Naar een nieuwe, gestructureerde aanpak van de zorgnoden van thuiswonende 75 plussers in de huisartspraktijk.
GAZETO: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen

Dr. Alison Helsmoortel, K.U. Leuven
Dr. Antoon Deckers, K.U. Leuven
Dr. Bianca Willekens, K.U. Leuven
Dr. Justin Gouhie, K.U. Leuven
Dr. Saskia Depraetere, K.U. Leuven

Promotor: prof. Dr. Jean-Marie Degryse, K.U. Leuven

HAIO 's
Dr. Alison Helsmoortel
Dr. Antoon Deckers
Dr. Bianca Willekens
Dr. Justin Gouhie

Dr. Saskia Depraetere

Co-promotoren/praktijkopleiders
Dr. A. Wuyts (co-promotor/PO)
Dr. D. Labbeke (PO)
Dr. F. Staes (PO)
Dr. A. Weerts/Dr. C. Vanwelden (co-promotor/PO)
Dr. B. Vaes/Dr. A. Van Damme (co-promotor/PO)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACTS

GAZETO: Prevalentie van nieuwe aandoeningen.

Haio: Antoon Deckers, K.U. Leuven
(in samenwerking met Alison Helsmoortel, Bianca Willekens, Saskia Depraetere, Justin Gouhie)
Promotor: prof. Dr. JM Degryse (K.U. Leuven)
Praktijkopleider: Danny Labbeke

Context: Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Zo hebben we de GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) ontwikkeld: een CGA-instrument waarbij voor elk van de 14 onderwerpen een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid gevonden worden.

Onderzoeksvraag: Met het onderzoek willen we de meerwaarde van de GAZETO evalueren. Mijn focus in dit project was te kijken naar de prevalentie van nieuwe problemen door het uitvoeren van de GAZETO.

Methode: Patiënten werden geïncludeerd op basis van leeftijd (75+). Exclusiecriteria waren opname in een rusthuis of andere instelling, ernstige dementie, levensverwachting < 6 maand en minder dan 4 contacten per jaar met de huisarts. In onze studie willen we evalueren hoe groot de opbrengst van de GAZETO kan zijn (prevalentie van nieuwe problemen per patiënt en per topic van de GAZETO), wat de haalbaarheid en uitvoerbaarheid is, en in welke modaliteit het het beste kan worden uitgevoerd (in één keer of meerdere keren). Tevens werd de visie van artsen op ouderen nagegaan.

Resultaten: Uit dit onderzoek blijkt dat er een relevant aantal nieuwe problemen worden gevonden dankzij de uitvoering van de GAZETO. Gemiddeld worden er zo 2,26 nieuwe problemen per patiënt opgespoord, en dit meer bij vrouwen dan bij mannen. De topics die het vaakst nieuwe problemen opleveren zijn vaccinatie, vroegtijdige zorgplanning, medicatie, osteoporose, psychosociaal en urinaire incontinentie. De GAZETO is verder ook haalbaar en uitvoerbaar binnen de huisartsenpraktijk, en kan op een gelijkwaardige manier gebeuren in één of meerdere keren. Artsen bleken tegen opzichte van ouderen een neutrale tot positieve visie te hebben.

Conclusies: We denken dat de GAZETO belangrijke en relevante problemen naar boven kan brengen bij ouderen, en haalbaar is in de huisartspraktijk. Verder onderzoek lijkt ons dan ook zinvol.

E-mail: antoondeckers@gmail.com

ICPC code: A98 preventie

GAZETO: Haalbaarheid en uitvoerbaarheid binnen de huisartspraktijk.

Haio: Alison Helsmoortel, K.U. Leuven
(in samenwerking met Antoon Deckers, Bianca Willekens, Saskia Depraetere, Justin Gouhie)
Promotor: prof. Dr. JM Degryse (K.U. Leuven)
Praktijkopleider/ Co-promotor: Dr. Wuyts Anne-Marie

Context: Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Om hieraan tegemoet te komen, hebben we de GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) ontwikkeld: een CGA-instrument waarbij voor 14 potentiële zorgnoden een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid gevonden worden.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek willen we de haalbaarheid en de uitvoerbaarheid van de GAZETO in de huisartsenpraktijk evalueren.

Methode: Als eerste stap werd een interview afgenomen in verschillende groepspraktijken om de visie ten opzichte van de GAZETO na te gaan bij huisartsen. De GAZETO werd daarna in 5 huisartsenpraktijken door 7 artsen uitgevoerd. Patiënten werden geïncludeerd op basis van leeftijd (75+) en GMD. Exclusiecriteria zijn opname in een rusthuis of andere instelling, ernstige dementie, levensverwachting < 6 maand en minder dan 4 contacten per jaar met de huisarts. Elke deelnemende arts werd achteraf door middel van een enquête en open registratie bevraagd over de haalbaarheid en de uitvoerbaarheid van het programma. Tevens werd de tijd die de GAZETO in beslag neemt geregistreerd.

Resultaten: Tijdens het interview werd de GAZETO als een noodzakelijk en handig instrument voor de huisartsenpraktijk onthaald, hoewel sommige artsen zeer sceptisch staan tegenover de tijdsinvestigatie. De gemiddelde tijdsinvestering voor het volledige programma ligt tussen de 40 en 50 minuten. Uit de enquête na gebruik blijkt dat de GAZETO haalbaar en uitvoerbaar is binnen de huisartsenpraktijk, mits het optimaliseren van de tijdsefficiëntie en een eventuele financiële vergoeding.

Conclusies: We denken dat de GAZETO haalbaar en uitvoerbaar is in de huisartspraktijk. Bovendien komen hiermee belangrijke en relevante problemen naar boven bij ouderen. Verder onderzoek lijkt ons dan ook zinvol.

E-mail: alison_helsmoortel@hotmail.com

ICPC code: A98 preventie

GAZETO: Verschillende uitvoeringsmodaliteiten.

Haio: Saskia Depraetere (in samenwerking met Antoon Deckers, Bianca Willekens, Alison Helsmoortel, Justin Gouhie)
Promotor: prof. Dr. JM Degryse (K.U. Leuven)
Praktijkopleider/ Co-promotor: Dr. Ann Van Damme, Dr. Bert Vaes

Context: Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden al met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Om hieraan tegemoet te komen, hebben we de GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) ontwikkeld: een CGA-instrument waarin voor 14 potentiële zorgnoden een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in de eerste stap een screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid vastgesteld worden.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek willen we de meerwaarde van de GAZETO evalueren. Mijn specifiek onderzoeksdoel was om de uitvoering van de GAZETO in één consult te evalueren en te vergelijken met de uitvoering in meerdere keren.

Methode: De GAZETO werd in 5 praktijken toegepast bij 115 patiënten. De meeste artsen voerden bij elk consult één of meerdere onderdelen van de GAZETO uit. In één praktijk werd de GAZETO in één consult of huisbezoek uitgevoerd bij alle geïncludeerde patiënten. Via het EMD werd via exclusiecriteria een lijst van 75-plussers geëxtraheerd. Na de uitvoering van De GAZETO werden de patiënten mondeling bevraagd naar hun consultervaringen en -indrukken. Nadien werden de resultaten besproken met de behandelende artsen en werd hun mening gevraagd. De mening van de andere onderzoekers werd bevraagd tijdens een discussiemoment.

Resultaten: De GAZETO werd in de testpraktijk in één keer overlopen bij in totaal 27 patiënten. De resultaten en tijdsbesteding waren vergelijkbaar met de uitvoering in meerdere keren. De evaluatie door de patiënten was neutraal tot positief. Vooral het subjectief gevoel dat er een arts tijd besteedde aan de ouderen was voor de meeste patiënten belangrijk. Geen enkele patiënten vond het consult te lang of te vermoeiend. Alle behandelende artsen zijn van mening dat dit soort consult nuttig kan zijn. De uitvoering in één keer werd door de onderzoekers positief geëvalueerd.

Conclusie: De GAZETO is gemakkelijk uitvoerbaar in één consult of huisbezoek. Het programma in één keer overlopen biedt geen meerwaarde ten opzichte van de uitvoering in meerdere keren, maar is een goed alternatief. Verder onderzoek en eventueel de invoering van een GMD-75+ lijkt in de toekomst noodzakelijk.

E-mail: saskia.depraetere@gmail.com

ICPC code: A98 preventie

GAZETO: Houding van huisartsen tegenover ouderen.

Haio: Bianca Willekens, K.U. Leuven
(in samenwerking met Alison Helsmoortel, Antoon Deckers, Saskia Depraetere, Justin Gouhie)
Promotor: prof. Dr. JM Degryse (K.U. Leuven)
Praktijkopleider: Dr. Frans Staes

Context: Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Om hieraan tegemoet te komen, hebben we de GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) ontwikkeld: een CGA-instrument waarbij voor 14 potentiële zorgnoden een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid worden gevonden.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek willen we de meerwaarde van de GAZETO evalueren. Mijn onderzoeksvraag is: welke attitude hebben huisartsen tegenover ouderen?

Methode: De gegevens werden verzameld met behulp van semigestructureerde groepsinterviews en gestandaardiseerde vragenlijsten. De huisartsen werden gerekruteerd uit drie verschillende landelijke groepspraktijken en één stedelijke LOK-kring. In dit onderzoek werden gegevens verzameld van dertig gevestigde huisartsen. In totaal werden er vier semigestructureerde interviews afgenomen en onafhankelijk geanalyseerd door de twee onderzoekers. Om een nog beter inzicht te krijgen over de attitudes van de huisartsen werd aan elke deelnemende huisarts gevraagd om een gestructureerde vragenlijst in te vullen.

Resultaten: Uit de semigestructureerde groepsinterviews en de 22-itemvragenlijst blijkt dat de deelnemende huisartsen een neutrale tot positieve houding hebben tegenover ouderen. Zij zien ouderen niet louter als een groep die steeds meer zorg nodig heeft. Ouderen krijgen niet alleen zorg, maar ze verlenen ook zorg aan anderen. De deelnemende huisartsen hebben over het algemeen een positieve en genuanceerde beeldvorming van 75-plussers. Zo wordt het stereotype beeld, dat ouderen een last zijn voor de samenleving, door alle huisartsen weerlegd. Alle deelnemende huisartsen vinden dat 75-plussers worden gekenmerkt door een grote diversiteit en ervaren hen als aangenaam in omgang. De overgrote meerderheid van de deelnemende huisartsen vindt dat ouderen best zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Conclusies: We denken dat de GAZETO belangrijke en relevante problemen naar boven kan brengen bij ouderen, en haalbaar is in de huisartspraktijk. Verder onderzoek lijkt ons dan ook zinvol.

E-mail: biancawillekens@hotmail.com

ICPC code: A98 preventie

GAZETO: GAZETO-TRIAL: protocol voor cluster gerandomiseerd onderzoek in de huisartspraktijk.

Haio: Justin Gouhie, K.U. Leuven
(in samenwerking met Alison Helsmoortel, Antoon Deckers, Saskia Depraetere, Bianca Willekens)
Promotor: prof. Dr. JM Degryse (K.U. Leuven)
Co-promotor: Dr. A. Weerts
Praktijkopleider: Dr. C. Vanwelden

Context: Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Zo hebben we de GAZETO-agenda ontwikkeld: een CGA-instrument waarbij voor elk van de 14 onderwerpen een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid gevonden worden. We zijn er van overtuigd dat de GAZETO een eerste stap is in de richting van meer gestructureerde en integrale ouderenzorg. Met het oog op de toekomst streven we naar een verdere optimalisatie op basis van praktijkervaring en onderzoeksresultaten. Het lopende onderzoeksproject moet uitwijzen wat de voor- en nadelen zijn van dit instrument.

Onderzoeksvraag: Mijn focus binnen deze grote studie-opzet is het opstellen van een design om een gerandomiseerd controle-trial in de huisartspraktijken in België uit te voeren.

Methode: In mijn focus wordt aan de hand van de CONSORT-statement richtlijnen stap voor stap de belangrijke fasen in een RCT uitgewerkt. De inclusie en exclusiecriteria worden beschreven, de primaire en secundaire uitkomstmaten worden gedefinieerd, een steekproefgrootte wordt bepaald, alsook de randomisatiemethode.

Resultaten: We kiezen voor het opstellen van een cluster gerandomiseerd onderzoek omdat de interventie op niveau van de huisarts en niet de patiënt gebeurt. Er is sprake van bias als de arts bij één patiënt de GAZETO en bij de andere 'usual care' uitvoert met uitgebreide achtergrond omtrent het thema kwetsbaarheid. De berekeningen leren ons dat een steekproefgrootte van 3000 patiënten verdeeld over een interventie- en een controlegroep ons met 85% zekerheid en 95% significantie, een mortaliteitsreductie van 30% zou kunnen aantonen.

Conclusies: Wij stellen een trial voor bij 100 huisartspraktijken, waarbij de helft de GAZETO uitvoert bij 30 patiënten. Het opstellen van de primaire uitkomstmaten laat ons toe een precieze definitie aan deze variabelen te geven. Het interesseert ons vooral de effectiviteit gedurende 3 jaar te kennen op vlak van totale mortaliteit, hospitalisatie, institutionalisering en levenskwaliteit. Secundair zouden wij de comorbiditeit en de valincidentie in deze populaties willen observeren.

E-mail: justin.gouhie@gmail.com

ICPC code: A98 preventie

Voorwoord

Beste lezer,

Dit seminariewerk is het resultaat van een intens samenwerken van 5 HAIO's, namelijk Alison Helsmoortel, Antoon Deckers, Bianca Willekens, Justin Gouhie en Saskia Depraetere. Bij het maken van dit werk werd er door elke HAIO een ongeveer gelijke inspanning verricht.

Dit seminariewerk omvat twee artikels:

1. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012 (in druk)

> Dit artikel vormt een beschrijving van de GAZETO-agenda en het web-based programma dat hier rond werd geschreven. Het artikel is aanvaard voor publicatie in Huisarts Nu.

2. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. De meerwaarde van de GAZETO in de huisartspraktijk

> Dit artikel geeft de resultaten van een studie die we opgezet hebben naar de meerwaarde van de GAZETO in de huisartspraktijk. Dit artikel kent ook 4 appendices, waarbij bepaalde onderwerpen dieper worden uitgewerkt. We willen ook dit artikel laten publiceren indien mogelijk.



Dit onderzoek zou niet gelukt zijn zonder de steun en medewerking van een aantal personen die we graag willen bedanken. Onze dank gaat uit naar Prof Dr. JM. Degryse, Dr. A. Wuyts, Dr. D. Labbeke, Dr. F. Staes, Dr. A. Weerts, Dr. C. Vanwelden, Dr. B. Vaes, Dr. A Van Damme als ook de andere huisartsen die betrokken waren bij onze masterproef.

Inhoudsopgave

ABSTRACTS 3

GAZETO: Prevalentie van nieuwe aandoeningen. 3

GAZETO: Haalbaarheid en uitvoerbaarheid binnen de huisartspraktijk. 4

GAZETO: Verschillende uitvoeringsmodaliteiten. 5

GAZETO: Houding van huisartsen tegenover ouderen. 6

GAZETO: GAZETO-TRIAL: protocol voor cluster gerandomiseerd onderzoek in de huisartspraktijk. . 7

Voorwoord 8

De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+) 13

Samenvatting 13

Inleiding 13

GAZETO

Agendascherm 14

Samenvattingsscherm: 15

Besluit 16

BOX 1: De Unmet Needs in de GAZETO-agenda 17

Referenties 20

De meerwaarde van de GAZETO in de huisartspraktijk 23

Abstract 23

Inleiding 23

Materiaal en methoden 23

Resultaten 23

Discussie 23

Inleiding 24

Materiaal en Methoden 24

Patiëntenpopulatie 24

Deelnemende praktijken 26

GAZETO programma 26

Interventie 26

Uitkomstmaten 27

Onderzoeksdoel 27

Resultaten 27

Discussie 30
Besluit 33
Referenties 33
Bijlagen 34
Bijlage 1: Flow chart inclusie patiënten 34
Bijlage 2: Tabel praktijkgegevens en - karakteristieken 39
Bijlage 3: Informed consent patiënt 40
Bijlage 4: Dossier extract sjabloon 43
Bijlage 5: Registratieformulier 44
Bijlage 6: Prevalentietabellen 45
Appendix 1 48
GAZETO-trial: protocol voor cluster gerandomiseerd onderzoek in de huisartspraktijk. 48
Introductie 48
Achtergrond 48
Trial design 48
Methoden 48
Deelnemers 48
Interventie 49
Uitkomstmaten 50
Steekproefgrootte 52
Randomisatie & blindering 54
Statistische methode 54
Resultaten 55
Stroomdiagram huisartspraktijken (HAP) 55
Data bij aanvang van de studie (baseline data) 55
Geanalyseerde gegevens 57
Uitkomstmaten en schattingen 57
Schade 58
Besluit 58
Referenties 58
Appendix 2 59
De GAZETO: haalbaarheid en uitvoerbaarheid binnen de huisartspraktijk. 59
Inleiding 59
Methode 59

Resultaten 60
Interview 60
Enquête 61
Registraties tijdens gebruik en open enquête vragen 62
Tijdsregistratie 62
Discussie 63
Besluit 64
Referenties 64
Appendix 3 65
De GAZETO-agenda: Verschillende uitvoeringsmodaliteiten 65
Inleiding 65
Materiaal en methode 65
Resultaten 66
Contact met patiënten en verloop van het consult 66
Evaluatie van het consult door de patiënt 66
Evaluatie door de behandelde arts 67
Evaluatie door de onderzoeker/HAIO 67
Besluiten en discussie 67
Referenties: 68
Appendix 4 De GAZETO-agenda: houding van huisartsen tegenover ouderen 69
Inleiding 69
Methode 69
Resultaten 70
Semigestructureerde groepsinterviews 70
Gestructureerde vragenlijst 72
Discussie 73
Besluit 73
Referenties 74
Figuren en tabellen 74

De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+)

Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM.

Samenvatting

Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Zo hebben we de GAZETO-agenda ontwikkeld: een CGA-instrument waarbij voor elk van de 14 onderwerpen een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid gevonden worden. We zijn er van overtuigd dat de GAZETO een eerste stap is in de richting van meer gestructureerde en integrale ouderenzorg. Met het oog op de toekomst streven we naar een verdere optimalisatie op basis van praktijkervaring en onderzoeksresultaten. Het lopende onderzoeksproject moet uitwijzen wat de voor- en nadelen zijn van dit instrument.

Trefwoorden: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), geriatrie, frailty, unmet needs

Inleiding

De vergrijzing van de bevolking is geassocieerd met een toenemende mate van afhankelijkheid en comorbiditeit, waardoor deze groep een grote hap neemt uit het gezondheidszorgbudget. Dit stelt ons voor de uitdaging om de gezondheidszorg kwaliteitsvol en toch betaalbaar te houden. Hierdoor wordt de nood aan een gestructureerde zorgaanpak voor ouderen steeds groter. Vanuit de wetenschappelijke literatuur komt 'comprehensive geriatric assesment' (CGA) naar voor als een antwoord op de vraag naar een volwaardige zorg voor ouderen. CGA is een multidimensionele benadering van de geriatrische patiënt. De grondslag hiervan berust op twee belangrijke concepten: 'Unmet Needs' en kwetsbaarheid ('frailty').

Frailty wordt beschouwd als een staat van verhoogde kwetsbaarheid, die niet enkel door leeftijd te verklaren valt. Dit gaat gepaard met verhoogd risico op functionele afhankelijkheid, ziekenhuisopname, nevenwerkingen en verwikkelingen ten gevolge van medisch ingrijpen en sterfte. Deze kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door een verminderde reservecapaciteit van de verschillende homeostatische mechanismen en een verminderde weerstand tegen stressoren, van welke aard ook. Frailty zou dus eerder een maat kunnen zijn voor de 'biologische leeftijd' en ons helpen bij het begrijpen van het verouderingsproces. Er bestaat een dynamisch continuüm van robuust tot frail, waarbij ouderen in beide richtingen kunnen evolueren. De GAZETO richt zich op patiënten in het pre-frail stadium om zo verdere achteruitgang te voorkomen[1].

“Unmet needs” (UN) of onbeantwoorde zorgnoden zijn problemen die vaak bij routineonderzoek over het hoofd worden gezien, omdat de arts er geen aandacht voor heeft of omdat de patiënt ze niet vermeldt. De meest voortkomende unmet needs bij de geriatrische patiënt lijken zicht- en gehoorsverlies, urine incontinentie, mobiliteitsproblemen, cognitieve problemen, angst en depressieve klachten te zijn; allemaal zaken die in een CGA best aan bod zouden kunnen komen[2,3]. Wij kozen voor die UN waarvoor een beleid of behandeling voor handen is. Wij proberen geen oplijsting te maken van alle problemen zonder daarbij ook een zorgplan op te stellen.

Verschillende CGA-zorgmodellen met aandacht voor dergelijke unmet needs werden reeds geïmplementeerd in het hospitaalmilieu en in het buitenland. De toepassing van CGA in de huisartspraktijk kan geassocieerd zijn met een verminderde mortaliteit en vertraging van de functionele achteruitgang[3,4]. In België wordt het grootste deel van de zorg aan de ouderen geleverd door de eerste lijn. Elke 75-plusser heeft gemiddeld 11 contacten per jaar met de huisarts[5].

Deze veelheid van contacten in combinatie met de unieke arts-patiënt relatie zorgt dat de huisarts zich in een ideale positie bevindt om deze zorg aan te bieden. De implementatie van dit model in de dagelijkse huisartspraktijk kan zorgen voor een betere identificatie van de zorgnoden bij ouderen.

GAZETO

De GAZETO is een web-based CGA programma (www.GAZETO.be) met een gestructureerde agenda van 14 belangrijke unmet needs (tabel 1). De keuze van deze unmet needs wordt verder uitgewerkt in BOX 1. Elke gebruiker beschikt over een persoonlijke login en paswoord en komt zo terecht op een beveiligde omgeving waar enkel de persoonlijk ingebrachte gegevens ter beschikking staan. Dankzij de ontwikkeling van draadloos internet kan de GAZETO ook thuis bij de patiënt worden uitgevoerd. Er volgt ook een Ipad applicatie die autonoom kan gebruikt worden, met in tweede tijd mogelijkheid tot synchronisatie met de webapplicatie.

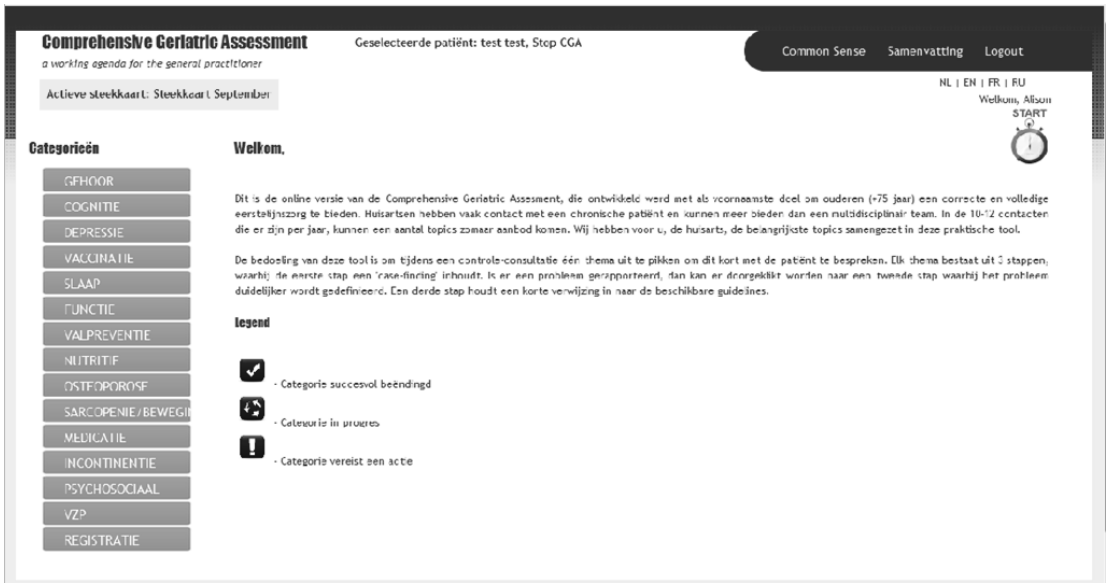
We hebben onze GAZETO-agenda gebouwd volgens een driestappenplan[6] (tabel 1). In stap 1 wordt voor elk agendapunt een screeningstest aangeboden (die ook kan worden gebruikt voor case-finding). In stap 2 wordt elk gedetecteerd probleem verder onderzocht om al dan niet tot een diagnose of identificatie van een zorgnood te komen. De vragen in stap 1 zijn steeds heel sensitief, terwijl stap 2 meer specifiek is. Deze twee stappen hebben het identificeren van zorgnoden bij ouderen tot doel. In stap 3 wordt een actieplan of beleid voorgesteld. Stap 2 (de diagnostische stap) wordt pas doorlopen als stap 1 (screening) iets aantoont, en stap 3 (beleid) wordt pas doorlopen indien stap 2 een zorgnood heeft aangetoond.

Agendascherm

De GAZETO is opgebouwd aan de hand van een agenda (**figuur 1**). De agenda werd zo opgesteld dat de arts tijdens elk consult één of meerdere categorieën aan bod kan laten komen. Men kan ook opteren om één uitgebreid consult geheel toe te wijden aan de GAZETO en dit in één keer af te werken (in een zogenaamd CGA consult). Naast de uitvoering van deze agendapunten blijft de routinezorg (bloeddrukcontrole, hart- en longauscultatie...) ook belangrijk. Verder in het programma komt een extra tabblad (“common sense”) aan bod om eventueel de belangrijkste punten van die routinezorg te noteren.

Elke categorie is vergezeld van een pictogram om de status te beschrijven. Indien een mogelijk probleem aan het licht komt bij de case-finding, verschijnt een uitroepteken. Op basis hiervan kan de arts beslissen tot actie en het probleem verder diagnosticeren en eventueel behandelen. Indien een categorie succesvol werd beëindigd en er geen actie nodig is, wordt dit met een vinkje duidelijk gemaakt. Categorieën die omwille van verdere diagnostiek nog niet afgehandeld zijn worden met een progressieteken aangeduid.

Op ditzelfde scherm staat bovenaan de actieve steekkaart. Er kan op elk moment een nieuwe steekkaart aangemaakt worden. Dit komt overeen met een nieuwe cyclus van de agenda. Het opzet is om elk jaar een nieuwe steekkaart aan te maken en zo ook alle categorieën opnieuw aan bod te laten komen. De reeds aangemaakte steekkaarten blijven steeds ter beschikking om eventuele veranderingen op te sporen. Bij het openen van deze steekkaart wordt ook de routinezorg weergegeven. Dit scherm kan men ook bereiken via de knop 'common sense'. Deze functie werd ontwikkeld om de klinische gegevens, die vanuit het gezond verstand steeds opnieuw als routinezorg worden aangeboden, te structureren. We willen hiermee de aandacht vestigen op het belang van en de nood aan deze zorgen. Dit biedt het voordeel dat er ook aandacht naar de minder frequente klinische gegevens uitgaat. Zo kan een voet-, borst- of huidonderzoek tot belangrijke bevindingen leiden.



Figuur 1: Startscherm van GAZETO: links de 14 topics, rechts informatiescherm met legende van de pictogrammen, bovenaan de steekkaart, common sense en samenvatting.

Samenvattingsscherm:

Rechts boven op het agendascherm staat een samenvattingknop die toegang geeft tot het samenvattingscherm (**figuur 2**). Hier worden alle gegevens gebundeld die tot dan toe zijn ingevuld. Het zorgt voor een overzichtelijke probleemlijst van de patiënt. Er wordt gebruik gemaakt van een kleurcode om aan te duiden of een categorie/probleem actie vereist. Een categorie die nog niet aangevat werd, zal geen kleurcode meekrijgen. Uitgaande van dit scherm zal de communicatie met het EMD gebeuren. Er is ook een exportfunctie geïmplementeerd om deze tabel als een rapport te

verzenden naar het EMD. Dit rapport kan, mits het omzetten in trefwoorden, gestructureerd in het EMD geplaatst worden.



Categorie								
GEHOOR	Stap 1A: screeningsvraag	Stap 1B: de fluistertest	Stap 2a: HHIE-S	Stap 2b: Audiometrie	Stap 3: Aanpak	Einde		
COGNITIE	Stap 1: mini-cog	Stap 2A: Anamnese en Klinisch onderzoek	Stap 2B: MMSE	Stap 3: Aanpak	Einde cognitie			
DEPRESSIE	Stap 1: screeningsvragen	Stap 2A: GDS 15	Stap 2B: DSM IV criteria	Stap 3: Aanpak	Einde: depressie			
VACCINATIE	Stap 1: raadpleeg dossier	Stap 2: navraag patiënt	Stap 3: Aanpak	Einde				
SLAAP	Stap 1: screeningsvraag	Stap 2: Diagnostiek	Stap 3: Aanpak	Einde				
FUNCTIE	Stap 1A: Katz schaal	Stap 1B: Lawton score	Stap 2: verdere evaluatie	Stap 3: Aanpak	Einde			
VALPREVENTIE	Stap 1: Case finding	Stap 2A: Timed up and go test	Stap 2B: Multifactoriële evaluatie	Stap 3: Aanpak	Einde			
NUTRITIE	Stap 1: MNA screening	Stap 2: MNA diagnose	Stap 3: Aanpak	Einde				
OSTEOPOROSE	Stap 1: screening	Stap 2A: DEXA scan	Stap 2B: FRAX	Stap 3: Aanpak	Einde			
SARCOPENIE/BEWEGING	Stap 1: Sacropenie	Stap 2: lichaamsbeweging	Stap 3: Aanpak	Einde: geen sarcopenie				
MEDICATIE	Stap: medicatie aanpassen aan de nierfunctie en medicatienazicht	Einde						
INCONTINENTIE	Stap 1: Urine incontentie	Stap 2: Urine incontentie 2	Stap 3: Conservatieve behandeling	Stap 4: verdere behandeling	Einde: urine incontentie			
PSYCHOSOCIAAL	Stap 1A: Sociaal isolement Objectief	Stap 1B: Sociaal isolement Subjectief	Stap 1: conclusie	Stap 2: keuze	Stap 2a: 13-items Sense Of Coherence Questionnaire	Stap 2b: Inventory of Coping Strategies Used by the Elderly	Stap 3: Aanpak van psycho-sociale problemen	Einde psycho-sociaal
VZP	Stap 1: Onderwerp aankaarten	Stap 2: Bespreking	Stap 3: documenteren	Einde				
REGISTRATIE	Informed consent	Extractie dossier	Registratiedocument	Einde				

Figuur 2: Samenvattingscherm

Besluit

Met het oog op de ouder wordende populatie is er nood aan een gestructureerde zorgaanpak door de huisarts. Het is een grote uitdaging om zich niet te verliezen in de toenemende informatiestroom en wetenschappelijke bevindingen, en het patiëntencontact prioritair te houden. Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk om op een georganiseerde, tijdsefficiënte manier te werk te gaan zonder bepaalde onderwerpen uit het oog te verliezen. De CANMEDS formuleerden reeds een belangrijke managementfunctie voor de huisarts. Met de ontwikkeling van de GAZETO wordt er tegemoet gekomen aan deze vaardigheid. Dit instrument maakt gebruik van de voordelen van de informaticatechnologie: een web-based programma dat een continue aanpassing verzekert en bovendien toegankelijk is vanuit de praktijk en de thuissituatie van de patiënt.

Voor de GAZETO algemeen kan worden gebruikt moet het instrument nog verder worden geëvalueerd en aangepast. We proberen te ontdekken of de ongekende zorgnoden inderdaad opgespoord worden met deze methode. Hierbij beseffen we dat de bekomen resultaten subjectieve negatieve gevoelens kunnen uitlokken bij patiënten en artsen. Dit heeft vooral te maken met het vaak moeilijk behandelbaar zijn van de aandoeningen. Door gebruik te maken van aanvaarde richtlijnen in de behandeling, hopen we echter de fatalistische houding omtrent het ouder worden te vermijden. Een goede vertrouwensband laat toe een positieve boodschap over de mogelijkheden van de oudere patiënt te formuleren. Wanneer echter geen pasklare oplossing voor het probleem kan geboden worden en we geconfronteerd worden met een diagnose zonder behandeling, zou de bespreekbaarheid van het probleem moeten leiden tot een subjectieve verbetering van de toestand. In de testfase willen we bovendien nagaan of de GAZETO past binnen het tijdsbestek van de normale consultaties en wat de meest bruikbare uitvoeringsmodaliteit is. Hierbij vergelijken we het gebruik van de GAZETO tijdens verschillende contacten of in één georganiseerd consult.

Wie de GAZETO-agenda al uit wil testen in zijn huidige vorm, kan terecht op de website www.GAZETO.be. Na registratie op basis van uw RIZIV-nummer krijgt u dan een wachtwoord toegestuurd via email, waarna u zelf CGA door middel van de GAZETO-agenda kan starten.

BOX 1: De Unmet Needs in de GAZETO-agenda

Gehoorsdaling is zeer frequent bij de oudere bevolking[7]. In stap 1 kunnen we op eenvoudige wijze screenen: "Heeft u problemen met het gehoor?"(stap 1a). Gezien een negatief antwoord de kans op gehoorsdaling slechts met de helft reduceert, wordt best een fluistertest uitgevoerd ter controle (stap 1b). In stap 2a gebeurt naast klinisch onderzoek van de oren de HHIE-S (hearing handicap inventory for elderly screening version) om de sociale en emotionele impact verder te evalueren. Audiometrie in stap 2b geeft een definitief idee over de ernst van het gehoorverlies. Bij bewezen gehoorsdaling met sociale en/of emotionele impact wordt best verder verwezen naar een NKO-arts voor een aangepaste behandeling (stap 3)[8,9] . Ook de NHG standaard Slechthorendheid kan als leidraad worden gebruikt bij gehoorsproblemen[10].

Dementie treft 1 op 20 personen boven de 65 jaar. Vroegtijdige diagnose van cognitieve achteruitgang heeft als voordeel dat de patiënt en zijn naasten kunnen anticiperen op het beloop van de ziekte. Stap 1 laat een snelle screening toe door middel van de mini-COG. Hierbij wordt het korte termijn geheugen gemeten en de kloktest uitgevoerd[11- 15]. Afhankelijk van het resultaat van de mini-COG kan er een verdere evaluatie gebeuren in stap 2a waarbij anamnese en klinisch onderzoek aan bod komen volgens de richtlijnen[12,15]. In stap 2b wordt voor verdere opvolging van de cognitieve achteruitgang de MMSE (mini mental state examination) gebruikt[14]. Stap 3 geeft uitleg over de aanpak waarbij een actieve ondersteuning van de mantelzorgers wordt benadrukt[12].

Depressie is een veelvoorkomende en ernstige aandoening bij ouderen en gaat gepaard met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit[16]. Om ouderen op depressie te screenen gebruiken we twee vragen[17]. Vraag 1:"Ben je de voorbije twee weken frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?" Vraag 2:"Ben je de voorbije twee weken frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die je deed? "[17,18]. Van zodra er op één van beide vragen positief wordt geantwoord, gaan we naar stap 2. In stap 2 gebruiken we eerst de GDS-15[19], waarna we overgaan tot de diagnosestelling op basis van de DSM-IV en de richtlijnen[18,20].

De vaccinatiestatus van de geriatrische patiënt wordt nagegaan op influenza, pneumococcen, tetanus en difterie, zoals aanbevolen wordt in de richtlijnen en door de Hoge Gezondheidsraad[21-24].

Slaapstoornissen worden nagegaan met twee simpele vragen. "Hebt u vaak last van slaapproblemen?" en"Neemt u slaapmedicatie?". Dit in analogie met andere CGA-instrumenten in het buitenland[3,6]. Diagnostiek en behandeling laten we beiden verlopen volgens de richtlijnen, met enkele aandachtspunten specifiek voor ouderen[25-27].

Functionele autonomie of afhankelijkheid wordt nagegaan in stap 1 met het uitvoeren van de Katz- en de Lawton-schaal[14,28-30]. De Katz-schaal is bedoeld om zorgnoden naar boven te brengen op vlak van de ADL (activities of daily life, met name: wassen, kleden, zich verplaatsen, continentie, WC-gebruik, voeding)[14,28]. De Lawton-schaal meet daarentegen de IADL (instrumental activities of daily life, met name: telefoneren, zelf eten maken, zich verplaatsen verder dan loopafstand,

boodschappen en huishouden doen, klusjes opknappen, de was doen, medicatie zelfstandig innemen, financieel beheer)[14,29,30].

Ongeveer één op de drie 75-plussers valt minstens één keer per jaar. Het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen heeft een gestructureerde aanpak van valpreventie uitgewerkt waarop wij ons baseren. In stap 1 wordt met screeningsvragen gepeild naar het valrisico. Indien er één of meer risicofactoren aanwezig zijn, wordt er in stap 2 naast een "timed up and go" test een multifactoriële evaluatie uitgevoerd om naar evenwicht, spierkracht en mobiliteit te peilen. In stap 3 worden interventies voorgesteld gekoppeld aan deze risicofactoren[31].

Ondervoeding is een toestand die frequent voorkomt bij thuiswonende ouderen en is een onafhankelijke risicofactor voor morbiditeit en mortaliteit. De Mini Nutritional Assessment (MNA) is een tool speciaal ontworpen voor oudere patiënten en bestaat uit twee delen: een eerste screeningsdeel (stap 1) en een tweede assessmentdeel (stap 2). In stap 3 moet men zich voor de behandeling van ondervoeding in eerste instantie richten op het verbeteren van de orale inname[32-35].

Osteoporose is een veel voorkomende aandoening bij oudere vrouwen. Door een afname van de botmassa leidt dit tot een verhoogd risico op fracturen met een sterke toename van de morbiditeit en de mortaliteit tot gevolg[36-37]. Voor een eenvoudige en snelle screening in stap 1 kan gebruik gemaakt worden van de OST (Osteoporosis Self assessment Tool) in combinatie met enkele vragen naar corticoïdgebruik en fracturen het voorbije jaar. Een DXA-meting in stap 2a wordt algemeen aanvaard als gouden standaard voor de verdere evaluatie bij positieve screening[38,39]. Indien de T score tussen de -1 en -2,5 ligt, wordt aangeraden om in stap 2b de FRAX te gebruiken om het fractuurrisico te bepalen[40]. Bij een hoog fractuurrisico of een T-score van meer dan -2,5 wordt medicamenteuze behandeling aangeraden (stap 3).

De diagnose van sarcopenie bestaat uit een lage spiermassa gecombineerd met een verminderde kracht of een verminderde fysieke performantie. Gezien de testen voor spiermassa moeilijk en duur zijn, wordt dit criterium niet gebruikt. In stap 1 stellen we twee zelfrapporteringsvragen over functionele beperking gecombineerd met de handknijpkracht om sarcopenie tot op een zekere hoogte te testen[41,42]. In stap 2 brengen we het lichamelijke bewegingspatroon van de oudere in kaart met de LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ)[43]. Het promoten van een actieve levensstijl en de verder aanpak worden in stap 3 beschreven[44].

Medicatie voorschrijven bij ouderen verloopt vaak anders dan bij gezonde, jonge mensen[45-49.] Dit agendapunt is in de GAZETO-agenda ook een uitzondering: het kent geen drie stappen, maar slechts één stap. Dit topic gaat na of er een recente nierfunctie[50,51] (serum creatinine en daaruit berekend e-GFR) bekend is, en of de dosissen van de medicatie aangepast zijn aan deze nierfunctie. Verder wordt er ook een medicatienazicht uitgevoerd, met aandacht voor de voornaamste medicatieproblemen bij ouderen[45-52].

Urinaire incontinentie kent een hoge prevalentie op oudere leeftijd en heeft een grote impact op het dagelijkse leven. Met een aantal simpele vragen kan urinaire incontinentie worden gescreend in stap 1: "Heb je de voorbije drie maand ongewild urineverlies gehad?". Verdere uitwerking gebeurt in stap 2 om urge- en stressincontinentie te onderscheiden[53-55].

Ouderen met beperkte sociale relaties hebben een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit[56-57]. Bij het agendapunt psychosociaal wordt in stap 1 sociaal isolement zowel objectief als subjectief beoordeeld via twee schalen. De eerste schaal, de "social disconnectedness scale" (stap 1a) is indicatief voor de objectieve isolatie van de patiënt, en meet de grootte van het sociaal netwerk[56]. De tweede schaal, de "perceived isolation scale" (stap 1b) geeft aan hoe geïsoleerd dat de oudere zich zelf voelt[56]. In stap 2 wordt een inventaris opgemaakt van de belangrijkste psychosociale problemen[58-60].

Vroegtijdige zorgplanning wordt ook aangekaart. In stap 1 wordt de term uitgelegd, en in stap 2 wordt er opnieuw gepraat over dit onderwerp, en moet de arts proberen na te gaan welke doelstellingen de patiënt voor ogen heeft. Vervolgens kan een wilsbeschikking worden ingevuld of een vertegenwoordiger worden aangeduid indien de patiënt dit wenst[61-62].

Tabel 1: Overzicht van de 14 agendapunten uit de GAZETO met hun drie stappen

Agendapunt	Stap 1	Stap 2	Stap 3
Gehoor	1a. Vraag gehoorsproblemen 1b.Fluistertest	2a. KOZ en HHIE-S scorelijst 2b: audiometrie	Beleid richtlijnen
Cognitie	Mini-COG	2a. MMSE 2b. Richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Depressie	2 vragen	2a. GDS-15 2b. DSM-IV/richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Vaccinatie	Dossier raadplegen	Navraag patiënt	Beleid richtlijnen
Slaap	2 vragen	Richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Functie	1a. Katz-schaal 1b. Lawton-schaal	Evaluatie tot zorgnoden	Aanpak zorgnoden
Valpreventie	4 vragen	2a. Timed up and go 2b. multifactoriële evaluatie	Aanpak cfr. Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen
Nutritie	MNA screening	MNA diagnose	Aanpak ondervoeding
Osteoporose	OST en 2 vragen (fracturen/corticoïd)	2a. DXA 2b. FRAX	Beleid richtlijnen
Sarcopenie/beweging	Handknijpkracht en 2 vragen	Bewegingspatroon LAPAQ	Aanpak
Medicatie	Medicatie aanpassen aan de nierfunctie en medicatienazicht		
Incontinentie	1 vraag van de 3IQ	2 andere vragen van de 3IQ en richtlijnen diagnostiek	Beleid richtlijnen
Psychosociaal	1a. social disconnectedness scale : objectief 1b. perceived isolation scale : subjectief	- 13 items sense of coherence questionnaire - inventory of coping strategies used by the elderly	Aanpak psychosociale problematiek
Vroegtijdige zorgplanning	Onderwerp aankaarten	Bespreking VZP/ Invullen wilsbeschikking	Documentatie in het dossier

Referenties

1. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse J; Frailty: an emerging concept for general practice; Br J Gen Prac 2009.
2. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M et. al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br J Gen Pract 2004; 54: 914-918.
3. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J; Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria; BMC Geriatrics 2004, 4:4.
4. Stuck A, IliffeS; Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence; BMJ 2011; 343.
5. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L et al. Gezondheidsenquête, België 2008: Rapport III: medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance;2010:42-43.
6. Sandholzer H, Hellenbrand W, Renteln-Kruse W, Van Weel C, Walker P. STEP - standardized assessment of elderly people in primary care. Dtsch Med Wochenschr 2004;129:183-226.

APPENDIX BOX 1:

7. Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. JAMA 2003; 289: 1976-1985.
8. Akshay B, Paaladinesh T, Allan SD Does this patient have hearing impairment. JAMA 2006; 295: 416-428.
9. Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BE. Accuracy of Self-reported Hearing Loss. International Journal of Audiology 1998; 37: 295-301.
10. Eekhof JAH, Van Balen FAM, Fokke HE, Mul M, et al. NHG-standaard Slechthorendheid. Huisarts Wet 1997;40:70-78.
11. Borson S. The mini-cog: a cognitive “vitals signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15(11):1021.
12. Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG standaard dementie. Huisarts Wet 2003; 46: 754-67.
13. Van der Burg M, Bouwen A, Stessens J et al. Scoring clock tests for dementia screening: a comparison of two scoring methods. International journal of geriatric psychiatry 2004; 19: 685-689.
14. De Lepeleire J., Vernooij-Dassen M. State of the art: de diagnose van dementia. Huisarts Nu. 2003; 32: 70-82.
15. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. Arch Intern Med 2000; 160:2964-2968.
16. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. Fam Pract 2007; 24: 168-180.
17. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ 2003;327: 1144-1146.
18. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37: 284-317.
19. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clinical gerontol 1986; 5: 165-73.
20. Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, et al. NHG Standaard Depressieve stoornis M44. Huisarts Wet 2003;46(11): 614-33.
21. Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A; Preventie van influenza. Huisarts Nu 2006; 35(1):4-18.
22. Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A; Preventie van ernstige pneumokokkeninfecties bij volwassenen. Huisarts Nu 2005; 34(10):588-596.
23. Dillen J. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen, vaccinatie en profylactische aanpak. Huisarts Nu 2001;30(4):146-57.

24. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Adviezen Hoge Gezondheidsraad rond vaccinatie. Last updated: 18/01/2011 URL: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Vaccinaties/Info-vaccinatoren/Adviezen-Hoge-Gezondheidsraad-rond-vaccinatie/ Geraadpleegd op: 07/11/2011.
25. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michiels J, De Meyre M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005;34:346-371.
26. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2005; 48: 402-415.
27. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Verantwoord gebruik van benzodiazepines. Folia Pharmacotherapeutica 2002;29: 82-90.
28. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185: 914-919.
29. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.
30. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. American Journal of Nursing 2008; 108: 52-62.
31. Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen. www.valpreventie.be URL: http://www.valpreventie.be. Last updated: 30/09/2009. Geraadpleegd op: 07/11/2011.
32. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology 2001;15:869-884.
33. DiMaria-Ghalili RA, Guenter P. The Mini Nutritional Assessment. AJN 2008, 108: 50-59.
34. Bauer J, Kaiser M, Sieber C. Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2010;13:8-13.
35. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment review of the literature – what does it tell us? J Nutr Health Aging 200; 10: 466-485.
36. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285: 785-795.
37. Nelson HD, Helfand M, Woolf SH, Allan JD. Screening for postmenopausal osteoporosis: A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;137:529–541.
38. Elders PJ, Leusink GL, Graafmans WC, et al. NHG standaard osteoporose. Huisarts Wet 2005;48:559-570.
39. Cummings SR, Bates D, Black DM. Clinical use of bone densitometry: scientific review. JAMA. 2002; 288: 1889-97.
40. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases (WHO). FRAX: WHO fracture risk assessment tool. URL: http://www.shef.ac.uk/FRAX/. Geraadpleegd op: 07/11/2011.
41. Bales C, Ritchie C. Sarcopenia, weight loss and nutritional frailty in the elderly. Annu Rev Nutr 2002; 22: 309 -323.
42. Cruz Jentoft A, et. al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis, Age and ageing 2010: 1-12.
43. Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Visser M, Deeg DJ, Lips P. Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer. J Clin Epidemiol 2004;57:252-8.
44. Buchner DM, Cress ME, de Lateur BJ, Esselman PC, et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997; 52: M218–M224.
45. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. BMJ 2008; 336: 606-609.
46. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)-an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. Age Ageing 2007; 36: 632-638.
47. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age Ageing 2008; 37: 138-141.
48. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. Age Ageing 2008; 37: 96-101.

49. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing 2008; 37: 673-679.
50. De Grauw WJC et al. Landelijke transmurale afspraak Chronische Nierschade. Huisarts en Wetenschap. 2009; 52: 586-92.
51. NBVN en WVVH. Richtlijnen voor de behandeling van patiënten met chronische nierziekten. Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie. Laatst aangepast: 27/07/1999. URL: http://intranet.nbvn.be/file?fle=132 Geraadpleegd op: 06/08/2011.
52. Werkgroep RVT Formularium. 2009. RVT formularium 2009. Leidraad bij het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen. Verhofstadt, Destelbergen, 7-8.
53. Brown J, Bradley C, Subac L, Richter H; the sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between Urge and Stress urinary incontinence. Ann intern Med 2006;16:715-723.
54. Anonymous. Drie vragen om urge- van stressincontinentie te onderscheiden. Minerva 2007; 6: 41-43.
55. Lagro-Janssen AL, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJ, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. Huisarts Wet 2006;49:501-10.
56. Cornwell E, Waite L. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. J Health Soc Behav 2009; 50: 31-48.
57. Seeman TE. Health promoting effects of friends and family on healh outcomes in older adults. Am J Health Promot 2000; 14: 362-70.
58. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonevsky's sense of coherence scale: systematic review. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 460-466.
59. Robichaud L, Lamarre C. Developing an instrument for identifying coping strategies used by the elderly to remain autonomous. Am J Phys Med Rehabil 2002; 81: 736-744.
60. National Institute for Health and Clinical Excellence. Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care. NICE public health guidance 16 2008.
61. Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen: Over vroegtijdige planning van de zorg. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2009.
62. Viane K.,De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning bij ouderen in de thuissituatie: een pilootproject. Huisarts Nu 2009; 38(5).

De meerwaarde van de GAZETO in de huisartspraktijk

Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM

Abstract

Inleiding

Comprehensive geriatric assessment (CGA) komt naar voor als een antwoord op de vraag naar een completere geriatrische zorg. De GAZETO (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen) werd recent ontwikkeld om CGA in de eerste lijn aan te bieden. Met deze studie willen we de meerwaarde van de GAZETO evalueren.

Materiaal en methoden

5 praktijken in Vlaanderen en Brussel namen deel aan de studie. Patiënten werden geïncludeerd op basis van leeftijd (75+). Exclusiecriteria zijn opname in een rusthuis of andere instelling, ernstige dementie, levensverwachting < 6 maand en minder dan 4 contacten per jaar met de huisarts. In onze studie willen we evalueren hoe groot de opbrengst van de GAZETO kan zijn, wat de haalbaarheid en uitvoerbaarheid is, en in welke modaliteit het consult het beste kan worden uitgevoerd (in één keer of meerdere keren). Tevens werd de attitude van artsen tegenover ouderen nagegaan.

Resultaten

Uit dit onderzoek blijkt dat er een relevant aantal nieuwe problemen worden gevonden dankzij de uitvoering van de GAZETO. De GAZETO is haalbaar en uitvoerbaar binnen de huisartspraktijk, mits het optimaliseren van de tijdsefficiëntie en een eventuele financiële vergoeding. Dit kan op een gelijkwaardige manier gebeuren in één of meerdere keren. Artsen bleken tegen opzichte van ouderen een neutrale tot positieve visie te hebben.

Discussie

We denken dat de GAZETO belangrijke en relevante problemen naar boven kan brengen bij ouderen, en haalbaar is in de huisartspraktijk. Verder onderzoek naar de GAZETO lijkt ons dan ook zinvol.

Trefwoorden: GAZETO, comprehensive geriatric assessment (CGA), geriatrie, unmet needs

Inleiding

De toenemende vergrijzing van de bevolking betekent een uitdaging voor heel onze maatschappij[1]. Om de gezondheidszorg kwalitatief hoogstaand en betaalbaar te houden, is er nood aan een beter gestructureerde zorg voor ouderen op het niveau van de eerste lijn. Vanuit de wetenschappelijke literatuur komt 'comprehensive geriatric assesment' (CGA) naar voor als een antwoord op de vraag naar een volwaardige zorg voor ouderen. CGA houdt een multidimensionele benadering in van de geriatrische patiënt. De toepassing van CGA in de huisartspraktijk kan geassocieerd zijn met een verminderde mortaliteit en vertraging van de functionele achteruitgang[2,3]. Het GAZETO programma (Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen, ook wel kortweg de GAZETO genoemd) is een web-based CGA-instrument ontwikkeld voor gebruik in de eerste lijn. Bij het selecteren van de onderwerpen die deel uitmaken van het instrument, werd de aandacht vooral toegespitst op de zogenaamde 'unmet needs'. Dit zijn problemen die vaak bij routine-onderzoek over het hoofd worden gezien omdat de arts er geen aandacht voor heeft, of omdat de patiënt ze niet vermeldt[5] . Zo worden er 14 zorgbehoeften op een overzichtelijke manier weergegeven met bijhorende screenings- en diagnosetesten en behandelopties[4]. In België wordt het grootste deel van de zorg aan de ouderen geleverd door de eerste lijn. Elke 75-plusser heeft gemiddeld 11 contacten per jaar met de huisarts[6]. Op basis van dit gegeven denken we dat de huisarts in een ideale positie verkeert om CGA uit te voeren. Met deze studie willen we de meerwaarde van CGA door middel van de GAZETO evalueren.

Materiaal en Methoden

Patiëntenpopulatie

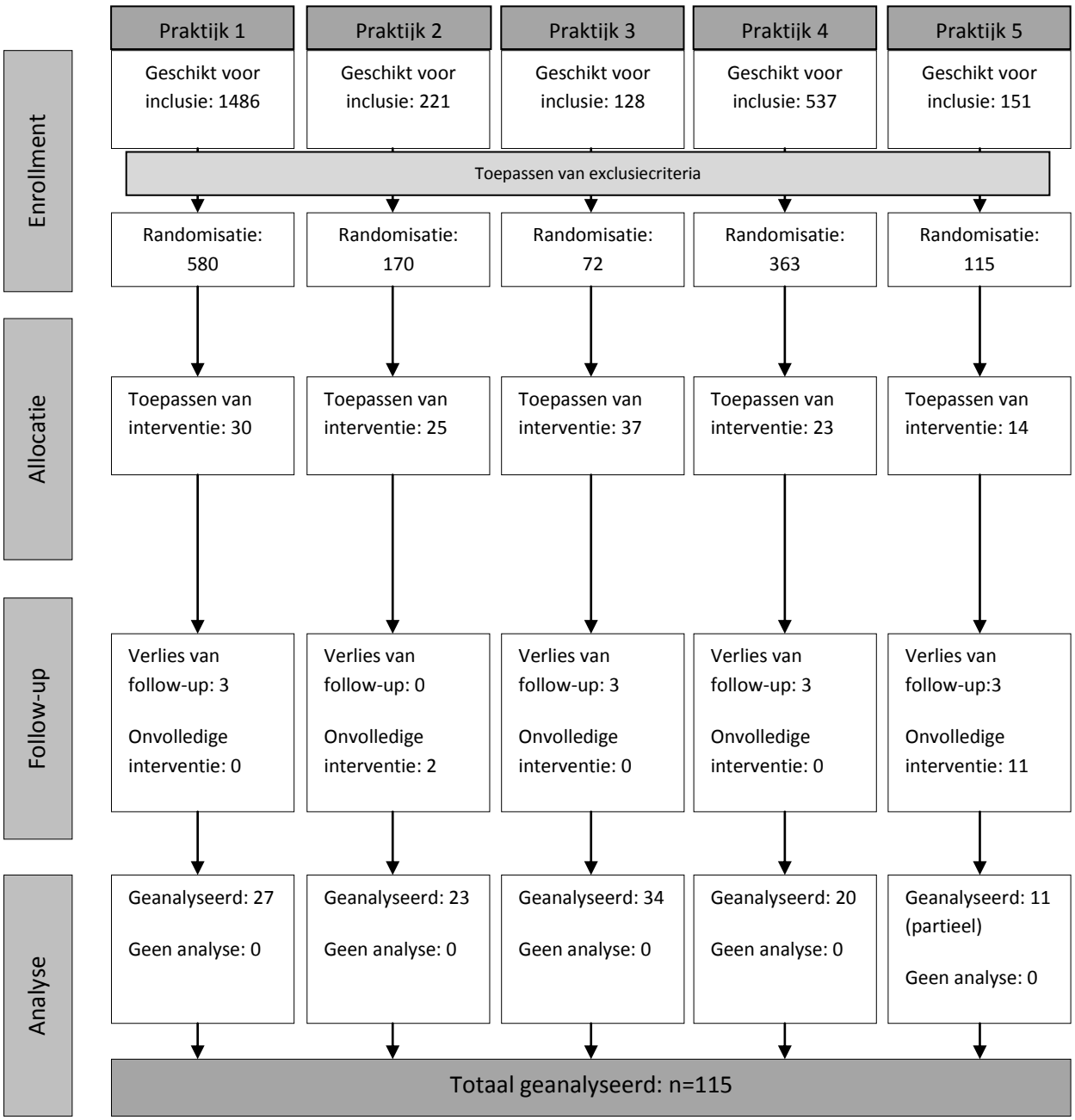
Vanuit de achterliggende gedachte van de GAZETO formuleerden wij een aantal inclusie- en exclusiecriteria. We toetsten de inclusiecriteria aan onze eigen patiëntenpopulatie zodoende een voldoende grote lijst patiënten te includeren.

Inclusiecriteria
- **75 jaar en ouder**
- **Zelfstandig wonen: thuiswonend (samenwonend of alleenwonend)**
- **Globaal medisch dossier bij deze huisarts**

Exclusiecriteria
- **< 4x per jaar consultatie of huisbezoek bij de huisarts**
- **wachtlijst voor opname in het rusthuis met concrete planning**
- **bestaande matig tot ernstige dementie**
- **palliatieve situatie**
- **levensverwachting < 6 maanden**

5 praktijken namen deel aan het onderzoek. Elke onderzoeker includeerde patiënten met behulp van het elektronisch medisch dossier (EMD) volgens de inclusiecriteria, daarna werd verder geselecteerd

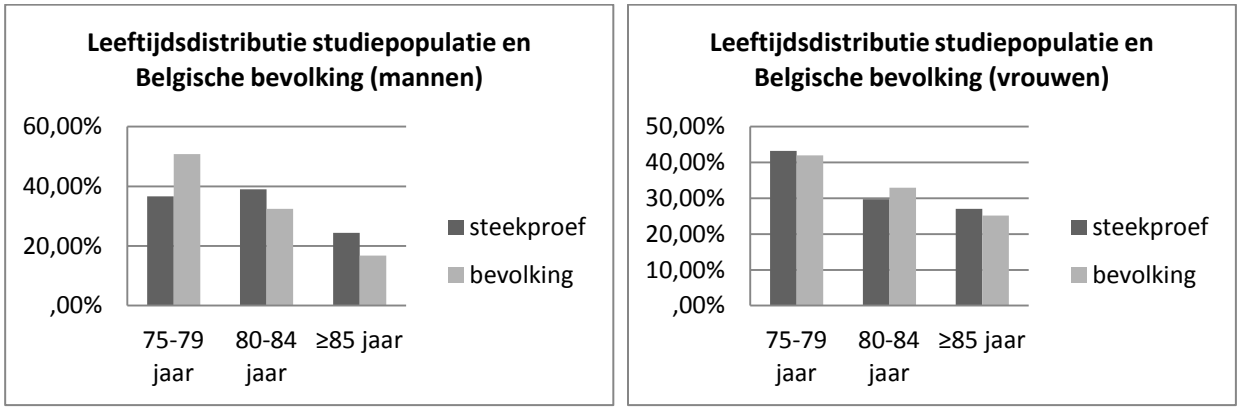
met behulp van een aantal exclusiecriteria. Vanuit de resterende groep patiënten werd een randomisatiemethode gekozen die het beste paste bij de praktijk. 2 van de 5 praktijken maakten een afspraak met de patiënten die op de allocatielijst stonden. De overige 3 praktijken maakten gebruik van contactrandomisatie: bij contact met een patiënt op de inclusielijst gedurende een bepaalde periode, werd de patiënt gevraagd om deel te nemen aan de studie. Onderstaande figuur maakte een overzicht van het aantal patiënten in de studie. Bijlage 1 toont per praktijk de flowchart van deelnemende patiënten in detail.



Figuur 3: overzicht van het aantal geïncludeerde patiënten in de GAZETO.

Bij het bekijken van de patiëntenkarakteristieken merken we op dat de leeftijdsdistributie gelijklopend is met de Belgische bevolking (cijfers op 01.01.2007). De mannelijke deelnemers tussen 80 en 84 jaar zijn wat oververtegenwoordigd ten opzicht van de Belgische populatie, de vrouwelijke

populatie stemt goed overeen. We bekomen een verhouding van 36% mannen ten opzichten van 64% vrouwen in de leeftijdscategorie vanaf 75jaar. Dit komt overeen met de Belgische populatie waarbij de proportie mannen tussen de 32-40% ligt. Uit de leeftijdsgegevens van onze patiënten concluderen wij dat onze steekproef representatief is voor de bevolking van zelfstandige thuiswonende 75-plussers, behoudens een onvoldoende power van onze studie.



Figuur 4: leeftijdsdistributie mannen en vrouwen uit de studiepopulatie vergeleken met de Belgische bevolking (cijfers uit "Bevolking en huishouden, totale Belgische bevolking 1.1.2007", http://statbel.fgov.be)

Deelnemende praktijken

De GAZETO werd uitgevoerd in vijf huisartspraktijken. Een overzicht van de praktijkgegevens en -karakteristieken is vervat in **bijlage 2**.

GAZETO programma

De GAZETO is een web-based gestructureerde agenda waarbij 14 belangrijke thema's in de zorg voor ouderen naar voor komen. De zogenaamde "unmet needs" of "zorgnoden" worden gescreend in een eerste stap. In een tweede stap komt een uitgebreidere diagnostiek aan bod. De derde stap is het formuleren van een efficiënte en evidence based aanpak voor de problematiek [4]. (www.GAZETO.be)

Interventie

In de vijf praktijken werd de GAZETO door verschillende artsen gebruikt tussen de periode van 1 juli 2011 en 1 maart 2012. De patiënten werd gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek waarbij op een gestructureerde wijze – gebruik makende van een geïnformatiseerd programma – de zorgnoden van ouderen worden opgespoord (**bijlage 3**). Voor elke patiënt werd op voorhand een dossierextract opgesteld aan de hand van het EMD (**bijlage 4**). De GAZETO werd uitgevoerd in twee toepassingsmodaliteiten. Ofwel werd er een éénmalig consult gepland om de volledige GAZETO uit te voeren, ofwel werden tijdens meerdere routinecontacten telkens één of meerdere topics uitgevoerd. Tijdens de uitvoering werd het registratieformulier ingevuld (**bijlage 5**).

Uitkomstmaten

Wij formuleerden een aantal onderzoeksvragen die rechtstreeks te maken hebben met het uitvoeren van de GAZETO. Een eerste belangrijk onderdeel is het beschrijven van de prevalenties van de gekende en nieuwe zorgnoden die wij via de GAZETO aan het licht zien komen. Een tweede onderdeel is de evaluatie van de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de GAZETO in de huisartspraktijk. Dit gebeurde op basis van tijdsregistraties, groepsinterviews en enquêtes. Hierbij werd de GAZETO in twee verschillende toepassingsmodaliteiten uitgevoerd. Ten derde werd de visie van artsen tegenover ouderen geanalyseerd. De verschillende gegevens, de moeilijkheden en de uitdagingen van de GAZETO werden geformuleerd om een protocol voor een grote prospectieve randomised controlled trial op te stellen.

Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is enerzijds om de meerwaarde van het gebruik van de GAZETO in de huisartspraktijk te evalueren. Anderzijds is het de bedoeling om op basis van al deze bevindingen de GAZETO in de toekomst verder te optimaliseren.

Om aan deze doelen nog beter te beantwoorden in de toekomst werd al een protocol uitgeschreven voor een grootschalig onderzoek (**appendix 1**).

Resultaten

1. Prevalentie van totaal aantal nieuwe problemen per patiënt

Enkel van de volledig uitgevoerde GAZETO's werden de resultaten in onderstaande tabel opgenomen. De problemen waar we hier over spreken betreffen enkel problemen die opgenomen zijn in de GAZETO. Er werden per patiënt gemiddeld 2,26 nieuwe problemen gedetecteerd, met een maximum van 7. Er lijkt een tendens te zijn dat er bij vrouwen op voorhand al meer gekende problemen zijn en dat er ook meer nieuwe problemen worden vastgesteld. Uit onderstaande tabel kan worden besloten dat door gebruik van de GAZETO er nieuwe problemen worden gevonden, en dit meer bij vrouwen dan bij mannen (**tabel 2**).

Tabel 2: prevalentie aantal problemen per patiënt

	Aantal	Gemiddeld aantal gekende problemen (95% confidence interval)	Gemiddeld aantal nieuwe problemen (95% confidence interval)	Gemiddeld totaal aantal problemen (95% confidence interval)
Totale populatie	104	1,56 *(1,26 tot 1,86)*	2,26 *(1,95 tot 2,57)*	3,82 *(3,39 tot 4,24)*
Mannen	35	1,09 *(0,73 tot 1,44)*	1,73 *(1,46 tot 2,01)*	2,94 *(2,35 tot 3,54)*
Vrouwen	69	1,80 *(1,41 tot 2,18)*	2,46 *(2,06 tot 2,87)*	4,26 *(3,73 tot 4,79)*

2. *Prevalentie van nieuwe problemen per topic*

Uit de verzamelde gegevens werd de frequentie van voorheen gekende en nieuwe problemen per topic geëxtraheerd, om zo te komen tot een prevalentie van nieuwe problemen per topic. Voor onderstaande tabel werden zowel de volledig als onvolledig afgewerkte GAZETO's gebruikt. Wel moesten de topics telkens volledig afgewerkt zijn. Voor uitgebreidere analyses met o.a. betrouwbaarheidsintervallen zie **bijlage 6**.

Tabel 3: prevalentie van nieuwe problemen per topic

Topics GAZETO	Nieuwe problemen in de totale populatie	Nieuwe problemen bij de mannen	Nieuwe problemen bij de vrouwen
Vaccinatie	60,9% (70/115)	61,0% (25/41)	60,8% (45/74)
Vroegtijdige zorgplanning	26,0% (27/104)	31,4% (11/35)	23,2% (16/69)
Medicatie	25,2% (27/107)	16,2% (6/37)	30,0% (21/70)
Osteoporose	21,5% (23/107)	11,4% (4/35)	26,4% (19/72)
Psychosociaal	20,2% (21/104)	22,9% (8/35)	18,8% (13/69)
Urine incontinentie	15,9% (17/107)	2,7% (1/37)	22,9% (16/70)
Gehoor	11,3% (12/106)	5,6% (2/36)	14,3% (10/70)
Sarcopenie/beweging	11,2% (12/107)	5,6% (2/36)	14,1% (10/71)
Depressie	7,4% (8/108)	2,7% (1/37)	9,9% (7/71)
Slaap	7,1% (8/112)	5,0% (2/40)	8,3% (6/72)
Valpreventie	7,1% (8/112)	12,8% (5/39)	4,1% (3/73)
Functie	6,5% (7/107)	5,4% (2/37)	7,1% (5/70)
Nutritie	2,8% (3/109)	0,0% (0/39)	4,3% (3/70)
Cognitie	1,8% (2/110)	2,6% (1/38)	1,4% (1/72)

Er werd vastgesteld dat vaccinatie het meest voorkomende nieuwe probleem is (60,9% van de patiënten). Meer specifiek wordt het tetanusrappel het meest frequent over het hoofd gezien (73% van de patiënten die op "vaccinatie" een probleem scoorden), gevolgd door pneumococcenvaccinatie (62%), griepvaccinatie (8%), en "niet gespecificeerd" (10%). Vaak ging het om meerdere ontbrekende vaccins per patiënt.

Bij het topic medicatie werd er vaak ook gerapporteerd wat nu exact het probleem was. Soms kwam er meer dan één probleem tegelijkertijd voor. Het meest voorkomende medicatieprobleem was benzodiazepine misbruik (18x gerapporteerd), gevolgd door 'te dure medicatie wanneer het goedkoper kan' (10x gerapporteerd), 'een medicament dat nodig is dat nog niet gestart is' (8x gerapporteerd), en misbruik pijnstillende medicatie (3x gerapporteerd).

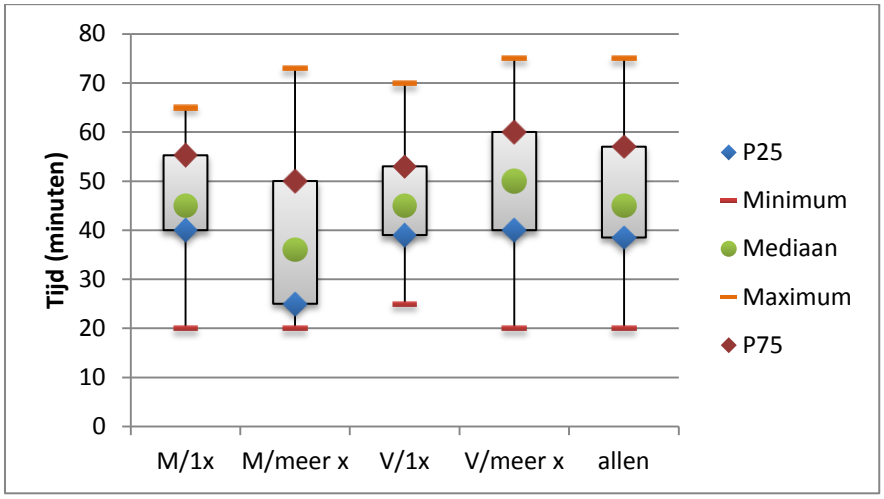
Bij een vergelijking tussen beide geslachten blijkt er een grote discrepantie te zijn in de frequentie van urinaire incontinentie. Dit probleem is het enige dat statistisch significant meer voorkomt bij vrouwen dan bij mannen.

Cognitie komt naar voor als het minst frequent voorkomende probleem. Dit dient echter gekaderd te worden, gezien matig tot ernstige dementie als exclusiecriterium gold voor deelname aan dit

onderzoek. Na cognitie is nutritie het minst voorkomende probleem: deze beide nieuwe problemen prevalenties hebben betrouwbaarheidsintervallen die tot 0% gaan. We denken dat met een grotere studiepopulatie deze problemen mogelijks wel significant zouden kunnen worden gedetecteerd.

3. *Tijdsregistratie (appendix 2)*

Deze registratie werd uitgevoerd bij de 104 volledig afgeronde GAZETO's en werd opgedeeld volgens geslacht en de uitvoering van de GAZETO in 1 consult of in meerdere consulten. De minimum tijd bedraagt 20 minuten, de maximum tijd 75 minuten. De gemiddelde tijd om de GAZETO uit te voeren in de huisartspraktijk ligt met 95% zekerheid tussen de 40 en 50 minuten. De mediaan ligt op 45 minuten. Het gemiddelde bij vrouwen ligt iets hoger dan bij mannen (47 min. tegenover 43min.) (**Figuur 4**)



Figuur 4: totale tijdsinvestering per groep

4. *Verschillende uitvoeringsmodaliteiten (appendix 3)*

De GAZETO is gemakkelijk uitvoerbaar in één consult of huisbezoek. Het programma in één keer overlopen biedt geen meerwaarde ten opzichte van de uitvoering in meerdere keren, maar is een goed alternatief. De tijdsbesteding en de resultaten bij de uitvoering in één consult zijn vergelijkbaar. Dit wordt ook niet als vermoeiend ervaren door de patiënt. De patiënten geven ook aan het langere contact met de arts aangenaam te vinden, ze kunnen eens echt hun verhaal doen. Er moet wel opgemerkt worden dat de onderzoeker de patiënten ruim had ingepland en daardoor niet onder tijdsdruk stond.

De GAZETO kan door een andere dan de behandelende arts worden uitgevoerd gezien dit door de patiënten niet als storend wordt ervaren. De inschakeling van een praktijkassistent om de eerste stappen van het programma uit te voeren is ook een mogelijkheid.

5. Haalbaarheid en uitvoerbaarheid (appendix 2)

De GAZETO werd door alle geïnterviewde groepen met enthousiasme onthaald. Toch staan sommige artsen sceptisch tegenover het gebruik bij elke patiënt. Vooral over de tijdsefficiëntie en de opbrengst van nieuwe diagnoses heerst discussie. Er kwam ook meerdere keren naar voor dat een financiële vergoeding een positieve drijfveer kan zijn. Indien deze artsen het programma zouden gebruiken, dan gaat de voorkeur er naar uit om een afspraak te plannen, waarbij voldoende tijd kan worden voorzien. Dit in tegenstelling tot de originele opzet van het GAZETO project om het programma bij elke 'spontane' consultatie van de patiënt te gebruiken. Om het programma optimaal in de consultatie in te passen moet de communicatie met het EMD nog vlotter verlopen. Binnen de groepspraktijken moet een goede samenwerking aanwezig zijn, omdat ouderen door verschillende artsen worden gezien. Bovendien kan de hulp van een praktijkassistent worden ingeschakeld.

Uit de enquête blijkt dat het programma zelf door de meeste artsen als gebruiksvriendelijk, volledig en overzichtelijk wordt ervaren. De meerderheid vindt dat het programma veel tijd en moeite vraagt, maar allen zijn van mening dat dit het waard is. Of de GAZETO in deze vorm binnen het consultatiemodel past is nog in vraagstelling. Alle artsen zijn het erover eens dat de GAZETO een beter inzicht geeft in het lichamelijk en psychisch functioneren van de ouderen en de meeste vinden het dan ook een handig instrument om een concreet zorgplan op te stellen. Hoewel artsen en/of patiënten het programma soms als confronterend ervaren, wordt het toch hoofdzakelijk als aangenaam bestempeld. De meerderheid vindt dat de GAZETO best wordt uitgevoerd door de huisarts, maar ook dat een praktijkassistent kan worden ingeschakeld.

6. Houding van artsen tegenover ouderen (appendix 4)

Uit de semigestructureerde groepsinterviews en de 22-itemvragenlijst blijkt dat de deelnemende huisartsen een neutrale tot positieve houding hebben tegenover ouderen. Zij zien ouderen niet louter als een groep die steeds meer zorg nodig heeft. Ouderen krijgen niet alleen zorg, maar ze verlenen ook zorg aan anderen. De deelnemende huisartsen hebben over het algemeen een positieve en genuanceerde beeldvorming van 75-plussers. Zo wordt het stereotype beeld, dat ouderen een last zijn voor de samenleving, door alle huisartsen weerlegd. Alle deelnemende huisartsen vinden dat 75-plussers worden gekenmerkt door een grote diversiteit en ervaren hen als aangenaam in omgang. Tenslotte blijkt ook dat de overgrote meerderheid van de deelnemende huisartsen vindt dat ouderen best zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Discussie

Bij het gebruik van de GAZETO wordt er zeer breed gescreend, maar wel steeds gericht op de “unmet needs” van de geriatrische patiënt. Een nieuw gedetecteerd probleem is echter niet steeds een “unmet need”. Het is aan de huisarts om hierbij kritisch te blijven, en de nieuwe problemen steeds te

kaderen in het holistische zorgplan van de individuele patiënt. Het risico op overdiagnose en –behandeling lijkt ons daarom eerder beperkt te zijn. Als we kijken naar buitenlandse studies lijkt ons het uitvoeren van CGA in elk geval zinvol te zijn, met een verminderde mortaliteit en een vertraging van de functionele achteruitgang[3].

Uit de data-analyse van de nieuw gevonden en al bestaande problemen blijkt dat vaccinatie het meest voorkomende probleem is. Vooral pneumococcen- en tetanusvaccinatie blijken problematisch. De griepvaccinatie is bij de meeste ouderen wel in orde. Deze gegevens komen goed overeen met de vaccinatiegraad van 75-plussers uit de Gezondheidsenquête van 2008[7].

Met een gemiddelde tijd tussen de 40 en 50 minuten zou de GAZETO ongeveer 5 minuten per consultatie extra vragen. We gaan er hierbij vanuit dat de 75-plusser gemiddeld 11 keer op consultatie komt bij de huisarts[6]. De GAZETO kan ook in één langer durend consult worden uitgevoerd. De tijdsregistraties tijdens deze studie zijn slechts indicatief. Er werd zoveel mogelijk geprobeerd om een exacte registratie uit te voeren met behulp van de klok die in het programma werd geïnstalleerd. Men moet er echter rekening mee houden dat er in een huisartspraktijk vaak interfererende factoren zijn, zoals telefoon, dringend huisbezoek, etc... De klok werd bovendien niet altijd correct in- en uitgeschakeld, waardoor soms met ruwe schattingen van tijden werd gewerkt. Enkele vragenlijsten werden eerst op papier met de patiënt overlopen en pas op een later tijdstip in de computer ingegeven, ook hier werd een schatting van de tijd gemaakt. Het registreren van de tijd is bovendien eenvoudiger en meer betrouwbaar als de GAZETO in één consult wordt uitgevoerd. Indien de GAZETO over verschillende consultaties en/of door verschillende artsen is gebeurd, is er vaak overlap tussen de routinezorg en het bevragen van onderwerpen uit de GAZETO. Vaak wordt op basis van een aanknopingspunt een bepaald onderwerp gekozen, wat het moeilijk maakt om correct te registreren. Daarenboven is het afhankelijk van de individuele onderzoeker of er ook verdere stappen werden ondernomen. Als de screening en diagnose positief waren werd door sommige artsen al een korte interventie op vlak van behandeling uitgevoerd, anderen stelden dit uit tot een later consult. Dit alles kan een verklaring bieden voor de grote variatie in de tijdsregistratie tussen verschillende patiënten.

In de enquête werd de GAZETO door de meeste artsen zeer positief onthaald, zowel het programma zelf als de haalbaarheid en uitvoerbaarheid scoorden goed. Een belangrijke opmerking hierbij is dat vijf van de zeven artsen die het programma hebben gebruikt en dus de enquête hebben ingevuld ook bij de opzet van de studie zijn betrokken. Dit zorgt natuurlijk voor een belangrijke bias in de resultaten.

Uit de opmerkingen van de deelnemende artsen besluiten we dat de vragenlijsten nog korter en tijdsefficiënter moeten gemaakt worden. Vooral op het topic "psychosociaal" kwam veel commentaar, omdat deze vragenlijsten te lang en onpraktisch waren. Bovendien kunnen er vaak weinig oplossingen geboden worden voor problemen op dit vlak.

De programmeertaal van de GAZETO laat wijzigingen in de vragenlijsten en topics gemakkelijk toe, dus het inhoudelijk aanpassen van het instrument in de toekomst vormt weinig problemen. Waar er op softwarematig vlak wel nog aan gewerkt zou moeten worden, is de export- en integratiefunctie in het EMD. Zo kan er gestreefd worden naar een snellere integratie van de persoonlijke gegevens bij het opstarten van de GAZETO. Omgekeerd kan er ook een snellere uitwisseling met het EMD

gebeuren na het uitvoeren van de GAZETO. Dit zijn factoren waarmee geen rekening werd gehouden tijdens de tijdregistraties. Hierbij past ook een ethische discussie omtrent het opslaan van patiëntengegevens op een server buiten de eigen praktijk. Indien de GAZETO meer ingebouwd wordt in het EMD, kan dit heikel punt zeker opgelost worden.

We denken dat de GAZETO kan worden uitgevoerd in verschillende vormen. Ofwel in één uitgebreid consult ofwel in meerdere consulten. De uitvoering kan gebeuren door de eigen huisarts of door een externe arts in nauw overleg met de behandelende huisarts of zelfs met de hulp van een praktijkassistent. De huisarts moet hierbij steeds als centrale gezondheidscoach blijven fungeren.

Wij stellen voor de GAZETO te gebruiken als een GMD+ consult maar dan specifiek voor 75-plussers. Het GMD+ is in zijn huidige vorm een preventiemodule voor de 45 tot 75 jarigen met sterke nadruk op het uitschrijven van een individueel preventieplan, daar waar de nadruk bij de 75-plusser meer op het uitschrijven van een zorgplan voor de kwetsbaarheid zou liggen. De preventiemodule is gebaseerd op evidence-based medicine net zoals de beginselen van de GAZETO. De uitvoering van de GAZETO brengt een extra werkbelasting met zich mee, daarom valt het te vrezen dat zonder extra vergoeding het programma niet veel zal gebruikt worden ondanks de mogelijk positieve effecten voor de patiënt.

Het al dan niet slagen van CGA in de huisartspraktijk hangt voor een groot deel af van de positieve ingesteldheid van de huisartsen. Een positieve beeldvorming over ouderen is in deze context dan ook van essentieel belang om een geïntegreerd zorgaanbod te bewerkstelligen. Bovendien is de huisarts de best geplaatste persoon om de levenskwaliteit en de zelfredzaamheid van 75-plussers te evalueren en te verbeteren.

Om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de implementatie van de GAZETO op grote schaal in de huisartspraktijk is echter verder onderzoek nodig door middel van een prospectieve randomised controlled trial (RCT) (**appendix 1**). Het opstellen van een protocol voor deze studie laat ons toe de verschillende facetten naar boven te laten komen. Wij maken gebruik van de "Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement richtlijnen om een protocol op te stellen, zodat het verloop van de toekomstige GAZETO-trial op een transparante manier kan verlopen[8]. We kiezen voor het opstellen van een cluster gerandomiseerd onderzoek omdat de interventie op niveau van de huisarts en niet de patiënt gebeurt. Er is sprake van bias als de arts bij één patiënt de GAZETO en bij de andere 'usual care' uitvoert met uitgebreide achtergrond omtrent het thema kwetsbaarheid. De berekeningen leren ons dat een steekproefgrootte van 3000 patiënten verdeeld over een interventie- en een controlegroep ons met 85% zekerheid en 95% significantie, een mortaliteitsreductie van 30% zou kunnen aantonen. Concreet stellen wij een trial voor bij 100 huisartspraktijken, waarbij de helft de GAZETO uitvoert bij 30 patiënten. Het opstellen van de primaire uitkomstmaten laat ons toe een precieze definitie aan deze variabelen te geven. Het interesseert ons vooral de effectiviteit gedurende 3 jaar te kennen op vlak van totale mortaliteit, hospitalisatie, institutionalisering en levenskwaliteit. Secundair zouden wij de comorbiditeit en de valincidentie in deze populaties willen observeren.

Besluit

Uit dit onderzoek blijkt dat er een relevant aantal nieuwe problemen worden gevonden dankzij de uitvoering van de GAZETO. De GAZETO is haalbaar en uitvoerbaar binnen de huisartspraktijk, mits het optimaliseren van het programma, de tijdsefficiëntie en een eventuele financiële vergoeding. Het programma kan worden uitgevoerd op een gelijkwaardige manier in de twee uitvoeringsmodaliteiten (in één of meerdere keren). Om een definitieve uitspraak te kunnen doen over het zinvol zijn van de implementatie van de GAZETO op grote schaal in de huisartspraktijk is echter verder onderzoek nodig door middel van een grote prospectieve RCT (**appendix 1**).

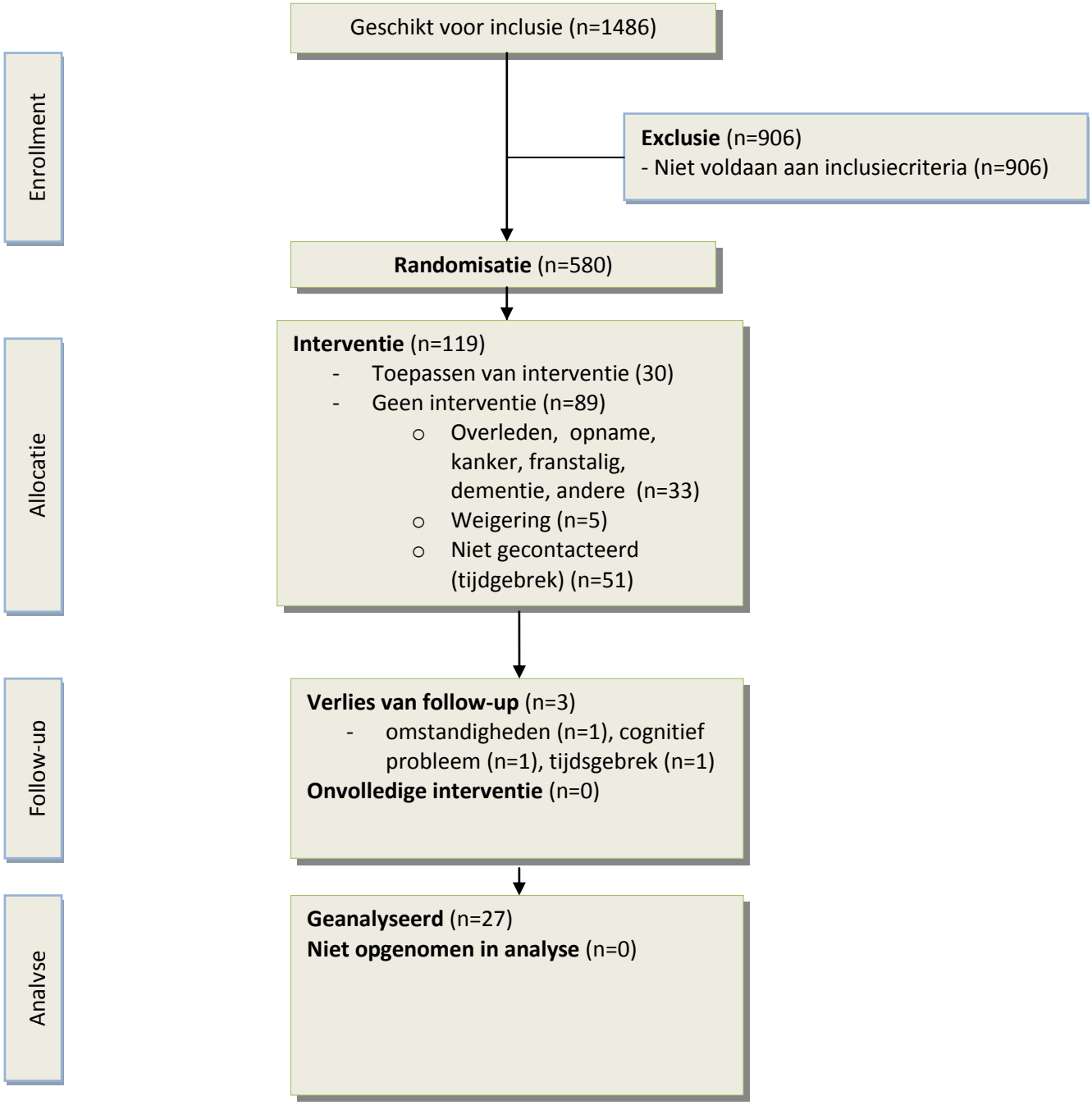
Referenties

1. Quaden G, Verschooten J, De Smet G, et al. Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Juni 2011. Available from: URL: http://www.plan.be/admin/uploaded/201107120844080.Rapport_CEV_NL.pdf
2. Mann E, Koller M, Mann C, et al. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria; BMC Geriatrics 2004, 4:4.
3. Stuck A, IliffeS. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence; BMJ 2011; 343.
4. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012 (in druk).
5. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M et al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br J Gen Pract 2004; 54: 914-918.
6. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, et al. Gezondheidsenquête, België 2008: Rapport III: medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance;2010:42-43.
7. Gisle L, Hesse E, Drieskens S, et al. Gezondheidsenquête België, 2008: Rapport II – Leefstijl en Preventie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010;608-643.
8. Campbell M, Elbourne D en Altman D. Consort statement: extension to cluster randomised trials. BMJ 2004;328;702-708.

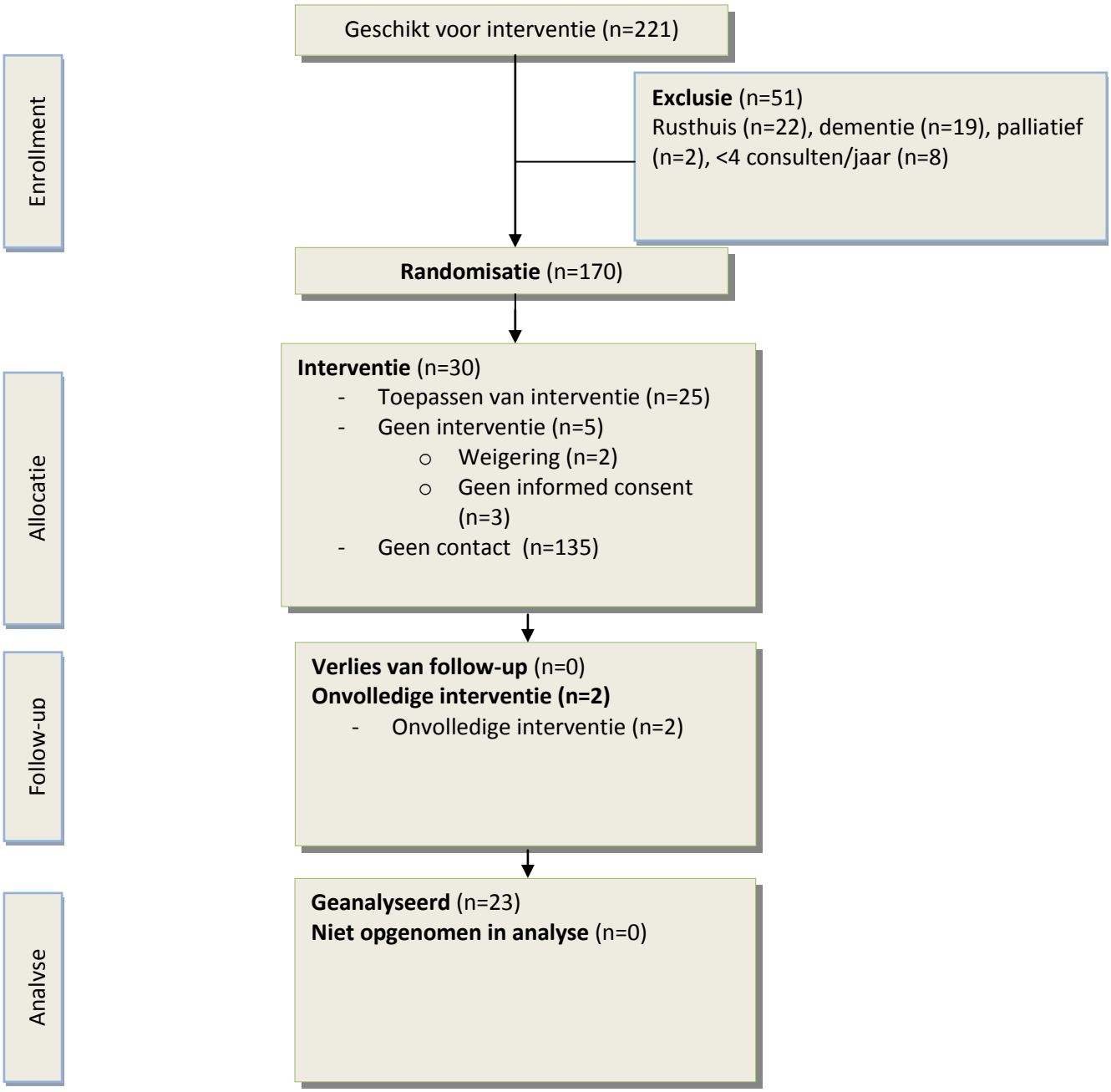
Bijlagen

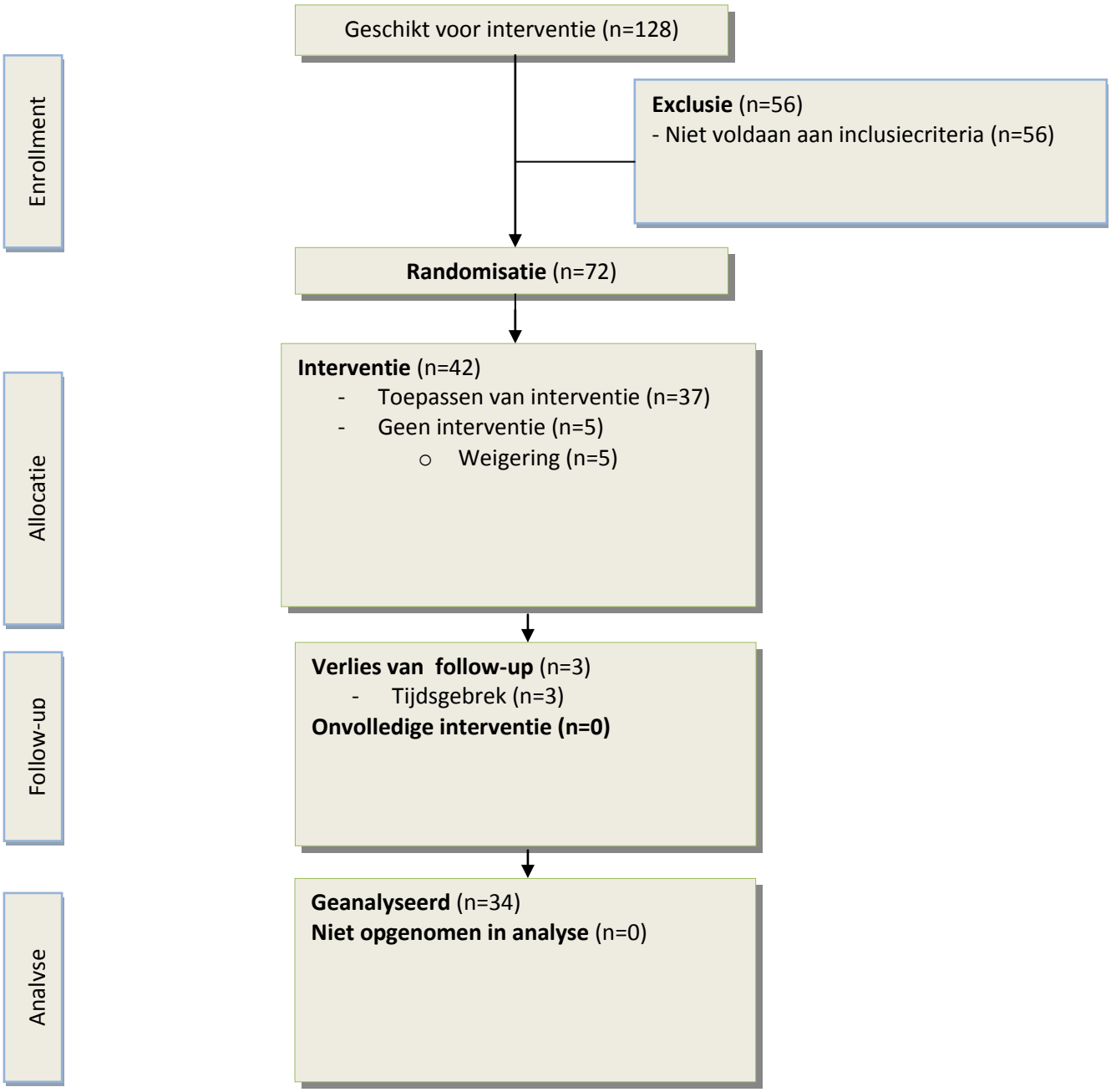
Bijlage 1: Flow chart inclusie patiënten

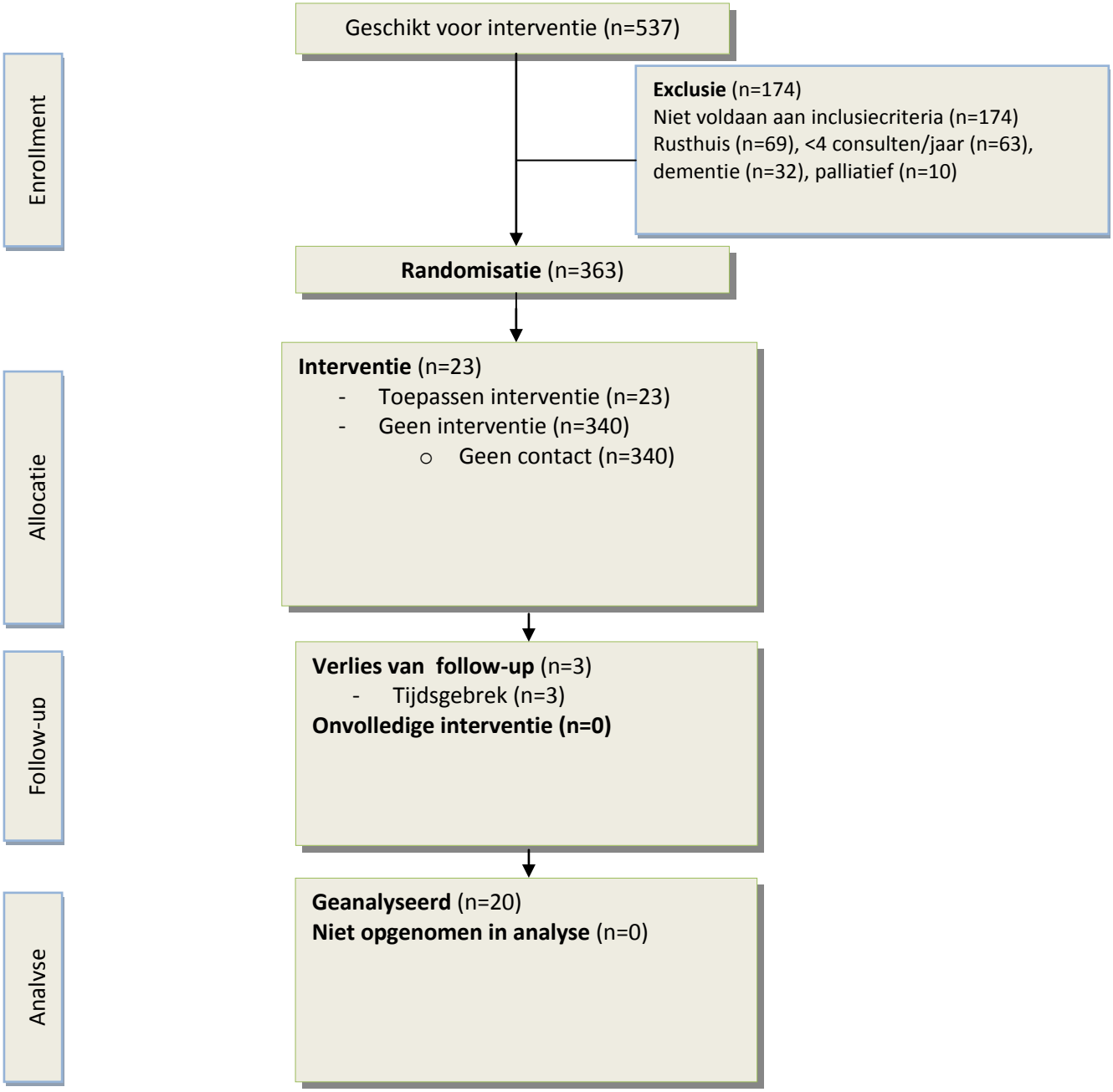
Groepspraktijk Hoeilaart



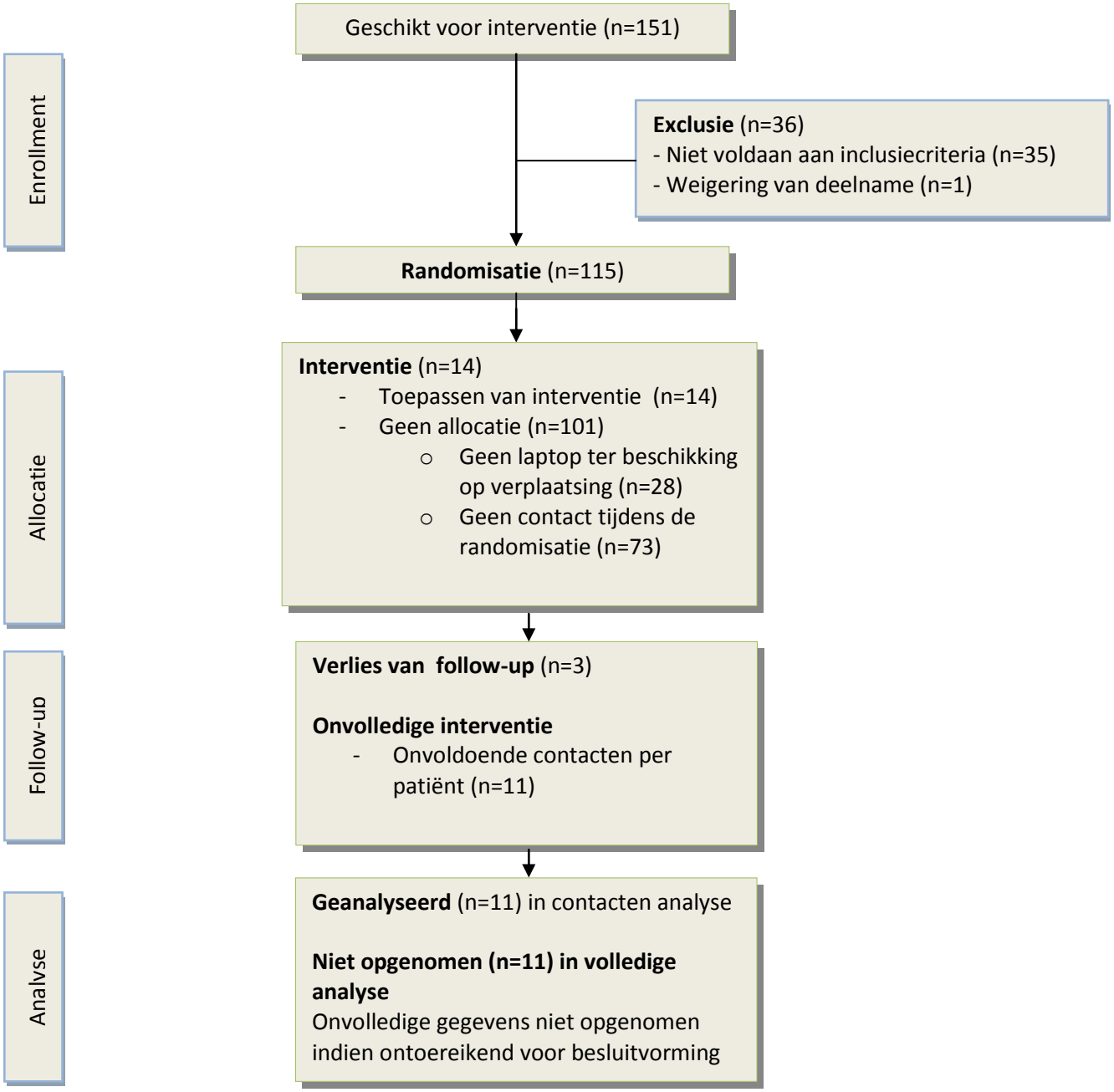
Groepspraktijk Begijnendijk




Enrollment
Allocatie
Follow-up
Analyse
Geschikt voor interventie (n=128)
Exclusie (n=56)
- Niet voldaan aan inclusiecriteria (n=56)
Randomisatie (n=72)
Interventie (n=42)
- Toepassen van interventie (n=37)
- Geen interventie (n=5)
o Weigering (n=5)
Verlies van follow-up (n=3)
- Tijdsgebrek (n=3)
Onvolledige interventie (n=0)
Geanalyseerd (n=34)
Niet opgenomen in analyse (n=0)


Enrollment
Allocatie
Follow-up
Analyse
Geschikt voor interventie (n=537)
Exclusie (n=174)
Niet voldaan aan inclusiecriteria (n=174)
Rusthuis (n=69), <4 consulten/jaar (n=63),
dementie (n=32), palliatief (n=10)
Randomisatie (n=363)
Interventie (n=23)
- Toepassen interventie (n=23)
- Geen interventie (n=340)
o Geen contact (n=340)
Verlies van follow-up (n=3)
- Tijdsgebrek (n=3)
Onvolledige interventie (n=0)
Geanalyseerd (n=20)
Niet opgenomen in analyse (n=0)

Huisartsengroep Laakdal



Bijlage 2: Tabel praktijkgegevens en - karakteristieken

Overzicht gegevens van deelnemende praktijken.						
Naam praktijk:	Groepspraktijk-Begijnendijk	Dr. Labbeke Turnhout	Artsenpraktijk Mol	Huisartsengroep Meerlaar	Groepspraktijk Hoeilaart	
Plaats:	Begijnendijk, Vlaams-Brabant	Turnhout, Antwerpen	Mol, Antwerpen	Laakdal, Antwerpen	Hoeilaart, Vlaams-Brabant	
Aantal GMD's:	3735	1023	6551	1667	+/- 4000	
Totaal aantal artsen (waaronder HAIO):	3 (1)	2 (1)	11 (2)	3 (1)	8 (1)	N=27 (6)
Leeftijd van de artsen:	26, 53 en 54 jaar	27 en 63 jaar	25, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 46, 52, 58 en 65 jaar	26, 32, 48 jaar	26, 26, 34, 41, 49, 53, 61 en 68 jaar	Mediaan 35 jaar (26-68 jaar)
Aantal deelnemende GAZETO artsen:	2	1	2	1	1	N=7
Rekruterings-periode van GAZETO:	September 2011 tot december 2011	Juli 2011 tot december 2011	Juli 2011 – september 2011	Juli 2011 – september 2011	September 2011-februari 2012	
Periode van uitvoering van GAZETO:	September 2011 tot februari 2012	Juli 2011 tot februari 2012	Juli 2011 – maart 2012	Juli 2011 – maart 2012	Oktober 2011-februari 2012	
Naam software-programma EMD:	Windoc ®	Medigest ®	Accrimed ®	Medidoc ®	Accrimed ®	
Gebruik van EMD op de thuis-consultatie:	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	

Bijlage 3: Informed consent patiënt

Informatie formulier

Titel: Naar een nieuwe, gestructureerde aanpak van de zorgnoden van thuiswonende 75 plussers in de huisartspraktijk.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van de master-na-master opleiding Huisartsgeneeskunde doet Dr. ... een onderzoek naar een gestructureerde aanpak van de zorgnoden van thuiswonende 75 plussers, in samenwerking met een groep andere artsen.

Hiervoor maakt zij gebruik van een gestructureerde agenda die de arts afloopt samen met de patiënt. Op deze manier proberen we problemen die voorheen onbekend zijn voor de arts (en soms ook voor de patiënt) aan het licht te brengen en zo een doelgerichte aanpak te voorzien voor deze problemen. Het instrument dat we hierbij gebruiken noemt de GAZETO-agenda, en werd ontwikkeld door een groep studenten Huisartsgeneeskunde aan de K.U. Leuven.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal u met behulp van dit instrument worden ondervraagd en getest door Dr. .... Dit instrument houdt geen risico's in voor de patiënt, en er komen geen prikken of andere vervelende onderzoeken bij te pas. Het instrument bestaat uit een aantal vragenlijsten, en af en toe een korte opdracht om uit te voeren door de patiënt (bv. opstaan en even wandelen, iets proberen te onthouden,…).

Voorafgaand aan dit onderzoek heeft Dr. ... reeds aan de hand van de gegevens beschikbaar in uw medisch dossier een samenvatting over uw gezondheid opgesteld. Dit werd aangevuld door bespreking met uw vaste huisarts.

Achteraf zal het resultaat van het onderzoek vergeleken worden met dit dossierextract. Deze resultaten kunt u dan later bespreken met uw behandelende huisarts.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming

met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken, wanneer u dit ook maar wenst.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

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

Met vriendelijke groeten,

Dr. ...

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: ……..

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

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

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

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd of gecodeerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8

december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UZ Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

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

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

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

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren

Datum …… Handtekening …….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

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

Datum …… Handtekening …….

Bijlage 4: Dossier extract sjabloon

NAAM	**VOORNAAM**
ADRES	
GEBOORTEDATUM	
LEEFSITUATIE	ZORGOMKADERING
MEDISCHE ANTECEDENTEN	
HEELKUNDIGE ANTECEDENTEN	
HIËRARCHISCHE PROBLEEMLIJST	
CHRONISCHE MEDICATIE	
BEHANDELINGSDOELEN	

Bijlage 5: Registratieformulier

Patiënt:	Leeftijd:	Geslacht: M/V
In hoeveel keer werd de GAZETO uitgevoerd?		
Totale tijd nodig voor uitvoeren GAZETO?		Voorbereidingstijd data-extractie?

GAZETO-prevalenties	Gekend medisch probleem?	Stap 1 + (screening +)	Stap 2 + (zorgnood gevonden?)	Stap 3 + (beleid veranderd?)	Ernst van de gevonden zorgnood?	Problemen bij uitvoeren CGA?
Gehoor						
Cognitie						
Depressie						
Vaccinatie						
Slaap						
Functie						
Valpreventie						
Nutritie						
Osteoporose						
VZP						
Sarcopenie/ beweging						
Medicatie						
Urine incontinentie						
Psychosociaal						

- Te noteren bij elke stap: +(ja/positief resultaat) – (nee/negatief resultaat), NU (niet uitgevoerd), of W (weigering patiënt)
- Functie: als je zelf vindt dat je een ongekend probleem bent te weten gekomen, zet dan een +.
- Leeftijd: op moment dat het CGA werd gestart
- Totale tijd nodig voor het uitvoeren van de GAZETO: uitdrukken in uren en minuten
- Ernst van de gevonden zorgnood: licht / matig / zeer ernstig invullen
- Indien vaccinatie + werd: noteer hier om welke vaccinatie(s) het gaat:
- Indien medicatie + werd: noteer hier met welke reden:

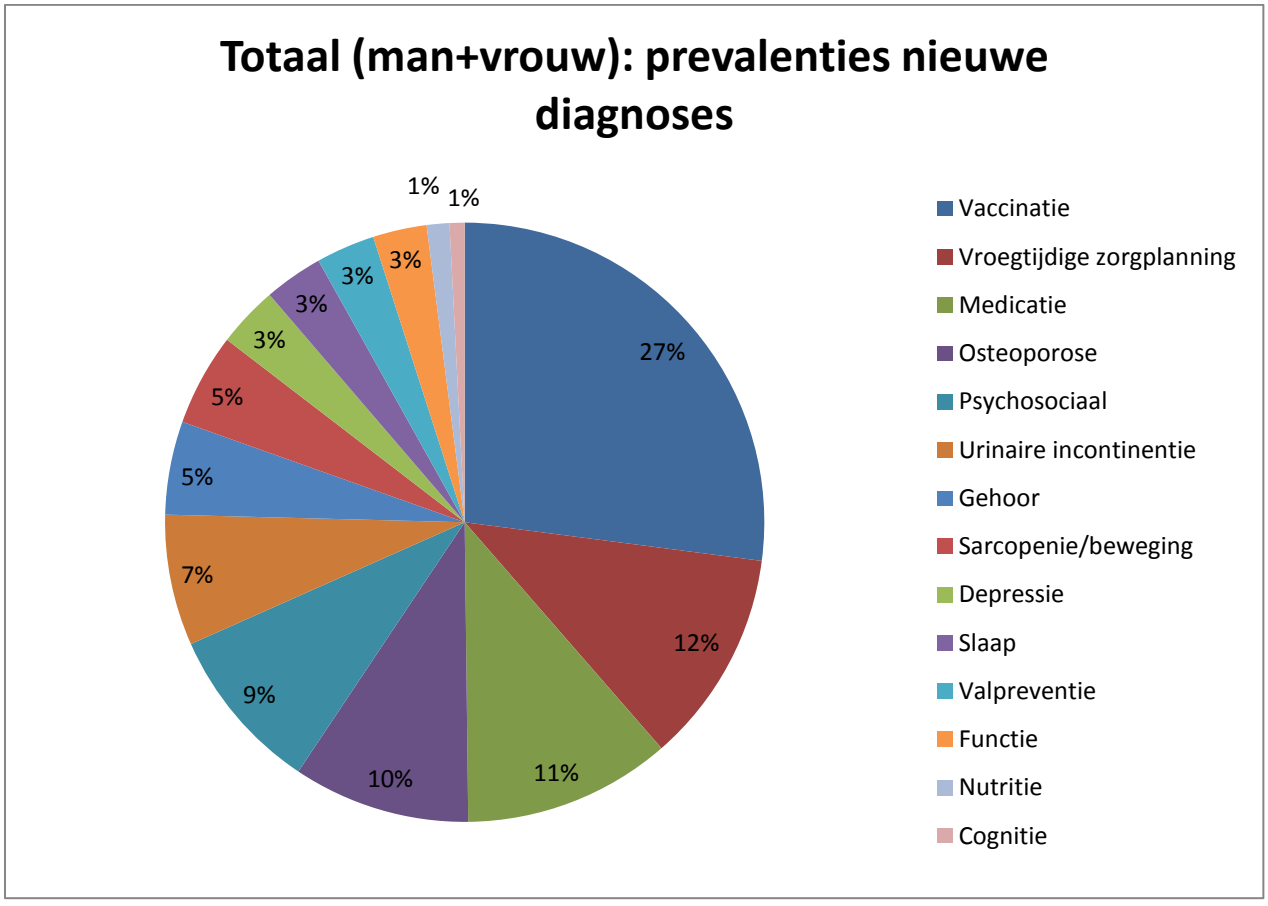
Problemen bij uitvoeren CGA (vermeldt het topic dat problemen gaf met een +, en specificeer hier):

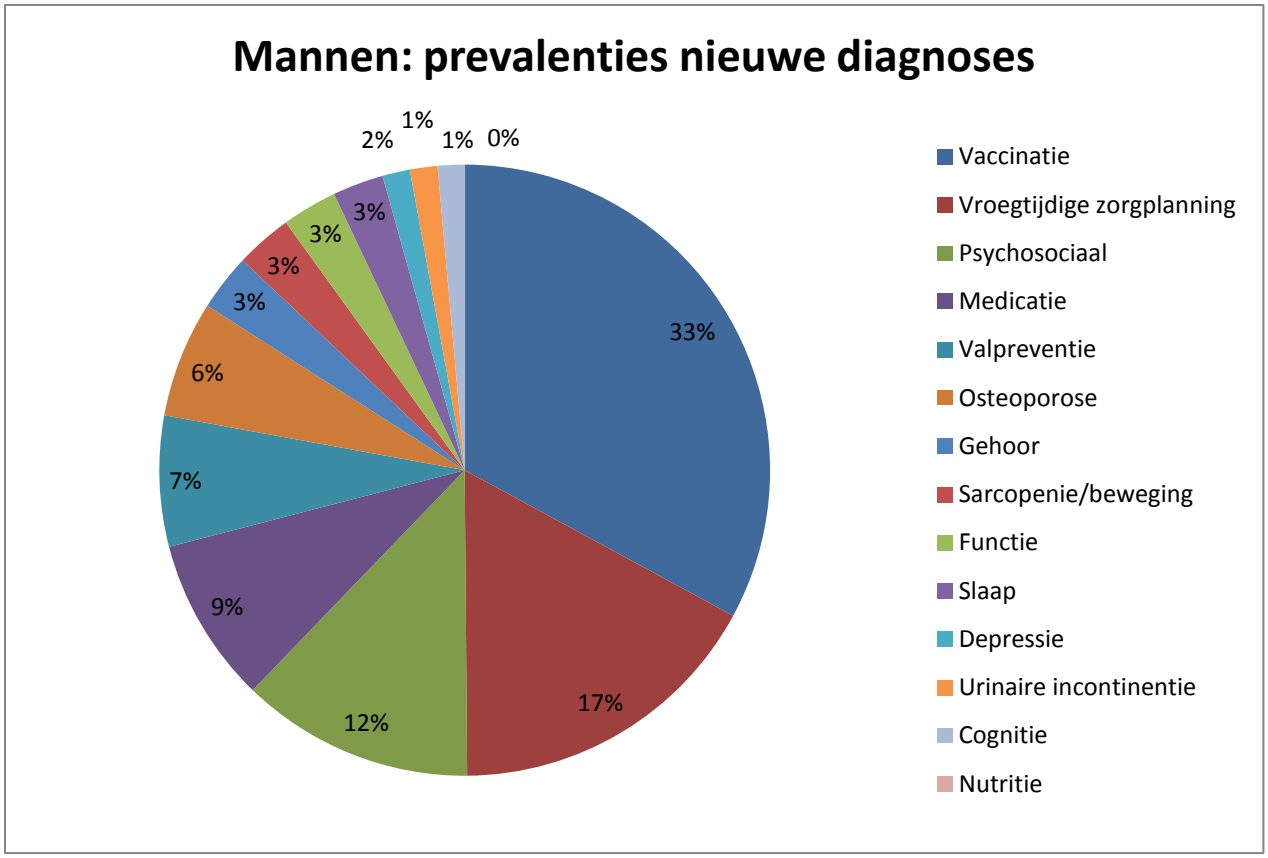
Bijlage 6: Prevalentietabellen

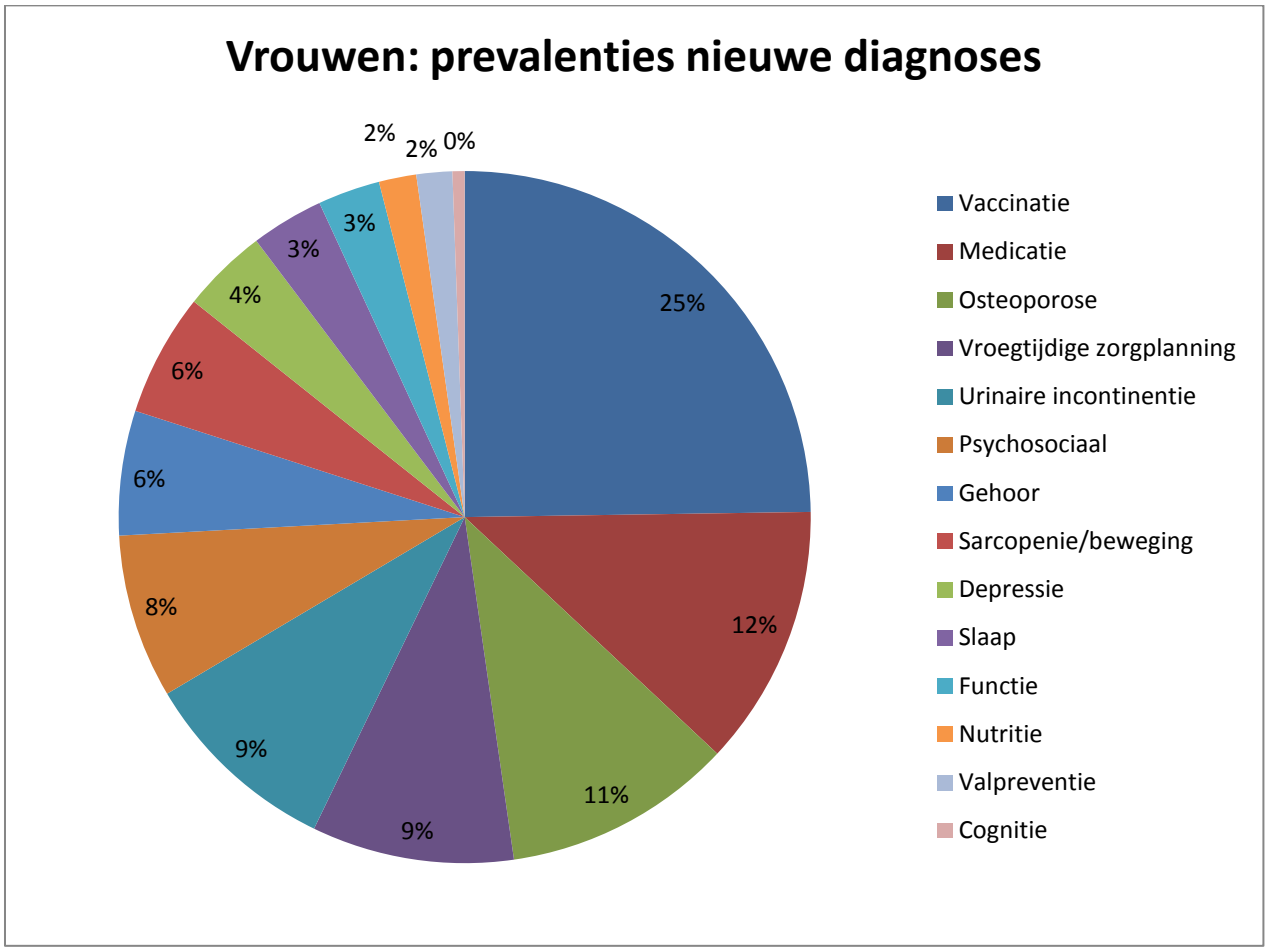
Totaal (man en vrouw samen)	Totaal (aantal uitgevoerde topics)	Aantal gekende problemen	Aantal nieuwe problemen (niet gekend, stap 2+)	Som gekende + nieuwe problemen	% nieuwe problemen	Standard error	95% confidence interval (onderste limiet)	95% confidence interval (bovenste limiet)
Vaccinatie	115	3	70	73	60,87%	0,046	51,95%	100,00%
VZP	104	5	27	32	25,96%	0,043	17,54%	76,85%
Medicatie	107	15	27	42	25,23%	0,042	17,00%	74,69%
Osteoporose	107	17	23	40	21,50%	0,040	13,71%	63,63%
Psychosoc	104	3	21	24	20,19%	0,039	12,48%	59,77%
Urine incont	107	7	17	24	15,89%	0,035	8,96%	47,03%
Gehoor	106	21	12	33	11,32%	0,031	5,29%	33,51%
Sarco/beweg	107	8	12	20	11,21%	0,031	5,24%	33,20%
Depressie	108	13	8	21	7,41%	0,025	2,47%	21,93%
Slaap	112	32	8	40	7,14%	0,024	2,37%	21,14%
Valpreventie	112	24	8	32	7,14%	0,024	2,37%	21,14%
Functie	107	19	7	26	6,54%	0,024	1,86%	19,36%
Nutritie	109	2	3	5	2,75%	0,016	0,00%	8,15%
Cognitie	110	3	2	5	1,82%	0,013	0,00%	5,38%

Mannen	Totaal (aantal uitgevoerde topics)	Aantal gekende problemen	Aantal nieuwe problemen (niet gekend, stap 2+)	Som gekende + nieuwe problemen	% nieuwe problemen	standard error	95% confidence interval (onderste limiet)	95% confidence interval (bovenste limiet)
Vaccinatie	41	1	25	26	60,98%	0,076	46,04%	75,91%
VZP	35	2	11	13	31,43%	0,078	16,05%	46,81%
Psychosoc	35	1	8	9	22,86%	0,071	8,95%	36,77%
Medicatie	37	2	6	8	16,22%	0,061	4,34%	28,09%
Valpreventie	39	4	5	9	12,82%	0,054	2,33%	23,31%
Osteoporose	35	4	4	8	11,43%	0,054	0,89%	21,97%
Gehoor	36	11	2	13	5,56%	0,038	0,00%	13,04%
Sarco/beweg	36	2	2	4	5,56%	0,038	0,00%	13,04%
Functie	37	4	2	6	5,41%	0,037	0,00%	12,69%
Slaap	40	3	2	5	5,00%	0,034	0,00%	11,75%
Depressie	37	5	1	6	2,70%	0,027	0,00%	7,93%
Urine incont	37	1	1	2	2,70%	0,027	0,00%	7,93%
Cognitie	38	0	1	1	2,63%	0,026	0,00%	7,72%
Nutritie	39	1	0	1	0,00%	0,000	0,00%	0,00%

Vrouwen	Totaal (aantal uitgevoerde topics)	Aantal gekende problemen	Aantal nieuwe problemen (niet gekend, stap 2+)	Som gekende + nieuwe problemen	% nieuwe problemen	standard error	95% confidence interval (onderste limiet)	95% confidence interval (bovenste limiet)
Vaccinatie	74	2	45	47	60,81%	0,057	49,69%	71,93%
Medicatie	70	13	21	34	30,00%	0,055	19,26%	40,74%
Osteoporose	72	13	19	32	26,39%	0,052	16,21%	36,57%
VZP	69	3	16	19	23,19%	0,051	13,23%	33,15%
Urine incont	70	6	16	22	22,86%	0,050	13,02%	32,69%
Psychosoc	69	2	13	15	18,84%	0,047	9,61%	28,07%
Gehoor	70	10	10	20	14,29%	0,042	6,09%	22,48%
Sarco/beweg	71	6	10	16	14,08%	0,041	5,99%	22,18%
Depressie	71	8	7	15	9,86%	0,035	2,92%	16,79%
Slaap	72	29	6	35	8,33%	0,033	1,95%	14,72%
Functie	70	15	5	20	7,14%	0,031	1,11%	13,18%
Nutritie	70	1	3	4	4,29%	0,024	0,00%	9,03%
Valpreventie	73	20	3	23	4,11%	0,023	0,00%	8,66%
Cognitie	72	3	1	4	1,39%	0,014	0,00%	4,09%




Mannen: prevalenties nieuwe diagnoses
33%
17%
12%
9%
7%
6%
3%
3%
3%
3%
2%
1%
1%
0%
Vaccinatie
Vroegtijdige zorgplanning
Psychosociaal
Medicatie
Valpreventie
Osteoporose
Gehoor
Sarcopenie/beweging
Functie
Slaap
Depressie
Urinaire incontinentie
Cognitie
Nutritie


Vrouwen: prevalenties nieuwe diagnoses
25%
12%
11%
9%
9%
8%
6%
6%
4%
3%
3%
2%
2%
0%
Vaccinatie
Medicatie
Osteoporose
Vroegtijdige zorgplanning
Urinaire incontinentie
Psychosociaal
Gehoor
Sarcopenie/beweging
Depressie
Slaap
Functie
Nutritie
Valpreventie
Cognitie

Appendix 1

GAZETO-trial: protocol voor cluster gerandomiseerd onderzoek in de huisartspraktijk.

Dr. J. Gouhie

Introductie

Achtergrond

Comprehensive geriatric assessment (CGA) zorgmodellen werden reeds met succes geïmplementeerd in het buitenland. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Omdat de zorg voor de geriatrische patiënt in hoofdzaak opgenomen wordt door de eerste lijn, is de nood aan een dergelijk zorgmodel voor de huisarts groot. Zo hebben we de GAZETO-agenda ontwikkeld:"Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen" een CGA-instrument waarbij voor elk van 14 gekozen onderwerpen een driestappenplan werd uitgewerkt. Per onderwerp wordt in stap 1 screening (of case-finding) aangeboden. In stap 2 en 3 kan de diagnostische procedure en het beleid gevonden worden. De 14 onderwerpen komen overeen met unmet needs of 'zorgnoden' die de patiënt niet steeds spontaan vernoemd en de arts niet steeds navraagt, maar waarvoor voldoende evidentie omtrent aanpak en behandeling bestaat. GAZETO is een webbased programma met als doel de ongekende zorgnoden van ouderen te ontdekken op een gestructureerde en innoverende wijze. We zijn er van overtuigd dat de GAZETO een eerste stap is in de richting van meer gestructureerde en integrale ouderenzorg.

Trial design

Wij voeren een cluster gerandomiseerd geblindeerd onderzoek in de huisartspraktijk uit. Wij hebben als doel de effectiviteit van GAZETO op vlak van mortaliteitsreductie, opnames in ziekenhuis, institutionalisering en kwaliteit van leven aan te tonen. Secundaire uitkomstmaten zijn een reductie in valincidentie en comorbiditeit. Wij kiezen voor de opzet van clusters: de randomisatie gebeurt op niveau van de huisartspraktijk. De huisarts wordt onderverdeeld in een interventiegroep en een controlegroep. Op deze manier zullen alle geïncludeerde patiënten per huisartspraktijk dezelfde interventie krijgen.

Methoden

Deelnemers

Clusterniveau: huisartspraktijk

Deze trial is een multicentrumstudie met huisartspraktijken uit Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Alle praktijken maken gebruik van een elektronisch medisch dossier, met toegang tot internet in de consultatieruimte. Er is mogelijkheid tot gebruik van laptop, ipad of smartphone tijdens het huisbezoek.

Individueel niveau: patiënt

In overzicht worden de inclusie en exclusiecriteria van de individuele patiënten gegeven. (**tabel 4**)

Inclusiecriteria
- **75 jaar en ouder**
- **Zelfstandig wonen: thuiswonend (samenwonend, alleenwonend, kangoeroewoning)**
- **consultatie of huisbezoek (≥ 4x per jaar) bij huisarts**

Exclusiecriteria
- **wachtlijst voor opname in het rusthuis (concrete datum gekend)**
- **bestaande matig tot ernstige dementie (MMSE < 20)**
- **palliatieve situatie**
- **levensverwachting < 6 maanden**

Tabel 4: Inclusie en exclusiecriteria van de GAZETO

Interventie

Controle-arm

Fase 1

We rekruteren 100 huisartspraktijken voor deelname aan interventioneel clustergerandomiseerd onderzoek bij ouderen met nadruk op het toepassen van geïnformatiseerde toepassingen in dagelijkse praktijk, vooral in contact met ouderen. Er gebeurt een randomisatie van de clusters onder controle en interventiegroep. In de controle-arm passen we bij 50 praktijken een observationeel prospectief cohorte-onderzoek als 'voorloopfase' voor verder onderzoek toe. De normale ouderenzorg van de huisarts wordt verder aangeboden. Hierbij blinderen we de arts en ook de patiënt voor het onderzoek naar de effectiviteit van een gestructureerde aanpak in de ouderenpopulatie.

Fase 2

We stellen per huisartspraktijk een populatielijst beantwoordend aan de inclusiecriteria van de GAZETO-trial. We voeren een gerandomiseerd allocatie van 30 patiënten per huisartspraktijk. We meten de baseline data bij de patiënt, aanvullend gestructureerd interview van de behandelende arts en de karakteristieken van de praktijken. De onderzoeker is geblindeerd voor de interventie.

Fase 3

Tijdens de vervolgcontacten meten we de primaire en secundaire uitkomstmaten van de GAZETO-trial: er is 3-maandelijks telefonisch contact met de arts en een jaarlijks uitgebreid contact met de patiënt . De onderzoeker is geblindeerd voor interventie. Fase 3 zal 3 jaar aanhouden.

Interventie-arm

Fase 1

Vanuit de rekrutering van 100 huisartsen (zie supra), randomiseren wij 50 huisartspraktijken voor deelname aan interventioneel clustergerandomiseerd onderzoek bij ouderen. De interventiegroep krijgt een korte voorstelling van de GAZETO-tool om deelname te bevestigen. Bij drop-out van meer dan 10% (5 praktijken) randomiseren wij de overblijvende controlegroep om voldoende geïncludeerde praktijken te verkrijgen.

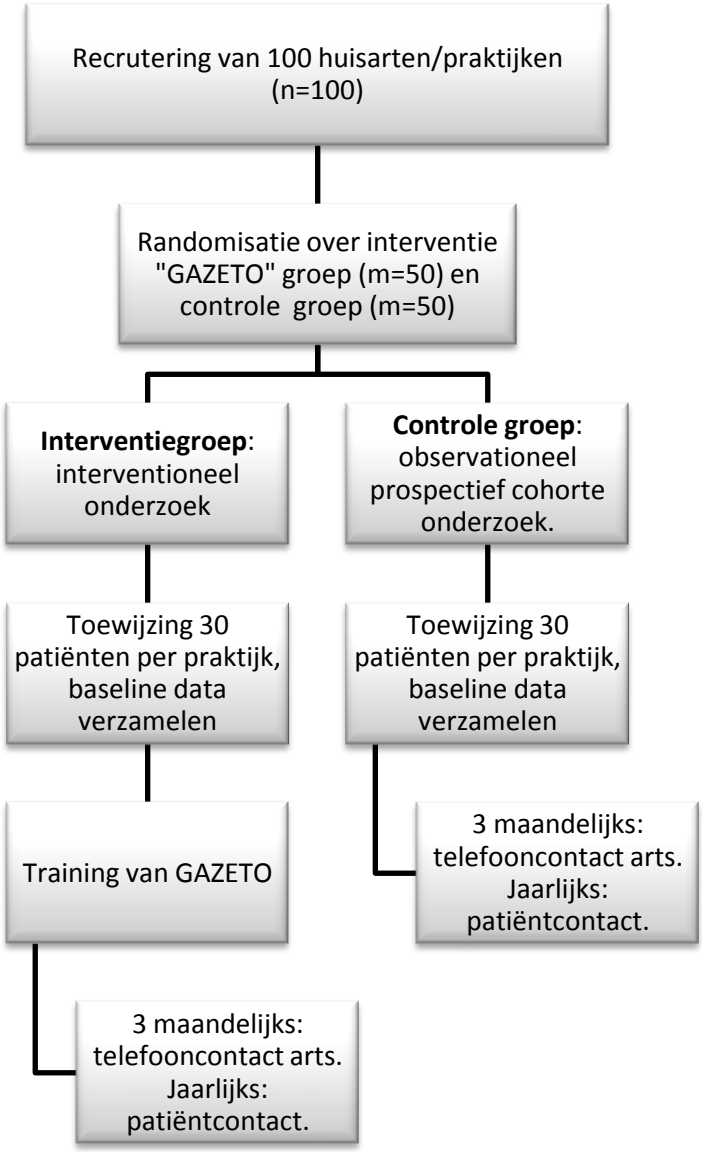
Fase 2

We stellen per huisartspraktijk een populatielijst beantwoordend aan de inclusiecriteria van de GAZETO-trial. We voeren een gerandomiseerd allocatie van 30 patiënten per huisartspraktijk. We

meten de baseline data bij de patiënt, aanvullend gestructureerd interview van de behandelende arts en de karakteristieken van de praktijken. De onderzoeker is geblindeerd voor de interventie. De huisartsen krijgen na de inzameling van gegevens een opleiding in het uitvoeren van de GAZETO met meer nadruk op de thema's. In samenspraak met andere onderzoekers is hierbij ook ruimte voor focusgroepen bv. In de veranderingen in houding tov ouderen, informatica in de praktijk,…

Fase 3

Tijdens de vervolgcontacten meten we de primaire en secundaire uitkomstmaten van de GAZETO-trial: er is 3-maandelijks telefonisch contact met de arts en een jaarlijks uitgebreid contact met de patiënt . De onderzoeker is geblindeerd voor interventie. Fase 3 zal 3 jaar aanhouden.



Figuur 5: Overzicht van randomisatie en allocatie in de GAZETO-trial

Uitkomstmaten

We plannen om op het individuele patiënten niveau volgende primaire en secundaire uitkomstmaten te bepalen en te vergelijken in de GAZETO- en de controlegroep (**tabel 5**).

Tabel 5: overzicht van de primair en secundaire uitkomstmaten met frequentie van assessment

Primaire uitkomstmaten (frequentie van meting)	Secundaire uitkomstmaten (frequentie van meting)
Totale mortaliteit (3 maandelijks)	Valincidentie (jaarlijks)
Hospitalisatie (3 maandelijks)	Comorbiditeit: CIRS-G (jaarlijks)
Institutionalisering (3 maandelijks)	
Kwaliteit van leven: SF-36 (jaarlijks)	

Totale mortaliteit

De totale mortaliteit bij ouderen vanaf de leeftijd van 75 jaar stijgt logaritmisch verder. Wij willen onderzoeken of GAZETO een risicoreductie kan teweegbrengen bij deze ouderen. Wij definiëren totale mortaliteit als het aantal personen dat sterft gedurende een periode van 1 jaar en 3 jaar (duur van het onderzoek) gedeeld door het totale aantal personen in de onderzoekspopulatie. De gemeten variabelen zijn discrete, proportionele data.

Hospitalisatie

Ouderen hebben een grotere risico om binnen het jaar opgenomen te worden in het ziekenhuis voor een acute pathologie. De Gezondheidsenquête 2008[1] stelt dat 18% van de > 75 jarigen binnen het jaar opgenomen worden in een ziekenhuis. Wij definiëren hospitalisatie als de acute nood tot opvang in een ziekenhuis of spoedgevallendienst. Hierbij worden geen daghospitalisatie of geplande niet-levensreddende ingrepen (bv cataract) gerekend. De gemeten variabelen zijn discrete, metrische data.

Institutionalisering

Door het toenemende tekort aan bedden in de rusthuizen en rust- en verzorgingshuizen (RVT) is het belangrijk dat ouderen hun zelfstandigheid langer bewaren. Wij trachten met de GAZETO een daling van de RVT opnames te verkrijgen, door dit langer uit te stellen. We definiëren institutionalisering als effectieve opname in een RVT of rusthuis met uitzondering van een serviceflats uitgebaat door RVT/rusthuis. De gemeten variabelen zijn discrete, metrisch data.

Kwaliteit van leven: SF-36

Belangrijker dan het verlengen van het leven is de kwaliteit van leven bij de ouderen. Door het opsporen van de ongekende zorgnoden bij ouderen willen wij dat ouderen zich beter omringd voelen en een subjectief betere gezondheidstoestand kennen. Wij bepalen de kwaliteit van leven door middel van de SF-36 vragenlijst bij inclusie, na 1 jaar en 3 jaar. De gemeten variabelen zijn discrete, metrische data.

Valincidentie

25-30% van de ouderen is de laatste 12 maanden minstens eenmaal gevallen [2]. Dit gaat vaak gepaard met een bijkomende zorgnood waarvoor niet zelden een opname in het ziekenhuis nodig is. Door gebruik te maken van het multidimensionele model van de GAZETO proberen wij de valincidentie bij ouderen te reduceren. Onze definitie van vallen is een val in de privésfeer in de laatste 12 maanden ongeacht verder medische aandacht vereist te zijn. De gemeten variabelen zijn discrete, metrische data.

Comorbiditeit

Ouder worden is vaak verbonden met een verschillende aandoeningen die samen voorkomen. Multimorbiditeit is het geheel van alle aandoeningen bij de oudere patiënt. Comorbiditeit is het

geheel van aandoeningen die meespelen in een bepaalde ziektetoestand. Comorbiditeit wordt gemeten door de cumulative illnes rating scale for geriatrics (CIRS-G), gevalideerd voor de geriatrische populatie[3].

Steekproefgrootte

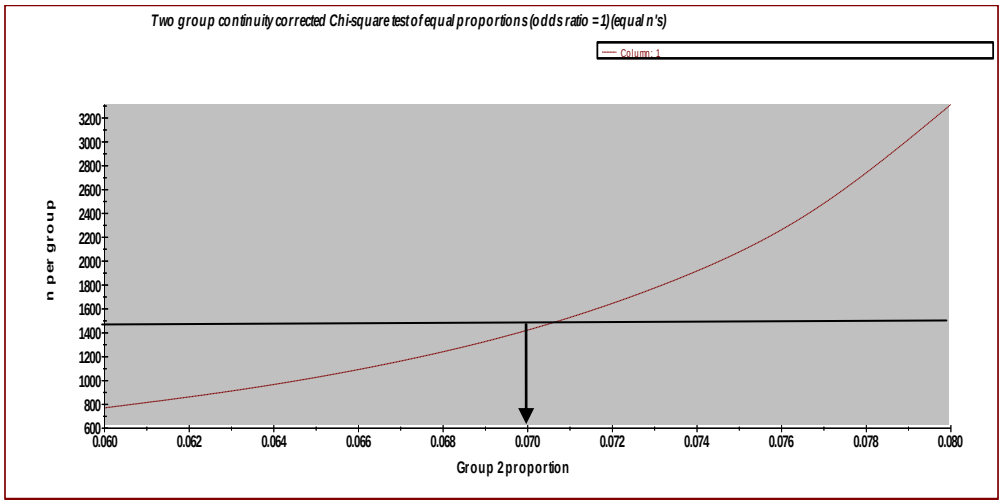
De berekening van de grootte van de steekproef gebeurt met een gewenste power (1-β) van 80% en gewenste significantie (α) van 0.05. We gebruiken een tweezijdige testrichting. We willen een klinisch relevante verandering van de primaire uitkomstmaten testen. De karakteristiek van deze variabele is discreet en proportioneel, hierdoor zullen we gebruik maken van de chi² test in onze statistische analyse.

Een grootte van de steekproef van 1422 in elke groep zal 80% power (1-β) hebben om een verschil te merken van minstens 30% tussen beide mortaliteitsproporties, gebruik makend van een 2-groepen χ^2 test met een 0.05 significantie. In deze berekeningen maken we gebruik van volgende assumpties: we verwachten dat het gebruik van de GAZETO een mortaliteitsreductie van 30% bij de 75-plussers kan teweegbrengen. We gaan uit van een mortaliteitsfrequentie van 10% bij de 75-plussers. De berekeningen werden uitgevoerd met behulp nQuery ® Advisor 7.0.

Hierdoor stellen we een interventiegroep van 1500 patiënten voor, we streven naar een 30 patiënten per cluster te includeren, dit maakt dat er 50 clusters of huisartsen moeten deelnemen aan de GAZETO-trial om de hypothese te kunnen verwerpen. We hebben hierbij dan ook nood aan 1500 controlepatiënten en een totale studiepopulatie van 3000 patiënten.

Tabel 6: steekproefgrootte berekening met mortaliteit als primaire uitkomstmaat. Two group continuity corrected chi² test of equal proportions (odds ratio = 1) (equal n's)

Mortaliteit	1	2	3	4	5
Test significance level, α	0,050	0,050	0,050	0,050	0,050
1 or 2 sided test?	2	2	2	2	2
Group 1 proportion, π_1	0,100	0,100	0,100	0,100	0,100
Group 2 proportion, π_2	0,090	0,090	0,080	0,070	0,060
Odds ratio, $\psi = \pi_2 (1 - \pi_1) / [\pi_1 (1 - \pi_2)]$	0,890	0,890	0,783	0,677	0,574
Power (%)	80	85	80	80	80
n per group	**13695**	**15637**	**3313**	**1422**	**771**



Figuur 6: mortaliteitsratio (x-as) in de interventiegroep ifv de steekproefgrootte (y-as)

Binnen het opzet van de studie kunnen we een hospitalisatiereductie van 20% aantonen, uitgaande van een hospitalisatiegraad van 18% per jaar bij de 75+ plusser (daling tot 14%).

Tabel 7: steekproefgrootte berekening met hospitalisatie in het laatste jaar als primaire uitkomstmaat. Two group continuity corrected chi² test of equal proportions (odds ratio = 1) (equal n's)

Hospitalisatie	1	2	3
Test significance level, α	0,050	0,050	0,050
1 or 2 sided test?	2	2	2
Group 1 proportion, π_1	0,180	0,180	0,180
Group 2 proportion, π_2	0,140	0,160	0,140
Odds ratio, $\psi = \pi_2 (1 - \pi_1) / [\pi_1 (1 - \pi_2)]$	0,742	0,868	0,742
Power (%)	80	80	83
n per group	**1367**	**5636**	**1500**

Stel dat wij uitgaan van een valincidentie bij 75-plussers van 30%, dan kan met voldoende power van de studie een 15% reductie aangetoond worden, op deze manier kan aangetoond worden of de GAZETO in aanmerking komt om de Vlaamse doestelling, een reductie van 20%, te bereiken.

Tabel 8: Steekproefgrootte berekening met valincidentie in het laatste jaar als primaire uitkomstmaat. Two group continuity corrected chi² test of equal proportions (odds ratio = 1) (equal n's)

Valincidentie	1	2
Test significance level, α	0,050	0,050
1 or 2 sided test?	2	2
Group 1 proportion, π_1	0,300	0,300
Group 2 proportion, π_2	0,250	0,253
Odds ratio, $\psi = \pi_2 (1 - \pi_1) / [\pi_1 (1 - \pi_2)]$	0,778	0,790
Power (%)	80	80
n per group	**1291**	**1463**

Randomisatie & blindering

Randomisatie van de huisartspraktijken in GAZETO en controlepraktijken gebeurt door middel van blok randomisatie. Een onafhankelijke medewerker is verantwoordelijk voor de uitvoering in het begin van het proces. De grootte van de blok is 4, per blok evenveel Intervention (i) als Control (c), maakt dat er 6 blokken zijn. Er wordt een cijferrij toegekend, wat dan ingevuld wordt met de bloks. Een onafhankelijke medewerker stelt randomisatie van de clusters op, deze is op geen enkele manier betrokken met het verdere onderzoek.

Na de randomisatie van de clusters worden medewerkers rondgestuurd bij de clusters op gerandomiseerde wijze: zij worden toegekend aan een cluster zonder de interventie hiervan te kennen. Bij het opmaken van de lijsten gaan zij op dezelfde manier te werk in beide groepen. Zij maken een lijst op van alle patiënten die aan de inclusiecritaria van de GAZETO-trial voldoen. Daarna maken ze een gerandomiseerd lijst van 33 patiënten (30+10% van de patiënten niet akkoord met inclusie) die verder gecontacteerd zullen worden door de behandelende arts en de onderzoekers.

Na het opstellen van de patiëntenlijst worden de baselinedata van de controlegroepen en de interventiegroepen door de geblindeerde onderzoekers verzameld (bijlage 1).

De interventiegroepen krijgen een korte opleiding van de GAZETO uitgevoerd door medewerkers. De controlegroepen worden volledig geblindeerd van het feit dat zij opgenomen zijn in een programma waarbij er door interventie een verandering wordt uitgelokt. Zij zijn van oordeel dat zij in een latere fase van het onderzoek opgeleid zullen worden voor gebruik van een softwareprogramma. De opleiders zijn niet verder betrokken in de gegevensverzameling waarbij contact nodig is met de artsen.

De lijst met 33 patiënten wordt niet verder gebruikt in de interventieclusters: randomisatie van de patiënten gebeurt door middel van contactrandomisatie: patiënten op de inclusielijst waarmee er contact is in de rekruteringsperiode wordt opgenomen. Een tweede rekruteringsperiode wordt enkele weken later georganiseerd. Tijdens elke periode worden er 15 patiënten geïncludeerd. Tijdens het eerste contact met de huisarts en de geïncludeerde patiënt wordt een korte uitleg gegeven over de bedoeling van de GAZETO. We verwachten geen grote uitval, gezien dit in de pilootstudie amper voorkwam dat inclusie in de studie geweigerd werd.

Medewerkers die op de hoogte kunnen zijn van de indeling van de interventie en controle zullen niet verder contact hebben met de artsen. Zij kunnen wel ingeschakeld worden voor gegevensverzameling van de patiënten, als de medewerker geblindeerd blijft van de cluster waartoe zij behoren. Het contact met de patiënten zal jaarlijks georganiseerd worden, gezien de tijdsintensieve arbeid.

Medewerkers die enkel de patiëntenlijst hebben opgesteld zullen ingeschakeld worden om de artsen 3 maandelijks te contacteren (telefonisch of elektronisch) om de gegevens met betrekking tot mortaliteit, hospitalisatie en institutionalisering te verzamelen.

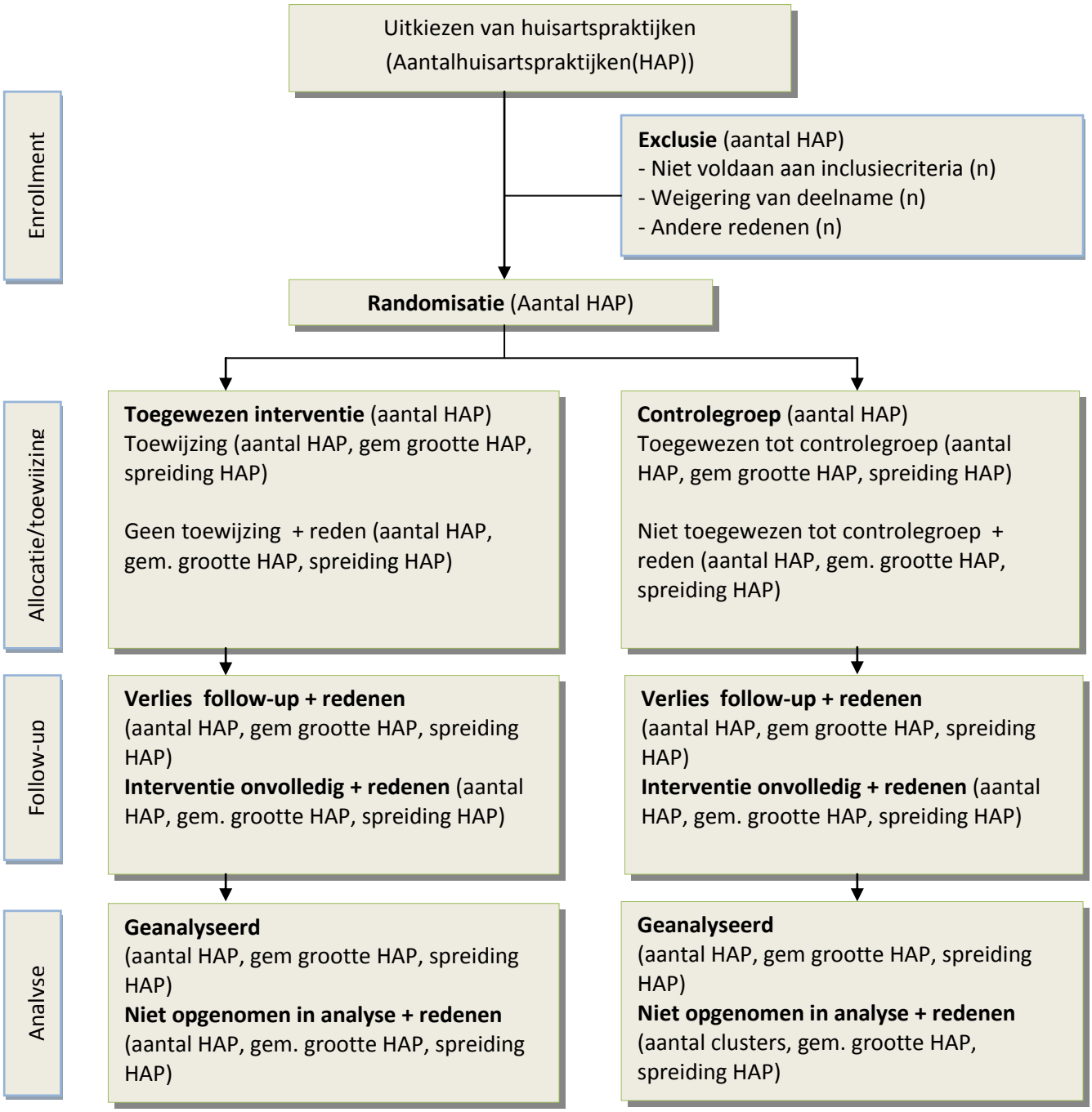
Statistische verwerking gebeurt door onafhankelijke statistica die via overleg met de hoofdonderzoeker de primaire uitkomstmaten in beeld proberen te brengen.

Statistische methode

Het gebruik van discreet metrische variabelen laat toe om de chi² test uit te voeren, zodanig een significant verschil te vinden tussen de proportie van de interventie- en controlegroep met een confidence interval van 95%.

Resultaten

Stroomdiagram huisartspraktijken (HAP)



Figuur 7: model stroomdiagram GAZETO-trial van de huisartspraktijken en patiënten

Data bij aanvang van de studie (baseline data)

Hierbij een overzicht van de baselinedata op patiënten- en huisartspraktijkniveau. Met dit overzicht wordt er inzicht verschaft in de samenstelling van de verschillende groepen.

Tabel 9: baselinedata van de deelnemende patiënten van de GAZETO-trial

Patiëntniveau	Interventie groep	Controle groep
Totaal aantal patiënten (% van totaal)		
Gemiddeld aantal patiënten per cluster (SD)		
Gemiddelde leeftijd (SD)		
Man (%) / Vrouw (%)		
Burgerlijke stand - **Ongehuwd (%)** - **Gehuwd (%)** - **Gescheiden (%)** - **Weduwe/weduwnaar (%)**		
Huishouden - **Alleenwonend (%)** - **Wonende met partner (%)** - **Wondend met andere (%)**		
Gemiddeld aantal medicatie (SD)		
Gemiddelde gewicht, kg (SD)		
Gemiddelde lengte, cm (SD)		
BMI kg/m² (SD)		
Rookgeschiedenis - **Roker** - **Ex-roker (>6 maand)** - **Nooit gerookt**		

Tabel 10: baselinedata van de deelnemende huisartspraktijken van de GAZETO-trial.

Clusterniveau	Interventie groep	Controle groep
Aantal praktijken/clusters (n)		
Gemiddelde leeftijd van de arts (SD)		
Aantal artsen in de praktijk - **Solopraktijk (%)** - **Duopraktijk of solopraktijk met haio (%)** - **Groepspraktijk (> 2 artsen) (%)** - **Wijkgezondheidscentrum (%)** - **Multidisciplinair centrum (%)**		
Administratieve ondersteuning - **Geen (%)** - **Praktijkassistent (%)** - **Telesecretariaat (%)** - **Elektronische dienst (%)** - **Partner (%)**		
Informatisering van de praktijk		
Softwarepakket		
Geografie van de praktijk - **Vlaanderen (%)** - **Wallonië (%)** - **Brussel (%)**		
Gemiddeld aantal GMD's (SD)		
Gemiddelde aantal 75+ (SD)		

Geanalyseerde gegevens

Wij maken gebruik van het intention-to-treat principe: alle personen die in aanmerking komen voor een screeningsprogramma worden opgenomen in de analyse. Na toewijzing van de onderzoeksgroepen wordt niet meer gewijzigd. Alle toegewezen patiënten worden betrokken in de analyse, ongeacht of zij de toegewezen behandeling gevolgd of voltooid hebben.

Tabel 11:overzicht van de geanalyseerde gegevens op niveau van de patiënten en de huisartspraktijken van de GAZETO-trial.

Patiëntniveau	Interventie groep	Controlegroep
Totaal aantal patiënten (% van totaal)		
Gemiddeld aantal patiënten per cluster (SD)		
Aantal praktijken (n)		

Uitkomstmaten en schattingen

Tabel 12: gestructureerd overzicht van de resultaten van de primaire uitkomstmaten van de GAZETO-trial.

Primaire uitkomstmaten	Interventie-groep	Controle-groep	Intercluster coefficient (ICC)	Odds ratio (95% CI)	χ^2	P-value
Totale mortaliteit - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**						
Hospitalisatie - **Na 6 maand** - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**						
Institutionalisering - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**						
Kwaliteit van leven: SF-36 - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**						

Tabel 13: gestructureerd overzicht van de resultaten van de secundaire uitkomstmaten van de GAZETO-trial.

Secundaire uitkomstmaten				
Valincidentie - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**				
Comorbiditeit - **Na 1 jaar** - **Na 2 jaar** - **Na 3 jaar**				

Schade

De GAZETO-trial is een interventionele studie waarbij de zorg op een gestructureerde manier wordt aangeboden. Er worden geen extra geneesmiddelen of technische onderzoeken gevraagd zonder dat dit reeds in de gewone zorg aan bod zou komen. Hierdoor zijn wij van oordeel dat de GAZETO-trial geen schade aan de patiënten kan berokkenen.

Besluit

In het buitenland werden reeds met succes CGA-zorgmodellen toegepast en bestudeert naar effectivitiet[4]. Via CGA probeert men de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen in te schatten. Deze zorgmodellen hebben een positief effect op de kwetsbaarheid van deze ouderen. Met de GAZETO hebben wij een instrument ontwikkeld voor de eerstelijnszorg. In de eerste fasen van ons onderzoeksproject stellen we vast dat we gemiddeld 2.26 nieuwe problemen, met een maximum van 7, ontdekken bij het uitvoeren van de GAZETO. De prevalenties van de topics die aan bod komen in de agenda, geven een beeld dat de GAZETO zijn doel niet mist. Het is echter belangrijk ook een effect te zien van de interventie in de eerstelijnszorg. Het opstellen van een protocol voor deze studie laat ons toe de verschillende facetten naar boven te laten komen. Wij maken gebruik van de "Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) statement" richtlijnen om een protocol op te stellen, zodat de het verloop van de toekomstige GAZETO-trial op een transparante manier kan verlopen[5]. We kiezen voor het opstellen van een cluster gerandomiseerd onderzoek omdat de interventie op niveau van de huisarts en niet de patiënt gebeurt. Het zou immers niet eenvoudig zijn als de arts bij één patiënt de GAZETO en bij de andere 'usual care' uitvoert met uitgebreide achtergrond omtrent het thema kwetsbaarheid. De berekeningen leren ons dat een steekproefgrootte van 3000 patiënten verdeeld over een interventie- en een controlegroep ons met 80% zekerheid en 95% significantie, een mortaliteitsreductie van 30% zou kunnen aantonen. Concreet stellen wij een trial voor bij 100 huisartspraktijken, waarvan de helft de GAZETO uitvoert bij 30 patiënten. Het opstellen van de primaire uitkomstmaten laat ons toe een precieze definitie aan deze variabelen te geven. Het interesseert ons vooral de effectiviteit gedurende 3 jaar te kennen op vlak van totale mortaliteit, hospitalisatie, institutionalisering en levenskwaliteit. Secundair zouden wij de comorbiditeit en de valincidentie in deze populaties willen observeren.

Referenties

1. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L et al. Gezondheidsenquête, België 2008: Rapport III: medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance;2010:42-43.
2. Wertelaers A, Govaert F . Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers. Huisarts Nu 2001; 30 (10):434-52.
3. Waldman E, Potter JF. A prospective evaluation of the cumulative illness rating scale. Aging (Milano). 1992 Jun;4(2):171-8.
4. Stuck A, IliffeS. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence; BMJ 2011; 343.
5. Campbell M, Elbourne D en Altman D. Consort statement: extension to cluster randomised trials. BMJ 2004;328;702-708

Appendix 2

De GAZETO: haalbaarheid en uitvoerbaarheid binnen de huisartspraktijk.

Dr. A. Helsmoortel

Inleiding

De nood aan een beter gestructureerde aanpak van de medische zorg voor ouderen is groter dan ooit. Biedt het GAZETO programma hier dan ook een oplossing voor[1]? Tijdens deze substudie werd nagegaan of het gebruik van een dergelijk programma haalbaar en uitvoerbaar is binnen de huisartspraktijk in België. In verschillende andere landen werden reeds soortgelijke programma's ontwikkeld en met succes in de huisartspraktijk getest[2,3,4]. De uitkomstmaten van dit onderzoeksdeel liggen vooral op artsniveau. De baten voor de patiënt werden hier niet in rekening genomen. Op de volgende vragen werd gepoogd een antwoord te krijgen: Wat zijn de subjectieve bevindingen van artsen als de GAZETO wordt voorgesteld? Hoe groot is de tijdsinvestering om het programma volledig te doorlopen? Op welke manier kan de GAZETO ingepast worden in de consultaties? Hoe staan artsen ten opzichte van het programma na gebruik?

Methode

Het onderzoek werd opgedeeld in 3 in de tijd opeenvolgende delen. Voor het gebruik van het programma werd een interview afgenomen in 2 grote groepspraktijken en 1 lokale overleg kring. Eerst werd een semigestructureerd interview afgenomen betreffende de attitudes van huisartsen tegenover ouderen. De resultaten hiervan kan u nalezen in appendix 4. Hierna werd het programma aan hen voorgesteld en werd bevraagd hoe ze hier tegenover staan. Deze fragmenten werden opgenomen en nadien opnieuw beluisterd en geanalyseerd.

Vervolgens werd tijdens het gebruik van het programma gevraagd om ervaringen te registeren. Of er problemen zijn met de uitvoering van bepaalde vragenlijsten of testen, welke topics te veel tijd vragen, patiëntenreacties...? Er werd tevens aan alle deelnemende artsen gevraagd om de tijd te registreren die nodig was voor de uitvoering van de GAZETO. Dit kon door het aanklikken van een klok in het programma of door manueel de tijden te registreren.

De GAZETO werd op twee verschillende manieren uitgevoerd. Ofwel in verschillende consultaties, waarbij telkens een deeltje van het programma met de patiënt werd doorlopen. Of in één, op voorhand met de patiënt afgesproken, langer durende consultatie om het volledige programma af te werken. Er werd voor elke patiënt op voorhand een dossierextract opgesteld met de gekende pathologieën en medicaties. Dit gebeurde op basis van het elektronisch medisch dossier (EMD) en in samenspraak met de behandelende huisarts.

Na het gebruik van het programma werd aan de artsen die het programma gebruikt hadden een matrix enquête voorgelegd. Deze bestond uit 4 onderdelen: bevraging over het internetprogramma zelf, over de haalbaarheid, betreffende de uitvoerbaarheid en over de resultaten. Daarnaast werd met open vragen getoetst naar positieve punten, punten van kritiek, overbodige of ontbrekende topics en patiëntenreacties. Hierin werden ook de gebruikservaringen opgenomen.

Resultaten

Interview

Uit de opnames van het interview werden volgende meningen weerhouden. Ze weerspiegelen vaak ideeën van verschillende artsen binnen een groep.

“Het is moeilijk om bij elke patiënt alles te gaan testen. Misschien moet het programma gebruikt worden om gericht op klachten in te gaan.”

“Nuttig om een gestructureerde agenda op te stellen.” "Er is nood aan een gestructureerde manier om geen problemen te vergeten."

"Er zijn heel veel ouderen, met heel veel problemen, dus we hebben een dergelijk programma nodig."

“Veel moeite voor beperkte opbrengst.” ↔ “We denken met dit programma wel veel nieuwe diagnoses te vinden. Dus toch nuttig om alles eens op te sommen.”

"Zo'n programma vraagt waarschijnlijk wel een grote tijdsinvestering."

“Als je het programma éénmaal hebt uitgevoerd wordt het de volgende jaren vermoedelijk wel minder werk om het aan te passen.”

“Het kost waarschijnlijk meer tijd bij ‘slechtere’ patiënten, maar levert hier misschien ook meer op.”

“In groepspraktijken komen patiënten bij verschillende artsen, dus daar zullen we moeten samenwerken.”

“Het vraagt veel tijd om dit zomaar tussen de consultaties door te doen. Het zou beter zijn om dit te plannen.” “De vragenlijsten moeten kort gehouden worden en niet teveel open vragen.”

“De patiënten zullen dit zeker appreciëren.”

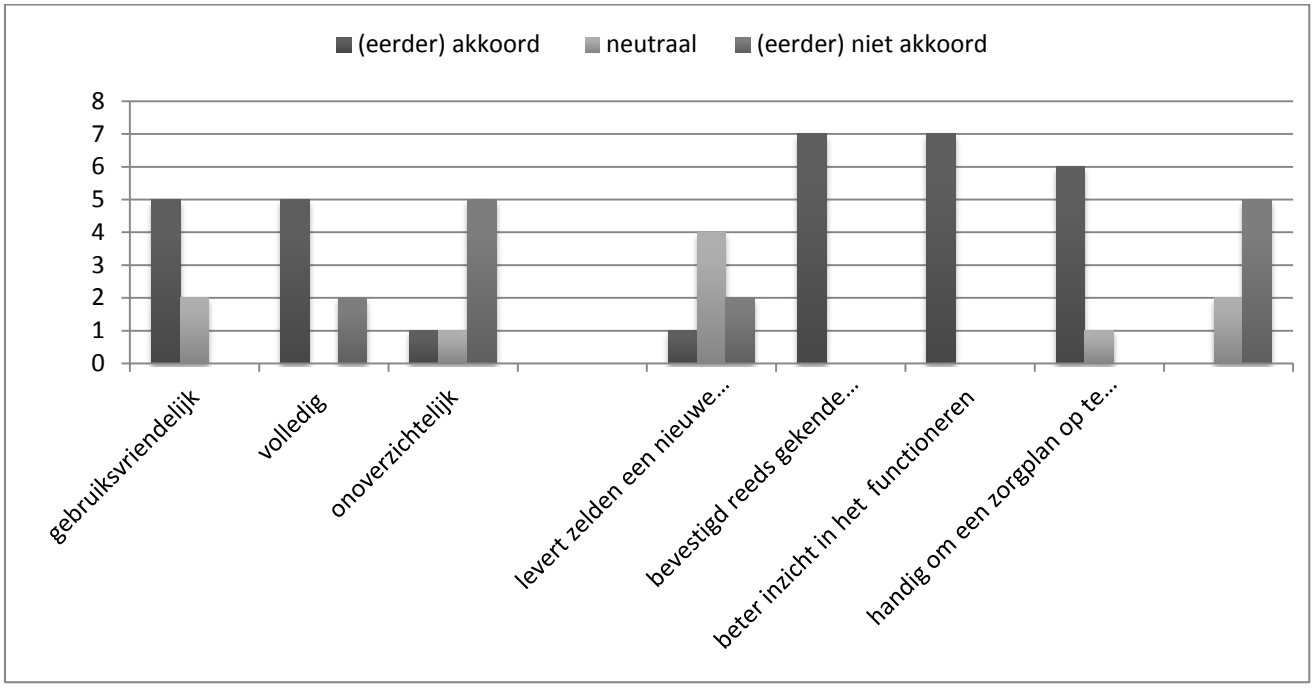
“Moeilijker uitvoerbaar op huisbezoek.” “Een laptop verandert de huiselijke sfeer van een huisbezoek.”

“Haalbaar als er een financiële vergoeding voor is.”

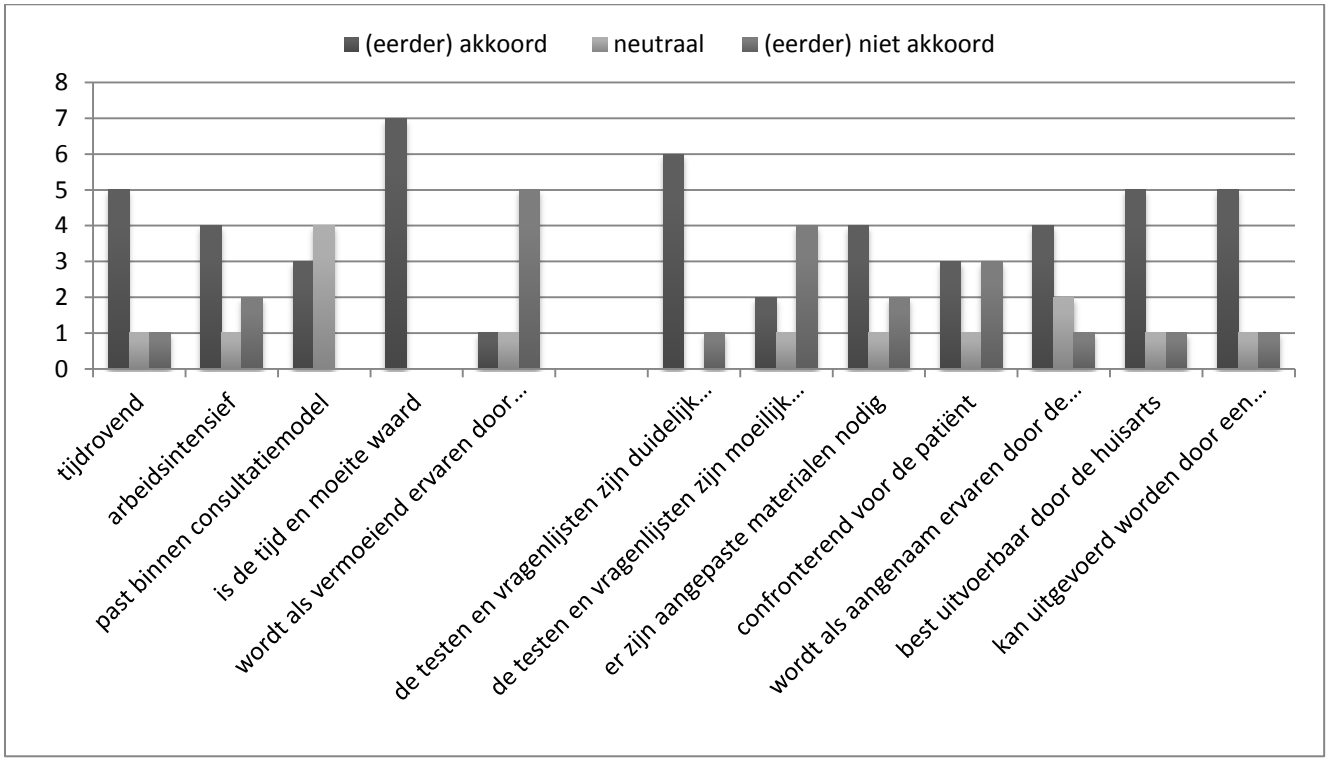
“De uitvoering is mogelijk door een praktijkassistentie/ preventiemanager, waarna de resultaten met de arts worden besproken."

Enquête

Figuur 8: het programma en resultaten



Figuur 9: haalbaarheid en uitvoerbaarheid



Registraties tijdens gebruik en open enquête vragen

Positieve punten

Het programma wordt door de meeste artsen als handig en gebruiksvriendelijk ervaren. Door de informatisering is het overal beschikbaar, ook op huisbezoek.

De GAZETO wordt vooral gezien als een instrument om op een gestructureerde manier een overzicht te geven van de zorgbehoeftes, moeilijke thema's aan bod te brengen en te bevragen wat de patiënt nu eigenlijk echt belangrijk vind. Zo kan het ook gebruikt worden om een zorgplan op te stellen.

Door de patiënten word het over het algemeen als aangenaam ervaren, ondanks soms zeer emotionele reacties zijn ze tevreden dat er tijd in hen wordt geïnvesteerd.

Punten van kritiek

Als meest frequente opmerking komt naar voor dat de vragenlijsten ingekort moeten worden, vooral voor het topic "psychosociaal". De screening naar osteoporose is te vaak vals positief. De communicatie met het EMD moet geoptimaliseerd worden.

Welke testen ontbreken

Hier werden seksueel functioneren, mantelzorg, prostatisme en pijn naar voor gebracht.

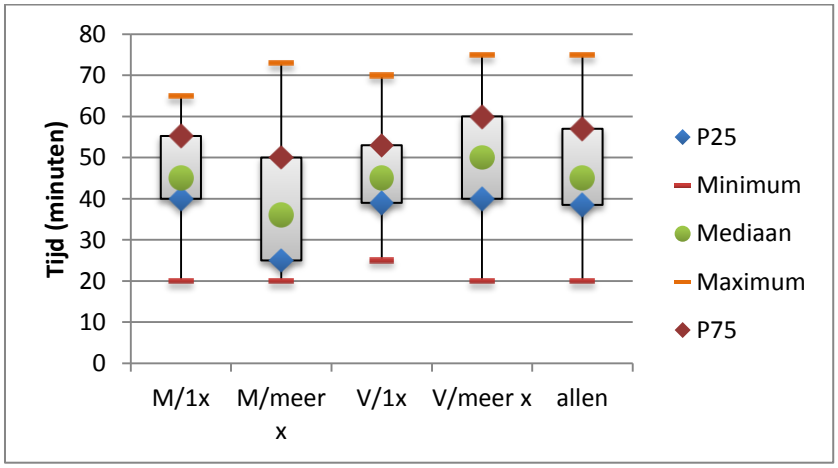
Reacties van patiënten

Over het algemeen enthousiast en positief. Vaak worden patiënten wel emotioneel, soms ook wat ongerust. De meeste vinden de testen een uitdaging, een manier om over hun leven te vertellen. Slechts enkele werden ongeduldig omdat het teveel tijd in beslag nam.

Tijdsregistratie

Deze registratie werd uitgevoerd bij 104 patiënten en werd opgedeeld volgens geslacht en de uitvoering van de GAZETO in 1 consult of in meerdere consulten. De minimum tijd bedraagt 20 minuten, de maximum tijd 75 minuten. De gemiddelde tijd om het programma uit te voeren ligt tussen de 40 en 50 minuten. Waarbij het gemiddelde bij mannen op 43 minuten ligt en bij vrouwen op 47 minuten. (Figuur 10)

Figuur 10: Totale tijdsinvestering per groep



Discussie

De artsen die in het interview werden opgenomen blijken de noodzaak aan dit soort programma ook binnen hun praktijk te voelen. De GAZETO werd dan ook met enthousiasme onthaald. Toch staan sommige artsen sceptisch tegenover het gebruik bij elke patiënt. Ook en vooral over de tijdsefficiëntie en de opbrengst van nieuwe diagnoses heerst discussie. Er kwam ook enkele keren naar voor dat een financiële vergoeding een positieve drijfveer kan zijn. Indien deze artsen het programma zouden gebruiken, dan gaat de voorkeur er naar uit om een afspraak te plannen, waarbij voldoende tijd kan worden voorzien. Dit in tegenstelling tot de originele opzet van het GAZETO project om het programma bij elke 'spontane' consultatie van de patiënt te gebruiken. Om het programma optimaal in de consultatie in te passen moet de communicatie met het EMD vlotter verlopen. Binnen de groepspraktijken moet een goede samenwerking zijn, omdat ouderen door verschillende artsen worden gezien. Bovendien kan de hulp van een praktijkassistente worden ingeschakeld.

Uit de enquête blijkt dat het programma zelf door de meeste artsen als gebruiksvriendelijk, volledig en overzichtelijk wordt ervaren. De meerderheid vindt dat het programma veel tijd en moeite vraagt, maar allen zijn van mening dat dit het waard is. Of de GAZETO in deze vorm binnen het consultatiemodel past is nog in vraagstelling. Alle artsen zijn het erover eens dat de GAZETO een beter inzicht geeft in het lichamelijk en psychisch functioneren van de ouderen en de meeste vinden het dan ook een handig instrument om een concreet zorgplan op te stellen. Hoewel artsen en/of patiënten het programma soms als confronterend ervaren, wordt het toch hoofdzakelijk als aangenaam bestempeld. De meerderheid vindt dat de GAZETO best wordt uitgevoerd door de huisarts, maar dat ook de hulp van een praktijkassistente kan ingeschakeld worden.

Een belangrijke opmerking hierbij is dat vijf van de zeven artsen die het programma hebben gebruikt en dus de enquête hebben ingevuld ook bij de opzet van de studie zijn betrokken. Dit zorgt natuurlijk voor een belangrijke bias in de resultaten.

Uit de opmerkingen besluiten we dat de vragenlijsten nog korter en tijdsefficiënter moeten gemaakt worden. Vooral op het topic "psychosociaal" kwam veel commentaar, omdat deze vragenlijsten te lang en onpraktisch zijn. Bovendien kunnen er weinig oplossingen geboden worden voor problemen op dit vlak. Er moeten in de toekomst misschien ook nog enkele onderwerpen aan het programma worden toegevoegd.

Met een gemiddelde tijd tussen de 40 en 50 minuten zou de GAZETO een kleine 5 minuten per consultatie extra vragen. We gaan er hierbij vanuit dat de 75-plusser gemiddeld 11 keer op consultatie komt bij de huisarts.[5] De GAZETO kan ook in één, langer durend, consult worden uitgevoerd. De voor- en nadelen hiervan worden uitvoerig toegelicht in **appendix 4**.

De tijdsregistraties tijdens deze studie zijn slechts indicatief. Er werd zoveel mogelijk geprobeerd om een exacte registratie uit te voeren met behulp van de klok die in het programma werd geïnstalleerd. Men moet er echter rekening mee houden dat er in een huisartspraktijk vaak interfererende factoren zijn, zoals telefoon, dringend huisbezoek, etc... De klok werd bovendien niet altijd correct in- en uitgeschakeld, waardoor soms met ruwe schattingen van tijden werd gewerkt. Enkele vragenlijsten werden eerst op papier met de patiënt overlopen en pas op een later tijdstip in de computer ingegeven, ook hier werd een schatting van de tijd gemaakt. Het registreren van de tijd is bovendien eenvoudiger en meer betrouwbaar als de GAZETO in één consult wordt uitgevoerd. Indien dit tijdens

verschillende consultaties en/of door verschillende artsen is gebeurd, merk je vaak overlap tussen de routinezorg en het bevragen van onderwerpen uit de GAZETO. Vaak wordt ook meer op basis van een aanknopingspunt een bepaald onderwerp gekozen, wat het moeilijk maakt om te definiëren wanneer de tijd ingaat of de tijd voor dit topic soms helemaal niet werd geregistreerd. Dit kan een verklaring bieden voor de grote variatie in de tijdsregistratie tussen verschillende patiënten. Daarenboven is het per onderzoeker afhankelijk of ook verdere stappen werden ondernomen. Als de screening en diagnose positief zijn werd door sommigen al een korte interventie gedaan op vlak van behandeling, anderen stelden dit uit voor een later consult.

Besluit

Er is nood aan een beter gestructureerde aanpak van de zorg voor ouderen en de GAZETO kan hier mogelijks een antwoord op bieden. Door de meeste artsen wordt het programma positief ontvangen. Het is haalbaar en uitvoerbaar binnen de huisartspraktijk, mits het optimaliseren van de tijdsefficiëntie en een eventuele financiële vergoeding. Ook aan de communicatie met het EMD moet nog gewerkt worden. Om een definitieve uitspraak te kunnen doen over de zin van de implementatie van het programma op grote schaal in de huisartspraktijk is echter verder onderzoek nodig door middel van een prospectieve RCT (**appendix 1**).

Referenties

1. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM; De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012 (in druk)
2. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M et. al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br J Gen Pract 2004; 54: 914-918.
3. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J; Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria; BMC Geriatrics 2004, 4:4.
4. Stuck A, IliffeS; Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence; BMJ 2011; 343.
5. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L et al. Gezondheidsenquête, België 2008: Rapport III: medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance;2010:42-43.

Appendix 3

De GAZETO-agenda: Verschillende uitvoeringsmodaliteiten

Dr. S. Depraetere

Inleiding

Elke 75-plusser heeft gemiddeld 11 contacten per jaar met de huisarts. De GAZETO werd ontworpen om te gebruiken als aanvulling van die contacten[1]. Bij elk contact worden één of meerdere topics uit de agenda uitgevoerd. Deze agenda kan aan de patiënt ook worden aangeboden als een screeningsconsult en wordt dan in één keer uitgevoerd. Uit eerdere studies bleek al dat oudere patiënten open staan voor gelijkaardige initiatieven en dat ze hun deelname achteraf positief evalueren[2]. Het doel van deze studie is de voor- en nadelen van de uitvoering in een keer na te gaan, zowel vanuit het standpunt van de patiënt, de arts als de HAIO en de vergelijking te maken met de uitvoering in meerdere keren. In dit geval werd het consult uitgevoerd door een HAIO en niet door de eigen huisarts, omwille de praktijkstructuur en organisatie in de testpraktijk.

Materiaal en methode

De patiënten werden geselecteerd vanuit het elektronisch medisch dossier (EMD). Er werd een lijst opgesteld van alle patiënten geboren voor 1936, dit wil zeggen alle 75-plussers in de praktijk in juni 2011. De gegevens van deze lijst werden patiënt per patiënt geëvalueerd aan de hand van exclusiecriteria (**tabel 14**)

Tabel 14: exclusiecriteria

Exclusiecriteria Groepspraktijk Hoeilaart
Overleden
Adreswijzing
Opgenomen in een rusthuis of ziekenhuis
Reeds lange tijd geen contact of zeer beperkt aantal contacten
Palliatief of verwachte levensduur < 6 maand
Duidelijke vermelding van dementie in het EMD (MMSE < 24) of door behandelende arts
Franstalig of anderstalig

Na het doorvoeren van deze exclusiecriteria bleven er nog 580 mogelijke deelnemers over. Uit deze lijst werd een willekeurige selectie gemaakt van 119 patiënten. Deze lijst werd voorgelegd aan de behandelende artsen samen met een lijst van de exclusiecriteria, waardoor nog 33 patiënten werden geschrapt. Van de overgebleven patiënten werden er 35 telefonisch gecontacteerd, 30 waren bereid

om mee te werken, 5 weigerden participatie. 51 patiënten werden omwille van tijdsgebrek niet gecontacteerd. Van 3 patiënten zijn er uiteindelijk geen gegevens. (**bijlage 1**).

De GAZETO zoals omschreven in het HANU artikel (**supra**) werd toegepast bij 27 patiënten van de 'Groepspraktijk Hoeilaart'. De agenda werd in volledig uitgevoerd bij alle deelnemers tijdens één enkel contact. Dossiergegevens werden op voorhand geëxtraheerd uit het EMD door de uitvoerende arts en apart door de behandelende arts. Deze gegevens werden vergeleken en overlopen met de patiënt.

De evaluatie van de GAZETO gebeurde na de uitvoering. De patiënten kregen mondeling enkele vragen voorgelegd over de inhoud, uitvoering en algemene tevredenheid. De patiënten waren steeds op voorhand geïnformeerd. Ze hadden meegekregen dat ze steeds mochten vragen om te stoppen of om een pauze te nemen als het te moeilijk of te vermoeiend was.

Na de verwerking van de resultaten werden deze besproken met de behandelde artsen. Hun mening over de resultaten en het nut van de GAZETO werd bevraagd.

In de andere testpraktijken werd de GAZETO bij alle of een gedeelte van de patiënten uitgevoerd in meerdere keren. Tijdens een discussiemoment werden de ervaringen en meningen van de onderzoekers over de verschillende modaliteiten besproken en opgelijst.

Resultaten

Bij 27 patiënten werd De GAZETO uitgevoerd, waarvan 8 mannen en 19 vrouwen.
Als het mogelijk was kwam de patiënt naar de praktijk op consultatie, dit was 10 keer het geval. De overige patiënten werden thuis gezien.

Contact met patiënten en verloop van het consult

Het contact tussen de patiënten en de onderzoeker was spontaan en aangenaam. Elke consult of bezoek verliep bijzonder vlot en ontspannen. Geen enkele keer werd er gevraagd om te stoppen of te pauzeren, zelfs niet als de onderzoeker dit suggereerde omwille van een emotionele situatie of een vermoeden van vermoeidheid.

Evaluatie van het consult door de patiënt

Bij navraag vond geen enkele patiënt het storend dat het niet zijn eigen huisarts was die het consult uitvoerde. Sommigen vonden het aangenaam om een andere arts te leren kennen. Geen enkele vraag werd als confronterend of storend beoordeeld, zelfs niet door patiënten voor wie sommige vragen confronterend leken. De patiënten waren allemaal tevreden over de tijd die de GAZETO in beslag nam en vonden het niet belastend. Het was zelfs zo dat verschillende patiënten zeer positief waren over de tijd die de onderzoeker spendeerde met hen. Andere patiënten reageerden eerder neutraal. Hieronder enkele voorbeelden van reacties.

"ik vind het zeer goed dat er eindelijk eens aandacht is voor de oude mens, dit is een fijn initiatief" (DL)

“zo ben ik ook nog eens een voormiddag bezig hé” (PM)

“het is toch goed dat er eens wat beter naar ons gekeken wordt, oud zijn is al zo moeilijk” (VDB)

“als ik u ermee kan helpen” (CJ)

Evaluatie door de behandelde arts

Alle artsen vinden dat dit soort consult nuttig kan zijn en eventueel door iemand anders dan de behandelende arts kan worden uitgevoerd. De HAIO vinden ze hiervoor de meest geschikte persoon. De inschakeling van een praktijkassistent wordt ook als een mogelijkheid gezien. De artsen kregen geen negatieve feedback van hun patiënten over het onderzoek. Sommige hebben al actie ondernomen aan de hand van de resultaten. Ze vonden het goed dat er iemand met een frisse blik naar het dossier van hun patiënt keek.

Evaluatie door de onderzoeker/HAIO

Door de GAZETO uit te voeren werd het contact tussen de HAIO en de geriatrische patiënten van de praktijk positief beïnvloed. Door het goede contact tussen de HAIO en de patiënt tijdens de uitvoering werd een basis va n vertrouwen gelegd. De patiënten hebben het gevoel dat de HAIO weet wat hun problemen zijn en hen nu beter begrijpt. In de praktijk is al duidelijk merkbaar dat de deelnemende patiënten gemakkelijker vragen naar de HAIO als hun behandelende arts afwezig is.

De uitvoering van de GAZETO was voor de HAIO soms vermoeiend en eentonig, vooral als er meerdere patiënten op één dag werden gezien. Dit leidde soms tot verminderde interesse in de patiënt zijn verhaal.

Besluiten en discussie

De GAZETO is gemakkelijk uitvoerbaar in één consult of huisbezoek. Het programma in één keer overlopen biedt geen meerwaarde ten opzichte van de uitvoering in meerdere keren, maar is een goed alternatief. De tijdsbesteding en de resultaten bij de uitvoering in één consult zijn vergelijkbaar (**appendix 2**). Dit wordt ook niet als vermoeiend ervaren door de patiënt.
De patiënten geven ook aan het langere contact met de arts aangenaam te vinden, ze kunnen eens echt hun verhaal doen. Er moet wel opgemerkt worden dat de onderzoeker de patiënten ruim had ingepland en daardoor niet onder tijdsdruk stond. In een alledaagse situatie zal vermoedelijk minder tijd uitgetrokken worden.
De GAZETO kan door een andere dan de behandelende arts worden uitgevoerd gezien dit door de patiënten niet als storend wordt ervaren. Een voordeel hiervan lijkt dat een andere arts een andere kijk op het dossier van de patiënt heeft en hierdoor minder bevooroordeeld is bij de uitvoering van het programma. Dit kan positief zijn voor de patiënt. De inschakeling van een praktijkassistent om de eerste stappen van het programma uit te voeren is ook een mogelijkheid. De uitvoering door de HAIO is een unieke manier voor deze HAIO om in contact te komen met de oudere populatie van de praktijk. Een voorwaarde voor een vlotte uitvoering door iemand anders dan de behandelende arts is dat het EMD goed gebruikt wordt en correct ingevuld is. De praktijk toont dat dit vaak niet het geval is.

Het zou positief zijn moest de GAZETO kunnen gebruikt worden zoals een GMD+ consult maar dan specifiek voor 75-plussers. Omdat de uitvoering van de GAZETO een extra werkbelasting met zich meebrengt valt het te vrezen dat zonder extra vergoeding het programma niet zal gebruikt worden ondanks de mogelijk positieve effecten voor de patiënt.

Om een nomenclatuurnummer te bekomen zal er in de toekomst met extra onderzoek moeten worden bewezen dat er een positief effect is voor de patiënt (**appendix 1**). De voor- en nadelen worden nog eens op een rij gezet in **tabel 15**.

Tabel 15: voor- en nadelen modaliteiten

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

Referenties:

1. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM. De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012 (in druk)

2. Giancarlo Lucchetti & Alessandra L. Granero. Use of comprehensive geriatric assessment in general practice: Results from the ‘ Senta Pua ’ project in Brazil; European Journal of General Practice, 2010, 1–8

Appendix 4
De GAZETO-agenda: houding van huisartsen tegenover ouderen

Dr. B. Willekens

Inleiding

Het is bekend dat de kwaliteit van de geleverde zorg in belangrijke mate wordt beïnvloed door de houding van de hulpverleners tegenover de zorgbehoevenden. Dit is een domein dat tot op heden nog te weinig aandacht krijgt omdat we te weinig stilstaan bij het proces van beeldvorming en de invloed die deze beeldvorming kan hebben op de omgang en de communicatie met de patiënt en diens naasten[1].

Deze studie exploreert de attitude van artsen tegenover ouderen. Een attitude is een door ervaring gevormde positieve of negatieve houding ten opzichte van iets of iemand, die tot uiting komt in iemands overtuigingen, gevoelens of gedrag. Een attitude kan een voorspellende factor zijn voor een bepaald gedrag, dus ook met betrekking tot gestructureerde preventie bij ouderen en het gebruik van comprehensive geriatric assessment (CGA) in de huisartspraktijk[2, 3]. Negatieve attitudes kunnen ontstaan uit negatieve overtuigingen die maatschappelijk worden gecreëerd en vaak verweven zijn met regelgevingen en instellingen. Het begrip ageïsm wordt in de wetenschappelijke literatuur gedefinieerd als een proces van systematisch stereotyperen en discrimineren van personen omdat ze oud zijn[4]. Professionals in de gezondheidszorg zijn vaak extra gevoelig voor ageïsm omdat ze vooral contact hebben met zieke en afhankelijke ouderen[5]. Dit resulteert in negatieve stereotypen over ouderen die geassocieerd zijn algemene achteruitgang. Hierdoor kunnen de problemen en zorgnoden van ouderen onderbelicht blijven en beschouwd worden als deel van het verouderingsproces[6]. Ageïsm heeft ook een negatieve invloed op het zelfvertrouwen en het gedrag van ouderen. De oudere zal na verloop van tijd gaan geloven wat men over zijn toestand denkt.

Methode

De gegevens werden verzameld met behulp van semigestructureerde groepsinterviews en een gestandaardiseerde vragenlijst. Er werd nagegaan hoe het was gesteld met de attitudes van de deelnemende huisartsen tegenover ouderen.

De huisartsen werden gerekruteerd uit drie verschillende landelijke groepspraktijken en één stedelijke LOK-kring. In dit onderzoek werden gegevens verzameld van dertig gevestigde huisartsen. De vrouw-man ratio was 0,7. Het aantal deelnemers per groepsinterview varieerde van vijf tot acht deelnemers. De gemiddelde duur van een groepsinterview was 42 minuten.

In totaal werden er vier semigestructureerde interviews afgenomen. Deze interviews werden geleid door twee moderators. Om de diepte-analyse van de interviews te bevorderen, werd gepoogd om een veilige omgeving te creëren voor de huisartsen. Alle interviews werden opgenomen en het script

werd onafhankelijk geanalyseerd door de twee moderators. Hierbij werden voorgedefinieerde vragen en doelen gebruikt als uitgangspunten voor de codering.

Om een nog beter inzicht te krijgen in de attitudes van de huisartsen werd gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst, die schriftelijk werd afgenomen. Dit meetinstrument werd opgesteld op basis van de Kogan's Old People Scale[7]. De gestructureerde vragenlijst bestaat uit 22 stellingen waarvan de ene helft een positieve en de andere helft een negatieve inhoud heeft (tabel 17). De stellingen werden door de respondenten beoordeeld met behulp van een vijfpunt Likertschaal, gaande van helemaal niet akkoord (1 punt) tot helemaal akkoord (5 punten). De neutrale antwoorden kwamen overeen met een score van 3 punten. De subscore voor de negatieve stellingen werd omgekeerd en bij de subscore van de positieve stellingen geteld, zodat een hoge score en positieve houding weergaf.

Resultaten

Semigestructureerde groepsinterviews

De analyse van de data toonde een breed spectrum aan variatie in de beeldvorming van huisartsen over ouderen. Drie brede thema's werden geïdentificeerd. De uitspraken die werden geciteerd, werden uitgekozen omdat ze het beste illustreren waarom de onderzoekers bepaalde interpretaties hadden.

Kennis en ervaring van ouderen

Verschillende artsen geven aan dat jongeren weinig belangstelling tonen voor de kennis en ervaring van ouderen. Ouderen hebben vaak meer kennis en ervaring dan jongeren. Ze hebben voldoende tijd vrij en vinden het leuk om met jongeren van gedachten te wisselen. De artsen geven verschillende redenen aan waarom jongeren een beperkte interesse tonen voor de kennis en ervaring van ouderen.

> *"De kennis en ervaring van 75-plussers is vaak minder relevant. We kunnen ons afvragen of dingen die vroeger gebeurden nu nog toepasbaar zijn."*
> *"Jongeren denken dat de kennis en ervaring van 75-plussers weinig up-to-date is."*
> *"Men hecht tegenwoordig meer belang aan evidence-based werken dan aan ervaring."*

De meeste artsen hebben de indruk dat er in onze samenleving niet vaak wordt geluisterd naar de verhalen van ouderen.

> *"Jongeren denken vaak dat ouderen vastgeroest zijn, inflexibel en eigenwijs"*

De meeste artsen betreuren dat de kennis en ervaring van ouderen voor een groot deel verloren lijkt te gaan. Als ouderen de kennis en ervaring waarover zij beschikken, kunnen doorgeven aan jongere generaties, krijgen ze niet alleen het gevoel dat ze erbij horen en nuttig zijn, ook de samenleving kan daar de vruchten van plukken. Als de kennis en ervaring van ouderen niet wordt benut, voelen de ouderen dat vaak aan als een gemis. Ouderen beschikken bovendien over een specifieke kennis.

"Dit hangt af van het onderwerp. Wanneer het bijvoorbeeld over geldbeleggingen gaat, zullen jongeren misschien wel waarde hechten aan de kennis van 75-plussers ."
"Ouderen beschikken zeker over ervaring en bepaalde vaardigheden die nuttig kunnen zijn voor jongeren."
"We moeten naar geschikte manieren zoeken om ouderen hun opgedane kennis beter ter beschikking te stellen van jongeren."

Eén arts omschrijft het probleem waarbij door de snelle ontwikkeling van nieuwe technologieën de kloof tussen ouderen en jongeren vergroot. Voor ouderen gaat het vaak zo snel dat ze de ontwikkelingen wel willen bijhouden, maar er niet in slagen.

"Het is wel zo dat 75-plussers hun kennis en ervaring nu niet via de meest courante media verspreiden. Ik zie niet veel 75-plussers een weblog openen. Ze kunnen minder informatie doorgeven via nieuwe technieken. Vroeger werden er veel verhalen verteld en werd er veel directer gecommuniceerd, terwijl de jongeren nu hele dagen achter hun computer zitten. Weinig 75-plussers zetten iets op YouTube of Facebook."

Een kost voor de maatschappij

Wordt het groeiende aantal ouderen gezien als een last voor jongere, werkende mensen? Ouder worden, wordt misschien niet altijd beschouwd als een prestatie, maar kan ook een bedreiging betekenen. De betaalbaarheid van de Belgische ouderenzorg wordt gematigd positief bevonden. De meeste artsen zijn het ten stelligste oneens met de stelling 'Ouderen zijn een last voor de maatschappij'.

"Niet akkoord. Sommige ouderen zijn een last voor de samenleving en sommige aspecten van de vergrijzing zijn een probleem van de samenleving."
"Dat is geen last, maar solidariteitsprincipe."
"Een last vind ik zwaar uitgedrukt, ze hebben wel meer zorgen nodig. Ouderen zijn soms wel een belasting voor de samenleving."

Verschillende artsen geven aan dat ouderen een grotere rol in onze samenleving zouden kunnen spelen. In onze westerse samenleving worden oudere mensen niet met genoeg respect behandeld. In andere culturen worden ze geprezen om hun wijsheid en wordt er nog naar hen geluisterd. Maar ook wij kunnen heel wat opsteken van onze senioren.

"De norm van onze maatschappij is diegene van de werkende mensen en de mensen die snel mee zijn met alle nieuwe zaken die er gebeuren. 75-plussers zijn dat vaak minder en omdat ze niet beantwoorden aan die norm, worden ze dus inderdaad vaak niet opgenomen in discussies en worden ze in onze maatschappij vaak een stukje aan de kant gezet. Ze krijgen niet de plaats die ze in andere culturen hebben of de plaats die ze vroeger bij ons hadden als de wijze, oudere stamvader die werd geconsulteerd bij problemen. Nu wordt internet geconsulteerd en veel minder de oudere en hun ervaring."
"Het is stilaan aan het veranderen, maar ze krijgen nog niet de plaats die ze verdienen in onze maatschappij."

Er is wel een arts die aangeeft dat een bejaarde soms een last kan zijn voor bepaalde kleine families.

> *"Sommige kinderen ervaren het wel als een last dat ze elke dag naar hun ouders moeten gaan, terwijl die kinderen zelf al kleinkinderen hebben. Ik denk dat voor Marokkaanse gezinnen het geen last is, maar in onze cultuur wordt dit soms als een last ervaren.*

Angst bij ouderen

Ouderen met angst worden vooral gezien in de eerste lijn. De huidige generatie 75-plussers lijkt meer terughoudend te zijn in het delen van persoonlijke problemen met andere mensen. Veel ouderen hebben thuis geleerd hun eigen problemen op te lossen en anderen niet lastig te vallen met privé aangelegenheden ("je gaat je vuile was niet buiten hangen").

> *"Ouderen zullen minder makkelijk over gevoelens praten. Ze somatiseren makkelijker. "Ouderen hebben nooit echt geleerd om over emoties te praten. Jongeren hebben meer geleerd om over gevoelens te communiceren."*

Klinische ervaring geeft de indruk dat ouderen meer geneigd zijn om angstklachten, zeker als deze al sinds de vroege volwassenheid bestaan, te duiden als passend bij hun persoonlijkheid. Ze worstelen vaak al vele jaren met hun angstklachten.

> *"Het is ook de aard van het beestje. Als je een angstig persoon bent op je twintigste ben je dat ook nog op je vijfenzeventigste ."*

Gestructureerde vragenlijst

De gestructureerde vragenlijst werd opgesteld aan de hand van de Kogan's Old People Scale en aangepast aan de noden van het onderzoek. De 22 stellingen werden geoperationaliseerd met behulp van een vijfpunt Likertschaal die varieerde van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord. In totaal werden dertig gestructureerde vragenlijsten volledig ingevuld door de deelnemende huisartsen. Deze vragenlijsten werden geanalyseerd en de resultaten werden statistisch verwerkt.

De gemiddelde attitudescores van de 11 verschillende positieve attitude stellingen worden weergegeven in Figuur 1. De stelling dat ouderen best zo lang mogelijk thuis blijven wonen krijgt met 4,33 (± SD 0,42) de hoogste gemiddelde score toegekend (**Tabel 16**).

De deelnemende huisartsen hebben een neutrale tot positieve houding tegenover ouderen. Hun gemiddelde attitudescore was 3,52. De gemiddelde scores van de huisartsen varieerden van 3,05 tot 4,0. Dit betekent dat gemiddeld genomen geen enkele huisarts een negatieve houding tegenover ouderen had (**Figuur 11**).

Figuur 3 toont een grote variatie in de mate waarin de huisartsen al dan niet akkoord gaan met de stellingen over ouderen. Bijna alle huisartsen (90%) vinden dat ouderen best zo lang mogelijk thuis blijven wonen. De meerderheid van de huisartsen (87%) vindt dat 75-plussers aangenaam zijn in omgang. Ongeveer tweederde van de huisartsen is het erover eens dat ouderen duidelijk erg

verschillend zijn van elkaar. Over bepaalde stellingen zijn de meningen van de huisartsen verdeeld. Zo is 17% van mening dat ouderen graag zo lang mogelijk blijven werken, terwijl 27% van de huisartsen niet akkoord gaat met deze stelling en 56% neutraal blijft.

Discussie

Uit de semigestructureerde groepsinterviews en de 22-itemvragenlijst blijkt dat de deelnemende huisartsen een neutrale tot positieve houding hebben tegenover ouderen. Zij zien ouderen niet louter als een groep die steeds meer zorg nodig heeft. Ouderen krijgen niet alleen zorg, maar ze verlenen ook zorg aan anderen. De deelnemende huisartsen hebben over het algemeen een positieve en genuanceerde beeldvorming van 75-plussers. Zo wordt het stereotype beeld, dat ouderen een last zijn voor de samenleving, door alle huisartsen weerlegd. Alle deelnemende huisartsen vinden dat 75-plussers worden gekenmerkt door een grote diversiteit en ze ervaren hen als aangenaam in omgang.

Het al dan niet slagen van comprehensive geriatric assessment (CGA) in de huisartspraktijk[8] hangt voor een groot deel af van de 'goodwill' van de huisartsen. De houding van de huisartsen speelt hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol. Een negatieve houding zou hinder kunnen vormen voor een goede gezondheidszorg voor 75-plussers[6]. Een positieve houding maakt daarentegen een structurele aanpak van preventie bij ouderen mogelijk en kan het veralgemeend gebruik van de Gestructureerde Agenda voor de zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (GAZETO) in de huisartspraktijk bevorderen[5].

De GAZETO is dan ook van essentieel belang om een geïntegreerd zorgaanbod voor 75-plussers in de huisartspraktijken te bewerkstelligen. Wie is er nu beter geplaatst dan de huisarts om de levenskwaliteit en de zelfredzaamheid van 75-plussers te verbeteren? Uit dit kleinschalig onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid van de deelnemende huisartsen vindt dat hun oudere patiënten best zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Tot op heden is er heel weinig onderzoek gebeurd rond de attitude van huisartsen tegenover 75-plussers en de invloed op de diagnostische en klinische benadering van de huisarts. In dit onderzoek wordt voor het eerst gewezen op een mogelijks verband tussen attitude en gedragsverschillen met betrekking tot gestructureerde preventie bij ouderen en het gebruik van de GAZETO in de huisartspraktijk. De kwalitatieve onderzoekmethode is in dit onderzoek nauwgezet gevolgd en geeft een goed beeld van de meningen en attitudes van de huisartsen tegenover 75- plussers.

Gezien het geringe aantal huisartsen bij wie dit onderzoek werd uitgevoerd, kan vooralsnog niet met zekerheid worden gesteld welke houding huisartsen hebben tegenover ouderen. Kwalitatieve studies met een groter aantal huisartsen zijn nodig om de resultaten van dit kleinschalig onderzoek te bevestigen.

Besluit

Mede dankzij hun neutrale tot positieve houding tegenover ouderen kunnen huisartsen vlot inspelen op de steeds wijzigende zorgnoden van ouderen. De groeiende diversiteit onder de 75-plussers

vertaalt zich immers ook in hun zorgvragen. De GAZETO komt tegemoet aan de groeiende behoefte van de huisartsen om een beter zicht te krijgen op de zorgnoden van 75-plussers[3].

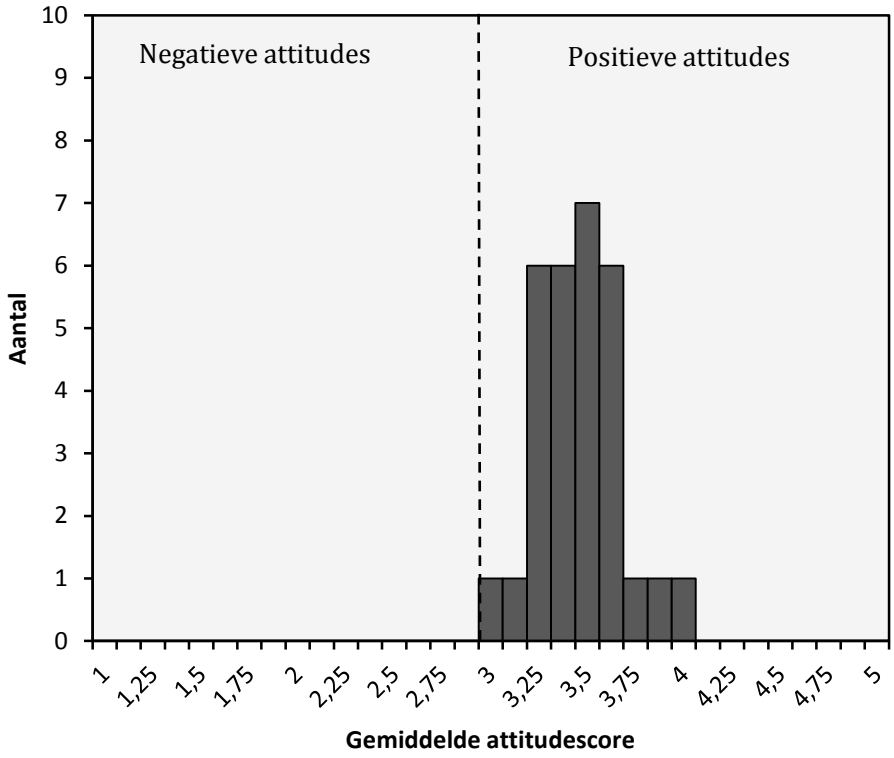
Referenties

1. Beullens J, Jaspaert H. De invloed van de communicatievaardigheden van de arts op de gezondheid van de patiënt. Tijdschr Geneesk 1997;53:733-40.
2. Gussekloo J, Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Huisarts Wet 2009; 52(9):426-7.
3. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, Degryse JM; De GAZETO-agenda: Gestructureerde Agenda voor de Zorgnoden van Thuiswonende Ouderen (75+); HANU 2012 (in druk).
4. Butler, R.N. (1969), Age-ism: another form of bigotry, The Gerontologist, 9, pp. 243-266.
5. Fishman SK. Health professionals' attitudes toward older people. Dent Clin North Am 1989; 33: 7-10.
6. Silbert MV. Does the doctor's attitude to the aged affect the clinical approach? SA Med 1981; 60: 607-8.
7. Kogan N. Attitudes towards old people: the development of a scale and an examination corrrelates. J Abnorm Soc Psychol 1961; 62:44-54.
8. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J; Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria; BMC Geriatrics 2004, 4:4.

Figuren en tabellen

Tabel 16: Gemiddelde attitudescores van de positieve stellingen over ouderen.

Positieve stellingen	Gemiddelde score	Standaard-deviatie
Ouderen blijven best zo lang mogelijk thuis wonen	4,33	0,42
De meeste ouderen zijn net zo makkelijk te begrijpen als jongeren	3,37	0,37
De meeste ouderen kunnen zich aanpassen als de situatie daarom vraagt	3,30	0,61
De meeste ouderen zouden graag zo lang mogelijk blijven werken	2,90	0,42
De meeste ouderen zijn aangenaam in omgang	3,93	0,33
Het is duidelijk dat ouderen erg verschillend zijn van elkaar	3,73	0,46
De meeste ouderen hechten nog veel belang aan hun uiterlijk	3,60	0,44
De meeste ouderen zijn opgewekt en goedgehumeurd	3,13	0,45
Men hoort ouderen zelden klagen over het gedrag van jongeren	2,80	0,36
De meeste ouderen zijn dankbaar	3,93	0,26
In onze moderne maatschappij zouden ouderen meer inspraak moeten hebben	3,40	0,51



Figuur 11: Verdeling van de gemiddelde attitudescores van de huisartsen.

Tabel 17: Procentuele verdeling van de antwoorden op de stellingen van de 22-item vragenlijst.

	Helemaal akkoord (%)	Akkoord (%)	Neutraal (%)	Niet akkoord (%)	Helemaal niet akkoord (%)
De meeste ouderen horen thuis in een rusthuis	0	0	3	60	37
Ouderen blijven best zo lang mogelijk thuis wonen	43	47	10	0	0
De meeste ouderen zijn moeilijk te begrijpen	0	0	10	87	3
Ouderen zijn net zo makkelijk te begrijpen als jongeren	0	43	50	7	0
Ouderen hebben moeite om zich aan te passen aan een nieuwe situatie	3	70	14	13	0
De meeste ouderen kunnen zich aanpassen als de situatie daarom vraagt	0	50	30	20	0
De meeste ouderen zouden graag op vervroegd pensioen zijn gegaan	0	20	60	20	0
De meeste ouderen zouden graag zo lang mogelijk blijven werken	0	17	56	27	0
De meeste ouderen zijn moeilijk in omgang	0	0	0	80	20
De meeste ouderen zijn aangenaam in omgang	10	77	10	3	0

De meeste ouderen hebben veel dezelfde kenmerken van elkaar	0	17	40	40	3
Het is duidelijk dat ouderen erg verschillend zijn van elkaar	10	57	30	3	0
De meeste ouderen verwaarlozen hun uiterlijk en hun lichamelijke verzorging	0	7	6	87	0
De meeste ouderen hechten nog veel belang aan hun uiterlijk	3	60	7	30	0
De meeste ouderen zijn somber en depressief	0	3	20	70	7
De meeste ouderen zijn opgewekt en goedgehumeurd	0	30	53	17	0
De meeste ouderen ergeren zich aan het gedrag van jongeren	0	20	47	33	0
Men hoort ouderen zelden klagen over het gedrag van jongeren	0	10	60	30	0
De meeste ouderen waarderen niet wat voor hen wordt gedaan	0	3	23	67	7
De meeste ouderen zijn dankbaar	10	73	17	0	0
In onze moderne maatschappij kunnen ouderen niet meer mee	0	27	17	54	3
In onze moderne maatschappij zouden ouderen meer inspraak moeten hebben	0	53	34	13	0