Zorgplanning bij ouderen

Meers Jana, Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Van Hal Guido, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Thoolen Milly

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: De opvolging van bejaarde patiënten door de huisarts gebeurt klassiek door middel van periodieke huisbezoeken, waarbij de nadruk vooral ligt op het nemen van de bloeddruk en het voorschrijven van medicatie. Dit onderzoek wil bekijken of het haalbaar is om met een zorgplanning te werken bij deze patiënten.

Onderzoeksvraag: Is het (in onze praktijk) haalbaar om met zorgplanning te werken bij patiënten ouder dan 75 jaar?

Methode: Op basis van literatuuronderzoek en overleg werd een agenda opgesteld. Alle patiënten ouder dan 75 jaar werden geïncludeerd. Exclusiecriteria waren dementie en taalproblemen. Op deze manier bleven er 36 patiënten over die werden gebeld om naar de praktijk te komen. Van deze 36 patiënten gingen 29 patiënten hierop in. 21 patiënten werden aan huis gezien. Twee artsen zagen voornamelijk patiënten op de praktijk. Eén arts en de twee verpleegkundigen zagen patiënten aan huis. De deelnemende medewerkers overlegden regelmatig over de haalbaarheid en het nut.

Resultaten: Het jaarlijks overlopen van de medicatielijst en de bloedname zijn nuttig en haalbaar. Vroegtijdige zorgplanning nam bij de verpleegkundigen meer tijd in beslag, maar werd wel als haalbaar en nuttig gezien. Op termijn neemt dit echter minder tijd in beslag, omdat dit niet jaarlijks, maar wel vijfjaarlijks moet vernieuwd worden. Het afnemen van de KATZ-schaal was voor iedereen haalbaar, maar minder nuttig voor de mobiele patiënten. Het bevragen van slaapproblemen en depressie was voor de artsen makkelijker te realiseren dan voor de verpleegkundigen. Seksuele functie en prostatisme nam heel weinig tijd in beslag en is zeker haalbaar. Ook osteoporose-valrisico-ondervoeding en Lawton nam voor artsen minder tijd in beslag dan voor verpleegkundigen. Zowel griepvaccinatie, gehoor als pijnscreening namen erg weinig tijd in beslag en waren zeker haalbaar.

Conclusie: Qua haalbaarheid werd zien we een opmerkelijk verschil tussen mobiele patiënten en huisgebonden patiënten en tussen artsen en verpleegkundigen. Er werden een aantal struikelblokken geïdentificeerd die, indien opgelost, de toepassing meer haalbaar zouden maken. Ook is flexibiliteit van groot belang en kunnen er soms twee onderwerpen tegelijk bevraagd worden indien er ergens anders een onderwerp tussenuit gevallen is.

Kernwoorden: Zorgplanning, Ouderen, Preventie.

Afkortingen

CGA: Comprehensive Geriatric Assessment
EMD: Elektronisch Medisch Dossier
GAZETO: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen
MNA: mini nutritional assessment
RASP: Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP list in Older Patients
START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP: Screening Tool of Older Person's Prescriptions

Tabellenlijst

Tabel 1. Praktische toepassing van de onderwerpen. 8

Tabel 2. Jaarplanning. 10

Tabel 3. Problemen bij rekrutering. 10

Tabel 4. Suggestie toepassing en groepering. 17

INHOUDSTAFEL

Abstract 3

Afkortingen 3

Tabellenlijst 3

1 Introductie 5

2 Literatuur 5

2.1 opzoekmethode 5

2.2 Achtergrond 5

3 Studie-opzet 6

3.1 Praktisch 9

3.1.1 Agenda 9

3.1.2 Rolverdeling 10

3.1.3 Bevraging op de praktijk 10

4 Resultaten 10

4.1 Februari: Medicatienazicht en bloedname 11

4.2 Maart: Vroegtijdige zorgplanning 11

4.3 April: Katz-schaal 11

4.4 Mei: Slaapproblemen en depressie 12

4.5 Juni: Prostatisme en seksuele functie 12

4.6 Juli: Osteoporose, valrisico en ondervoeding 13

4.7 Augustus: Lawton-schaal 13

4.8 September: Financiën en eenzaamheid 13

4.9 Oktober: Gehoor en griepvaccinatie 14

4.10 November: Pijn 14

4.11 Algemeen 14

5 Conclusie 15

Referenties 18

Bijlagen

1 Introductie

De opvolging van bejaarde chronische patiënten door de huisarts gebeurt klassiek door middel van periodieke huisbezoeken, waarbij de nadruk vooral ligt op het nemen van de bloeddruk en het voorschrijven van medicatie. Andere zorg wordt aangeboden als de patiënt met specifieke klachten komt. Van een systematische zorgplanning is geen sprake. Zo is de preventie van frequente problemen bij ouderen (zoals bijvoorbeeld vallen) ondermaats.[1-2]

"Huisarts Nu" publiceerde in 2012 een artikel over de gestructureerde GAZETO agenda (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen), een toepassing van CGA zorgmodellen (Comprehensive Geriatric Assessment).[3-4] Deze worden in het buitenland al toegepast en resulteren in een verminderde mortaliteit en een vertraging van de functionele achteruitgang.[3-6] Het GAZETO project bestaat uit drie stappen: ten eerste de screening (stap één), vervolgens het verder uitdiepen van de aangegeven problemen (stap twee) en ten slotte het beleid (stap drie). Daar de GAZETO agenda aanhaalt dat enkele onderwerpen ontbreken en uit overleg met twee mensen die betrokken waren bij deze studie, bleek dat een aantal vragenlijsten te uitgebreid waren, is het interessant om dit onderzoek te herhalen met kortere vragenlijsten in stap één.

Dit onderzoek wil nagaan hoe haalbaar het is om aan gestructureerde zorgplanning te doen bij bejaarden in onze huisartsenpraktijk. De medewerkers in de praktijk besloten om geen gebruik te maken van de website, die verbonden is aan het GAZETO project, omdat deze niet compatibel was met het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) van de praktijk. Binnen ons EMD-programma (Medidoc) maakten we zelf een protocolscherm. Hierdoor kan de gestructureerde zorgplanning makkelijker een natuurlijk onderdeel worden van het medisch handelen.[3-4]

Het onderzoek betreft het screeningsgedeelte van de GAZETO agenda (stap 1).[3-4] De verdere opvolging (diagnostiek en behandeling) maakt deel uit van het courant medisch handelen. Daar onze praktijk drie verpleegkundigen in dienst heeft, die veel contact hebben met een aantal van onze oudere patiënten, hebben we besloten om hen te betrekken bij de praktische uitvoering van de screening bij deze patiënten. Als er problemen opgemerkt worden, zullen patiënten aangemoedigd worden om dit verder te bespreken met een van de artsen, of, in geval van problemen die eerder binnen het socio-economische vlak kunnen worden gesitueerd, met de maatschappelijk werker. Patiënten die niet door de verpleegkundigen gezien worden, zullen opgevolgd worden door de artsen.

2 Literatuur

2.1 Opzoekmethode

Aangezien dit onderzoek vertrok van de GAZETO studie, werden de literatuurbronnen van deze studie gebruikt om meer informatie op te zoeken. Verder werden volgende termen ingegeven in pubmed: "Comprehensive geriatric assessment" en "general practice". De free full texts die hieruit kwamen, werden mee bekeken.

2.2 Achtergrond

In 2004 stelde een onderzoeksgroep in Londen een eerste screeningstool op voor ouderen die gebruikt kon worden in de huisartsenpraktijk. Hierbij werd er gefocust op mobiliteit en valrisico, gehoor en visus, incontinentie, cognitie en emotionele stress.[7]

In 2013 onderzocht een Maastrichtse onderzoeksgroep of het nuttig is om bepaalde patiënten specifiek te selecteren voor de screeningstool. Die vond dat er kleine verschillen zijn in het aantal gevonden problemen tussen een groep waarbij er niet vooraf geselecteerd werd en een groep waar dit wel gedaan werd. Ze stelde voor dat ouderen die minstens vijf medicamenten nemen, alleen wonen, meer dan twee chronische aandoeningen hebben, van het vrouwelijk geslacht zijn, een lagere opleiding hebben genoten of ouder zijn dan 85 jaar, zeker moeten opgenomen worden.[8]

Een onderzoek uit 2015 bij patiënten uit België en Nederland toonde aan dat er een beperkt nut is van screeningstools om een daling van functionele status te identificeren, maar dat deze wel zeer waardevolle informatie geven waardoor de arts zijn focus kan aanpassen. [9]

De GAZETO studie, waarop deze studie gebaseerd is, gaf aan dat alle deelnemende artsen deze agenda de moeite waard vonden. De meesten gaven wel aan dat ze het (te) tijdrovend vonden. Gemiddeld nam de volledige vragenlijst 40-50 minuten in beslag. Opmerkingen waren dat het onderwerp psychosociaal te veel tijd in beslag nam en dat de vragen rond osteoporose te vaak vals positief waren. Seksueel functioneren, mantelzorg, pijn en prostatisme ontbraken. [3-4]

3 Studie-opzet

De GAZETO-studie beschrijft een project in drie stappen. Dat is een interessant opzet, maar er worden ook een aantal (min)punten aangehaald in de conclusie. Het project is te uitgebreid, waardoor het in de praktijk niet gebruikt wordt door de mensen die het hebben uitgewerkt. Zo is de vragenlijst rond sociale isolatie te uitgebreid en niet praktisch genoeg. Verder ontbreken een aantal vragen. Zo wordt bijvoorbeeld niets gevraagd over pijn, zicht, prostatisme en seksueel functioneren.[3,4]

Na het uitpluizen van de GAZETO-studie[3-4] en het artikel “doelgerichte gezondheidzorg bij ouderen”,[10] werden de eerste ideeën van het project voorgesteld op een teamvergadering. Hier werd beslist dat zowel de huisartsen als de verpleegkundigen zouden worden betrokken bij het invullen van de vragenlijsten. Waar mogelijk zou dit aan huis gebeuren tijdens de periodieke huisbezoeken. Mensen die niet regelmatig thuis bezocht worden door een huisarts of verpleegkundige worden op de praktijk uitgenodigd om de vragenlijst in twee sessies in te vullen. De maatschappelijk werker zou ingeschakeld worden voor de vragen over de sociale en financiële situatie en om na te gaan of de mensen in aanmerking komen voor bepaalde tegemoetkomingen.

Bij het bespreken van in- en exclusiecriteria werd in eerste instantie voorgesteld om de vragenlijsten ook in het Turks af te nemen, aangezien een aantal mensen die op de praktijk werken Turkssprekend zijn. Het betrof de psychologe en een secretariaatsmedewerkster. Dit voorstel bleek achteraf echter niet haalbaar. Naast onvoldoende kennis ontbrak het deze mensen ook aan tijd om, naast hun normale dagtaken, bij de patiënten langs te gaan om de vragenlijsten af te werken. Er werd besloten om, in tegenstelling tot de GAZETO studie, mensen die in een rusthuis verblijven en mensen die minder dan vier keer per jaar naar de huisarts komen wel te includeren, omdat ook hier sluimerende problemen kunnen bestaan.

Verder werd aangehaald dat het goed kon zijn om bij sommige vragenlijsten ook te noteren wat de objectieve waarneming van de ondervrager is. (Als bijvoorbeeld de patiënt zegt dat hij helemaal niet bang is om te vallen, maar wankel door het huis loopt). Er werd geopperd om het valrisico bij patiënten thuis te evalueren, waardoor ook de leefomgeving mee beoordeeld zou kunnen worden. Dit werd uiteindelijk niet haalbaar bevonden vanwege de extra verplaatsing en de tijd die hierin zou kruipen.

In een onderzoek over sociale isolatie kwam naar boven dat het belangrijk is om zowel naar de objectieve als de subjectieve isolatie te kijken.[11] De GAZETO-studie kwam echter tot de conclusie dat hun vragenlijst (waarbij dit werd toegepast) te lang en zeker niet praktisch was.[3-4] Verder opzoekwerk leidde dan tot een vragenlijst van Belrai rond sociale omgang[12], waarbij het "zich eenzaam voelen" wel als belangrijkste factor werd gezien en indien dit het geval was er een verdere vragenlijst werd geactiveerd. Vanwege de simpelere maar toch gevalideerde opstelling werd er dus gekozen om de Belrai-vragenlijst te gebruiken. Voor iemand die niet eenzaam is, maar toch niet veel sociale contacten heeft, kan je allerlei voorstellen doen voor verhoogde sociale contacten. Het is echter te verwachten dat de kans eerder klein is dat de patiënten hierop zullen ingaan. De details van de sociale contacten kunnen dus ook bevraagd worden nadat je weet of de patiënt eenzaam is of niet. Omdat er gekozen werd voor deze korte vraag werd er beslist dat er enkel zou worden doorverwezen naar de maatschappelijk werker als er in deze stap problemen gevonden werden.

Voor screening naar ondervoeding werd er in de GAZETO-studie in stap één gebruik gemaakt van de MNA (Mini Nutritional Assessment)-screening tool[3-4,13] Hierover werden in het artikel geen voor- of nadelen besproken. In de Belrai-vragenlijst[12,14] wordt er in stap 1 echter gebruik gemaakt van de BMI en wordt er enkel bij een BMI lager dan 21 verder onderzoek gedaan. Bij overleg werd er besloten om in dit geval de vragenlijst van Belrai te volgen, dit om stap één kort en haalbaar te houden.

Om te beslissen hoe de medicatie zou nagekeken worden, werd er eerst een test gedaan door de stagiaire op de praktijk waarbij de RASP* en START** STOPP*** lijst gebruikt werden.[15-17] De conclusie was dat hier heel veel tijd in kroop. Desondanks kwamen er wel een aantal goede tips uit die we algemeen in het achterhoofd kunnen houden, zoals het associëren van Omeprazole bij gebruik van Asaflow. Er werd beslist om deze lijst niet bij alle patiënten toe te passen, maar om in de eerste plaats de medicatie te bekijken aan de hand van de nierfunctie, te controleren of de lijst nog up-to-date is en vervolgens met behulp van een kritisch oog en de eigen kennis te oordelen of verandering noodzakelijk is. Op een aantal zaken werd extra nadruk gelegd. (Zie tabel 1) Bij zeer uitgebreide medicatielijsten konden de patiënten doorgestuurd worden naar het ziekenhuis op een speciale raadpleging die hiervoor opgericht is.

Voor valpreventie werden de richtlijnen van Doms Medica[18], Belrai[12,19] en Nederland[20] vergeleken. De richtlijnen van Domus Medica werden niet gebruikt vanwege het feit dat de vereisten voor een goede get-up-and-go test niet altijd mogelijk waren (plaatsgebrek, afwezigheid van goede stoel,…). Na overleg werd besloten om de Nederlandse vragenlijst te gebruiken. Dit omdat er hierin ook expliciet aandacht besteed wordt aan valangst en verminderde mobiliteit, een aspect dat veel opgemerkt wordt bij patiënten die (voorlopig) nog niet gevallen zijn en waarvan wij vinden dat het belangrijk is om deze patiënten wel al verder te ondersteunen om valincidenten te voorkomen.

In verband met osteoporose werd een aantal lijsten bekeken die allemaal vrij lang waren. Uiteindelijk werd er beslist om op basis van de terugbetalingsvoorwaarden toch de GAZETO-vragen te gebruiken: gewicht, fractuur in het afgelopen jaar (welke fractuur) en cortisonegebruik.[3-4] Andere aandoeningen die een verhoogd risico geven op osteoporose worden in principe door de specialist opgevolgd, dus werd er besloten om dit niet actief te bevragen. Omdat het gevaar op fracturen zowel verhoogd wordt door vallen als door osteoporose, werd er beslist om deze twee onderwerpen samen te bevragen.

** Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP list in Older Patients. ** Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment *** Screening Tool of Older Person's Prescriptions*

Onderwerp	Praktisch
Medicatienazicht	• Klopt de lijst met de medicatie die de patiënt effectief neemt? • Kan één van volgende medicaties gestopt worden? Statine, PPI, slaapmedicatie? • Is er maagbescherming nodig bij gebruik van bloedverdunners? • Moet er medicatie aangepast worden aan de nierfunctie?
Bloedname	Nuchtere glucose en nierfunctie.
Vroegtijdige zorgplanning	• Wil de patiënt het weten als hij/zij een ernstige ziekte heeft • Wat wil hij/zij wel nog/niet meer? • Wie contacteren. • Wilsverklaring?
Katz-schaal	Met extra aandacht voor urine-incontinentie.
Slaapproblemen	• Heeft u last van slaapproblemen? • Neemt u slaapmedicatie?
Depressie	• Zou u zeggen dat u over een periode van meer dan twee weken een depressieve stemming had? • Zou u zeggen dat u over een periode van meer dan twee weken minder zin had in het doen van activiteiten?
Prostatisme	• Hoe dikwijls moet u 's nachts opstaan om te gaan plassen? • Hoe dikwijls heeft u een slappe straal bij het plassen?
Seksuele functie	Zijn er problemen op vlak van intimiteit?
Osteoporose	• Cortisonegebruik in het afgelopen jaar • Fractuur in het afgelopen jaar • Gewicht/BMI
Valrisico	• Heeft u schrik om te vallen? (En vermijdt u daardoor bepaalde zaken?) • Heeft u moeite met bewegen? • Hoeveel keer bent u in het afgelopen jaar gevallen?
Ondervoeding	BMI (Indien <21 zijn verdere vragen noodzakelijk)
Lawton	Met extra aandacht voor mantelzorg
Financiën	Familiaal inkomen: < 1500 euro, 1500-3000 euro of > 3000 euro
Eenzaamheid	Ja of nee
Gehoor	• Subjectieve problemen? • Fluistertest
Pijn	Schaal van nul tot tien.

Tabel 1. Praktische toepassing van de onderwerpen.

Bij de Katz-schaal[21-22] is het om verscheidene redenen van belang om deze volledig af te nemen. Om verpleegkundige zorg terugbetaald te krijgen, moet deze vragenlijst bijvoorbeeld ingevuld zijn, maar ook de verscheidene onderwerpen zijn apart zeker interessant. Zo zullen ouderen het niet altijd

zeggen als ze klachten van incontinentie hebben, terwijl hier soms wel omkeerbare oorzaken kunnen gevonden worden. Het was een punt van discussie of de Lawton-schaal[23] volledig bevraagd zou worden omdat deze toch ook vrij lang is, maar uiteindelijk werd dit in samenspraak met de maatschappelijk werker toch geïncludeerd omdat deze extra informatie geeft die niet in de Katz-schaal voorkomt en verder zeer praktische aanknooppunten geeft om hulp te bieden.

Omdat seksuele problemen niet altijd makkelijk aangekaart worden door patiënten, werd er beslist om dit mee in de vragenlijst te incorporeren. Op deze manier kan de schroom wat afnemen en kan een mogelijke bron van verdekte frustratie weggenomen worden. Het is belangrijk om dit op een respectvolle en gepaste manier aan te brengen en dus werd er beslist om te vragen of er problemen waren met intimiteit, gekoppeld aan de kennis of er al dan niet nog een partner is. Gepaard hieraan worden ook prostatisme-klachten bevraagd bij mannen. (Zie tabel 1)

In de GAZETO-studie is er ook een bevraging naar dementie,[3-4] maar bij het nakijken van de Wilson-criteria[24] is dit niet nuttig omdat er geen echte behandeling voor bestaat. Verder komen bepaalde aspecten van dementie al aan bod in de Katz en Lawton-schaal. Als er daar toch grote problemen blijken te bestaan, kan het dan nog aangepakt worden. Ook over zicht is er uiteindelijk geen aparte bevraging, omdat dit naar voren komt bij valproblematiek.

Omdat sommige vragen bij meerdere onderwerpen horen is het belangrijk om de volgorde op voorhand goed vast te leggen.

Er waren heel veel ideeën om het project te evalueren (dossiersamenvatting voor en na, nut voor patiënten bevragen…) maar er werd besloten om te focussen op de praktische haalbaarheid in de huisartsenpraktijk ('feasibility') en hoe dit project werd aangevoeld door de mensen van de praktijk.

3.1 Praktisch

Om te bepalen wie er in aanmerking kwam voor het onderzoek, heeft één van de collega's een extract genomen uit het computerprogramma met alle 75-plussers. Daarna werd met de dokters, de verpleegkundigen en de psychologe samen overlopen wie geëxcludeerd moest worden op basis van taal (14 mensen) of dementie (6 mensen). Hierna bleven er 36 patiënten over die opgebeld zouden worden om naar de praktijk te komen en 21 die aan huis zouden gezien worden.

3.1.1 Agenda

Omdat februari dikwijls nog druk kan zijn met luchtweginfecties en griep hebben we een relatief makkelijk onderwerp als eerste gezet. Het controleren van de medicatielijst en de bloedafname horen samen omdat bij verminderde nierfunctie de medicatielijst dan dadelijk aangepast kan worden. Vroegtijdige zorgplanning staat als volgende omdat er bij de volgende onderwerpen problemen kunnen uitkomen waarbij het belangrijk is om te weten wat de verwachtingen van de patiënt zijn qua zorg. De Katz-schaal werd in april gezet omdat deze traditioneel door de verpleegkundigen op de praktijk sowieso vrij vroeg op het jaar gedaan worden. Daarna werden depressie en slaapstoornissen gezet. Deze horen samen omdat deze klachten vaak samen gaan. In juni worden prostatisme en seksuele problemen samen ondervraagd. Omdat in de zomervakantie het traditioneel rustiger is op de huisartsenpraktijk konden de iets uitgebreidere onderwerpen op dit moment geplaatst worden. Osteoporose, vallen en ondervoeding zijn sterk aan elkaar gelinkt en de Lawton-schaal is toch ook een wat langere vragenlijst. Omdat zowel bij eenzaamheid als bij financiële problemen de maatschappelijk werker kan ingeschakeld worden, werden deze onderwerpen samen gezet in september. Vanaf oktober worden traditioneel de griepvaccinaties gezet, dus was dit het ideale moment om de andere vaccinaties ook te controleren. Als extra (korte) vraag werd het gehoor

toegevoegd. Omdat pijnklachten dikwijls duidelijker prominent worden bij slecht weer, werd besloten om pijnklachten in november te bevragen. (Zie tabel 2)

Februari	Medicatielijst controleren, bloedafname (nierfunctie)
Maart	Vroegtijdige zorgplanning
April	Katz
Mei	Depressie en slaapstoornissen
Juni	Prostatisme en seksuele problemen
Juli	Osteoporose, vallen en ondervoeding
Augustus	Lawton
September	Eenzaamheid, financiën
Oktober	Gehoor, vaccinatie
November	Pijn

Tabel 2. Jaarplanning

3.1.2 Rolverdeling

De patiënten die maandelijks (of meer) aan huis gezien worden, zullen door de betreffende verantwoordelijke opgevolgd worden. In de praktijk komt het erop neer dat zeven patiënten door de verpleegkundigen worden opgevolgd aan huis en veertien patiënten door de arts die de meeste chronische patiënten aan huis volgt. De andere artsen volgden aan huis enkel patiënten op die niet in aanmerking kwamen voor de studie vanwege leeftijd, dementie of taalproblemen. Omdat er al veel patiënten werden opgevolgd door één specifieke arts, werden de patiënten die op de praktijk gezien zouden worden voornamelijk verdeeld over de andere twee artsen.

3.1.3 Bevraging op de praktijk.

Het plan werd opgevat om de helft van de vragenlijst in maart-april-mei te bevragen en de andere helft in september-oktober-november. Omdat er nog geen inschatting kon gemaakt worden van de duur van het afnemen van deze vragenlijst, werd er telkens een uur voorzien.

4 Resultaten

Om de vlotheid van het lezen te bevorderen, zullen de patiënten die in het kader van de masterproef naar de praktijk kwamen om de vragen te beantwoorden vanaf nu "mobiele patiënten" genoemd worden en de andere patiënten "huisgebonden patiënten".

Zoals te verwachten, viel er om verscheidene redenen een aantal mensen van de voorziene groep patiënten af. Zeven patiënten vielen volledig af en bij drie patiënten werd er alsnog op huisbezoek gegaan. (Zie tabel 3) Hierdoor werden er uiteindelijk 29 mensen op de praktijk gezien en 21 aan huis.

Probleem	**#**
Patiënten die weigeren	2
Patiënten die moeilijk tot op de praktijk geraken -> alles gebundeld op één huisbezoek	3
Patiënten die juist een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt. Uitgesteld.	3
Straatwerken waardoor patiënt niet op de praktijk geraakt -> alle vragen in één keer in augustus	1
Onjuist telefoonnummer	1
Patiënten die van huisarts veranderd zijn	1

Tabel 3. Problemen bij rekrutering.

4.1 Februari: Medicatienazicht en bloedname

Het nazicht van de medicatie gebeurde in februari. Dit gebeurde bij alle patiënten door de dokters, aangezien zij over de kennis beschikken om na te gaan wat nodige en overbodige medicatie is. Bij de mobiele patiënten duurde het overlopen van de medicatielijst ongeveer vijf minuten. Bij de huisgebonden patiënten waren de medicatielijsten dikwijls langer en nam dit dus iets meer tijd in beslag. Alle dokters waren overtuigd van het nut en de meerwaarde van dit nazicht en vonden het de tijdsinvestering zeker waard. Iedereen is er ook van overtuigd dat dit minder tijd in beslag zal nemen na het eerste jaar en dat het nuttig is om dit minstens jaarlijks te herhalen zodat het EMD ook te allen tijde up-to-date is. Als gevolg van dit nazicht werd de medicatie bij meerdere patiënten aangepast. Het ging dan voornamelijk over het stoppen van statines, het starten van maagbescherming bij gebruik van bloedverdunners en aanpassen van medicatie aan de nierfunctie. Met een aantal patiënten werd het slaapmedicatiegebruik besproken maar er was zeer veel weerstand om deze medicatie aan te passen.

4.2 Maart: Vroegtijdige zorgplanning

Oorspronkelijk zou de zorgplanning beginnen in maart, maar voor één dokter was dit niet mogelijk vanwege een vakantie. Zij heeft de vragenlijst verspreid over de maanden erna. Voor de andere medewerkers is het wel gelukt om dit in maart af te werken. Qua tijdsbesteding was er vooral een heel groot verschil op te merken tussen de artsen en de verpleegkundigen. De artsen gaven allemaal aan dat dit bij de meeste patiënten vijf à tien minuten in beslag nam, maar bij de verpleegkundigen duurde dit 30 minuten. Of dat lag aan het feit dat de verpleegkundigen enkel huisgebonden patiënten hadden of aan hun communicatie, is niet duidelijk. Het is wel duidelijk dat veel patiënten heel hard de neiging hadden om bij dit onderwerp erg uit te weiden over andere zaken. Bij de bevraging werd er opgemerkt dat er zowel bij de mobiele patiënten als bij de huisgebonden patiënten, patiënten waren die hier al over nagedacht hadden en anderen die hier nog helemaal niet mee bezig waren. Als gevolg van deze bevraging werd er bij een aantal patiënten een wilsverklaring euthanasie ondertekend (bij de arts die voornamelijk huisgebonden patiënten zag) en bij één patiënt een negatieve wilsverklaring. Iedereen vond deze vragenlijst zeer nuttig. Andere opmerkingen waren dat het bij sommige mensen eigenlijk wat te laat ter sprake kwam en dat het bij de mobiele ouderen niet per se jaarlijks gedaan zou moeten worden. Bij veel mensen is het immers een "ver-van-hun-bed"-kwestie en is er van jaar tot jaar niet zoveel verandering te verwachten. Na een groepsgesprek werd er beslist om toch jaarlijks te vragen of er iets veranderd is, omdat je anders het risico loopt om er bij levensveranderingen niet aan te denken of dat er bij een levensverandering ineens heel veel verschillende onderwerpen moeten bevraagd worden. Een eventuele wilsbeschikking moet sowieso elke vijf jaar vernieuwd worden.

4.3 April: Katz-schaal

Het invullen van de Katz-schaal nam voor niemand veel tijd in beslag. Dit duurde over het algemeen tussen de drie en de tien minuten. Dikwijls werden een aantal vragen ingevuld op basis van kennis die men al over een patiënt had. Bij de mobiele patiënten deed men verder niets met de verkregen informatie en was de informatie over het algemeen enkel nuttig om een idee te hebben waaraan gedacht moest worden indien een nog aanwezige partner weg zou vallen. Urine-incontinentie is wel een belangrijk aspect om jaarlijks opnieuw te bevragen. Eén arts haalde aan dat het misschien niet nuttig was om jaarlijks de Katz-schaal te herhalen bij mobiele patiënten. Tijdens het groepsgesprek werd echter aangehaald dat dit even goed wel gedaan kon worden vanwege de beperkte tijdsinvestering en omdat het makkelijker is om dit jaarlijks te doen. Zo is men zeker dat dit niet

vergeten wordt in de jaren dat het anders wél moet gedaan worden. Bij huisgebonden patiënten is er dikwijls al hulp aanwezig en is de Katz-schaal sowieso nodig om recht te hebben op terugbetaling voor deze hulp. Bij een aantal van deze patiënten werd er een incontinentie-forfait aangevraagd naar aanleiding van deze vragenlijst en voor één persoon werd beter incontinentiemateriaal geregeld. Men deed geen uitgebreid onderzoek vanwege de hoge leeftijd van de betrokken patiënten. De medicatielijst werd wel nog eens extra overlopen.

4.4 Mei: Slaapproblemen en depressie

De vragen rond slaapproblemen en depressie namen bij de artsen twee tot vijf minuten in beslag, terwijl dit bij de verpleegkundigen een kwartier tot een half uur duurde. Het viel op dat een sombere stemming bij veel mensen gelinkt wordt aan eenzaamheid en dat het dus nuttig is om dit samen te bevragen. Bij de mensen die regelmatig opgevolgd worden, is de sombere stemming meestal al gekend. Toch vond iedereen het nuttig om hier één keer per jaar extra bij stil te staan, ook al werden er geen therapie-aanpassingen doorgevoerd. Veel mensen zagen extra hulp immers niet zitten. In overleg met de collega's, inclusief de praktijkpsycholoog, werd er besproken dat de extra aandacht die er is voor deze problematiek al therapeutisch kan werken en dat problemen op oudere leeftijd dikwijls moeilijk op te lossen zijn.

Er waren veel mensen met slaapproblemen, maar het is niet makkelijk om hiermee verder te gaan. Bij het aanhalen van slaapproblemen, grepen patiënten dit dikwijls aan om extra slaapmedicatie te vragen en staan ze minder open voor gedragsverandering. Het was een uitdaging om dit dan toch te bespreken. Tips die werden meegegeven gingen onder andere over slaapritme (Veel ouderen gaan veel te vroeg slapen, waardoor ze erg vroeg wakker worden. Ook dutjes overdag komen de nachtrust dikwijls niet ten goede). Verder is het belangrijk om het slaapprobleem te objectiveren door te vragen naar vermoeidheid overdag. Niet alle medewerkers hebben hier tijdens het verloop van de studie aan gedacht. Eén arts focuste zich bij slaapproblemen voornamelijk op de zoektocht naar de oorzaak van de slaapproblemen. Gaat het over piekeren, pijn, reflux,… Als er een specifiek probleem gevonden was, kon er een specifieke behandeling gestart worden. Wat vooral opviel bij slaapproblemen, is dat elke medewerker dit op een andere manier aanpakte en dat de bespreking achteraf zeer nuttig was om naar de toekomst toe dit nog beter en meer uniform te kunnen doen.

4.5 Juni: Prostatisme en seksuele functie

De bevraging rond prostatisme en seksualiteit nam maximaal vijf minuten in beslag. In verband met prostatisme werd er bij één patiënt Tamsulosine opgestart, maar deze bleek dit niet te verdragen. In het kader van seksuele dysfunctie werd bij één vrouw Oestrogel voorgeschreven. Het bevragen van de seksuele dysfunctie en prostatisme had zeker zin, al merkte één persoon op dat seksuele functie bij alleenstaanden misschien niet meer bevraagd hoeft te worden. Na bespreking werd dit herleid naar mensen die hun partner recent verloren hebben, omdat dit bij deze mensen even niet aan de orde is. Iedereen was het hiermee eens. Er werd aangehaald dat het wel nuttig is om een andere manier van noteren in het dossier te gebruiken in verband met seksuele dysfunctie waarbij er genoteerd wordt of mensen dit nog belangrijk vinden of niet. Als ze dit niet meer belangrijk vinden, moeten seksuele problemen nadien eigenlijk niet meer bevraagd worden.

4.6 Juli: Osteoporose, valrisico en ondervoeding

Bij mobiele patiënten nam de bevraging rond osteoporose, valrisico en ondervoeding ongeveer vijf minuten in beslag. Bij huisgebonden patiënten was dit beduidend langer: 10-15 minuten bij de arts en 20-30 minuten bij de verpleegkundigen. Het meten en wegen was niet altijd mogelijk vanwege een gebrek aan materiaal bij de mensen thuis, waardoor het risico op osteoporose niet altijd correct werd ingeschat. Bij de eindbespreking tussen artsen en verpleegkundigen kwam naar boven dat het meenemen van een oprolbare lintmeter zeker haalbaar is, maar dat dit niet vanzelfsprekend is bij een weegschaal. Op onze praktijk zou er wel ruimte kunnen gemaakt worden voor een project waarbij iemand met een weegschaal aan huis kan gaan, maar dit is voor veel andere praktijken waarschijnlijk niet haalbaar. Zeker in stadspraktijken waar huisbezoeken met de fiets gebeuren is dit onmogelijk. Het enige dat je dan nog kan vragen is dat patiënten zelf een weegschaal kopen, maar dit kan je natuurlijk nooit verplichten. Verder merkte één van de artsen op dat je niet moet wachten tot de vragenlijst om bij een fractuur het osteoporose-risico te bekijken en dat cortisonegebruik ook mee wordt nagekeken bij het controleren van de medicatielijst. Enkel het gewicht en de lengte(vermindering) zouden dan belangrijk zijn in verband met osteoporose. De andere collega's waren het hiermee eens.

De personen in de bevraagde populatie hadden eerder overgewicht dan ondergewicht. Bij een aantal patiënten is het wel gelukt om hieromtrent extra advies te geven. Eén patiënt had effectief ondergewicht en krijgt nu medicatie om bij te komen. In verband met valpreventie werd bij één huisgebonden patiënt een rollator aangevraagd en werd bij twee huisgebonden patiënten gangrevalidatie opgestart. Eén van de mobiele patiënten werd doorverwezen naar de maatschappelijk werker voor een personenalarm dat gedragen kon worden in de douche. De consensus was dat ook patiënten die kunnen autorijden, kunnen vallen en dat het ook bij deze patiënten belangrijk is om het valrisico te bevragen.

4.7 Augustus: Lawton-schaal

Ook bij de Lawton-schaal was er ~~weer~~ een groot verschil in tijdsinvestering tussen verpleegkundigen (30-40 min) en artsen (3-10 min). Eén van de artsen heeft deze vragenlijst bij een aantal patiënten niet gedaan, omdat deze patiënten al door de maatschappelijk werker gezien werden in het kader van een andere studie. Een andere arts vond de vragenlijst zeer ouderwets en niet nuttig voor patiënten die nog mobiel zijn. De andere arts die veel mobiele patiënten zag, heeft echter één patiënt doorgestuurd naar de maatschappelijk werker omdat deze patiënt met vragen over poetshulp zat. Na overleg werd er besloten dat deze bevraging vanwege de beperkte tijdsinvestering toch mee kon opgenomen worden in de definitieve lijst. Bij de huisgebonden patiënten regelde één van de verpleegkundigen voor één persoon poetshulp en voor één persoon verse maaltijden aan huis (de patiënt in kwestie at enkel opwarmmaaltijden uit het grootwarenhuis). Eén koppel werd doorverwezen naar het dagcentrum vlakbij om daar verse maaltijden te eten. Veel mensen hadden echter al alle hulp die ze nodig hadden. Interessant was dat je door deze vragen te stellen ook extra op de hoogte gebracht werd van de aanwezige mantelzorg.

4.8 September: Financiën en eenzaamheid

De bevraging over financiën en eenzaamheid duurde bij de meeste mensen ongeveer vijf minuten. Bij één verpleegkundige duurde dit gemiddeld vijftien minuten. Patiënten waren dikwijls heel blij dat er gepraat werd over eenzaamheid, en voelden zich hierdoor al minder eenzaam. Echte oplossingen (dagcentra, buurtactiviteiten...) zagen de patiënten in kwestie echter dikwijls niet zitten of waren niet haalbaar vanwege slechte mobiliteit. Eén van de mobiele patiënten werd doorgestuurd naar de

maatschappelijk werker vanwege eenzaamheid. Verder haalden meerdere medewerkers aan dat ook bij deze bevraging de mantelzorg aan bod kwam. In geval van financiële problemen werden er geen concrete stappen ondernomen. De voornaamste reden waarom dit toch werd genoteerd was dat we hier in het geval van noodzakelijke hulp makkelijk naar konden teruggrijpen. Eén van de artsen haalde aan dat het niet nuttig is om dit jaarlijks te herhalen, aangezien de financiële situatie bij deze patiënten enkel verandert bij overlijden van een partner. Een jaarlijkse vraag over een eventuele verandering van de financiële situatie neemt echter niet veel tijd in beslag en zorgt ervoor dat dit aspect niet vergeten wordt.

4.9 Oktober: Gehoor en griepvaccinatie

Wat betreft het gehoor gaven vier van de vijf medewerkers aan dat ze het wel nuttig vonden om dit te bevragen, ondanks het feit dat er bij geen van de patiënten verdere stappen werden ondernomen om iets aan een aanwezig gehoorverlies te doen. Enerzijds omdat patiënten dit niet als een probleem zien en anderzijds vanwege de kostprijs van een hoorapparaat. Het voordeel hiervan was wel dat er in het dossier genoteerd werd dat er een hoorapparaat of een slecht gehoor aanwezig was. Het bevragen van het gehoor nam maximaal twee minuten in beslag. De griepvaccinatie werd bij het grootste deel van de patiënten op één gezamenlijk vaccinatiemoment gedaan.

4.10 November: Pijn

Het bevragen van de pijn nam bij iedereen ongeveer twee tot vijf minuten in beslag. Door de artsen die mobiele patiënten zagen werd het als zeer nuttig ervaren en er werd bij meerdere patiënten een medicatie-aanpassing doorgevoerd. Veel oudere mensen staan afkerig ten opzichte van pijnmedicatie, maar het is zeer belangrijk om duidelijk te maken dat, met name paracetamol, op hun leeftijd geen kwaad kan. De andere arts die voornamelijk huisgebonden patiënten zag, was vergeten om dit nog te doen tot ondergetekende haar hieraan opnieuw herinnerde in februari. De reden die hiervoor werd aangehaald waren enerzijds de vele andere projecten die intussen binnen de praktijk waren opgestart en anderzijds praktijkdrukte. Dit toont aan dat het niet haalbaar of opportuun is om aan te veel projecten tegelijk deel te nemen. Ook bij de verpleegkundigen was dit laatste onderwerp wat naar de achtergrond verdwenen, maar tegen eind februari was dit wel gebeurd. Bij de huisgebonden patiënten kwamen er minder ongekende pijnklachten naar boven. Een theorie die geopperd werd om het verschil tussen mobiele patiënten en huisgebonden patiënten te verklaren, was dat mobiele patiënten mogelijks geen afspraak maken speciaal om pijnklachten te bespreken, terwijl huisgebonden patiënten sowieso maandelijks een arts zien en hier dan makkelijker over beginnen. Verder blijven patiënten pijnmedicatie dikwijls weigeren of hebben ze onaanvaardbare bijwerkingen van deze medicatie. Het nut om dit numeriek te bevragen zou volgens de meeste medewerkers moeten bekeken worden over een aantal jaar, dit om te zien of de pijn verandert.

4.11 Algemeen

Bij mobiele patiënten was de tijdsinvestering alles bij elkaar genomen gemiddeld 30-40 minuten terwijl dit bij huisgebonden patiënten die door een arts gezien werden, ongeveer een uur was. Bij de verpleegkundigen namen de meeste onderwerpen een halfuur in beslag en was het dus in totaal een tijdsinvestering van meerdere uren. Of dit lag aan de patiënten of aan de personen die de vragenlijsten afnamen, is niet duidelijk. Beide verpleegkundigen gaven wel aan dat patiënten de neiging hadden om heel erg uit te weiden en dat dit het meeste tijd in beslag nam.

Over het algemeen werd het project zeker als nuttig ervaren. Zo is er meer aandacht voor kleine dingen die je anders over het hoofd zou zien en vormden de gestelde vragen bij meerdere patiënten de aanleiding om aanpassingen door te voeren. Het ene onderwerp is echter nuttiger dan het andere en de discussie over welk onderwerp jaarlijks herhaald moet worden, was zeker bestaande. Vooral bij mobiele patiënten zijn niet alle vragenlijsten even nuttig. Anderzijds worden net deze mensen dikwijls overschat en komen dankzij deze vragenlijsten sneller eventuele problemen naar boven die anders mogelijk onder de oppervlakte zouden blijven. Meerdere medewerkers gaven aan dat ze ook bij niet-geïncludeerde patiënten meer aandacht hadden voor bepaalde problemen door dit project te doen.

Qua haalbaarheid werden er grote verschillen opgemerkt tussen de medewerkers. De twee artsen die voornamelijk mobiele patiënten zagen, vonden het zeer haalbaar om de vragen te stellen. Het nadeel hierbij is dat er wel tijd moet geïnvesteerd worden door onthaalmedewerkers (of door de arts indien er geen onthaalmedewerkers zijn) om de patiënten te bellen en een afspraak te regelen. Dit nam ongeveer vijf minuten extra per patiënt in beslag. Verder kunnen financiële problemen een obstakel zijn in een niet-forfaitaire praktijk, of de niet-evenredige verloning indien alle vragen op één consult overlopen worden. De arts die voornamelijk huisgebonden patiënten zag, slaagde er niet in om alle onderwerpen op tijd afgerond te krijgen, maar combineerde soms meerdere onderwerpen op één huisbezoek om haar achterstand terug in te halen. Aangezien ze geen laptop of tablet kon meenemen op huisbezoek vond ze het moeilijk om bij te houden welk onderwerp wanneer bevraagd moest worden. Ze was dus verplicht om telkens op voorhand te kijken welk onderwerp er op dat moment bevraagd moest worden en vervolgens alle relevante informatie uit het dossier te halen. Nadien kroop er dan ook nog eens veel tijd in het invoeren van de gegevens.

De verpleegkundigen vonden het heel moeilijk om alles gedaan te krijgen. Ze konden de laatste vragen pas afronden tegen eind februari en moesten na hun uren soms opnieuw langsgaan bij patiënten. Ze hadden het gevoel dat ze niet voldoende tijd hadden om de vragenlijsten te overlopen en merkten dat het vooral de uiteenlopende verhalen waren die heel veel tijd in beslag namen. Wel gaven beide verpleegkundigen aan dat het vanaf het tweede jaar voor dezelfde patiënten waarschijnlijk al een stuk makkelijker zal zijn omdat alles al eens besproken is geweest. Eén van de verpleegkundigen gaf ook aan dat ze misschien zelf meer to-the-point moest blijven. Omdat er geen onderwerpen gepland waren in december en januari, kon deze periode nu gebruikt worden om alle vragenlijsten bij te werken.

Als extra opmerking werd er nog door één van de verpleegkundigen meegegeven dat volgens haar alles samenhangt en dat het moeilijk is om een onderwerp te schrappen. “Soms heb je door het stellen van één vraag al een oplossing voor een ander probleem.“

Verder is flexibiliteit ook belangrijk. Bij de mobiele patiënten doen sommige patiënten liever alle vragen in één keer. Anderen vinden dat dit te lang duurt en komen liever later terug. Indien er een acuut probleem is bij huisgebonden patiënten, heeft dat even voorrang en kan het soms nodig zijn om een vraag over te slaan en hier de volgende keer op terug te komen.

Het doel van de vragen uitleggen nam ook wat tijd in beslag en zorgde ervoor dat mensen al dadelijk begonnen uit te weiden voor je nog maar iets kan vragen. We zijn ervan overtuigd dat dit probleem zich niet meer voor zal doen zodra patiënten gewend zijn aan het feit dat deze vragen gesteld worden.

Indien je met een EMD werkt is het nagenoeg een vereiste om een laptop of tablet mee te nemen op huisbezoek bij de huisgebonden patiënten. De vragenlijst afwerken gaat vaak sneller bij de ene patiënt dan bij de andere. Door een laptop of tablet mee te nemen, voorkom je dat je niet weet wat te vragen en kan je snel opzoeken waar je gebleven was. Daarnaast kan je rechtstreeks je gegevens

invoeren. Als je met een papieren dossier werkt, kan je een tabel met alle vragen afprinten en deze vervolgens aanvullen.

5 Conclusie

Over het algemeen werd dit project zeer nuttig bevonden. De haalbaarheid varieerde per onderwerp en was enerzijds afhankelijk van de personen die de vragenlijsten afnamen en anderzijds van de patiënten.

Het maandelijks behandelen van alle voornoemde onderwerpen bij de huisgebonden patiënten kostte best veel moeite. Desondanks bestond er wel consensus over het feit dat het met name bij deze groep nuttig is om te doen. Indien de arts met een EMD werkt, is het bij een huisbezoek van belang om een laptop of tablet bij de hand te hebben. Zo kan er ter plekke worden nagegaan welke onderwerpen nog bevraagd moeten worden en kunnen bevindingen dadelijk worden genoteerd. Indien een onderwerp niet aan bod kan komen tijdens een huisbezoek, is het algemeen genomen wel haalbaar om de keer erna twee onderwerpen te combineren. Het feit dat je jezelf eraan moet blijven herinneren om deze vragen te stellen, en het even duurt voor het een routine is, vormt een extra moeilijkheid.

Bij mobiele patiënten was het zeer haalbaar om dit binnen een forfaitaire groepspraktijk te doen, maar waren niet alle vragenlijsten even nuttig. Of huisartsen in andere soorten praktijken deze vragenlijsten willen afnemen bij mobiele patiënten zal een persoonlijke keuze zijn, aangezien de tijdsinvestering die hierin kruipt op zich niet evenredig is met de verloning indien alles op één consultatie wordt gedaan. Wanneer de vragenlijst echter gespreid wordt over twee contactmomenten is de verloning meer in verhouding tot de tijdsinvestering, maar dan moet de patiënt hier natuurlijk ook voor willen betalen en willen terugkomen. Een mogelijke oplossing kan geboden worden door bij incidentele contacten op de huisartsenpraktijk een aantal onderwerpen aan te halen. Een potentieel nadeel hiervan is dat deze patiënten enkel komen bij problemen, en dat er dan mogelijk geen tijd is om andere onderwerpen aan te halen. Als mensen enkel komen voor medicatievoorschriften is dit wél haalbaar. Aangezien deze mensen over het algemeen een beperkte kwetsbaarheid hebben (ze kunnen immers nog naar de huisartsenpraktijk komen), is het minder belangrijk dat alle vragen over de tijdspanne van een jaar bevraagd kunnen worden en kan dit eventueel ook gespreid worden over twee jaar. Medicatienazicht en bloedname moeten wel zeker jaarlijks worden behandeld.

Financiën, vroegtijdige zorgplanning en gehoor kunnen in geval van tijdsgebrek, zowel bij mobiele als huisgebonden patiënten, na een eerste bevraging, eventueel af en toe overgeslagen worden. Ook seksuele dysfunctie moet niet opnieuw bevraagd worden indien mensen aangeven dat dit hen niet stoort. De vroegtijdige zorgplanning moet niet per se jaarlijks, maar wel zeker elke vijf jaar herhaald worden. Bij mobiele patiënten kunnen ook de Lawton- en de Katz-schaal (exclusief incontinentie) af en toe overgeslagen worden. (Zie tabel 4)

Het overslaan van onderwerpen heeft echter ook veel nadelen. Aangezien de routine van de bevraging dan wegvalt, wordt de kans immers erg groot dat er voor deze onderwerpen helemaal geen aandacht meer zal zijn. Over het algemeen kunnen een aantal vragen jaarlijks vervangen worden door “Zijn er in het afgelopen jaar veranderingen geweest op dit vlak?” en zullen vragen onder andere hierdoor na het eerste jaar waarschijnlijk minder tijd in beslag nemen. Het betreft dan voornamelijk financiën en vroegtijdige zorgplanning. Na overleg werd er toch besloten om elk jaar alle onderwerpen te bevragen, met uitzondering van seksuele dysfunctie indien mensen duidelijk hadden aangegeven dat ze dit niet als probleem zagen of wanneer ze zeer recent een partner verloren waren. Er werd ook besloten dat de vraag rond cortisonegebruik en de vraag over een

fractuur in het afgelopen jaar niet nuttig waren, dit omdat het cortisonegebruik al bij het medicatienazicht werd nagekeken en omdat je na een fractuur best niet wacht om een osteoporoserisico-inschatting te maken. Dit betekent dat in principe enkel het gewicht en de lengte(vermindering) mee in rekening worden gebracht. Hierbij is het bij huisgebonden patiënten echter belangrijk dat zij zelf een weegschaal hebben, want het is niet altijd haalbaar (maar anderzijds wel zeer nuttig) om een weegschaal mee te nemen. Eenzaamheid wordt best samen met depressie en slaapproblemen bevraagd. (Zie tabel 4) Financiën kan dan eventueel met een ander onderwerp gecombineerd worden.

	Huisgebonden patiënten	Mobiele patiënten
Medicatienazicht, vaccinaties en bloedname	Jaarlijks	
Vroegtijdige zorgplanning	Jaarlijks verandering bevragen, minstens elke 5 jaar volledig.	
Katz-schaal	Jaarlijks nodig voor terugbetaling van verpleegkundige zorgen	Incontinentie jaarlijks. Bij tijdsgebrek kan dit al eens overgeslagen worden
Slaapproblemen	Jaarlijks	
Depressie	Jaarlijks	
Eenzaamheid	Jaarlijks	
Financiën	Eventueel jaarlijks veranderingen te bevragen. Kan al eens overgeslagen worden.	
Seksuele functie	Jaarlijks, tenzij patiënt aangeeft dat hij/zij seksuele dysfunctie niet als een probleem ziet	
Prostatisme	Jaarlijks	
Osteoporose	Cortisonegebruik bij medicatienazicht te bekijken. Osteoporose-inschatting doen bij fractuur zelf. Voornamelijk gewicht jaarlijks volgen.	
Valrisico	Jaarlijks	
Ondervoeding	Jaarlijks	
Lawton-schaal	Jaarlijks (eventueel enkel veranderingen)	Kan bij tijdsgebrek eventueel overgeslagen worden.
Gehoor	Kan bij tijdsgebrek na het eerste jaar eventueel al eens overgeslagen worden	
Pijn	Jaarlijks	

Tabel 4. Suggestie toepassing en groepering.
*Opeenvolgende rijen in dezelfde kleur groeperen/samen bevragen.

Algemeen kan men besluiten dat het project zeer nuttig bevonden werd maar dat er toch een bepaalde tijdsinvestering nodig was die de haalbaarheid, vooral bij huisgebonden patiënten, negatief beïnvloedde. Een aantal onderwerpen zouden af en toe weggelaten kunnen worden, waardoor ze niet jaarlijks bevraagd worden (zie tabel 4), maar dat heeft dan weer invloed op de systematiek van deze vragen, waardoor het risico om iets te vergeten, vergroot. Juist door jaarlijks te bevragen of er dingen veranderd zijn, zou het mogelijks minder tijd in beslag nemen dan als dit om de paar jaar gebeurt. Dit moet echter verder onderzocht worden.

DANKWOORD

Met dank aan alle medewerkers van Geneeskunde voor het Volk in Genk, aan mijn promotor en aan degenen die deze masterproef hebben nagelezen.

REFERENTIES

1. Kruschinski et al. “A Geriatric Assessment in General Practice: Prevalence, Location, Impact and Doctor-Patient Perceptions of Pain.” *BMC Family Practice* 17 (2016): 8.
2. Quinn T J et al. Functional assessment in older people. BMJ 2011; 343 :d4681
3. Deckers A et al. De GAZETOagenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012; 41(4) 191-196
4. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. De meerwaarde van de GAZETO in de huisartspraktijk
5. Mann E et al. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria; BMC Geriatrics 2004, 4:4.
6. Stuck A et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence; BMJ 2011; 343.
7. Iliffe s, Lenihan P, Orrell M, et al. the development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br J Gen Pract2004;54:914-8.
8. Mandy M N Stijnen 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, Vol. 31, No. 3, 333–340
9. Deckx L et al. Geriatric screening tools are of limited value to predict decline in functional status and quality of life: results of a cohort study. BMC Family Practice (2015) 16:30
10. Heyrman J et al. Doelgerichte gezondheidszorg bij ouderen. Jaarplanning in de huisartsenpraktijk; Huisarts Nu, 1999, Vol:28 issue:8 pages:314-317
11. Cornwell EY, Waite LJ. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. Journal of health and social behavior. 2009;50(1):31-48.
12. Gosset, C., Declercq, A., Londot, A., Mello, J., Collard, J., Detroyer, E., Schumacher, I., Moons, P., Piette, N., Milisen, K., De Mul, N., Van Audenhove, Ch., Joiris, T., Vanneste, D., Gillain, N., Paepen, B., Filee, D. & Berden, J. Actieproject BelRAI II: haalbaarheid van de RAI-methode in België, Leuven, LUCAS 2008
13. DiMaria-Ghalili RA, Guenter P. The Mini Nutritional Assessment. AJN 2008, 108: 50-59.
14. Belrai, ondervoeding (nog aan het wachten op antwoord voor juiste bron)
15. Van der Linden, L. et al. Development and validation of the RASP list (Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP list in Older Patients): A novel tool in the management of geriatric polypharmacy. European Geriatric Medicine. 2014, Volume 5 , Issue 3 , 175 – 180
16. Barry PJ et al. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) -an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing 2007; 36: 632-638.

17. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing 2008; 37: 673 -679.
18. Wertelaers A et al. Praktijkinstrumenten val- en fractuurpreventie. Domus Medica vzw juli 2015
19. Belrai, valrisico (nog aan het wachten op antwoord voor juiste bron)
20. Peeters G, Elders P, Lips P, Deeg DJH. Snelle inschatting van de kans op herhaald vallen bij ouderen. Huisarts Wet 2011;54(4):186–91
21. Riziv. Evaluatieschaal (Katz). Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/evaluatieschaal-katz.aspx#.WPTsZtLyg2w. Geraadpleegd 2016 januari 10.
22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185: 914-919.
23. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186
24. Wilson JMG, Jungner JJ. Principles and practice of screening for disease. Public Health Paper 34. Geneva: World Health Organization; 1968.

BIJLAGE: PROTOCOL

Introductie

De opvolging van bejaarde chronische patiënten door de huisarts gebeurt klassiek door middel van periodieke huisbezoeken, waarbij vooral de bloeddruk genomen wordt en medicatie wordt voorgeschreven. Andere zorg wordt aangeboden als de patiënt met bepaalde klachten komt. Van een systematische zorgplanning is geen sprake. Zo is de preventie van frequente problemen bij ouderen (vb vallen) ondermaats.

In Huisarts Nu werd in 2012 het artikel gepubliceerd over de gestructureerde GAZETO agenda. Een toepassing van CGA zorgmodellen (Comprehensive Geriatric Assessement). Deze worden in het buitenland al toegepast[1] en geven een verminderde mortaliteit en een vertraging van de functionele achteruitgang.[2,3] Daar de GAZETO agenda aanhaalt dat er een aantal onderwerpen ontbreken en overleg met een aantal mensen die aan deze studie deelnamen onthulde dat een aantal vragenlijsten te uitgebreid waren is het interessant om dit onderzoek te herhalen met kortere vragenlijsten in stap 1.

Met dit onderzoek willen we nagaan hoe haalbaar het is om aan gestructureerde zorgplanning te doen bij bejaarden in onze huisartsenpraktijk. We kozen ervoor om geen gebruik te maken van de website, die verbonden is aan het GAZETO project, omdat het niet compatibel is met ons EMD. We maken zelf een protocolscherm, dat onderdeel is van ons EMD (Medidoc), zodat de gestructureerde zorgplanning een natuurlijk onderdeel kan worden van ons medisch handelen.

Het onderzoek betreft het screeningsgedeelte van de GAZETO agenda. De verdere opvolging (diagnostiek en behandeling) maken deel uit van het courante medische handelen. Daar onze praktijk drie verpleegkundigen in dienst heeft die veel contact hebben met een aantal van onze oudere patiënten, hebben we besloten om hun de praktische uitvoering te laten doen van de screening bij deze patiënten. Als er problemen opgemerkt worden, zullen patiënten aangemoedigd worden om dit verder te bespreken met één van de artsen, of met de maatschappelijk werker in geval van problemen die eerder op socio-economisch vlak liggen. De andere patiënten zullen opgevolgd worden door de artsen.

Onderzoeksvraag en –methode

Onderzoeksvraag:

Is het haalbaar om aan zorgplanning te doen bij ouderen?

Onderzoeksmethode:

Kwalitatief onderzoek. Regelmatig overleg over ervaringen.

Outcome:

Het gaat over een beschrijvende studie waarbij bedenkingen en opmerkingen bij elke stap zullen genoteerd worden.

Steekproefgroottebepaling:

Niet van toepassing. Het is de bedoeling om na te kijken hoe haalbaar het is om de zorplanning toe te passen. Alle dokters en verpleegkundigen op de praktijk doen hier aan mee en om een juist beeld te krijgen over de haalbaarheid is het belangrijk dat alle 75+-ers die binnen de inclusiecriteria vallen meedoen.

Onderwerpen en screeningstools

GAZETO formuleert 14 onderwerpen, waarvoor een screeninginstrument is uitgewerkt. Wij nemen dit grotendeels over. Voor sommige onderwerpen hebben we gekozen voor een ander instrument, omdat dat korter en eenvoudiger is. We hebben ook enkele onderwerpen toegevoegd, die ons belangrijk leken.

De onderwerpen die we willen screenen zijn: Gehoorproblemen, depressie, valpreventie, osteoporose, urine-incontinentie, prostatisme, medicatiegebruik, slaapstoornissen, vaccinatie, functionele autonomie, seksuele problemen, pijn, ondervoeding, eenzaamheid, financiën en vroegtijdige zorgplanning. We hebben beslist om niet apart voor dementie te screenen omdat dit volgens de NHG-richtlijnen niet nuttig is. Delen hiervan komen sowieso terug in de KATZ-schaal.

Voor gehoorproblemen, depressie, osteoporose, slaapproblemen en vroegtijdige zorgplanning volgen we de GAZETO agenda. Urine-incontinentie wordt bevraagd in het kader van de KATZ-schaal en wordt van daaruit opgevolgd. We voegen de screening naar prostatisme toe (moeite om te plassen?). Ook voor medicatiebeheer volgen we de GAZETO agenda (dosisaanpassing volgens de nierfunctie en algemeen nazicht). We hebben gekeken of het haalbaar was de RASP-lijst toe te passen, maar dat is te uitgebreid. We hebben besloten om patiënten met een zeer complexe medicatielijst door te sturen naar de speciale raadpleging in het Virga Jesse Ziekenhuis in Hasselt. Voor valpreventie hebben we gekozen voor de Amerikaanse richtlijnen, waarbij zowel effectief vallen als valangst bevraagd wordt. We combineren dit punt met osteoporose. We hebben besloten om niet te screenen voor sarcopenie omdat de beoordeling hiervan bij de verdere evaluatie van valpreventie al aan bod komt. Voor voeding gebruiken we de BELRAI vragenlijst, waarbij in de eerste instantie naar het BMI gekeken wordt. Vaccinaties staan vermeld in het EMD. Ook voor eenzaamheid gebruiken we de vragenlijst van Belrai, waarbij we, door de preselectie van patiënten, enkel het subjectief gevoel van eenzaamheid navragen. Omdat patiënten dikwijls niet weten waar ze recht op hebben bij een laag inkomen, gaan we ook het inkomen bevragen zodat we indien nodig kunnen doorverwijzen naar onze maatschappelijk werker. Omdat voor de terugbetaling van zorgen de KATZ-schaal sowieso moet gescoord worden nemen we deze ook mee. Er was wat discussie over de haalbaarheid van de LAWTON-schaal, maar we besloten om deze toch mee te nemen omdat deze wel erg nuttige informatie geeft over frailty. Twee dingen die volgens ons ontbraken waren de bevraging van pijn, waarbij we de pijnschaal van 1- 10 zouden gebruiken, en seksuele functie waarbij we in eerste instantie toestemming vragen om over dit onderwerp te praten en dan te vragen of er problemen aanwezig zijn.

Planning

Er zou elke maand één of meerderde onderwerpen bevraagd worden, behalve in de wintermaanden, omdat het op deze momenten drukker is in de praktijk en deze extra belasting op dat moment als moeilijk gezien wordt. Verder komt dit ook goed uit omdat sommige thema's nogal wat overlap hebben. We hebben gekozen om te beginnen met een medicatienazicht omdat dit ook dadelijk een goede opdracht zou zijn voor de stagiair op de praktijk. Dit zou starten in februari. Hierbij wordt er ook gekeken of er een recente bloedname is (minder dan 6 maanden geleden) om de nierfunctie te kunnen beoordelen. Indien nodig wordt dit gedaan. Samen met de algemene medicatie wordt ook de vaccinatiestatus bekeken. Dit omdat dit beide zaken zijn die voornamelijk met het medisch dossier te maken hebben en volgens ons levert het tijdswinst om per patiënt maar één keer dit te moeten opzoeken. Indien nodig gaan we hier mee verder in maart.

De maand nadien zou dan vroegtijdige zorgplanning besproken worden, dit om zeker te zijn dat er in het vervolgtraject niet te ingrijpend te werk gegaan wordt. Men kan hier dan eventueel ook naar terugkoppelen bij gevonden problemen.

In april zouden we voor iedereen de KATZ-schaal in orde willen maken, waarbij het belangrijk is dat dit niet enkel wordt gedaan om terugbetaling te krijgen, maar ook om te kijken of er problemen zijn die behandelbaar zijn (zoals urinaire incontinentie). De maand erna zouden we depressie en slaapstoornissen bevragen. We nemen dit samen omdat slaapstoornissen zeer veel voorkomen bij depressie en depressie de belangrijkste oorzaak van slapeloosheid is.[4]

In juni zouden we screenen voor prostatisme en seksuele klachten om dan in juli over te gaan naar osteoporose, valrisico en ondervoeding. We zetten bewust deze drie thema's bij elkaar omdat een aantal van de vragen overlappen in de eerste screening (gewicht voor osteoporose en ondervoeding) en omdat de screening van osteoporose en valpreventie beide kadert in het groter onderwerp van fractuurpreventie. Omdat dit toch een vrij uitgebreide bevraging is hebben we deze in juli geplaatst omdat het dan beduidend rustiger is op de praktijk (zomervakantie + bouwverlof).

In augustus en september zouden we dan de eerder sociale factoren bevragen. Dit gaat over de LAWTON-schaal (augustus) en het gevoel van eenzaamheid en de financiële situatie. (september)

In oktober bevragen we het gehoor en starten we met de griepvaccinatie en in november bevragen we pijn.

Bij patiënten die niet op regelmatige basis gezien worden door een arts of een verpleegkundige zal er een herinnering in de planning (in het EMD) gezet worden op 1 april en 1 oktober om, indien nodig, op deze momenten de onderwerpen van het afgelopen half jaar te kunnen inhalen.

In- en exclusie

Inclusiecriteria zijn 75+ en ingeschreven bij onze praktijk. In tegenstelling tot de GAZETO-studie includeren we ook patiënten die minder dan 4 keer per jaar een contact hebben met één van de huisartsen en patiënten die in een rusthuis verblijven omdat wij ons ook verantwoordelijk stellen over deze patiënten. Patiënten die gekend zijn met dementie of die vanwege taalproblemen de

vragen niet zouden begrijpen worden geëxcludeerd. Ook ouderen die gehospitaliseerd of palliatief zijn behoren niet tot de doelgroep. In totaal gaat het over 52 patiënten.

Evaluatie

De evaluatie achteraf zal vooral berusten op feedback van het team. Er zal regelmatig overleg plaatsvinden op teamvergaderingen over het verloop van het programma. Het resultaat van de studie zal een op een beschrijvende manier genoteerd worden.

Bronnen

1. Deckers A et al. Zorgnoden van thuiswonende ouderen, de gestructureerde GAZETO-agenda. Huisarts Nu juli-augustus 2012; 41(4)
2. Mann E et al. Comprehensive geriatric assessment (cga) in general practice: results from a pilot study in vorarlberg, austria. Bmc geriatrics 2004;4:4.
3. Stuck a, iliffe s. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence. Bmj 2011;343:d6799.
4. Berk M. Sleep and depression - theory and practice. Aust Fam Physician. 2009 May;38(5):302-4.

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Zorgplanning bij ouderen (MANAMA huisartsgeneeskunde Jana Meers)

Belgisch Registratienummer: B300201628040

datum	ons kenmerk	contactpersoon
14/03/2016	16/7/64	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/03/2016.

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

- CV onderzoeker
  dr. J. Meers
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 9/03/2016
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 9/03/2016
  versie 2
- Diverse dd. 8/02/2016
  jaarplanning, versie 1
- Vragenlijst(en)
  - verpleegkundige verzorging - evaluatieschaal
  - valrisicotest
  - IADL-Lawton

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

datum
14/03/2016

ons kenmerk
16/7/64

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

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

datum: 14/03/2016

ons kenmerk: 16/7/64

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 14/03/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.