



Strategieën in preventieve zorg voor ouderen

Samenvatting

Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Strategieën in preventieve zorg voor ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58(1):20-3.

Bij preventieve zorg gaat het veelal om het voorkomen van ziekte, maar op hogere leeftijd komt de nadruk steeds meer te liggen op behoud van de zelfredzaamheid, met name bij kwetsbare ouderen. Er is echter geen gouden standaard voor het onderscheid tussen 'kwetsbaar' en 'niet-kwetsbaar'. In de praktijk hanteren huisartsen ongeveer eenzelfde medisch concept van kwetsbaarheid, waarin zij somatische en psychologische kenmerken laten meewegen. Onderzoek wijst uit dat het niet zinvol is om deze kwetsbare ouderen collectief te gaan screenen op aanwezige ziekten, beperkingen en risicofactoren. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen al zorg ontvangen voor één of meer chronische ziekten, levert het verbeteren van de individuele zorg aan deze patiënten waarschijnlijk meer winst op. Onderzoek onder 85-plussers heeft uitgewezen dat stratificatie van het cardiovasculair risico tot op zeer hoge leeftijd mogelijk is.

INLEIDING

De Gezondheidsraad stelde in 2009 dat preventie bij ouderen ook gericht zou moeten zijn op het voorkomen of uitstellen van functionele achteruitgang en sociaal isolement, teneinde zelfredzaamheid en welzijn te bevorderen.¹ Het begrip 'preventie' verwijst van oudsher naar maatregelen om ziekte, ongevallen en overlijden te voorkomen, en het is de vraag of en hoe preventieve interventies daadwerkelijk bijdragen aan zelfredzaamheid en welzijn. In dit artikel beschouwen wij een aantal onderzoeken naar deze vraag, besproken in het proefschrift van de eerste auteur.

De diversiteit van de gezondheid, het functioneren en het welzijn in de algemene oudere bevolking is groot en ieder preventieprogramma zal rekening moeten houden met die verschillen. Voor ouderen met een minder goede gezondheid kan het doel van preventie zijn de zelfredzaamheid te bevorderen door beperkingen en sociaal isolement uit te stellen. Bij gezonde ouderen zal het er juist om gaan de levensverwachting te bevorderen door ziekten te voorkomen. De vraag is dus: is het mogelijk strategieën voor een preventief zorgbeleid te ontwerpen waarvan doel en aanpak aangepast zijn aan de be-

hoefden van diverse groepen ouderen? Om deze vraag te beantwoorden, moet allereerst worden onderzocht of preventie verschillende doelen kan hebben, en vervolgens of er binnen de groep ouderen subgroepen te onderscheiden zijn. Ten slotte bespreken wij of screening een geschikte methode is in het kader van preventieve zorg, en welke risicogroepen dan kunnen worden gedefinieerd.

ZIEKTEPREVENTIE VERSUS ZELFREDZAAMHEID

De vraag welke verschillende doelen huisartsen onderscheiden in de preventieve zorg voor ouderen, is onderzocht in zes focusgroepbijeenkomsten met in totaal 37 huisartsen, die we analyseerden met behulp van de *framework analysis method*.^{2,3} Uit de discussies kwam naar voren dat de vitaliteit van de oudere, zoals gepercipieerd door de huisarts, bepalend is voor doel, inhoud en aanpak van diens preventieve interventies. Naarmate die vitaliteit afneemt, verwacht de huisarts meer van een proactieve, individuele benadering die gericht is op het voorkomen van functionele achteruitgang en het behoud van zelfredzaamheid. De conclusies zijn samengevat in een conceptueel model [figuur] dat de aanpak van preventie voor vitale en voor kwetsbare ouderen beschrijft in vijf dimensies. Bij vitale ouderen is het doel vooral het voorkomen van ziekte, is het zorgconcept een ziektemodel, ligt het initiatief bij de oudere zelf, bestaat de doelgroep uit ouderen met een hulpvraag en ligt de nadruk op cardiovasculair risicomanagement. Bij kwetsbare ouderen is het doel vooral het voorkomen van functionele achteruitgang, is het zorgconcept een functioneel model, ligt het initiatief meer (proactief) bij de huisarts, zijn er specifieke risicogroepen en ligt de nadruk op sociaal isolement en functionele achteruitgang.⁴

De kern

- Naarmate de kwetsbaarheid van oudere patiënten toeneemt, wordt het voorkomen van ziekten minder belangrijk en wordt het behoud van zelfredzaamheid en welzijn belangrijker.
- Bij het beoordelen van de kwetsbaarheid van ouderen gaan huisartsen uit van eenzelfde medisch concept, waarin ze somatische en psychologische kenmerken laten meewegen.
- Het heeft geen zin kwetsbare ouderen als groep te screenen op allerhande aandoeningen; zinvoller lijkt het de individuele zorg aan kwetsbare ouderen te verbeteren.
- Tot op hoge leeftijd is risicostratificatie op basis van ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis voorspellend voor het optreden van een nieuwe cardiovasculaire ziekte of cardiovasculaire mortaliteit.

LUMC, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr.mr. Y.M. Drewes, arts maatschappij en gezondheid (thans Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst); dr. J.W. Blom, senior onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde (thans Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen); prof.dr J. Gussekloo, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: y.m.drewes@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur: Drewes YM, Strategies in preventive care for older people. Leiden: LUMC, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, 2013.

VITALE VERSUS KWETSBARE OUDEREN

We zagen dat huisartsen het onderscheid tussen ‘vitaal’ en ‘kwetsbaar’ belangrijk vinden, maar in hoeverre hebben zij daarbij steeds dezelfde groep voor ogen, met andere woorden, hanteren alle huisartsen hetzelfde impliciete concept voor kwetsbaarheid bij ouderen? Als dat zo is, zou het oordeel van de huisarts een veelbelovend instrument zijn om die ouderen te selecteren die complexere zorg behoeven.

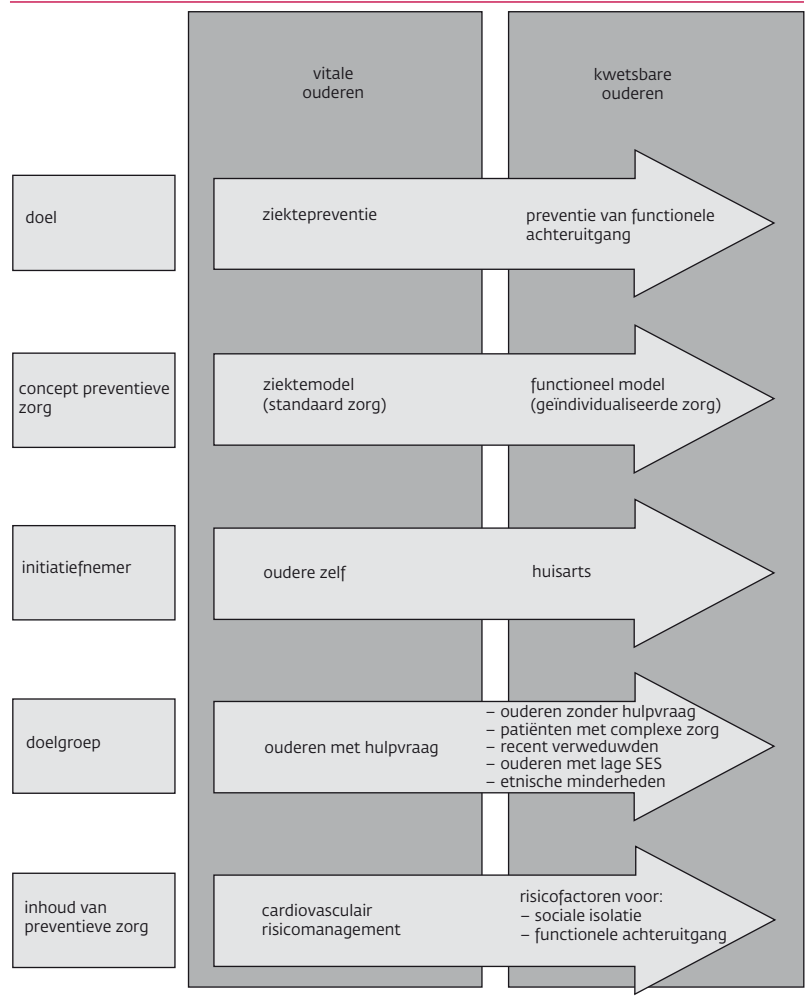
Wij hebben dit onderzocht in een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial naar het effect van proactieve zorgplanning bij patiënten van 75 jaar en ouder die complexe problemen hebben. In dit onderzoek, Integrated Systematic Care for Older People (ISCOPE), vroegen wij 77 huisartsen de in hun praktijk ingeschreven 75-plussers (n = 11.392) onder te verdelen in niet-kwetsbare, mogelijk kwetsbare en kwetsbare patiënten. Naast de persoons- en praktijkkenmerken van de huisartsen verzamelden wij uit een steekproef van 2828 patiënten uitgebreide patiëntkenmerken in het sociaal-demografische, functionele, somatische, psychologische en sociale domein. De huisartsen beoordeelden tussen de 2,4 en 81% van de 75-plussers in hun praktijk als kwetsbaar, met een mediaan percentage van 32%. Door middel van *mixed-effects* logistische regressie gingen we na of kenmerken van de huisarts of de praktijk van invloed waren op dit oordeel. Dat bleek niet het geval, behalve dat huisartsen in de stad een hoger percentage ouderen als kwetsbaar beoordeelden dan huisartsen op het platteland.

[Tabel 1] toont de onderlinge variatie tussen de huisartsen in het gewicht dat zij aan de verschillende patiëntkenmerken hechtten. Hoe groter de overeenstemming over een bepaald kenmerk, hoe kleiner de spreiding van de oddsratio (OR) rondom de mediaan. Een patiëntkenmerk waarvan de OR géén spreiding heeft, wordt dus door alle huisartsen even sterk meegewogen. Uit de tabel blijkt dat dit opgaat voor drie patiëntkenmerken uit het psychologische en somatische domein: zelfgerapporteerde ziekten (OR mediaan 1,7; 90% range 0; $p_{var} = 1$), polyfarmacie (OR mediaan 2,3; 90% range 0; $p_{var} = 1$) en depressieve symptomen (OR mediaan 1,6; 90% range 0; $p_{var} = 1$). Er zijn daarentegen duidelijke verschillen zichtbaar in de mate waarin de huisartsen cognitie, functionele status en eenzaamheid laten meewegen.⁵ Blijkbaar geven huisartsen wel dezelfde *medische* invulling aan het begrip ‘kwetsbaarheid’, maar verschilt de wijze waarop zij functionele en sociale patiëntkenmerken laten meewegen.

GESCHIKTE RISICOFACTOREN VOOR SCREENING

Als men het onderscheid tussen kwetsbare en vitale ouderen inderdaad kan maken, is het in principe ook mogelijk ouderen te screenen op ziekten, beperkingen of risicofactoren – of het zin heeft is een tweede. We onderzochten voor een aantal gebieden of screening daarop zinvol zou kunnen zijn, dat wil zeggen evidence-based bijdraagt aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen. Wij onderzochten dit met behulp van de RAND/UCLA Appropriateness Method.⁶ Een multidisciplinair panel van elf experts beoordeelde op basis van literatuur en screeningsrichtlijnen uit vier landen de ef-

Figuur Conceptueel model van preventieve zorg door de huisarts waarbij het perspectief verschuift afhankelijk van de vitaliteit van de oudere



fectiviteit van 29 potentiële screeningsonderwerpen. Per onderwerp gaven de experts een cijfer tussen 1 en 9 aan het nut van screening in drie leeftijdsgroepen (60-74 jaar, 75-84 jaar, 85-plus) en voor drie ‘gezondheidsniveaus’ (algemene bevol-

Abstract

Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Gussekloot J. Strategies for preventive care for elderly patients. *Huisarts Wet* 2015;58(1):20-3.

While preventive care is usually focused on disease prevention, in advanced old age emphasis is more on maintaining independence, especially in vulnerable elderly patients. Unfortunately, there is no gold standard for distinguishing between vulnerable and non-vulnerable individuals. In practice, general practitioners use more-or-less the same concept of vulnerability, in terms of somatic and psychological aspects. Research has shown that a screening programme for disease, limitations, and risk factors in elderly individuals is not really useful. As the most vulnerable elderly people are often already receiving medical care for one or more chronic health problems, more can be gained by improving the individual care for these patients. Research among individuals aged 85 years and older has shown that risk stratification for cardiovascular management is still possible in advanced old age.

Tabel 1 De invloed van patiëntkenmerken op het kwetsbaarheidsoordeel van de huisarts (n = 2828)

Patiëntkenmerken	SD*	Oddsratio†			p _{var}	mediaan met 90% spreiding
		mediaan	5-95% (90% spreiding)			
Leeftijd	5,24	1,6	1,3-1,9 (0,6)		< 0,001	
Man	-	1,1	1,1-1,1 (0)		1	
Alleen AOW	-	1,2	0,64-2,2 (1,6)		0,033	
Woonsituatie						
■ alleenstaand	-	1,1	0,51-2,3 (1,8)		0,144	
■ verzorgingshuis	-	2,7	1,5-4,7 (3,2)		0,017	
Functioneel domein						
■ IADL	8,27	2,8	2,1-3,7 (1,6)		<0,001	
■ BADL	4,87	2,4	1,4-4,3 (2,9)		<0,001	
Somatisch domein (zelfrapportage)						
■ totaal aantal ziekten	2,27	1,7	1,7-1,7 (0)		1	
■ polyfarmacie (≥ 4 geneesmiddelen)	-	2,3	2,3-2,3 (0)		1	
Psychologisch domein						
■ MMSE	3,57	1,9	1,5-2,3 (0,8)		< 0,001	
■ GDS-15	2,56	1,6	1,6-1,6 (0)		1	
Sociaal domein						
■ DJG	2,81	1,2	0,75-1,9 (1,2)		< 0,001	

BADL = basale algemene dagelijkse levensverrichtingen; DJG = De Jong-Gierveld Eenzaamheidsschaal; GDS-15 = Geriatric Depression Scale (15 items); IADL = instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen; MMSE=Mini-Mental State Examination; SD = standaarddeviatie.

* Berekend voor continue data.

† Geschat per SD achteruitgang in functioneren.

king, vitale ouderen, kwetsbare ouderen).

Uiteindelijk bleken naar het oordeel van de experts slechts 3 van de 29 onderwerpen nuttige screeningscondities te vormen [tabel 2], zie www.henw.org: screening op onvoldoende fysieke activiteit achtten zij zinvol voor alle leeftijdsgroepen en alle gezondheidsniveaus; screening op cardiovasculaire risicofactoren en op roken achtten zij zinvol voor ouderen in de algemene bevolking en voor vitale ouderen van 60-74 jaar.⁷ Bij 75-plussers achtte de expertgroep cardiovasculaire screening niet zinvol, omdat er voor deze groep geen passende risicotabel is (de risicotabel uit de NHG-Standaard gaat tot 70 jaar en de Framingham Risk Score is niet gevalideerd voor personen ouder dan 75 jaar).

Volgens het panel is er onvoldoende bewijs dat collectieve screening van kwetsbare ouderen de zelfredzaamheid van deze groep zal bevorderen. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen vanwege hun chronische ziekte(n) al reguliere zorg ontvangen, verwacht het panel dat het verbeteren van de individuele zorg meer winst zal opleveren dan een collectief screeningsprogramma.

CVRM BIJ OUDEREN

De voorspellende waarde van de klassieke cardiovasculaire risicofactoren neemt af met het stijgen van de leeftijd, en er is voor ouderen geen predictieregel of risicotabel beschikbaar. Maar er zijn misschien andere manieren om het cardiovasculaire risico bij ouderen te voorspellen. Eerder doorgemaakte

cardiovasculaire ziekten zijn een belangrijke determinant van het cardiovasculair risico: een cardiovasculaire voorgeschiedenis verhoogt sowieso het risico op een recidief, bij mensen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis is dat risico afhankelijk van risicofactoren. Hierop is het onderscheid tussen primaire en secundaire cardiovasculaire preventie bij mensen op middelbare leeftijd gebaseerd. Bij mensen van middelbare leeftijd met een cardiovasculaire aandoening hangt het risico op herhaling af van de ernst van de voorgeschiedenis. Of dit bij zeer oude mensen ook het geval is, is onderzocht door de prognose van ouderen met een milde of ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis te vergelijken met die van ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis. Als de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis het risico op cardiovasculaire ziekten betrouwbaar voorspelt, heeft de huisarts een eenvoudig instrument in handen om ouderen te selecteren die baat kunnen hebben bij secundaire preventieve interventies. Wij gingen dit na in een populatie zeer oude mensen: 570 deelnemers aan de Leiden 85-plus Studie. We bepaalden het cardiovasculair risico van drie groepen deelnemers: zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis (47%), met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis zoals angina pectoris, TIA, claudicatio intermittens en/of hartfalen (22%) en met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis zoals hartinfarct, beroerte en/of arteriële chirurgie (30%). Bij een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis was het risico op cardiovascu-

laire ziekte of mortaliteit vrijwel verdubbeld ten opzichte van een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis, en in de groep met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis was het cardiovasculaire risico 1,6 maal hoger dan in de groep zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis. Bovendien bleek een milde of ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis een versnelde achteruitgang van het cognitief en lichamelijk functioneren te voorspellen, alweer het meest uitgesproken in de groep met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis.⁸

Dit toont aan dat niet alleen predictie mogelijk is, maar dat ook cardiovasculaire preventie belangrijk blijft bij ouderen, zeker bij ouderen met een (ernstige) cardiovasculaire voorgeschiedenis. Wel zal men eerder rekening houden met bijwerkingen of schadelijke interacties van medicatie en de voor- en nadelen van preventieve interventies anders afwegen bij ouderen met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis. In deze groep is het risico op recidief immers kleiner dan in de groep met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis.

CONCLUSIE

Naarmate de vitaliteit van ouderen afneemt en hun kwetsbaarheid toeneemt, verschuift het doel van preventie naar het behoud van zelfredzaamheid en welzijn. Er is geen gouden standaard om de oudere bevolking in te delen naar kwetsbaarheid. Huisartsen hebben wel een gezamenlijk medisch concept van kwetsbaarheid, waarin zij somatische en psychologische kenmerken van hun oudere patiënten laten meewegen. Er is geen bewijs of consensus dat het zinvol zou zijn de groep kwetsbare ouderen te gaan screenen op allerlei factoren (met uitzondering van onvoldoende fysieke activiteit). Collectieve screening lijkt dan ook niet het juiste middel om de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen te vergroten. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen vanwege hun chronische ziekte(n) al reguliere zorg zullen ontvangen, lijkt het verbeteren van de individuele zorg meer winst te kunnen opleveren. Zolang huisartsen geen andere goede instrumenten ter beschikking staan om kwetsbare ouderen in hun praktijk

te selecteren, kunnen ze zich het best baseren op hun eigen inschatting.

Als huisartsen denken aan de preventie van ziekten bij ouderen, hebben zij vooral de nationale programma's voor kankerscreening en vaccinatie voor ogen, en daarnaast cardiovasculair risicomanagement. Dat laatste blijft tot op hoge leeftijd mogelijk, ook al zijn de traditionele risicofactoren niet meer bruikbaar. In de groep oudste ouderen hebben degenen met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis het hoogste risico op een nieuw cardiovasculair incident. Voor huisartsen die hun beleid op het gebied van secundaire cardiovasculaire preventie willen intensiveren, is het meewegen van de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis dus een eenvoudige methode om de groep met het hoogste risico op een nieuwe cardiovasculaire ziekte te selecteren. In deze groep valt de meeste winst te behalen met preventieve medicamenteuze behandeling. Voor de groep kwetsbare ouderen is verder onderzoek noodzakelijk naar het verbeteren van de individuele zorg om zelfredzaamheid te behouden. ■

LITERATUUR

- Schadé E, Cuijpers P, Dekker GW, Dekker J, Gussekloo J, Kempen GJM, et al. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009. Publicatienr. 2009/07.
- Green J, Thorogood N, editors. Qualitative methods for health research. 2nd ed. London: Sage, 2009.
- Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Miles MB, Huberman AM, editors. In qualitative researcher's companion. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
- Drewes YM, Koenen JM, De Ruijter W, Van Dijk-Van Dijk DJ, Van der Weele GM, Middelkoop BJ, et al. GPs' perspectives on preventive care for older people: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2012;62:e765-72.
- Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Stijnen T, Den Elzen WPJ, Gussekloo J. Variability in vulnerability assessment of older people by individual general practitioners: a cross-sectional study. *Plos One* 2014;9(11):e108666.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND, 2001.
- Drewes YM, Gussekloo J, Van der Meer V, Rigter H, Dekker JH, Goumans MJ, et al. Assessment of appropriateness of screening community-dwelling older people to prevent functional decline. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:42-50.
- Van Peet PG, Drewes YM, de Craen AJ, Westendorp RGJ, Gussekloo J, De Ruijter W. Prognostic value of cardiovascular disease status: the Leiden 85-plus study. *Age (Dordr)* 2013;35:1433-44.