

# Ouderen stellen en behalen doelen met een zorgplan

Wanda Rietkerk, Ronald Uittenbroek, Debby Gerritsen, Joris Slaets, Sytse Zuidema, Klaske Wynia

**De zorg voor kwetsbare ouderen wordt steeds complexer en zorgplannen kunnen helpen die zorg te vereenvoudigen. Vanuit de huisartsenpraktijk kan een casemanager binnen een ouderenteam thuiswonende 75-plussers goed helpen gezamenlijk zorgdoelen te formuleren en die grotendeels ook te behalen. In SamenOud, een nieuw persoonsgericht en integraal zorgmodel, is dit principe met succes toegepast.**

Bij patiënten met een chronische aandoening is het goed gebruik om behandeldoelen en zorgafspraken vast te leggen een individueel zorgplan.<sup>1</sup> Doelen formuleren en de behoeften en omstandigheden van de patiënt in kaart brengen bevordert de communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Een zorgplan maakt inzichtelijk in hoeverre acties daadwerkelijk effect zullen hebben en bevordert de haalbaarheid van doelen.<sup>2</sup> Het is nog niet helemaal duidelijk hoe deze werkwijze past in de huisartsenpraktijk en hoe men daar vorm kan geven aan een effectief zorg-

plan. Dit probleem speelt vooral bij ouderen, omdat die chronische problemen ervaren op velerlei gebied. In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg is in Oost-Groningen een nieuw persoonsgericht en integraal zorgmodel ontwikkeld, SamenOud, waarin een casemanager 75-plussers hielp gezamenlijk zorgdoelen te formuleren en scoorde of zij die doelen ook behaalden. Wij onderzochten binnen welke categorieën de geformuleerde doelen vielen, hoeveel doelen de ouderen binnen een jaar haalden en of bepaalde categorieën doelen minder goed werden behaald.

## METHODE

### Design, patiënten en data

Aan het ouderenzorgprogramma SamenOud namen 15 huisartsenpraktijken in Oost-Groningen deel. Binnen de interventiegroep van dit programma voerden we een pretest-posttestonderzoek uit tussen januari 2012 en maart 2013. Buiten het bestek van ons onderzoek werd in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek het effect op kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg bepaald.<sup>3</sup> Van de uitgenodigde 75-plussers stemden er 1456 (49%) toe in deelname. We bepaalden de complexiteit van hun zorgbehoeften met het zelfrapportage-instrument Intermed (scorebereik 0-60) en hun kwetsbaarheid met de Groningen Frailty Indicator (GFI, scorebereik 0-15). Zo verdeelden we de deelnemers in 3 risicoprofielen: 'robuust' (Intermed < 16 en GFI < 5), 'kwetsbaar' (Intermed < 16 en GFI ≥ 5), en 'complexe zorgbehoeften' (Intermed ≥ 16 ongeacht GFI). Vervolgens wezen we de deelnemers gerandomiseerd toe aan een interventiegroep – bij wie het SamenOud-model werd toegepast – of een controlegroep. De gegevens voor dit onderzoek komen van alle deelnemers



Ouderen kunnen veel zorgdoelen behalen als zij worden begeleid door een casemanager.

Foto: iStock

Dit artikel is een vertaling van: Rietkerk W, Uittenbroek RJ, Gerritsen DL, Slaets JPJ, Zuidema SU, Wynia K. Goal planning in person-centred care supports older adults receiving case management to attain their health-related goals. *Disabil Rehabil* 2019, Oct 4. Publicatie gebeurt met toestemming.

## Ouderen stellen en behalen doelen met een casemanager

### Aanleiding



Zorg voor kwetsbare ouderen wordt steeds complexer. Zorgplannen waarin doelen centraal staan krijgen een belangrijke rol. Hoe doelen opgesteld en behaald worden onderzochten wij binnen SamenOud, een eerstelijnszorgmodel voor zelfstandig wonende 75-plussers.

### Onderzoek

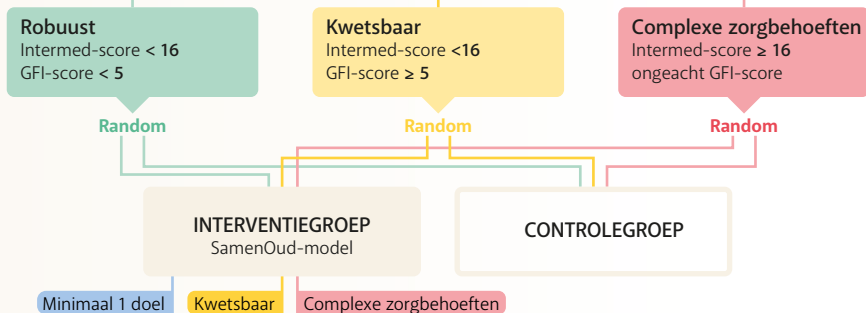


Drie risicoprofielen op basis van hun zelfgerapporteerde complexiteit van **zorgbehoeften** (Intermed, met scorebereik van 0-60) en **kwetsbaarheid** (Groningen Frailty Indicator (GFI), met scorebereik van 0-15).

### Deelname

49% van alle 75-plussers uit 15 huisartsenpraktijken gaf toestemming tot deelname (n = 1456)

### Risicoprofielen



### Kenmerken deelnemers



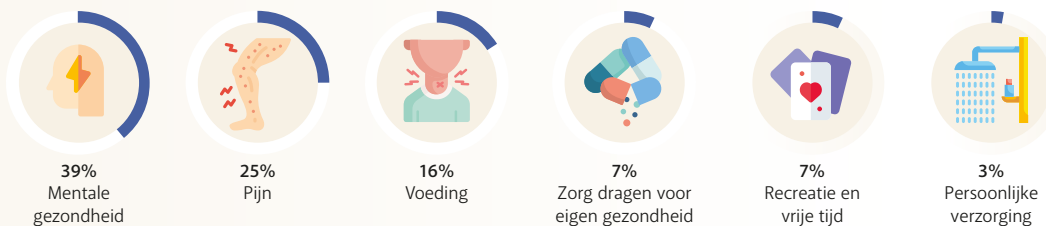
Gemiddeld 82 jaar	1/3 man	50% getrouwd
2% verzorgingshuis	54% laagopgeleid	Mediaan 3 chronische ziekten
		78% polyfarmacie

### Doelen

De ouderen stelden mediaan 3 doelen (interkwartielafstand 2-5). Ouderen stelden vooral doelen op het gebied van:

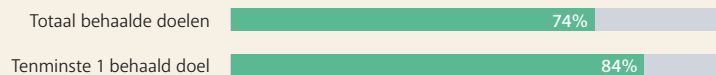
<b>Lichamelijke veranderingen</b> (van plas- tot hoorproblemen) 64% van alle ouderen had een doel in deze categorie	<b>Mobiliteit</b> (uitbreiden actieradius of verminderen van valrisico) 50% van alle ouderen had een doel in deze categorie	<b>Ondersteuning</b> (mantelzorger, of behoefte aan meer (mantel)zorg) 49% van alle ouderen had een doel in deze categorie
---	---	--

Andere doelen waren:



### Doelen behalen

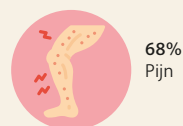
6,0 - Gemiddelde ernst van doelen (SD 2,0)	6,7 - Pijn gemiddeld het ernstigst (SD 1,7)	4,8 - Recreatie/vrije tijd gemiddeld het minst ernstig (SD 2,2)	3,3 - Doelscore gemiddeld (SD 2,0)
--	---	---	------------------------------------



Het grootste aandeel doelen werd behaald in de categorieën:



Het kleinste aandeel doelen werd behaald in de categorie:



uit de interventiegroep die het profiel 'kwetsbaar' of 'complexe zorgbehoeften' hadden en minimaal 1 doel evalueerden. Deze deelnemers waren gemiddeld 82 jaar, een derde was man, de helft was getrouwd, 2% woonde in een verzorgingstehuis en 54% had een laag opleidingsniveau. Ze hadden mediaan 3 chronische ziekten en bij 78% was sprake van polyfarmacie (gebruik van  $\geq 4$  medicijnen).

### Interventie

Alle deelnemende huisartsenpraktijken boden persoonsgerichte en preventieve zorg en begeleiding aan de deelnemers uit de interventiegroep. Elke praktijk had een ouderenzorgteam dat door de huisarts werd aangestuurd en verder bestond uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker. De laatste 2 vullden de rol van casemanager. Alle teamleden volgden een uitgebreid opleidingsprogramma en kregen maandelijks *coaching on-the-job* tijdens hun reguliere overleg.<sup>3,4</sup> De deelnemers die profiel 'kwetsbaar' of 'complexe zorgbehoeften' hadden, kregen begeleiding van de casemanager. Deze bezocht hen 1 of 2 keer per maand en monitorde hun wensen, behoeften en gezondheidstoestand. De deelnemers in de controlegroep ontvingen de gebruikelijke zorg door de huisarts.

Samen met hun casemanager stelden de deelnemers een zorgplan op dat minimaal 1 doel bevatte [**infographic**]. In het eerste gesprek nam de casemanager een uitgebreide vragenlijst af op basis van de Internationale Classificatie van Functioneren, Bependingen en Gezondheid (ICF).<sup>5</sup> Als hieruit een probleem naar voren kwam, kon de deelnemer aangeven of hij of zij eraan wilde werken en dan een startscore geven voor de ernst op dit moment, en een doelscore. Om dit te vergemakkelijken gebruikte de casemanager een liniaal met gezichtjes, zoals bekend van de pijnschaal [**scoreschaal**]. Als het nodig was, bijvoorbeeld bij cognitieve stoornissen, werd de oudere bij het scoren geholpen door een naaste. Daarna bepaalden casema-

nager en patiënt samen de activiteiten die nodig waren om het doel te behalen en als laatste gaven ze een haalbaarheidsscore, om een gesprek te openen over de wederzijdse verwachtingen. Het streven was het doel zo bij te stellen dat de haalbaarheidsscore 'voldoende' werd ingeschat ( $\geq 6$ ). Alle doelen, de bijbehorende scores en de activiteiten samen vormden het zorgplan. Afsproken werd dat de deelnemer binnen maximaal 1 jaar nogmaals een score zou geven aan de ernst van het probleem: de eindscore.

### Analyse

We berekenden voor iedere deelnemer het aantal behaalde doelen door de eindscore van de doelscore af te trekken. Een doel was behaald als de eindscore gelijk was aan de doelscore of lager. Binnen elke categorie doelen bepaalden we de proportie behaalde doelen en het 95%-betrouwbaarheidsinterval.

### RESULTATEN

Van de 309 deelnemers die een casemanager kregen formuleerden er 288 minimaal 1 doel en 233 deelnemers evalueerden minimaal 1 doel aan het eind van de onderzoeksperiode. Zo beschikten we over 836 doelen met een eindscore. De belangrijkste redenen waarom een eindscore ontbrak, waren tussentijdse transitie naar het robuuste zorgprofiel waar deelnemers geen casemanagement meer ontvingen ( $n = 23$ ) of overlijden ( $n = 11$ ).

### Doelen stellen

De deelnemers stelden mediaan 3 doelen (interkwartielafstand 2-5), het vaakst in de categorieën lichamelijke veranderingen (van plas- tot gehoorproblemen, 64%), mobiliteit (actieradius, valrisico, 50%) en ondersteuning (behoefte aan (mantel)zorg, 49%). Andere doelen betroffen mentale gezondheid (somberheid, geheugenproblemen, 39%), pijn (slaapproblemen, beperkingen, 25%), voeding (gewichtsverlies, moeite met slikken, 16%), zorgdragen voor eigen gezondheid (medicatie-indicaties, therapietrouw, behoefte aan een niet-behandelingsgesprek, 7%), recreatie en vrije tijd (meer activiteiten, 7%) en persoonlijke verzorging (aankleden, douchen, 3%).

### Doelen behalen

De [**tabel in het oorspronkelijke artikel**] toont de resultaten van de evaluatie. De gemiddelde ernst van de problemen was 6,0 (SD 2,0), met pijn als ernstigste resultaat (gemiddelde startscore 6,7; SD 1,7) en recreatie en vrije tijd als minst ernstige (gemiddelde startscore 4,8; SD 2,2). De gemiddelde doelscore was 3,3 (SD 2,0).

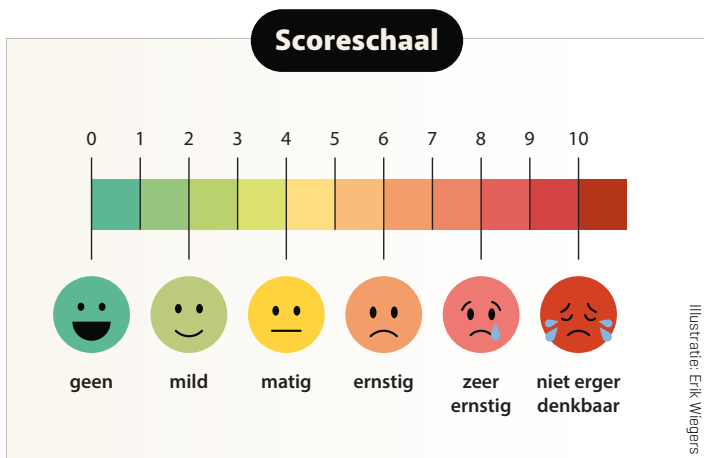
Veruit de meeste deelnemers (89%) behaalden minstens 1 doel; in totaal werd 74% van alle doelen behaald (95%-BI 71 tot 77) en gemiddeld gingen de deelnemers per doel 2,5 punt vooruit. Het grootste aandeel doelen werd behaald in de categorieën persoonlijke verzorging (88%; 95%-BI 53 tot 98) en lichamelijke veranderingen (78%; 95%-BI 72 tot 83), het kleinste aandeel in de categorie pijn (68%; 95%-BI 56 tot 78).

#### WAT IS BEKEND?

- De zorg voor kwetsbare ouderen wordt steeds complexer.
- Zorgplannen waarin doelen centraal staan, kunnen helpen in deze complexe zorgsituaties.

#### WAT IS NIEUW?

- Ouderen zijn in staat een groot deel van hun gezondheidsgerelateerde doelen te behalen als zij begeleid worden door een casemanager.
- De gebieden waarop de meeste doelen worden geformuleerd zijn lichamelijke veranderingen, mobiliteit en ondersteuning.
- Problemen met pijn zijn vaak het ernstigst; de doelen op dat gebied worden toch nog door twee op de drie patiënten behaald.



## BESCHOUWING

Kwetsbare ouderen blijken met behulp van een casemanager in staat zorgdoelen te stellen en die in bijna driekwart van de gevallen ook te behalen. Bij onze deelnemers namen de problemen binnen een jaar gemiddeld met 2,5 punt af op een 10-puntsschaal, een klinisch relevante afname.<sup>6</sup> Het percentage behaalde doelen is vergelijkbaar met dat in andere onderzoeken.<sup>7,8</sup> De geformuleerde doelen hebben vooral betrekking op lichamelijke veranderingen, mobiliteit en ondersteuning, doelen in de categorie lichamelijke veranderingen werden in ons onderzoek het vaakst behaald. Maar ook op andere gebieden behaalden onze deelnemers hun doelen vaak. Dat was ook het geval bij pijn, dat zoals bekend een zeer hardnekkig en moeilijk aan te pakken probleem is omdat pijnmedicatie bij ouderen veel bijwerkingen heeft zoals verhoogd valrisico, obstipatie en verwardheid.<sup>9,10</sup>

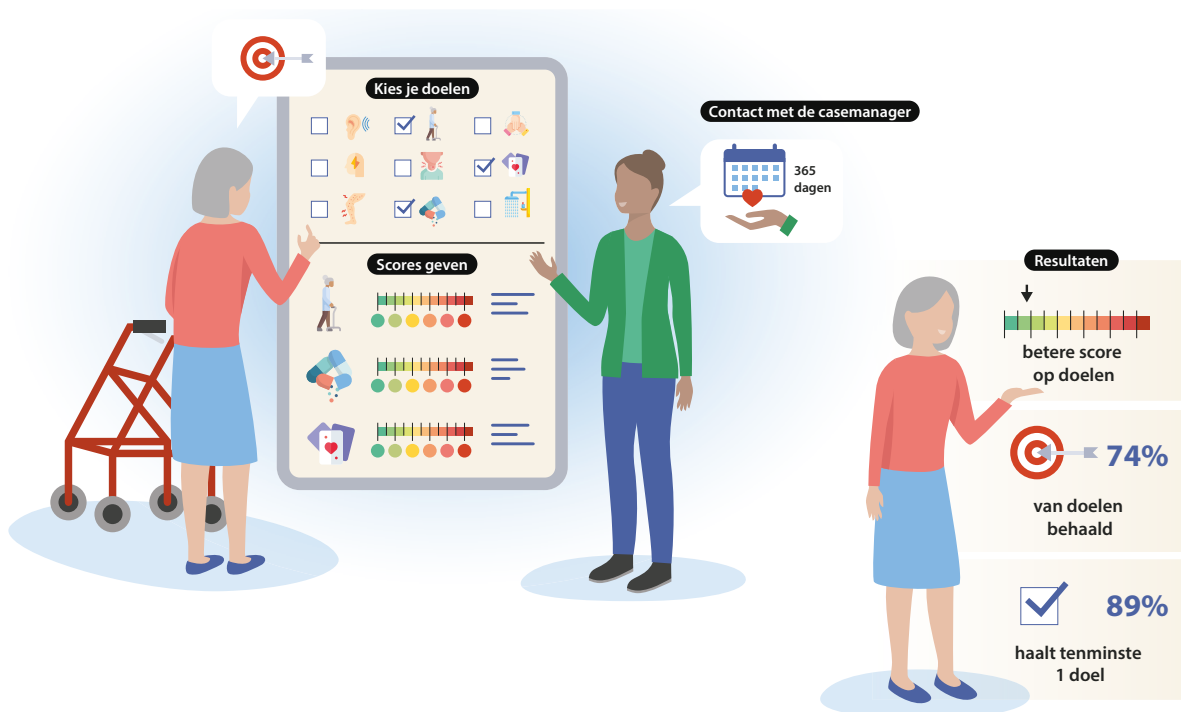
## Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek waren dat het een grote groep ouderen betrof en dat de gestelde doelen wel gezondheidsgerelateerd waren, maar op functieniveau (ICF) zijn beschreven. De ICF kijkt verder dan mortaliteit en ziekte, en geeft meer dan de ICD-10 ook een beeld van de heterogeniteit en impact van problemen bij ouderen. Daarmee wordt de voor de oudere relevante beperking door ziekte beter in kaart gebracht.<sup>11</sup>

Een belangrijke kanttekening is dat bij het opstellen van de doelen ook de haalbaarheid besproken werd. Dit zal de resultaten hebben beïnvloed, want het bijschaven van een doel naar 'voldoende' maakt de kans van slagen ongetwijfeld groter – het verkleint de complexiteit van het doel en vergroot de *self-efficacy* van de patiënt.<sup>12</sup> Het uitgangspunt van dit onderzoek was ook niet de effectiviteit van het stellen van doelen te onderzoeken, maar de haalbaarheid in de praktijk. Een belangrijk onderdeel van het stellen van doelen is dat men met de patiënt in gesprek komt over de mogelijkheden voor de toekomst. Een gesprek over haalbaarheid kan waardevol zijn om irreële verwachtingen te expliciteren en eventueel bij te stellen. We konden onze uitkomsten niet vergelijken met de controlegroep omdat het stellen van doelen onderdeel was van de interventie. We kunnen dus niet uitsluiten dat de gevonden verbetering te danken is aan het gegeven dat mensen zich mettertijd aanpassen aan hun (chronische) problemen.<sup>13</sup>

## Implicaties voor de huisartsenpraktijk

Uit ons onderzoek blijkt dat de gebieden waarop ouderen behoefte hebben zich een doel te stellen, voornamelijk betrekking hebben op lichamelijke veranderingen, mobiliteit en ondersteuning. Dit zijn onderwerpen die aan het medi-



sche raken en die dus aandacht verdienen in de huisartsenpraktijk. Werken met doelen maakt inzichtelijk op welke gebieden een oudere problemen heeft, zodat verschillende zorgverleners hun zorg en behandeling beter op elkaar kunnen afstemmen.

De rol van de casemanager in ons onderzoek is vergelijkbaar met die van de POH-Ouderenzorg en kan dus goed aansluiten bij diens praktijkvoering.<sup>14</sup> De POH-Ouderenzorg voert bij kennismaking vaak een brede assessment uit, gebaseerd op onderdelen van de ICF, en brengt daarin zowel de kwetsbaarheid van de oudere (GFI) als de complexiteit van de zorgbehoefte (Intermed) in kaart. Laatstgenoemde vragenlijst omvat zowel de complexiteit van de (biopsychosociale) zorgvraag van de patiënt als de barrières die deze ervaart bij het ontvangen van zorg. Idealiter verwerken de POH en de patiënt de gevonden aandachtspunten vervolgens in een zorgplan. Het formuleren van doelen kan hierbij helpen om prioriteiten toe te kennen en het kwantificeren van (de ernst van) de doelen maakt het makkelijker het zorgplan later te evalueren.

Uit ons onderzoek blijkt ook dat het, ondanks enige terughoudendheid bij zowel ouderen als huisartsen, zeker de moeite loont om complexe problemen zoals pijn of mobiliteit te bespreken en hiervoor doelen te formuleren.<sup>10,15</sup> Want uit de literatuur blijkt weliswaar dat patiënt en arts beiden vaak verwachten dat de mogelijkheden gering zijn, maar toch kan ook op deze gebieden verbetering bereikt worden.

## CONCLUSIE

De zorgbehoeften en zorgdoelen die de ouderen in ons onderzoek formuleerden, waren zeer heterogeen. De casemanager zal daarom van vele markten thuis moeten zijn, de sociale kaart goed moeten kennen en tijdig de juiste hulpverleners moeten kunnen inschakelen. Laagdrempelig overleg tussen de verschillende betrokken zorgprofessionals en kennis van elkaars expertise is een dan ook een voorwaarde. ■

## LITERATUUR

- 1 Daniëls R, Vogelzang F, Den Boer J, De Booy M. Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. Utrecht: NHG, 2017.
- 2 Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. *Disabil Rehabil* 2006;28:741-9.
- 3 Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BP, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr* 2013;13:62.

- 4 Uittenbroek RJ, Kremer HP, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. SamenOud, geïntegreerde ouderenzorg in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1141.
- 5 Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Middel B, Uittenbroek RJ, Kremer HP, Wynia K. The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation. *Disabil Rehabil* 2015;37:2337-43.
- 6 Farrar JT, Young JP, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001;94:149-58.
- 7 Waldersen BW, Wolff JL, Roberts L, Bridges AE, Otr L, Gitlin LN, et al. Functional goals and predictors of their attainment in low-income community-dwelling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2017;98:896-903.
- 8 Verdoorn S, Kwint HF, Blom J, Gussekloo J, Bouvy M. Persoonlijke behandeldoelen helpen bij medicatiebeoordelingen. *Huisarts Wet* 2019;62(11):16-9.
- 9 Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *J Pain* 2015;16:807-13.
- 10 Crowe M, Gillon D, Jordan J, McCall C. Older peoples' strategies for coping with chronic non-malignant pain: A qualitative meta-synthesis. *Int J Nurs Stud* 2017;68:40-50.
- 11 Postma SA. Persoonsgerichte aandacht bij multimorbiditeit. *Huisarts Wet* 2018;61(3):59.
- 12 Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *Am Psychol* 2002;57:705-17.
- 13 Puvill T, Lindenberg J, Slaets JPJ, de Craen AJM, Westendorp RGJ. How is change in physical health status reflected by reports of nurses and older people themselves? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72:579-85.
- 14 Aanbod huisartsenzorg voor ouderen, vastgesteld in de LHV Ledenraad van 13 december 2016. Utrecht: LHV, 2016.
- 15 Kruschinski C, Wiese B, Dierks M-L, Hummers-Pradier E, Schneider N, Junius-Walker U. A geriatric assessment in general practice: prevalence, location, impact and doctor-patient perceptions of pain. *BMC Fam Pract* 2016;17:8.

Rietkerk W, Uittenbroek RJ, Gerritsen DL, Slaets JPJ, Zuidema SU, Wynia K. Ouderen stellen en behalen doelen met een zorgplan. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0868-2. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: dr. W. Rietkerk, specialist ouderengeneeskunde, w.rietkerk@umcg.nl; prof. dr. S.U. Zuidema, hoogleraar ouderengeneeskunde en dementie. Hogeschool Windesheim, domein Gezondheid en Welzijn, Zwolle: dr. R.J. Uittenbroek, manager opleiding Verpleegkunde. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. D.L. Gerritsen, hoogleraar Welbevinden in de langdurige zorg. UMCG, afdeling Interne Geneeskunde, Groningen: prof. dr. J.P.J. Slaets, emeritus hoogleraar ouderengeneeskunde. UMCG, afdeling Gezondheidswetenschappen, Groningen: K. Wynia<sup>1</sup>, onderzoeker persoonsgerichte en geïntegreerde zorg [overleden september 2019]. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.