

COMMENTAAR

Screening bij ouderen

VEEL REDENEN OM HET NIET TE DOEN, 1 OM HET WEL TE DOEN

Joris P.J. Slaets

Hippocrates geloofde dat het belangrijker is om de persoon te kennen die een ziekte heeft dan om de ziekte te kennen die de persoon heeft. Bij ouderen valt daar veel voor te zeggen. Dat zou kunnen betekenen dat screenen op ziekte en op risico's voor ziekte minder relevant is dan screenen op contextuele informatie over de persoon.

Laat ik met het eerste beginnen. Zowel in de eerste als tweede lijn neemt de druk om ouderen te screenen toe. Het blijkt echter al moeilijk doelmatige screeningsprogramma's bij volwassenen (tot 65 jaar) op te zetten en de geschiedenis van de preventieve geneeskunde zou ons tot bescheidenheid moeten aanzetten. Slechts enkele aandoeningen, zoals hypertensie, blijken stevig onderbouwd voor screening bij volwassenen, maar bij een beperkte levensverwachting en concurrerende morbiditeit verdwijnt het gunstige effect van deze programma's. En, zoals Sir Muir Gray stelde, ieder screeningsprogramma veroorzaakt schade; sommige doen daarnaast ook iets goed.

Wat weten we eigenlijk over de doelmatigheid van screening bij ouderen en zeker bij de oudste ouderen, de 85-plussers? Het antwoord is: bijzonder weinig. En we kunnen niet extrapoleren vanuit de volwassen populatie.¹ Het proces van veroudering leidt tot een afname van de reservecapaciteit, een toename van verouderingsziekten met concurrerende morbiditeit en het verkorten van de levensverwachting. Dit alles gaat gepaard met een verschuiving in de preferenties van ouderen, van levensduur naar levenskwaliteit.

OUDEREN EN ZIEKTE

Recent hebben Nederlandse onderzoekers een studie gepubliceerd over de doelmatigheid van het screenen van ouderen. Samen met een expertpanel keken Drewes en collega's naar het effect van screening van ouderen op het voorkómen van functionele achteruitgang, dus kwaliteit van leven.² Het lijkt zinvol om te screenen op cardiovasculaire risicofactoren en roken in de leeftijdscategorie 60-74 jaar, voor zover deze mensen nog redelijk vitaal zijn. Het opsporen van mensen die weinig bewegen – dit raakt aan levensstijl – is volgens deze auteurs zinvol voor alle categorieën, dus 60 jaar en ouder ongeacht vitale status. En dat is het dan.

Dit staat in schril contrast met de 22 condities waarop volgens het kenniscentrum voor langdurende zorg, Vilans, gescreend dient te worden, bijvoorbeeld door consultatiebureaus voor ouderen. Dat het in een vroeg stadium behandelen van cardiovasculaire risicofactoren zinvol is voor het beperken van mortaliteit en morbiditeit op latere leeftijd zal niemand betwisten. Echter, naarmate de leeftijd toeneemt, verandert het landschap. Het effect op 'all-cause mortality' verdwijnt, omdat hoe ouder we worden hoe minder we ten gevolge van een ziekte sterven. We sterven, omdat ons lichaam 'op' is. Er treedt een verschuiving van morbiditeit op. Zo gaan we minder of later dood 'aan' een hartinfarct of 'aan' kanker maar meer 'met' dementie. Ook neemt de kans op lichamelijke schade door bijvoorbeeld vallen toe. De Amerikaanse hoogleraar James Fries voorspelde 32 jaar geleden een compressie van morbiditeit,³ maar dit verschijnsel zien wij niet terug in Nederland.⁴ De levensverwachting neemt toe, de leeftijdspecifieke prevalentie van functieverlies of beperkingen neemt af, maar de leeftijdspecifieke prevalentie van ziekte daalt niet.

Ondanks deze ontzuiterende vaststelling gaan we hardnekkig door met screeningsprogramma's voor de oudere mens. In onze samenleving bestaat een naïef maar hardnekkig geloof in de biomedische maakbaarheid van gezond oud worden. Volgens de Britse biogerontoloog Linda Partridge zullen we straks allemaal een pil slikken die ons een gezonde ouderdom biedt.⁵ Een belangrijke rol is weggelegd voor de farmaceutische industrie, aldus Partridge. De werkelijkheid ziet er echter anders uit. De krachten van onze omgeving, levensstijl en sociaalecono-

Universitair Medisch Centrum Groningen,
Centrum voor Ouderengeneeskunde, Groningen.

Prof.dr. J.P.J. Slaets, klinisch geriater
(j.p.j.slaets@umcg.nl).

mische status, ofwel de persoon en zijn context, zijn vele malen groter dan die van de gezondheidszorg.⁶ De kansen voor een zinvolle screening op ziekten bij ouderen lijken daarom beperkt.

Heeft het dan wel zin om ouderen te screenen op persoons- en omgevingskenmerken? Leeftijd is een slechte maat voor veroudering, omdat de snelheid waarmee mensen verouderen erg verschilt. De ongedifferentieerdheid in het aanbod van zorg en behandelingen sluit niet aan bij de diversiteit onder ouderen en heeft grote gevolgen voor de doelmatigheid van de ouderenzorg. Hier komt het begrip kwetsbaarheid in beeld. Kennis over de mate van kwetsbaarheid – op biologisch en psychosociaal vlak – voegt veel toe aan de factor leeftijd voor het inschatten van de prognose van ouderen.^{7,8}

PRIMAIRE SEGMENTATIE VAN OUDEREN

Screenen kan wel belangrijk zijn voor een primaire segmentatie van ouderen in robuuste categorieën. Dit is een verdeling van mensen die wat betreft kwetsbaarheid, complexiteit van de zorgvraag en psychosociale context op elkaar lijken en die een vergelijkbare aanpak behoeven, zowel qua inhoud van de behandeling als qua vorm waarin dat behandel aanbod tot stand komt.⁹ Een ziekte-managementprogramma kan namelijk voor het ene segment doelmatig en voor het andere rampzalig zijn. Kwetsbare ouderen hebben een individueel traject nodig voor een gezamenlijke besluitvorming over de behandel doelen en over belastende en risicovolle diagnostische trajecten en behandelingen. Maar in de niet-kwetsbare segmenten moeten we ook geen kansen laten liggen en dienen we deze vitalere ouderen zorg te bieden, zoals cardiovasculaire preventie en levensstijlinterventies. In

de verschillende segmenten – van gezond en fit tot kwetsbaar en complex oud – zal de balans tussen effect enerzijds en risico en belasting anderzijds veranderen. We moeten nog veel empirisch bewijs verzamelen en dat kan alleen wanneer de primaire segmentatie duidelijk is. De informatie die nodig is voor primaire segmentatie is generiek, afhankelijk van de persoon en zijn context, omvat een indicatie van de kwetsbaarheid en is onafhankelijk van ziekte.

CONCLUSIE

Als mensen gezond oud, in medische zin, willen worden, dan zullen ze vooral op tijd dood moeten zien te gaan. Risicoreductie tot in het graf en beloftes uit de wereld van de 'knock-out'-muizen gaan dat niet oplossen. Wanneer we gezond oud worden anders interpreteren, in termen van welbevinden en participatie, dan moeten we wellicht ook andere prioriteiten stellen. Screenen met het doel de mensen voor wie wij de verantwoordelijkheid dragen te leren kennen, kan de patiënt als persoon weer centraal stellen en ons helpen om een adequater en gedifferentieerd aanbod te bedenken naar inhoud en vorm. Maar zo'n plan van aanpak voor primaire segmentatie hebben we nog niet op de plank liggen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 maart 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4771

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 Clarfield AM. Screening in frail older people: an ounce of prevention or a pound of trouble? *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:2016-21.
- 2 Drewes YM, Gussekloo J, van der Meer V, et al. Assessment of appropriateness of screening community-dwelling older people to prevent functional decline. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:42-50.
- 3 Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med.* 1980;303:130-5.
- 4 Mackenbach J. Ziekte in Nederland. Amsterdam: Atlas-Contact; 2010.
- 5 Hordijk M. Ouderdom zonder gebreken. *Med Contact.* 2011;66:2751-3.
- 6 Yates LB, Djousse L, Kurth T, et al. Exceptional longevity in men: modifiable risk factors associated with survival and function to 90 years. *Arch Intern Med.* 2008;168:284-90.
- 7 Van Iersel MB, Jansen DRM, Olde Rikkert MGM. 'Frailty' bij ouderen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:A183.
- 8 Puts MTE, Lips P, Deeg DJH. Static and dynamic measures of frailty predicted decline in performance-based and self-reported physical functioning. *J Clin Epidemiol.* 2005;58:1188-98.
- 9 Slaets JJP. Vulnerability in the elderly: frailty. *Med Clin N Am.* 2006;90:593-601.