

Interdisciplinaire eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen

Achtergrond

Met de toenemende vergrijzing neemt het belang van een kosteneffectieve thuiszorg van kwetsbare ouderen steeds maar toe. Huisartsen zijn het best geplaatst om deze zorg te initiëren en te begeleiden¹. De mate van thuiszorg is sterk afhankelijk van de kwetsbaarheid en van de afhankelijkheid voor taken in het dagelijks leven². Een preventieve aanpak is daarom nuttig om deze afhankelijkheid tijdig te verbeteren met als doel ouderen langer thuis te houden³. In een eerdere systematische review kon men besluiten dat thuiszorg voor kwetsbare ouderen het best wordt begeleid door een interdisciplinair eerstelijnszorgteam^{4,5}.

Samenvatting

Duiding

Birgitte Schoenmakers, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Referentie

Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f5264.

Bestudeerde populatie

- 346 patiënten ouder dan 70 jaar (gemiddelde leeftijd 77,2 (SD 5,1) jaar); 58% vrouwen; 49% alleenwonend; 58% met laag opleidingsniveau; met een score van ≥ 5 op de **Groningen Frailty Indicator**; gerekruteerd in 12 huisartspraktijken in Nederland waar geen beleid voorzien is voor systematische opsporing en opvolging van kwetsbare ouderen
- exclusiecriteria: op basis van advies van de huisarts: terminale ziekte, bedlegerigheid, ernstige cognitieve of psychosociale beperkingen, niet kunnen communiceren in het Nederlands.

Onderzoekopzet

- clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie met blinding van de effectbeoordeelaars
- interventiegroep (6 praktijken; n=193): Prevention of Care (PoC)-aanpak: de praktijkverpleegkundige (i.c. de casemanager) bezoekt de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger om bestaande problemen inzake de uitvoering van dagelijkse activiteiten en risicofactoren voor functionele achteruitgang in kaart te brengen; vervolgens stellen de praktijkverpleegkundige, de huisarts en eventuele andere zorgverleners samen een behandelingsplan op met een lijst van doelstellingen en strategieën om te voldoen aan de noden van de oudere (versterken van dagelijkse activiteiten, sociale activiteiten,...); de praktijkverpleegkundige is verder verantwoordelijk voor de implementatie en de evaluatie van het behandelingsplan en houdt de andere zorgverleners hiervan op de hoogte
- controlegroep (6 praktijken; n=153): gebruikelijke zorg
- follow-up na 6, 12 en 24 maanden via vragenlijsten per post en telefonische interviews.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: functionele beperking na 24 maanden, gemeten met de **Groningen Activity Restriction Scale** (GARS)
- secundaire uitkomstmaten: Hospital Anxiety and Depression Scale; Social Support List (om sociale interactie te meten); Short Falls Efficacy Scale (om de angst voor vallen te meten); Maastricht Social Participation Profile (om sociale participatie te meten)

Klinische vraag

Wat is het effect van interdisciplinaire eerstelijnszorg versus gewone zorg op het verminderen van fysieke beperkingen en de preventie van verdere functionele achteruitgang bij thuiswonende kwetsbare ouderen?

- **mixed model multilevel analyse** met correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau
- analyse volgens **intention to treat**.

Resultaten

- studie-uitval: 76 patiënten (26% in de interventie- versus 17% in de controlegroep; $p < 0,05$ voor het verschil in uitval)
- geen verschil in functionele beperking na 24 maanden tussen de interventie- en de controlegroep (GARS resp. 31,50 (SD 10,92) versus 34,39 (SD 11,58); gemiddeld verschil van 1,18 met 95% BI van -0,35 tot 2,71 en $p = 0,35$); wel significante toename in GARS voor beide groepen over een periode van 24 maanden
- geen verschil in secundaire uitkomstmaten tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat deze studie niet kan aantonen dat de PoC-aanpak doeltreffend is. De studie draagt wel bij tot het inzicht dat gemeenschapsgebaseerde zorg voor kwetsbare ouderen een uitdagende taak is en dat hierover meer onderzoek nodig is.

Financiering van de studie Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en ontwikkeling

Belangenconflicten van de auteurs geen aangegeven

Methodologische beschouwingen

In deze clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie besteedden de auteurs veel zorg aan het proces van rekruteren, randomiseren en stratificeren. De selectie van 12 uit een totaal van 24 gerekruteerde huisartspraktijken gebeurde op een geblindeerde manier. De onderzoekers wezen de praktijken toe aan de interventie- of de controlegroep alvorens de kwetsbare ouderen op te sporen. Deze aanpak is zeker terecht omdat de studiepopulatie bestond uit kwetsbare ouderen waar heel wat factoren meespelen in de beslissing tot deelname aan een studie. Vóór de randomisatie stratificeerden de onderzoekers de praktijken op basis van praktijken met meer dan 350 oudere patiënten versus praktijken met minder dan 350 oudere patiënten en op basis van praktijken in stedelijk versus praktijken in landelijk gebied. Hiermee wilden ze corrigeren voor het feit dat in praktijken met veel ouderen de artsen meer vertrouwd zijn met ouderenzorg en dat ouderen in landelijke gebieden meer zorgondersteuning krijgen van familie, burens,... Om de resultaten achteraf ook beter te kunnen extrapoleren, zorgden de onderzoekers ervoor dat stedelijke praktijken met veel ouderen dubbel zoveel kans hadden om in de interventiegroep te belanden. Of ze met deze strategie rekening hielden in de analyses is onduidelijk. De powerberekening hield rekening met het clustereffect en met een grote studie-uitval. De interventie op zich is transparant beschreven en was in een pilootstudie effectief gebleken⁵. De opvolging van de interventie was voldoende lang en de studie-uitval bleef beperkt om een betrouwbaar resultaat te meten. De effectmeting gebeurde blind aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten⁶. Bij de analyse van de resultaten hielden de auteurs rekening met verschillende factoren en ze corrigeerden voor het verschil tussen de interventie- en de controlegroep in kwetsbaarheid en functionele beperking van de deelnemers.

Resultaten in perspectief

Tal van studies onderzochten het effect van verschillende interventies die pro-actief risicofactoren opsporen bij ouderen met als doel een beperkt functioneren te voorkomen en het gebruik van zorg en kosten te besparen.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde, clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie toont aan dat een complexe interventie met een interdisciplinair team onder leiding van een casemanager om de kwetsbaarheid en de beperkingen in functioneren van ouderen vroegtijdig op te sporen en te behandelen niet beter is dan de gebruikelijke zorg.

Voor de praktijk

De ondersteuning van ouderen in hun thuissituatie richt zich meer en meer op het behoud van zelfstandigheid en de preventie van acute afhankelijkheid. Deze strategie vereist een actieve aanpak met inzet van verschillende disciplines in de hulpverlening. Toch blijkt een interdisciplinair programma met intensieve opsporing, begeleiding en opvolging niet te leiden tot het verwachte resultaat. De vraag blijft dus of dergelijke dure en tijdrovende interventies te verkiezen zijn boven breedmaatschappelijke inspanningen om de zorg voor ouderen te stimuleren en te garanderen. In de Vlaamse zorgstructuur zal het eerder de maatschappelijk werker zijn, ingebed in een zorgorganisatie, die de rol van casemanager zal opnemen. Daardoor zal de zorgaanpak eerder aansluiten bij het aanbod van de organisatie dan bij de interesse of de mogelijkheden van de zorgvrager. Misschien is extra ondersteuning van de huisarts en de patiënt om de bestaande zorgvoorzieningen beter te gebruiken een eerste stap.

De resultaten waren tot nog toe echter tegenstrijdig⁷ en ook de huidige studie kan niet aantonen dat een interdisciplinaire interventie effectief is voor de preventie van verdere functionele achteruitgang. Ondanks deze aanpak nam het kwetsbaarheidsprofiel van ouderen zelfs verder toe. Volgens de auteurs zou dit kunnen te wijten zijn aan contaminatie tussen de interventie- en de controlegroep. Ze wijzen ook op de hogere kwetsbaarheid van de studiepopulatie in vergelijking met de algemene bevolking⁸, waardoor elke activerende interventie tevergeefs is. Omgekeerd bleek ook dat volgens de deelnemende praktijkverpleegkundigen en huisartsen een belangrijk deel van de deelnemers geen beperkingen in het dagelijks functioneren had. Een andere mogelijke oorzaak voor het uitblijven van een effect was het mogelijk onjuist of onvolledig toepassen van het interventieprotocol. Uit de procesevaluatie van de studie bleek immers dat een aantal stappen niet zijn uitgevoerd zoals het hoorde. Veel zorgverleners vermeldde hierbij dat sommige items van de interventie te tijdrovend en te moeilijk waren om te implementeren. We kunnen ons dan ook afvragen of dergelijke complexe interventies in België en andere Europese landen wel uitvoerbaar zijn. In België beschikken huisartsen niet over een praktijkverpleegkundige die de verschillende huisbezoeken kan afleggen, evaluaties kan uitvoeren, afspraken kan maken en opvolgen. Er wordt ook een maximale betrokkenheid van andere hulpverleners gevraagd. Laten we ook niet vergeten dat dergelijke programma's erg belastend zijn voor de doelgroep zelf. De significant hogere studie-uitval in de interventie-arm kan deze veronderstelling ondersteunen. Als laatste verklaring voor het uitblijven van enig effect geven de auteurs aan dat de zorgstandaard in Nederland al bijzonder hoog ligt waardoor er mogelijk geen nood is aan extra interdisciplinaire interventies.

Referenties

1. Stijnen MM, Duimel-Peeters IC, Jansen MW, Vrijhoef HJ. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices—project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 2013;13:7.
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
3. Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *J Clin Nurs* 2004;13(6B):112-20.
4. Daniels R, Metzelthin S, Van Rossum E, et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing* 2010;7:37-55.
5. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil* 2011;25:963-74.
6. Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
7. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:298-307. Erratum in: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:318.
8. Daniels R, Van Rossum E, Beurskens A, et al. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health* 2012;12:69.