeft u tijdens belangrijke momenten in uw leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid?; b. Heeft u in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en/of slaaptabletten?; c. Heeft u wel eens tegen familie of bekenden gezegd een einde te willen maken aan uw leven?	**Weging** Vraag a, b, c ja =1, nee = 0 Indien een score van 2 of meer dan is er sprake van een positieve score en een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis. In dat geval wordt de volledige GPS afgenomen door POH in verdiepingsconsult. Habitueel gedrag (HAB): 7 vragen. Biografische gegevens (BIO): 9 vragen.	**Bij verdenking op persoonlijkheidsstoornis**: Stap 1. Afnemen verdiepingsvragenlijst [G]OUD In een huisbezoek wordt volledige GPS afgenomen. Van beide onderdelen (HAB en BIO) totaalscore berekenen. **Totaalscore HAB-schaal:** Score 0-1: negatieve score Score 2-4: onduidelijk Score 5-7: positieve score ☞ bespreken met HA. **Totaalscore BIO-schaal:** Score 0-1: negatieve score Score 2-4: onduidelijk Score 5-9: positieve score ☞ bespreken met HA. **Vermoeden van persoonlijkheidsstoornis indien:** Habitueel gedrag (HAB-schaal) Score 5-7: positieve score ☞ advies: doorverwijzen naar GGZ. Biografische gegevens (BIO-schaal) Score 5-9: positieve score ☞ advies: doorverwijzen naar GGZ. Het gehele [G]OUD-profiel bekijken gezien de sterke relatie van GPS met depressie en/of angst.	Vraag: wordt de GPS herkend door de oudere en wordt het herkend door de informant? De GPS terugkoppelen aan de ouderen met voorbeelden van gedragssymptomen zoals problemen met het karakter, zwaar op de hand, conflicten met anderen (voorbeelden staan beschreven in DSM IV). Er kan alleen worden doorverwezen op verzoek van de oudere. Doorverwijzing naar GGZ-instelling (verdere diagnostiek, klinisch interview en formuleren werkhypothese), altijd apart gesprek met eventuele informant. Terugkoppeling naar HA en adviezen over de te volgen behandelingen. In DSM IV staan verschillende persoonlijkheidsstoornissen (10) weergegeven. Deze zijn onderverdeeld in drie clusters. Afhankelijk van de stoornis, motivatie van de oudere, mogelijkheden voor verandering kunnen verschillende behandelingstrajecten worden ondernomen namelijk: - persoonlijkheidsveranderende therapie (psychotherapie); - adaptie bevorderende therapie; - steunende/structureerde behandeling. De POH neemt in het zorgbehandelplan op dat de oudere onder behandeling is voor persoonlijkheidstoornis door ketenpartner GGZ en zorgt voor terugkoppeling/evaluatie.

4.PROTOCOL SOCIAAL FUNCTIONEREN

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
VEILIGHEID/ VALLEN	**VRAAG 39** Hoe vaak bent u in het afgelopen half jaar gevallen? **VRAAG 40** Wat was de oorzaak van het vallen? **VRAAG 41** Bent u wel eens bezorgd dat u zult vallen? **VRAAG 42** Vermijdt u bepaalde activiteiten omdat u bezorgd bent daarbij te vallen? **VRAAG 43 TEST** *(niet verplicht)* Get up en go test (7 items) *(Psodsiadlo & Richardson, 1991)* afnemen.	**Totaal-score GUGT:** - Enkel 1 → Eindscore 1 - 1-2 maal 2 → Eindscore 2 - 3-5 maal 2 → Eindscore 3 - 6-7 maal 2 → Eindscore 4 - Eenmaal 3 of meer → Eindscore 5 **OVERLEG HA INDIEN** ☞ het afgelopen half jaar één of meer keer gevallen; ☞ vaak/heel vaak valangst; ☞ vaak/heel vaak vermijd-gedrag; ☞ eindscore 3 of meer bij test: wijst op een verhoogd valrisico	**Bij verhoogd valrisico**: Stap 1. Risicoprofiel bekijken en valanamnese uitvoeren ** HA en POH bekijken hele risicoprofiel uit [G]OUD consult.* Nagaan wat de oorzaak voor het vallen of voor de valangst kan zijn: - mobiliteitsstoornis (stoornissen in balans, lopen spierkracht); - medicatie; - afhankelijkheid voor ADL; - gezichtsvermogen; - voetproblemen, schoeisel; - valangst ; - veiligheid woning/omgeving. ***** *Valanamnese uitvoeren alleen indien de oudere afgelopen half jaar één of meerdere keren gevallen is*. VALANAMNESE: - Heeft u het voelen aankomen?; - Waar bent u gevallen?; - Wat was u aan het doen?; - Op welk tijdstip bent u gevallen?; - Bent u bewusteloos geweest?; - Bent u zelf kunnen rechtkomen?; - Heeft u letsels opgelopen ten gevolge van het vallen? Zie het volledige Valevaluatie-instrument van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (CBO-richtlijn).	**Multifactoriële aanpak in het zorgbehandelplan** Bij een oudere met een verhoogd valrisico vormt een aanpak voor valpreventie, gericht op verschillende risicofactoren tegelijkertijd, het beste uitgangspunt. Dit betekent dat de valpreventie-activiteiten die in het zorgbehandelplan worden opgenomen zich zowel moeten richten op de aanwezige intrinsieke en extrinsieke risicofactoren: - bewustwording van lichamelijke veranderingen bij het ouder worden; - meer lichaamsbeweging, werken aan conditieverbetering; - riskante gewoonten afleren; - valangst zoveel mogelijk beperken; - verantwoord omgaan met medicijnen, met name slaap- en kalmeringsmiddelen; - woninginrichting aanpassen; - aanschaffen en gebruik van veiligere gebruiksproducten en hulpmiddelen in en rond de woning; - openbare ruimte veiliger maken. Mogelijk participerende disciplines zijn: - medici (HA, geriater, specialist, oogarts);

vervolg **VEILIGHEID/ VALLEN**			Stap 2. Verdere diagnostiek In bijzondere gevallen kan de HA een "eenmalig consult voor onderzoek" vragen bij: - de fysiotherapeut (bij onduidelijke mobiliteitsstoornissen/motoriek); - de ergotherapeut (als er vragen zijn op functioneel gebied binnen de ADL); - poli ouderengeneeskunde azM (bij complexe problematiek); - DOC somatiek via huisartsendesk. De HA kan ook verwijzen naar een ergotherapeut voor een veiligheidscheck van de woning van de oudere. *(indien geen verdere diagnostiek nodig is, maar wel behandeling ga naar stap 4)* Stap 3. Terugkoppeling naar HA Bij eenmalig consult voor onderzoek dient afgesproken te worden dat deze zorgverlener vervolgens een eventueel advies voor behandeling terugkoppelt naar de HA. De HA en POH kunnen dit advies opnemen in het zorgbehandelplan. Stap 4. Behandeling Indien diagnose duidelijk is, doorverwijzen voor "behandeling" naar ergo- of fysiotherapeut.	- apotheker; - fysiotherapeut; - ergotherapeut; - daartoe specifiek geschoolde verpleegkundigen; - Wmo-loket. Mogelijke interventies: - In balans (mobiliteit); - Zicht op evenwicht (mobiliteit en angst), GroenekruisService; - Eerstelijns Valpoli (vermoeden dat er meer aan de hand is cq fragiel); - Meer Bewegen voor Ouderen, Stichting Trajekt; - Wmo-voorziening; - Ouderenadviseur, mantelzorg (sociale problematiek); - Fysiotherapeut/Ergotherapeut; - DOC-Somatiek (bij medische problemen). Bij een oudere met valangst en vermijdingsgedrag kan doorverwezen worden naar de cursus Zicht op evenwicht. Het is echter niet noodzakelijk dat elke georganiseerde valpreventie- activiteit gericht is op alle bovengenoemde risicofactoren. Dit is afhankelijk van het individu. Indien al zorgverleners in huis bij oudere → dan nagaan: Wat zijn hun bevindingen en wat kunnen zij betekenen (bijv. Thuiszorg)? → dan afstemmen.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE/ EENZAAMHEID	**VRAAG 44** Bent u tevreden over uw daginvulling? **VRAAG 45** Doet u wekelijks activiteiten buitenshuis? **VRAAG 46** 6 items over eenzaamheid (verkorte versie, *Jong Gierveld*). a. Ik ervaar een leegte om me heen; b. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen; c. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen; d. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel; e. Ik mis mensen om me heen; f. Vaak voel ik me in de steek gelaten. **VRAAG 47** *(enkel stellen indien op basis van voorgaande vraag blijkt dat er sprake is van eenzaamheid)* Wat denkt u dat de reden is van uw eenzaamheid?	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ men ontevreden is over de eigen daginvulling; ☞ men 'nee' antwoordt op activiteiten doen buitenshuis; ☞ op vraag 46 een totaalscore 3 of hoger.	**Bij verhoogde eenzaamheid**: Stap 1. Risicoprofiel bekijken HA en POH bekijken hele risicoprofiel uit [G]OUD consult. Zijn er lichamelijke of psychische oorzaken voor de eenzaamheid? Zo ja, POH en HA volgen de protocollen uit [G]OUD die ontwikkeld zijn voor problemen op het gebied van o.a. ADL, HDL (dagelijks functioneren), visus, gehoor, incontinentie, cognitief functioneren (angst, depressie). Zijn er sociale oorzaken die de eenzaamheid of het gegeven dat persoon weinig buitenshuis komt, kunnen verklaren? Stap 2. Kiezen: is verdere diagnostiek nodig? Zo ja, ga naar stap 3. Zo nee, ga naar zorgbehandelplan in rechterkolom. Stap 3. Verdere diagnostiek en verwijzing Voor verder onderzoek naar oorzaken die liggen op het gebied van sociaal functioneren: ☞ verwijzen naar ouderenadviseur of maatschappelijk werk (m.b.v. digitale verwijsbrief, bijlagen 12a en b), deze persoon: - brengt sociale netwerk in beeld; - onderzoekt behoefte oudere op het gebied van maatschappelijke participatie; - andere oorzaken van eenzaamheid.	**Bij lichamelijke of psychische oorzaken voor de eenzaamheid:** Volg [G]OUD-protocollen. **Bij sociale problematiek**: Verwijzen naar bijvoorbeeld: - Ouderenadviseur (info en advies)/Maatschappelijk werk, m.b.v. digitale verwijsbrief, bijlagen 12a en b; - Steunpunt Mantelzorg (vervangende mantelzorg), m.b.v. digitale verwijsbrief, bijlage 12a; - Trajekt (buurtactiviteiten); - Toon Hermanshuis (activiteiten voor rouwverwerking).

			<u>Stap 4: Terugkoppeling naar HA</u> De ouderenadviseur zal de bevindingen terugrapporteren naar diegene die heeft verwezen (POH/HA).	

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
MANTELZORG GEVEN	**VRAAG 48** Geeft u mantelzorg aan anderen? **VRAAG 49** Zo ja, aan wie? **VRAAG 50** Vindt u het geven van Mantelzorg zwaar?	Indien men op vraag 50 antwoordt: “ja af en toe” dan een **folder** geven over Steunpunt Mantelzorg. **OVERLEG HA INDIEN** ☞ zware belasting, d.w.z. indien men op vraag 50 antwoordt: “ja, vaak” of “ja, altijd”.	**Bij zware belasting**: Stap 1. Risicoprofiel bekijken HA en POH bekijken hele risicoprofiel uit [G]OUD consult. Stap 2. Kiezen: is verdere diagnostiek nodig? Wordt deze zware belasting veroorzaakt door het geven van de mantelzorg → ga dan naar stap 3 óf heeft de oudere (nog) andere problemen die hiermee in verband staan → volg dan de [G]OUD-protocollen. Stap 3. Verdere diagnostiek en verwijzing Indien zware belasting vooral veroorzaakt wordt door het geven van de mantelzorg: → oudere doorverwijzen naar Steunpunt Mantelzorg m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlage 12a) en een **folder** geven over Steunpunt Mantelzorg. Voorkeur heeft het om de mantelzorger actief aan te melden bij het Steunpunt m.b.v. de aanmeldkaart die in de folder zit. Mantelzorgers hebben vaak een duwtje in de rug nodig. Is deze aanmeldkaart verzonden, dan neemt het Steunpunt Mantelzorg contact op met de oudere voor een afspraak. Stap 4. Terugkoppeling naar HA Het Steunpunt zal de bevindingen terugrapporteren naar diegene die heeft verwezen (POH/HA).	Afhankelijk van problematiek verwijzen naar aanbod van Steunpunt Mantelzorg, m.b.v. digitale verwijsbrief, bijlage 12a.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
MANTELZORG ONTVANGEN	**VRAAG 51** Ontvangt u mantelzorg? **VRAAG 52** Maakt u zich zorgen over deze mantelzorger? Zo ja welke zorgen zijn dit en wilt u hierover met uw HA of iemand anders praten? **TOEVOEGEN IN HUISBEZOEK INDIEN DEZE MANTELZORGER <u>AANWEZIG</u> IS:** **Extra vraag A** U geeft mantelzorg aan deze meneer/mevrouw? ☐ Ja ☐ Nee **Extra vraag B** Vindt u het geven van deze mantelzorg zwaar? ☐ Nee, nooit ☐ Ja, af en toe ☐ Ja, vaak ☐ Ja, altijd **ACTIES <u>TIJDENS</u> CONSULT**: altijd een **folder** geven over Steunpunt Mantelzorg.	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ de oudere zich zorgen maakt over de mantelzorger, en de mantelzorger niet aanwezig is tijdens het consult; ☞ mantelzorger bij het consult zit en zich zwaar belast voelt (bij “ja vaak” en “ja altijd” op vraag B).	**Indien oudere zich zorgen maakt over de mantelzorger of indien de mantelzorger zich zwaar belast voelt**: <u>Stap 1: Vervolggesprek plannen</u> Vervolggesprek plannen tussen POH, zorgvrager en mantelzorger om de zorgen van de zorgvrager te bespreken en de situatie bij de mantelzorger in te schatten. Het is namelijk altijd in het belang van de patiënt dat de mantelzorg goed geregeld is. <u>Stap 2 Kiezen: is verdere diagnostiek nodig?</u> Wordt deze zware belasting veroorzaakt door het geven van de mantelzorg → ga dan naar stap 3 óf heeft de mantelzorger (nog) andere problemen die hiermee in verband staan → volg dan de [G]OUD-protocollen/NHG standaarden mits mantelzorger een patiënt is van de HA. <u>Stap 3: Verdere diagnostiek en verwijzing</u> Indien zware belasting vooral veroorzaakt wordt door het geven van de mantelzorg: → deze persoon doorverwijzen naar Steunpunt Mantelzorg m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlage 12a) en een **folder** geven over Steunpunt Mantelzorg. Voorkeur heeft het om deze mantelzorger actief aan te melden bij het Steunpunt m.b.v. de aanmeldkaart die in de folder zit. De mantelzorgconsulent bekijkt in overleg met oudere die de mantelzorg ontvangt (zorgvrager) en mantelzorger welke ondersteuning geleverd kan worden.	Afhankelijk van problematiek verwijzen naar aanbod van Steunpunt Mantelzorg m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlage 12a).

			<u>Stap 4: Terugkoppeling naar HA</u> Het Steunpunt zal de bevindingen terugrapporteren naar POH/ HA.	
	VRAAG 53 Stel dat u morgen ziek wordt, hoe gaat u dan alles thuis regelen? **Instructie**: het gaat erom dat de oudere aangeeft wie binnen zijn of haar sociale omgeving hulp kan bieden. Niet bedoeld wordt de HA of de thuiszorg.	**OVERLEG HA INDIEN** ☞ het antwoord “Nee” is, dus dat er geen sociaal netwerk aanwezig is.	Opnemen in dossier als aandachtspunt.	Opnemen in zorgbehandelplan als aandachtspunt.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
FINANCIEN	**VRAAG 54** Heeft u het afgelopen jaar financieel goed kunnen rondkomen?	**Doorvragen**: Als blijkt dat een oudere twijfelt en “mwwja” zegt, vragen of de oudere bekend is met de ondersteunende financiële regelingen (bv. bijstand). **OVERLEG HA INDIEN** ☞ het antwoord “Nee” is.	**Bij financiële problemen**: Stap 1: risicoprofiel bekijken HA en POH bekijken hele risicoprofiel uit [G]OUD consult. Zijn er mogelijke verbanden met eenzaamheid, maatschappelijke participatie? Zo ja: POH en HA volgen de [G]OUD-protocollen. Indien “nee” en de veronderstelling is dat de problemen op sociaal vlak liggen: ga naar stap 2. Stap 2: Verdere diagnostiek en verwijzing ☞ Verwijzing naar ouderenadviseur of Steunpunt Mantelzorg m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlagen 12a en b) deze: - doet verder onderzoek op sociaal vlak; - weet de weg als het gaat om financiële ondersteuning aanvragen etc.. ☞ In Maastricht meteen doorverwijzen naar buurtloket als probleem zuiver een financiële aangelegenheid is.	Eventuele doorverwijzing naar: - Ouderenadviseur m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlage 12b); - Maatschappelijk werk m.b.v. digitale verwijsbrief (bijlage 12b); - Kredietbank; - Buurtloket.

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
KWALITEIT VAN LEVEN	**VRAAG 55** Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment? (Vul een cijfer van 0-10 in.)	**Doorvragen**: bij score 5 of lager, wat men denkt dat hier de oorzaak van is?	Meenemen in het risicoprofiel van de oudere.	

ONDERWERP	[G]OUD-CONSULT	INTERPRETATIE en BESPREEKPUNTEN HA	VERVOLGACTIES-DIAGNOSTIEK	ZORGBEHANDELPLAN
TYPE WONING	**VRAAG 56** In wat voor type woning woont u? a. eengezinswoning met een trap naar de eerste verdieping; b. eengezinswoning met een traplift naar de eerste verdieping; c. gelijkvloerse woning begane grond; d. flat/ appartement zonder lift, u moet gebruikmaken van een trap om toegang te verkrijgen tot uw woning; e. flat/appartement met lift, u hoeft geen gebruik te maken van de trap.	Antwoord a en d zijn belangrijk wanneer oudere problemen heeft bij ADL en HDL en/of bewegingsproblemen.	Meenemen in het risicoprofiel van de oudere.	