

Screen kwetsbare ouderen niet met standaard vragenlijsten

Linda Op het Veld, Erik van Rossum, Henrica de Vet, Ruud Kempen, Sandra Beurskens

Het aantal kwetsbare ouderen in Nederland neemt toe en huisartsen voelen vaak de behoefte om negatieve gezondheidsuitkomsten bij deze patiënten voor te zijn. Er zijn diverse screeningsinstrumenten ontwikkeld, waaronder veel vragenlijsten. Kwetsbaarheidsvragenlijsten waar onderzoek naar is gedaan, blijken negatieve gebeurtenissen echter niet beter te voorspellen dan de huisarts zelf. Het heeft dan ook geen zin om kwetsbaarheid te scoren met een standaard vragenlijst.

Huisartsen zien in de dagelijkse praktijk steeds meer kwetsbare ouderen bij wie de kans op een negatieve gebeurtenis groot is, zoals achteruitgang in ADL-functies, vallen, opname in een ziekenhuis of verpleeghuis of overlijden.¹ Met vroege signalering zou een tijdige interventie die negatieve gebeurtenissen misschien kunnen vertragen of voorkomen. In theorie lijkt het daarom nuttig om oudere patiënten te screenen op kwetsbaarheid.

DEFINITIEKWESTIES

Wie kwetsbare ouderen in de eigen praktijk gaat screenen, moet duidelijk voor ogen hebben wat 'kwetsbaarheid' precies inhoudt. De term, *frailty* in het Engels, wordt in de literatuur al enkele decennia gebruikt maar er zijn grote verschillen in de definitie. Sommigen zien kwetsbaarheid als een puur fysiek fenomeen, anderen benaderen het verschijnsel multidimensionaal en voegen er sociale en/of psychische domeinen aan toe.²⁻⁴ Onderzoekers hebben geprobeerd consensus te bereiken, maar dat is tot op heden niet goed gelukt.⁵

Vanwege deze definitiekwesties wordt kwetsbaarheid op allerlei manieren geoperationaliseerd en gemeten. In 2015 waren in de literatuur al meer dan 60 verschillende meetinstrumenten te vinden, variërend van fysieke tests tot korte of lange vragenlijsten.^{2,6-8} Van veel vragenlijsten zijn ook nog meerdere varianten in omloop.⁹ Over de klinische kwaliteit is meestal weinig tot niets bekend en de instrumenten die wel zijn onderzocht, bleken slechts weinig voorspellend vermogen te hebben.^{10,11} De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in kleine populaties en een goede vergelijking van veelgebruikte vragenlijsten binnen een grote groep ouderen ontbrak tot voor kort.

WEINIG VOORSPELLEND VERMOGEN

In 2019 publiceerden wij een groot, 2 jaar durend cohortonderzoek onder bijna 2500 thuiswonende Limburgse

65-plussers. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de 2 Limburgse GGD's. We onderzochten in hoeverre 4 veelgebruikte kwetsbaarheidsinstrumenten, gebaseerd op verschillende benaderingen, in staat waren toename in ADL-afhankelijkheid, ziekenhuisopnames of overlijden te voorspellen. Het ging om de Tilburg Frailty Indicator, de Groningen Frailty Indicator, het Frailty Phenotype en de Frailty Index.^{2,12-15} De 4 instrumenten presteerden slecht op deze uitkomstmaten, maar wel werd duidelijk dat sommige een relatief hoge sensitiviteit hadden en andere een hoge specificiteit. Daarom keken we in een vervolgonderzoek of het combineren van een instrument met hoge specificiteit en een instrument met hoge sensitiviteit het voorspellend vermogen zou verbeteren. Dat bleek niet het geval te zijn.¹⁶

In de praktijk biedt de totaalscore met bijpassende afkappunten op een vragenlijst dus weinig zekerheid of de geteste persoon wel of niet kwetsbaar is. Dat roept de vraag op welk nut een dergelijke meting dan nog heeft. In een onderzoek is huisartsen gevraagd in te schatten of hun patiënt kwetsbaar was en dus meer risico liep op negatieve gezondheidsuitkomsten. Hun oordeel bleek even waardevol als dat van een veelgebruikt meetinstrument of de opinie van een expertpanel.¹⁷ Ook huisartsen konden niet heel goed voorspellen wanneer iemand door kwetsbaarheid zou overlijden of zou worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis, maar ze konden dat wel beter dan de onderzochte meetinstrumenten. We weten natuurlijk niet of huisartsen zoiets ook zouden kunnen als ze de patiënt niet door en door kennen, wat door taakdelegatie in de huidige praktijk steeds vaker het geval is. Misschien kan een goede registratie van de gezondheidstoestand in het HIS dit ondervangen, maar dan nog moet onderzoek uitwijzen of huisartsen en bijvoorbeeld praktijkondersteuners iemands kwetsbaarheid voldoende kunnen inschatten op basis van die informatie.



Huisartsen willen de kwetsbare ouderen in hun praktijk graag vroegtijdig opsporen.

Foto: ANP

WAT DAN WEL IN DE PRAKTIJK?

Huisartsen willen de kwetsbare ouderen in hun praktijk graag vroegtijdig opsporen. Wij vinden de bestaande vragenlijsten daarvoor niet goed bruikbaar, maar daarmee verdwijnt de behoefte aan screening niet. Met de toenemende vergrijzing zullen huisartsen bij een steeds groter deel van hun patiënten het gevoel krijgen dat ze extra gezondheidsrisico's lopen. Maar kwetsbaarheid blijkt een te complex fenomeen om patiënten met een (eenvoudige) vragenlijst helder te kunnen uitsplitsen in de groepen 'kwetsbaar' of 'niet kwetsbaar'.

Het kan een optie zijn om in de anamnese van een individuele patiënt losse items uit kwetsbaarheidsvragenlijsten te gebruiken, bijvoorbeeld: 'Heeft u problemen in het dagelijks leven door slecht lopen?' (uit de Tilburg Frailty Index), of 'Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?' (uit de Groningen Frailty Index). De vragenlijsten bevatten veel items die aanknopingspunten bieden voor een gericht advies of gerichte actie, wanneer de patiënt op die punten problemen ervaart. Het gebruik van zulke lijsten moet echter beperkt blijven tot losse items, zonder die te combineren en er een algemeen oordeel over de kwetsbaarheid aan te koppelen. Een andere optie zijn 'kwetsbaarheidsprofielen'. In 2018 hebben Looman et al. 6 kwetsbaarheidsprofielen voorgesteld: *relatively healthy, psychologically frail, mild physically frail, severe physically frail, medically frail* en *multi-frail*.¹⁸ De relatief gezonde groep heeft beperkte problemen op verschillende

domeinen, patiënten met een psychisch of fysiek kwetsbaar profiel ervaren problemen op 1 specifiek domein en patiënten met een medisch kwetsbaar of multikwetsbaar profiel hebben problemen op alle domeinen (fysiek, psychisch en sociaal). Multikwetsbare personen hebben daarbij ook nog cognitieve problemen. Zo'n verfijndere indeling op basis van verschillende soorten onderliggende problematiek kan leiden tot een betere classificatie van het risico dan een simpele tweedeling. In de praktijk moet het nut van dergelijke alternatieve strategieën nog worden aangetoond. Misschien moeten we ons voorbereiden op de conclusie dat negatieve gezondheidsuitkomsten bij kwetsbare ouderen überhaupt niet goed te voorspellen zijn. ■

LITERATUUR

1. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:2129-38.
2. 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.
3. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:338-43.
4. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999;353:205-6.
5. Rodriguez-Manas L, Fear C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chod-

- zko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68:62-7.
6. Buta BJ, Walston JD, Godino JG, Park M, Kalyani RR, Xue QL, et al. Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing Res Rev* 2016;26:53-61.
 7. Reeve TE, Ur R, Craven TE, Kaan JH, Goldman MP, Edwards MS, et al. Grip strength measurement for frailty assessment in patients with vascular disease and associations with comorbidity, cardiac risk, and sarcopenia. *J Vasc Surg* 2018;67:1512-20.
 8. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci World J* 2001;1:323-36.
 9. Theou O, Cann L, Blodgett J, Wallace LM, Brothers TD, Rockwood K. Modifications to the frailty phenotype criteria: Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ageing Res Rev* 2015;21:78-94.
 10. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:189-97.
 11. Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2017;15:1154-208.
 12. Gobbens RJ, Van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:344-55.
 13. Steverink N, Slaets JP, Schuurmans H, Van Lis M. Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist* 2001;41:236-7.
 14. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:722-7.
 15. Op Het Veld LP, Beurskens AJ, De Vet HC, Van Kuijk SMJ, Hajema KJ, Kempen GIJM, et al. The ability of four frailty screening instruments to predict mortality, hospitalization and dependency in (instrumental) activities of daily living. *Eur J Ageing* 2019;16:387-94.
 16. Op het Veld LP, Van Rossum E, Kempen GI, Beurskens AJ, Hajema K, De Vet HC. Can the combined use of two screening instruments improve the predictive power of dependency in (instrumental) activities of daily living ((I)ADL), mortality and hospitalization in old age? *J Frailty Aging* 2019;8:180-5.
 17. Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BA, Van Hout HP. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract* 2016;17:102.
 18. Looman WM, Fabbicotti IN, Blom JW, Jansen APD, Lutomski JE, Metzelthin SF, et al. The frail older person does not exist: development of frailty profiles with latent class analysis. *BMC Geriatr* 2018;18:84.

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.

Zuyd Hogeschool, lectoraat Autonomie en participatie van chronisch zieken en Academie voor Mens en Techniek, Heerlen: dr. L.P.M. Op het Veld, docent en onderzoeker, linda.ophetveld@zuyd.nl. Maastricht University, vakgroep HSR/CAPHRI Care and Public Health Research Institute, Maastricht: dr. E. van Rossum, lector Wijkgerichte zorg [tevens Zuyd Hogeschool, Academie voor Verpleegkunde, Heerlen]; prof. dr. G.I.J.M. Kempen, hoogleraar Sociale gerontologie. Maastricht University, vakgroep HAG/CAPHRI Care and Public Health Research Institute, Maastricht: prof. dr. A.J.H.M. Beurskens, hoogleraar Doelgericht meten in de dagelijkse zorgpraktijk. Amsterdam UMC, locatie VU, afdeling Epidemiologie en Biostatistiek: prof. dr. H.C.W. de Vet, hoogleraar Klinimetric.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.