



Is het proactieve zorgprogramma voor kwetsbare ouderen uitgevoerd zoals gepland?

Een analyse van interventiegetrouwheid

Het evalueren van de effectiviteit van een complexe interventie in een gerandomiseerde klinische trial is niet eenvoudig.^{1,2)}

In de literatuur wordt een interventie als effectief beschouwd wanneer er een positief resultaat op de primaire uitkomst is gevonden. Echter, om de validiteit en betrouwbaarheid van een interventie te beoordelen is kennis nodig over de mate waarin de interventie is uitgevoerd als gepland, ofwel de interventiegetrouwheid.³⁾ Daarnaast geeft kennis over interventiegetrouwheid inzicht in hoeverre de implementatie succesvol was en daadwerkelijk een bijdrage heeft kunnen leveren aan de geobserveerde uitkomsten.

Recent is de effectiviteit van een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn onderzocht in een cluster gerandomiseerde trial (Ouderen-zorgproject Midden Utrecht, Om U) waarin ruim 3.000 ouderen en 39 huisartsenpraktijken deelnamen.⁵⁾ Hieruit bleek dat ouderen die het proactieve zorgprogramma (zie www.beteroud.nl/ouderen/zorg-ucare-kwetsbaar-ouder.html) ontvingen, na één jaar significant meer behoud van dagelijkse en instrumentele activiteiten ((I)ADL) hadden dan ouderen die de gangbare zorg ontvingen. Het effect was statistisch significant, maar het verschil tussen de groepen was klein. Daarmee is de klinische relevantie op dit moment twijfelachtig. In deze studie is de interventiegetrouwheid onderzocht

van het proactieve zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Concreet is onderzocht welke zorg de praktijkverpleegkundigen hebben geleverd aan kwetsbare ouderen en of het zorgprogramma is uitgevoerd zoals vooraf gepland. Deze bevindingen geven vervolgens inzicht in de bevindingen van de trial-resultaten.

*dr. Nienke Bleijenberg,
dr. Hester ten Dam, dr.
Irene Drubbel, dr. Mattijs
Numans, dr. Niek de Wit,
prof.dr. Marieke Schuur-
mans*

Gebaseerd op: Bleijenberg N, ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, Wit NJ, Schuurmans MJ. Treatment fidelity of an evidence based nurse led intervention in a proactive primary care program for older people. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 2016; 13(1):75-84.

Methode

Een explorerende mixed-methods studie is uitgevoerd. Kwantitatieve data zijn verzameld gedurende de trial en kwalitatieve data middels een focusgroep met een subgroep van verpleegkundigen kort na de trial.

Setting, deelnemers en procedures van de trial

De studie vond plaats in de eerste lijn bij de huisartsenpraktijken die het proactieve zorgprogramma boden (N=12). Patiënten van 60 jaar en ouder die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de trial, voldeden aan ten minste een of meer van de volgende criteria: polyfarmacie (5 of meer medicijnen in chronisch gebruik), potentiële kwetsbaarheid gemeten met een 'frailty index score' (score van ≥ 0.20) en een consultatie gap van huisartsenbezoek van 3 jaar of langer met uitzondering van de griepvaccinatie. Ouderen woonachtig in een verzorging-verpleeghuis en terminaal zieke ouderen werden geëxcludeerd.

Alle praktijkverpleegkundigen (n=21) waren voorafgaand aan de trial uitgebreid geschoold en getraind gedurende een 6-weekse periode van één lesdag per week. In deze scholing werden zowel de screeningsinstrumenten als de inhoud van het zorgprogramma uitgelegd. Daarnaast participeerden de praktijkverpleegkundigen en huisartsen samen in een workshop met als doel de toekomstige samenwerking te verbeteren. Tevens

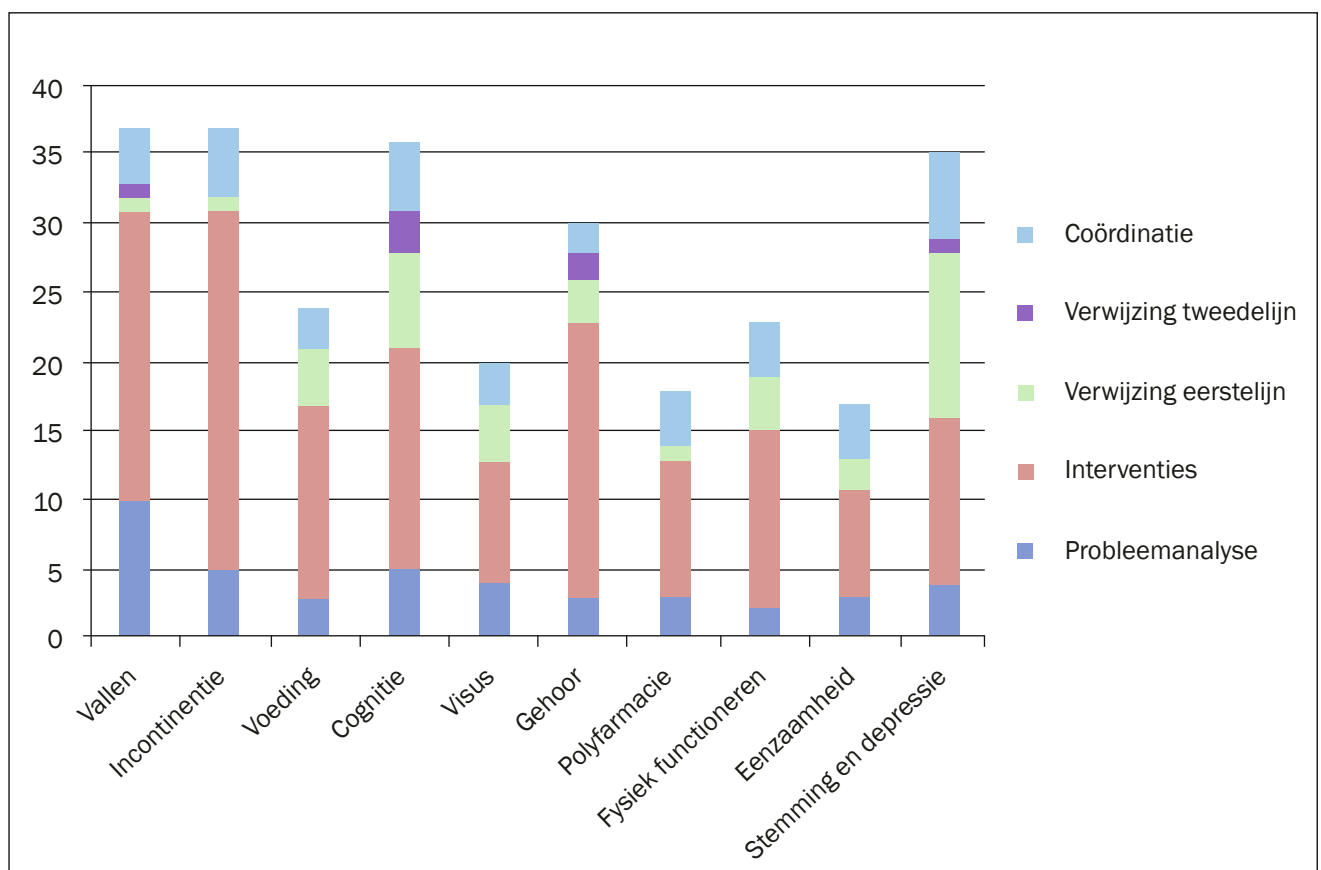
namen de praktijkverpleegkundigen deel aan maandelijkse intervisiebijeenkomsten.

Het proactieve zorgprogramma

Het zorgprogramma bestaat uit een aantal elementen. Een frailty instrument dat op basis van routine zorgdata potentieel kwetsbare ouderen uit het huisartseninformatiesysteem identificeert.⁶⁾ Vervolgens ontvingen deze potentieel kwetsbare ouderen een vragenlijst van de praktijkverpleegkundige ouderenzorg om kwetsbaarheid complexiteit van zorg en welbevinden te meten. De daadwerkelijk kwetsbare ouderen kregen een uitgebreid geriatrisch assessment thuis, een zorgplan op maat en follow-up bezoek door de praktijkverpleegkundige op basis van de individuele wensen en behoefte. De interventie is elders uitgebreid beschreven.⁷⁾

Verzameling kwantitatieve data

Voor elf veelvoorkomende (geriatrische) problemen zoals vallen, voeding en incontinentie waren standaard evidence-based zorgplannen ontwikkeld met stroomschema's naar assessments, interventies, coördinatie en verwijzingen.⁷⁾ De verpleegkundigen registreerden al deze activiteiten tijdens de uitvoering van het zorgprogramma. Hiermee kon de daadwerkelijk geleverde zorg worden onderzocht. Figuur 1 geeft het aantal acties en interventies dat is opgenomen per evidence-based zorgplan weer.



Figuur 1. Overzicht van het aantal en type interventies en acties die zijn opgenomen in de evidence-based zorgplannen

Verzameling kwalitatieve data

Kwalitatieve data zijn verzameld middels een focusgroep bijeenkomst met zeven verpleegkundigen die het programma uitvoerden. Een aselechte groep was uitgenodigd voor deelname. Doel van de focusgroep was het bespreken van de kwantitatieve uitkomsten en zoeken naar mogelijke verklaringen van de verschillen in de geleverde zorg. Een moderator leidde de groepsdiscussie en nam de toestemmingsverklaring procedure door. De discussie werd digitaal opgenomen en de geluidsopname werd na afloop getranscribeerd waarna door middel van open codering en thema's geïdentificeerd werden.

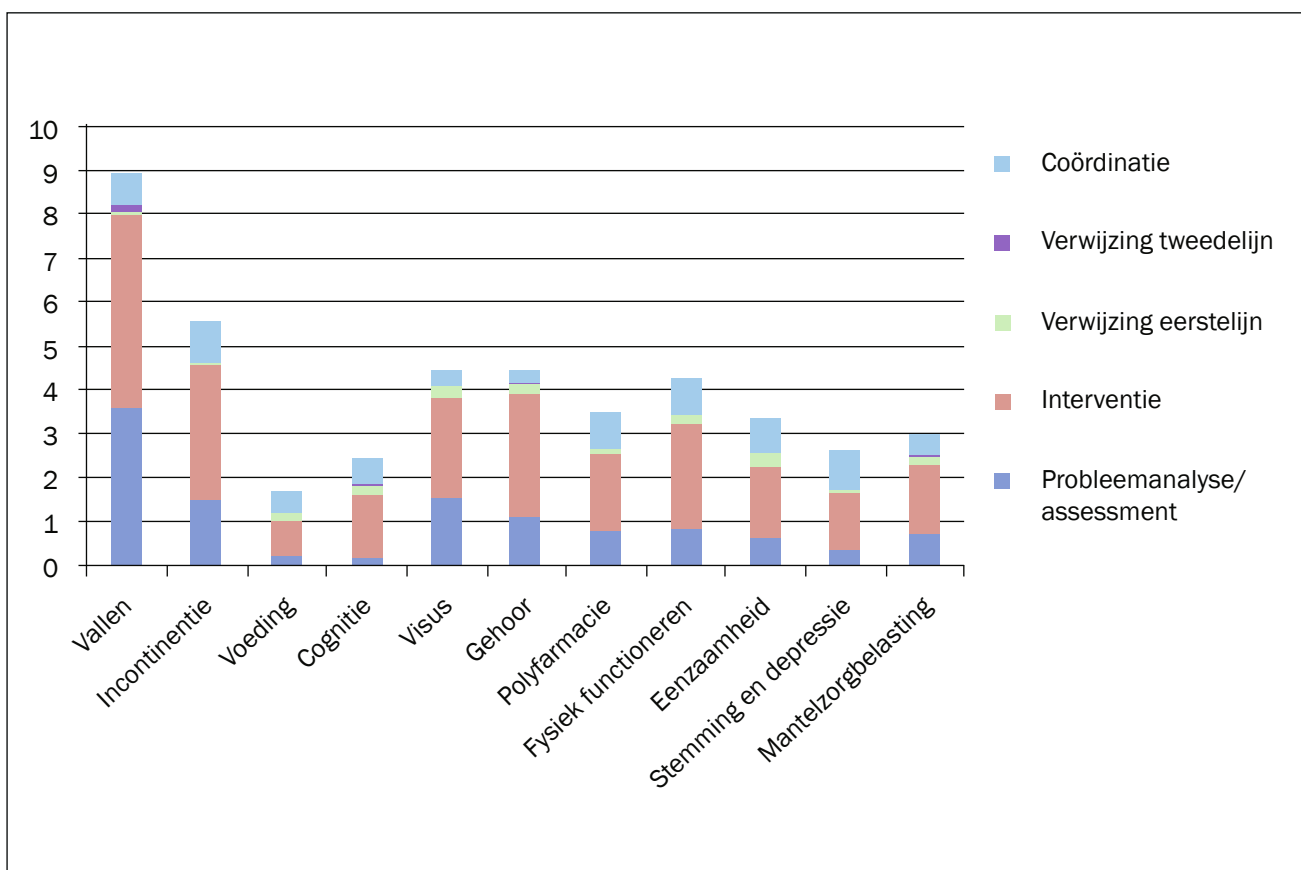
Resultaten

In totaal ontvingen 835 ouderen proactieve ouderenzorg van de praktijkverpleegkundige. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 75,4 (SD: 8,4) jaar, 64,4 procent was vrouw en 46,5 procent was alleenstaand. De meest voorkomende problemen waren polyfarmacie (95,6%), eenzaamheid (69,8%) en cognitieve achteruitgang (59,4%). Bij ongeveer een derde (22-48%) van de ouderen die een potentieel probleem had aangegeven op de screeningsvragenlijst, was ten minste één vervolgsessie afgenomen. De meeste assessments waren afgenomen op de thema's polyfarmacie (48%) en dagelijks functioneren (44%). Bijna alle ouderen (85-96%) bij wie een vervolgsessie was afgenomen, ontvingen een of

meer verpleegkundige interventies. De meeste zorg was ingezet op het gebied van urine-incontinentie en vallen (zie figuur 2). De minste zorg was ingezet op de thema's voeding, cognitie en stemming. Opvallend was dat weinig ouderen werden doorgestuurd naar zorgverleners in de tweede lijn.

Kwalitatieve bevindingen

De verpleegkundigen gaven drie mogelijke verklaringen aan voor de gevonden verschillen in de geïdentificeerde problemen bij ouderen en de daadwerkelijk geleverde zorg. Allereerst gaven verpleegkundigen aan dat snelle en relatief eenvoudige interventies de voorkeur voor patiënten hadden boven tijdrovende interventies. Bovendien gaven de verpleegkundigen aan dat het inzetten van interventies op het gebied van psychosociale problematiek relatief veel tijd kostte, omdat er eerst een vertrouwensband opgebouwd moest worden. Ten tweede gaven de verpleegkundigen aan dat op het gebied van de voeding ouderen weinig interesse of behoefte hadden aan interventies, omdat het niet altijd als een probleem werd ervaren. Ten derde vonden de verpleegkundigen het niet verwonderlijk dat er weinig ouderen waren doorverwezen naar de tweede lijn: "De huisarts, verpleegkundige en andere eerstelijns professionals zijn in staat om steeds meer zorg te verlenen, daardoor zijn minder verwijzingen nodig."



Figuur 2. Gemiddeld aantal uitgevoerde acties en interventies per probleemgebied per patiënt

Beschouwing en conclusie

Deze mixed-methods studie toont aan dat een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn niet volledig is uitgevoerd, zoals vooraf bedoeld en beschreven was.

De meeste verpleegkundige interventies waren verleend aan ouderen die een risico hadden om te vallen of ouderen met urine-incontinentie. Het meest opvallend was dat de thema's voeding, cognitie en stemming vaak uit de screening naar voren kwamen als potentieel problemen, maar dat daar weinig verpleegkundige interventies op ingezet waren. De intensiteit en hoeveelheid van de ingezette interventies waren afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, het type probleem en het type (vervolg)actie van de verpleegkundige. Snelle en simpele acties werden vaker ingezet dan tijdrovende.

De studie kent enkele beperkingen. Er is mogelijk een onderschatting van de daadwerkelijk geleverde zorg door onderrapportage. Een van de verklaringen hiervoor is dat de verpleegkundigen weinig tijd hadden voor het registreren of dit soms vergaten in de hectiek van de dag. Echter, het is niet aannemelijk dat er selectief gerapporteerd is. Hierdoor geven de bevindingen een overall beeld op welke probleem gebieden de meeste en minste zorg is uitgevoerd. Criteria voor optimale dosering en intensiteit moet verder worden onderzocht zodat in de toekomst betere programma's op maat ontwikkeld kunnen worden die effectief zijn in het behoud van zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen. De bevindingen laten zien dat er ruimte is voor verbetering in de uitvoering van het programma.

Literatuur

- 1) Blackwood B Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions. *J Adv Nurs* 2006; 54(5); 612-622.
- 2) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. *BMJ* 2008; 337(7676):979-983.
- 3) Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B, Hecht J, Minicucci D S, Ory M, Czajkowski S. Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH behavior change consortium. *Health Psychol* 2004; 23(5):443-451.
- 4) Gearing RE, El-Bassel N, Ghesquiere A, Baldwin S, Gillies J, Ngeow E. Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(1):79-88.
- 5) ten Dam VH, Bleijenberg N, Numans ME, Drubbel I, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Proactieve en gestructureerde zorg voor kwetsbare oudere patiënten in de eerste lijn: achtergrond, opzet en uitvoering van een screenings-en zorgprogramma. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2013; 44(2):81-89.
- 6) Drubbel I, de Wit NJ, Bleijenberg N, Eijkemans RJC, Schuurmans MJ, & Numans, M. E. Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine pri-

mary care data. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012; 68(3):301-308.

7) Bleijenberg N. Toolkit Kwetsbare Ouderen: screeningsinstrument en evidence-based zorgplannen voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. 2015.