

**C**omprehensive geriatric assessment is een diagnostisch proces waarbij men de medische, psychologische en functionele mogelijkheden van kwetsbare ouderen poogt in te schatten. Aan de hand van deze gegevens kan men een planning voorstellen op lange termijn voor de behandeling in zijn ruimste betekenis van de betrokken oudere. Deze evaluatie bekijkt de morbiditeit, ADL, zelfstandigheid (telefoneren, boodschappen doen, financiële handelingen, enz...), cognitieve mogelijkheden, depressie en angst, voedingstoestand en sociale inbedding.

**W**anneer we het onderzoek bekijken dat hier de toepassing van dit model evalueerde, herkennen we enkele verschillende invalshoeken. Doen patiënten die men verzorgde op een afdeling geriatrie met een aanbod van multidisciplinaire zorg het beter dan patiënten die zich met de gewone zorg moesten redden? Een recente meta-analyse kon enkel aantonen dat er op het einde van de opname minder functioneel verlies was en dat er één jaar na opname minder patiënten in een zorgvoorziening terecht kwamen vergeleken met patiënten die gewone zorg kregen<sup>1</sup>.

**W**anneer men dit zorgmodel toepast bij ambulante patiënten, wat is dan het effect op de overleving? Een methodologisch goed opgezette meta-analyse van de beschikbare literatuur kon geen enkel verschil aantonen met gewone zorg<sup>2</sup>. Iets dichter aansluitend bij de huisartspraktijk is de vraag of huisbezoeken door artsen of verpleegkundigen bij kwetsbare ouderen waarbij ze het 'comprehensive geriatric assessment' model toepassen, effect hebben op uitkomsten als zelfstandigheid, morbiditeit of mortaliteit. Een methodologisch goed uitgevoerde meta-analyse stelde vast dat programma's met een multifunctioneel aanbod de functionele achteruitgang vertraagden. Merkwaardig is dat dit gebeurde in de groep met het laagste sterfterisico. Huisbezoeken stelden een opname in een ouderenvoorziening niet uit. Zo kon men ook niet aantonen dat de mortaliteit daalde, tenzij voor het jongste tertiële<sup>3</sup>. Een systematische review (2008) kwam namelijk eveneens tot de conclusie dat intensieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen geen effect hebben op hun gezondheid of op de opname in het ziekenhuis of in een ouderenvoorziening<sup>4</sup>. De gegevens uit de literatuur zijn weinig bemoedigend.

Catalaanse onderzoekers hebben het toch aangedurfd om dit model nog maar eens uit te testen in de eerstelijns met de bedoeling aan te tonen dat intensieve begeleiding van kwetsbare ouderen de mortaliteit en morbiditeit kan reduceren<sup>5</sup>. Men richtte zich enkel tot patiënten die zich nog konden verplaatsen naar de huisarts en ouder waren dan 74 jaar. Gewone zorg toetste men met intensieve zorg na een systematische oppuntstelling. De groep die intensieve zorg kreeg splitste men op in een groep die niet kwetsbaar was en enkel een GVO-programma kreeg aangeboden, en een kwetsbare groep. Een geriatr zag deze patiënten in het eerstelijnscentrum en stelde voor elke patiënt individuele behandelingsdoelen voorop. Deze interventie bestreek het ganse spectrum van de geriatrische zorg: medicatie, verlies van gevoel, gangstoornissen en valrisico, incontinentie, dieetmaatregelen, bewegingsprogramma en psychosociale ondersteuning. Achttien maanden na inclusie was er geen verschil in mortaliteit of tijd tot opname in een ouderenvoorziening. In de interventiegroep was er wel een statistisch sig-

nificante omslag van kwetsbaar naar niet kwetsbaar. Variabelen die hierbij belangrijk waren: jonge ouderen, geen risico van depressie, weinig medicatiegebruik en de interventie zelf.

**W**anneer je deze verschillende studies doorworstelt, kom je tot de volgende vaststellingen: de meetinstrumenten om de zelfredzaamheid of de kwetsbaarheid van ouderen in kaart te brengen zijn zeer divers en men kan zich vragen stellen bij de validiteit van dit instrumentarium juist omdat de groep ouderen die men test uitermate heterogeen is. Men kan zich afvragen of we voldoende zicht hebben op de verschillende determinanten die de zelfredzaamheid of de kwetsbaarheid van de ouderen bepalen. Is de doelstelling van de verschillende interventies dezelfde, namelijk het terugdringen van sterfte, ziekte en opname in een ziekenhuis of een ouderenvoorziening. De inhoud van de interventies, de inzet van geschoold personeel en de inzet van middelen zijn zeer verschillend. De auteurs van de meeste meta-analyses vermelden dat ze naast het probleem van de heterogeniteit (klinisch, evaluatie, interventie), ook nog vaststellen dat heel wat studies methodologisch ondermaats zijn.

**K**an men door wetenschappelijk onderzoek mensen helpen 'succesvol ouder te worden'<sup>6,7</sup>

Succesvol ouder worden gaat niet alleen over preventie of uitstel van ziekte en overlijden. Het gaat om preventie van beperkingen in het functioneren en van het verlies aan zelfredzaamheid en welzijn. Die beperkingen betekenen uiteraard dat langer leven meestal langer leven is met allerlei chronische ziekten, lichamelijke en cognitieve functiestoornissen. Maar ook persoonlijke factoren als leefstijl en vaardigheden in het omgaan met ziekte of de motivatie om sociaal te blijven functioneren, spelen een belangrijke rol. Woonomstandigheden, een succesvol leven, relaties met de kinderen, weinig of ruim voldoende financiële middelen zijn wellicht ook bepalend voor de mogelijkheden tot zelfredzaamheid. Deze veelheid aan determinanten verklaart de heterogeniteit onder ouderen. Aan de ene kant van het spectrum bevindt zich de welgestelde actieve oudere en aan de andere kant de kwetsbare geriatrische patiënt met daartussen allerlei verschillende profielen betreffende ziektelast, zelfredzaamheid of kwetsbaarheid en de daarmee samenhangende complexiteit van de zorgvraag. Een gevalideerd en samenhangend meetinstrument hiervoor is er nog niet. We beschikken wel over meetinstrumenten voor de deelelementen. Succesvolle zorg die kan helpen om succesvol ouder te worden zal men goed moeten afstemmen op de persoon of de beoogde doelgroep. Bij gezonde actieven zal het gaan om behoud van gezondheid en sociale participatie, bij kwetsbare geriatrische patiënten zal het meer gaan om welbevinden en comfort. Dat blijft een uitdaging voor onderzoek, want de kennis over de effectiviteit van preventieve interventies blijft fragmentarisch, heterogeen en ontbreekt nog op diverse domeinen. Als huisarts worden we dagelijks geconfronteerd met de complexiteit van de zorg voor ouderen. Het is de logica zelf dat huisartsen dan ook de uitdaging zullen aangaan om samen met andere disciplines nieuwe onderzoeksdesigns en meetinstrumenten te ontwikkelen die zicht kunnen geven op de effectiviteit van complexe interventies in de ouderenzorg.

Referenties: zie website