

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/22867> holds various files of this Leiden University dissertation

Author: Drewes, Yvonne

Title: Strategies in preventive care for older people

Issue Date: 2013-12-12

Chapter 10

Samenvatting

SAMENVATTING

Volgens de Gezondheidsraad kan preventie bij ouderen bijdragen aan zelfredzaamheid en welzijn, door het voorkomen of uitstellen van invaliditeit en sociaal isolement. Preventie verwijst echter van oudsher naar maatregelen die worden genomen om ziekte, ongevallen en overlijden te voorkomen. Het is de vraag of preventie ook daadwerkelijk kan bijdragen aan zelfredzaamheid en welzijn. Daarom is het van belang te onderzoeken of preventieve strategieën voor ouderen kunnen worden ontwikkeld ter voorkoming van ziekten en ter behoud van zelfredzaamheid.

Om effectieve preventieve zorg voor ouderen te ontwikkelen, is het noodzakelijk dat subgroepen van ouderen geselecteerd kunnen worden die een verhoogd risico op ziekte of op verlies van zelfredzaamheid hebben. Bovendien moeten er dan collectieve of individuele strategieën beschikbaar zijn om ziekte te voorkomen of om zelfredzaamheid te behouden. Daarom is de doelstelling van dit proefschrift om strategieën in preventieve zorg voor ouderen te onderzoeken die variëren in doel en aanpak, ter bevordering van de ontwikkeling van evidence based richtlijnen voor preventieve zorg voor subgroepen van ouderen.

Hoofdstuk 1 bevat de algemene inleiding en het doel van dit proefschrift. Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de behoefte aan risicostratificatie bij oudere mensen, omdat de groep ouderen zo divers is wat betreft ziekten, functioneren en levensverwachting. Vervolgens wordt de groei van de oudere bevolkingsgroep beschreven en wordt aandacht besteed aan de huidige preventieve zorg voor ouderen in Nederland.

Hoofdstuk 2 beschrijft een onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over preventieve zorg voor ouderen. Zes focusgroepbijeenkomsten hebben plaatsgevonden met 37 huisartsen. De discussies in deze focusgroepen zijn geanalyseerd met behulp van de 'framework analysis method'. De belangrijkste bevinding in dit onderzoek is dat de opvattingen van huisartsen over preventieve zorg vooral werden bepaald door hun perceptie van de mate van vitaliteit van hun oudere patiënten. Volgens de huisartsen kon preventieve zorg voor vitale ouderen bestaan uit een gestandaardiseerde ziektespecifieke aanpak ter voorkoming van ziekten. Ouderen die kwetsbaar zijn, hebben een geïndividualiseerde aanpak nodig om functionele achteruitgang te voorkomen. Op basis van deze perspectieven is een conceptueel model voor preventieve zorg ontwikkeld dat de verschillende opvattingen van huisartsen weergeeft over preventieve zorg voor vitale en kwetsbare ouderen. Dit is geordend in vijf dimensies: doel van preventie (voorkomen van ziekte versus functionele achteruitgang), zorgconcept (ziektemodel versus functioneel model), initiatiefnemer (ouderen zelf versus huisarts), doelgroepen

(mensen met een verzoek versus gespecificeerde risicogroepen) en de inhoud van preventieve zorg (vooral cardiovasculair risicomanagement versus voorkomen van functionele achteruitgang).

Voor het gericht aanbieden van preventie om functionele achteruitgang te voorkomen en welzijn te bevorderen is het noodzakelijk om subgroepen van ouderen te kunnen selecteren, voor wie een dergelijk preventief aanbod zinvol is. In de volgende twee hoofdstukken wordt onderzocht of het mogelijk is subgroepen van ouderen hiervoor te selecteren.

Een mogelijke subgroep van ouderen die achteruitgaan en daarom gericht preventieve zorg behoeven, zijn ouderen met multimorbiditeit. **Hoofdstuk 3** beschrijft daarom de voorspellende waarde van multimorbiditeit voor de ontwikkeling van functionele beperkingen in de algemene bevolking van oudste ouderen en de rol van cognitieve stoornissen hierin. Deze studie was onderdeel van de Leiden 85-plus Studie, een observationele prospectieve cohort studie in de algemene bevolking met 5 jaar follow-up. In deze studie golden geen exclusiecriteria. Bij alle 594 85-jarige deelnemers werden met de Groningen Activity Restriction Scale beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) jaarlijks gemeten gedurende 5 jaar. Op baseline hadden deelnemers met multimorbiditeit hogere ADL scores dan deelnemers zonder multimorbiditeit (mediaan 11 versus 9 ADL punten). De deelnemers werden vervolgens op basis van cognitief functioneren, gemeten met de Mini-Mental State Examination (MMSE), gestratificeerd in vier groepen. In alle groepen namen de beperkingen in ADL in de loop der tijd toe, zowel bij deelnemers met als bij deelnemers zonder multimorbiditeit. Multimorbiditeit voorspelde een versnelde stijging van ADL beperkingen bij deelnemers met goede MMSE scores (MMSE ≥ 28 punten), maar niet bij deelnemers met lagere MMSE scores. De voorspellende waarde van multimorbiditeit voor de toename in ADL beperkingen is derhalve afhankelijk van de cognitieve functie van oudste ouderen: multimorbiditeit voorspelt versnelde toename van ADL beperkingen bij oudste ouderen met goede cognitieve functie, maar niet bij oudste ouderen met cognitieve stoornissen.

In hoofdstuk 2 leken huisartsen impliciet hetzelfde concept van kwetsbaarheid te hanteren. Als het waar is dat huisartsen identieke kwetsbaarheidconcepten gebruiken, kan het huisartsenoordeel over kwetsbaarheid een veelbelovend instrument zijn om ouderen te selecteren die meer complexe zorg behoeven. Daarom is in **hoofdstuk 4** de variatie in kwetsbaarheidbeoordelingen tussen de huisartsen onderzocht. De analyse werd ingebed in de Integrated Systematic Care for Older People (ISCOPE) study, een cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial naar het effect van pro-actieve zorgplanning bij patiënten met complexe problemen van 75 jaar en ouder. Zevenenzeventig

huisartsen hebben hun ingeschreven 75-plus patiënten (n=11.392) onderverdeeld in niet-kwetsbare, mogelijk kwetsbare en kwetsbare patiënten. Van deze huisartsen werden zowel persoonskenmerken als praktijkkenmerken verzameld. Bovendien waren van een steekproef van 2828 patiënten de patiëntkenmerken verzameld: socio-demografische kenmerken en kenmerken in de functionele, somatische, psychologische en sociale domeinen. Het mediane percentage kwetsbare patiënten per huisarts was 32% en varieerde van 2,4 tot 81%. De studie toonde aan dat huisartsen eenzelfde medische invulling gaven aan het begrip kwetsbaarheid, omdat zij de somatische en psychologische kenmerken uniform betrokken in het kwetsbaarheidoordeel. De huisartsen verschilden echter in de manier waarop ze de functionele status en eenzaamheid van patiënten in het kwetsbaarheidoordeel lieten meewegen.

Na onderzoek van de mogelijkheden om kwetsbare ouderen te selecteren (hoofdstuk 4), wordt in **hoofdstuk 5** onderzocht welke screening evidence-based bijdraagt aan het bevorderen van zelfredzaamheid van ouderen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de 'RAND/UCLA appropriateness method'. Dit is een methode waarmee een multidisciplinair panel op basis van literatuur en expert-opinion evidence kan wegen. Elf experts hebben op basis van literatuur en screeningsrichtlijnen uit vier landen de evidence voor screening voor 29 onderwerpen gewogen. Voor elk onderwerp werd voor drie verschillende leeftijdsgroepen (60-74 jaar, 75-84 jaar, 85-plus) en drie gezondheidsniveaus (algemeen, vitaal, kwetsbaar) het nut van screening gescoord, eerst in een individuele scoreronde, gevolgd door een paneldiscussie en een tweede individuele ronde. Het panel oordeelde dat voor drie van de 29 onderwerpen screening nuttig was: screening op onvoldoende fysieke activiteit was zinvol voor alle leeftijdsgroepen en alle gezondheidsniveaus. Screening op cardiovasculaire risicofactoren en roken was zinvol voor ouderen in de algemene populatie en de vitale ouderen van 60-74 jaar. Het ontbreken van een adequaat screeningsinstrument en het ontbreken van evidence over de effectiviteit van interventies waren de meest voorkomende redenen om screening als 'niet nuttig' te kwalificeren. Ontwikkeling van valide screeningsinstrumenten en/of effectieve interventies kan in de toekomst bijdragen aan het bevorderen van zelfredzaamheid, met name van kwetsbare ouderen.

De volgende hoofdstukken betreffen strategieën voor de preventie van ziekten bij ouderen en richten zich specifiek op hart- en vaatziekten. Het doel van **hoofdstuk 6** is om de verschillen in prognose tussen zeer oude mensen met milde en ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis te onderzoeken en deze groepen te vergelijken met degenen zonder manifeste hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis. Immers, als de ernst van de cardiovasculaire geschiedenis het risico op hart- en vaatziekten voorspelt, dan is de cardiovasculaire voorgeschiedenis een eenvoudig instrument voor huisartsen

om ouderen te selecteren die het meest baat hebben bij specifieke preventieve interventies. Deelnemers van de Leiden 85-plus Studie werden ingedeeld in drie groepen: geen cardiovasculaire voorgeschiedenis (47%), milde cardiovasculaire voorgeschiedenis (angina pectoris, TIA, claudicatio intermittens en/of hartfalen) (22%) en ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis (myocardinfarct, beroerte en/of arteriële chirurgie) (30%). In vergelijking met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis werd door een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis het risico op het optreden van een cardiovasculaire ziekte of cardiovasculaire mortaliteit vrijwel verdubbeld. Bovendien had de groep met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis een 1,6 maal hoger risico op het optreden van een cardiovasculaire ziekte dan de groep zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis. Zowel een milde als een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis bleken een versnelde achteruitgang van cognitief en lichamelijk functioneren te voorspellen, alweer het meest uitgesproken in de groep met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis. Deze resultaten tonen het belang om bij ouderen met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis de cardiovasculaire preventie te maximaliseren. Wanneer echter bij oude patiënten met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis bijwerkingen of schadelijke interacties van medicatie optreden, kan de balans tussen voor- en nadeel van strikte voortzetting van preventieve medicatie anders uitslaan en dient de noodzaak van preventieve interventies te worden heroverwogen.

Het volgende hoofdstuk onderzoekt de mogelijkheden om subgroepen te definiëren die het meest baat hebben bij preventieve cardiovasculaire medicatie op hoge leeftijd. **Hoofdstuk 7** beschrijft een studie naar de verschillen in effect van preventieve behandeling met pravastatine op cardiovasculair risico bij oudere mensen afhankelijk van hun homocysteïne plasmaspiegel. In PROSPER, een grote, dubbelblind gerandomiseerde placebo-gecontroleerde studie, werd een post-hoc subanalyse uitgevoerd. In de niet behandelde placebogroep hadden deelnemers met een hoog homocysteïne ($n=588$) een 1,8 maal hoger risico op al dan niet fatale coronaire hartziekten dan deelnemers met een laag homocysteïne ($n=597$). Deze studie toonde aan dat 15 mensen met hoog homocysteïne behandeld moeten worden (number needed to treat) met pravastatine gedurende 3,2 jaar (de gemiddelde follow-up tijd van de studie) om een al dan niet fatale coronaire hartziekte te voorkomen. Voor de groep met laag homocysteïne moesten 65 personen gedurende 3,2 jaar behandeld moeten worden om ditzelfde resultaat te behalen. Deze studie laat zien dat homocysteïne een veelbelovende nieuwe risico-voorspeller is voor coronaire hartziekten bij ouderen; met een homocysteïne bepaling kunnen ouderen worden geselecteerd die niet alleen een hoog risico op al dan niet fatale coronaire hartziekten hebben en algemene sterfte, maar ook degenen bij wie de grootste reductie in het absolute risico met pravastatine behaald kan worden. Voor de toekomst betekent dit dat door het bepalen van het homocysteïne de groep oude-

ren met de laagste 'number needed to treat' kan worden geselecteerd, ter voorkoming van al dan niet fatale coronaire hartziekten.

Hoofdstuk 8 bevat de belangrijkste bevindingen, de algemene discussie met aansluitend de klinische implicaties van de bevindingen en aanwijzingen voor verder onderzoek. Het bevorderen van zelfredzaamheid lijkt een geschikt doel voor preventie voor de groep kwetsbare ouderen. Een gouden standaard om de algemene oudere bevolking in te delen naar kwetsbaarheid ontbreekt echter. Huisartsen blijken evenwel eenzelfde medisch concept van kwetsbaarheid te hanteren, waarin zij de somatische en psychologische kenmerken van hun oudere patiënten laten meewegen. Er is echter geen bewijs dat het zinvol is om deze groep kwetsbare ouderen te gaan screenen op allerlei onderwerpen (met uitzondering van screening op onvoldoende fysieke activiteit). Een collectief screeningsaanbod met een gestandaardiseerd interventieprogramma lijkt derhalve niet de juiste manier om bij te dragen aan zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen al vanwege hun chronische ziekte(n) reguliere zorg ontvangen, lijkt voor deze groep het verbeteren van de individuele zorg meer winst te kunnen opleveren dan een afzonderlijk collectief screeningsprogramma.

Het traditionele doel van preventie om ziekten te voorkomen, blijft een zinvol doel voor preventieve programma's voor ouderen in het algemeen. Huisartsen denken bij preventie van ziekten voor de algemene groep ouderen naast de nationale programma's voor kankerscreening en vaccinatie vooral aan cardiovasculair risicomanagement. Risicofraticatie in het kader van cardiovasculair risicomanagement is bij ouderen mogelijk, zelfs op hoge leeftijd. Bovendien is met behulp van risicofraticatie een groep ouderen te selecteren met het hoogste risico op nieuwe coronaire hartziekten en is in die groep ook de grootste absolute risicoreductie te bereiken met preventieve medicamenteuze behandeling. Gezien het feit dat lang niet alle ouderen met een indicatie voor preventieve cardiovasculaire medicatie deze medicatie ook daadwerkelijk slikken, is nader onderzoek noodzakelijk om te bepalen welke ouderen het meeste baat hebben bij preventieve medicamenteuze behandeling. Bovendien is het vanwege de grote diversiteit in de gezondheidstoestand en vitaliteit van ouderen belangrijk om in toekomstig onderzoek naar effecten van preventieve interventies bij ouderen de mate van kwetsbaarheid op te nemen in de risicofraticatie.