

Is systematische screening van ouderen door de huisarts zinvol?

JUST EEKHOF

Inleiding

Door de toenemende vergrijzing van de bevolking wordt ook steeds meer een beroep op de gezondheidszorg gedaan. Deze situatie leidt tot de vraag of systematische preventieve zorg ertoe kan bijdragen de gezondheid van ouderen te optimaliseren. De vraag of screening van ouderen zinvol is in de huisartspraktijk, is niet nieuw. Fuldauer deed in 1966 als eerste in Nederland preventief periodiek geneeskundig onderzoek bij de ouderen in de huisartspraktijken deed in 1973 verslag van een vervolgstudie.^{1,2} Fuldauer richtte zich in zijn onderzoek op ziekten zoals decompensatio cordis, diabetes, maligniteiten en urineweginfecties. Hij kwam tot de conclusie dat periodiek geneeskundig onderzoek bij ouderen door de huisarts niet op adequate wijze kan worden verricht. In de afgelopen decennia is duidelijk geworden dat screening van ouderen op de aanwezigheid van ziekten (met behulp van laboratoriumtesten, ECG's, enzovoort) niet leidt tot vermindering van morbiditeit en mortaliteit of een beter gebruik van behandelingsmogelijkheden.³

De zelfstandigheid van ouderen wordt in belangrijke mate beïnvloed door de typische functionele aandoeningen tengevolge van veroudering, zoals slechthorendheid en incontinentie. Screening gevolgd door interventie bij deze verouderingsaandoeningen zou kunnen leiden tot het langer behouden van de zelfstandigheid van ouderen. Mogelijk zou opsporing van deze verouderingsaandoeningen wel leiden tot gezondheidswinst.⁴ In Engeland heeft deze gedachte geleid tot verplichte screening van ouderen door de huisarts op functionele aandoeningen. In 1994, toen dit onderzoek begon, was het nog niet bekend of screening gevolgd door interventie bij functionele aandoeningen (zoals slechthorendheid, incontinentie) wel tot gezondheidswinst zou leiden.

Dit artikel beantwoordt aan de hand van literatuur en van resultaten van eigen onderzoek de volgende vragen:

- Is systematische screening van ouderen in de huisartspraktijk effectief?

Samenvatting

Eekhof JAH. Is systematische screening van ouderen door de huisarts zinvol? Huisarts Wet 2001;9:390-3.

Met het ouder worden neemt de kans op het krijgen van aandoeningen en beperkingen toe. Het zou zeer gunstig zijn wanneer met periodiek geneeskundig onderzoek deze aandoeningen en beperkingen vroegtijdig worden opgespoord om het verdere beloop in positieve zin te kunnen beïnvloeden. Aan de hand van literatuur en van uitkomsten van eigen onderzoek wordt ingaan op de aandoeningen die voor screening in aanmerking komen en wordt aandacht besteed aan de mogelijke rol van de praktijkverpleegkundige. Systematische screening-programma's gericht op de volledige populatie ouderen in de huisartspraktijk worden niet geadviseerd. Ook van systematische preventieve huisbezoeken van ouderen door een praktijkverpleegkundige is de effectiviteit niet aangetoond. Het enige preventieve programma bij ouderen waarvan mogelijk wel effect is te verwachten, is een programma gericht op het verminderen van vallen. Op basis van de beschikbare gegevens is er geen reden om aan te nemen dat screening op verouderingsaandoeningen aanvullende waarde heeft naast de reguliere zorg van de huisarts aan ouderen.

dr. J.A.H. Eekhof, huisarts Gezondheidscentrum Stevenshof te Leiden en staf lid afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
Correspondentieadres: Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.
E-mail: J.A.H.Eekhof@LUMC.nl

- Is de huisartspraktijk de juiste context om systematische screening van ouderen uit te voeren?

Effectiviteit van screening

Bij de voorbereiding van mijn onderzoek (in 1994) werd in Medline gezocht naar artikelen waarin verslag werd gedaan van onderzoek naar het effect van screening en interventie in de huisartspraktijk op de gezondheidstoestand van ouderen. Via de sneeuwbal methode werden de referenties uit de gevonden artikelen nagelopen.⁵ Met deze strategie werden acht onderzoeken gevonden naar het effect van screening en interventie in de setting van de huisartspraktijk op de gezondheidstoestand van ouderen.⁶⁻¹³ Voor de periode 1994 tot 2001 werd op dezelfde wijze de literatuur nagezocht en werden vier artikelen geselecteerd.¹⁴⁻¹⁷

De conclusies van de onderzoeken waarin het effect van systematische screening van ouderen door de huisarts wordt onderzocht, zijn niet eensluidend.⁶⁻¹² Een overeenkomst van de onderzoeken is dat bij ouderen veel aandoeningen en een diversiteit aan problemen kunnen worden opgespoord. De overige bevindingen in de onderzoeken zijn zeer wisselend: op effectmaten als sterfte en duur van ziekenhuisopname wordt in het ene onderzoek wél, en in het andere onderzoek geen effect gevonden. In een meta-analyse van Stuck uit 1993 naar het effect van systematische screening van ouderen waren de opgenomen onderzoeken in verschillende types onderverdeeld.¹³ In situaties vergelijkbaar met de huisartspraktijk (*home assessment service* en *out-patient assessment service*) werd geen effect gevonden op het voorkomen van functionele aandoeningen. Wel werd bij *home assessment service* 14% reductie van sterfte gevonden (in drie jaar) en een positief effect op het langer thuis kunnen blijven wonen. De conclusie van de meta-analyse is dat programma's effectiever zijn wanneer interventies intensief worden begeleid en de begeleiding gedurende langere tijd wordt voortgezet.

In een aantal onderzoeken (met name in de Verenigde Staten) werd effect gevonden van screening van ouderen in de thuissituatie op functionele aandoeningen.¹⁴⁻¹⁶ In deze onderzoeken werden de

screening en interventies niet door huisartsen, maar door speciale teams vanuit het ziekenhuis uitgevoerd. Door de andere organisatie van de gezondheidszorg laten de uitkomsten van deze onderzoeken zich zeer slecht vertalen naar de zorg zoals die in Nederland door de huisarts wordt geleverd.

Het nieuwe contract in de National Health Service verplichtte Engelse huisartsen in 1990 alle mensen van 75 jaar en ouder in hun praktijk jaarlijks op gezondheid (waaronder ook de verouderingsaandoeningen) te screenen. Bij de evaluatie in 1997 blijkt dat een jaarlijkse screening door de huisarts van alle ouderen in zijn praktijk niet kosteneffectief is en niet leidt tot de gewenste gezondheidswinst.¹⁷

In een eigen literatuuronderzoek werd gevonden dat voor visus- en gehoorstoornissen, urine-incontinentie en verminderde mobiliteit het theoretisch mogelijk is gezondheidswinst te behalen met screening gevolgd door interventie.¹⁸ In twaalf huisartspraktijken werd een screeningsprogramma (gevolgd door interventie) gericht op deze vier aandoeningen uitgevoerd. Het onderzoek had als uitkomst dat voor geen van de vier aandoeningen een statistisch significant effect van de screening gevolgd door interventie werd gevonden. Dit gold zowel voor de vergelijking van de uitkomsten van het tweede jaar van de interventiegroep met de uitkomsten van het eerste jaar van de interventiegroep als met de uitkomsten van de controlegroep. Screening gevolgd door interventie in een huisartspraktijk op de vier veel voorkomende verouderingsaandoeningen leidt dus niet tot verbetering van de gezondheidstoestand.¹⁹

Screening in de huisartspraktijk?

Welke zorg wordt door de huisarts aan ouderen geleverd? Op dit moment is 13,5% van de bevolking 65 jaar of ouder, naar verwachting zal dit in 2010 14,9% zijn. De huidige levensverwachting bij de geboorte is voor mannen 75,3 jaar en bij vrouwen 80,6 jaar. De levensverwachting

De kern

- Met screening gevolgd door interventies in de huisartspraktijk is het niet mogelijk het beloop van ziekten (zoals diabetes of maligniteiten) te beïnvloeden.
- Bij ouderen wordt het kunnen behouden van het zelfstandig functioneren in belangrijke mate beïnvloed door functionele aandoeningen zoals slechthorendheid, visusstoornissen, incontinentie en mobiliteitsstoornissen. Screening gevolgd door interventie bij de veelvoorkomende verouderingsaandoeningen slechthorendheid, visusstoornissen, incontinentie en mobiliteitsstoornissen leidt niet tot gezondheidswinst.

in 2010 is voor mannen 76,6 jaar en voor vrouwen 81,1 jaar.²⁰ De gemiddelde contactfrequentie per jaar is 3,9; bij patiënten van 75 jaar en ouder is dat zes.²¹ Gemiddeld hebben ouderen 1,6 maal zoveel episoden en 1,5 maal zoveel consulten per jaar.²² Dit komt niet doordat ouderen voor gewone klachten (zoals keelpijn, hoesten, benauwdheid) vaker naar de huisarts gaan dan andere leeftijdsgroepen, maar doordat (chronische) ziekten en aandoeningen bij hen vaker voorkomen.²³

Door het frequente contact van de huisarts met de ouderen in zijn praktijk zou *casefinding* - het aansluitend aan een consult of visite afnemen van een vragenlijst en testen - een aantrekkelijke vorm zijn om ouderen te screenen. Uit eigen onderzoek bleek dat 79% (576/732) van de ingeschreven patiënten van 75 jaar en ouder op deze manier kan worden bereikt.¹⁹

Wij hebben aan het eind van de screeningsperiode bij de twaalf aan het screeningsprogramma deelnemende huisartsen geïnventariseerd hoe de uitvoering van de screening in de praktijk was verlopen. De

conclusie was dat uitvoering van een preventieve screening door middel van *casefinding*, aangevuld door het oproepen van de 'gemiste' ouderen, in de huisartspraktijk in de huidige situatie niet haalbaar is. De belangrijkste knelpunten waren: de tijd die voor de uitvoering van de screening nodig is; logistieke problemen in de praktijken (solo huisartspraktijk, beperkte ruimte) en de hoeveelheid assistentie per huisarts. Huisartsen vinden *casefinding* als methode van screening niet goed in te passen in de gewone dagelijkse activiteiten.²⁴

Bij een toenemende belangstelling voor praktijkverpleegkundigen rijst de vraag of die effectief zijn bij het verbeteren van de gezondheid van ouderen. In een recente review werden vijftien onderzoeken ingesloten. Preventieve huisbezoeken door verpleegkundigen hadden geen effect op psychosociaal en lichamelijk functioneren, ziekenhuisopnames en mortaliteit van thuiswonende ouderen.²⁵

Beschouwing

De gedachte dat met een periodiek geneeskundig onderzoek van alle ouderen gezondheidswinst is te behalen, is heel aantrekkelijk. Hoewel het theoretisch mogelijk leek bij zeer frequent voorkomende verouderingsaandoeningen winst te behalen, blijkt de praktijk echter weerbarstig. Door ouderen op verouderingsaandoeningen te screenen worden veel (nog) niet bekende aandoeningen opgespoord. Als bij de opgespoorde aandoeningen wordt gehandeld zoals bij patiënten die met de aandoening, gepresenteerd als klacht, op het spreekuur komen, wordt er slechts bij een klein aantal gevallen verbetering bereikt. Hierbij wegen de baten niet tegen de kosten op. De conclusie is dan ook dat systematische screening op veelvoorkomende verouderingsaandoeningen in de huisartspraktijk van alle mensen van 75 jaar en ouder niet doelmatig is. Ook de effectiviteit van systematische preventieve huisbezoeken van ouderen door praktijkverpleegkundigen is niet aangetoond.²⁵

Uitkomst onderzoek naar effectiviteit screening ouderen op verouderingsaandoeningen

(eigen onderzoek)

De twaalf praktijken werden gestratificeerd (stads/plattelands-praktijk, praktijkvorm, leeftijd, geslacht en het aantal jaren werkzaam als huisarts) zodat er vergelijkbare paren ontstonden. Binnen elk paar werden de praktijken op basis van het lot ingedeeld in interventie- en controlepraktijken. Alle mensen van 75 jaar en ouder (ruim 1000) uit deze praktijken werden gescreend op de vier genoemde klachten en aandoeningen met behulp van een korte vragenlijst en een aantal testen (fluisterspraaktest, visusmeting en mobiliteitstest). In de onderzoeksgroep werd een screening uitgevoerd aan het begin van het onderzoek (voormeting, 576 ouderen, 37% mannen) en werd de screening herhaald na een jaar (nameting, 483 ouderen). In de controlegroep (545 ouderen, 32% mannen) werd alleen een nameting uitgevoerd, omdat het ethisch niet

verantwoord (en ook niet uitvoerbaar) werd gevonden om ouderen te screenen op aandoeningen zonder dat dit (bij gevonden afwijkingen) tot interventies mocht leiden. Wanneer in de interventiegroep een nieuwe stoornis werd gevonden, werd na overleg tussen huisarts en patiënt een interventie ondernomen. Interventies bestonden uit de zorg die de huisarts zou hebben geboden als de patiënt met de aandoening, gepresenteerd als klacht, op het spreekuur was gekomen (inclusief verrichtingen en verwijzingen). In het eerste jaar werden bij de 576 ouderen in de onderzoeksgroep in totaal 1013 stoornissen gevonden. De huisartsen beoordeelden dit in 293 gevallen als nieuwe informatie; in 245 gevallen werd deze met de patiënt besproken. In 110 gevallen was ook de patiënt overtuigd van de noodzaak van een interventie.

Van 95 gevallen werd ook in het tweede jaar informatie verkregen. In de tabel is het beloop weergegeven van de gevallen waarbij huisarts en patiënt overeenkwamen dat een interventie nodig was. Van de 95 besproken interventies werden er 38 in de huisartspraktijk zelf afgehandeld. Bij de overige 57 gevallen vond een verwijzing plaats naar een KNO-arts of oogarts. Bij 23 van de 57 verwijzingen bleek na een jaar tijd dat de oudere niet (zoals besproken) naar de specialist was gegaan. Bij 28 van de overige 34 gevallen is in de tweede lijn een interventie uitgevoerd (waarvan twee nog op de wachtlijst stonden) en in 6 gevallen kon door de KNO-arts of oogarts de indicatie voor een interventie niet worden bevestigd. Bij de totaal 95 besproken interventies kon in 19 gevallen in het tweede jaar een verbetering worden vastgesteld (zie tabel).

Tabel Aangeboden interventies en de uitkomst interventies

Aandoening	Aantal aangeboden en met patiënt besproken interventies	Aantal daadwerkelijk uitgevoerde interventies	Aantal gevallen verbeterd in het tweede jaar	
Gehoorstoornissen	verwijzing KNO-arts/ audicien	36	nieuw hoortoestel 7	3
		16	hoortoestel vervangen 12	5
	cerumen verwijderen	5	geen indicatie hoortoestel 3	0
		5	niet bij KNO-arts geweest 14	0
overig	5	cerumen verwijderd 16	4	
	5		2	
Visusstoornissen	verwijzingen naar oogarts/opticien	21	cataractoperatie 5	1
		21	wachtlijst cataractoperatie 2	0
		21	nieuwe bril 2	0
	overig	9	geen indicatie therapie 3	1
9		niet bij oogarts/opticien geweest 9	1	
Urine-incontinentie	incontinentiemateriaal besproken	6	incontinentiemateriaal gekregen 6	2
Mobiliteitstoornissen	loophulpmiddelen besproken	2	loophulpmiddel gekregen 2	0

Het is mogelijk dat een preventief programma wel effectief is bij geselecteerde groepen ouderen (met een hoog risico), waarbij de screening moet beginnen op jongere leeftijd en meer gericht is op de behoefte van de patiënt. Of screening bij deze geselecteerde groepen wel effectief is, moet nog verder worden onderzocht. De ouderen die een verhoogd risico hebben op verminderd geestelijk, sociaal en lichamelijk functioneren zijn vooral te vinden onder hen die net verhuisd zijn, uit het ziekenhuis ontslagen of door hun partner verlaten zijn, alsmede onder de alleroudsten.²⁶ Het enige preventieve programma bij ouderen waarvan aangetoond is dat er wél effect is te verwachten, is een programma gericht op het verminderen van vallen.²⁷

Wat de zorg aan ouderen betreft doet de huisarts er goed aan, net als voorheen, bij de individuele oudere die op het spreekuur komt en bij wie bijvoorbeeld opvalt dat het gehoor slecht is, de slechthorendheid ter sprake te brengen. De patiënt zal hier immers niet snel zelf mee op het spreekuur komen. De oudere zal zelf met de juiste informatie moeten besluiten óf, en zo ja wat, hij aan het probleem wil doen. Er is echter geen enkele onderbouwing om alle ouderen in de huisartspraktijk systematisch aan een preventief onderzoek op verouderingsaandoeningen te onderwerpen.

Literatuur

- Fuldauer A. Huisarts en bejaardenonderzoek. *Huisarts Wet* 1968;11:99-102.
- Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk; studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1973;16:135-47.
- Olsen DM, Kane RL, Protor PH. Controlled trial of multiphasic screening. *N Engl J Med* 1976;294:925-30.
- Buckley EG, Williamson J. What kind of "health checks" for older people. *BMJ* 1988; 296:1144-5.
- Eekhof JAH. Systematic screening of the elderly in general practice for common disabilities. Hearing and visual disorders, urinary incontinence and mobility disorders [Dissertatie]. Leiden: Universiteit Leiden, 1999.
- Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J Royal Coll Gen Practitioners* 1979;29:733-42.
- McEwan RT, Davison N, Forster DP, Pearson P, Stirling E. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Practice* 1990;40:90-7.
- Pathy J, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992; 340:890-3.
- Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial. *BMJ* 1984;288:369-72.
- Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *BMJ* 1990;300:1253-6.
- Hendriksen C, Lund E, Strømgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984;2:1522-4.
- Rossum E van, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993;307:27-32.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
- Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New Eng Med J* 1995;333(18):1184-9.
- Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schierf G. A randomized trail of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999;28 (6):543-50.
- Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000;160(7):977-86.
- Iliffe S, Gould MM, Wallace P. Evaluation of the 75 and over Health Checks. Report to the NHS Executive. London. Department of Primary Care and Population Sciences, University College London Medical School and Royal Free Hospital School of Medicine, 1997.
- Eekhof JAH, De Bock GH, Schaapveld K, Perenboom RJM, Springer MP. Mogelijke rol voor de huisarts bij het terugdringen van de beperkingen door verouderingsaandoeningen: gehoor- en visusstoornissen, incontinentie en artrose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140(48): 2402-6.
- Eekhof JAH, De Bock GH, Schaapveld K, Van Houwelingen JC, Springer MP. Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 2000;17:329-33.
- Statistisch Jaarboek 1999. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1999.
- Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- Ford G, Taylor R. The elderly as underconsulters: a critical reappraisal. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:288-90.
- Eekhof JAH, De Bock GH, Schaapveld K, Perenboom RJM, Springer MP. Screening van 75-plussers door de huisarts: organisatorische aspecten in twaalf praktijken. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000;31:156-9.
- Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, De Witte L, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people in the community: systematic review. *BMJ* 2000; 320:754-8.
- Royal College of General Practitioners. Care of older people: A framework for progress. Occasional paper 45. London, Royal College of General Practitioners 1990.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions for prevention falls in the elderly (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.