

Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam

*Deelrapport in het kader van de voorstudie “Vernieuwing van
gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen” , gefinancierd door de Stichting
Preventie, Vroegdiagnostiek en e-Health*

Hein van Hout , ondersteund door Veerle Smaardijk en Fleur Sutorius

Huisarts- en Ouderengeneeskunde EMGO+ Instituut, VUmc

hpj.vanhout@vumc.nl, T: 020-4448199.

Inhoud

Samenvatting	3
Wat is het probleem?	3
Wat is proactieve eerstelijnszorg?	3
Aanbeveling en vernieuwingsrichting	3
Achtergrond	4
Methoden.....	5
Ad 1. Evaluatie Proactieve ouderenzorg	5
Ad 2. Diagnostische en prognostische waarde van 10 methoden om kwetsbare ouderen te identificeren.	5
Referentiestandaarden:	5
Index testen vroegopsporing:	5
Ad 3. Organisatie van zinnige eerstelijns ouderenzorg.....	6
Resultaten: Is proactieve ouderenzorg in de eerste lijn zinvol?	6
Ad 1. Uitkomsten op zorgontvangers.....	6
Effecten op Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven ((I)ADL) en kwaliteit van leven (KvL)	7
Kosten van zorggebruik.....	9
Ervaringen van zorg ontvangers en professionals	10
Ad 2. De diagnostische en prognostische waarde van 10 methoden van identificatie	10
Ad 3. Optimale organisatie van eerstelijnsouderenzorg.....	11
Doorontwikkeling.....	12
Conclusies.....	13
Discussie	13
Literatuur.....	14

Samenvatting

Wat is het probleem?

De eerste lijn wordt de komende jaren in toenemende mate geconfronteerd met ouderen en personen met dementie die verminderd zelfredzaam zijn en langer thuis blijven wonen. Vraagstukken die we in dit artikel aanstippen zijn: Wat is zinnige zorg, voor welke ouderen en hoe organiseer je dat in de eerste lijn en de wijk? Wat levert casemanagement dementie op?

Wat is proactieve eerstelijnszorg?

Bij een proactieve aanpak worden het functioneren en de wensen van een kwetsbare persoon in kaart gebracht en gemonitord, op basis van een individueel zorg- of actieplan dat wordt opgesteld.

Zinnige ouderenzorg: niet opsporen, wel proactieve begeleiding van specifieke groepen: Alle eerstelijns experimenten combineerden actieve opsporing met proactieve begeleiding. Er bleek een klein effect op beter behoud van zelfredzaamheid. Dit effect bleek in enkele studies sterker bij de oudste ouderen (80+), alleenstaanden en personen met thuiszorg, personen die behoefte aan begeleiding aangaven en hoger opgeleiden.

Bespaart proactieve zorg kosten? De kosten van zorg bleken in de meeste studies niet verschillend tussen de behandelcondities. Een uitzondering was casemanagement dementie, dat tot aanzienlijke besparingen leidde.

Wat levert casemanagement dementie op? Voor personen met dementie blijkt casemanagement (zeer) kosten effectief te zijn. Casemanagement kan een vijfde tot een derde van de maatschappelijke kosten besparen (11.000 tot 16.000 euro per jaar per persoon). Eén casemanager met een gangbare caseload van 50 cliënten kan de maatschappij jaarlijks 550.000 tot 800.000 euro besparen. Dit is voor de helft toewijsbaar aan bespaarde tijd voor mantelzorgers. Een beter geïntegreerd zorgmodel laat naast grotere besparingen ook een beter behoud van kwaliteit van leven van zowel patiënten als hun mantelzorgers zien.

Aanbeveling en vernieuwingsrichting

- Identificatie kan zich best beperken tot de meest kwetsbare personen. Screening heeft geen aantoonbare meerwaarde.
- Identificatiemethoden die grote aantallen personen als kwetsbaar aanmerken zijn kwalitatief minder en kunnen beter vermeden worden.
- Voor de meer kwetsbare ouderen die in beeld zijn lijkt het zinnig en kostenneutraal om proactief persoonsgerichte zorg aan te bieden door een POH ouderen.
- De POH ouderen, de wijkverpleegkundige en de casemanager dementie werken sterk complementair en kunnen elkaars impact versterken.
- Specifiek voor personen met dementie en hun mantelzorgers blijkt casemanagement zeer kosten besparend.

- Betere integratie en inbedding van casemanagement in een multidisciplinaire werkende organisatie of netwerk kan de doelmatigheid aanzienlijk versterken.
- Proactieve ouderenzorg wordt bij voorkeur in een regio ondersteund door een coördinerend expert team (bv specialist ouderengeneeskunde en geriatrisch verpleegkundige) voor (initiële) scholing, supervisie, coördinatie van MDOs.

Achtergrond

Een drietal maatschappelijke veranderingen heeft belangrijke gevolgen voor de ouderenzorg. Ten eerste is er een sterke toename van het aantal ouderen, in het bijzonder de oudste ouderen (dubbele vergrijzing). Ten tweede hebben (oudere) patiënten enkele duidelijke wensen: men wenst zoveel mogelijk zorg thuis (geen opname in verzorgings- of verpleeghuis), actief meebeslissen over zorg, duidelijke en toegankelijke informatie, respectvolle vriendelijke bejegening, samenwerking en afstemming en betaalbare zorg (CSO, NFU, ZonMw 2013). Ten derde stimuleert de overheid langer thuis wonen en meer participatie in de samenleving.

In 2010 signaleerde de KNMG een drietal knelpunten: (1) medische problemen worden vaak laat onderkend; (2) de zorg voor ouderen is versnipperd omdat ouderen vaak meerdere behandelaren en zorgverleners tegelijk hebben; (3) vooroordelen ten aanzien van verouderen kunnen leiden tot nalaten van adequate preventieve behandeling en nazorg (KNMG 2010).

Vanuit het Nationaal Programma Ouderen zijn daarop in de afgelopen jaren diverse grootschalige transitieprojecten opgezet om de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren.

In dit artikel maken we de balans op van de (op dit moment beschikbare) eerstelijns experimenten die afgelopen jaren zijn uitgevoerd, met name vanuit het Nationaal Programma Ouderen. Tevens vergelijken we een tiental methoden waarmee kwetsbare personen werden geïdentificeerd in de hoop vroegtijdiger te kunnen signaleren.

Vraagstukken die we in dit artikel bespreken zijn:

- Is vroegsignalering en een proactieve aanpak van kwetsbaarheid (kosten)effectief?
- Wat is de diagnostische en prognostische waarde van de verschillende methoden om kwetsbare ouderen te identificeren?
- Hoe kan de eerstelijnszorg worden georganiseerd om (integrale) zorg aan kwetsbare ouderen te bieden; welke rol heeft de huisarts, POH-Ouderen, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, kaderhuisarts ouderen?

Methoden

Ad 1. Evaluatie Proactieve ouderenzorg

Voor een systematisch review zijn 23 afgeronde projecten van het Nationaal Programma Ouderen (NPO) (aug 2015) gescreend of het een effectstudie onder thuiswonende kwetsbare ouderen in de eerste lijn betrof. Eindverslagen en publicaties werden opgevraagd bij projectleiders. Tevens werden recente (vanaf 2007) relevante Nederlandse studies geïnccludeerd die buiten het financieringskader van het NPO zijn uitgevoerd.

De kenmerken van de geïnccludeerde studies, de interventies, de uitkomstmaten en de effecten zijn beschreven. Tevens is een meta-analyse uitgevoerd met studies die uitkomsten rapporteerden over 'kwaliteit van leven (KvL)', zelfredzaamheid, uitgedrukt in '(instrumentele) activiteiten van het dagelijks leven -(I)ADL', en kosten van formeel en informeel zorggebruik. De individuele en gepoolde effecten werden berekend met Cochrane software Review Manager 5.0. De grootte van de effecten werd uitgedrukt in de 'standardised mean difference (SMD)'. De SMD is een maat waarin het verschil tussen interventie en controle wordt gedeeld door de standaard deviatie. De mate van heterogeniteit tussen studies is uitgedrukt in I^2 , deze varieert tussen 0 (geen) en 100% (zeer groot). We verwerkten alle studies waarvan de resultaten zijn gepubliceerd.

Ad 2. Diagnostische en prognostische waarde van 10 methoden om kwetsbare ouderen te identificeren.

Er werden 10 methoden van identificatie vergeleken met 3 referentiestandaarden, met gegevens van de IKO studie (Identificatie van Kwetsbare Ouderen) (Hoogendijk 2013). In een huisartsenpraktijk in Amsterdam werd aan 606 patiënten van 65 jaar en ouder een uitnodiging voor deelname aan de IKO studie met 2 korte screeners gestuurd (PRISMA7 en GFI). Driehonderdnegenenzeventig patiënten stuurden deze vragenlijst ingevuld terug en 256 personen hiervan waren bereid een interview te ondergaan. Op basis van de teruggestuurde informatie selecteerden we hieruit 104 personen voor een interview, waarin aanvullende informatie over hun gezondheid en zorggebruik werd verzameld. Er werden evenveel mannen en vrouwen en gezonden als mogelijk kwetsbaren geselecteerd, op basis van hun GFI score.

Referentiestandaarden:

- Een multidisciplinair expertpanel, bestaande uit 2 verpleegkundigen, 2 geriateren, 2 specialisten ouderengeneeskunde en 2 huisartsen, kwam in twee schriftelijk rondes tot een consensus oordeel over de kwetsbaarheid, op basis van alle beschikbare biopsychosociale informatie van alle 104 personen;
- Fried's fysieke frailty criterium (tenminste 3 uit 5 criteria vervuld: verminderde loopsnelheid, knijpkracht, fysieke activiteit, en subjectieve uitputting) (Fried 2001);
- sterfte of langdurige opname over 6 jaar.

Index testen vroegopsporing:

Schriftelijke testen:

- PRISMA-7 ≥ 3 (7 items) (Raiche 2008);
- Groninger Frailty Indicator (GFI) ≥ 4 (15 items) (Peters 2012);
- Rapportcijfer eigen gezondheid ≤ 6 (1 item)
- Identification Seniors At Risk Primary Care (ISAR PC) ≥ 2 (5 items) (Suijker 2014);
- Beoordelingstesten:
 - oordeel van de huisarts.
 - Loop snelheid $< 0,8$ meter per seconde op 4 meter loop proef (Castell 2013);
 - InterRAI-HC screener (8-items) ≥ 1 ; www.interrai.org
 - Edmonton Frailty Scale (EFS) (14 items) ≥ 4 (Rolfson 2006);
- Dossier informatie:
 - Aantal medicijnen ≥ 7 ;
 - Rockwood's Frailty Indicator (FI) $\geq 0,25$ (2007);

De diagnostische waarde werd uitgedrukt in de oppervlakte onder de Receiver Operating Curve. Daarbij is 1 een perfecte overeenstemming tussen index en referentiestandaard. Een half is niet beter dan toeval, en 0,8 of hoger duidt op een goede diagnostische of prognostische waarde. De schattingen werden gewogen naar samenstelling van de steekproef.

Ad 3. Organisatie van zinnige eerstelijns ouderenzorg

Met een scoping review van de samengevatte studies en beleidsnotities is de organisatie van ouderenzorg voor thuiswonende ouderen beschreven. In veel teksten wordt in- of expliciet uitgegaan van het chronisch zorg model van Bodenheimer en Wagner (2002). In dit rapport vertalen we dit model naar de eerstelijnsouderenzorg in de Nederlandse context.

Resultaten: Is proactieve ouderenzorg in de eerste lijn zinvol?

Ad 1. Uitkomsten op zorgontvangers

Zestien studies zijn geïncludeerd in dit review. De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde ouderen in iedere studie was rond de 80 jaar. De screeningsinstrumenten die gebruikt werden varieerden sterk. Zowel zelfontwikkelde als bestaande vragenlijsten werden gebruikt om (mogelijk) kwetsbare ouderen te kunnen opsporen. Het merendeel van de interventies bestond uit een multidimensionele beoordeling, waarna een op maat gemaakt zorgplan werd opgesteld. De daaropvolgende aangeboden interventies verschilden per studie en per persoon. Deze interventies werden overigens niet uitgebreid beschreven. Tevens is opvallend dat het aantal betrokken zorgverleners in de programma's varieerde van twee tot acht en dat er een grote spreiding zat in het aantal huisbezoeken dat werden afgelegd. Het effectverschil tussen de interventiegroep en de controlegroep is voor elke studie berekend. De studies die rapporteerden over (I)ADL, KvL en kosten van zorggebruik, zijn opgenomen in een meta-analyse.

Effecten op Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven ((I)ADL) en kwaliteit van leven (KvL)

Zes studies rapporteerden over zelfredzaamheid- (I)ADL (Drubbel, 2013; Jansen et al., 2014; Melis et al., 2008; Metzelthin et al., 2013; Siemonsma et al., 2012, van Hout et al., 2010) (zie figuur 1).

Drubbel et al. (2013) implementeerden een interventie genaamd U-CARE, die bestond uit een uitgebreide screening, een geriatrische anamnese en een zorgplan met gewenste acties, verantwoordelijke voor de actie en een evaluatie datum, uitgevoerd door getrainde praktijkverpleegkundigen. Ouderen van 60 jaar en ouder werden geïnccludeerd wanneer zij voldeden aan tenminste een van de volgende criteria: multimorbiditeit (twee of meer chronische ziekten), polyfarmacie (gebruik van ≥ 5 verschillende medicijnen), 'zorgvermijder' (tenminste 3 jaar geen huisarts bezocht hebben). De interventie liet na 12 maanden een klein positief effect zien op dagelijks functioneren en kwaliteit van leven (SMD = -0.07, 95%CI -0.16;0.02), waarbij het effect op functioneren groter was bij hoger opgeleiden.

Jansen et al. (2014) onderzochten het Geriatrisch Zorgmodel, waarin praktijkondersteuners, ondersteund door een expert team, samenhangende zorg coördineren. Deelnemende huisartsen maakten een lijst van mogelijk kwetsbare ouderen (65+). Personen werden geïnccludeerd indien ze meer dan twee scoorden op de PRISMA-7 screener. In de interventie groep inventariseerde een praktijkondersteuner de wensen en behoeften op het gebied van zorg, welzijn en gezondheid met de interRAI CHA. Samen met de oudere werd een zorgplan gemaakt om de gewenste situatie te bereiken. De praktijkondersteuner gaf mogelijkheden aan om de situatie te veranderen waaruit de oudere zelf een keuze kon maken, bijvoorbeeld op het gebied van zorg voor incontinentie of pijn. Complex kwetsbare personen werden besproken in een multidisciplinair overleg met een specialist ouderengeneeskunde, apotheker en incidenteel ook de mantelzorger en patiënt zelf. De interventie bleek na 18 maanden effectief op zelfredzaamheid- IADL (SMD = -0.06, 95%CI -0.20;0.07). Het effect nam toe met de tijd. Thuiszorgontvangers, ouderen zonder partner en 80+-ers bleken meer baat te hebben van het geriatrisch zorgmodel tot een SMD van 0.3.

Melis et al. (2008) onderzochten het effect van het Dutch Geriatric Intervention Program (DGIP). Bij deze interventie werden huisbezoeken door verpleegkundigen afgelegd. Een van de inclusiecriteria was dat de ouderen problemen ondervonden op het gebied van cognitie, stemming, mobiliteit, voeding of gedrag. Een persoonlijk, multidimensioneel plan werd opgesteld en uitgevoerd. Hierbij waren een praktijkondersteuner, huisarts en geriater betrokken. Voor de gezondheidsproblemen werden richtlijnen ontwikkeld, waarbij gestructureerde activiteiten werden aangeboden. Voorbeelden van interventies waren advies aan de mantelzorger op het gebied van gedragsverandering en een gestructureerd dagprogramma voor de oudere. De 70+-ers lieten een verbetering zien op psychisch welbevinden (SMD = 0.45, 95%CI 0.10; 0.80) en functioneren (SMD = -0.19, 95%CI -0.54;0.16).

Metzelthin et al. (2013) implementeerden de Prevention of Care (PoC)-benadering bij thuiswonende kwetsbare ouderen met een GFI-score ≥ 5 . De interventie bestond uit een multidimensionele beoordeling die zich richt op bestaande problemen in de uitvoering van voor de oudere betekenisvolle dagelijkse activiteiten en risicofactoren voor beperkingen.

Indien nodig werden andere professionals ingeschakeld. Op basis van de beoordeling werd met de betrokken professionals een op maat gemaakt zorgplan met doelen, strategieën en acties opgesteld en uitgevoerd. Voorbeelden van gebieden waar interventies voor nodig waren, zijn: dagelijkse fysieke activiteit, sociale activiteiten en het aanpassen van de omgeving, activiteiten of vaardigheden. Er werden geen significante effecten gevonden op functiebeperkingen (SMD = -0.04, 95%CI -0.27;0.18), depressieve symptomen, sociale ondersteuning, valangst en sociale participatie.

In de studie van Siemonsma et al. (2012) werd actieve fysiotherapie aan huis vergeleken met het programma 'Functionele Training Ouderen' en met een groep zonder interventie, bij zelfstandig wonende 75+-ers. De fysiotherapeut kwam gemiddeld 11 keer langs in 3 maanden tijd. In beide interventiegroepen werd een vooruitgang gezien in fysiek functioneren ten opzichte van de controlegroep (SMD = 0.13, 95%CI -0.25; 0.51).

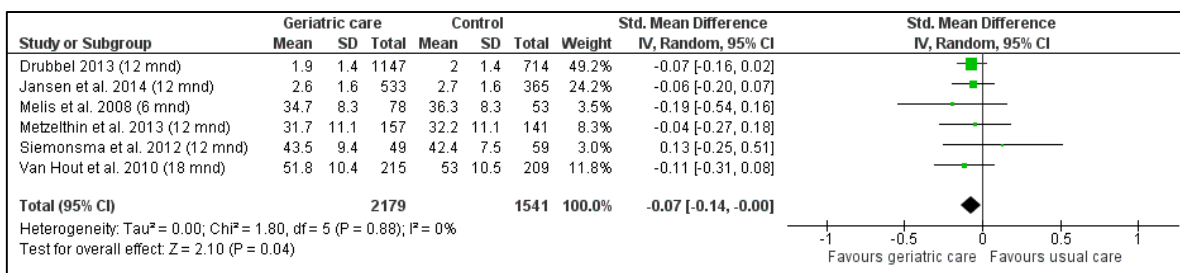
Van Hout et al. (2010) onderzochten het effect van huisbezoeken door getrainde wijkverpleegkundigen die gezondheidsrisico's in kaart brachten, gepersonaliseerde interventies aanboden en telefonisch monitoren. Voorbeelden van gebieden waarop interventies aangeboden werden, zijn: veiligheid thuis, valpreventie, medicatietrouw en gezondheidsbevordering. Thuiswonende ouderen met tenminste 2 zelf gerapporteerde scores in het laagste kwartiel van de COOP-WONCA charts werden geïncludeerd, wat inhoudt dat ouderen op het gebied van algehele gezondheid, fysieke conditie, veranderingen in gezondheid, dagelijkse activiteiten en/of sociale activiteiten kwetsbaar bevonden zijn. Er werden kleine niet significante verschillen gevonden tussen gebruikelijke zorg en de interventie op alle uitkomstmaten, inclusief functionele gezondheid en IADL (SMD = -0.11, 95%CI -0.31; 0.08).

Merten et al. (2013) onderzochten het programma 'Lang Leve Thuis', wat aangeboden werd aan thuiswonende ouderen. Het programma bestond uit een actieve benadering waarbij praktische thuisdiensten, sociale activiteiten, ontmoetingen en persoonlijke ondersteuning werden aangeboden. De achterliggende gedachte bij dit onderzoek is dat mensen door het opbouwen van een netwerk, het verminderen van eenzaamheid en op maat aangeboden ondersteuning zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen. Het programma liet geen significante effecten zien op kwaliteit van leven (SMD = 0.08, 95%CI -0.02; 0.19).

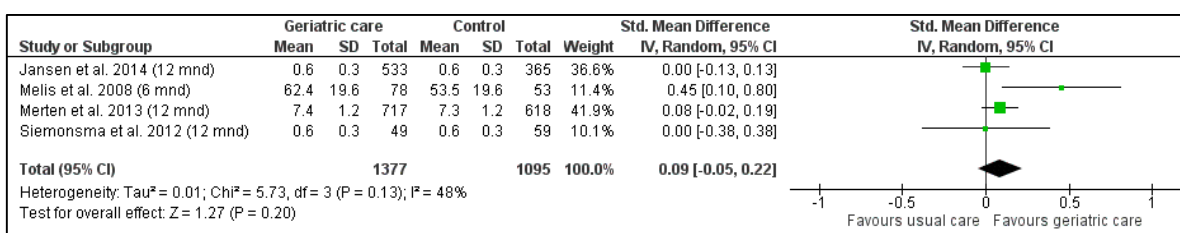
Vier studies rapporteerden over KVL (Jansen et al., 2014; Melis et al., 2008; Merten et al., 2013; Siemonsma et al., 2012) (zie figuur 2). Alleen de interventie van Melis et al. (2008) bleek significant effectief op deze uitkomstmaat.

De gepoolde SMD van de zes studies voor (I)ADL was -0.07 (95%CI -0.14; 0.00), I²= 0%, ten gunste van proactieve interventies voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Aangezien op dit gebied een negatieve score betekent dat er verbetering te zien is op het gebied van (I)ADL, houdt dit in dat de interventiegroepen gemiddeld iets effectiever waren dan de controlegroepen. De gepoolde SMD van de vier studies gericht op kwaliteit van leven was 0.09, 95%CI -0.05; 0.22), I²=48%, tevens ten gunste van de interventiegroep. Voor deze

uitkomstmaat geldt dat een positieve score staat voor een verbetering, dus ook op Kvl scoorden gemiddeld de interventiegroepen iets beter dan de controlegroepen.



Figuur 1. Forest plot van studies die maten gerapporteerd hebben over (I)ADL (Katz en GARS-scores). Gemiddelden en 95%-betrouwbaarheidsintervallen zijn hier gepresenteerd.



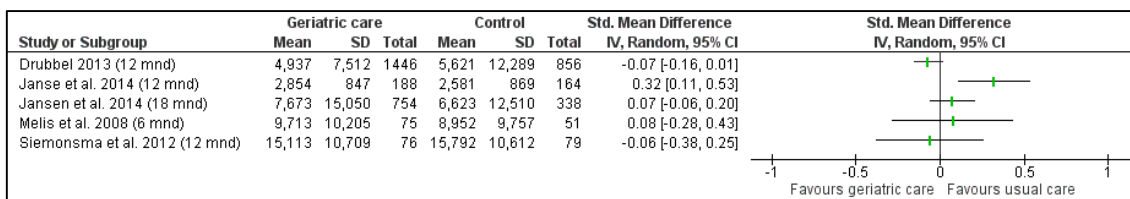
Figuur 2. Forest plot van studies die maten rapporteerden over gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (EQ5D, rapportcijfers, MOS-20).

Kosten van zorggebruik

Zes studies rapporteerden over kosten van zorg (Drubbel, 2013; Janse et al., 2014; Jansen et al., 2014; Melis et al., 2008; Siemonsma et al., 2012, Vroomen MacNeil, submitted, en daarom niet opgenomen in het figuur). Figuur 3 laat zien dat de kosten heterogeen zijn en grote intervallen hebben, waardoor poolen niet mogelijk was. Hoewel enkele studies melden dat de interventie mogelijk kosteneffectief is (Drubbel, 2013; Melis et al., 2008), worden in geen van de studies harde conclusies getrokken over het verschil in kosten.

In de studie van Vroomen-MacNeil werden grote besparingen gerapporteerd bij personen met dementie die casemanagement kregen. Multidisciplinaire en meer geïntegreerde vormen van casemanagement bleken aanzienlijk meer te besparen dan minder geïntegreerde vormen (bv casemanagement vanuit alleen wijkverpleging). De grootste besparing werd gevonden in minder mantelzorgtijd.

Meer onderzoek is nodig naar kosten op langere termijn bij de meeste kwetsbare (niet demente) personen.



Figuur 1. Forest plot over gezondheidszorgkosten met gemiddelde verschilcores met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Er is geen rekening gehouden met kosten van informele zorg.

Ervaringen van zorg ontvangers en professionals

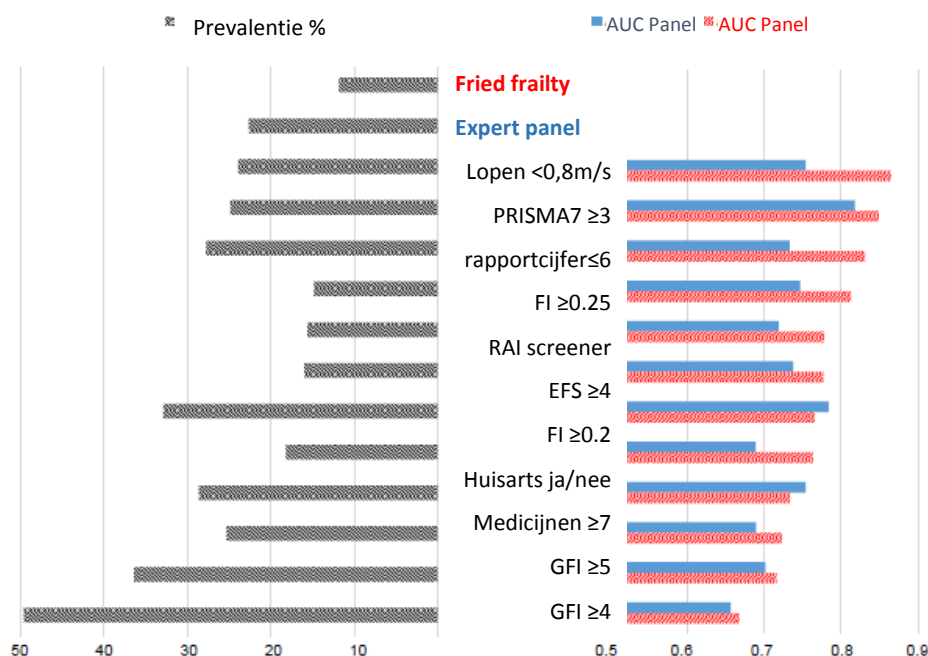
Ervaringen van zorg ontvangers en professionals waren overwegend positief. Oudere personen zeggen zich gehoord te voelen. Huisartsen voelen zich ontlast en ervaren een sterke kwaliteitsimpuls van het werken met een POH ouderen. Betrokken professionals leren elkaars vaardigheden beter kennen en gaan die gerichter inzetten. Alleen de (digitale) communicatie laat nog veel te wensen over.

Ad 2. De diagnostische en prognostische waarde van 10 methoden van identificatie

In **figuur 4** is zowel de prevalentie als de diagnostische waarde te zien.

Een loopsnelheid van $\leq 0,8$ meter per seconde kwam het best overeen met het criterium van Fried. De PRISMA7 ≥ 3 kwam het sterkst overeen met het consensus panel. De huisarts bleek het best sterfte of langdurige opname te voorspellen. Over alle drie de referentiestandaarden bleek de PRISMA7 consistent hoog te scoren.

De prevalentie van kwetsbaarheid varieerde sterk tussen zowel de referentie als index testen. Het consensuspanel constateerde kwetsbaarheid bij 27,3% en Fried's criterium bij 9,3% van de personen. De prevalentie volgens de index testen liep uiteen van 16% voor frailty indicator tot 49% voor ISAR-PC. Dit geeft aan dat de diagnostische kwaliteit van diverse veel gebruikte methoden twijfelachtig is. Tevens geeft het aan dat definitie en het meten van kwetsbaarheid verre van gestandaardiseerd is.

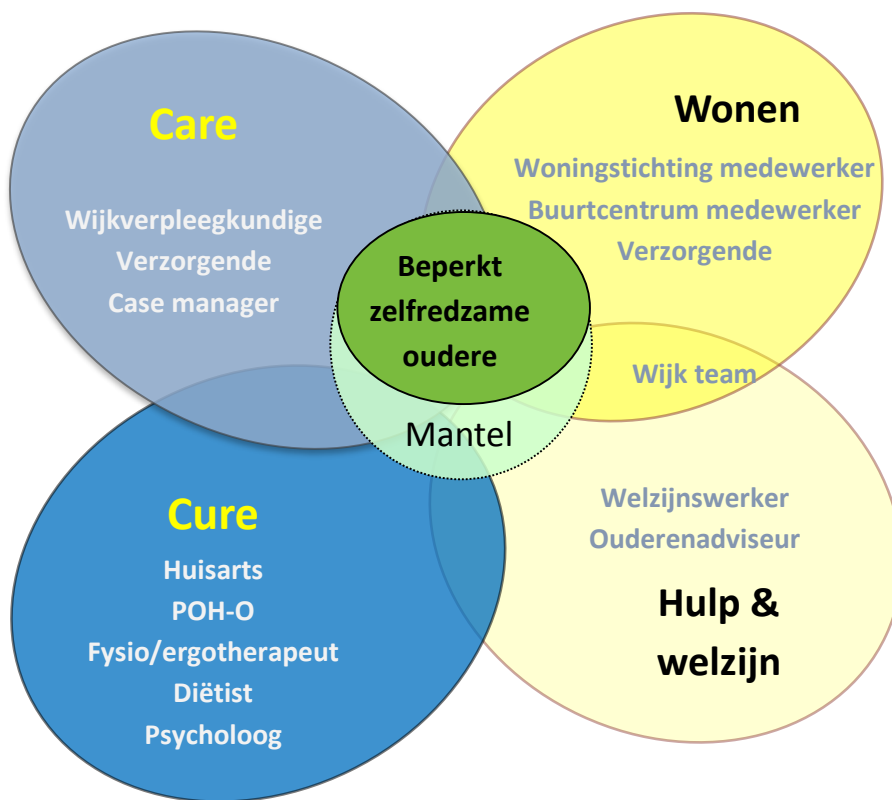


Figuur 4. Diagnostische waarde (AUC) van 10 methoden om kwetsbare ouderen te identificeren ten opzichte van 2 referentiestandaarden en hun prevalenties (%).

Ad 3. Optimale organisatie van eerstelijnsouderenzorg

Hoe zou je ouderenzorg optimaal vormgeven, als je gebruik maakt van de evidentie uit de studies en ervaringen uit de praktijk? In veel regio's zijn netwerken actief geworden - meestal met een stuurgroep - die gestructureerde en samenhangende ouderenzorg vormgeven. Dit is een uitstekend vertrekpunt voor verdere ontwikkeling.

In **Figuur 5** staat in het zogenaamde vlindermodel welke sectoren en professionals een belangrijke rol vervullen bij het behouden van de zelfredzaamheid van een kwetsbare persoon. In het geval van meerdere professionals is het zaak om af te stemmen wie welk deel van de begeleiding voor zijn rekening neemt, omdat lang niet altijd duidelijk is bij wie de (welke) regie ligt. Een gestructureerde multidisciplinair overleg (MDO) kan daar sterk aan bijdragen.

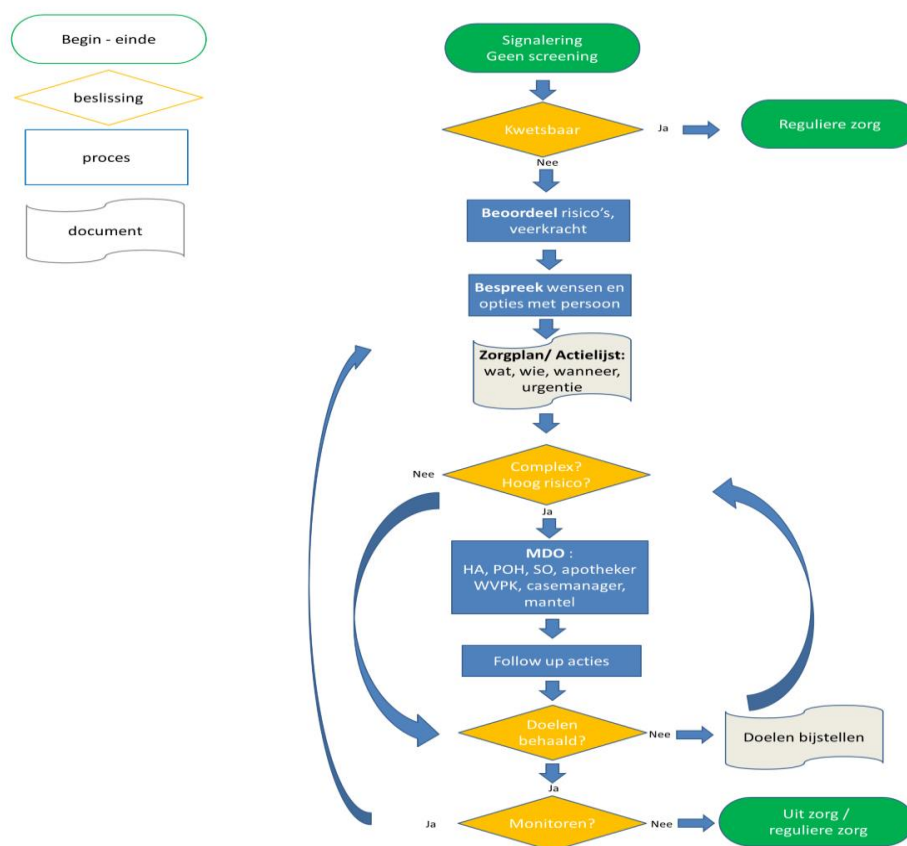


Figuur 5. Sectoren en actoren rond een kwetsbare persoon. Vlindermodel ontleend aan Mart Stel ROS Noord Holland en LAEGO.

In **Figuur 6** staat een typische 'workflow' van de identificatie, beoordeling en begeleiding van een kwetsbare persoon in de huisartsenpraktijk. De huidige praktijk beperkt zich voornamelijk tot de complex kwetsbare personen. Er is in dat geval geen 'beslismoment' nodig of iemand wel of niet in een MDO wordt besproken. Kernleden in een MDO zijn de huisarts, de POH ouderen, specialist Ouderengeneeskunde, geriatisch verpleegkundige, apotheker. Daarnaast is in ongeveer helft van de cases een wijkverpleegkundige actief en bij een kleiner deel ook een

casemanager. De geriatrisch verpleegkundige, ondersteund door een specialist ouderengeneeskunde, kunnen voor een zorgcoöperatie van tientallen huisartspraktijken de 'infrastructuur' vormgeven: educatie en supervisie van de POHs, MDO planning en consultatie bij complexe casuïstiek.

In veel gevallen is de mantelzorg bepalend in hoeverre en hoe lang iemand zelfstandig thuis kan blijven wonen. Integrale ouderenzorg betreft bij voorkeur expliciet de mantelzorg(s) bij de begeleiding. Dat is lang niet altijd vanzelfsprekend, omdat zij bijvoorbeeld niet in dezelfde praktijk zijn ingeschreven of zelfs in een andere regio wonen. Er zijn regio's waar de (centrale) mantelzorg standaard voor het MDO wordt uitgenodigd.



Figuur 6. Workflow van identificatie en begeleiding van een kwetsbare persoon. Ontleend aan NHG protocollaire ouderenzorg.

Doorontwikkeling

In enkele regio's is gestructureerde ouderenzorg na de studieperiode doorontwikkeld. Een interessante organisatorische verbetering lijkt het linken van vaste (para)medische professionals aan een huisartspraktijk: een praktijk kan een beroep doen op een vaste

specialist ouderengeneeskunde voor consultatie en laagdrempelig diagnostische consulten aan huis. Een praktijk werkt met een vaste casemanager dementie, zodat makkelijker kan worden overlegd over meerdere patiënten. Verder is er hier en daar een relatie met wijkteams gelegd, waarbij de gemeente een stukje POH formatie inkoop voor het wijkteam.

Conclusies

Uit het literatuuroverzicht hebben de geïncludeerde interventies gemeen dat professionals gepersonaliseerde zorg aanboden die aansluit bij de wensen en behoeften van de oudere. De meta-analyses laten een bescheiden positief effect zien op de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen ten gunste van proactieve geriatrische zorg. De kosten van zorggebruik bleken niet significant hoger in de groep met proactieve geriatrische zorg vergeleken met de controlegroepen.

Enkele studies concludeerden dat bepaalde groepen meer baat hadden bij de interventies, zoals ontvangers van thuiszorg, alleenstaande ouderen, de oudste ouderen (80+-ers) (Hoogendijk et al. 2015, Jansen et al., 2014), ouderen met een zelf aangegeven behoefte aan zorg (van Marwijk et al., 2014) en ouderen met een hogere opleiding (Drubbel, 2013).

Een eerste beperking van dit review is dat niet alle studies reeds alle gegevens beschikbaar hadden. Een tweede beperking is dat de definitie van kwetsbare oudere sterk verschilde tussen de studies. Zo selecteerden sommige studies bijna de helft van alle ouderen, terwijl anderen aanzienlijk selectiever waren. Ten derde is het bij de bestudeerde complexe interventies niet goed mogelijk om actieve ingrediënten aan te wijzen. Een beperking van de IKO studie, naar de vergelijking van de identificatiemethoden, is dat het om één huisartspraktijk ging. De waarde van het huisartsoordeel kan daarom niet gegeneraliseerd worden.

Discussie

Wat betekenen de resultaten voor de organisatie van de eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen in Amsterdam en andere regio's?

De definities en kenmerken van een kwetsbare ouderen bleken erg heterogeen en rekbaar te zijn. Een aanzienlijk deel van de 'kwetsbare ouderen' in de diverse NPO studies bleek nog prima zelfredzaam te zijn. Het is daardoor een moeilijk bruikbare term gebleken. Wellicht is het concept 'zelfredzaamheid' beter werkbaar voor de ouderenzorg. Dit lijkt eenduidiger te definiëren en is voor de ouderenzorg een natuurlijk aangrijpingspunt om zorginterventies in te zetten.

Proactieve geriatrische zorg lijkt meer impact te hebben op de meest kwetsbare personen die behoefte hebben aan dergelijke zorg. Meer onderzoek naar passende identificatie en passende interventies voor deze subgroepen zal nodig zijn.

Literatuur

- Ament, B. H. L. (2013). Proefschrift Frailty in old age: Conceptualization and care innovations. *Ch 4. Comparing two primary*
- Bouman, A., van Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 291-297. *care approaches to detect and support frail older people: a prospective cohort study*
- Castell M, Sanchez M, Julian R, Queipo R, Martin S, Otero Á. (2013) Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Fam Pract*;14:86.
- CSO, NFU, ZonMw 2013. Toekomstige ouderenzorg ; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. De visie van CSO, NFU en ZonMw.
- Dijk van, H. M., Cramm, J. M., Lötters, F. J. B., Exel, J., & Nieboer, A. P. (2015). *Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak*.
- Drubbel, I. (2013). Proefschrift Frailty screening in older patients in primary care using routine care data. *Ch 6. The effectiveness of a proactive patient-centred primary care program on daily functioning of frail older patients: a cluster randomised controlled trial & Ch 7. Economic evaluation of a proactive patient-centered primary care program for frail older patients: cost-effectiveness analysis alongside the U-PROFIT randomised controlled trial*
- Eindverslag ZonMw '[G]OLD home visitation programme' UM
- Eindverslag ZonMw 'Effect van functionele training op zelfredzaamheid'
- Eindverslag ZonMw 'Even Buurten: De complexiteit van een wijkgerichte aanpak' EUR
- Eindverslag ZonMw 'Functiebehoud in Transitie (FIT)' / AMC
- Eindverslag ZonMw 'Geïntegreerd organisatiemodel met casemanagement'
- Eindverslag ZonMw 'Geriatrisch Zorgmodel: De kwetsbare oudere centraal in samenhangende zorg'' VUmc
- Eindverslag ZonMw 'ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older People)' LUMC
- Eindverslag ZonMw 'Ketenzorg dementie, versterking en evaluatie van beginnende transitie: op weg naar een complete
- Eindverslag ZonMw 'Levenslust: betere toegang tot zorg voor depressieve ouderen' / VUmc
- Eindverslag ZonMw 'Loopmeter + oefenboek'
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. (2001) Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*;56:M146-M157.
- Groot de, A., Spooenberg, S. L. W., Beukema, R. J., Mustafa, R., & Wynia, K. (2013). SamenOud: elke huisarts een eigen Ouderenzorg Team. *BJJ*, 19-25.
- Hebert R, Raiche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M. (2010) Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*;65B:107-18.
- Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, Nijpels G, van Hout HP. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013 Mar;42:262-5.
- Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters D, van Leeuwen KM, van Campen J, Nijpels G, Jansen APD, van Hout H. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: Results from a stepped wedge cluster randomized trial *European journal of internal medicine* 2016 Mar;28:43-51.
- Hout van, H. P., Jansen, A. P., van Marwijk, H. W., Pronk, M., Frijters, D. F., & Nijpels, G. (2010). Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial [ISRCTN05358495]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65(7), 734-742. doi: 10.1093/gerona/gdq037
- InterRai. <http://www.interrai.org/> (2015). Accessed 26 Jun 2015.
- Janse, B., Huijsman, R., & Fabbricotti, I. N. (2014). A quasi-experimental study of the effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers' satisfaction with care and support. *BMC Health Serv Res*, 14, 140. doi: 10.1186/1472-6963-14-140

- Janse, B., Huijsman, R., de Kuyper, R. D., & Fabbricotti, I. N. (2014). The effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers: a quasi-experimental study. *BMC Geriatr*, 14, 58. doi: 10.1186/1471-2318-14-58
keten' AMC & VUmc
- KNMG standpunt (2010) Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen.
- Laego, NHG, V&VN, Vilans (2015) Protocolaire Ouderenzorg.
- Macneil Vroomen J. PhD thesis "clinical, economic and methodological studies in elderly patients with dementia and their informal caregivers" 2015.
- Makai, P., Looman, W., Adang, E., Melis, R., Stolk, E., & Fabbricotti, I. (2015). Cost-effectiveness of integrated care in frail elderly using the ICECAP-O and EQ-5D: does choice of instrument matter? *Eur J Health Econ*, 16(4), 437-450. doi: 10.1007/s10198-014-0583-7
- Melis, R. J., Adang, E., Teerenstra, S., van Eijken, M. I., Wimo, A., van Achterberg, T., . . . Rikkert, M. G. (2008). Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 275-282.
- Melis, R. J., van Eijken, M. I., Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, S. G., Borm, G. F., . . . Rikkert, M. G. (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 283-290.
- Merten, H., de Blok, C., Verver, D., & Wagner, C. (2013). *Evaluatie 'Lang Leve Thuis'*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/VUMC
- Metzelthin, S. F., van Rossum, E., de Witte, L. P., Ambergen, A. W., Hobma, S. O., Sipers, W., & Kempen, G. I. (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f5264. doi: 10.1136/bmj.f5264
- Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JP. (2012) Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. Jul;13:546-51. doi: 10.1016/j.jamda.2012.04.007.
- Projecten Nationaal Programma Ouderenzorg. www.beteroud.nl, geraadpleegd op 1 juli 2015.
- Raïche M, Hébert R, Dubois MF. (2008) PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. Jul-Aug;47(1):9-18
- Rockwood K, Mitnitski A. (2007) Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*;62:722-7
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT. (2006) Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*;35:526-9.
- Stijnen, M. M. N., Jansen, M. W. J., Vrijhoef, H. J. M., & Duimel-Peeters, I. G. P. (2013). Development of a home visitation programme for the early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices. *Eur J Ageing*, 10(1), 49-60.
- Suijker J, Buurman BM, van Rijn M, van Dalen MT, ter Riet G, van Geloven N et al. (2014) A simple validated questionnaire predicted functional decline in community-dwelling older persons: prospective cohort studies. *J Clin Epidemiol*;67:1121-30.