

# Signalmenten

## Maak de Nederlandse gezondheidszorg gezond

Het klinkt tegenstrijdig: een zo gezond mogelijke bevolking kan alleen worden gegarandeerd als we weten welke zorg niet meer moet worden aangeboden. De zorgvraag neemt door de vergrijzing namelijk steeds meer toe, terwijl deze zorg door een steeds kleinere beroepsbevolking moet worden geleverd én moet worden betaald. Dit zorgt ervoor dat het steeds moeilijker wordt om de zorg betaalbaar te houden, concludeert mathematisch econoom *Joran Lokkerbol*, werkzaam bij het Trimbos-instituut, uit zijn promotieonderzoek. Lokkerbol onderzocht de kosteneffectieve zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hij keek daarbij naar het belang van kosteneffectieve zorg, de gangbare methoden om kosteneffectiviteit te verbeteren én naar nieuwe manieren om de kosteneffectiviteit te vergroten. De uitdagingen om een economisch duurzaam systeem te creëren zijn dan ook extra groot. Om de zorg economisch duurzaam te houden, kunnen we niet om de aanpak heen waarin we zorg afbouwen wanneer deze niet kosteneffectief is, zodat we ons geld kunnen steken in zorg die wél kosteneffectief is.

Een van de onderzoeken van Lokkerbol gaat over de impact van het toevoegen van preventieve online-interventies op de kosteneffectiviteit van het zorgsysteem voor depressie in Nederland. Interventies gericht op preventie zijn in het gebruikte model inderdaad meer kosteneffectief dan de huidige interventiemix. Gezondheidseconomisch modelleren is echter nog geen autopilot voor innovatie. Innovaties moeten bijvoorbeeld ook nog gepast, acceptabel en haalbaar zijn en gelijke toegang tot de gezondheidszorg verschaffen.

De resultaten van dit onderzoek zijn van belang voor iedereen die geïnteresseerd is in economisch duurzame zorg, zoals beleidsmakers, maar heeft ook gevolgen voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de manier waarop we onderzoek doen naar kosteneffectiviteit in de zorg.

Proefschrift *Rationalization of innovation: the role of health-economic evaluation in improving the efficiency of mental health care*, Vrije Universiteit Amsterdam, 6 mei 2015. Promotores waren prof. dr. H.F.E. Smit en prof. dr. W.J.M.J. Cuijpers.

## Onvervulde zorgbehoefte kan leiden tot chronische depressie bij ouderen

De ernst van een depressie bij ouderen blijkt samen te hangen met de onopgeloste problemen die deze ouderen ervaren. Hoe erger de depressie, hoe meer onopgeloste problemen. Ook blijken depressies, die wel behandeld worden maar niet verbeteren en dus een chronisch karakter krijgen, verband te houden met minder sociale steun, kleinere sociale netwerken en te leiden tot meer eenzaamheid. Dit concludeert verpleegkundig specialist GGZ *Wim Houtjes*, 57 jr, uit zijn promotieonderzoek gebaseerd op onder andere klinische studies en cohort-onderzoek binnen de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar onvervulde zorgbehoefte bij depressieve ouderen. Ook was er nog weinig aandacht voor de relatie tussen onopgeloste problemen en depressie. Wim Houtjes onderzocht hoe een depressie over langere tijd het vermogen van ouderen om sociale netwerken in stand te houden en sociale steun uit te wisselen kan beïnvloeden. En of het beloop van een depressie samenhangt met het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid.

Het blijkt dat de ernst van een depressie het sterkst geassocieerd is met onvervulde zorgbehoefte op psychologisch en sociaal gebied, bijvoorbeeld intieme relaties, gezelschap, dagactiviteiten. Waarschijnlijk is fysieke zorgbehoefte makkelijker bespreekbaar en op te lossen.

Uit de gegevens van het LASA-onderzoek blijkt dat depressies die wel behandeld worden maar niet verbeteren, verband lijken te houden met verminderde sociale steun en kleinere sociale netwerken in de loop van de tijd. Hierdoor ontstaat vervolgens weer een groter gevoel van eenzaamheid. Dit geldt vooral voor mannen en ouderen zonder partner. De huidige participatiesamenleving, die een groter beroep doet op informele zorgrelaties, kan dus juist voor hen ongunstig uitpakken, omdat het ontbreken van een wederkerig contact een deel van het probleem vormt. Systematisch zorgbehoefteonderzoek bij ouderen is van belang om vroegtijdig depressie en de onderhoudende factoren op te sporen. Vooral oudere mannen en ouderen zonder partner lopen risico en hebben steun nodig bij het behouden van sociale netwerken en het voorkomen van eenzaamheid.

Proefschrift *Needs of elderly people with late-life depression. Challenges for care improvement*, Vrije Universiteit Amsterdam, 3 juni 2015, 156 p, ISBN 978 94 6108 985 4. Promotores waren prof. dr. D.J.H. Deeg en prof. dr. A.T.F. Beekman.

### Kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg: een goed levenseinde?

Palliatieve zorg spitst zich toe op patiënten met een ongeneeslijke aandoening en hun familieleden. Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal mensen dat kampt met een chronische, uiteindelijk fatale aandoening toe, waardoor ook het aantal mensen met een behoefte aan palliatieve zorg stijgt. Palliatieve zorg is complexe zorg en impliceert een multidisciplinaire en holistische aanpak. Deze zorg richt zich niet alleen op optimale controle van fysieke symptomen, maar ook op zorgbehoeften van psychologische, sociale en spirituele aard. Na een update, waarmee het aantal kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg in Nederland van 142 naar 326 steeg, keek Internist i. o. *Maaïke De Roo*, 28 jr, voor haar promotieonderzoek vanuit internationaal perspectief naar de kwaliteit van de palliatieve zorg. Ze onderzocht indicatorscores uit België, Nederland, Italië en Spanje. Ze keek of de verschillen tussen deze landen gerelateerd waren aan verschillen in de verleende zorg en niet aan bijvoorbeeld patiëntpopulaties.

Maaïke De Roo ontdekte dat patiënten die palliatieve zorg van de huisarts ontvingen, vaker overleden waren op hun plaats van voorkeur en minder lang en vaak in het ziekenhuis lagen in hun laatste levensmaand. Dit werd vergeleken met patiënten die deze zorg niet van hun huisarts hadden gekregen. De verschillen in indicatorscores lijken daarnaast specifieke verschillen in de organisatie van (palliatieve) zorg te laten zien. Dan gaat het bijvoorbeeld om de rol van de huisarts. In Nederland hebben huisartsen grote verantwoordelijkheid, zowel in het algemeen als in de palliatieve zorg. Dit is mogelijk een van de redenen waarom ziekenhuisopnames in Nederland korter zijn en patiënten ook minder vaak worden opgenomen. Maaïke De Roo geeft aan dat het meten van kwaliteitsindicatoren slechts een eerste stap is voor kwaliteitsverbetering van de palliatieve zorg. De scores kunnen een signaal geven waar zorg nog beter kan. Vervolgens moeten zorgverleners zelf strategieën kiezen en uitvoeren om deze zorg te verbeteren.

Proefschrift *Quality indicators for palliative care from an international perspective*, Vrije Universiteit Amsterdam, 6 maart 2015, 242 p, ISBN 978 94 6108 896 3. Promotores waren prof. dr. A.L. Francke, prof. dr. J.H.J. Deliëns en prof. dr. N. Van Den Noortgate.

### Optimaliseren van de zorg voor dementiepatiënten

In onze samenleving waarin steeds meer mensen oud worden en dus meer mensen dementie krijgen is het belangrijk de zorg voor deze mensen te optimaliseren. Psycholoog/onderzoeker *Alexander Arons*, 31 jr, ontwikkelde een instrument dat kwaliteit van leven in een maat en getal uitdrukt. Het conceptuele model van het Dementia Quality of Life Instrument (DQLI) dat hij presenteert in zijn proefschrift laat een aantal theoretische relaties zien tussen de oordelen op kwaliteit van leven van mensen met dementie en de oordelen die hun mantelzorgers kunnen geven. De belangrijkste elementen in dit model zijn patiënt-gerapporteerde uitkomsten over kwaliteit van leven en de mantelzorger-gerapporteerde uitkomstmaten. Deze laatstgenoemde betreffen zowel de uitkomstmaten van de mantelzorger over de patiënt als de uitkomstmaten over zichzelf. Met behulp van DQLI kunnen verschillende interventies met elkaar worden vergeleken en kunnen de meest nuttige interventies worden bepaald. Zo brengt hij ook in kaart wat de vertekeningen zijn wanneer men mantelzorgers vraagt te rapporteren over de kwaliteit van leven van hun naasten en waar verschillen ontstaan met de antwoorden van mensen met dementie. Verder draagt zijn onderzoek bij aan de methodologische ontwikkelingen van het waarderen van gezondheidstoestanden. Hij bestudeerde verschillende modellen, vergeleek deze met elkaar en introduceerde nieuwe responstaken om een zo makkelijk mogelijke, maar toch juiste methode te identificeren. Dit alles brengt de wetenschap een stapje dichterbij in de juiste inrichting van goede dementiezorg.

Proefschrift *A contribution to dementia-related quality of life measurement*, Radboud Universiteit Nijmegen, 11 juli 2014, 191 p, ISBN 978 90 8209 554 8. Promotores waren prof. dr. G.J. van der Wilt en prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert.

### Vroegtijdig plannen van zorg in de laatste levensfase bij dementie is belangrijk

Voor 92% van de Nederlandse patiënten met dementie is het verpleeghuis (89%) of het verzorgingshuis (11%) de plaats van overlijden. Elke persoon die overlijdt in een instelling voor langdurige zorg heeft recht op een 'goed' levenseinde met 'goede' levenseindezorg. Over het optimaliseren van die zorg gaat het proefschrift van biomedisch wetenschapper *Mirjam van Soest-Poortvliet*, 35 jr, werkzaam bij het Expertisecentrum Palliatieve Zorg VUmc.

Het eerste deel ‘Het meten van de kwaliteit van levenseinzorg en kwaliteit van sterven bij dementia’ beschrijft de resultaten van een onderzoek naar de meest geschikte meetinstrumenten (vragenlijsten) om kwaliteit van levenseinzorg en van sterven te meten bij patiënten in instellingen. EOLD-SWC, EOLD-CAD en MSSE hadden de beste eigenschappen wat betreft validiteit, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid. Het gaat dan om End-of-Life in Dementia, Satisfaction with Care respectievelijk Comfort Assessment in Dying en Mini-Suffering State Examination.

Het tweede deel ‘Vroegtijdig plannen van zorg in de laatste levensfase en het vaststellen van een behandeldoel gericht op comfort bij patiënten met dementie’ gaat in op de timing en inhoud van *advance care planning* en factoren die daarmee samenhangen. Daarbij is gekeken naar het moment waarop een behandeldoel gericht wordt op comfort en de gevolgen hiervan voor de kwaliteit van levenseinzorg en kwaliteit van sterven.

Op basis van haar onderzoek beveelt zij instellingen aan structureel hun kwaliteit van levenseinzorg en van sterven te beoordelen met daarvoor geschikte meetinstrumenten en zo nodig stappen te zetten ter verbetering.

Wat betreft timing en planning van zorg in de laatste levensfase ligt het initiatief in principe bij de professionele zorgverleners. Een continue dialoog met patiënt en familie is belangrijk. *Advance care planning* is een proces, de conditie van de patiënt verandert over de tijd en wensen kunnen veranderen. Een behandeldoel gericht op comfort moet tenminste worden overwogen in de beleids gesprekken vanaf opname, omdat bijna alle patiënten met dementie die worden opgenomen in het verpleeghuis gevorderde dementie hebben.

Ter ondersteuning bij het vroegtijdig plannen van zorg ontwikkelde Mirjam van Soest de handreiking ‘Het plannen van zorg in de laatste levensfase bij dementie. Een handreiking voor zorgverleners om gezamenlijk behandeldoelen vast te stellen’. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het bepalen van de effecten van deze handreiking samen met andere hulpmiddelen zoals de familiebrochure ‘Zorg rond het levenseinde voor mensen met de ziekte van Alzheimer of andere vorm van dementie’ en de bijbehorende video voor familie.

Proefschrift *End of life with dementia in long-term care facilities. Measurement of quality and advance care planning*, Vrije Universiteit Amsterdam, 9 september 2015, 262 p, ISBN 978 94 6259 737 2. Promotoren waren prof. dr. H.C.W. de Vet en prof. dr. C.M.P.M. Hertogh.

### **Milde cognitieve problemen (MCI) zijn niet altijd een voorstadium van dementie**

De groep mensen met MCI is een zeer heterogene groep, met grote verschillen in de mate, patronen en beloop en de prognose, waarschijnlijk veroorzaakt door verschillen in onderliggende oorzaak van de MCI. Medisch psycholoog *Renske Hamel*, 28 jr, onderzocht het profiel en natuurlijk beloop van cognitieve achteruitgang in MCI en de invloed van comorbiditeit hierop. En de invloed van comorbiditeit op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Voor alle domeinen, behalve voor aandacht/snelheid, is er een duidelijk verschil in achteruitgang te zien tussen beide groepen. De achteruitgang in episodisch geheugen en globale cognitieve vermogens verloopt echter bijna twee keer zo snel bij degenen in het voorstadium van dementie. Hieruit kan worden geconcludeerd dat testen voor episodisch geheugen en globale cognitieve vermogens de belangrijkste instrumenten zijn voor een vroege detectie van dementie. Andere bevindingen zijn dat naast een vroege achteruitgang in geheugen ook achteruitgang in uitvoerende controlefuncties een indicator is voor het ontwikkelen van alzheimerdementie.

Slechte prestaties en achteruitgang op aandachts/snelheidstaken blijken niet indicatief voor het ontwikkelen van dementie. Prestaties op snelheidstaken zijn echter wel gerelateerd aan de ernst van iemands comorbiditeiten (cardiale, respiratoire, neurologische of endocriene problemen). Daarbij lijken de comorbiditeiten eerder een oorzaak van cognitieve achteruitgang en is er geen sprake van een versneld onderliggend neurodegeneratief proces. Renske Hamel pleit voor meer aandacht voor het vaststellen van comorbide aandoeningen in de differentiaaldiagnostiek bij cognitieve stoornissen, vooral wanneer er sprake is van achteruitgang op aandachts/snelheidstaken.

Wat betreft de kwaliteit van leven van mensen met MCI of subjectieve klachten, die zich melden op de geheugenpoli, blijkt deze vooral bepaald te worden door hun emotioneel functioneren en in het bijzonder door de aanwezigheid van depressieve symptomen.

Proefschrift *The course of mild cognitive impairment and the role of comorbidity*, Universiteit Maastricht, 3 juli 2015, 203 p, ISBN 978 94 6295 204 1. Promotor was prof. dr. F.R.J. Verhey.

## Hersenactiviteit en eiwitstapeling bij alzheimer

Ophoping van het eiwit amyloid- $\beta$  begint al vroeg in het ziekteproces van alzheimer (AD), heeft al een bepaald niveau bereikt bij de diagnose en stagnert daarna. Het is daarom niet verrassend dat de hoeveelheid amyloid- $\beta$  na de diagnose niet geassocieerd is met de afname in functionele connectiviteit (de samenwerking tussen hersengebieden) of de toenemende hersenatrofie bij AD-patiënten. Een samenhang tussen deze fenomenen is niet uitgesloten, maar is mogelijk alleen zichtbaar in het beginstadium van de ziekte. Hiervoor zullen gezonde ouderen, met aanwezigheid van amyloid-plaques in de hersenen, over de tijd moeten worden onderzocht. Het volgen van het glucosemetabolisme (afnemend energieverbruik, afnemende hersenactiviteit) geeft meer informatie over de daarop volgende progressie van de ziekte. Dit concludeert bewegings- en neurowetenschapper *Sofie Adriaanse*, 29 jr, uit haar promotieonderzoek, waarin zij beeldvormende technieken gebruikt om veranderingen in de hersenen te meten: moleculaire beeldvorming met behulp van Positron Emissie Tomografie (PET) en functionele connectiviteit gemeten met functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI). Sofie Adriaanse concludeert dat het analyseren en begrijpen van hersenactiviteit, in het bijzonder de samenwerking tussen hersengebieden op verschillende niveaus, ons kan helpen de onderliggende processen van AD en de bijbehorende veranderingen in cognitief functioneren te begrijpen. Functionele connectiviteit in early-onset AD patiënten (diagnose AD vóór de leeftijd van 65 jaar) blijkt namelijk veel sterker aangedaan dan in late-onset AD patiënten en dit is een mogelijke verklaring voor de uitgebreide(re) cognitieve problemen in early-onset patiënten. Er is geen samenhang met eiwit-ophopingen of neuronale schade. Voor het gebruik van functionele connectiviteit voor diagnostiek is het integreren van informatie van PET- en (f)MRI-scans veelbelovend.

Proefschrift *Integrating functional and molecular imaging in Alzheimer's disease*, Vrije Universiteit Amsterdam, 7 april 2015, 189 p, ISBN 978 94 6259 596 5. Promotores waren prof. dr. F. Barkhof en prof. dr. Ph. Scheltens.

## Vaccin beschermt tegen longontsteking bij ouderen

In een groot onderzoek onder bijna 85.000 mensen van 65 jaar en ouder, is aangetoond dat het pneumokokkenvaccin PCV13 effectief is in het voorkomen van longontsteking. Bij vaccinatie werd de kans op pneumokokkenlongontsteking, waartegen het vaccin beschermt, met ruim 45% verlaagd. Het risico op invasieve pneumokokkenziekten zoals hersenvliesontsteking of bloedvergiftiging, eveneens veroorzaakt door *Streptococcus pneumoniae*, nam af met 75%. Longarts i. o. *Susanne Huijts*, 33 jr, constateert dit in haar proefschrift, waarin ze eerst de diagnose van buiten het ziekenhuis of zorginstelling opgelopen pneumokokken-longontsteking bespreekt. Andere verwekkers van pneumonie oftewel longontsteking zijn onder andere *Legionella pneumophila* en respiratoire virussen.

Longontsteking komt veel voor bij mensen boven de 65 jaar en is wereldwijd een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Volgens het CBS werden in Nederland in 2012 per 10.000 personen ongeveer 50 mensen tussen de 65 en 80 jaar in het ziekenhuis opgenomen voor een longontsteking en meer dan 100 boven de 80 jaar. De meest voorkomende verwekker van longontsteking is de bacterie *Pneumococcus pneumoniae*.

Susanne Huijts test het 13-valent pneumokokken conjugaat vaccin PCV13 en constateert het bovenomschreven gunstige effect. Aangezien 13% van alle gevallen van longontsteking wordt veroorzaakt door een pneumokok waartegen het vaccin beschermt, is de conclusie dat ongeveer 5% van alle longontstekingen voorkomen zou kunnen worden.

Analyse van de kosteneffectiviteit van een vaccinatieprogramma laat zien dat vaccinatie van alle mensen boven de 65 jaar minder kosteneffectief is dan de vaccinatie van bepaalde groepen met een verhoogd risico op een pneumokokkeninfectie.

Proefschrift *Diagnosis and prevention of pneumococcal community-acquired pneumonia*, Universiteit Utrecht, 23 juni 2015, 291 p, ISBN 978 94 6299 113 2. Promotor was prof. dr. M.J.M. Bonten.