

Hoe sporen huisartsen kwetsbaarheid op bij oudere patiënten?

Referentie

Korenvain C, Famiyeh I-M, Dunn S, et al. Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adults patients. BMC Fam Pract 2018;19:61. DOI: 10.1186/s12875-018-0743-4

Duiding

Robbert Gobbens, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

Klinische vraag

Wat verstaan huisartsen onder kwetsbaarheid en welke factoren laten ze meespelen om kwetsbaarheid bij patiënten te beoordelen?

Achtergrond

Kwetsbaarheid (of 'frailty' in het Engels) is een concept dat meer en meer aandacht krijgt van zowel wetenschappers als gezondheidswerkers. Immers wordt kwetsbaarheid geassocieerd met ongunstige klinische uitkomsten zoals hospitalisatie, institutionalisering, achteruitgang in ADL en vroegtijdig overlijden (1,2). Een duidelijke definitie ontbreekt echter en evenmin hebben we een gouden standaard om kwetsbaarheid bij oudere patiënten op te sporen (1,3,4). Bovendien is het niet duidelijk of deze instrumenten performanter zijn dan het pragmatisch oordeel van de huisarts.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 18 huisartsen, actief in een interdisciplinair (verpleegkundigen, diëtisten, sociaal werkers, apotheker, ergotherapeut) academisch centrum voor huisartsgeneeskunde in Toronto, Canada, die gedurende minstens 6 maanden de hoofdverantwoordelijke zorgverlener waren van ten minste één zelfstandig wonende (alleen, met mantelzorger of met anderen) oudere van 80 jaar of ouder
- rekrutering verliep via e-mail.

Onderzoeksopzet

Kwalitatief onderzoeksdesign

- tijdens face-to-face sessies van ongeveer 30 minuten op de werkplek vroeg een niet-klinische onderzoeksassistent met ervaring in het interviewen van gezondheidswerkers aan de huisarts om zijn patiënten in een door het elektronisch medisch dossier gegenereerde lijst klinisch te beoordelen wel/niet/misschien/'weet niet' kwetsbaar te zijn of een risico voor kwetsbaarheid te hebben
- wanneer de huisarts een bepaalde patiënt als kwetsbaar beoordeelde, werd hem gevraagd om met de **hardopdenkenmethode** de reden hiervoor mee te delen
- alle interviews werden opgenomen, uitgeschreven, geanonimiseerd en vervolgens thematisch geanalyseerd met **inductieve codering** en geordend in thema's en subthema's.

Resultaten

De gegeven codes groepeerde men in vier thema's:

- thema 1: wat huisartsen verstaan onder het concept kwetsbaarheid
 - subthema 1: spectrum: huisartsen plaatsen kwetsbaarheid op een continuüm of onderscheiden meerdere niveaus van kwetsbaarheid

- subthema 2: dynamisch proces: huisartsen zien kwetsbaarheid evolueren in de tijd, waarbij het niveau van kwetsbaarheid plots kan veranderen onder invloed van een levensgebeurtenis zoals een hartinfarct
- subthema 3: onzekerheden: huisartsen zijn vaak niet zeker over de definitie van kwetsbaarheid of voelen zich niet in staat om te beslissen over de kwetsbaarheid van een patiënt; ook kunnen ze vaak niet inschatten welke factoren het meest bepalend zijn voor kwetsbaarheid bij een bepaalde patiënt
- thema 2-4: factoren die huisartsen in ogenschouw nemen om de kwetsbaarheidsstatus van een patiënt te bepalen:
- thema 2: lichamelijke kenmerken:
 - subthema 1: leeftijd: de meeste huisartsen betrokken de leeftijd van de patiënt bij het bepalen van kwetsbaarheid; enkele huisartsen baseerden hun besluit over kwetsbaarheid voornamelijk op leeftijd
 - subthema 2: gewicht: 7 huisartsen maakten hiervan gebruik om iemands kwetsbaarheid te bepalen; voor 5 huisartsen was ondergewicht op zich voldoende om over kwetsbaarheid te spreken
 - subthema 3: aanwezigheid van ziekte: 15 huisartsen betrokken het hebben van één of meerdere ziekten in hun oordeel over kwetsbaarheid
 - subthema 4: medicatiegebruik was voor slechts één huisarts een factor die meespeelde
- thema 3: functionele kenmerken:
 - subthema 1: lichamelijk functioneren: men legde hierbij vooral de nadruk op de mobiliteit
 - subthema 2: cognitief functioneren: 12 huisartsen betrokken het cognitief functioneren in hun oordeel over kwetsbaarheid, voor sommigen waren cognitieve beperkingen op zich voldoende om te spreken over kwetsbaarheid
 - subthema 3: algemeen functioneren: hierbij legde men de nadruk op ‘onafhankelijk’ functioneren
- thema 4: leefomstandigheden:
 - subthema 1: beschikbaarheid van sociale (familieleden, vrienden) en professionele (thuiszorg) ondersteuningssystemen als bescherming tegen kwetsbaarheid
 - subthema 2: fysieke omgeving, zoals het huis waarin de patiënt woont, werd door twee huisartsen als beïnvloedende factor voor kwetsbaarheid beschouwd.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat huisartsen kwetsbaarheid zien als multifactorieel, dynamisch met inclusie van functionele en omgevingsfactoren. Deze conceptualisering kan volgens hen nuttig zijn om de kwetsbaarheidsgraad grondig en flexibel te evalueren als aanvulling bij meer objectieve instrumenten.

Financiering van de studie

The Canadian Institutes for Health Research.

Belangenconflict van de auteurs

De auteurs verklaren geen belangenconflict te hebben.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Om inzicht te krijgen in het beoordelen van kwetsbaarheid door huisartsen maakten de auteurs terecht gebruik van een kwalitatief onderzoeksdesign waarvan de gebruikte methodologie zeer uitvoerig beschreven wordt (5). De onderzoekspopulatie is goed afgebakend. Van de 23 gerekruteerde huisartsen waren er 18 bereid om deel te nemen (78,3%). Waarschijnlijk bereikte men hiermee **saturatie** omdat alle geïnterviewde huisartsen werkzaam waren in hetzelfde centrum. Het is evenwel niet mogelijk te concluderen in hoeverre de bevindingen gelden voor alle huisartsen. Het betrof

immers een populatie van ervaren huisartsen (mediaan 15 jaar ervaring met IQR 3 tot 41 jaar) die bovendien op de hoogte waren van de gezondheidsstatus van hun patiënten. Mogelijks hebben niet-ervaren huisartsen meer moeite om de gezondheidsstatus van ouderen ‘op gevoel’ in te schatten. Bovendien geldt dat de bevindingen ook weleens cultuurspecifiek kunnen zijn. Deze studie werd uitgevoerd in Canada. Het is niet ondenkbaar dat (huis)artsen werkzaam in Afrika en Europa, met verschillende normen en een verschillend zorgaanbod, kwetsbaarheid en factoren van kwetsbaarheid op een andere manier percipiëren. De keuze voor de hardopdenkenmethode (6) was essentieel om inzicht te krijgen in het denkproces van artsen wanneer ze oordelen over de kwetsbaarheid van een patiënt. Een beperking van deze methode is wel dat de kwaliteit van de verzamelde data afhangt van de mate waarin de geïnterviewde zijn/haar gedachten verbaal kan en durft uitdrukken. Gezien de populatie (huisartsen) en het onderwerp (kwetsbaarheid bij patiënten) zal deze beperking in deze studie waarschijnlijk minimaal geweest zijn. Door niet door te vragen is het wel mogelijk dat niet alle factoren zijn benoemd die huisartsen in ogenschouw nemen bij het beoordelen of een patiënt kwetsbaar is of niet. Denken we hierbij bijvoorbeeld aan de mogelijke voorkennis over bestaande schalen om kwetsbaarheid te beoordelen. De auteurs gebruikten op een correcte manier de techniek van thematische analyse om tot relevante thema’s en subthema’s te komen (7). Alle gegevens werden in consensus geanalyseerd door twee onafhankelijke onderzoekers, die geen band hadden met de geïnterviewde artsen, noch met de patiënten. Toch moeten we erkennen dat deze onderzoekers vertrouwd waren met het thema en daardoor eigen ideeën hadden over kwetsbaarheid die de analyse van de interviews mogelijk hebben beïnvloed.

Interpretatie van de resultaten

Er is reeds veel kwantitatief onderzoek verricht naar het nut van meetinstrumenten om kwetsbaarheid op te sporen (3,4) alsook naar de effectiviteit van interventies om kwetsbaarheid aan te pakken zoals ‘comprehensive geriatric assessment’ (8), medicatiereview, oefentherapie, voedingsmaatregelen, multicomponente interventies (1). Vooreerst dragen de resultaten van deze kwalitatieve studie bij aan de inhoudelijke discussie over het concept kwetsbaarheid. Er zijn namelijk twee benaderingen van kwetsbaarheid gangbaar: een eerste benadering beschouwt kwetsbaarheid als een medisch probleem met focus op lichamelijke problemen die ouderen kunnen hebben (9), een andere benadering includeert naast lichamelijke problemen, ook psychische en sociale problemen van ouderen (10). Aangezien er nog geen duidelijke operationele definitie bestaat voor kwetsbaarheid is het niet verwonderlijk dat huisartsen onzeker waren in de bepaling of een bepaalde patiënt nu wel of niet kwetsbaar was. Het feit dat huisartsen kwetsbaarheid beschouwen als een eigenschap die kan veranderen in de tijd past meer bij een flexibele manier van evalueren dan bij de momentopname van een screeningsinstrument. Deze studie toont eveneens aan dat huisartsen meerdere factoren gebruiken om kwetsbaarheid te bepalen. Vele studies hebben reeds aangetoond dat lichamelijke kenmerken zoals leeftijd, aanwezigheid van een ziekte, multimorbiditeit en polyfarmacie samenhangen met kwetsbaarheid (1). Ook gewicht en dan met name gewichtsverlies beschouwt men reeds langer als een onderdeel van kwetsbaarheid (9). Ook de door huisartsen genoemde functionele kenmerken (mobiliteit, cognitie) zijn opgenomen in heel wat instrumenten om kwetsbaarheid te bepalen (3,4). Het is opvallend dat beperkte kracht, moeheid, gezichts- en gehoorproblemen niet zijn genoemd door de geïnterviewde huisartsen. Ook psychische problemen (angst, depressie) en sociale problemen (eenzaamheid) werden door de huisartsen weinig gerelateerd aan kwetsbaarheid. Van deze problemen is nochtans bekend dat ze leiden tot een lagere kwaliteit van leven van ouderen (11). Het zou dus wel belangrijk kunnen zijn dat huisartsen ook deze factoren meenemen in hun beoordeling van kwetsbaarheid. Belangrijk is dat uit deze studie ook bleek dat huisartsen oog hebben voor leefomstandigheden zoals het huis waarin de oudere woont. Nu ouderen steeds langer thuis blijven wonen, is het belangrijk ook hier aandacht voor te hebben.

Besluit van Minerva

Deze kwalitatieve studie van goede methodologische kwaliteit toont aan dat huisartsen zich onzeker voelen bij het bepalen van de kwetsbaarheid van oudere patiënten. Deze studie toont ook aan dat

huisartsen zowel lichamelijke als functionele kenmerken als leefomstandigheden betrekken in hun oordeel over kwetsbaarheid.

Voor de praktijk

Kwetsbare ouderen lopen een verhoogd risico op ongunstige klinische uitkomsten (1,2). Daarom is het belangrijk dat huisartsenpraktijken in Vlaanderen kwetsbaarheid bij hun oudere patiënten vroegtijdig opsporen. Er bestaan momenteel geen duidelijke richtlijnen om kwetsbaarheid op te sporen. Verschillende gevalideerde instrumenten zijn beschikbaar maar het is momenteel onduidelijk welk instrument het meest performant is (3,4). De hoger beschreven kwalitatieve studie toont aan dat huisartsen kwetsbaarheid zien als een in de tijd veranderende eigenschap die door verschillende factoren beïnvloed kan worden waaronder behalve lichamelijke kenmerken ook functionele en omgevingsfactoren.

Referenties

1. DynaMed. Frailty in older adults. EBSCO Information Services, 1995. Updated 2018 Nov 30. Available from <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/topics/dmp~AN~T921465>. Registration and login required. (via CDLH)
2. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, et al; Gerontopole Brussels Study group. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:1163.e1-1163.e17. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.09.010
3. Meten van frailty: een moeilijke keuze, afhankelijk van de beoogde doelstellingen. *Farmaka Geneesmiddelenbrief* 2016;23:17-26.
4. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, et al. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health* 2015;73:19. DOI: 10.1186/s13690-015-0068-x
5. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
6. Charters E. The use of think-aloud methods in qualitative research: an introduction to think-aloud methods. *Brock Education J* 2003;12:68-82. DOI: 10.26522/brocked.v12i2.38
7. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
8. Lemiengre M. Een globale geriatische evaluatie: beschikken we over adequate meetinstrumenten en onderzoeksmethoden? [Editoriaal] *Minerva* 2010;9(9):97.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146
10. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, et al. Toward a conceptual definition of frail community-dwelling older people. *Nurs Outlook* 2010;58:76-86. DOI: 10.1016/j.outlook.2009.09.005
11. Gobbens RJ, van Assen MA. The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Qual Life Res* 2014;23:2289-300. DOI: 10.1007/s11136-014-0672-1