

University of Groningen

Promoting well-being in frail elderly people

Schuurmans, Johanna Engelberta Hendrika Maria

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Schuurmans, J. E. H. M. (2004). Promoting well-being in frail elderly people: theory and intervention. [S.l.]: [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

In dit proefschrift wordt onderzocht of het welbevinden van kwetsbare¹ oudere patiënten verbeterd kan worden door het vergroten van hun zelfmanagementvaardigheden (Self-Management Ability; SMA). Kwetsbare oudere mensen hebben interacterende verliezen geleden van directe bronnen in fysieke, sociale en psychologische domeinen van functioneren. Deze verliezen leiden tot een afnemende reservecapaciteit voor het omgaan met nieuwe verliezen. Hierdoor lopen kwetsbare ouderen een risico op een afname van welbevinden en niet-optimaal gebruik van de gezondheidszorg. Met de toenemende vergrijzing zal een steeds groter deel van de populatie een risico lopen op afname van welbevinden. In de studies beschreven in dit proefschrift wordt getracht door middel van een interventie dit risico op afname van welbevinden te verminderen. Welbevinden wordt beschouwd als het centrale criterium voor 'succesvol ouder worden'.

Om de negatieve gevolgen van *frailty* tegen te gaan of te verzachten werd een interventie ontworpen om de adaptieve vaardigheden te vergroten waarmee kwetsbare oudere mensen welbevinden tot stand brengen. Omdat er geen bestaande interventies bekend zijn die geheel geschikt leken om de negatieve gevolgen van *frailty* aan te pakken, werd een nieuwe interventie ontwikkeld op basis van de theorie van succesvol zelfmanagement van het ouder worden. Deze theorie specificeert welke proactieve processen aangegrepen moeten worden om de adaptieve capaciteit te verbeteren waarmee kwetsbare ouderen welbevinden kunnen realiseren. Deze proactieve processen zijn zelfmanagementvaardigheden, kortweg: SMA. De theorie van succesvol zelfmanagement van het ouder worden stelt dat SMA bestaat uit zes vaardigheden die gericht zijn op belangrijke dimensies van welbevinden. De zes centrale zelfmanagementvaardigheden zijn:

- *multifunctionaliteit* in hulpbronnen om welbevinden te realiseren (multifunctionele bronnen leveren tegelijkertijd fysiek en sociaal welbevinden op)
- *variëteit* in hulpbronnen
- *positief perspectief* (i.p.v. een verliesperspectief)
- *investeren* in hulpbronnen voor welbevinden
- *self-efficacy* ten aanzien van het omgaan met hulpbronnen voor welbevinden
- *initiatief nemen* ten aanzien van hulpbronnen voor welbevinden.

De belangrijke dimensies van welbevinden waarop deze vaardigheden gericht zijn, dragen bij aan fysiek en sociaal welbevinden en worden gespecificeerd door de theorie van sociale productiefuncties. De dimensies comfort en stimulatie dragen bij

1. Met kwetsbaar wordt bedoeld 'aan ouderdom gerelateerde kwetsbaarheid' (*frailty*).

aan het fysiek welbevinden, terwijl de dimensies affectie, gedragsbevestiging en status bijdragen aan het sociaal welbevinden. Fysiek en sociaal welbevinden samen leiden tot algemeen, of psychologisch, welbevinden. Zowel de hoofdvariabelen *frailty*, SMA en welbevinden als de voorspelde relaties tussen deze worden beschreven in hoofdstuk 1.

De hoofdvariabelen *frailty*, SMA en welbevinden worden in dit proefschrift op twee manieren onderzocht. Ten eerste worden de verwachte relaties tussen de hoofdvariabelen onderzocht in verschillende studies. Ten tweede worden de effecten onderzocht van een interventie die tot doel heeft SMA te vergroten, met als uiteindelijk doel het welbevinden van kwetsbare ouderen te verbeteren.

Deel 1: Het testen van de theorie van succesvol zelfmanagement van het ouder worden.

In deel 1 van het proefschrift wordt onderzocht hoe SMA geoperationaliseerd kan worden en hoe die ouderen die het meeste risico lopen op negatieve uitkomsten het beste kunnen worden geselecteerd. Daarnaast wordt onderzocht of de relaties tussen de hoofdconcepten inderdaad zo zijn zoals op basis van de theorie verwacht wordt. Hiervoor werden twee studies uitgevoerd: een cross-sectionele studie met een pilot steekproef van 275 mensen van 65 jaar en ouder die gerekruteerd waren via verschillende klinische en niet-klinische settings, en een longitudinale interventiestudie met een klinische steekproef van 99 matig tot ernstig kwetsbare mensen van 65 jaar en ouder. Daarnaast worden ook data gebruikt van een andere cross-sectionele studie met een random populatiesteekproef van 1338 mensen van 65 jaar en ouder. Deze steekproef kan worden gebruikt omdat de studie dezelfde meetschalen gebruikte.

Het meten van SMA

In hoofdstuk 2 wordt aangetoond dat het algemene concept SMA valide en betrouwbaar gemeten kan worden bij mensen van 65 jaar en ouder met behulp van de Self-Management Ability Scale (SMAS-30). De analyses laten één goed passend model zien, dat de zes vaardigheden en vijf welbevindendimensies meet die zijn gebruikt om de schaal te construeren. De verschillende subschalen laten een profiel van onderling gerelateerde vaardigheden zien. De bevindingen zijn robuust over twee studies. Bewijs voor de validiteit van de SMAS-30 wordt gegeven door significante relaties met deels overlappende constructen (*mastery* en algemene *self-efficacy*) en door de unieke voorspellende waarde die de SMAS-30 voor positief welbevinden heeft. Omdat de subschalen onderling gerelateerd zijn en alle bijdragen aan het algemene concept SMA, moeten ze bij voorkeur op een multivariate manier worden geanalyseerd. In dit proefschrift wordt slechts op exploratieve wijze gekeken naar de verschillende subschalen.

Frailty en leeftijd

Een terugkerend probleem binnen de geriatrie is hoe die ouderen te selecteren die baat zouden kunnen hebben bij geriatrische interventies. Het is met name moeilijk een goed en snel selectiecriteria te vinden voor die ouderen die niet de standaard behandeling noch palliatieve zorg nodig hebben en die baat zouden kunnen hebben bij op maat gemaakte medische of psychosociale interventies die leiden tot een hogere kwaliteit van leven. Hoofdstuk 3 laat zien dat *frailty* een beter selectiecriteria is dan chronologische leeftijd wanneer het gaat om het identificeren van die ouderen die het meeste risico lopen op negatieve uitkomsten. Chronologische leeftijd kan gezien worden als een proxy voor *frailty*. De reservecapaciteit van bronnen die mensen hebben in verschillende domeinen van functioneren neemt veelal af ten gevolge van veroudering. Dit proces verloopt echter niet hetzelfde voor alle ouderen, wat aangeeft dat de chronologische leeftijd alleen niet maatgevend is. *Frailty* en chronologische leeftijd zijn twee verschillende entiteiten. Wanneer chronologische leeftijd gebruikt wordt in de populatiesteekproef worden zowel te veel als te weinig mensen geselecteerd. Bovendien is *frailty* in deze steekproef sterker gerelateerd aan lage zelfmanagementvaardigheden dan leeftijd. Het gebruik van het concept *frailty* om ouderen te selecteren die baat kunnen hebben bij een geriatrische interventie of behandeling zou daarom een grote verbetering kunnen zijn in vergelijking met selectie op basis van leeftijd, zoals veelvuldig gebeurt. Hoofdstuk 5 geeft aanvullend bewijs voor deze bevindingen. *Frailty* en leeftijd hebben een verschillende voorspellende waarde voor dimensies van welbevinden. Leeftijd beïnvloedt alleen de positieve dimensie van welbevinden (algemeen welbevinden) in de klinische steekproef, en niet de negatieve dimensie (psychische klachten). *Frailty* daarentegen heeft een sterkere invloed op de negatieve dimensie dan op de positieve dimensie.

Relaties met welbevinden

De hoofdstukken 4 en 5 laten zien dat *frailty*, SMA en welbevinden in alle steekproeven zijn gerelateerd op de manier zoals voorspeld door de theorie. Er is een wederkerige relatie tussen SMA en *frailty*: een hogere mate van *frailty* is gerelateerd aan een lager niveau van zelfmanagementvaardigheden, en *vice versa*. Een afname van directe hulpbronnen (*frailty*) kan leiden tot een afname van adaptieve bronnen (SMA), maar een toename van adaptieve bronnen kan ook leiden tot een toename van directe bronnen. In alle steekproeven wordt gevonden dat het verlies van directe bronnen (*frailty*) gerelateerd is aan een lager niveau van sommige aspecten van welbevinden, terwijl de adaptieve bronnen (SMA) gerelateerd zijn aan hogere niveaus van welbevinden. Deze relaties lijken additief. De relaties van SMA met positieve indicatoren van welbevinden zijn sterker dan de relaties met negatieve indicatoren van welbevinden, terwijl de relaties van *frailty* met negatieve indicatoren van welbevinden sterker zijn dan die met positieve indicatoren. De relatie van adaptieve bronnen met welbevinden is niet alleen indirect via invloed op *frailty*, maar ook rechtstreeks. Anderzijds hebben directe bronnen niet alleen een directe relatie met welbevinden, maar ook indirect via hun relatie met adaptieve bronnen. Hoofdstuk 5 laat zien dat deze relaties ook blijven bestaan over een tijdsinterval in een groep matig tot ernstig kwetsbare ouderen. SMA beïnvloedt algemeen welbevinden (positief welbevinden)

sterk en rechtstreeks, terwijl het psychische klachten slechts indirect doet afnemen. In tegenstelling tot SMA leidt *frailty* juist rechtstreeks tot meer psychische klachten en leidt het slechts indirect tot een afname van algemeen welbevinden. De positieve bijdrage van SMA aan algemeen welbevinden blijft bestaan bij een toenemende mate van *frailty*. Dit impliceert dat het ook bij een hoge mate van *frailty* zinvol kan zijn om interventies uit te voeren die SMA verhogen, met als uiteindelijk doel om welbevinden te verhogen.

Naast deze hoofdvariabelen wordt in hoofdstuk 5 nog een drietal andere variabelen onderzocht, te weten *mastery*, verliesperspectief en neuroticisme. Van deze variabelen wordt verwacht dat ze zowel welbevinden als de relaties tussen *frailty*, SMA en welbevinden beïnvloeden. Hoofdstuk 5 laat zien dat zowel *mastery* als verliesperspectief invloed op welbevinden hebben die vergelijkbaar is met de invloed van SMA. Een groter gevoel van *mastery* heeft een rechtstreekse positieve invloed op algemeen welbevinden. Daarnaast blijkt het positieve effect van *mastery* op welbevinden af te nemen met een toenemende mate van *frailty*. Voor algemeen welbevinden is het verder van belang hoe mensen de verliezen (*frailty*) interpreteren. Hoe sterker het verliesperspectief, hoe lager het algemeen welbevinden. Het persoonlijkheidskenmerk neuroticisme is een sterke en directe risicofactor voor zowel een afname van algemeen welbevinden als een toename van psychische klachten. Deze invloed blijkt niet af te hangen van de mate van *frailty*. Neuroticisme blijkt een additieve risicofactor voor welbevinden te zijn, naast *frailty*.

De resultaten uit de hoofdstukken 4 en 5 laten zien dat het van groot belang is welke dimensie van welbevinden wordt onderzocht. Het merendeel van onze variabelen kan positief welbevinden bij matig tot ernstig kwetsbare ouderen goed voorspellen. Aanvullende theorievorming is echter nodig om relevante voorspellers voor negatief welbevinden te specificeren.

Deel 2: Het ontwerpen en uittesten van een interventie om SMA en welbevinden van kwetsbare ouderen te verhogen

In deel 2 van het proefschrift komt de hoofdvraag van het proefschrift aan bod, namelijk of de interventie het welbevinden van matig tot ernstig kwetsbare ouderen kan verbeteren door het vergroten van hun SMA. Om deze vraag te beantwoorden werd een klinische steekproef van matig tot ernstig kwetsbare oudere patiënten bestudeerd, die was geworven via de afdeling interne geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen en via een huisartspraktijk. In hoofdstuk 6 worden de werving van de patiënten voor de interventiestudie en de belangrijkste karakteristieken van de steekproef beschreven, alsmede het design van de studie en de gebruikte meetinstrumenten. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk een uitvoerige beschrijving gegeven van de interventie. De SMA interventie werd getest in een gerandomiseerd pre-test post-test design met twee nametingen (direct na de interventie, en na 4 maanden).

Effecten van de SMA interventie

In hoofdstuk 7 worden de effecten van de SMA interventie op algemene SMA, afzonderlijke zelfmanagementvaardigheden en welbevinden onderzocht. De populaties worden apart geanalyseerd, omdat de verschillen tussen de populaties waaruit de patiënten geworven waren de resultaten van de interventie vertekenen. Bij ziekenhuispatiënten blijkt de interventie de verwachte effecten te hebben. De interventie leidt op korte (direct na de interventie) en op langere termijn (4 maanden na de interventie) tot een toename van algemene SMA. Daarnaast heeft de interventie ook effect op de afzonderlijke zelfmanagementvaardigheden. De vaardigheden 'initiatief nemen' en 'variëteit' worden het meest vergroot door de interventie. De vaardigheid 'multifunctionaliteit' wordt helemaal niet beïnvloed. De interventie leidt tot een verhoging van algemeen welbevinden, zowel op de korte als op de langere termijn. Het lijkt er tevens op dat de interventie leidt tot een afname van psychische klachten, zowel op de korte als op de lange termijn. De toename van welbevinden lijkt veroorzaakt door een toename van SMA, maar vanwege de kleine groepsgrootte kan dit effect niet strikt getoetst worden. De interventie heeft meer invloed op algemeen welbevinden dan op psychische klachten. De effecten van de interventie op SMA en met name op welbevinden zijn klinisch relevant volgens het criterium van een verandering van minimaal één '*standard error of measurement*' (SEM). Bij de huisartspatiënten heeft de interventie geen duidelijke effecten.

In overeenstemming met bestaande interventiestudies die zich richten op gerelateerde thema's worden in dit proefschrift zowel adaptieve vaardigheden als welbevinden verbeterd. In tegenstelling tot veel bestaande interventies richten we ons hierbij op *kwetsbare* ouderen, dat wil zeggen op mensen die een mix van complexe en interacterende problemen hebben, en niet op één specifieke aandoening. Deze diverse groep blijkt baat te hebben bij een algemene interventie die zich niet richt op de consequenties van specifieke ziektes, maar op de algemene capaciteit van ouderen om welbevinden te realiseren. De theorie van succesvol zelfmanagement van het ouder worden blijkt een vruchtbare basis voor het ontwerpen van de interventie en het aanpakken van het probleem van afnemend welbevinden bij kwetsbare ouderen. De interventie die op basis van deze theorie ontworpen is, is een waardevolle aanvulling op de bestaande gezondheidszorg. Het theoretische onderscheid dat de theorie maakt tussen directe hulpbronnen voor welbevinden en adaptieve hulpbronnen (zelfmanagementvaardigheden) geeft goede en effectieve richtlijnen voor interventies voor kwetsbare ouderen. Daarnaast geeft de systematische gerichtheid van SMA op belangrijke dimensies van welbevinden concrete richtlijnen hoe 'succesvoller ouder te worden'.

Omdat het SMA concept nog relatief nieuw is, wordt ook een gerelateerd, maar bekender concept onderzocht: *mastery*. De interventie heeft geen effect op *mastery*. De SMA interventie lijkt beter in staat om specifieke gedragingen gericht op welbevinden, zoals SMA, te verhogen dan een algemene capaciteit te verhogen, zoals *mastery*. Dit ligt voor de hand, aangezien de interventie specifiek inzoomt op SMA. Er is onvoldoende bewijs om te concluderen dat verliesperspectief en neuroticisme de effecten van de interventie op SMA modificeerden. Er zijn wel indicaties dat het niveau

van *frailty* belangrijk is voor de effectiviteit van de interventie. De interventie lijkt het beste te werken bij patiënten met een duidelijk verhoogd niveau van *frailty* (GFI > 4), met name wanneer het huisartspatiënten betreft. De afwezigheid van duidelijke effecten van de interventie bij huisartspatiënten lijkt met name te wijten te zijn aan hun motivatie om deel te nemen. De motivatie was vooral extrinsiek (door de huisarts), wat weinig bereidheid tot verandering ten gevolge had. Dit gebrek aan intrinsieke motivatie zou ook deels veroorzaakt kunnen worden door het lage niveau van *frailty* van een groot deel van de huisartspatiënten.

Procesevaluatie van de interventie

In hoofdstuk 8 worden de ervaringen van de patiënten en de trainers met de huisbezoeken beschreven. Er worden casussen gepresenteerd van patiënten bij wie de huisbezoeken verschillende effecten hebben gehad. Er bestaan positieve relaties tussen de evaluatie van de patiënten en de scores op de uitkomstmaten. De huisbezoeken lijken het beste te werken wanneer patiënten intrinsiek gemotiveerd zijn, een GFI-score boven de 5 hebben, niet te zeer beperkt worden door ziekte, enigszins kunnen reflecteren over hun mogelijkheden en beperkingen, bereid zijn hun manier van leven (deels) te veranderen, en niet geheel beperkt zijn in hun mobiliteit. Op basis van deze bevindingen wordt een profiel van 'de ideale patiënt' voor de huisbezoeken geformuleerd en worden aanbevelingen voor de selectie van patiënten gedaan. Ook wordt een profiel van de 'ideale trainer' gegeven en worden enkele aanbevelingen voor aanpassingen aan de huisbezoeken gedaan. De huisbezoeken zouden dusdanig hergestructureerd moeten worden dat patiënten alleen die modules krijgen aangeboden die ze ook echt nodig hebben. Ook zouden enkele thema's veranderd moeten worden en zou het goed zijn veel van de oefeningen te verwijderen.

De SMA interventie kan geïmplementeerd worden in de transmurale zorg voor kwetsbare oudere ziekenhuispatiënten. De interventie kan uitgevoerd worden door *nurse practitioners*, die de interventie zouden kunnen integreren in hun huidige praktijk. De effectiviteit van de interventie kan verhoogd worden door het herstructureren van de interventie en het aanpassen van de selectie van patiënten.