

Case Report over beïnvloeding van therapietrouw bij pre-frail ouderen en een beweegprogramma

Opdracht klinische stage Masteropleiding Fysiotherapie in de Geriatrie

Opleiding: SOMT Amersfoort

Student: Gertrud Pijnenburg

Studentnummer: gnl116005

Datum: juni 2014

Contactgegevens:

Gertrud Pijnenburg fysiotherapie

Korte Keizersdwarstraat 8

1011 GJ Amsterdam

t 020 6225477

e pijnenbg@xs4all.nl

1. Samenvatting

Het is bekend dat het aantal zeer oude mensen toeneemt. Deze mensen hebben toenemend ook loopproblemen. Dat beïnvloedt de zelfredzaamheid negatief. Verlies van zelfredzaamheid is geassocieerd met afname van reservecapaciteiten. De reservecapaciteiten zijn echter te beïnvloeden met lichaams oefeningen. Deze feiten zijn niet vanzelfsprekend bekend bij de ouderen. Onwetendheid is echter een determinant van gebrek aan therapietrouw. Het loont daarom de moeite te investeren in educatie. Kennis van het verouderingsproces, inzicht in de eigen invloed hierop en maatvoering bij het aanbieden van een beweegprogramma zijn voorwaarden om met succes het optreden van ouderdomsbeperkingen te vertragen. Daarom is het goed dat de geriatriefysiotherapeut in het klinisch redeneerproces extra aandacht heeft voor psychosociale educatie. Er zijn gereedschappen nodig om de motivatie te peilen en te beïnvloeden. Het oefenen moet aansluiten bij de zelf ervaren beperkingen en het inzicht in de eigen mogelijkheden deze te kunnen beïnvloeden. Als gereedschap voor psychosociale educatie wordt in dit rapport de Lawton-Brody-lijst en een aangepaste Visueel-Analoge-Schaal ingezet. Als middel om de lichaams oefeningen ter hand te nemen, wordt een trainingmethode voor ouderen met pre-frail kenmerken compleet uitgeschreven. Zowel de gereedschappen als de methode zijn online te benaderen. Het is bedoeld als fysiotherapeutisch onderdeel van een zorgplan.

2. Inleiding

Het is bekend dat bij ouderen de lust tot bewegen afneemt. Marcell (2003) beschrijft een vicieuze cirkel van afnemende capaciteiten bij toename van de leeftijd. Dagelijkse taken worden daardoor toenemend als vermoeiend ervaren. Rust nemen is daarom dikwijls een bewuste keuze van de oudere om energie over de dag te verdelen. Het is algemeen bekend dat het verouderingsproces gepaard gaat met veel ongemakken, maar de impact van weinig bewegen is niet algemeen bekend bij de ouderen. Fried et al (2001) beschrijven het klinisch syndroom frailty, waarbij drie of meer van de volgende criteria aanwezig zijn: ongewild gewichtsverlies, zelf ervaren vermoeidheid, spierzwakte, verminderde loopsnelheid en lage fysieke activiteit. Dit syndroom is sterk geassocieerd met verlies van zelfstandigheid. Behm et al (2014) tonen aan dat het nuttig is ouderen inzicht te verschaffen in hun eigen mogelijkheden om hun zelfstandigheid gunstig te beïnvloeden. In een RCT onderzochten zij de effectiviteit van twee educatieve programma's, waarbij de eigen inbreng van ouderen nadrukkelijk een plaats kreeg. Beide interventies bleken effectief om de tevredenheid met de fysieke en mentale gezondheid te bevorderen. Dit is een belangrijk gegeven omdat een determinant van therapietrouw bij beweeginventies juist deze zelf ervaren gezondheid is (Tak et al 2012). Deze studie van Tak is onderdeel van een proefschrift (Tak 2013) waarin de auteur de invloed van lichaams oefeningen op het dempen van verlies van fysieke reservecapaciteiten overtuigend aantoont. Het is dus belangrijk de kennis van ouderen te vergroten over risico's op frailty en daarmee het verlies van zelfstandigheid. Tak: "De grootste uitdaging zal zijn om ouderen aan het bewegen te krijgen en vooral te houden. Slechts een kwart van de ouderen die meedoen met een oefenprogramma blijft na afloop bewegen. Aandacht voor kwalitatief goede instructeurs en voor de fysieke klachten van deelnemers kan dit verbeteren." Voor de geriatriefysiotherapeut houdt dit in dat hij of zij gereedschap gebruikt om de motivatie voor oefenen te peilen en te beïnvloeden. Daarnaast is het nodig een oefenmethode aan te bieden die rekening houdt met het gebrek aan energie dat ervaren wordt en toch meer welzijn oplevert. Deze vaststellingen brengen ten eerste met zich mee dat de geriatriefysiotherapeut in het klinisch redeneerproces extra tijd besteedt aan psychosociale factoren, zodat de aanwezige kennis over het ouderdomsproces en de eigen mogelijkheden hierbij bevorderd wordt. Ten tweede wordt de geriatriefysiotherapeut uitgedaagd een oefeninterventie aan te bieden die evidence based is en interessant genoeg voor de oudere om het trainen vol te houden. In dit Case Report wordt als gereedschap voor psychosociale educatie een aangepaste VAS-lijst ingezet, in combinatie met de vragenlijst Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (I-ADL) van Lawton-Brody. Er

wordt een illustratie bijgevoegd over het belang van fysieke capaciteit voor het behoud van zelfstandigheid. Als middel om de lichaams oefeningen ter hand te nemen wordt een trainingsmethode voor ouderen met pre-frail kenmerken compleet uitgeschreven.

Zowel de gereedschappen als de methode zijn online te benaderen. Het is bedoeld als fysiotherapeutisch onderdeel van een zorgplan in de 1ste lijn.

3. Report: doelgroep, instrumenten voor educatie en oefenmethode

a. Doelgroepbepaling

Het klinisch syndroom frailty is leidend geweest voor het bepalen van zowel de gereedschappen voor educatie als het middel om tot meer dagelijkse activiteiten te komen. Fried et al (2001) beschrijven een proces dat tot kwetsbaarheid leidt. Hierbij moeten drie of meer van de volgende criteria aanwezig zijn: ongewild gewichtsverlies, zelf ervaren vermoeidheid, spierzwakte, lage loopsnelheid en lage fysieke activiteit. Zijn er twee criteria aanwezig, dan gebruikt men de term pre-frail. Het betreft thuiswonende ouderen. Objectief is de loopsnelheid vast te stellen met eenvoudige tests zoals de 3, 4 of 10 meter looptest. Om de loopvaardigheid vast te stellen, zoals nodig bij transfers, kan de Timed Up and Go test (TUG) gebruikt worden (zie bijlage 1, Tabel 1). Cambier (2014) heeft pre-frail ouderen gekarakteriseerd op basis van de prestaties bij de twee tests door de volgende afkapwaarden te hanteren: een loopsnelheid van 0.8-0.6 m/sec of een TUG-score van > 15 sec. Deze criteria geven aan dat de oudere bij dagelijkse verrichtingen zoals transfers, binnenshuis lopen en buitenshuis lopen (ADL en I-ADL) behoorlijke beperkingen kent. Met deze tests heeft de geriatriefysiotherapeut in het vizier wat de fysieke mogelijkheden zijn van de patiënt, in en rond het huis. De oudere heeft lang niet altijd een gebrek aan motivatie om te bewegen. Weinig bewegen kan veroorzaakt worden door de overtuiging dat het beter is zuinig met de beschikbare energie om te gaan.

b. Instrumenten

De oudere met een loopsnelheid van 0.6-0.8 m/sec en/of een TUG score van >15 sec heeft problemen met de dagelijkse activiteiten waarbij verplaatsingen van het eigen lichaam een rol spelen. Deze Instrumentele Activiteiten (I-ADL) worden gemeten met de I-ADL lijst Lawton & Brody (1969). De lijst heeft een interrater betrouwbaarheid van 0.85 en de validiteit is significant bevonden op 0.01 niveau (Graf 2013). Het instrument beoordeelt zelf-gerapporteerde functionele vaardigheden om onafhankelijk te kunnen wonen. Het instrument is weliswaar weinig sensitief, maar fungeert hier als vertrekpunt voor educatie over de rol van de functionele vaardigheden bij behoud van zelfstandigheid. Naast de I-ADL lijst wordt een Visueel Analoge Schaal gebruikt. Op een verticale lijn van 20 cm is een schaal van 0 tot 100 uitgezet, zoals bij een thermometer. De oudere kruist op de schaal de score *van vandaag* aan en zet ook nog het bijbehorende cijfer in een vakje. Dit is analoog aan de gehanteerde methode bij de EQ-5D-5L. De EQ-5D-5L is een handelsmerk van de EuroQol Group en is een gevalideerde en betrouwbare gezondheidsvragenlijst die toegepast wordt in bevolkingsonderzoek. Dit instrument wordt toenemend van belang geacht voor meting van zelf ervaren gezondheid in klinische settings (Hinz et al 2013, Euroqol Group). De lijst zelf kan hier niet gebruikt worden omdat er copyright op rust, maar de combinatie aangepaste VAS en I-ADL lijst lijken voor de fysiotherapiepraktijk een degelijk en goedkoop alternatief. De educatie over de rol van bewegen wordt ondersteund door het gebruik van een illustratie die de rol van de reservecapaciteit in het ouderdomsproces verbeeldt (zie bijlage 2, Fig. 1). Deze gereedschappen worden ingezet in het proces van klinisch redeneren om de psychosociale factoren die een rol spelen bij de intentie om te gaan bewegen en dit ook vol te houden, te kunnen beïnvloeden. Het loont de moeite tijd te investeren in het samen met de oudere peilen van de motivatie om te gaan bewegen (Tak 2012, Behm 2014).

c. Oefenmethode

Het oefenprogramma van de geriatriefysiotherapeut volgt de Evidence Based aanbevelingen uit de Position Stand van de American College of Sports Medicine (ACSM). Deze Position Stand is specifiek voor ouderen en geeft daarom ook aanbevelingen voor de hier besproken doelgroep. Tabel 2 (bijlage 1) bevat de samenvatting van deze aanbevelingen. Het oefenprogramma bestaat uit twee delen: het oefengedeelte en het loopgedeelte. Het oefengedeelte bestaat uit acht oefeningen die in circuitvorm worden afgewerkt. Elke oefening wordt 30 seconden volgehouden. De rustpauze bedraagt 15-30 seconden. Op deze manier zit er ritme in het programma. Elke oefening kan een paar keer achter elkaar gedaan worden of men doet één ronde op gezette tijden van de dag. Een ronde is een tijdsblokje van 10 minuten (zie bijlage 1, Tabel 3). Er is voorzien in 2 minuten opwarmen en 2 minuten afkoelen. Alles kan in huis gedaan worden. Hulpmiddelen zijn een timertje en een bal. Een oefendagboek wordt bijgeleverd om bijzonderheden te registreren. Het geheel is separaat bijgevoegd en kan online benaderd worden.

De vaardigheden uit het oefengedeelte worden vervolgens toegepast in de loopopdracht. Deze loopopdracht wordt precies afgestemd op de loopcapaciteiten van de oudere persoon. Tabel 4 (bijlage 1) laat zien hoe men in 18 behandelssessies (3 maanden) kan toewerken naar zelfstandig oefenen. Dit geeft inzicht in de investering die er van de oudere gevraagd wordt, fysiek, mentaal en financieel. Periodiek kan er opnieuw een episode begonnen worden, eventueel met aangepaste oefeningen. Merk op dat er tijd is gereserveerd voor het onderdeel “psychosociale factoren”. Met een verzekeringsmaatschappij zou onderhandeld kunnen worden over een “productprijs”.

4. Discussie

Bringing Evidence to Practice, dat is wat dit rapport beoogt. Gebaseerd op de besproken evidentie is de rationale: “Er is educatie nodig over risico’s van frailty. De bijgebrachte kennis vergroot de kans op therapietrouw bij een trainingsprogramma voor pre-frail ouderen. Een trainingsprogramma moet vervolgens evidence based zijn, maar ook interessant genoeg om het vol te houden”. Dit stelt hoge eisen aan de deskundigheid van de geriatriefysiotherapeut. Een “kwalitatief goede instructeur”, zoals Tak (2013) het noemt, heeft competenties op het gebied van motiveren. Maar het blijft ongetwijfeld een uitdaging de oudere die zijn krachten voelt afnemen te motiveren extra inspanning te leveren om “minder slecht” te worden. Het voordeel van de tijdsinvestering in de psychosociale factoren als onderdeel van het klinische redeneren is, dat gezamenlijk achterhaald kan worden of er wel motivatie bestaat om te trainen. Als een persoon na informatie, educatie en een gesprek over het nut van lichaams oefeningen niet de intentie heeft daar aan mee te doen, hoef je er ook niet aan te beginnen. Ik heb steeds voor ogen gehad dat bewegen ook leuk kan zijn. De succeservaring: “Dit kan ik best!” opent de ogen voor eigen capaciteiten. In het kader van mijn opleiding Master Fysiotherapie in de Geriatrie heb ik het hier voorgestelde pakket toegepast bij vijf pre-frail ouderen. Twee personen wilden niet gaan oefenen en die scoorden inderdaad laag op “de gezondheidsthermometer”. Twee personen besloten samen te gaan oefenen; zij deden toch al samen boodschappen. De vijfde persoon ging elke oefening in een ander vertrek doen, maar niet achter elkaar. Is dat erg? Het kan beter en dit is dan onderwerp voor discussie. Hoofddoel is de zelfervaren gezondheid positief te beïnvloeden door kennis en inzicht en door het gestructureerd doen van lichaams oefeningen.

5. Conclusie

Bij pre-frail ouderen is fysieke activiteit en de zelf ervaren gezondheid en kennis van de beïnvloeding daarvan, over en weer met elkaar verbonden (Behm 2014, Tak 2012). Fysieke activiteit die gestructureerd wordt gedaan en het dagelijks functioneren op een hoger plan brengt, levert winst op binnen het domein van fysiek welbevinden (Tak 2013). Maar ook is bij genoemde studies gebleken dat

de kennis over het kunnen realiseren van een dergelijke winst niet vanzelfsprekend aanwezig is bij de doelgroep. Toch is kennis daarvan een belangrijke determinant van therapietrouw. Het is daarom nuttig te investeren in kennisvermeerdering over risico's van frailty en beïnvloeding van gezondheid en zelfredzaamheid. Te beginnen door het aanbieden van een passende trainingsmethode.

Bronnen

- * Behm L., Wilhelmson K., Falk K., Eklund K., Ziden L., Dahlin-Ivanoff S., (2014) "Positive health outcomes following health-promotion and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT elderly persons in the risk zone". *Archives of gerontology and geriatrics: vol. 58, pp. 376-383.*
- * Cambier D., (2014) Masterclass 'Fysieke activiteit voor de "Older Low Physical Performer" (OLOPP): Etiologie, klinimetrie, modaliteiten en oefentherapie'. www.npi.nl/cursussen-en-opleidingen/
- * Chodzko-Zajko W., Proctor N., Fiatarone ., Christopher T., Minson T., Nigg R., (2009) "Exercise and physical activity for older adults. *Position stand American college of sports medicine*".
- * EQ-5d TM is a trademark of the EuroQol Group. Nederlandse versie Copyright 2009. Toestemming verkregen voor gebruik binnen dit project. www.euroqol.org
- * Fried L., Tangen C., Walston J., Newman A., Hirsch C et al., (2001) "Frailty in older adults: evidence of a phenotype". *Journal of Gerontology: Medical sciences: vol. 56A, iss. 3, pp. 146-156.*
- * Graf, C., (2013) "The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale". *The Hartford Institute for Geriatric Nursing., New York University., College of Nursing;23*
- * Hinz A., Kohlman T., Stöbel-Richter Y., Zenger M., Brähler E., (2013) "The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population". *Qual Life Res vol. 23, pp. 443-447.*
- * Lawton E & Brody E., (1969) "Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living". *The gerontologist., 9 (3), 179-186.* Nederlandse versie gratis downloaden: www.meetinstrumentenzorg.nl of www.toolkitdementie.nl
- * Marcell T., (2003)" Sarcopenia: causes, consequences, and preventions". *Journal of Gerontology: medical sciences: vol. 58A, iss. 10, pp. 911-916*
- * Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven
- * Online benadering van het programma: www.gertrudpijnenburg.nl
- * Tak E., Uffelen van J., Chin A Paw M., Mechelen van W., Hopman-Rock M., (2012) Adherence to exercise programs and determinants of maintenance in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Aging and Physical Activity: 20:32-46*
- * Tak E., Reducing the impact of geriatric conditions by physical activity (2013) *Proefschrift VUMc 31 oktober.*
- * Visueel Analoge Schaal, www.meetinstrumentenzorg.nl.

Bijlage 1: Tabellen

Tabel 1. Kenmerken van pre-frail ouderen, bepaald met een bepaalde score twee tests. Cambier, met toestemming overgenomen

Test	Score/range
Loopsnelheid	0.6-0.8 m/sec
TUG	>15 sec.
Deze score op een of beide tests	

Tabel 2. Chodzko et al. Position stand ACSM (2009)

The ACSM/AHA Guidelines recommend the following special considerations when prescribing exercise and physical activity for older adults. The intensity and duration of physical activity should be low at the outset for older adults who are highly deconditioned, functionally limited, or have chronic conditions that affect their ability to perform physical tasks. The progression of activities should be individual and tailored to tolerance and preference; a conservative approach may be necessary for the most deconditioned and physically limited older adults. Muscle strengthening activities and/or balance training may need to precede aerobic training activities among very frail individuals. Older adults should exceed the recommended minimum amounts of physical activity if they desire to improve their fitness. If chronic conditions preclude activity at the recommended minimum amount, older adults should perform physical activities as tolerated so as to avoid being sedentary.

Tabel 3. Circuit van 8 oefeningen, tijd aangegeven met korte of lange pauze na elke oefening. Elke oefening wordt 30 sec. volgehouden. Elke oefening kan ook meerdere keren achter elkaar uitgevoerd worden.

	Circuittijd snelle Performer (min.)	Circuittijd trage Performer (min.)
8 oefeningen á 30 sec/oef	4	4
8 x pauze á 15 sec/oef	2	
8 x pauze á 30 sec/oef		4
Warming up / Cooling down	4	4
Circuittijd totaal	10	12

Tabel 4. aantal behandelsessies voor het hele programma

Week 1 en 2	2x / wk “psychosociale factoren”	4 sessies
Week 3, 4, 5	2x / wk oefeningen instrueren	6 sessies
Week 6 t/m 13	1x / wk begeleiding aan huis	8 sessies
Na 3 maanden zelfstandig verder oefenen		Totaal aantal sessie: 18

Bijlage 2: Figuren

Figuur 1. Behoud van functionele capaciteit. Bron: World Health Organisation

