Betere chronische zorg door een brug tussen geriatrische evaluatie en patiëntenparticipatie.

HAIO:
Dr. Stern Bossier, UGent

Promotor:
Prof. Dr. D. Avonts, UGent

Co-promotor / praktijkopleider:
Dr. N. Vervaeck

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract:

BETERE CHRONISCHE ZORG DOOR EEN BRUG TUSSEN GERIATRISCHE EVALUATIE EN PATIËNTENPARTICIPATIE.

Haio: Dr. Stern BOSSIER
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS, Universiteit Gent
Co-promotor en praktijkopleider: Dr. Niek VERVAECK

Context:
Chronische zorg voor ouderen is complex omwille van multimorbiditeit, verminderde mobiliteit, cognitieve achteruitgang en intermittente acute ziekte-episodes. Deze zorgnoden en de verminderde sociale omkadering leiden tot afhankelijkheid van zorgverleners en mantelzorg tijdens het dagelijks functioneren. De zorg voor ouderen is een hot topic door de vergrijzing van de bevolking, ook in de opleidingspraktijk. Huisartsen moeten meer aandacht hebben voor frailty en functioneringsgerichte preventie, via het actief bevragen van unmet needs en via patiëntenparticipatie. Een Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (GAZETO) is een geriatrisch instrument om op een systematische manier de evoluerende zorgnoden in kaart te brengen.

Onderzoeksvraag:
Hoe de GAZETO-tool implementeren in de dagelijkse praktijkvoering?
Is een verhoogde patiëntenparticipatie bij ouderen haalbaar en leidt dit tot een hogere tevredenheid over de chronische zorg bij huisarts en patiënt?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Literatuur over frailty, functioneringsgerichte preventie en patiëntenparticipatie bij ouderen werd opgezocht via PubMed en het archief van het ICHO. De studie werd uitgevoerd bij thuiswonende, GMD-houdende 75-plussers, waarbij de huisarts volgende klinische tekens beoordeelde: lage body mass index, verminderde longfunctie, cognitieve beperking, slechtziendheid, hardhorigheid, incontinentie, depressiviteit, inactiviteit en beperkte regie over het eigen leven. Wanneer 1 tot 3 van deze kenmerken aanwezig waren, werd de patiënt als pre-frail beschouwd. Patiënten met de diagnose dementie en acute gezondheidsproblemen werden geëxcludeerd. Tijdens 3 opeenvolgende contacten werden volgende unmet needs bevraagd: risico op sociale isolatie, functionele afhankelijkheid, geheugenklachten en valneiging. Vragenlijsten over sociale omkadering en functioneren werden door de patiënt ingevuld. Het geheugen en valrisico werden geëvalueerd via respectievelijk de mini-COG en Timed Up and Go Test. De tevredenheid van de artsen werd beoordeeld via een evaluatieformulier en van de patiënt aan de hand van een interview.

Resultaten:
In totaal werden 22 patiënten (13 vrouwen en 9 mannen) geïncludeerd, met een gemiddelde leeftijd van 83.3 jaar. Vijftien ouderen hadden een risico op sociale isolatie, 10 toonden functie-beperkingen, 9 hadden een verhoogd valrisico en 6 hadden geheugenproblemen. Vijf hadden geen unmet needs en 8 patiënten vertoonden unmet needs op 3 domeinen. Bij 12 patiënten werd verder onderzoek opgestart, maar dit leidde niet tot aanpassing van de zorg.
De deelnemende artsen vonden het positief dat de zorgbehoeftes van de patiënten op een gestructureerde en systematische manier in kaart werden gebracht. Het stimuleerde hen, samen met de oudere, om te reflecteren over het huidig functioneren, gezamenlijke doelstellingen en de te nemen maatregelen. De oudere was positief over de verhoogde aandacht van de huisarts voor het evalueren van de zelfredzaamheid om zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen met een goede levenskwaliteit.

Conclusies:
Gerichte aandacht voor de unmet needs van pre-frail bejaarden, die zelfstandig thuis wonen, vergroot de kennis van de huisarts inzake het functioneren, maar heeft niet geleid tot een aanpassing van de zorg. Het bevragen van de zorgnoden faciliteerde de reflectie bij arts en patiënt over het huidig functioneren. In onderling overleg konden zo gezamenlijke zorgdoelstellingen afgesproken worden. Aanpassingen zijn nodig om de haalbaarheid tijdens de dagelijkse praktijkvoering te verhogen.

E-mail: stern.bossier@ugent.be

ICPC-code: **A49.01 Ouderenzorg**

Voorwoord

Deze masterproef kwam tot stand dankzij de inzet en medewerking van mijn collega's van huisartsenpraktijk De Brug en dankzij de begeleiding van mijn co-promotor en praktijkopleider Dr. Niek Vervaeck en promotor Prof. Dr. Dirk Avonts.

Niet alleen voor deze scriptie kon ik rekenen op de inzet van mijn opleiders / collega's, maar ook gedurende de voorbije twee jaar.
Ik wil hierbij de kans nemen om dr. Niek Vervaeck, dr. Lieve Callewaert,
dr. Ann Cleeren, dr. Hanne Cloetens en dr. Hannelore Yperman te bedanken.
Zij hebben me het voorbeeld van goede huisartsgeneeskunde getoond, met zowel aandacht voor kwalitatieve geneeskunde als empathische patiëntenzorg. Ze hebben me leren kritisch zijn en meer te reflecteren, ice'en op een naturelle manier, diagnostische landschappen gebruiken, leren omgaan met onzekerheden, grenzen trekken... kortom, ze hebben me opgeleid tot een echte huisarts en klaar gestoomd om zelf te starten!

Ik wil ook mijn stagecoördinator dr. Gilberte Watté bedanken voor haar luisterende oor, het leren zorgen voor de zorgverlener en de ondersteuning tijdens dit hele HAIO-avontuur.

Last but not least, wil ik mijn familie en in het bijzonder mijn man Stijn en mijn ouders bedanken. Omdat ze me vanaf dag 1 altijd gesteund, aangemoedigd en gestimuleerd hebben om mijn dromen na te jagen en doelen te bereiken.

Inhoud

ABSTRACT: 2

VOORWOORD 3

1 INLEIDING 6

2 LITERATUURONDERZOEK 8

2.1 VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING 8
2.2 FRAILTY ? 8
2.3 PREVALENTIE VAN FRAILTY 9
2.4 FUNCTIONERINGSGERICHTE PREVENTIE 10
2.5 PATIËNTENPARTICIPATIE BIJ OUDEREN 11

3 METHODE 13

3.1 REFLECTIE VOOR HET STARTEN VAN HET ONDERZOEK 13
3.2 DE KEUZE VAN DE VERSCHILLENDE TOPICS VOOR HET ONDERZOEK 14
3.2.1 PSYCHOSOCIAAL WELZIJN 15
3.2.2 FUNCTIONALITEIT 15
3.2.3 COGNITIE 15
3.2.4 VALPREVENTIE 15
3.3 KEUZE VAN VRAGENLIJSTEN EN SCREENINGSTESTEN 15
3.4 PATIËNTENSELECTIE 16
3.5 AANDACHT VOOR PATIËNTENPARTICIPATIE 17
3.6 REGISTRATIE IN HET ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER 17
3.7 UITVOERING VAN HET ONDERZOEK 19
3.7.1 CONTACT 1 19
3.7.2 CONTACT 2 20
3.7.3 CONTACT 3 20
3.7.4 VERDERE EVALUATIE EN ONDERZOEK BIJ VERHOOGD RISICO 21

4 RESULTATEN 22

4.1 AANPASSING VAN DE CHRONISCHE ZORG: GEDETECTEERDE PROBLEMEN EN PLANNING 22
4.2 PATIËNTENPARTICIPATIE 24
4.3 EVALUATIE DOOR DE ARTSEN 26

5 DISCUSSIE 28

5.1 DE PATIËNTENSELECTIE. 28
5.2 DE COMPLEXITEIT VAN DE UITVOERING VAN DIT PROJECT. 28
5.3 TIJDSINVESTERING 30
5.4 HET GEVOEL VAN MACHTELOOSHEID OMTRENT DE SOCIALE OMKADERING. 30
5.5 DE PATIËNTENPARTICIPATIE 30

6 BESLUIT 32

7 REFERENTIES 35

8 BIJLAGEN 37

8.1 BIJLAGE: INFORMATIEFORMULIER VOOR REKRUTERING VAN DE PATIËNT. 37
8.2 BIJLAGE: TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE PATIËNT. 38
8.3 BIJLAGE: KATZ-VRAGENLIJST. 40
8.4 BIJLAGE: LAWTON-VRAGENLIJST. 41
8.5 BIJLAGE: VRAGENLIJST "SOCIAL DISCONNECTEDNESS SCALE" (DEEL: OBJECTIEF). 42
8.6 BIJLAGE: VRAGENLIJST "SOCIAL DISCONNECTEDNESS SCALE" (DEEL: SUBJECTIEF). 43
8.7 BIJLAGE: VRAGENLIJST "SENSE OF COHERENCE QUESTIONNAIRE" 44
8.8 BIJLAGE: FLOWCHART OVER BESLISSING TOT VERDER BELEID 45

1 Inleiding

Omwille van de vergrijzing van de bevolking wordt de huisarts toenemend geconfronteerd met de zorg voor bejaarde patiënten. Deze patiëntengroep heeft vaak een multi-morbiditeit, waardoor de zorg voor ouderen complex is. Door de aanwezigheid van acute en chronische ziektes, verminderde mobiliteit, cognitieve achteruitgang en vermindering in sociale omkadering bestaat er een groter risico voor afhankelijkheid van mantelzorg en hulpverleners tijdens het dagelijks functioneren. [1 – 7]
Zowel voor een beginnende huisarts in opleiding (HAIO), als voor een ervaren arts, zowel solo als in een groepspraktijk, is het een uitdaging om kwalitatieve chronische zorg te bieden aan thuiswonende bejaarden met een multipathologie en een verminderde zelfredzaamheid. Een evaluatie van de huidige chronische zorg en het aanpassen van de zorg voor ouderen via dit project zou een mogelijkheid kunnen bieden om de patiëntenzorg voor de 75-plussers van deze huisartsenpraktijk te verbeteren. [2]

Het doel van deze haalbaarheidsstudie was de chronische zorg voor ouderen op een efficiënte manier verbeteren via het opsporen van frailty en unmet needs bij oudere patiënten om zo de zelfredzaamheid en functionaliteit van ouderen te kunnen verhogen.
Daarnaast vormde dit project ook een kans om te evalueren wat een verhoogde patiëntenparticipatie betekent voor thuiswonende 75-plussers en hoe een huisarts self-management bij ouderen kan aanmoedigen.

De aandacht werd gevestigd op het verbeteren van de chronische zorg voor ouderen in deze huisartsenpraktijk naar aanleiding van een artikel over de GAZETO-tool in het wetenschappelijk tijdschrift Huisarts Nu. GAZETO is een acroniem voor Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen. Dit is een vorm van geriatric assessment, specifiek voor de huisarts, die werd ontworpen naar aanleiding van een masterproef huisartsgeneeskunde. [1]

Vaak bestaat de chronische zorg voor ouderen uit een kort gesprek over de dagelijkse moeilijkheden en een routinecontrole. Maar het is van belang om aandacht te besteden aan het risico op functionele afhankelijkheid van de oudere patiënt. Het risico op verminderde zelfredzaamheid, afname van de reservecapaciteit en een verminderd algemeen welzijn kan worden uitgedrukt als frailty.
Een oudere wordt beschouwd als frail, wanneer die zich in een staat van verhoogde kwetsbaarheid bevindt waardoor er een hoger risico bestaat op functionele afhankelijkheid, ziekenhuisopname, bijwerkingen of complicaties bij medische ingrepen en sterfte. [1, 8]
Kennis over de mate van kwetsbaarheid, op biologisch en psychosociaal vlak, voegt veel toe aan de factor leeftijd voor het inschatten van de zorgbehoefte van ouderen. [9]

Naast het routineonderzoek moet worden onderzocht of er unmet needs bestaan bij deze patiëntenpopulatie. Dit zijn onbeantwoorde zorgnoden of problemen, die onvoldoende worden onderzocht door de arts tijdens het routineconsult. Deze zorgbehoeftes worden vaak onvoldoende of zelfs niet vermeld door de patiënt. Patiënten brengen dit niet ter sprake tijdens het consult omdat hij of zij hier reeds mee leren leven heeft, desondanks de vermindering van de levenskwaliteit. Vaak gaan patiënten dit ook niet bespreken omdat ze denken dat er niets kan aan veranderd worden. Deze unmet needs zijn dus niet alleen aangebrachte hulpvragen van de patiënt waar de huisarts niet direct hulp voor kan bieden, maar dit zijn ook niet gedetecteerde problemen bij de oudere patiënt, die bij een routineonderzoek niet steeds duidelijk zijn en waarvoor dus onvoldoende onderzoek of behandeling wordt opgestart. Voorbeelden van vaak voorkomende unmet needs zijn: zicht-

of gehoorsverlies, urinaire incontinentie, mobiliteitsproblemen, cognitieve problemen, angst en depressieve klachten. [1]
Naast het behoud van lichamelijke en geestelijke gezondheid, hecht de oudere patiënt veel belang aan levenskwaliteit, zelfstandig leven en participeren in de maatschappij.
Dus 'succesvol' ouder worden betekent niet alleen het voorkomen van ziekte en sterfte, maar ook preventie van beperkingen in het functioneren, van verlies aan zelfredzaamheid en van afhankelijkheid voor zorg. Het is dus van belang om de oudere patiënt de kans te geven om zelf een actieve rol op te nemen. Op deze manier kan de patiënt mee het doel bepalen, afhankelijk van de individuele prioriteiten, zodat de reële behoeften meer centraal worden gesteld.
Naast een proactieve zorg van de huisarts via vroegdetectie en signalering van kwetsbaarheid en functieverlies bij de ouderen, speelt de zelfzorg door de patiënt een belangrijke rol in de preventie van functionele beperkingen.
Via een hogere patiëntenparticipatie wordt de oudere gemotiveerd om zijn of haar levensstijl te richten op het behoud van zelfstandigheid en mee te denken en te beslissen over zijn of haar eigen gezondheid en functionaliteit. [4 – 5]
De moeilijkheden en de haalbaarheid van het verhogen van de patiëntenparticipatie bij oudere patiënten leek daarom ook een belangrijk deelaspect om te onderzoeken tijdens dit project.

Bij een praktijkverbeterend project is het van belang om het proces van verandering te bespreken en te evalueren. Er moet worden bekeken of er een verbetering van de patiëntenzorg is gerealiseerd. Ook de haalbaarheid van de implementatie van dit project in de dagelijkse consultvoering zal worden geëvalueerd.
Indien dit gunstig blijkt, kan dit project de basis vormen van een betere chronische zorg voor ouderen in deze praktijk.

Bij het begin van deze haalbaarheidsstudie werden volgende onderzoeksvragen gesteld:
Hoe kan de chronische zorg voor ouderen worden verbeterd?
- Hoe kan de Gazeto-tool worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk?
  In het EMD?
  Wat vinden de artsen van het gebruik van een aantal topics van de Gazeto-tool?
  Is het haalbaar? Is het nuttig?

Hoe kan de participatie van oudere patiënten worden verhoogd?
- Is het haalbaar om een oudere patiënt zelf een vragenlijst over hun unmet needs in kader van hun sociale en functionele toestand te laten invullen?
  Wat vinden de artsen en patiënten van de verhoogde participatie?
  Leidt dit tot een hogere tevredenheid over de chronische zorg bij huisarts en patiënt?

2 Literatuuronderzoek

Literatuur werd opgezocht via de beschikbare medische literatuur zoals Huisarts Nu en Huisarts en Wetenschap.
Gezien het vertrekpunt van deze studie een artikel uit Huisarts Nu was, dat werd gepubliceerd in kader van een masterproef huisartsgeneeskunde, werd verdere literatuur in eerste instantie ook gevonden na een search in de databank van scripties op de ICHO site. Reeds verschillende HAIO's hebben een scriptie gemaakt naar aanleiding van de vergrijzing van de bevolking en hierbij horende toenemende zorg voor ouderen door de huisartsen.
Er werd gezocht met de termen: preventie, chronische zorg, geriatrische patiënten en ouderen.
Daarnaast werden artikelen gezocht in de databank Pubmed via volgende zoektermen: elderly, general practice, chronic care model, chronic care, patient empowerment, self-management en patient participation. Artikelen werden geselecteerd op basis van beschikbaarheid, taal en publicatie in de laatste 5 jaar.
Verdere literatuur werd gevonden via de referenties van interessante artikelen.

2.1 Vergrijzing van de bevolking

Vergrijzing van de maatschappij is sinds een aantal jaar een hot topic. In 2000 was het aantal 70-plussers in België 12% van de totale bevolking. Er wordt geschat dat in 2050 dit aantal zal gestegen zijn tot 21% en dat het aantal bejaarden (80 jaar en ouder) relatief het sterkst zal toenemen. [10 – 11]

Ondanks het feit dat iedereen ouder wordt, is er geen stijging van de verhouding van het aantal gezonde ouderen ten opzichte van de ouderen met gezondheidsproblemen of functionele beperkingen. Er valt dus een toename van het aantal ouderen met functionele beperkingen, waarvoor chronische gezondheidszorg nodig is, te verwachten. Dit zal gepaard gaan met een stijging van de kosten in de gezondheidszorg. Hierdoor is er nood aan aanpassing van de huidige chronische zorg voor ouderen. [10 – 11]

Ook in het buitenland, bijvoorbeeld in Nederland, is de vergrijzing van de bevolking duidelijk aanwezig. Hierdoor werd zowel door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, als door de Nederlandse Huisartsen Genootschap een aanbeveling ontwikkeld voor de chronische zorg voor ouderen. Bij deze aanbevelingen is niet enkel het verbeteren van de chronische zorg belangrijk, maar werd ook aandacht besteed aan secundaire preventie en het verhogen van de zelfredzaamheid van de oudere patiënten. [2 – 4]

2.2 Frailty ?

Er bestaat nog geen duidelijke consensus over een definitie van frailty.
Dit kan worden gedefinieerd als 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. (Fried et al., 2001)
Acute en chronische aandoeningen zorgen ervoor dat de afnemende reservecapaciteit wordt overschreden. [8, 12]

Een bredere definitie van kwetsbaarheid bij ouderen is: een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname en overlijden). (SCP 2011)

Beide definities zijn niet makkelijk te hanteren in de praktijk. Daarom lijkt het meer bruikbaar om patiënten te beschouwen als frail bij aanwezigheid van 3 of meer frailty markers. (Puts et al., 2005) Deze markers zijn: lage body mass index, verminderde longfunctie, cognitieve

beperkingen, slechtziendheid, slechthorendheid, incontinentie, weinig ervaren regie over het eigen leven, depressieve symptomen en lichamelijke inactiviteit. [8, 12]
Er bestaat een sterke correlatie tussen het klinische oordeel van de arts en de frailty status gemeten met het FRAIL-instrument. Artsen, die voldoende vertrouwd zijn met het begrip frailty, kunnen een goede inschatting maken van hun eigen patiënten. [8]

Frailty uit zich in een verhoogd risico op verschillende ongunstige gezondheidsuitkomsten. Een verhoogde staat van kwetsbaarheid is namelijk een goede voorspeller van morbiditeit, vallen, functionele achteruitgang, hospitalisatie, institutionalisering en mortaliteit. [8]
Frailty kan dus worden beschouwd als een staat van verhoogde kwetsbaarheid voor negatieve gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Dit verhoogde risico kan niet enkel door leeftijd verklaard worden.

Interventies bij patiënten in het pre-frail stadium, kan de evolutie naar een fraile gezondheidstoestand voorkomen. Daarnaast kan gezondheidspromotie bij fraile ouderen hun reservecapaciteit terug verhogen. [8]

2.3 Prevalentie van frailty

Het voorkomen van frailty stijgt met toenemende leeftijd. Zeven procent van de 65-plussers kan worden beschouwd als frail. Bij 80-plussers stijgt het aandeel fraile patiënten tot één derde. [8]

Dit kan deels gelinkt worden aan de toename van chronische ziekten en lichamelijke of mentale functiestoornissen bij het ouder worden. [4]
Ongeveer twee op drie 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen. Dit percentage stijgt met de leeftijd, waarbij 85 procent van de patiënten ouder dan 85 jaar meer dan twee chronische aandoeningen heeft. [3] Bij 20 procent van de 65-plussers zijn er functionele beperkingen aanwezig, zoals beperkingen in mobiliteit, visus- of gehoorsklachten en psychische klachten. Dit aantal verdubbelt bij de 80-plussers. [5]

Belangrijk is om op te merken dat er een grote heterogeniteit onder ouderen aanwezig is. Afhankelijk van zelfredzaamheid, ziektelast en kwetsbaarheid kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de actieve, gezonde oudere en de kwetsbare, geriatrische patiënt. Het profiel passende bij de oudere heeft een invloed op de complexiteit van de individuele zorgvraag. Bij de gezonde oudere staat behoud van gezondheid en participatie voorop, in tegenstelling tot de kwetsbare oudere, waarbij het welbevinden belangrijker is. [4 – 5]
Het concept frailty biedt een verklaring voor de heterogeniteit bij ouderen, waarbij kan worden vastgesteld dat mensen aan een verschillende snelheid verouderen. Frailty kan worden beschouwd als een maat voor de “biologische leeftijd”. [8, 12, 14]

De prevalentie van functionele afhankelijkheid stijgt met het ouder worden. Dit wordt gedefinieerd als moeilijkheden of afhankelijkheid van derden bij het uitvoeren van activiteiten, die noodzakelijk zijn voor onafhankelijk te leven. Dit gaat dan over taken in zelfzorg (ADL: Activities of Daily Living) en huishoudelijke taken (IADL: Instrumental Activities of Daily Living). [8]
Bij het ouder worden verkleint de sociale omkadering van de patiënten. Ouderen met beperkte sociale relaties hebben een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit. Eenzaamheid en minder sociale contacten vormen een risicofactor voor algemene achteruitgang. [1]
Ook het valrisico stijgt bij het ouder worden, ongeveer één op drie 75-plussers valt minstens één keer per jaar. [1]

Dementie treft één op twintig personen boven de 65 jaar. Het voordeel van vroegtijdige diagnose van cognitieve achteruitgang is dat de patiënt en zijn of haar omgeving kunnen anticiperen op het beloop van de ziekte. [1]

2.4 Functioneringsgerichte preventie

De huisarts krijgt meer en meer een centrale rol in de zorg voor ouderen. Huisartsen hebben een duidelijk beeld van de combinatie van medische, functionele en sociale problemen. Deze zorg is vaak erg complex. Ouderen hebben vaak een uiteenlopende comorbiditeit. Bij aanwezigheid van multipele pathologie is het onmogelijk om elke pathologie volgens de aanbevolen richtlijnen te behandelen. De taak van de huisarts is dan om, samen met de patiënten, prioriteiten te stellen in functie van levenskwaliteit.
Daarenboven werd reeds gesuggereerd dat huisartsen een goede klinische inschatting kunnen maken van de kwetsbaarheid van een patiënt. Het zijn dan ook vooral deze kwetsbare patiënten, die extra aandacht en zorg nodig hebben. [8, 10 – 11]
Verschillende factoren veroorzaken kwetsbaarheid bij ouderen, met als gevolg beperkingen in het dagelijkse functioneren en achteruitgang van de zelfredzaamheid. De belangrijkste factoren zijn de aanwezigheid van chronische ziekten en lichamelijke of mentale functiestoornissen.
Daarnaast spelen ook het functioneren in het dagelijkse leven, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren een rol.
Hierbij zijn vooral de vaardigheden in het omgaan met ziekte, verlies aan sociale omkadering, verminderde sociale participatie en major life events belangrijk. [4]

Het opsporen van frailty bij ouderen is onderdeel van doelgerichte gezondheidszorg, waarbij de focus veel minder ligt op één zorgprobleem, maar wel op de integratie van verschillende problemen met als doel de gezondheid en levenskwaliteit te bevorderen.
Een gezondheidsgerichte aanpak is belangrijker dan een ziektegerichte aanpak bij functieverbetering van de oudere patiënten. [6 – 7, 14]

Naast preventie van lichamelijke aandoeningen bij ouderen is het belangrijk dat er meer aandacht wordt besteed aan functioneringsgerichte preventie.
Het doel van functioneringsgerichte preventie is het voorkomen van functionele achteruitgang, het versterken van de eigen mogelijkheden en het behouden van de zelfredzaamheid. De preventieve maatregelen moeten zich richten op verschillende domeinen, namelijk medische behandeling en revalidatie, ondersteuning bij activiteiten, hulpmiddelen, zorgvoorzieningen en aanpassingen in fysieke en sociale omgeving. [4]

Gezondheidspromotie bij ouderen is nodig, maar het is belangrijk om tools te ontwerpen zodat dit op een tijdsefficiënte manier kan gebeuren. Het opsporen van unmet needs moet worden geïntegreerd in de dagelijkse huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen. [15]

Huisartsen zijn best geplaatst om de zorg voor deze patiënten mee te optimaliseren omdat zij bij 90 procent van de 75-plussers betrokken zijn. Maar huisartsen hebben te weinig kennis over de instrumenten om deze complexe zorgvraag aan te pakken. [8, 10 – 11]

Om de preventieve zorg voor oudere patiënten te optimaliseren werd eind jaren‘80 voorgesteld om de verborgen noden van kwetsbare ouderen op te sporen door middel van ‘Comprehensive Geriatric Assessment’ (CGA). Studies hebben aangetoond dat CGA leidt tot een betere zorgplanning en een hogere kwaliteit van zorg bij kwetsbare ouderen. [8, 10 – 11]
Via CGA instrumenten kunnen de risicofactoren voor frailty worden in kaart gebracht en relevante zorgproblemen worden opgespoord. Het kan beschouwd worden als een extra tool, naast anamnese en klinisch onderzoek, om zorgproblemen op verschillende domeinen op te sporen. [12 - 13]

Hierop kan een individueel zorgplan, om functionele achteruitgang bij de oudere te voorkomen, worden gebaseerd. Door proactief zorgnoden op te sporen kan de zelfredzaamheid worden verhoogd, met het verkleinen van de kloof tussen gezonde en fraile oudere. Dit zal alsmaar belangrijker worden gezien de toenemende vergrijzing. [12 - 13]

De Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (GAZETO-agenda) is een voorbeeld van een CGA-zorgmodel voor de huisarts om de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten.
Het artikel over de GAZETO-tool in het medisch tijdschrift “Huisarts Nu” was de inspiratie voor het opstarten van dit praktijkverbeterend project. Dit artikel is een publicatie over een masterproef van verschillende HAIO’s, die de GAZETO-agenda hebben ontworpen en het gebruik ervan hebben geëvalueerd.
Het doel van dit zorgmodel is een meer gestructureerde en integrale ouderenzorg. Via de GAZETO-tool werden nieuwe zorgproblemen opgespoord bij ouderen.
Het gebruik van de GAZETO-agenda bleek haalbaar en uitvoerbaar, mits het optimaliseren van de tijdsefficiëntie. Zelfs bij voorgaande, zorgvuldige zorg werd via het uitvoeren van de GAZETO nieuwe problemen gedetecteerd, waarvoor patiënten vooraf niet spontaan consulteerden [1, 6 – 8]

2.5 Patiëntenparticipatie bij ouderen

Verbetering van chronische zorg kan worden bekomen via het verhogen van de betrokkenheid van de patiënten zelf. Een positief effect valt te verwachten bij een toename aan participatie en shared decision making bij de zorg voor 75-plussers. Toch is hier weinig onderzoek naar uitgevoerd en dus weinig informatie over bekend. [16]

Meer dan bij een jongere patiëntenpopulatie zullen ouderen genoegen nemen met wat de arts hen vertelt en dus geen verdere informatie vragen of andere problemen bespreken. Toch is het belangrijk om unmet needs bij ouderen op te sporen, omdat deze zorgbehoeftes kunnen aanleiding geven tot een verminderde zelfredzaamheid.
Het is niet enkel de arts, die te weinig aandacht heeft voor deze problemen, maar ook de patiënt zelf consulteert minder omwille van deze topics. Vaak denken ouderen dat deze zorgproblemen horen bij het verouderen en dat er niets aan kan veranderd worden.
De 75-plussers passen hun levensstijl aan en leren leven met, voor hen, de normale “ouderdomskwaaltjes”, maar deze aanpassingen hebben vaak een grote impact op hun levenskwaliteit.
Daarom is het belangrijk dat de arts de patiënt motiveert om ook de unmet needs aan bod te laten komen tijdens de consultatie. Als deze problemen besproken worden, krijgt de arts samen met de patiënt de kans om er toch iets aan te veranderen. Naast het motiveren van de patiënt om hun eigen ICE (ideas, concerns, expectations) te bespreken en hen te stimuleren om alle zorgproblemen te laten aan bod komen, is het bij patient-centered care ook erg belangrijk om als arts voldoende informatie te geven aan de patiënt. Zo krijgt de patiënt de kans om mee te beslissen over zijn of haar individuele zorgplan. [17]

Communicatie tussen arts en patiënt is belangrijk om inzicht te hebben in het gemeenschappelijk doel van gezondheidszorg en -bevordering.
De focus hierbij kan verschillend zijn tussen arts en patiënt. Waarbij de arts mogelijk meer aandacht besteedt aan medische zorgproblemen, bijvoorbeeld het inschatten van het valrisico, gaat de patiënt mogelijk meer belang hechten aan niet-medische zorgproblemen, zoals preventie van psychosociale isolatie. De verschillende zorgproblemen moeten in kaart gebracht worden zodat zowel de arts als de patiënt een holistisch beeld krijgen over de fysieke en psychosociale gezondheid van de patiënt.
Voor de arts is het onmogelijk om alle verschillende comorbiditeiten elk apart conform de richtlijnen te behandelen en uiteindelijk toch kwalitatieve zorg te bieden.

Gezien de multimorbiditeit bij ouderen is het belangrijk om prioriteiten te stellen. Op basis van deze prioriteiten kan een individueel doel voor de patiënt worden opgesteld met een doelgerichte aanpak in plaats van een ziektegerichte aanpak. Hierbij is overleg met de patiënt over welke opgespoorde zorgproblemen de patiënt relevant vindt, erg belangrijk in kader van patient centered care. Dus vooraleer er kan gestart worden met shared dicision making, moet er eerst aandacht besteed worden aan shared priority setting. Dit vooraf bespreken met de patiënt leidt tot hogere compliance en een betere outcome. [18 - 19]

Bij shared priority setting en decision making heeft de arts de taak om de verschillende standpunten van de patiënt te exploreren en rekening te houden met het referentiekader van de patiënt. Het doel is om de beslissing voor het verdere beleid te maken, die het best past in de individuele situatie van de patiënt. Hierbij is het belangrijk dat de arts de patiënt voldoende stimuleert en motiveert om te reageren op de gestelde diagnose of het voorgestelde beleid.
De patiënt kan enkel een doordachte beslissing maken over zijn of haar eigen gezondheidszorg, als die voldoende geïnformeerd is over de verschillende mogelijkheden. De arts moet dus duidelijk en gedoseerd informatie geven aan de patiënt en hem of haar op een empathische manier uitnodigen om hierop te reageren. Het is nodig dat de arts open staat voor de inbreng van de patiënt en bereid is om een gezamenlijk besluit te vormen over de doelstellingen en het uitvoeren van het verdere beleid.
Op dezelfde golflengte staan als deze van de patiënt leidt tot een betere vertrouwensrelatie en een verhoging van de self-management van de patiënt. De patiënt is medeverantwoordelijk voor zijn of haar gezondheidszorg. Er wordt samen beslist over het verdere beleid waarbij arts en patiënt elk hun eigen deskundigheid hebben. De arts heeft medische kennis, maar de patiënt heeft inzicht in zijn of haar eigen leefsituatie. Samen beslissen leidt tot een hogere motivatie, tevredenheid en autonomie van de patiënt.

Shared decision making leidt dus tot betere resultaten van de zorg. De oudere patiënt is meer tevreden over het contact met zijn of haar huisarts, wanneer hij of zij zich meer betrokken voelt tijdens het maken van beslissingen over het verdere beleid.
Toch is er een verschil in mate van betrokkenheid tussen jonge en oudere patiënten. Vooral bij ouderen is er minder vaak een grote betrokkenheid aanwezig. Ouderen blijken minder assertief, zullen minder vragen stellen, geven minder informatie aan hun arts en stellen de beslissingen van de arts minder in vraag dan jongere patiënten.
Verandering hiervan is wel nodig, want er kon worden aangetoond dat oudere patiënten meer tevreden zijn over hun gezondheidszorg, indien ze meer gestimuleerd worden om te participeren. Het effect van shared decision making op de beoordeling van het contact tussen arts en patiënt is groter bij patiënten, die uit zichzelf minder geneigd zijn om te participiëren in het beleid, dus bij ouderen is dit zeker belangrijk. Het is dus de taak van de artsen om meer aandacht te besteden aan en oudere patiënten meer te stimuleren tot shared decision making. [20]

3 Methode

Dit project is een haalbaarheidsstudie, waarbij zal worden geëvalueerd of de aanpassing van de chronische zorg voor ouderen aan de hand van de GAZETO-agenda efficiënt is.
Indien de aanpassing van de patiëntenzorg gunstig blijkt, zal worden beslist of deze vorm van chronische zorg voor ouderen zal worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijkvoering.

De praktijk, waar dit project werd uitgevoerd, is een groepspraktijk met 5 artsen en één HAIO, gesitueerd in de omgeving van Brugge.
In deze praktijk wordt gebruik gemaakt van Medigest als elektronisch medisch dossier.

3.1 Reflectie voor het starten van het onderzoek

Naar aanleiding van de verschijning van een artikel over geriatric assessment met behulp van de GAZETO-tool in Huisarts Nu [1] werd gereflecteerd in deze huisartsenpraktijk over de chronische zorg voor thuiswonende 75-plussers. Zowel de vaste artsen als de HAIO bemerkten moeilijkheden en uitdagingen bij de zorg voor ouderen.

Ten eerste, een gedeelde zorg met verschillende artsen. Omdat patiënten vaak door twee artsen chronisch worden opgevolgd en in acute situaties eventueel nog door een andere arts van de groep worden gezien, bestaat het gevaar dat een aantal zaken worden over het hoofd gezien, omdat de ene arts denkt dat dit reeds werd besproken door de andere tijdens het voorgaande of volgende contact. Zeker voor de HAIO is het niet steeds duidelijk welke problemen reeds in het verleden werden aangepakt en welke nog onvoldoende werden besproken.

Ten tweede, het risico voor een oppervlakkige routinezorg ten gevolge van de werkdruk. Vooral in drukke periodes, is het soms moeilijk om niet te vervallen in een routinezorg tijdens een chronisch huisbezoek of gepland consult. Hierdoor bestaat het gevaar minder aandacht te besteden aan onbeantwoorde zorgnoden, die toch een implicatie kunnen hebben op de levenskwaliteit en zelfredzaamheid van de thuiswonende ouderen.
Juist het optimaliseren van de kwaliteit van leven en het vermijden van functionele afhankelijkheid zijn erg belangrijk voor gezondheidsbevordering bij ouderen. De chronische zorg voor 75-plussers moet evolueren naar een integrale zorg met zowel aandacht voor fysieke gezondheidsproblemen, functionele zelfredzaamheid, als voor psychosociale omkadering.
De vraag werd gesteld of er ook in deze praktijk oudere patiënten zijn met unmet needs, waardoor hun levenskwaliteit is verminderd. Hierbij vroegen de artsen zich af of hieraan in het verleden onvoldoende aandacht werd besteed.

Ten derde, de veelheid aan informatie, die een HAIO krijgt te verwerken bij het contact met ouderen. In tegenstelling tot de vaste artsen, die na jarenlange en frequente contacten, een globaal beeld kunnen vormen van de patiënt, moet de HAIO de oudere patiënt nog leren kennen. Gezien de multimorbiditeit bij ouderen en vaak ingewikkelde chronische zorg is dit niet eenvoudig. Oudere patiënten stellen het vaak ook nog erg op prijs dat de huisarts kennis heeft van hun levensverhaal en hun familiale situatie.
De HAIO moet dus de persoon achter de patiënt leren kennen, moet een beeld krijgen van de voorgeschiedenis en de actuele problematiek en moet daarnaast ook nog een beeld krijgen van het globale functioneren en de sociale omkadering van de patiënt.

Ten laatste is er de vergrijzing van de maatschappij. In de zorg voor ouderen staat de huisarts voor een grote uitdaging. De chronische zorg voor ouderen is vaak complex en zal alsmaar een groter deel uitmaken van de dagelijkse job van de huisarts.

De huisarts speelt een centrale rol in de zorg voor ouderen omdat deze een globaal beeld kan vormen van alle fysieke en psychosociale problemen van de oudere. Daarnaast is doorheen de jaren vaak een vertrouwensrelatie opgebouwd tussen arts en patiënt, waardoor de huisarts de ideale hulpverlener is om de belangen van zijn of haar patiënt te vertegenwoordigen.
De huisarts kan de patiënt helpen om zijn of haar wensen uit te drukken naar specialisten toe, maar soms ook naar familieleden van de patiënt zelf. Hierbij heeft de huisarts in vele gevallen het voordeel dat deze ook de familie van de patiënt kent.
Een goede zorg van de huisarts kan ook een bijdrage leveren om de patiënten zo lang mogelijk thuis te laten blijven. Zeker via het vroegtijdig opsporen van frailty om achteruitgang en verminderde zelfzorg te vermijden.

De huisarts is dus de ideale persoon om de chronische zorg voor ouderen te helpen optimaliseren en organiseren. Maar deze complexe chronische zorg voor ouderen is vaak tijds- en arbeidsintensief. Daarbij komt dat dit niet voor één patiënt moet gebeuren, maar voor een alsmaar groter wordende groep van oudere patiënten in de huisartsenpopulatie. Daarom is het belangrijk om de zorg voor ouderen aan te passen en te verbeteren waar mogelijk.

Na deze reflectie werd besloten een praktijkverbeterend project op te starten, waarbij een aantal elementen uit de GAZETO-tool zullen worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijkvoering om de chronische zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren.

3.2 De keuze van de verschillende topics voor het onderzoek

Er werd gekozen om niet de volledige GAZETO-tool toe te passen, maar er werden 4 topics geselecteerd om de haalbaarheid van dit project voldoende in acht te nemen.
Via de originele GAZETO-agenda worden 14 onderwerpen onderzocht, deze zijn: gehoor, cognitie, depressie, vaccinatie, slaap, functionaliteit, valpreventie, nutritie, osteoporose, sarcopenie, medicatie, incontinentie, psychosociaal welzijn en vroegtijdige zorgplanning.

Tijdens een praktijkoverleg werd gestemd over welke topics aan bod zullen komen tijdens dit project. Vooraf werd afgesproken om niet te stemmen voor de topics medicatie en vroegtijdige zorgplanning.
Medicatiebeleid vond elke arts zeker een belangrijk thema, maar hierover was reeds een project lopende in deze praktijk. Daarnaast biedt de aanpassing van het medicatieschema weinig mogelijkheden tot het versterken van de patiëntenparticipatie. Gezien de uitgebreidheid van dit thema en gezien dit reeds tijdens een vorig praktijkverbeterend project van deze praktijk werd besproken, werd vroegtijdige zorgplanning ook geëxludeerd bij de stemming.
De onderwerpen met de meeste stemmen waren valpreventie, cognitie en functionaliteit. Er waren een gelijk aantal stemmen voor het bevragen van nutritionele toestand en psychosociale situatie. Bij beide topics was er wat twijfel omwille van dezelfde reden, namelijk de vraag werd gesteld hoe dit kan worden veranderd door de huisarts. Er werd gekozen voor psychosociaal welzijn omdat het belangrijk is om een beeld te hebben over de omkadering van de patiënt.
De 4 geselecteerde topics zijn dus:
psychosociaal welzijn, functionaliteit, cognitie en valpreventie.

3.2.1 Psychosociaal welzijn

Sociale isolatie is een risicofactor voor fysieke en mentale gezondheidsproblemen. Bij eenzaamheid is er een fysiologische stressrespons, waardoor sociaal geïsoleerde personen meer vatbaar zijn voor infecties, depressie en cognitieve achteruitgang. Daarnaast zijn ouderen ook meer vatbaar voor gevoelens van eenzaamheid en verkleinen bij het ouder de sociale netwerken. [7]

3.2.2 Functionaliteit

De zorgbehoefte van een patiënt kan worden ingeschat door het testen van de functionele autonomie. Het is belangrijk om bij aanwezigheid van functionele afhankelijkheid de thuiszorg te optimaliseren om zo de nood tot opname in een rust- en verzorgingstehuis uit te stellen. [7]

3.2.3 Cognitie

Geheugenklachten en milde cognitieve achteruitgang zijn inherent aan het proces van ouder worden. Via case-finding is het toch belangrijk om dementie vroegtijdig op te sporen omdat dit de kans geeft aan de patiënt en zijn of haar omgeving om te anticiperen op het verloop van de ziekte. [7]

3.2.4 Valpreventie

Ouderen hebben een groot risico om te vallen. Ongeveer één op drie 75-plussers valt jaarlijks. [1] Een valincident is vaak de aanleiding tot een heupfractuur en ziekenhuisopname. Heelkundige behandeling naar aanleiding van een fractuur houdt een groter risico in op oudere leeftijd. Ook is een ziekenhuisopname vaak een aanleiding tot definitieve plaatsing in een rust- en verzorgingstehuis.

Daarnaast is er vaak een verminderde mobiliteit geassocieerd aan (de angst voor) een valincident. Dit kan een vermindering van levenskwaliteit betekenen doordat de oudere bijvoorbeeld niet meer buitenshuis durft te stappen en hierdoor niet meer kan deelnemen aan heel wat activiteiten en minder sociaal contact heeft.

3.3 Keuze van vragenlijsten en screeningstesten

De vragenlijsten en screeningstesten over deze topics, die reeds waren vastgelegd in functie van het GAZETO-project, werden gebruikt om de unmet needs en frailty bij ouderen op te sporen.

De vragenlijst, die peilt naar het sociaal welzijn, is de “Social Disconnectedness Scale”. Deze vragenlijst bestaat uit 2 delen. Het eerste, objectieve, deel bevraagt de patiënt over hoeveel personen deze patiënt kent en hoe regelmatig hij of zij contact heeft met deze personen.
In het tweede, subjectieve, deel worden er vragen gesteld over eenzaamheid.
Social disconnectedness is een tekort aan contact met anderen, door een te klein netwerk, weinig frequente interactie en een tekort aan participatie bij sociale activiteiten.
Deze vragenlijst kan een beeld geven van de omkadering van de patiënt en de aanwezigheid van gevoelens van eenzaamheid bij de patiënt. [7]

Om een inschatting te maken van de functionele toestand van de ouderen en de hieraan verwante zorgbehoefte, werden er 2 vragenlijsten meegegeven met de patiënt, die peilen naar functionele afhankelijkheid of autonomie bij dagelijkse taken.
De “Katz-schaal” bevraagt de activiteiten in het dagelijkse leven, horende bij verzorging, toilet en verplaatsing. De “Lawton-schaal” beoordeelt de moeilijkheden bij meer complexe, dagelijkse activiteiten, zoals boodschappen doen, maaltijden bereiden en geld beheren.

Het is belangrijk om deze schalen te interpreteren in de context van de patiënt en over het verloop van de tijd. Zo zal een man, die nooit in zijn leven de was of het huishouden heeft gedaan, laag scoren op de Lawton-schaal. Niettemin geeft deze schaal wel aan op welk iADL-domein er behoefte is aan hulp. [7]

De verschillende vragenlijsten worden in bijlage toegevoegd.

Er werd contact opgenomen met de ontwerpers van de GAZETO-agenda om te vragen welke afkapwaarden oorspronkelijk werden gebruikt bij het scoren van de verschillende vragenlijsten. Bij het ontwerpen van de GAZETO-agenda werden geen duidelijke afkapwaarden vastgelegd. De interpretatie gebeurt binnen de klinische context van de patiënt en afhankelijk van het oordeel van de arts. Voor de uniformiteit van de interpretatie van de testen, werd afgesproken dat de Katz-schaal positief scoort vanaf meer dan 8 punten, de Lawton-schaal vanaf minder dan 19 punten en de psychosociale vragenlijsten bij een hogere score dan de mediaan.

De “Mini-cog” zal worden uitgevoerd als screeningstest voor het risico op (beginnende) dementie. Hierbij wordt het korte termijngeheugen van de patiënt getest via het onthouden van 3 woorden (bloem, sigaar, deur) en moet de patiënt een kloktest uitvoeren, waarbij een klok moet worden getekend waarvan de wijzers op tien na elf staan.
Bij de kloktest moet de patiënt in staat zijn om verschillende cognitieve vaardigheden te integreren, namelijk visuele analyse, motorische uitvoering, opmerkzaamheid, semantische kennis en taalbegrip.
De diagnostische waarde van de Mini-cog wordt niet beïnvloed door de aanwezigheid van depressie of de graad van opleiding. [7]

Voor case finding van ouderen met een verhoogd valrisico, werd de patiënt bevraagd of er loop- of evenwichtsproblemen aanwezig waren. Daarnaast werd ook de frequentie van vallen in de voorgeschiedenis anamnestisch beoordeeld.
Via de “Timed up&go” test werd een multifactoriële evaluatie uitgevoerd. Deze test onderzoekt namelijk de spierkracht, het evenwicht en de mobiliteit van de patiënt.
De Timed Up and Go-test is een gevalideerde test, die vaak wordt gebruikt in de kinesitherapie, waarbij de patiënt moet opstaan van een stoel, 3 meter heen en terug wandelen en terug gaan zitten. Deze test wordt niet routinematig toegepast in de huisartsgeneeskunde. [7]

3.4 Patiëntenselectie

De onderzoekspopulatie voor dit project bestond uit gezonde, thuiswonende ouderen met gestabiliseerde, chronische multi-morbiditeit in een pre-frail stadium.

Alle personen, vanaf 75 jaar, met een GMD in deze praktijk en minimum één arts-patiënt contact in het laatste anderhalve jaar werden geïncludeerd in de studie.
Deze groep bestaat uit 273 patiënten.
Hieruit werden de patiënten geëxcludeerd, die opgenomen zijn in een rust- en verzorgingstehuis of op een serviceflat wonen.
Daarnaast werden ook alle patiënten met dementie of een terminale ziekte in de episodelijst, aanwezigheid van acute deterioratie van een chronische ziekte en de patiënten, die als frail beschouwd worden door de arts, geëxcludeerd.
De beoordeling werd overgelaten aan de behandelende huisarts. Patiënten werden als frail beschouwd bij aanwezigheid van meer dan 3 van volgende kenmerken: lage body mass index, verminderde longfunctie, cognitieve beperkingen, slechtziendheid, slechthorendheid, incontinentie, weinig ervaren regie over het eigen leven, depressieve symptomen en lichamelijke inactiviteit. [12, 21]

Deze selectie leverde een studiepopulatie op van 170 patiënten.
Er gebeurde een randomisatie waarbij de patiënten werden geordend in een alfabetische lijst en daarna werd één op 2 patiënten geselecteerd.

Om de haalbaarheid van dit project te verzekeren werden uit deze groep de patiënten geselecteerd, waarbij routinematig een maandelijks contact tussen arts en patiënt plaats vindt. Hierdoor was het mogelijk om tijdens de beperkte looptijd van dit project de 3 contacten te laten plaats vinden en leidde dit project niet tot veranderingen in de frequentie van de huidige chronische zorg voor de patiënt.
De 2 frequentste redenen voor een routinematig maandelijks contact waren een bloedafname voor INR-controle en geplande huisbezoeken met routinecontrole en medicatievoorschrift.

Er moet worden benadrukt dat dit project een haalbaarheidsstudie was met een beperkte patiëntenpopulatie om de uitvoering van deze studie binnen de voorziene tijd te kunnen garanderen.

3.5 Aandacht voor patiëntenparticipatie

Een belangrijk element tijdens dit project was het bepalen van de meerwaarde voor de patiënt en voor de arts van het verhogen van de patiëntenparticipatie van ouderen.
Dit is belangrijk omdat te verwachten valt dat hierdoor een langduriger effect van de gewijzigde patiëntenzorg wordt bereikt, er een hogere compliance is bij de patiënten en een hogere tevredenheid van de patiënt over het arts-patiënt contact. [4, 20]

Om de patiënt mede verantwoordelijk te maken voor hun eigen gezondheidspromotie, werd er voor gekozen om de vragenlijsten over de topics functionele en psychosociale toestand mee te geven met de patiënt. Achteraf werd geëvalueerd wat de moeilijkheden en bedenkingen van de patiënt bij het invullen van deze vragenlijsten waren. Op deze manier werd feedback over het verhogen van de patiëntenparticipatie verzameld.
Er werd benadrukt bij de patiënten dat het de bedoeling is dat de patiënt zelf de vragenlijst invult, maar de patiënt kon uiteraard hulp vragen bij mantelzorg of thuiszorg. Dit gaf ook een beeld over de sociale omkadering. Het was niet de bedoeling om de vragenlijsten samen met de arts in te vullen tijdens het tweede contact.

In kader van het verhogen van de self-management, shared priority setting en shared decision making werd samen geëvalueerd welke ideeën de ouderen zelf hadden om hun functionaliteit en psychosociale toestand te verbeteren. Zoals voorheen vermeld, is het belangrijk dat de arts zelf de patiënt uitnodigt om zijn of haar ideeën over het behouden of verhogen van hun sociale omkadering, zelfredzaamheid, cognitie en valpreventie te bespreken. Zeker de oudere patiënten moeten worden gestimuleerd om hun eigen mening te uiten en mee te beslissen over het verdere beleid. Hier werd ook aandacht aan besteed door te overleggen met de patiënt of ze het belangrijk vonden dat er verder onderzoek gebeurde naar aanleiding van een opgespoord verhoogd risico.

3.6 Registratie in het elektronisch medisch dossier

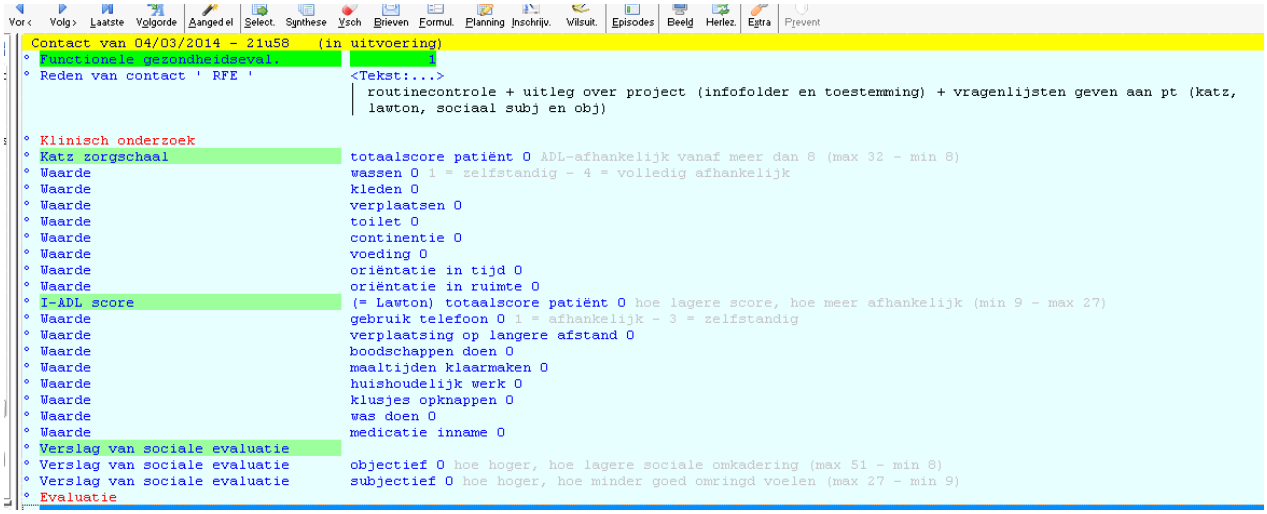
De webapplicatie van de GAZETO-tool werd niet gebruikt.
Er werd voorkeur gegeven aan het direct invoeren van de gegevens en resultaten in het elektronisch medisch dossier (EMD), Medigest.
Dit gaf als voordeel dat alle gegevens gecentraliseerd konden worden in het dossier van de patiënt en dat verder onderzoek direct in de individuele planning van de patiënt kon worden genoteerd.

Er werden verschillende invoerbases samen gesteld met aandacht voor gecodeerde termen, zodat de resultaten op een gestructureerde manier kunnen worden ingevoerd in het EMD. Een invoerbase is een voorgeprogrammeerd invulscherm, dat het mogelijk maakt om in het EMD Medigest vragen uit anamnese of resultaten uit klinisch onderzoek op een snelle en gestructureerde manier in te voegen. Deze tool kan worden aangemaakt door de gebruiker op basis van zijn of haar eigen werkmethode.

De invoerbases “functionele gezondheidsevaluatie bij ouderen 1 / 2 / 3” werden ontworpen met de elementen van de routineconsultatie en de specifieke topics, die tijdens dit consult moeten worden besproken. Er werden velden voorzien voor de registratie van het interview van de patiënt, waarbij vragen werden gesteld in kader van de patiëntenparticipatie. Daarnaast was er ook ruimte voor het noteren van de resultaten van de vragenlijsten en screeningstests.

De gecodeerde termen “katz zorgschaal”, “iADL score”, “verslag van sociale evaluatie”, “mini cog” en “TU&G” werden gebruikt om de resultaten gestructureerd in het EMD op te slaan. Bij het verder bevragen van de sociale omkadering werd gebruik gemaakt van de reeds bestaande invoerbase rond thuiszorg.

Printscreen van de invoerbase “functionele gezondheidsevaluatie bij ouderen 1”



Printscreen van de invoerbase “functionele gezondheidsevaluatie bij ouderen 2”



Printscreen van de invoerbase “functionele gezondheidsevaluatie bij ouderen 3”



3.7 Uitvoering van het onderzoek

Dit project was een praktijkverbeterend project, dat werd uitgevoerd aan de hand van een prospectief observationeel onderzoek.

De 4 verschillende topics werden tijdens 3 geplande contacten overlopen met de patiënt. De verschillende contacten werden geïntegreerd in de chronische huisbezoeken of opvolgconsulten. De frequentie van deze klinische evaluaties was afhankelijk van de individuele nood aan klinische zorg. Meestal was dit een maandelijks contact, bij sommigen werd het opvolgconsult om de 6 weken gepland.

In de individuele planning in het dossier van de patiënt werd de term “functionele evaluatie” gekoppeld aan het geplande consult, zodat het uitvoeren van het project niet werd vergeten. Daarnaast werd ook een geheugensteuntje geplaatst in de agenda. Dit was meer nodig bij het derde contact, omdat dit contact eerst moest worden voorbereid door de arts.

Er werd eerst een steekproef uitgevoerd bij één patiënt door de HAIO.
Na analyse van het verloop van de 3 consulten, waren geen verdere aanpassingen van de structuur en de uitvoering van de 3 consulten nodig.
Wel kwam de vraag van de andere artsen om het voluit geschreven stappenplan te veranderen in een flowchart, waarbij via een stroomdiagram een meer gestructureerd overzicht werd bekomen over de te volgen stappen. Via deze flowchart werd duidelijk wanneer verder onderzoek of een aanpassing van het beleid nodig was. Dit was belangrijk voor een uniforme aanpak van alle artsen. De ontworpen flowcharts werden toegevoegd in bijlage.

Na deze aanpassingen werd het project gestart. Elke arts heeft de 3 consulten uitgevoerd bij telkens ongeveer 4 patiënten.
De artsen van de huisartsenpraktijk hebben dit project achteraf geëvalueerd. Zowel het opsporen van de unmet needs, als de verhoogde patiëntenparticipatie werden besproken.

3.7.1 Contact 1

Er werd uitleg over het project gegeven aan de patiënt; zowel mondeling als schriftelijk, waarbij de patiënt de kans kreeg om de deelname te weigeren.
Één patiënte heeft geweigerd om deel te nemen.
De toestemming van de patiënt, om mee te werken aan dit project, werd impliciet verkregen.
De vragenlijsten, die peilen naar de psychosociale en functionele toestand werden gegeven aan de patiënt met de uitdrukkelijke vraag deze zelf in te vullen, desnoods met hulp van iemand uit de omgeving.
Er is sprake van functionele afhankelijkheid bij een katz-schaal met score hoger dan 8 en score van de lawton-schaal lager dan 19.
Bij hoge scores voor psychosociale vragenlijsten bestaat er een sociaal risico.

Naast dit project gebeurde ook telkens de routinematige controle, afhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de patiënt.

3.7.2 Contact 2

Het invullen van de vragenlijsten werd besproken om de betekenis voor de patiënt van een verhoogde participatie te beoordelen en om de haalbaarheid van het zelf invullen te evalueren.
Daarnaast werden ook screeningstests uitgevoerd in kader van het opsporen van geheugenklachten en het valrisico aan de hand van de mini-cog en timed up and go test.
Bij de mini-cog werden eerst 3 woorden, sigaar – bloem – deur, aan de patiënt gezegd en gevraagd deze direct te herhalen en goed te onthouden. Als de patiënt de woorden juist heeft herhaald, werd aan de patiënt gevraagd om een klok te tekenen met de wijzers op 10 na 11. Na het tekenen van de klok, wordt de patiënt gevraagd om de 3 woorden nogmaals te herhalen.
Deze test is positief als de patiënt geen enkel woord kon herhalen na het tekenen van de klok of een foute klok had getekend en slechts één of 2 woorden kon herhalen.
In kader van valpreventie werd gevraagd aan de patiënt of deze loop- of evenwichtsproblemen ondervindt en 2 of meerdere keren is gevallen in het afgelopen jaar.
Daarna werd de timed up and go test uitgevoerd. Hierbij moet de patiënt zo vlug mogelijk opstaan vanuit een stoel, 3 meter heen en terug wandelen en terug neer gaan zitten.
De patiënt mocht een hulpmiddel gebruiken, maar hulp van derden was niet toegestaan.
De patiënt mocht de test één maal proberen om er mee vertrouwd te raken.
Deze test is positief als de patiënt hiervoor meer dan 14 seconden nodig heeft of een afwijkend gangpatroon vertoont, waarbij de patiënt slentert, schuifelt, sloft, wankelend stapt of afwijkt van de lijn bij het stappen.

3.7.3 Contact 3

Als voorbereiding van het derde contact heeft de arts de verschillende vragenlijsten en testen gescoord.
De beoordeling van de testen en het opstellen van de verdere planning gebeurde aan de hand van de flowchart, die in bijlage werd toegevoegd.
Afhankelijk van de resultaten kon er worden beoordeeld of er een unmet needs bestaan voor een bepaald domein bij deze patiënt, waardoor een verhoogd risico bestaat op frailty.
Zo kon de individuele planning worden aangevuld met nodige verdere onderzoeken.
Om opnieuw op een gestructureerde manier te werken, werd de planning aangevuld met gecodeerde termen, namelijk “sociaal risico”, “globale evaluatie van functioneren”, “geheugenklacht” en “valneiging”.
De resultaten en hieraan verbonden geplande verdere onderzoeken werden besproken met de patiënt. De patiënt werd gestimuleerd om zijn of haar mening over het belang, dat ze hieraan hechten, te uiten en mee te beslissen over de noodzaak en uitvoering van verder onderzoek. Er werd gevraagd of de patiënt bereid is om deze verdere stappen te zetten.
Uiteraard was het niet mogelijk om alle verdere nodige stappen tijdens het derde consult uit te voeren. Daarom lag de klemtoon tijdens het derde consult eerder op het bespreken van de planning met de patiënt.
In het kader van het verhogen van de self-management van de oudere patiënt werd met de patiënt besproken welke zaken de patiënt zelf wil of kan veranderen. De arts motiveerde de patiënt om na te denken en hun ideeën omtrent het behouden of verbeteren van hun sociale omkadering, functioneren, cognitie en valrisico. Bijvoorbeeld, inschrijving in een vereniging om het sociaal contact te verhogen, peilen naar beschikbare mantelzorg, starten van oefen- of bezigheidstherapie om cognitieve achteruitgang af te remmen, verwijderen van tapijten in kader van valpreventie.

3.7.4 Verdere evaluatie en onderzoek bij verhoogd risico

- Sociaal risico:

Om psychosociale problemen verder in kaart te brengen moet worden nagegaan hoe ouderen omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Dit kan aan de hand van “Sense of Coherence Questionnaire” vragenlijst. Een lage score op deze vragenlijst is geassocieerd met depressie, verminderde mentale en fysieke gezondheid, angst en problemen bij terugkeer naar huis na een ziekenhuisopname.
Mogelijke interventies bij aanwezigheid van tekortkomingen in sociale contacten of negatieve omgang met stressvolle gebeurtenissen zijn: bespreking van het sociaal risico met de omgeving van de patiënt, het maken van een sociale kaart, specifiek voor de patiënt, patiënt motiveren om meer te bewegen en advies vragen aan ergotherapeut voor hulp bij occupationele therapie en sociale participatie. [7]

- Globale evaluatie van het functioneren:

Indien de Katz- en Lawton-schaal functionele moeilijkheden hebben aangetoond, is er nood aan verder klinisch onderzoek om een mogelijke onderliggende oorzaak op te sporen. Indien het vermoeden bestaat van onderliggende ziektes, kan een geriatrische evaluatie via het geriatrisch dagziekenhuis worden gepland. Het functieniveau kan worden verbeterd of ondersteund via thuiszorg, thuisverpleging of het opstarten van revalidatie in een dagcentrum. Het is belangrijk om de functionele status, die ouderen bezitten, zo lang mogelijk te behouden en ondersteuning te bieden op de domeinen, waar beperkingen aanwezig zijn. [7]

- Geheugenklacht:

Bij cognitieve achteruitgang moet een Mini-Mental Status Examination (MMSE) worden afgenomen. Er is sprake van dementie bij aanwezigheid van geheugenklachten en andere cognitieve stoornissen met een negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Er moet eerst via anamnese, klinisch onderzoek en bloedafname andere oorzaken van cognitieve problemen worden uitgesloten, zoals depressie, delier of neurologische aandoeningen.
Bij vermoeden of bevestiging van dementie is het gunstig gebleken om oefen- of bezigheidstherapie op te starten. De patiënt kan eventueel ook verwezen worden naar de geriater of neuroloog voor medicamenteuze therapie. Via een heteroanamnese kan de sociale impact worden ingeschat en als nodig kan de thuiszorg en mantelzorg worden uitgebreid of ondersteund. [7]

- Valneiging:

Als er een verhoogd valrisico aanwezig is, wordt de patiënt best geëvalueerd door een kinesist. Deze kan evenwicht, spierkracht, mobiliteit en valangst beoordelen.
De huisarts kan ook verschillende risicofactoren onderzoeken.
Bij anamnese is het belangrijk om risicovol gedrag of risicoverhogende elementen uit de omgeving te bevragen.
De arts moet ook het medicatieschema evalueren met extra aandacht voor polyfarmacie vanaf meer dan 4 geneesmiddelen en voor risicovolle geneesmiddelen, zoals sedativa, antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica en antihypertensiva.
Tijdens het klinisch onderzoek moet orthostatische hypotensie en voetafwijkingen worden uitgesloten. Opsporen van visusstoornissen is ook van belang, de huisarts verwijst de patiënt best naar de oftalmoloog als het laatste bezoek meer dan één jaar geleden was.
Bij het vaststellen van een reëel valrisico, kan gangrevalidatie worden opgestart, moet de veiligheid worden verhoogd, moet de patiënt worden gestimuleerd om actief te blijven en kan er eventueel een oorzakelijk therapie worden opgestart. [7]

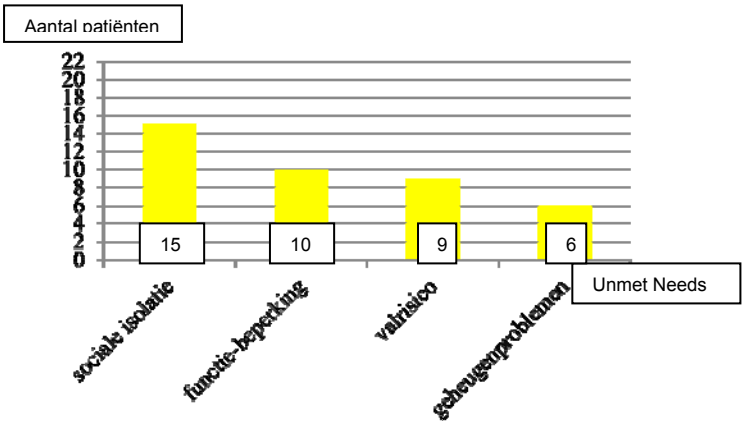
4 Resultaten

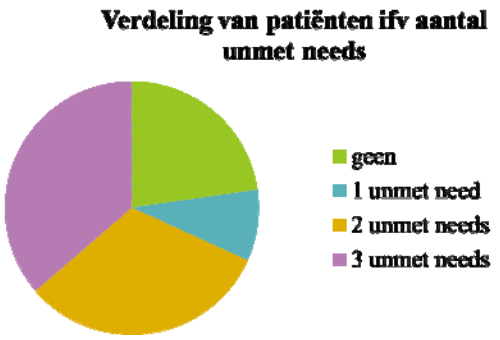
4.1 Aanpassing van de chronische zorg: gedetecteerde problemen en planning

De uiteindelijke studiepopulatie bestond uit 24 patiënten. Deze werden ongeveer gelijk verdeeld over de 6 artsen afhankelijk van wie de patiënt het vaakst consulteerde. Hierbij heeft één collega 3 patiënten gezien omwille van praktische redenen en heeft de HAIO bij 5 patiënten de geriatric assessement uitgevoerd.
De populatie bestond uit 15 vrouwen en 9 mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 83.3 jaar.
Bij 4 van de 24 patiënten kon het project niet volledig worden uitgevoerd.
Één patiënte weigerde deel te nemen aan het volledige onderzoek en één patiënte weigerde de vragenlijsten over sociale omkadering te beantwoorden.
Één patiënte bleek toch meer frail dan eerst ingeschat en slaagde er niet in om de vragenlijsten in te vullen omwille van onopgemerkte cognitieve problemen. Bij één patiënte werd het project stopgezet na het tweede contact omwille van ziekte van haar echtgenoot met ziekenhuisopname tot gevolg, waardoor de prioriteit van de arts-patiënt contacten niet meer lag bij dit project. Enkel het derde consult kon niet worden uitgevoerd, dus dit kan zeker in latere tijd nog hernomen worden.
De patiënte, die volledig weigerde en de patiënte, die niet kon deelnemen omwille van hogere frailty dan verwacht, werden geëxludeerd uit het onderzoek bij de interpretatie van de resultaten.

Vijf van de 22 patiënten of 22.7 % scoorden negatief op alle domeinen, dus hadden geen unmet needs. Deze patiënten werden positief bekrachtigd omwille van hun goede functionele en psychosociale toestand en werden gestimuleerd dit zo te behouden.
Geen enkele patiënt scoorde positief bij alle topics.
Acht patiënten of 36.3 % scoorden positief op 3 onderwerpen.

Er werd meest frequent hoog gescoord op de vragenlijsten naar sociale omkadering.
Er werd een sociaal risico opgespoord bij 15 patiënten. 10 patiënten toonden beperkingen in hun functioneren. Bij 6 patiënten kon er een verhoogd risico voor geheugenklachten worden aangetoond en bij 9 patiënten was er een valrisico aanwezig.





Overzicht van scores op verschillende testen:

	Functie	Sociaal	Valprev	Cognitie	**TOTAAL**
patiënt 1	0	X	0	0	**0**
patiënt 2	0	1	0	1	**2**
patiënt 3	1	1	0	0	**2**
patiënt 4	1	1	1	0	**3**
patiënt 5	0	1	0	0	**1**
patiënt 6	1	1	1	0	**3**
patiënt 7	0	0	0	1	**1**
patiënt 8	0	1	1	1	**3**
patiënt 9	0	0	0	0	**0**
patiënt 10	0	1	1	1	**3**
patiënt 11	1	1	1	0	**3**
patiënt 12	1	1	0	1	**3**
patiënt 13	0	0	0	0	**0**
patiënt 14	X	X	X	X	**X**
patiënt 15	1	1	0	0	**2**
patiënt 16	0	1	1	0	**2**
patiënt 17	1	1	1	0	**3**
patiënt 18	1	1	0	0	**2**
patiënt 19	0	1	1	1	**3**
patiënt 20	0	0	0	0	**0**
patiënt 21	X	X	X	X	**X**
patiënt 22	1	1	0	0	**2**
patiënt 23	0	0	0	0	**0**
patiënt 24	1	0	1	0	**2**
TOTAAL	**10**	**15**	**9**	**6**	

% patiënten zonder unmet needs	**22.7%**
% patiënten met 3 unmet needs	**36.3%**

Er werden verdere acties ondernomen bij 12 patiënten of 54.5 %.
Bij 5 patiënten werd er nog geen verder onderzoek gestart. Bij hen werd wel telkens in de planning genoteerd welke zaken verder moeten worden bevraagd.

Twee patiënten wensten na bespreking van de resultaten geen verder onderzoek in kader van de unmet needs te laten uitvoeren. Beide patiënten scoorden positief op 3 topics, namelijk psychosociaal, functionaliteit en valpreventie.

Er werd reeds een MMSE afgenomen bij 2 patiënten, bij beiden was er geen vermoeden van dementie, maar dit zal uiteraard verder opgevolgd worden.
Bij één patiënte werd de functionaliteit verder bevraagd, bij deze patiënte was er enkel verder onderzoek nodig naar aanleiding van aanwezigheid van incontinentie. De patiënte is hier reeds voor in behandeling bij de uroloog.
Het valrisico werd verder ingeschat bij één patiënte. De arts heeft zelf reeds besproken welke veranderingen er mogelijk zijn, maar de patiënte werd nog niet geëvalueerd door een kinesitherapeut.

Bij 10 patiënten werd de sociale omkadering besproken. Bij 2 van deze werd ook de vragenlijst afgenomen, die peilt naar de omgang met stressvolle gebeurtenissen. De artsen kregen hierdoor een beter beeld over de omgeving en mogelijke mantelzorg of thuiszorg van de patiënt, maar konden hier verder weinig acties aan koppelen.

De nood tot verdere uitwerking van deze zorgnoden werd in de individuele planning van de patiënt geplaatst. Het is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts om de verdere onderzoeken in kader van deze topics later uit te voeren. Omwille van praktische redenen valt het te verwachten dat deze verder uitwerking zal gebeuren op een minder druk moment.

Er kon dus worden besloten dat dit project vooral geleid heeft tot detectie van zorgproblemen en risicofactoren voor frailty, maar dat dit voorlopig nog niet heeft geleid tot echte acties. De zorg voor ouderen werd dus wel gewijzigd met meer aandacht voor functioneringsgerichte preventie, maar dit leidde slechts bij enkele patiënten tot aanpassingen van zorg.

4.2 Patiëntenparticipatie

Reeds bij het eerste contact werd duidelijk dat dit project bij sommige patiënten heel wat bedenkingen naar boven bracht. Zeker als de motieven achter dit project werden duidelijk gemaakt, waren reeds heel wat patiënten enthousiast. Verschillende patiënten zagen hierin ook de kans om uitgebreid te vertellen over wat moeilijk gaat, wat ze belangrijk vinden en wat hun verwachtingen naar de toekomst zijn.

Het zelf invullen van de vragenlijsten was voor de meerderheid van de patiënten haalbaar. Slechts 2 patiënten hebben tijdens het volgende contact de vragenlijsten deels samen met de huisarts ingevuld. Twaalf patiënten vulden de vragenlijst volledig zelf in. De rest kreeg hulp van iemand uit zijn of haar omgeving, vooral de hulp van de kinderen werd hierbij gevraagd.
Gezien zoveel patiënten de zonder problemen, zelf, ingevulde vragenlijsten meegebracht hadden tijdens het tweede contact, was dit toch een winst qua tijdsinvestering voor de arts. Zelf de vragenlijsten invullen gaf geen aanleiding tot een gevoel van betrokkenheid bij de patiënt. Door de patiënt de vragenlijsten zelf te laten invullen, werd er toch een stuk van de verantwoordelijkheid voor de gezondheidspromotie bij de patiënt gelegd.
Maar in de perceptie van de patiënt had het zelf invullen van de vragenlijsten geen meerwaarde.

Bij 8 patiënten leidde dit project niet tot een hogere tevredenheid over hun chronische zorg en 3 patiënten hadden geen uitgesproken mening over dit project. Hierbij waren er 3 van deze 11 patiënten, die meenden dat dit project wel nuttig kan zijn voor anderen, maar niet voor zichzelf, omdat ze verwachtten dat bij hen geen unmet needs zouden worden opgespoord. Toch opvallend hierbij is dat slechts één van deze 3 normaal scoorde op alle topics. Bij de andere 2 patiënten werden telkens 2 unmet needs opgespoord.

De patiënten, die wel meer tevreden waren over hun chronische zorg dankzij dit project, waren dit vooral uit de overtuiging dat het belangrijk is dat de huisarts een beeld kan vormen over de volledige toestand en context van de patiënt. Het project werd beschouwd als een goed initiatief, dat gezondheidspromotie bij ouderen in de belangstelling brengt en bespreekbaar maakt.
Één patiënte vond dit project heel erg belangrijk omdat het “haar vurigste wens” is om zo lang mogelijk te kunnen thuis blijven wonen en haar grote angst is dement worden.

In het kader van het verhogen van de self-management werd besproken met de patiënt welke mogelijke aanpassingen kunnen gebeuren om hun eigen zorgbehoefte te verbeteren.

Het leek het moeilijkst om iets te veranderen aan de sociale omkadering, zowel voor de arts als voor de patiënt.
Vooral weduwes of weduwnaars scoorden positief op deze vragenlijsten, maar dit is mogelijk ook te verklaren doordat hiermee geen rekening wordt gehouden in de vragenlijsten.
Patiënten, die wel nog samen leven met hun partner, zijn angstig voor de dag dat hun partner zou sterven en ze dan het gevoel zouden hebben er alleen voor te staan.
De mantelzorg door de kinderen is belangrijk voor de meeste patiënten.
Één patiënte heeft duidelijke strategieën voor moment waarop zij zich eenzaam voelt, dan zoekt zij iets om zich bezig te houden of belt zij een familielid of kennis op. Anderen hebben positieve ervaringen bij deelname aan activiteiten voor ouderen of bij wekelijks naar het dagcentrum te gaan.
Beperkingen in mobiliteit lijken vaak een drempel voor sociaal contact, omdat ouderen zich minder goed kunnen verplaatsen buitenshuis uit angst om te vallen. Hierdoor gaan ouderen minder vaak naar activiteiten van verenigingen of op bezoek bij familie en kennissen.
Daarnaast bevestigden de meeste ouderen dat vele sociale contacten wegvallen bij het ouder worden. Verschillende patiënten hadden reeds hun echtgeno(o)t(e) verloren, naast verschillende familieleden. Hierdoor is terug de mantelzorg door de kinderen erg belangrijk.

De meeste patiënten zijn goed op de hoogte over de mogelijkheden van thuiszorg en zouden hierop beroep doen, als zij dit nodig achten.
Om hun functionaliteit te verbeteren, werden volgende zaken voorgesteld: “Zoveel mogelijk zelf blijven doen in huishouden, actief blijven, maar doseren.” “Hulp bij boodschappen vragen.” “Inrichting van de woning veranderen, bijvoorbeeld douche in plaats van bad of een zetellift.” “Blijven bewegen.”.
De patiënten, die reeds hulp kregen van thuisverpleegkundigen of thuiszorg, waren hierover tevreden en wensten dit te behouden. Niemand had de behoefte om thuiszorg op te starten of verder uit te breiden.

Ook in kader van valpreventie hebben de patiënten een eigen visie. Voorzichtigheid tijdens het stappen, vooral buitenshuis en het gebruik maken van hulpmiddelen zoals een wandelstok of rollator is voor hen belangrijk.
Slechts één patiënt was gemotiveerd voor een evaluatie door een kinesitherapeut met achteraf eventueel opstarten van gangrevalidatie. Twee patiënten krijgen reeds gangrevalidatie in het dagcentrum. De anderen wensten hiermee even af te wachten of weigerden dit. Toch is het opvallend dat geen enkele patiënt heeft voorgesteld om aanpassingen te doen in de eigen woning om zo de risicovolle elementen uit de omgeving weg te halen.

Volgende suggesties kwamen van de patiënten om hun cognitie te verbeteren: lezen, bezig zijn op computer, documentaires bekijken, nieuws en actualiteit volgen, meer sociaal contact, lijstjes maken, herinneringen instellen in GSM, minder vergeten door zich beter te concentreren en verbanden te leggen en het geheugen te trainen via oefentherapie.
Het was duidelijk dat veel ouderen reeds zelf veel nagedacht hadden over hoe ze geheugenklachten kunnen vermijden. Gezien de grote impact van dementie, lijkt dit het probleem waar de patiënten het meeste angst voor hebben. Dit kwam vaak ter sprake tijdens de gesprekken in kader van dit project.
Hieruit blijkt toch het belang van goede communicatie en stimulatie van de patiënten tot participeren in hun eigen gezondheidszorg.

Dit project toonde duidelijk dat oudere patiënten angstig zijn voor achteruitgang, zowel op fysiek, cognitief als psychosociaal vlak. Hierover hebben ze duidelijk hun eigen ideas, concerns and expectations. Vele 75-plussers gaan hierover niet spontaan praten met hun arts.

Daarom is het van belang dat de arts hier voldoende aandacht aan besteedt; de patiënten stimuleert tot het uiten van hun bezorgdheden en vragen en motiveert tot shared priority setting en shared decision making.

4.3 Evaluatie door de artsen

De mening van de artsen over dit project werd gevraagd aan de hand van een evaluatieformulier, dat daarna samen werd besproken tijdens een overlegmoment.

Het activeren en stimuleren van de patiënten om mee na te denken over wat moet en kan veranderen in functie van hun zorgbehoeften leidt tot een hogere tevredenheid over de chronische zorg bij de artsen. Door het project stond de arts meer stil bij minder evidente topics, die vaak over het hoofd worden gezien tijdens een routinecontrole, maar werd ook de patiënt gestimuleerd om te reflecteren over hun zorgbehoeftes.
Er was een gedeelde verantwoordelijkheid bij arts en patiënt bij de functioneringsgerichte preventie. Samen met de arts kreeg ook de patiënt een beeld van wat hij of zij momenteel wel nog kan en waar er nood aan verbetering is op vlak van sociale omkadering, functioneren, cognitie of valpreventie. Er werden doelstelling opgesteld voor de patiënt, afhankelijk van hun eigen prioriteiten, om de zelfredzaamheid te behouden of te verbeteren.

Via dit project werd gezondheidspromotie bij ouderen meer bespreekbaar gemaakt en werden patiënten gemotiveerd om te reflecteren over hun zorgbehoeftes en dit dan ook te bespreken met hun behandelende arts.
Toch merkten ook artsen op dat bij sommige patiënten dit project niet heeft geleid tot een hogere tevredenheid over de chronische zorg.

De artsen vonden het positief dat dit project leidde tot een hogere detectie van moeilijkheden bij functioneren, geheugenklachten en valrisico. De aandacht werd terug gevestigd op deze verschillende topics. Hierdoor kregen de artsen een volledig beeld van hun patiënten en leerden ze hun patiënten nog beter kennen.

Het project bracht vooral de zorgbehoeften van de patiënten op een gestructureerde en systematische manier in kaart, maar gaf nog geen echte aanleiding tot verandering van therapie of omkadering van de patiënten.
Gezien de lage outcome qua veranderingen in therapie of zorg, werd de vraag gesteld of dit project nuttig is.
Deze functioneringsgerichte preventie is toch belangrijk in het kader van het behouden van de zelfredzaamheid van de oudere patiënten.
Bij deze patiëntengroep konden er minder zaken worden veranderd, maar mogelijk kan dit ook verklaard worden door de reeds aanwezige, goede omkadering bij deze groep. Bij het implementeren in de dagelijkse praktijk bij alle 75-plussers, valt het te verwachten dat er meer unmet needs zullen opgespoord worden waarvoor nog geen aanpassing van de huidige zorg is gebeurd.

Wel werden de zorgbehoeftes beter geregistreerd in het dossier. Dit project confronteerde de artsen met de uitdaging van de toekomst. Gezien de complexiteit van de zorg voor ouderen en de vergrijzing van de maatschappij, zal gezondheidspromotie bij ouderen alsmaar belangrijker worden. Maar de zorg zal moeten aangepast worden, met eventueel meer ondersteuning voor de huisartsen en beter multidisciplinair overleg.

Het nadeel van deze aanpassing van de zorg voor ouderen is dat het onder deze vorm erg arbeids- en tijdensintensief was voor de artsen.

De gebruikte vragenlijsten zijn soms onduidelijk qua formulering, waardoor het niet steeds eenvoudig was voor de patiënt om de vragenlijsten in te vullen. Vooral bij de vragenlijsten over de psychosociale omkadering werd dit vaak opgemerkt.

Gezien tijdens dit project veel aandacht moest worden besteed aan patiëntenparticipatie en dit ook moest worden geregistreerd in het dossier, was de structuur vaak te ingewikkeld. De artsen merkten op dat er te veel stappen moesten worden gezet voor een volledige registratie in het EMD.

Daarnaast was ook de flowchart voor de eindevaluatie te ingewikkeld, waardoor het niet steeds eenvoudig was om hiervoor voldoende tijd vrij te maken voorafgaand aan het derde contact.
De individuele planning voor de patiënt werd bij sommigen erg uitgebreid, waardoor het overizcht verloren ging.

Er werd ook opgemerkt dat er weinig kan veranderd worden door de artsen op psychosociaal vlak. Gezien zoveel patiënten hierop positief scoren, gaf dit een gevoel van machteloosheid bij de artsen. Dit was confronterend voor de artsen, aangezien de artsen zelf weinig aanpassingen kunnen doen in kader van sociale relaties en het vaak voor de patiënt ook moeilijk lijkt om hieraan iets te doen.

Het algemene besluit is dat het project zeker een meerwaarde heeft, maar dat aanpassingen nodig zijn om het minder arbeids- en tijdsintensief te maken.

5 Discussie

Deze haalbaarheidsstudie gaf aanleiding tot een kritische reflectie van de artsen van deze praktijk over hun huidige chronische zorg voor ouderen.
Het belang van gezondheidspromotie bij ouderen is zeker duidelijk geworden. De artsen hebben door dit project opnieuw een verhoogde aandacht voor de detectie van unmet needs bij ouderen, in het bijzonder voor het risico op sociale isolatie, functionele afhankelijkheid, ontstaan van geheugenklachten en het valrisico.

Daarnaast had dit project ook een meerwaarde in het kader van de arts-patiëntrelatie, waarbij toch door verschillende artsen werd opgemerkt dat via dit project ze hun patiënten beter hebben leren kennen en een beter beeld kregen over verschillende aspecten.
Ook de meerderheid van de patiënten vond het positief dat hun huisarts aandacht had voor het evalueren van de zelfredzaamheid van ouderen met als doel om de ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en hun levenskwaliteit te verhogen.

Toch moeten er een aantal kanttekeningen gemaakt worden bij dit project.

5.1 De patiëntenselectie.

Dit project werd omwille van de haalbaarheid slechts uitgevoerd bij een kleine groep patiënten. Deze groep bestond uit patiënten, die maandelijks de huisarts consulteerden of waarbij de huisarts maandelijks op huisbezoek kwam. Door deze hoge frequentie van contact tussen arts en patiënt kan worden verwacht dat deze groep patiënten reeds erg betrokken is bij hun gezondheidszorg en dat de arts verschillende zorgproblemen reeds heeft onderzocht en behandeld. Patiënten, die niet frequent op consult komen, werden niet bereikt tijdens dit project.

Gezien het frequente contact kan ook de bedenking worden gemaakt dat de patiënten een lagere drempel ervaren om bepaalde zorgbehoeftes te bespreken met hun behandelende arts en dat er hierdoor minder unmet needs zullen bestaan bij deze groep.
Maar toch merkten de huisartsen dat er naast de routinecontrole te weinig aandacht werd besteed aan het opsporen van deze unmet needs.
Dus ondanks de maandelijkse contacten, had de arts toch een beperkt beeld over de sociale omkadering, functionele zelfredzaamheid, cognitieve toestand en het valrisico.
Dit kan deels verklaard worden doordat ouderen deze zorgbehoeftes toeschrijven aan het normaal verouderingsproces en reeds hun levensstijl hebben aangepast in functie van deze problemen. Toch leiden deze aanpassingen in het dagelijkse leven tot een verminderde levenskwaliteit.
Er valt te verwachten dat bij de groep ouderen, die minder vaak consulteren, ook unmet needs zullen bestaan. Zoals eerder vermeld, kan de aanwezigheid van frailty niet alleen worden verklaard door aanwezigheid acute of chronische aandoeningen. Dus de patiënten met minder co-morbiditeit en waarbij de huisarts hierdoor niet op regelmatige basis een contact gepland heeft, hebben wel nog steeds een risico voor frailty.
Omwille van de praktische redenen werd gekozen voor deze patiëntenselectie, maar na dit onderzoek is het zeker de bedoeling om de functionele gezondheidsevaluatie toe te passen bij alle 75-plussers.

5.2 De complexiteit van de uitvoering van dit project.

Er is nood aan een eenvoudigere registratie en interpretatie. Aanpassingen zijn nodig voor het verder gebruik in de dagelijkse praktijkvoering zodat de toepassing minder arbeidsintensief wordt.

In begin van dit project was er enkel een geschreven handleiding, maar vlug bleek dat op basis hiervan het onvoldoende duidelijk was wanneer welke stappen voor verder onderzoek moeten worden gepland. Daarom werden de verschillende stappen, afhankelijk van de resultaten van de screeningstesten, in een stroomdiagram geplaatst. Zodat er een duidelijker overzicht was van de nodige stappen en er een uniforme aanpak bij de verschillende artsen kon worden bereikt.
Toch bleek ook dit schema nog steeds ingewikkeld, maar dit heeft uiteraard ook te maken met de verschillende risicofactoren en multimorbiditeit, die aanwezig zijn op oudere leeftijd en die achteruitgang van zelfredzaamheid kunnen veroorzaken.
Vooral de vragenlijsten deden ook heel wat stof opwaaien. De gebruikte vragenlijsten waren gebaseerd op de GAZETO-tool.
Er waren geen duidelijke afkapwaarden vastgelegd voor de Katz- en Lawton-schaal, waardoor de evaluatie van deze schalen niet steeds eenvoudig was. Voor de uniformiteit werd een afkapwaarde afgesproken tussen de verschillende artsen.
Naar de toekomst toe, zou het beter zijn dat de Katz-schaal eerder wordt gebruikt naar aanleiding van het opstarten van thuiszorg of –verpleging. De huisarts moet hierbij meer aandacht besteden aan de verschillende onderdelen van de Katz-schaal in plaats van de totale score en moet dan bijvoorbeeld verder onderzoek plannen in kader van incontinentie als de patiënt hierbij problemen zou ondervinden.

Ook de psychosociale vragenlijsten waren niet handig om te evalueren. Afhankelijk van de vraag moest de score op- of aflopend worden geteld met een ingewikkelde verwerking tot gevolg.
Dit werd niet opgemerkt bij uitvoering van tests bij de proefpersoon omdat deze persoon niet wenste deel te nemen aan vragen over psychosociale omkadering. Dit toont nogmaals aan dat het erg belangrijk is om bij het uitvoeren van een steekproef de procedure volledig te doorlopen.

Naast de moeilijke evaluatie van deze vragenlijsten, moet ook worden opgemerkt dat de lijsten niet toepasbaar zijn voor weduwes en weduwnaars. De lijst bevat vragen over gesprek voeren met of beroep doen op echtgeno(o)t(e). Deze vragen moeten beantwoorden is confronterend voor patiënten, die hun partner hebben verloren.

Ook de vragenlijst “sense of coherence questionnaire”, die moest worden uitgevoerd bij verdere inschatting van het sociaal risico, is ingewikkeld geformuleerd en hierdoor praktisch minder bruikbaar.

Bij enkele patiënten viel het op dat het risico voor sociale isolatie veel hoger werd ingeschat via de vragenlijsten dan door de huisarts zelf.
De ontwerpers van de GAZETO-tool hanteerden geen duidelijke afkapwaarden voor deze vragenlijsten, maar lieten de interpretatie over aan het klinisch oordeel van de huisarts. Deze vragenlijsten voldeden duidelijk niet aan de verwachtingen van de huisartsen, waardoor de vraag werd gesteld of ze verder moeten worden gebruikt in de toekomst.

De timed up and go test en de mini cog werden wel positief beoordeeld. Beiden kunnen uitgevoerd worden in beperkte tijd en de uitvoering hiervan is zowel haalbaar in de praktijkruimte als tijdens huisbezoek.

Tijdens dit project werd gekozen om de evaluatie te spreiden over 3 contacten omdat hierbij ook aandacht besteed werd naar de patiëntenparticipatie.
Het was opvallend dat de uitvoering van het project vaak werd uitgesteld, vooral naar aanleiding van drukkere werkschema’s in de winterperiode. Ook bij acute aandoeningen verschoof de prioriteit van de geriatric assessment naar het acute probleem.

De voorbereiding van het derde contact, waarbij de planning moest worden aangevuld in kader van de resultaten, bleek het moeilijkst in te plannen. Vaak arriveerde de arts bij de patiënt en merkte hij of zij op dat de vragenlijsten nog niet werden geïnterpreteerd en hierdoor de bespreking van de planning moest worden uitgesteld.

Bij verder toepassing van dit project in de toekomst gaat de voorkeur dan ook uit naar het uitvoeren van de verschillende screeningstests in één contact. Hierbij is het belangrijk dat zowel de testen als de interpretatie hiervan tijdens dit consult of huisbezoek kan gebeuren. De belangrijkste aanpassing, hierbij nodig, is het vervangen van de psychosociale vragenlijsten omdat de scoring hiervan toch enige tijd vraagt. Als de testen direct kunnen worden geïnterpreteerd, kan de planning direct worden aangevuld. Uiteraard zullen de nodige verdere onderzoeken dan in tweede tijd worden uitgevoerd.

5.3 Tijdsinvestering

Ondanks de meerwaarde van gezondheidspromotie bij ouderen, moet worden opgemerkt dat dit toch een grote tijdsinvestering vraagt aan de artsen. Gemiddeld vraagt een consult of huisbezoek in kader van dit project dubbel zoveel tijd als een normaal contact met enkel een routinecontrole. Dit werd niet geobjectiveerd door middel van tijdsmeting. Maar dit was wel het subjectieve aanvoelen van de verschillende artsen. Daarnaast was het ook opvallend dat de geplande afspraak wat was uitgelopen of dat er minder huisbezoeken dan gewoonlijk konden worden uitgevoerd.
Dit werd mede veroorzaakt door de ingewikkelde vragenlijsten en de verhoogde aandacht voor de registratie van de patiëntenparticipatie.
Verdere implementatie in de dagelijkse praktijkvoering vraagt aanpassingen van het huidige proces, waarbij een lagere tijdsinvestering moet worden bereikt.

5.4 Het gevoel van machteloosheid omtrent de sociale omkadering.

Voor de huisarts is het moeilijk om iets te veranderen aan de sociale omkadering van de patiënt. Via dit project kreeg de huisarts wel een duidelijker beeld over hoe de patiënt omringd is en of de patiënt zich eenzaam voelt. Toch blijft het vooral bij registratie en leidt dit niet tot verandering van zorg.
Het is wel interessant om te weten op wie de patiënt kan beroep doen, welke mantelzorg aanwezig is en of er reeds thuiszorg is ingeschakeld. Bij problematische situaties kan de arts dan eventueel een gesprek aanknopen met familieleden of een multidisciplinair overleg plannen.
Toch is een goede sociale omkadering erg belangrijk voor het algemeen welzijn van de ouderen. Hierbij kan een buurtnetwerk ondersteuning bieden, waarbij ouderen minder angstig zijn voor hun zorg in de toekomst en zich minder eenzaam voelen. Initiatieven zoals dagcentra of activiteiten van verenigingen hebben een meerwaarde, maar moeten worden ondersteund door professionele hulpverleners. [22-23]
De vraag is welke rol de huisarts hierbij speelt. Uiteraard kan de huisarts de patiënt informeren over het bestaan van deze initiatieven en kan deze ook de patiënt motiveren om hieraan deel te nemen.

5.5 De patiëntenparticipatie

Alle artsen vinden het belangrijk om de patiënten, zowel jong als oud, een actieve rol en een stuk verantwoordelijkheid te geven bij hun gezondheidszorg. De zorg voor patiënten in deze huisartsenpraktijk is een zorg op de maat van de patiënt en in overleg met de patiënt.

Zoals eerder vermeld, moet dit bij ouderen meer worden gestimuleerd omdat deze patiëntengroep spontaan minder geneigd is om zijn of haar mening te uiten over het gevoerde beleid en moet de oudere patiënt meer dan een jongere persoon hiertoe worden gestimuleerd.

Het actief bevragen van de ouderen over het belang van de gedetecteerde zorgnoden en het verdere beleid leidde tot een hogere tevredenheid over de chronische zorg.
Dus op vlak van priority setting, shared decision making en self-management had patiëntenparticipatie bij ouderen zeker een meerwaarde.

De meerderheid van de patiënten vonden dit project positief. Vooral het aandacht besteden aan de functionaliteit van de ouderen met als doel de ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen laten thuis wonen en het vroegtijdig opsporen van beginnende dementie, vonden de ouderen erg belangrijk.
Ook kregen de ouderen het gevoel dat ze gehoord werden. Het was een positieve ervaring dat hun mening omtrent aanpassingen in kader van unmet needs werd gevraagd en dat er samen doelstellingen konden worden geformuleerd voor gezondheidspromotie.

Het zelf invullen van de vragenlijsten zorgde niet voor een hogere tevredenheid over de zorg, zowel voor de arts als voor de patiënt. Dit gaf geen toegevoegde betekenis.
Belangrijk is wel om op te merken dat artsen vaak de indruk hadden dat de functionaliteit van de ouderen onder- of overschat werd als ze zelf de Katz-schaal hadden ingevuld. Hierdoor bestaat toch twijfel over de correctheid bij het zelf invullen van deze vragenlijst. Het is dus beter dat de lijst samen wordt overlopen. Zeker ook omdat het resultaat van de Katz-schaal belangrijke implicaties kan hebben op vlak van terugbetaling van thuisverpleging.

Patiëntenparticipatie is dus zeker belangrijk voor jong én oud. De artsen moeten ouderen meer stimuleren en motiveren om te participeren in hun zorg, vooral op vlak van shared priority setting & decision making en self-management.

6 Besluit

De aanpassing van de chronische zorg voor ouderen is nodig gezien de complexiteit van de zorg en de vergrijzing van de bevolking. De huisarts kan hiertoe bijdragen door een verhoogde aandacht voor gezondheidspromotie bij ouderen.

De artsen van deze huisartsenpraktijk ondervonden een meerwaarde bij dit project op vlak van een verhoogde aandacht voor en detectie van zorgnoden bij ouderen. Dit project zorgde ook voor een verbetering van de arts-patiëntrelatie. Maar er werden geen acties gekoppeld aan de opgespoorde zorgnoden. Hoewel artsen meer beschouwd worden als doeners dan praters, vonden de artsen van deze praktijk het toch belangrijk dat deze aanpassing van de chronische zorg voor ouderen ertoe heeft geleid om meer aandacht te besteden aan de ondersteuning van 75-plussers.

Met de nodige aanpassingen kan dit project verder worden gebruikt in de toekomstige zorg voor ouderen in deze praktijk. Deze haalbaarheidsstudie kan dan ook als eerste fase van een praktijkverbeterend project worden beschouwd. De aangepaste versie kan worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijkvoering.

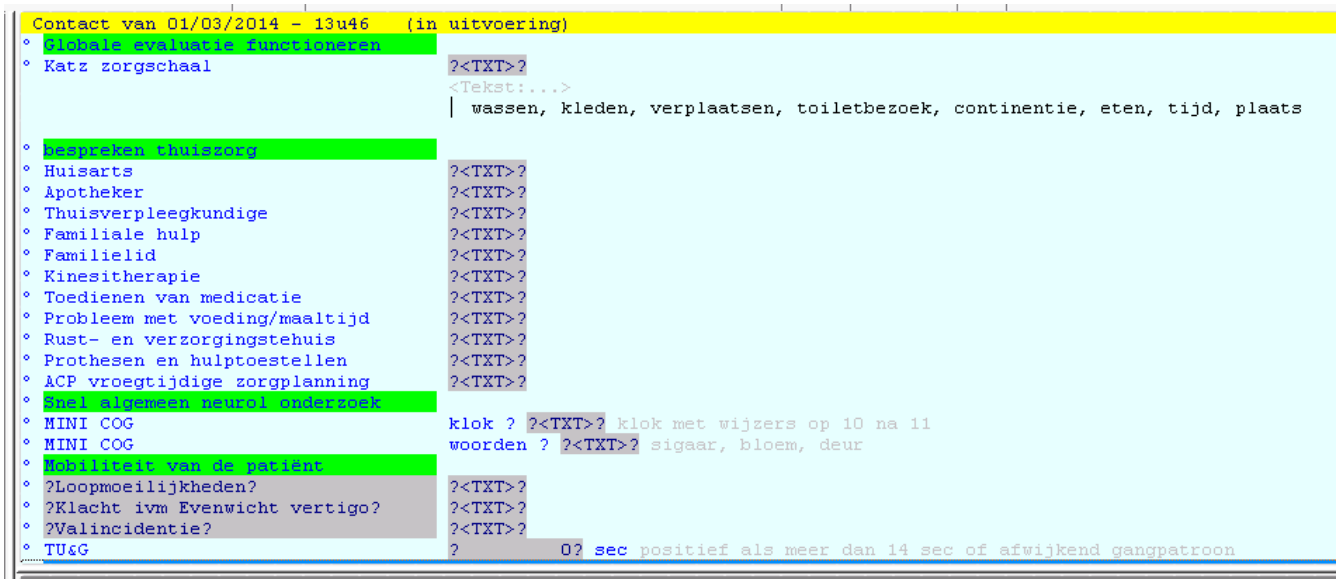
Een aangepaste versie zou moeten bestaan uit slechts één consult, die bijvoorbeeld jaarlijks kan worden herhaald bij het vernieuwen het GMD bij de 75-plussers.
Vergelijkbaar met het preventieconsult naar aanleiding van het GMD-plus, zou dit een vorm kunnen zijn van GMD-75-plus.
Op deze manier kan er jaarlijks op een systematische wijze aandacht worden besteed aan gezondheidspromotie en opsporen van unmet needs bij de thuiswonende ouderen.

Vertrekkende vanuit dit project zou dit consult terug aandacht besteden aan de 4 besproken topics, maar dit kan uiteraard verder worden uitgebreid. Dit consult kan bijvoorbeeld ook een aanleiding bieden tot een gesprek over vroegtijdige zorgplanning.
Maar ook de andere thema's vanuit de GAZETO-tool kunnen hierbij aan bod komen in de toekomst.

Cognitie en valrisico zouden op een gelijkaardige wijze worden gescreend.
Voor het inschatten van de sociale omkadering zouden de voorgestelde vragenlijsten niet verder worden gebruikt. Wel blijft het belangrijk dat de huisarts een beeld heeft van de aanwezige thuis- en mantelzorg. Hiervoor zou er een korte vragenlijst worden afgenomen bij de patiënt, waarbij wordt gepeild naar de reeds aanwezige hulp.
Om ten slotte de functionele afhankelijkheid in te schatten, zou verder gewerkt worden met de Katz-schaal, maar deze zou dan wel samen met de huisarts moeten worden ingevuld.

De resultaten hiervan zullen allemaal worden ingevoerd in het EMD. Hiervoor werd één invoerbase "functionele evaluatie bij ouderen" ontworpen. Bij opsporen van unmet needs kan uiteraard terug de planning voor de patiënt worden aangevuld en bij verhoogd risico kan dit in de episodelijst worden genoteerd.

Printscreen vanuit EMD van de in de toekomst toe te passen invoerbase:



De artsen blijven zeker bewust van het belang van de patiëntenparticipatie. Daar toch wat twijfels bestaan bij de correctheid van de ingevulde vragenlijsten, is het voorstel om dit in de toekomst toch eerder samen met de arts te overlopen.
Bij patiënten, die zelf op consult komen in de huisartsenpraktijk, zou het wel mogelijk zijn om de vragenlijsten vooraf deels te laten invullen tijdens het wachten in de wachtzaal. Op huisbezoek is dit praktisch minder haalbaar.

Een verhoogde self-management lijkt wel haalbaar om verder toe te passen. Het belang van shared priority setting en decision making staat hier voorop.
Het is de bedoeling dat de behandelende artsen overleggen met de patiënten over welke mogelijkheden zij zien in kader van hun gezondheidspromotie en de geplande verdere onderzoeken of aanpassingen van het beleid toetsen bij de patiënt.

Tot slot is het ook belangrijk om nog even stil te staan bij mijn leerproces. Waar ik de zorg voor ouderen in het begin van mijn stageperiode een moeilijke opdracht vond, heb ik geleerd om meer verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen op me te nemen in plaats van dit meer over te laten aan mijn collega's.
Via dit project is het duidelijk geworden dat er moet verder gekeken worden dan de routinezorg voor ouderen. Waar in het begin deze routinezorg al overweldigend was, is er nu tijdens de patiëntencontacten met ouderen meer ruimte om aandacht te besteden aan de detectie van zorgbehoeftes en risico's voor functionele afhankelijkheid, zowel tijdens dit project als nadien. Ook kreeg ik via dit project de kans om sommige 75-plussers beter te leren kennen en leerde ik samen met de patiënt om gezamenlijk te beslissen over de verdere zorgaanpak.

Ik sta nu aan het begin van mijn carrière als huisarts en meer nog, zelfs aan het begin van mijn eigen huisartsenpraktijk. Hierbij zal ik (hopelijk) veel nieuwe patiënten leren kennen, waaronder ook thuiswonende 75-plussers.
Bij een eerste kennismaking is het logisch dat de antecedenten, huidige aandoeningen en medicatie zal worden overlopen, maar ik wil hierbij ook aandacht besteden aan de sociale omkadering, door de thuiszorg te bespreken, zoals voorgesteld bij de aangepaste versie van dit project.

Bij een eerste kennismaking is het ook van belang om een beeld te krijgen van de visie en doelstellingen van de patiënt over hun eigen gezondheidszorg om zo samen een zorgplan voor de toekomst te kunnen opstellen.
Tijdens een later contact, zou ik dan graag tijd maken voor het evalueren van de cognitie, functionaliteit en het valrisico van de patiënt. Dit kan dan nog verdere worden uitgebreid met het opsporen van andere zorgnoden of een gesprek over vroegtijdige zorgplanning.

De aanpaste versie van dit project, om deze topics te bespreken bij het aanmaken of verlengen van het GMD, lijkt haalbaar om uit te voeren in de dagelijkse praktijkvoering.

Ik ben ook overtuigd van de meerwaarde van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en patiënten bij de gezondheidszorg en zal daarom de shared priority setting en decision making blijven stimuleren bij 75-plussers.

7 Referenties

1. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A et al. Zorgnoden van thuiswonende ouderen. Huisarts Nu 2012; 41 (4); 191 – 196.
2. NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneekunde voor ouderen. 2007
3. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-01.
4. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07.
5. Gussekloo J. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Huisarts & Wetenschap 2009; 52 (9); 426 – 429.
6. Deckers A, Helsmoortel A, Willekens B et al. Naar een nieuwe, gestructureerde aanpak van de zorgnoden van thuiswonende 75 plussers in de huisartspraktijk. GAZETO: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Leuven.
7. www.gazeto.be
8. Achten K. Comprehensive Geriatric Assessment voor kwetsbare ouderen in de huisartsenprakijk, een pilootproject. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Leuven.
9. de Jong B, ten Dam H. Proactieve zorg kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Tijdschrift Praktische huisartsgeneeskunde. Bijblijven 2013-4, Klinische lessen over kwetsbare ouderen.
10. Van Camp K, Boelanders T. Zorg voor thuiswonende ouderen: wat brengt de toekomst? Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Leuven.
11. Daniels L. Kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Leuven.
12. Van Den Noortgate N. De huisarts van morgen in de zorg voor ouderen. 26e symposium geriatrie, 24 april 2013, dienst Geriatrie UZ Gent.
13. Mueller C, Klaaβen-Mielke R, Penner E et al. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. Croat Med J. 2010; 51: 493-500
14. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse J. Frailty: an emerging concept for general practice. British Journal of General Practice, may 2009, 17 – 182.
15. Badertscher N, Rossi P, Rieder A et al. Attitudes, barriers and facilitators for health promotion in the elderly in primary care. Swiss Med Wkly. 2012; 142:w13606.
16. Sequist T, von Glahn T, Li A et al. Statewide evaluation of measuring physician delivery of self-management support in chronic disease care. J Gen InternMed 24(8): 939-945.
17. Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? Age and Ageing 2007; 36: 628-631.
18. Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz H. 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: 647-652.
19. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H et al. Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. Croat Med J, 2010; 51: 483-492.

20. Tom Xu K. The combined effects of participatory styles of elderly patients and their physicians on satisfaction. HRS: Health Services Research 39:2 (april 2004) 377-392.
21. Puts M, Visser M, Twisk J et al. Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. Clinical Endocrinology (2005) 63, 403 - 411
22. Cramm J, van Dijk H, Nieboer A. The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community. The gerontologist. Vol. 0, No. 0, 1-9
23. Cramm J, van Dijk H, Nieboer A. The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. Healt and social care in the community (2013) 21 (2), 150-158

8 Bijlagen

8.1 Bijlage: informatieformulier voor rekrutering van de patiënt.

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Geachte,

U bent 75 plus en u kan gelukkig nog steeds thuis blijven wonen. Voor heel wat onder u lukt dit prima, maar soms is er nood aan extra zorg. Oudere patiënten hebben vaak verschillende ziektes waarvoor verschillende behandelingen nodig zijn. Vaak wordt u ook geconfronteerd met andere zorgbehoeftes. Bijvoorbeeld de bezorgdheid over of problemen bij het kunnen thuis zelfstandig wonen.
Als huisarts willen we de zorg voor u nog verbeteren door samen met u oplossingen te zoeken om zo comfortabel mogelijk thuis zelfstandig te kunnen leven. Daarom start er vanaf juli 2013 een project in onze praktijk om de zorg voor onze oudere patiënten te bekijken en proberen te verbeteren.

Wat betekent dit project voor u?
'Ouder worden' gaat vaak gepaard met het krijgen van verschillende ziektes of risico's voor het ziek worden. Door deze samenloop van verschillende ziektes is het risico op een verminderde zelfstandigheid groter. Hierdoor wordt het voor u en uw omgeving soms moeilijk om thuis te blijven wonen.
Samen met u willen we zicht krijgen op wat u nodig hebt om in de best mogelijke omstandigheden een zo kwaliteitsvol mogelijk leven te leiden. Tijdens ons project willen we aandacht besteden aan problemen of vragen, die normaal niet zo vaak worden besproken tijdens een routinecontrole. Daarom zullen we tijdens dit project meer aandacht besteden aan het risico om te vallen, aan uw sociale omkadering, aan uw mentaal functioneren en aan uw zelfredzaamheid tijdens de dagelijkse verzorging en activiteiten. We zijn er, als uw huisarts, van overtuigd dat dit er toe kan bijdragen gezonder, minder afhankelijk en meer op eigen kracht ouder te worden.

Wat houdt dit project voor u in?
We willen in de drie volgende geplande contacten hiervoor extra aandacht hebben. U moet dus niet extra naar uw huisarts komen.
Tijdens een eerste consult zal u van ons vragenlijsten krijgen, die u tussen de contacten kan invullen. Hierdoor kunnen we een beeld krijgen over uw zelfredzaamheid of uw zorgbehoefte.
Deze vragenlijsten probeert u zo goed mogelijk in te vullen en bezorgt u ons terug tijdens een volgende consultatie. Als het oplossen van de verschillende vragenlijsten moeilijk is voor u, kunt u steeds hulp vragen aan iemand uit uw omgeving. Dit kan uw familie of iemand van de thuiszorg of hulpverleners zijn.
In het volgende consult zullen we ook proberen het risico voor mentale achteruitgang en uw valrisico in te schatten. We zullen bespreken met u welke onderzoeken of aanpassingen volgens ons nuttig kunnen zijn. Het is even belangrijk om na te gaan welke ideeën u zelf hebt om uw levenskwaliteit en zelfredzaamheid te verhogen.

Indien u nog vragen hebt hierover, kunt u steeds bij ons terecht.
Indien u hieraan liever niet wenst deel te nemen, mag u dit steeds zeggen aan ons, dit is geen enkel probleem.

Alvast bedankt voor uw medewerking!
De huisartsen van groepspraktijk 'De Brug'.

8.2 Bijlage: Toestemmingsformulier voor de patiënt.

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Informatiebrief voor de patiënten

Titel van de studie:
Een brug tussen geriatrische evaluatie en patiëntenparticipatie voor een betere chronische zorg.

Doel van de studie:
Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie.
Het doel van dit project is de chronische zorg voor ouderen verbeteren in deze praktijk.
Enerzijds door het versterken van de medewerking en zelfredzaamheid van ouderen. Anderzijds door het opsporen van risicofactoren voor algemene achteruitgang bij deze patiënten.
De haalbaarheid van de medewerking van de patiënten bij een geriatrische evaluatie zullen we tijdens dit project bestuderen. Indien dit project nuttig blijkt, zal het verder worden toegepast in de patiëntenzorg van deze praktijk.

Beschrijving van de studie:
Het gaat om een praktijkverbeterend project waarbij een geriatrische evaluatie zal worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijkvoering om de chronische zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren.
Dit project is een haalbaarheidsstudie waarbij zal worden geëvalueerd of de aanpassing van de chronische zorg voor ouderen efficiënt is.
De verwachte totale duur van de studie is 15 maanden. Het project verloopt over drie opeenvolgende consulten voor de deelnemende patiënten. De frequentie van deze consulten is afhankelijk van de individuele nood aan medische zorg.
Er zullen in totaal 24 personen aan deze studie deelnemen.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?
Voor het welslagen van de studie, is het uitermate belangrijk dat u volledig meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt.

Deelname en beëindiging:
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.
U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.
Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is.
Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Procedures:
Procedures:
Er zullen 4 vragenlijsten worden meegegeven met de patiënt, die tijdens het volgende consult terug aan de arts kunnen bezorgd worden. Deze vragenlijsten zijn: de “Social Disconnectedness Scale”, de “Katz-schaal” en de “Lawton-schaal”.
Er zullen twee screeningstesten worden uitgevoerd, namelijk de “Mini-cog” en de “Timed Up&Go test”.

Studieverloop:
Consult 1: uitleg over onderzoek en meegeven van vragenlijsten.
Consult 2: bespreken van vragenlijsten en uitvoeren van “Mini-cog” en “Timed up&go test”.
Consult 3: bespreken van alle resultaten.

Risico’s en voordelen:
Er worden geen risico’s of ongemakken verwacht voor de deelnemer door deelname aan het onderzoek.
Het voordeel voor de patiënt is een evaluatie van niet opgemerkte medische problemen en het verhogen van de zelfredzaamheid van de patiënt.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:
Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vertrouwelijkheid:
In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot Uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen stemt U in met deze toegang.
De gegevens van deze studie zullen enkel worden verwerkt door uw behandelende arts en de huisarts in opleiding, dr. Stern Bossier op een confidentiële manier.

Contactpersoon:
Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:
Dr. Stern Bossier – 050/315501

Ondergetekende, ,
Verklaar hierbij mijn toestemming te verlenen om deel te nemen aan dit project.

Te …
Op …

Handtekening :

8.3 Bijlage: Katz-vragenlijst.

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Katz-vragenlijst: **(Bron : www.gazeto.be en www.riziv.fgov.be)**

Er zullen vragen worden gesteld over de verschillende aspecten van het dagelijkse functioneren en persoonlijke verzorging. Hierdoor kunnen we een inschatting maken van hoe goed het u lukt om deze taken uit te voeren.
De bedoeling is dat u aanduidt welke uitspraak het best bij u past.
We vragen u om deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij twijfel, kunt u dit steeds bespreken met iemand uit uw omgeving (bijvoorbeeld kinderen of verpleging) of met één van de artsen van onze huisartsenpraktijk.

CRITERIUM	SCORE	1	2	3	4
WASSEN		Ik kan me zelfstandig wassen	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig om me onder de gordel te wassen	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig om me te wassen, zowel boven als onder de gordel	Ik moet volledig geholpen worden om me te wassen, zowel boven als onder de gordel
KLEDEN		Ik kan me zonder enige vorm van hulp aan- en uitkleden	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig om me te kleden onder de gordel (geen rekening houdend met de schoenen)	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig om me te kleden zowel boven als onder de gordel	Ik heb volledige hulp nodig om me te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSEN		Ik kan zelfstandig opstaan en me verplaatsen zonder mechanische hulp of hulp van derden	Ik kan zelfstandig uit mijn stoel of bed opstaan, maar ik gebruik mechanische hulpmiddelen om me zelfstandig te verplaatsen	Ik heb absoluut hulp nodig van derden om op te staan en me te verplaatsen	Ik ben bedlegerig of zit in een rolstoel en ik ben volledig afhankelijk van derden om me te verplaatsen
TOILET		Ik kan alleen naar het toilet gaan en mezelf reinigen	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig van derden om naar het toilet te gaan en mezelf te reinigen	Ik moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of mezelf te reinigen	Ik kan niet naar het toilet of op een toiletstoel gaan
CONTINENTIE		Ik ben continent voor urine en stoelgang (Dit betekent dat u uw urine of stoelgang kunt ophouden tot het moment dat het geschikt is om naar toilet te gaan.)	Ik ben accidenteel incontinent voor urine of stoelgang (blaassonde of artificiële anus inbegrepen)	Ik ben incontinent voor urine (mictietraining inbegrepen) of stoelgang	Ik ben incontinent voor urine en stoelgang
VOEDING		Ik kan zelfstandig eten en drinken	Ik heb voorafgaande hulp nodig om te eten of te drinken, bv. Hulp bij snijden van vlees.	Ik heb gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	Ik ben totaal afhankelijk van derden voor het eten en drinken (en wordt gevoed)
TIJD		Geen probleem	Nu en dan, zelden probleem	Bijna elke dag een probleem	Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS		Geen probleem	Nu en dan, zelden probleem	Bijna elke dag een probleem	Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

8.4 Bijlage: Lawton-vragenlijst.

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Lawton-vragenlijst: **(Bron: www.gazeto.be)**

In deze vragenlijst zullen er vragen worden gesteld over meer complexe, dagelijkse activiteiten, zoals boodschappen doen, maaltijden bereiden, geld beheren. Het is de bedoeling om aan de hand van deze vragenlijst een beeld te krijgen over hoe u functioneert tijdens deze dagelijkse taken.
We vragen u om deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij twijfel, kunt u dit steeds bespreken met iemand uit uw omgeving (bijvoorbeeld kinderen of verpleging) of met één van de artsen van onze huisartsenpraktijk.

1. Kunt u de telefoon gebruiken?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om de telefoon te gebruiken
2. Kunt u op plaatsen raken, verder dan loopafstand?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om te reizen, tenzij de aanwezigheid van speciale voorzieningen
3. Kunt u boodschappen doen?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om boodschappen te doen
4. Kunt u uw eigen maaltijden klaarmaken?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om mijn eigen maaltijden klaar te maken
5. Kunt u zelf uw huishoudelijk werk doen?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om mijn huishoudelijk werk te doen
6. Kunt u zelf kleine klusjes opknappen?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om zelf klusjes op te knappen
7. Kunt u zelf de was doen?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om zelf de was te doen
8. Kunt u zelf uw medicatie innemen?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat zelf medicatie in te nemen
9. Kunt u zelf uw geld beheren?
   O Zonder hulp
   O Met gedeeltelijke hulp
   O Ik ben niet in staat om mijn geld te beheren

8.5 Bijlage: Vragenlijst “Social disconnectedness scale” (Deel: objectief).

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Vragenlijst “Social disconnectedness scale” (Deel: objectief) **(Bron: www.gazeto.be)**

Via deze vragenlijst kijken wij hoeveel mensen je kent, hoe regelmatig dat je hen tegenkomt en wie die allemaal zijn. Samen met de andere vragenlijst over uw sociale contacten kunnen we controleren of u niet te eenzaam bent. Dit is namelijk een risicofactor voor achteruitgang van uw algemene toestand. De bedoeling is dat u aanduidt welke uitspraak het best bij u past.
We vragen u om deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij twijfel, kunt u dit steeds bespreken met iemand uit uw omgeving (bijvoorbeeld kinderen of verpleging) of met één van de artsen van onze huisartsenpraktijk.

1. Met hoeveel personen uit je omgeving kan je belangrijke zaken bespreken (hoe je je voelt, wat er verkeerd gaat)? Som deze personen op bij naam.
   O 0 O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 of meer
2. Met hoeveel verschillende soorten relaties/mensen heb je contact, bv echtgenoot, familie, kennis, maatschappelijke werker, dokter, verpleging, buur? Overloop de vorige namen en omschrijf hun functie. Vul aantal verschillende functies in.
   O 0 O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
3. Hoeveel van deze mensen leven in hetzelfde huishouden?
   O 0 O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
4. Hoeveel keer per dag/week maak je contact met een persoon die we reeds overliepen? Met alle personen samen?
   O Je maakt geen contact met anderen
   O Niet elke dag met iemand
   O Elke dag met iemand
   O Elke dag met meerdere
   O Je maakt elke dag contact met alle anderen
5. Denk aan je vrienden, buiten je echtgenoot en familie, hoeveel vrienden zou je hebben? Dit zijn zowel je heel goeie vrienden als redelijk goeie vrienden.
   O 0 O 1 O 2-3 O 4-9 O 10-20 O meer dan 20 vrienden
6. In de laatste 12 maanden, hoeveel keer ging je naar een organisatie? (Voorbeelden zijn koor, comitée, hulpgroep, sport, hobbygroep,.....)
   O Nooit
   O Heel zeldzaam
   O Meerdere keren per jaar
   O Een keer per maand
   O Meerdere keren per maand
   O Een keer per week
   O Meerdere keren per week
7. In de laatste 12 maanden, hoeveel keer kwam je samen met vrienden en kennissen?
   O Nooit
   O Heel zeldzaam
   O Meerdere keren per jaar
   O Een keer per maand
   O Meerdere keren per maand
   O Een keer per week
   O Meerdere keren per week
8. In de laatste 12 maanden, hoeveel keer deed je vrijwilligerswerk?
   O Nooit
   O Heel zeldzaam
   O Meerdere keren per jaar
   O Een keer per maand
   O Meerdere keren per maand
   O Een keer per week
   O Meerdere keren per week

8.6 Bijlage: Vragenlijst “Social disconnectedness scale” (Deel: subjectief).

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

Vragenlijst “Social disconnectedness scale” (Deel: subjectief) **(Bron: www.gazeto.be)**

Via deze vragenlijst kijken wij na of jij je eenzaam voelt. Eenzaamheid is het idee of gevoel dat je te weinig interpersoonlijke relaties, of contacten met anderen, hebt dan dat je zou willen. Samen met de andere vragenlijst over uw sociale contacten kunnen we controleren of u niet te eenzaam bent. Dit is namelijk een risicofactor voor achteruitgang van uw algemene toestand.
De bedoeling is dat u aanduidt welke uitspraak het best bij u past.
We vragen u om deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij twijfel, kunt u dit steeds bespreken met iemand uit uw omgeving (bijvoorbeeld kinderen of verpleging) of met één van de artsen van onze huisartsenpraktijk.

1. Hoe vaak kan je diepgaande gesprekken aanknopen met familieleden?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
2. Hoe vaak kan je beroep doen op familieleden als je hen nodig hebt?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
3. Hoe vaak kan je diepgaande gesprekken aanknopen met vrienden?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
4. Hoe vaak kan je beroep doen op vrienden?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
5. Hoe vaak kan je diepgaande gesprekken aanknopen met je echtgeno(o)te?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
6. Hoe vaak kan je beroep doen op je echtgeno(o)te?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
7. Hoe vaak voel je een tekort aan gezelschap?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
8. Hoe vaak voel je dat je er buiten staat?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit
9. Hoe vaak voel je dat je geïsoleerd bent van anderen?
   O Vaak
   O Meestal
   O Bijna nooit / nooit

8.7 Bijlage: Vragenlijst "Sense of coherence questionnaire"

DE BRUG
huisartsenpraktijk
bvba

blankenbergse steenweg 178 , 8000 brugge
tel: 050/31 55 01 fax: 050/31 83 05

e-mail: secretariaat@huisartsenpraktijkdebrug.be

dr Lieve Callewaert
dr Ann Cleeren
dr Hanne Cloetens
dr Niek Vervaeck
dr Hannelore Yperman
dr Stern Bossier (haio)

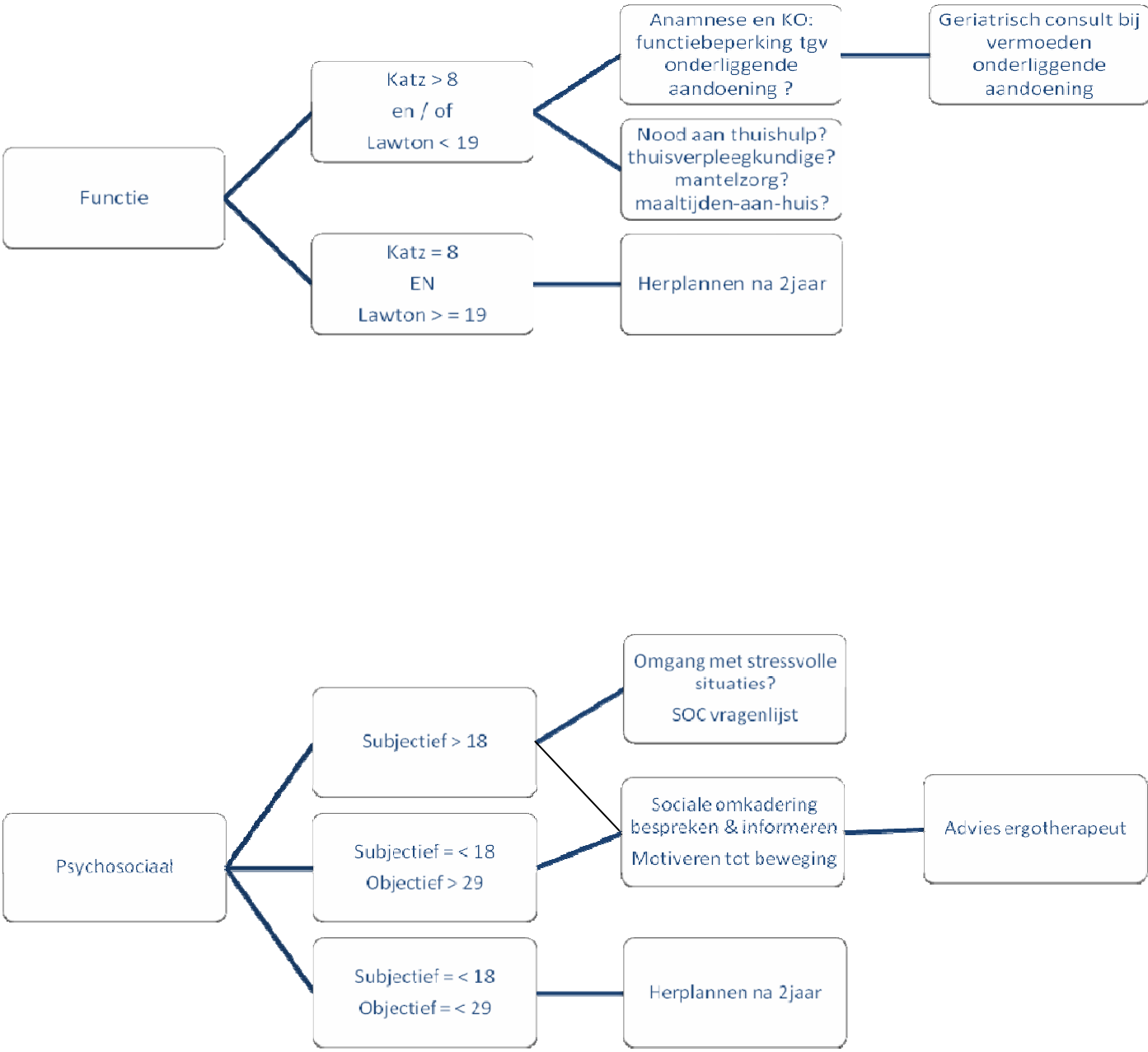
Vragenlijst "Sense of coherence" **(Bron: www.gazeto.be)**

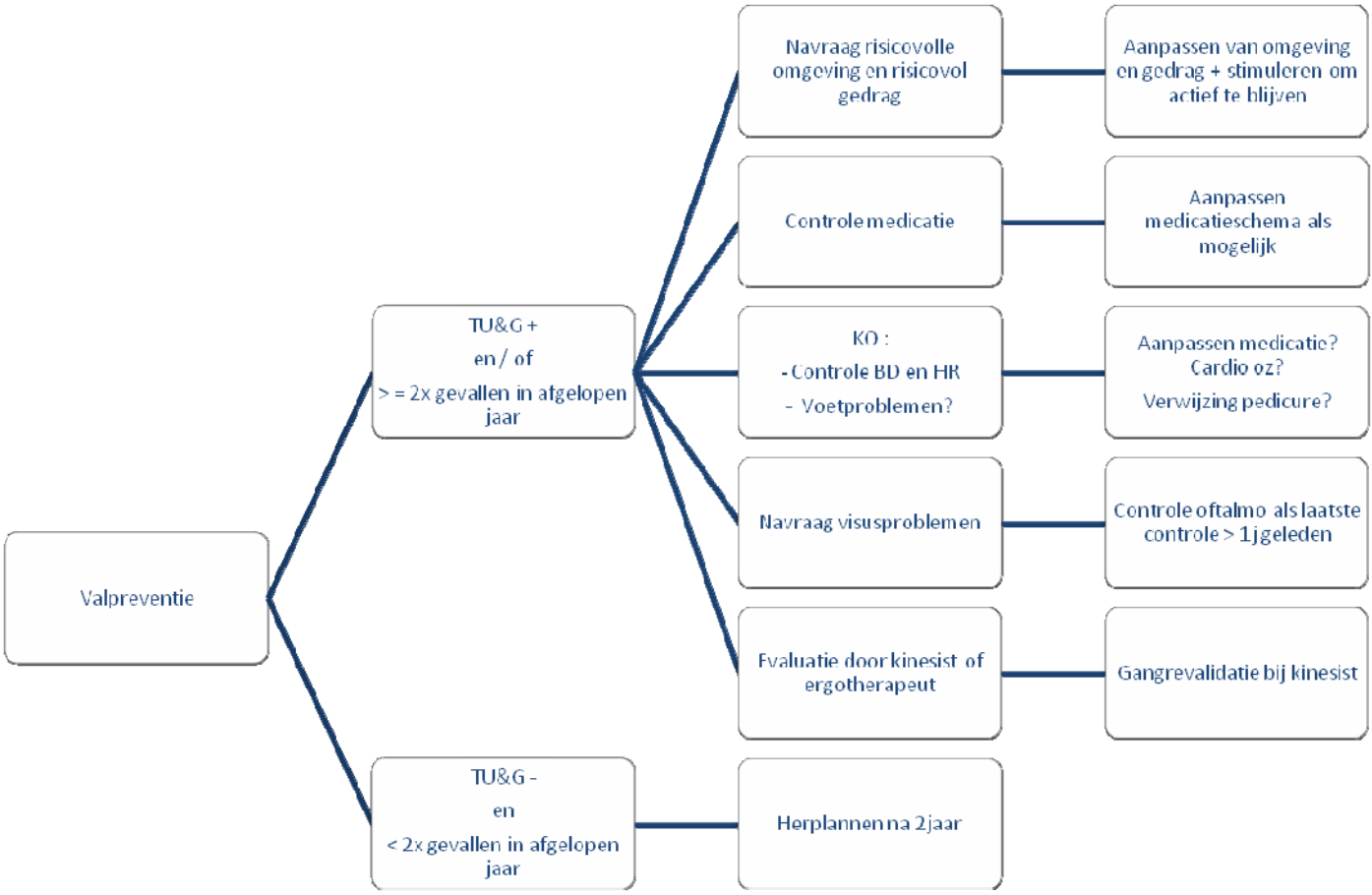
Deze vragenlijst kan worden gebruikt om de manier waarop ouderen omgaan met stressvolle gebeurtenissen te beoordelen. Hierdoor kan de huisarts het risico voor fysieke achteruitgang na een stressvolle gebeurtenis inschatten bij de oudere.
De vragen gaan over omgang met een stressvolle gebeurtenis, waarbij de betekenis geven aan de gebeurtenis, het inzicht in de situatie en de controle over het probleem belangrijk zijn.

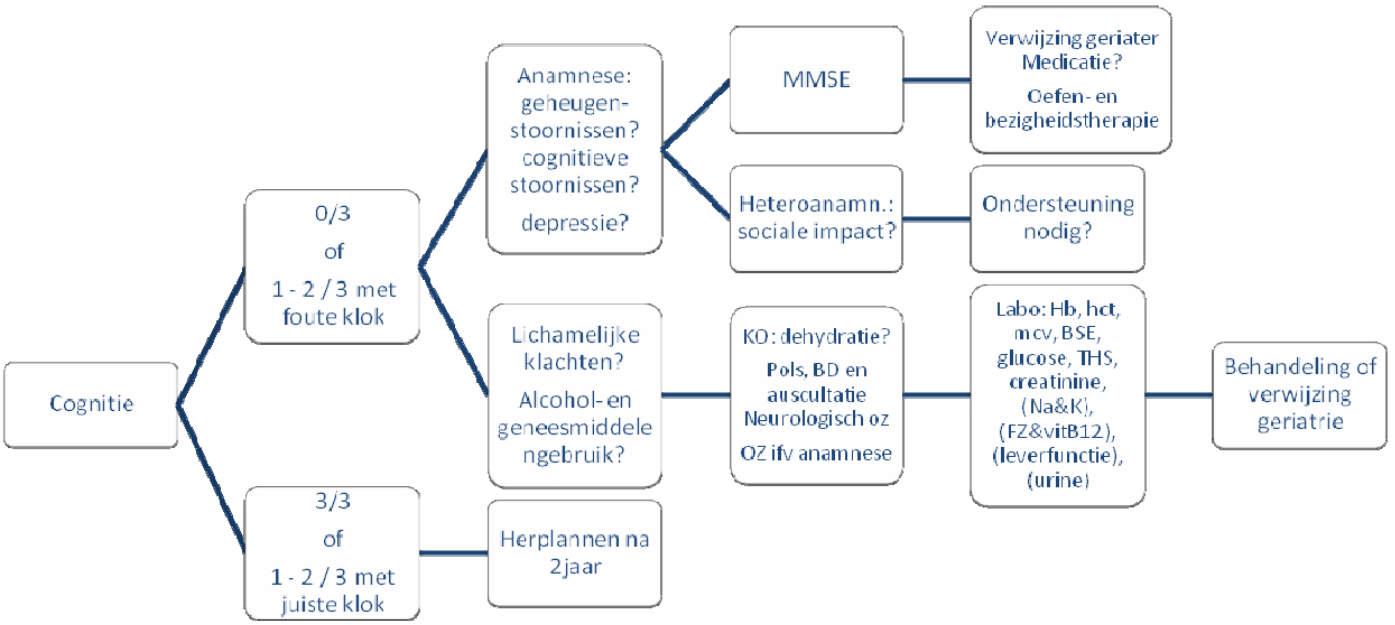
Interpretatie:
Samen te overlopen met patiënt. Patiënt scoort zijn/haar antwoord afhankelijkheid van waarbij het beste past.
Bij antwoord 1, 1 punt. Bij antwoord 7, 7 punten. Score minimum 13, maximum 91.
Lage score is geassocieerd aan depressie, verminderde mentale en fysieke gezondheid en angst en is voorspellend om minder snel terug te keren naar de thuissituatie na een ziekenhuisopname.

1. Hoe vaak is het gebeurd dat je je verbaasde over het gedrag van iemand die je goed dacht te kennen?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
2. Hoe vaak heb je het gevoel dat het je niet kan schelen wat er om je heen gebeurt?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
3. Hoe vaak is het gebeurd dat iemand waarop je dacht te kunnen vertrouwen je teleur heeft gesteld?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
4. Tot op heden is je leven...
   Zonder duidelijke doelen 1 2 3 4 5 6 7 Met duidelijke doelen
5. Heb je wel eens het gevoel gehad onrechtvaardig behandeld te zijn geweest?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
6. Wanneer u zich in een ongebruikelijke situatie bevindt, hebt u dan het gevoel dat u niet weet wat te doen?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
7. De dingen doen die u elke dag doet zijn:
   Een bron van pijn of last 1 2 3 4 5 6 7 Een bron van groot plezier of voldoening
8. Hebt u vaak verwarde of tegenstrijdige ideeën en gevoelens?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
9. Gebeurt het soms dat u het gevoel krijgt dat het niet beter met u zou kunnen gaan?
(Dus geen verbetering van huidige situatie mogelijk)
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
10. Sommige personen, ook deze met een sterk karakter, kunnen zich soms verloren voelen in bepaalde situaties. Hebt u zich vaak zo gevoeld in het verleden?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
11. Wanneer u iets overkomt, vindt u in het algemeen dat:
   U het belang over- of onderschat 1 2 3 4 5 6 7 U de dingen in hun juiste proportie ziet
12. Hebt u vaak het gevoel dat er weinig betekenis zit in de dingen die u dagelijks doet?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit
13. Hebt u vaak het gevoel dat u niet zeker bent dat u de controle kan behouden?
   Zeer vaak 1 2 3 4 5 6 7 Nooit

8.8 Bijlage: Flowchart over beslissing tot verder beleid




Valpreventie
TU&G +
en / of
> = 2x gevallen in afgelopen jaar
TU&G -
en
< 2x gevallen in afgelopen jaar
Navraag risicovolle omgeving en risicovol gedrag
Aanpassen van omgeving en gedrag + stimuleren om actief te blijven
Controle medicatie
Aanpassen medicatieschema als mogelijk
KO :
- Controle BD en HR
- Voetproblemen?
Aanpassen medicatie?
Cardio oz?
Verwijzing pedicure?
Navraag visusproblemen
Controle oftalmo als laatste controle > 1j geleden
Evaluatie door kinesist of ergotherapeut
Gangrevalidatie bij kinesist
Herplannen na 2jaar


Cognitie
0/3
of
1 - 2 / 3 met foute klok
3/3
of
1 - 2 / 3 met juiste klok
Anamnese: geheugen-stoornissen? cognitieve stoornissen?
depressie?
Lichamelijke klachten?
Alcohol- en geneesmiddelengebruik?
Herplannen na 2jaar
MMSE
Heteroanamn.: sociale impact?
KO: dehydratie?
Pols, BD en auscultatie
Neurologisch oz
OZ ifv anamnese
Verwijzing geriater
Medicatie?
Oefen- en bezigheidstherapie
Ondersteuning nodig?
Labo: Hb, hct, mcv, BSE, glucose, THS, creatinine, (Na&K), (FZ&vitB12), (leverfunctie), (urine)
Behandeling of verwijzing geriatrie