

Proactieve zorg bij kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk

B. de Jong¹ en H. ten Dam²

¹praktijkverpleegkundige Utrecht

²huisarts en kaderhuisarts ouderenzorg Utrecht

Samenvatting

Hoewel risicofactoren met betrekking tot kwetsbaarheid bekend zijn, ontbreekt het in de huisartsenpraktijk aan tijd, mensen en middelen om kwetsbare ouderen structureel op te sporen en proactieve zorg te verlenen om deze kwetsbaarheid te verminderen. In het project 'Ouderenzorg Midden Utrecht (OM U)' is een geautomatiseerde screening op mogelijke kwetsbaarheid in aanwezige HIS-data ontwikkeld. Deze U-PRIM-systematiek verbindt kwetsbaarheid, disfunctioneren en ziekte. Daarnaast is een multidisciplinair geïntegreerd zorgprogramma (U-CARE) ontwikkeld, waarbij speciaal opgeleide praktijkverpleegkundigen ouderenzorg gestructureerde zorg verlenen aan deze doelgroep. Het doel van deze interventies is bij kwetsbare, thuiswonende ouderen een betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en betere kwaliteit van leven te verkrijgen.

Dames en heren,

De gemiddelde leeftijd in Nederland neemt snel toe. De eerstelijnszorg in Nederland vormt de optimale omgeving om efficiënte, continue en gecoördineerde chronische zorg te verlenen.¹ Helaas is de potentieel kwetsbare oudere patiënt op dit moment onvoldoende in beeld in de huisartsenpraktijk. Hoewel risicofactoren met betrekking tot kwetsbaarheid bekend zijn, ontbreekt het aan tijd,

mensen en middelen om kwetsbare ouderen structureel en proactief op te sporen. De huidige eerstelijnsgezondheidszorg is reactief, gefragmenteerd en tijdrovend.² Ook ontbreekt een integraal behandelplan. Het is daarom hard nodig nieuwe proactieve strategieën te ontwikkelen, die lichamelijke en functionele achteruitgang verminderen en de zorg voor potentieel kwetsbare oudere patiënten verbeteren.³

Proactieve zorg

Oudere patiënten vormen een heterogene groep.⁴ Voor het inschatten van de zorgbehoefte van ouderen voegt kennis over de mate van kwetsbaarheid – op biologisch en psychosociaal vlak – veel toe aan de factor leeftijd. De definitie van kwetsbaarheid is niet eenduidig, maar in algemene zin wordt ervan uitgegaan dat het gaat om een toestand van tekorten in diverse domeinen van functioneren (lichamelijk, psychisch, sensorisch, sociaal), die een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten met zich meebrengt.⁵ Het is belangrijk om deze groep kwetsbare patiënten tijdig en zo goed mogelijk te identificeren, om een opeenstapeling van problemen te voorkomen.⁶

Geïntegreerde zorgprogramma's worden gezien als een veelbelovende manier om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te verminderen. De meeste zorgprogramma's zijn ontwikkeld om patiënten en hun mantelzorgers te helpen bij het coördineren van alle medische en niet-medische condities, met behulp van een individueel opgezet zorgplan.^{7,8.}

Casus

Patiënte A is een 74-jarige Turkse vrouw bij wie de thuiszorg veelvuldig huisbezoeken aanvraagt in verband met exacerbaties van haar COPD en pijnklachten bij reuma. Specialisten zijn al jaren uit beeld. Er zijn onduidelijkheden over het ziektebeloop van de verschillende aandoeningen en de medicatietoediening in verband met de reuma. Ook zijn er problemen in de communicatie, omdat er een taalbarrière is en de klachten onduidelijk gepresenteerd worden. Patiënte heeft een bekende voorgeschiedenis met reumatische artritis, CVA met hemiparese links, adipositas en longklachten op basis van hyperreactiviteit, restrictie en reuma.

Screening

In het kader van ons onderzoeksproject Ouderenzorg Midden Utrecht (OM U), vindt in de huisartsenpraktijk een screening plaats van de bestaande HIS-gegevens.⁹ Uit deze screening blijkt dat patiënte A

potentieel kwetsbaar is op basis van chronisch medicatiegebruik van onder meer embrel, methotrexaat, Ascal en diverse pufjes. Er worden drie vragenlijsten afgenomen bij patiënte, de Groningen Frailty Index (GFI), de Intermed-E en de Groningen Wellbeing indicator (GWI). Deze vragenlijsten geven samen een beeld van de mate van kwetsbaarheid van een patiënt, de gebieden van kwetsbaarheid en welke gebieden de patiënt hierin zelf belangrijk vindt. De praktijkverpleegkundige ouderenzorg kan de uitkomsten van de vragenlijsten invullen op een website, waardoor ze meteen een overzicht krijgt van de scores op de verschillende vragenlijsten en van de aanwezige probleemgebieden (figuur 1) Patiënte blijkt kwetsbaar op verschillende gebieden, namelijk cognitie, stemming, mantelzorg, incontinentie, functioneren, vallen, voeding, polyfarmacie en visus.

Huisbezoek

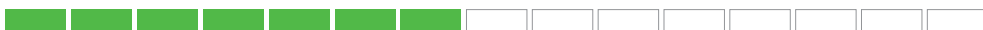
Met deze informatie, en met de informatie die reeds bij de huisarts bekend is, legt de verpleegkundige ouderenzorg het eerste huisbezoek af. Aangezien er communicatieproblemen verwacht worden, wordt voor dit huisbezoek een allochtone zorgconsulente ingeschakeld. Tevens wordt de thuiszorg uitgenodigd, aangezien deze tweemaal per week de medicatie uitzet en toedient. Patiënte zelf en de vaakst aanwezige dochter spreken niet voldoende Nederlands. Voor dit huisbezoek wordt ruim de tijd uitgetrokken om de problemen en behoeften goed in kaart te brengen met hulp van de zorgconsulente. Tijdens het huisbezoek worden de verschillende probleemgebieden en mogelijke interventies besproken.

Polyfarmacie als probleemgebied

De zorg voor de dementerende en daarvoor vaak agressieve echtgenoot blijkt als belangrijkste struikelpunt naar voren te komen. Problemen op het gebied van stemming en mantelzorg worden hierdoor veroorzaakt. De familie ziet geen oplossing en accepteert dit gegeven als 'niets aan te doen'. De moeder en dochter blijken erg open en opgelucht het probleem te kun-

intermed

	voorgeschiedenis	huidige toestand	kwetsbaarheid / prognose
lichamelijk	chroniciteit	ernst van de verschijnselen	complicaties en levensbedreiging
	diagnostisch dilemma	diagnostische uitdaging	
psychisch	beperkingen in coping	weerstand tegen behandelingen	bedreiging van geestelijke gezondheid
	psychiatrisch disfunctioneren	psychiatrisch verschijnselen	
sociaal	beperkingen van integratie	instabiliteit van de woonsituatie	sociale kwetsbaarheid
	sociaal disfunctioneren	beperking van netwerk	
gezondheidszorg	intensiteit van behandelingen	organisatie van zorg	coördinatie
	ervaringen met behandelingen	juistheid van verwijzing	

kwetsbaarheid**welbevinden**

actief zijn	jezelf zijn	plezierig wonen	lekker slapen en rusten
gezond voelen in lichaam in geest	jezelf redden	plezierige relaties en contacten	genieten van eten en drinken

probleemgebieden

incontinentie	eenzaamheid	voeding	polyfarmacie
mantelzorg	cognitie	gehoor	stemming, depressie
functioneren	vallen en mobiliteit	visus	

Figuur 1

Screendump van website voor het invullen van de uitkomsten van de vragenlijsten.

nen bespreken en geven toestemming voor het inschakelen van hulpverlening.

De beperkte cognitie van patiënte zelf wordt niet als een probleem ervaren. Anal-fabetisme en het niet-beheersen van de Nederlandse taal vormen wel grote struikelblokken.

De problemen incontinentie, functioneren en vallen hangen nauw samen met de morbide obesitas van mevrouw A (BMI 38, in combinatie met haar COPD en RA). In overleg wordt besloten op korte termijn een diëtiste in te schakelen. Bij dat bezoek zijn de dochter en de zorgconsulente aanwezig. Fysiotherapie wordt besproken om patiënte te helpen haar conditie op peil te brengen.

Patiënte gebruikt negen verschillende soorten medicijnen, die door verschillende specialisten worden voorgeschreven. De therapietrouw is erg matig, mede omdat

ze het nut en de noodzaak van de medicijnen niet goed begrijpt. Tijdens het huisbezoek worden met hulp van de thuiszorg en de zorgconsulente toelichting en instructie gegeven bij de medicatie. Controles bij de specialist worden niet opgevolgd. De medicatie wordt herhaald, maar goede controles, noodzakelijk bij het soort medicijnen dat patiënte gebruikt, worden niet verricht. Tijdens dit huisbezoek worden direct afspraken gemaakt met de zorgconsulente om afspraken te maken bij de reumatoloog en de longarts. Tevens zal de zorgconsulente zorgen voor de communicatie naar de specialist en de verpleegkundige ouderenzorg.

Zorgplan en coördinatie

De coördinatie in dit geheel ligt in verband met de complexiteit geheel in handen van de praktijkverpleegkundige ouderenzorg,

die wekelijks overlegt met de huisarts en via de mail of telefoon met alle andere betrokkenen. De thuiszorg en de zorgconsulent worden nauw betrokken bij het zorgplan om continuïteit te garanderen.

Tijdens de afwezigheid van haar echtgenoot, die jaarlijks twee à drie maanden naar Turkije gaat, worden vele stappen in de goede richting gezet.

- Mantelzorg. Patiënte voelt zich gesteund en begrepen door haar kinderen. Haar echtgenoot overlijdt twee maanden na thuiskomst uit Turkije.
- Stemming. Ondanks het verlies van haar echtgenoot weet patiënte zich goed te handhaven en blijft ze gemotiveerd voor het volgen van het beweegprogramma en het dieet. Interventies met betrekking tot sociale contacten (buurthuis) worden niet op prijs gesteld, maar ze ontmoet inmiddels meer mensen, omdat ze vaker buiten komt.
- Afvallen wordt serieus aangepakt met verbluffend resultaat: gewichtsvermindering van vijftien kilo gedurende achttien maanden. De BMI is gedaald van 38 naar 30.
- Valrisico. Bewegingsadviezen volgt patiënte zeer consequent op, met als resultaat dat ze zich steeds gemakkelijker beweegt en meer bewegingsvrijheid heeft. Patiënte traint dagelijks drie keer met een zitfietsje en armkatrol, wat haar inspanningstolerantie en ademhaling ook zeer ten goede komt. Ze loopt regelmatig buiten met een rollator.
- Therapietrouw van medicatie is aanzienlijk toegenomen na bezoeken aan specialisten en instructie van zorgconsulente in samspraak met de thuiszorg.
- Urine-incontinentie is aanzienlijk verminderd na gewichtsafname en het optimaliseren van beweging, maar nog niet voldoende onder controle. Medicatie zorgt voor te veel bijwerkingen. Er wordt nog overwogen bekkenbodempromotie toe te passen.
- Exacerbaties van COPD verminderden. Het beroep op de huisarts is sterk teruggebracht in frequentie.
- Visus is volgens de oogarts optimaal.

De patiënte uit deze casus heeft zich met veel inspanning en een grote tijdsinvestering in een zeer gunstige richting ontwikkeld. De geïnvesteerde tijd loont, doordat de huidige zorgvraag sterk is afgenomen door de betere communicatie tussen thuiszorg, familie en verpleegkundige. Daarnaast is de kwaliteit van leven voor patiënte toegenomen. Ze heeft intensief contact met haar dochter en slaapt beter naarmate ze meer gewicht verliest. Het is opvallend dat patiënte zelden of nooit meer pijnklachten aangeeft.

Bespreking

Om de effectiviteit van proactieve zorg bij kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk te onderzoeken, is in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg het project 'Ouderenzorg Midden Utrecht' uitgevoerd.⁹ In deze studie zijn twee interventies in proactieve zorg op hun effectiviteit onderzocht. Allereerst is dat de Utrechtse Periodieke Risico-identificatie en Monitoring (U-PRIM), waarmee een continue screening en monitoring van mogelijk kwetsbare patiënten via routinematig verzamelde huisartsengegevens plaatsvindt. De tweede interventie is een multidisciplinair geïntegreerd zorgprogramma (U-CARE), waarbij speciaal opgeleide praktijkverpleegkundigen ouderenzorg gestructureerde zorg verlenen aan deze doelgroep. Het doel van deze interventies is bij kwetsbare, thuiswonende ouderen een betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en een betere kwaliteit van leven te verkrijgen. De U-PRIM-systematiek verbindt kwetsbaarheid, disfunctioneren en ziekte. Deze nieuwe vorm van gestructureerde risico-identificatie lijkt een betrekkelijk eenvoudig middel om de eerstelijnszorg te ondersteunen bij het identificeren van kwetsbare ouderen. Hiervoor hoeft niet bij voorbaat in de praktijk zelf extra werk te worden verricht, anders dan het goed registreren van contacten, medicatie en aandoeningen.¹⁰ In onze studie is een pilot uitgevoerd, die een redelijke betrouwbaarheid laat zien van de selectie van kwetsbare patiënten.¹¹ In de screeningsfase levert dat samen met de Groningen Frailty Index (GFI)-afname een kwetsbare populatie op van 65%. Afname van de GFI in een niet-geselecteerde ouderenpopulatie laat lagere aantallen zien.¹² We streven ernaar dat deze

proactieve, geautomatiseerde screeningsmethode eind 2013 publiekelijk beschikbaar is.

Een belangrijk punt in de 'Om U'-studie is de lage leeftijd bij inclusie. In 'Om U' worden kwetsbare ouderen van 60 jaar en ouder geïncludeerd, wat relatief laag is voor kwetsbaarheid. Een groot deel van de patiënten woont in Utrecht Stad, wat maakt dat een substantieel deel van deze patiënten uit eerstegeneratieimmigranten bestaat. Deze groep is op jongere leeftijd kwetsbaar en goede ouderenzorg is dus zeer relevant voor deze groep patiënten.¹³ We hopen met de nieuwe werkwijze ook voor deze groep goede zorg te realiseren.

De inhoud van zorgprogramma's wordt over het algemeen maar zeer beperkt in studies beschreven, waardoor de implementatie in andere praktijken moeilijk is.¹⁴ In 'Om U' is nadrukkelijk gekozen voor een gestructureerde, gedetailleerde beschrijving van de ontwikkelfase voor het proactieve zorgprogramma U-CARE, inclusief trainingsprogramma voor verpleegkundigen, zodat de methode goed reproduceerbaar is. Er zijn tien probleemgebieden geïdentificeerd: incontinentie, vallen/mobiliteit, functioneren, voeding, polyfarmacie, eenzaamheid, cognitie, stemming/depressie, mantelzorg en visus/gehoor. Voor deze gebieden is een evidence-based plan van aanpak voor de praktijkverpleegkundige ontwikkeld. De stroomdiagrammen zijn gebundeld in een toolkit, die op te vragen is bij het NUZO Utrecht (www.nuzo-utrecht.nl). Scholing voor verpleegkundigen wordt aangeboden op de Hogeschool Utrecht.

We hopen dat met deze nieuwe, proactieve manier van werken in de huisartsenpraktijk kwetsbare, thuiswonende ouderen een betere zelfredzaamheid, meer functiebehoud en een betere kwaliteit van leven krijgen.

Leerpunten

- De potentieel kwetsbare oudere patiënt is op dit moment onvoldoende in beeld in de huisartsenpraktijk.
- Kennis over de mate van kwetsbaarheid – op biologisch en psychosociaal vlak – voegt veel toe aan de factor leeftijd voor het inschatten van de zorgbehoefte van ouderen.
- Gestructureerde risico-identificatie in het huisartseninformatiesysteem lijkt een be-

trekkelijk eenvoudig middel om de eerste lijnszorg te ondersteunen bij het identificeren van kwetsbare ouderen zonder dat daar bij voorbaat in de praktijk zelf extra werk voor moet worden verricht, anders dan het goed registreren van contacten, medicatie en aandoeningen.

- Geïntegreerde zorgprogramma's zijn een veelbelovende manier om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- Binnen het Ouderenzorgproject Midden Utrecht (OM U) is nadrukkelijk gekozen voor een gestructureerde, goed beschreven ontwikkelingsfase voor het proactieve zorgprogramma.
- U-CARE bevat ook een trainingsprogramma voor verpleegkundigen, zodat de methode goed te implementeren is.
- Eerstegeneratiemigranten zijn op jongere leeftijd kwetsbaar, dus zouden ze eerder op mogelijke kwetsbaarheid gescreend moeten worden.
- De toolkit proactieve zorg is verkrijgbaar bij het NUZO Utrecht (www.nuzo-utrecht.nl).

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Multimorbiditeit bij ouderen. Briefadvies, kenmerk U-1098/RvdS/tvdk/782-I. Den Haag, 11 september 2007.
- 2 Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. *New Engl J Med* 2008 November 13;359(20):2086-9.
- 3 Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine* 2012;10:4.
- 4 Slaets PJ. Screening bij ouderen. Veel redenen om het niet te doen, 1 om het wel te doen. *NTvG* 2012; 156:A4771.
- 5 Gobbens R, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTH, Schols JMGA. Fragiele ouderen: De identificatie van een risicovolle populatie. *Tijdschr Gerontol en Geriatr* 2007;38:65-76.
- 6 De Lepeleire J, Degryse J, Illiffe S, Mann E, Buntinx F. Family physicians need easy instruments for frailty. *Age Ageing* 2008;37(4):484-5.
- 7 Stuck AE, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287(8):1022-8.
- 8 Boulton C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. The urgency of preparing primary care physi-

- cians to care for older people with chronic illnesses. *Health Aff* 2010;29(5):811-8.
- 9 Bleijenberg N, Drubbel I, Dam ten VH, Numans ME, Schuurmans MJ, Wit NJ de. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC Geriatrics* 2011;12:6.
 - 10 Drubbel I, Wit NJ de, Bleijenberg N, Eijkermans RJC, Schuurmans MJ, Numans ME. Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine primary care data. *J of Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012, doi:10.1093/gerona/gls161.
 - 11 Neuwirth EE, Schmittiel JA, Tallman K, Bellows J. Understanding panel management: a comparative study of an emerging approach to population care. *Perm J* 2007;11(3):12-20.
 - 12 Metzelthin S, Daniëls R, Rossum E van, Heuvel W van den, Kempen G. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in de the community. *BMC Public Health* 2010;10:176.
 - 13 NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg: Huisartsgeneeskunde voor ouderen. 'Er komt steeds meer bij...' Utrecht: NHG, 2007.
 - 14 Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371(9614):725-35.