

# Alternatieven voor het screenen van kwetsbare ouderen

Mattijs Numans, Niek de Wit

**In de discussie over het nut van screenen van ouderen in de huisartsenpraktijk ligt de nadruk te veel op vragenlijsten. Juist ouderen bij wie proactief beleid zinvol is, laten zich niet gemakkelijk met vragenlijsten benaderen. Geautomatiseerde analyse van dossiergegevens vormt een veel steviger uitgangspunt voor gestructureerd proactief beleid bij ouderen in de huisartsenpraktijk.**

Het betoog van Linda Op 't Veld en haar collega's draagt goede argumenten aan om ouderen niet langer met vragenlijsten op kwetsbaarheid te screenen.<sup>1</sup> Dat raakt een gevoelige snaar bij de beroepsgroep. De Landelijke Adviesgroep Eerstelijngeneeskunde bij Ouderen (LAEGO) bepleit in haar recente meerjarenvisie een integrale aanpak met individuele *advance care planning* en gestructureerde proactieve zorg voor alle ouderen, maar laat zich niet uit over gestructureerde screeningsmethoden.<sup>2</sup> Toch wil je in de huisartsenpraktijk, met een groeiende groep zorgintensieve ouderen, graag handzame aanknopingspunten hebben om te kunnen beslissen bij wie en wanneer je met zo'n aanpak zou willen beginnen.

Als we dat niet voor elkaar krijgen met vragenlijsten, hoe dan wel?

## ADVANCE CARE PLANNING, HOE DAN?

Goede zorg voor ouderen, tijdig signaleren van risico's op *adverse health events*, proactieve zorginterventies om die te voorkomen en adequaat reageren op *geriatric giants*: deze zaken zijn in de huisartsenpraktijk van toenemend belang. Het vermogen van huisartsen om het overzicht te houden over de gezondheid van de ouderen in hun praktijk is er de laatste jaren echter niet beter op geworden. Door taakdelegatie, parttime werken, meer waarnemers en kortere praktijkcarrières neemt het aantal



Het is essentieel potentieel kwetsbare ouderen tijdig te herkennen en proactieve zorg navenant te structureren.

Foto: ANP

overdrachtsmomenten toe. Daarbij raken in veel regio's de spoedeisende hulp en de huisartsenposten regelmatig verstopt door de aanhoudende toestroom van ouderen die thuis, buiten beeld van de eigen huisarts en meestal buiten de reguliere praktijkmomenten, ontregeld zijn geraakt. De vergrijzing maakt de uitdaging om kwetsbaarheid tijdig in beeld te krijgen alleen maar groter.

Deze ontwikkeling is jaren geleden al gesignaleerd. In 2008 startte het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), waarbinnen huisartsen met veel bezieling deelnamen aan een breed scala van projecten die bijvoorbeeld waren gericht op het ontwikkelen van instrumenten om zorg te prioriteren, of van gerichte interventies om de zelfredzaamheid te ondersteunen.<sup>3</sup> Het doel was om door middel van evidencebased, proactief, klinisch beleid specifieke, vermijdbare adverse health events te voorkomen. Tijdig hulp van buiten inzetten, op het juiste moment de specialist ouderengeneeskunde consulteren, proactief tijdelijk of blijvend verpleeghuisplekken regelen, medicatiegebruik optimaliseren, vallen voorkomen, de voedingssituatie optimaliseren: al deze interventies vallen tegenwoordig onder de noemer 'advance care planning'. Ze behoren tot het taakdomein van de eerste lijn, de medische verantwoordelijkheid ligt bij de huisarts en ze vragen om een gestructureerde aanpak.<sup>4</sup>

De meeste problemen in de zorg doen zich echter voor bij ouderen die onbereikbaar zijn voor vragenlijsten of voor het *informed consent* dat in onderzoeksverband nodig is. Dat verklaart waarom de uitkomsten van het NPO-traject, dat in het algemeen succesvol was, op sommige onderdelen zoals screening niet goed zichtbaar gemaakt konden worden.<sup>5,6</sup> In alle projecten werd 'tevredenheid' gerapporteerd, zowel onder patiënten als onder verpleegkundigen en huisartsen, maar harde, meetbare effecten op behoud van zelfredzaamheid of kostenreductie konden vaak niet worden aangetoond. Screenen met vragenlijsten werkt dus niet, maar hoe krijgen we de kwetsbare groep ouderen dan wel in beeld?

## GEAUTOMATISEERDE POPULATIEOVERZICHTEN MET PERIODIEKE TERUGMELDING

Er is ook een andere strategie voorhanden, zonder vragenlijsten, om kwetsbare ouderen te selecteren, namelijk geautomatiseerde voorselectie aan de hand van routinezorggegevens.<sup>7</sup> Het is mogelijk gebleken een privacybestendige koppeling te maken tussen gegevens uit huisartsinformatiesystemen (HIS), het ketenzorginformatiesysteem (KIS), dossiers van ziekenhuizen en apotheken en gegevensbestanden uit het sociaal domein (maatschappelijk werk, voedselbank, schuldhulpverlening).<sup>8</sup> Inmiddels is dit op meerdere plaatsen gedaan.<sup>9</sup> De resultaten van die koppeling worden teruggemeld in de vorm van een generieke score zoals een *frailty-index*, of in de vorm van 'zorghiaten' op specifieke domeinen. Zo ontstaat het gewenste populatieoverzicht dat als startpunt kan fungeren voor een interventie. In 2010 is hiermee in de stad Utrecht geëxperimenteerd in de ouderenzorginterventie Om U.<sup>10</sup> Het was het enige NPO-project dat op deze manier, met een centrale

datavoorziening, werd georganiseerd. De basis werd gevormd door elektronische screening van HIS-gegevens op 'deficits' die duiden op een mogelijke kwetsbaarheid (35-50 vooraf gedefinieerde diagnoses, medicatie en andere gebeurtenissen).<sup>8</sup> De huisartsen ontvingen daarover elk kwartaal een terugrapportage in tabelvorm met per (in de praktijk herkenbare) patiënt niet alleen de frailty-index, maar ook het aantal dagen sinds het laatste contact, leeftijd, cognitieve scores, recente *geriatric giants* en (vaker) het aantal medicamenten en het aantal chronische aandoeningen. De huisarts of praktijkondersteuner kon aan de hand van zo'n lijst de zorg individueel verder prioriteren, eventueel te beginnen met een geriatrisch assessment thuis door een verpleegkundige. Getuige de evaluatieonderzoeken zorgde deze aanpak niet voor grote klinische verschillen: de betrokken professionals en patiënten waren tevreden maar de kwaliteit van leven nam niet meetbaar toe, de zelfredzaamheid van de ouderen ging iets minder snel achteruit.<sup>10,11</sup> Maar het op deze aanpak gebaseerde programma bleek wel degelijk kosteneffectief.<sup>12</sup>

## IMPLEMENTATIEPROBLEMEN

Soms ondervindt deze aanpak implementatieproblemen. Het gaat dan om bestuurlijke onwil of gebrek aan organisatorische mogelijkheden om een collectief systeem als dit op te zetten, om gebrek aan mogelijkheden om te investeren in de benodigde technologie en ondersteuning, of om veronderstelde privacyproblemen bij het delen, analyseren of terugmelden van al dan niet bewerkte routinezorggegevens. In steeds meer regio's wordt dit soort drempels, die inherent zijn aan vernieuwing, stapsgewijs geslecht en worden nieuwe toepassingen van analyse van routinezorggegevens in het kader van populatiegerichte zorg ontwikkeld en gevalideerd.<sup>13</sup> Binnen enkele netwerken, zoals VIP-Calculus en de Stichting Informatievoorziening voor Zorg en Onderzoek (Stizon), is het algoritme voor de elektronische frailty-index al beschikbaar te maken voor de deelnemende huisartsenpraktijken. In de regio Utrecht gebruiken veel praktijken het programma U-PRIM nog steeds op die manier.

Wij zijn van mening dat men in de afwegingen rond de opsporing van potentieel kwetsbare populaties in de huisartsenpraktijk het kind niet met het badwater moet weggooien. Het is te belangrijk dat men potentieel kwetsbare ouderen tijdig herkent en proactieve zorg navenant kan structureren. Daarvoor zijn geen vragenlijsten nodig, het kan ook met *population health management* in de eerste lijn. Dit soort geavanceerde ICT-toepassingen vraagt weliswaar om visie en investeringen, maar het kan. Er zijn meer initiatieven als deze, die 'de juiste zorg op de juiste plaats' ondersteunen. Soms lopen ze nog vast in domeindiscussies, versnippering en financiële onmogelijkheden, maar intussen tikt de klok verder. De potentieel kwetsbare doelpopulaties worden steeds ouder en groter, huisartsen dreigen onder overbelasting te bezwijken en de kosten in de tweede lijn blijven oplopen. Het is tijd dat we in de eerste lijnzorg breder kijken dan vragenlijsten en op efficiënte wijze werk gaan maken van proactieve ouderenzorg. ■

## LITERATUUR

1. Op het Veld LP, Van Rossum E, De Vet HC, Kempen GI, Beurskens AJ. Screen kwetsbare ouderen niet met standaard vragenlijsten. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1205-0.
2. Poot AJ, Wind A. Iedere oudere een eigen plan voor zorg en ondersteuning: LAEGO visie 2021-2026. Utrecht: Landelijke Adviesgroep Eerstelijngeneeskunde voor Ouderen, 2021.
3. Blom J, Den Elzen W, Van Houwelingen AH, Heijmans M, Stijnen T, Van den Hout W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people, a cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People – the ISCOPE study. *Age Ageing* 2016;45:30-41.
4. González-González AI, Schmucker C, Nothacker J, Nury E, Dinh TS, Brueckle MS, et al. End-of-life care preferences of older patients with multimorbidity: a mixed methods systematic review. *J Clin Med* 2020;10:91.
5. Blom JW, Van den Hout WB, Den Elzen WPJ, Drewes YM, Bleijenberg N, Fabbriotti IN, et al, OPICS-MDS research consortium. Effectiveness and cost-effectiveness of proactive and multidisciplinary integrated care for older people with complex problems in general practice: an individual participant data meta-analysis. *Age Ageing* 2018;47:705-14.
6. Smit LC, Schuurmans MJ, Blom JW, Fabbriotti IN, Jansen AP, Kempen GI, et al. Unravelling complex primary-care programs to maintain independent living in older people: a systematic overview. *J Clin Epidemiol* 2018;96:110-9.
7. Drubbel I, Bleijenberg N, Kranenburg G, Eijkemans RJ, Schuurmans MJ, De Wit NJ, et al. Identifying frailty: do the Frailty Index and Groningen Frailty Indicator cover different clinical perspectives? a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2013;14:64.
8. Drubbel I, De Wit NJ, Bleijenberg N, Eijkemans RJ, Schuurmans MJ, Numans ME. Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine primary care data. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68:301-8.
9. Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Nichols L, Ann Teale E, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing* 2016;45:353-60.
10. Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NP, Numans ME, et al. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1779-88.
11. Bleijenberg N, Boeije HR, Onderwater AT, Schuurmans MJ. Frail older adults' experiences with a proactive, nurse-led primary care program: a qualitative study. *J Gerontol Nurs* 2015;41:20-9.
12. Bleijenberg N, Drubbel I, Neslo RE, Schuurmans MJ, Ten Dam VH, Numans ME, et al. Cost-effectiveness of a proactive primary care program for frail older people: a cluster-randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18:1029-36.
13. Girwar SM, Fiocco M, Sutch SP, Numans ME, Bruijnzeels MA. Assessment of the Adjusted Clinical Groups system in Dutch primary care using electronic health records: a retrospective cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2021;21:217.

Numans ME, De Wit NJ. Alternatieven voor het screenen van kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1213-0. Leids Universitair Medisch Centrum, Campus Den Haag, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde: prof. dr. M.E. Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde, m.e.numans@lumc.nl. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. N.J. de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.