

# Identificatie van ouderen met complexe problematiek en werken met zorgplannen; **bezint eer ge begint**

In 2007 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) haar standpunt Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde voor Ouderen.<sup>1</sup> Dit standpunt geeft aan dat de huisarts naast de continue, integrale en persoonlijke zorg meer te bieden heeft aan ouderen. Een van de belangrijkste vernieuwende aspecten van de huisartsenzorg volgens dit standpunt is een meer proactieve instelling van de huisarts (HA) en praktijkmedewerkers zoals de praktijkondersteuner (POH) of praktijkverpleegkundige (PVK). Dit houdt in dat de huisarts niet alleen reageert op klachten van ouderen, maar ook actief problemen (zowel klachten en symptomen als problemen in zorg en welzijn) signaleert en deze vroegtijdig aanpakt.

**Door: A.W. Wind, J.W. Blom en J. Gussekloo**

**D**e premisse is dat als we ouderen met complexe problematiek tijdig ondersteunen in hun zelfredzaamheid, hun zelfmanagementvaardigheden vergroten en preventief handelen met betrekking tot veiligheid en functieverlies, dit een positieve invloed heeft op hun mogelijkheden om verantwoord zelfstandig te blijven wonen en op hun kwaliteit van leven. Aansluiten bij de wensen van ouderen en het vergroten van hun zelfstandigheid wordt ook wel *functionele geriatrie* genoemd.<sup>2</sup>

Een proactieve aanpak van problemen bij ouderen vereist vroegopsporing, oftewel de identificatie van ouderen met complexe problematiek. Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) zijn in verschillende transitie-experimenten identificatiemethoden ontwikkeld om ouderen te selecteren voor wie meer aandacht en zorg nodig zijn. Daarnaast werd gewerkt met zorg(behandel of actie)plannen. Zorgplannen zijn een middel om in de hulpverlening goed aan te sluiten bij de wensen en problemen van de ouderen en zijn een manier

om overzicht te genereren en te behouden met betrekking tot deze wensen/problemen, de afgesproken interventies en de betrokken hulpverleners.

In dit artikel bespreken we de verschillende gebruikte methoden van identificatie van ouderen met complexe problematiek en het werken met zorgplannen, wat betreft opbrengst en uitvoering. Een motto dat bij dit hele proces van toepassing is: bezint eer ge begint.

## Identificatie van ouderen met complexe problematiek

Er is een grote variatie in de gebruikte methoden voor identificatie van ouderen met complexe problematiek. Veelal is het doel ouderen met complexe problematiek op te sporen die extra aandacht en zorg- en welzijnsinterventies nodig hebben, om zo gezondheidsrisico's te verkleinen en te bevorderen dat ook deze ouderen zo lang mogelijk verantwoord zelfstandig thuis kunnen wonen. Ouderen met complexe problematiek hebben problemen op



Annet Wind



Jeanet Blom



Jacobijn Gussekloo

meerdere domeinen die elkaar onderling negatief beïnvloeden. Zij hebben daarmee een verhoogd risico op functieverlies en negatieve gezondheidsuitkomsten op afzienbare termijn. De identificatiemethoden hebben het doel deze ouderen daarna een specifieke interventie aan te bieden. Volgens de toekomstvisie van het NHG<sup>1</sup> biedt deze interventie zorg en ondersteuning in vier domeinen: lichamelijke gezondheid, geestelijk welzijn, sociale redzaamheid en een passende leefomgeving. De gebruikte identificatiemethoden sluiten met name aan bij de domeinen lichamelijke gezondheid, geestelijk welzijn en sociale redzaamheid. Naar wonen en leefomgeving wordt meestal pas in de evaluatie na de vroegopsporing gevraagd.

De gebruikte methoden van vroegopsporing zijn onder te verdelen in twee groepen: beoordeling van de gegevens uit het huisartsen informatie systeem (HIS) of het sturen van vragenlijsten naar patiënten. Ook combinaties van beide worden gebruikt. Tabel 1 geeft een overzicht van de meest gebruikte methoden.

Bij de beoordeling van de gegevens uit het HIS kan de huisarts aan de hand van een lijst met aandachtspunten ouderen met complexe problematiek identificeren. Als alternatief kan een elektronisch algoritme worden gebruikt waarbij ouderen worden geselecteerd die meerdere ziekten hebben, weergegeven met behulp van een Frailty Index (score op basis van gecodeerde problemen in het HIS<sup>3</sup>), veel medicatie gebruiken of al enige tijd (>3 maanden) niet op het spreekuur zijn geweest. Bij het gebruik van vragenlijsten krijgen ingeschreven patiënten vanaf een bepaalde leeftijd deze over de post toegestuurd, tenzij ze aan exclusiecriteria (bijvoorbeeld ouderen in terminale fase of ouderen met dementie) voldoen. Na enige tijd wordt een herinnering verzonden en worden mensen gebeld.

### Overwegingen bij het maken van een keuze voor een methode voor identificatie

Bij het maken van een keuze voor een methode en screeningsinstrument kunnen verschillende argumenten een rol spelen: doel en inhoud van de vroegopsporing, belasting en kosten voor de praktijk, aansluiting bij reeds gebruikte instrumenten in de regio en de inhoud van het vervoltraject voor de betrokken ouderen.

#### 1. Doel en inhoud van de vroegopsporing

Is het uitgangspunt kennis of beschikbare informatie van de huisarts of andere zorgverleners, of gaat het juist om informatie aangereikt door ouderen zelf? Bij het eerste kan informatie uit het HIS worden gebruikt, maar komt er

geen nieuwe, door de patiënt geleverde, informatie aan het licht. Bij het gebruik van vragenlijsten wordt nieuwe informatie aangereikt door de oudere zelf, maar hierbij respondeert een selectie van de ouderen en waarschijnlijk juist niet de meest kwetsbare patiënten.

Ligt de interesse meer bij somatische problematiek of ook bij psychische/sociale problematiek? De meeste opsporingsmethoden besteden aandacht aan beide. In hoeverre de methoden zich hierop van elkaar onderscheiden wordt nog verder onderzocht.

Een aantal identificatie-instrumenten heeft een individueel doel waarbij de opgespoorde oudere op dat moment een interventie wordt aangeboden, andere hebben veel meer tot doel het in kaart brengen van de populatie ouderen waarvoor een huisartsvoorziening zorgdraagt, zodat de huisartsvoorziening weet waar de risicopatiënten (kunnen) zitten en welk beleid dient te worden gemaakt.

#### 2. Belasting en kosten

Dit punt betreft de beschikbare financiën, tijd, menskracht en ICT om de identificatie uit te voeren. Een eerste beoordeling door de huisarts, PVK of POH kost tijd maar bespaart verzenden en nabellen. Het risico kan zijn dat bepaalde groepen ouderen en bepaalde informatie buiten beeld blijven. Mogelijk waren deze ouderen wel gevonden en was deze informatie wel achterhaald bij gebruik van een vragenlijst. Onderzoek of dit werkelijk zo is, moet nog plaatsvinden.

Bij een aantal projecten is ICT-ondersteuning ontwikkeld. Dit betreft zowel de korte identificatie als de uitgebreide inventarisatie. Bij deze applicaties zijn vaak ook faciliteiten ingebouwd ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg. De oudere zelf heeft bij de meeste systemen toegang en regie.

#### 3. Aansluiting bij reeds gebruikte instrumenten in de regio

Indien de regio een voorkeur heeft voor een bepaald instrument kan dit van belang zijn, bijvoorbeeld wanneer dit instrument ook wordt ingezet bij aansluiting bij zorgpartners in de eerste of tweede lijn. Uitkomsten van de methode moeten ook bruikbaar kunnen zijn voor het plannen en organiseren van het lokale zorgaanbod voor de gehele ouderenpopulatie.

#### 4. De inhoud van het vervoltraject voor de betrokken ouderen

Dit is het belangrijkste punt bij de keuze van een identificatiemethode en instrument. De meeste methoden selecteren 25 tot 35 procent van de

Project	Methode identificatie
	<i>Identificatie met behulp van een vragenlijst over de post</i>
- ISCOPE	ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older PEople) – vragenlijst met 23 vragen opgedeeld in 4 domeinen van gezondheid: dagelijks functioneren, gezondheid en ziekte, psychologisch domein, sociaal domein
- Zorg uit Voorzorg/Ketenzorg Walcheren	GFI (Groningen Frailty Indicator) - vragenlijst
- FIT (Functiebehoud in transitie)	ISAR-PC (Identification of Seniors At Risk) – vragenlijst met drie vragen die voorspellend zijn voor een achteruitgang in het functioneren.
- Analyse zorgbehoefte	3 vragenlijsten (IM-E-SA (Intermed Self Assessment) plus GFI plus GWI (Groningen Well-being Indicator)) die ouderen in 5 groepen indelen: vitaal, psychosociale problematiek, fysieke problematiek, combinatie van problemen, extreem kwetsbaar
	<i>Identificatie door middel van een beoordeling van de gegevens uit het HIS</i>
- ACT (frail older adults: care in transition)	Identificatie van ouderen gebaseerd op polyfarmacie (>5 medicijnen in de afgelopen 3 maanden) en een samengestelde definitie van kwetsbaarheid (een of meer beperkingen op fysiek, psychologisch en/of sociaal gebied). Aansluitend de vragenlijst PRISMA-7 (Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy case-finding tool for disability) over de telefoon
- Easycare TOS	Identificatie van ouderen gebaseerd op klinische beoordeling van impliciete (tacit) en expliciete voorkennis door de huisarts over de patiënt, gestructureerd met een lijst met 14 items over gezondheid, welzijn, functioneren en sociaal netwerk van de oudere. Indien de huisarts van de oudere onvoldoende zeker is om een oordeel over kwetsbaarheid te kunnen vellen volgt een aanvullend onderzoek met de Easycare-vragenlijst tijdens huisbezoek door een (wijk)verpleegkundige. Deelt populatie ouderen op basis hiervan in als: niet kwetsbaar, kwetsbaar en kwetsbaar met complexe zorgsituatie
	<i>Identificatie door middel van een beoordeling van de gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem met behulp van computer-algoritme</i>
- OM U	Identificatie van ouderen uit het Huisarts Informatie Systeem met U-PRIM software die gebruik maakt van 3 selectiecriteria: multimorbiditeit gedefinieerd met de Frailty Index Score, polyfarmacie en geen contact met huisartspraktijk sinds 3 jaar met uitzondering van de griepvaccinatie. Eventueel aangevuld met GFI, IM-E-SA, GWI
	<i>Identificatie tijdens een huisbezoek</i>
- [G]OUD	Huisbezoek door de praktijkverpleegkundige die een gestructureerde geriatrische beoordeling doet met behulp van het [G] OUD-instrument.
- SamenOud	IM-E-SA plus GFI vragenlijst die ouderen in drie groepen indelen: robuust, kwetsbaar en complexe zorg behoevend

Tabel 1. Methoden voor vroegopsporing

ouderen als kwetsbaar. Om een adequaat hulpaanbod te geven aan deze ouderen is het zaak om met een uitgebreider instrument een goed beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van de ouderen. Dit instrument moet een volledige probleeminventarisatie geven, waarbij de verschillende domeinen van gezondheid aan bod komen. Vervolgens moet op deze verschillende terreinen een passend hulpaanbod worden gedaan, van ondersteuning van de zelfredzaamheid en eenzaamheidspreventie tot aan het bieden van passende specialistische medische zorg. Juist bij ouderen weten we dat zelfredzaam zijn en het hebben van sociale contacten de belangrijkste aspecten zijn voor een goede kwaliteit van leven.<sup>4</sup> Indien een dergelijk hulpaanbod niet kan worden geboden, door gebrek aan

kennis, tijd, geld, mankracht of samenwerkingsmogelijkheden, is het niet zinvol om deze ouderen wel te identificeren.

Na de identificatie vindt een brede probleeminventarisatie plaats en wordt gewerkt met zorgplannen, als een manier om grip te houden op alles wat er speelt en goed aan te blijven sluiten bij de wensen van de oudere zelf.

### Werken met zorgplannen

Een zorgplan is een document waarin een overzicht wordt gegeven van belangrijke (en te beïnvloeden) problemen van de patiënt, de behandeldoelen en de afgesproken acties/interventies (door de patiënt zelf en door hulpverleners). Vaak staat er ook in wanneer en hoe deze acties worden geëvalueerd. Tevens kan

het individueel zorgplan voor patiënten een belangrijk hulpmiddel zijn om tot gedragsverandering te komen. Met een individueel zorgplan kan de patiënt zelf richting geven aan het zorgproces (zelfmanagement) en geeft de patiënt aan op welke onderdelen hij ondersteuning nodig heeft van een professional.

Het zorgplan heeft tot doel proactieve en samenhangende zorg te leveren met betrekking tot zorg en welzijn. Het zorgplan wordt afgestemd op de individuele zorgvragen en behoeften van iedere oudere en zijn mantelzorgers. De werkwijze bij het opstellen van een zorgplan is als volgt. Bij ouderen die na de identificatiemethode kwetsbaar blijken, wordt een uitgebreide vragenlijst afgenomen door de verpleegkundige (wijkverpleegkundige (WVK), PVK of POH). Deze informatie wordt vertaald naar problemen en/of aandachtspunten op de verschillende domeinen in het zorgplan. In overleg met de oudere (en zijn mantelzorger) wordt hierin een prioritering aangebracht. Vervolgens bespreken de WVK of PVK en huisarts de problemen en aandachtspunten en worden hierbij concrete behandeldoelen en acties bepaald, die worden afgestemd met de oudere en zijn mantelzorger. Afhankelijk van de problemen en de mogelijkheden van de oudere en diens omgeving zijn dit acties door de oudere zelf, de mantelzorger, welzijnswerkers, verpleegkundigen, huisarts, apotheker, specialist ouderengeneeskunde of paramedici. Indien nodig/gewenst wordt een MDO belegd om de juiste doelen en acties te bepalen. Er wordt tevens een zorgcoördinator benoemd. Dit is meestal de betrokken verpleegkundige.

Vervolgens worden de verschillende afgesproken acties uitgevoerd en geëvalueerd. De zorgcoördinator zorgt dat de acties worden uitgevoerd en verzamelt na enige tijd de informatie die nodig is voor de evaluatie. Soms is de situatie zo complex dat een (nieuw) MDO wordt belegd voor evaluatie en bijstelling van het zorgplan.

### Aandachtspunten bij het werken met zorgplannen

Vanuit de verschillende projecten worden overlappende aandachtspunten geformuleerd: de inbreng van de oudere zelf, tijd, digitale registratie, afstemming en communicatie, de follow-up en de scholing en coaching.

1. *De inbreng van de oudere zelf*, zijn mantelzorgers en het delen van informatie. De geformuleerde doelen sluiten soms onvoldoende aan bij de behoefte van de patiënt. Daarnaast

wordt het soms als moeilijk ervaren om de zorgplannen bij de patiënt achter te laten. Dit speelt vooral wanneer er bij de ouderen verminderd ziekte-inzicht aanwezig is.

2. *Tijd* maken en prioriteit geven aan het registreren en bijwerken van het zorgplan. Dit geldt voor het doen van een probleeminventarisatie, het opstellen van een zorgplan, maar ook voor het gestructureerd evalueren. Ook het bijhouden van een sociale kaart en het opbouwen van een relatie met andere hulpverleners om zo te komen tot een geriatrisch team, vergen tijd en organisatietalent.

3. *Integratie in het HIS* om dubbele invoer te voorkomen en het digitaal gegevens uitwisselen binnen het geriatrisch team. De huidige HISsen, KISsen bieden onvoldoende mogelijkheden en de huidige ICPC-coderingen (ICPC, International Classification of Primary Care) sluiten niet goed aan bij de problemen en wensen van de ouderen. Ouderen, hun mantelzorgers, hulpverleners in de thuiszorg, paramedici, welzijnswerkers, maar ook tweedelijns zorgverleners zouden digitaal met elkaar moeten kunnen communiceren. De privacyvraagstukken hierbij zijn nog onvoldoende opgelost.

4. *Follow-up*. Om de evaluatie en follow-up efficiënt te doen zijn een goede registratie nodig en organisatietijd. De huidige praktijkorganisatie biedt hiertoe onvoldoende ruimte en er blijken makkelijk andere dingen ‘tussendoor’ te komen, die het proces verstoren. Daarnaast vergt het evalueren van zorgplannen en het voeren van een MDO competenties die nog onvoldoende ontwikkeld zijn.

5. *Scholing en coaching*. Het hele proces vergt specifieke competenties van zowel de verpleegkundigen als de artsen. Vooral in de beginfase is supervisie of intervisie noodzakelijk, waarbij de zorgplannen ook worden besproken. Het vergroten van het zelfmanagement van de doelgroep is geen sinecure, net als het effectief samenwerken in een geriatrisch team.

6. *Bepalen van meerwaarde*. Meerwaarde is lastig te meten. Er is nog geen consensus over de uitkomstmaten die hierbij moeten worden gebruikt. Er is wel een gemeenschappelijke minimumdataset (TOPICS-MDS<sup>5</sup>) maar die wordt bij verdere implementatie van de NPO-projecten maar beperkt uitgevoerd. Verzekeraars verschillen in aanpak van uitkomstmaten.



## Bespreking

Wat betreft de identificatie zijn er vele methoden mogelijk met elk hun eigen voor- en nadelen. Er loopt een vergelijkend onderzoek naar de methoden en de karakteristieken van de ouderen die worden opgespoord. Ook is nog niet duidelijk hoe vaak een identificatiemethode zou moeten worden herhaald.

Binnen het NPO zijn interventies gekoppeld aan de identificatiemethoden met een brede focus op kwetsbaarheid zonder nauwkeurige analyse van klachten. De resultaten zijn nog niet allemaal bekend, maar vooralsnog leidt dit niet duidelijk tot een verbetering van functioneren en zelfredzaamheid van de ouderen. Mogelijk dat dit met interventies met een smallere focus beter lukt. Daar zou dan ook een identificatiemethode met smallere focus bij passen. Als dit gekoppeld wordt met een interventie die bewezen effectief is, zoals beweeginterventies, zou dit tot verbetering van functioneren kunnen leiden. Het opsporen van bijvoorbeeld eenzaamheid is niet aan te bevelen omdat hier geen bewezen effectieve interventies voor zijn. Wat betreft het werken met zorgplannen is er consensus over het toepassen van een functionele benadering bij de beschrijving van problemen in het zorgplan. Het doel van het gebruiken van een zorgplan komt eveneens overeen tussen de verschillende NPO-projecten, al zijn er accentverschillen, met name ten aanzien van de eigen regie door de oudere zelf en het betrekken/ontlasten van mantelzorgers. Praktisch worden de meeste ouderen en mantelzorgers bij het opstellen van het zorgplan betrokken en wordt het zorgplan in concept opgesteld door een verpleegkundige of POH. In alle zorgplannen worden per probleem doelen, acties en uitvoerders beschreven. Het zorgplan is multidisciplinair van karakter. Vaak wordt het format uit de NHG-praktijkwijzer gebruikt (= Laego-format, zie [www.Laego.nl](http://www.Laego.nl)).

Er kan nog niet veel worden gezegd over de opbrengst van gebruik van het zorgplan. Uit verschillende projecten blijkt dat het over het algemeen wel uitvoerbaar is, al zijn voldoende tijd en ondersteuning belangrijke factoren. Het functioneel denken lukt redelijk – goed. De huisartsen ervaren meer grip op de situatie en vinden het belangrijk meer zicht te hebben op het functioneren en de wensen van de ouderen zelf. Het uitvoeren van een MDO is in de praktijk lastig vorm te geven. Het MDO helpt om functioneel en multidisciplinair te denken.

## Conclusie

Het identificeren van ouderen met complexe problematiek in de populatie van huisartsen is alleen zinvol als er een adequaat vervolg aan kan worden gegeven in de zin van effectieve interventies. Het bewijs dat actief opsporen loont met betrekking tot de kwaliteit van leven van ouderen en het verbeteren van de zelfredzaamheid is nog niet geleverd.

Het werken met zorgplannen is een geaccepteerde en bruikbare manier om de functionele problemen, acties en interventies te beschrijven bij ouderen met multidomeinproblematiek. Afstemming met de oudere en zijn mantelzorgers en opstelling door verpleegkundigen of POHs is gebruikelijk. Het zorgplan kan worden gebruikt als voorbereiding en verslaglegging van een MDO, maar kan ook als los overzicht worden gebruikt. Het kost aardig wat tijd, maar helpt om overzicht en grip te krijgen. Goede afspraken over de tijdsinvestering en structurele overlegmomenten tussen de huisarts en PVK of POH zijn essentieel, naast scholing en coaching en ICT-ondersteuning. Het tijdig en consequent evalueren van zorgplannen is in de praktijk ook lastig vorm te geven. De organisatie van zorg en financiering in de eerste lijn is nog niet voldoende ingericht op echte persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg.

## Noten

- 1 NHG-standpunt Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde voor Ouderen, 2007 ([www.nhg.org](http://www.nhg.org))
- 2 C.M.P.M. Hertogh (1999), *Functionele geriatrie*.
- 3 A.B. Mitnitski, A.J. Mogilner en K. Rockwood (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging, *Scientific World Journal*, (1), p.323-336.
- 4 M. von Faber, A. Bootsma-van der Wiel, E. van Exel, J. Gussekloo, A.M. Lagaay, E. van Dongen, D.L. Knook, S. van der Geest en R.G. Westendorp (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161 (22), p. 2694-2700.
- 5 J.E. Lutomski, M.A. Baars, B.W. Schalk, H. Boter, B.M. Buurman, W.P. den Elzen, A.P. Jansen, G.I. Kempen, B. Steunenberg, E.W. Steyerberg, M.G. Olde Rikkert en R.J. Melis (2013). TOPICS-MDS Consortium. The development of the Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum DataSet (TOPICS-MDS): a large-scale data sharing initiative, *PLoS One*, Dec. 4, 8 (12), e81673.

## Informatie over de auteurs

**Annet Wind**, huisarts, is hoofd Nascholing en coördinator NHG-kaderopleiding Oudergeneeskunde.

**Jeanet Blom** is huisarts-onderzoeker.

**Jacobijn Gussekloo** is hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Allen zijn werkzaam bij de afdeling Public Health en eerste lijnsgeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum.