

Health checks in de aanbieding, maar dan wel met waarborgen voor de consument

Harry Verkleij, Margreet Bloemers

Er is een overduidelijke toename van het aanbod aan health checks op de medische gezondheidsmarkt. Naast de nationale programma's van de overheid (bevolkingsonderzoek) krijgen we steeds meer te maken met screenings, preventief medisch onderzoek en zelftests. De opmars lijkt niet te stuiten, de koortsthermometer is al lang niet meer het enige medische apparaat dat in elk huishouden aanwezig is. Zowel nut als gevaren van wat we kortheidshalve en bij gebrek aan een duidelijke Nederlandse term maar 'health checks' noemen, zijn onderwerp van onderzoek en discussie.

De Gezondheidsraad rapporteerde in 2007 de uitkomsten van een onderzoek naar de waarde van zelftests.¹ Een jaar later brachten de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) adviezen over screening uit.^{2,3} De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) volgde met het rapport Toezicht op preventief medisch onderzoek⁴ en het ministerie van VWS publiceerde vlak daarna een kaderbrief over screening.⁵ ZonMw en IGZ laten nu een voorstudie doen ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor preventief medisch onderzoek. Eind januari is deze voorstudie met vertegenwoordigers van de belangrijkste veldpartijen besproken, waarna gestart wordt met het daadwerkelijk opstellen van die richtlijn.

In dit Spectrum belichten zes auteurs de public health en bestuurlijke consequenties van health checks. In de woorden van de RvZ variëren deze van het invullen van een vragenlijst tot uitgebreid onderzoek, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek van bloed en urine en hart- en longfunctieonderzoek. Consumenten kunnen op eigen initiatief een health check doen bij commerciële organisaties maar ook bij sommige huisartsen. Ook zorgverzekeraars en werkgevers bieden health checks aan.³

- 1 Wim van Veen (Gezondheidsraad) gaat in op de bewezen waarde van zelftests. Slechts een klein aantal zelftests blijken bij onderzoek door de beugel te kunnen. Regelgeving is onduidelijk en niet goed toegerust voor regulering van zelftests. Een keurmerk is nodig.
- 2 Marjolein de Booy (NPCF) beschrijft de visie van de patiëntenorganisaties. Health checks hebben hun nut, burgers en patiënten vragen erom en nemen zo verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Goede waarborgen en voorlichting zijn nodig. Patiëntenorganisaties hebben al veel ervaring met het geven van voorlichting, vooral aan degenen met een ongunstige testuitslag maar continuering van overheidssubsidie daarvoor is jaarlijks onzeker.
- 3 Luc Bonneux (Nidi) vraagt zich af of health checks bij gezonde personen überhaupt wel zinvol zijn. Nee, is zijn harde

conclusie. Dat is de belangrijkste boodschap die iedereen aan de consument zou moeten geven. De voordelen wegen niet op tegen de nadelen.

- 4 Pim Assendelft (LUMC) beschrijft de gevaren van health checks die de vorm van breed-spectrum diagnostiek aannemen. Het model dat huisartsen voor ogen staat bij het preventieconsult is vraaggestuurd en richt zich uitsluitend op de preventieve hulpvraag van de patiënt, is evidence based en vindt plaats in een context waarin ook alle andere gegevens van de patiënt aanwezig zijn en, waarin, indien aangewezen, een direct vervolgtraject beschikbaar is.
- 5 Mirjam de Bruin (Diagned) beschrijft de positie die de brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica inneemt. De testen zelf, de uitvoering van de testen en de interpretatie van de uitkomsten moeten goed geborgd zijn. Des te meer bij zelftests. Fabrikanten zijn gebonden aan regelgeving en moeten verantwoorde diensten leveren.
- 6 Petra Reulings (IGZ) merkt op dat veel aangeboden preventief medisch onderzoek dat de IGZ destijds onderzocht, uit meerdere onderdelen bestond, waarvan enkele vergunningplichtig waren. Aanbieders pasten na het IGZ-onderzoek hun producten aan, zodat ze niet meer vergunningplichtig waren. Maar onduidelijkheid blijft. In samenwerking met ZonMw zet de IGZ een volgende stap door de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn voor preventief medisch onderzoek. Alle auteurs pleiten voor betere waarborgen voor health checks. De vele varianten die aangeboden worden, maken daarbij een genuanceerd onderscheid nodig. De ene test is de andere niet. Aangescherpte waarborgen voor goed gebruik door middel van richtlijnen én keurmerken en een goede informatievoorziening naar de burger zullen de opmars van health checks in voor de consument aanvaardbare banen moeten leiden.

LITERATUUR

1. Gezondheidsraad. Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2007. Zelftests op lichaamsmateriaal. Den Haag, 2007.
2. Gezondheidsraad. Screening: tussen hoop en hype. Den Haag, april 2008.
3. RvZ. Screening en de rol van de overheid. Den Haag, april 2008.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezicht op preventief medisch onderzoek. IGZ nr. 08-17. Den Haag: mei 2008.
5. Ministerie van VWS. Kaderbrief screenings. Den Haag, juli 2008.

De waarde van zelftests met behulp van lichaamsmateriaal

Wim van Veen¹

Je zelf testen op prostaatkanker of aanleg voor coeliakie, een kalkmeting van de kransvaten of een total body check laten doen? Dat kan. Zo niet hier, dan vlak over de grens. “Een beetje spuug en je weet het”. De claim is dat zelftests betrouwbaar zijn, de gezondheid ten goede komen, en goed passen in een door marktwerking bepaalde gezondheidszorg, met zijn nadruk op keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid.

Maar is dat ook zo? Krijgen medische technologieën die publieke belangen lijken te kunnen invullen, de kans zich dóór te ontwikkelen of wordt dit juist vaak belemmerd door concurrerende marktordeningen? Zorgmarkten en technologische innovatie gaan niet vanzelf hand in hand.¹ Er zijn genoeg ontwikkelingen waarvan het maar zeer de vraag is of zij bijdragen aan publieke belangen. Zelfbeschikking en keuzevrijheid als overstijgende ethische criteria laat weinig ruimte voor publieke belangen als kwaliteit en betere preventie.¹ Net als deelnemers aan georganiseerd bevolkingsonderzoek zoeken zelftesters waarschijnlijk vooral de geruststelling dat zij een bepaalde aandoening niet hebben. Dit betekent dat de test in elk geval moet voldoen aan de eis dat de voorspellende waarde van een negatieve (gunstige) testuitslag groot is.

Voor bepaalde vormen van screening heeft Nederland met de Wet op het bevolkingsonderzoek een goed werkend vergunningstelsel, al valt er nog het een en ander aan te verbeteren.^{2,3} Daarmee worden burgers beschermd tegen gezondheidsschade. Maar hoe zit het met de kwaliteit van zelftests? Voldoet hier de wet- en regelgeving? Op doe-het-zelftests is het Besluit In-vitrodiagnostica (IVD) van toepassing. Dit besluit is gebaseerd op de Europese IVD-richtlijn. CE-markering moet waarborgen dat deze tests voldoen aan de zogenoemde ‘essentiële eisen’ van de IVD-richtlijn (geen gevaar voor de veiligheid en gezondheid van de consument, aanvaardbare nut-risicoverhouding, analytisch en diagnostisch valide).

ONBEWEZEN NUT

De Gezondheidsraad beoordeelde onlangs twintig tests, variërend van doe-het-zelftests om de bloedsuikerspiegel te monitoren tot tests op tumormarkers of erfelijke aanleg voor bijvoorbeeld osteoporose.⁴ Toetsingscriteria waren: bewezen diagnostische waarde, bewezen effectiviteit, gunstige nut-risicoverhouding, en gunstige verhouding tussen kosten en baten.

De conclusie was dat zelftests zeker een aanwinst kunnen zijn maar dat, afgaand op wat uit onderzoek bekend is, slechts een klein deel (drie van de twintig beoordeelde tests, noot 1) door de beugel kan. Wanneer zelftests geen wetenschappelijke basis hebben, kunnen ze ook niet voldoen aan de ‘essentiële eisen’ van het IVD-besluit. Het geringe aantal goede beoordelingen wekt de suggestie dat zelftests momenteel niet volledig

getoetst worden aan de ‘essentiële eisen’, dat de eisen minimalistisch geïnterpreteerd worden, of dat zij zelfs niet van toepassing zijn.

ONVOLDENDE INFORMATIE

Een andere conclusie was dat de informatie over zelftests meestal tekortschiet.⁴ Een omschrijving van het precieze doel, het te verwachten nut en risico voor de gezondheid en de diagnostische waarde ontbreekt doorgaans. Dat maakt het voor de consument lastig om een weloverwogen besluit te nemen over het doen van een zelftest. Dit wringt met het recht op zelfbeschikking.

Het IVD-besluit laat het aan de fabrikant over hoe het doel van een zelftest wordt beschreven. Dit laat ruimte voor claims van “uitmuntende testprestaties” die weinig van doen hebben met het daadwerkelijke doel van de test. Steekhoudende informatie over de diagnostische waarde van de test ontbreekt dan.

Regelgeving is nog niet goed toegerust voor regulering van zelftests.

Juist de ‘essentiële eisen’, het hart van het IVD-besluit, zijn voor meer dan één uitleg vatbaar. Daardoor kunnen tests niet helder en consistent getoetst worden op hun diagnostische waarde en hun klinisch nut. Verder is ondoorzichtig hoe de beoordeling te werk gaat die nodig is voor toekenning van CE-markering. De dossiers zijn niet openbaar en de beoordeling wordt meestal grotendeels overgelaten aan de producent, ook als het gaat om tests om kanker op te sporen of om genetische tests. Bovendien zijn producenten slechts bij uitzondering verplicht om de geschiktheid voor thuisgebruik te (laten) onderzoeken. Dit alles doet afbreuk aan de geloofwaardigheid van CE-markering.

KEURMERK

Er is een tendens om allerlei health checks al te introduceren voordat de waarde ervan onderzocht is. De ervaring met de niercheck in het najaar van 2006 – en eerder met bevolkingsonderzoek naar tuberculose en neuroblastoom en screening op scoliose – laat zien dat goed onderzoek vooraf geboden is. De huidige IVD-richtlijn ziet hier niet op toe. Het is nodig in EU-verband de ‘essentiële eisen’ van de IVD-richtlijn te concretiseren en de toetsing te verbeteren. De consument moet erop kunnen vertrouwen dat zelftests worden beoordeeld op hun diagnostische waarde en klinisch nut. Ook moeten er eisen gesteld worden aan de productinformatie, zodat consumenten een afgewogen keuze kunnen maken en toekomen aan hun recht op zelfbeschikking.

Zolang de regelgeving niet is verbeterd, vindt de Gezondheidsraad het wenselijk een gezaghebbende, onafhankelijke instantie op te dragen zich actief met het hele terrein van screening te bemoeien – van commerciële doe-het-zelftests tot

¹ Gezondheidsraad, Den Haag

professioneel opgezette health checks.– en kaf van koren te scheiden.⁵ Centraal element zou de instelling van een keurmerk voor verantwoorde screening moeten zijn, gebaseerd op wetenschappelijke beoordeling van nieuwe ontwikkelingen en gericht op het bevorderen van een verantwoord screeningsaanbod.

NOOT 1

De tests die wel voldeden waren: een HPV-test op baarmoederskanker, bepaalde tests om bloedglucose en bloedstolling te monitoren en een test op onzichtbare sporen bloed in de ontlasting.

LITERATUUR

1. *Zuiderent-Jerak T, Grinten T van der.* Zorg voor medische technologie. Over het ontwikkelen van zorgtechnologiebeleid en behartigen van publieke belangen. In: Medische

technologie: ook geschikt voor thuisgebruik. Den Haag: Rathenau Instituut; 2009: 61-107.

2. Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: knelpunten in de toepassing - voorstellen ter verbetering. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009: 2009/04WBO.
3. *Veen WA van, Stultiëns LF.* Wet- en regelgeving voor screening. *Bijblijven* 2009; 25(7): 8-15.
4. Gezondheidsraad. Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2007. Zelftests op lichaamsmateriaal. Den Haag: Gezondheidsraad; 2007: 2007/26.
5. Gezondheidsraad. Screening: tussen hoop en hype. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008: 2008/05.

CORRESPONDENTIEADRES

W.A. van Veen, arts, Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag, e-mail: wa.van.veen@gr.nl

Health Checks: wordt de patiënt er beter van?

Marjolein de Booy¹

Patiënten- en consumentenorganisaties kunnen niet langer meer in de zijlijn blijven toekijken hoe het aanbod van health checks zich met rasse schreden een plaats veroverd op de gezondheidsmarkt. Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen in samenhang met maatschappelijke ontwikkelingen maken dat de mogelijkheden voor health checks in hoog tempo worden uitgebreid.

Voor de burger, ziek of gezond, dragen deze ontwikkelingen bij aan het kunnen nemen van de regie over de eigen gezondheid en dus het eigen leven. Niet langer afhankelijk zijn van de wijsheid (of willekeur?) van de arts, maar zelf bepalen of nader onderzoek nodig is om een antwoord te geven op al je ongeruste vragen.

De aandacht van overheid, verzekeraars, gezondheidsfondsen, zorgaanbieders én patiëntenorganisaties voor risicofactoren op ziekten, de relatie tussen ongezonde leefgewoontes en chronische ziekten, de toegenomen kennis over vroegtijdig opsporen van erfelijk overdraagbare aandoeningen, de mogelijkheden voor prenatale screening, het zijn allemaal signalen die de behoefte aan health checks doen groeien en de indruk wekken dat gezondheid een controlebaar product is mits je er maar op tijd bij bent. Aanbieders van health checks spelen hier (soms handig) op in.

VOORWAARDEN

De NPCF heeft vorig jaar een bijeenkomst voor haar achterban georganiseerd over de voor- en nadelen van health checks. Eensluidend waren de aanwezigen van mening dat de burger de ruimte moet krijgen om te profiteren van de mogelijkheden die

nu en in de toekomst ter beschikking komen op het gebied van health checks. Maar om daadwerkelijk te kunnen profiteren en dus beter te worden van health checks moet wel voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Daarbij kan gedacht worden aan

- adequate voorlichting op basis waarvan de burger een afweging kan maken over de zinvolheid van de screening en tevens een keuze kan maken voor een bepaald type health check (kwaliteitskeurmerk?),
- de beschikbaarheid en toegankelijkheid van evt. noodzakelijke vervolghandelingen (zowel qua zorg als qua financiering),
- een betere juridische bescherming dan die de huidige Wet op de Medische keuringen momenteel biedt tegen de negatieve gevolgen voor het afsluiten van verzekeringen.

BEOORDELINGSKADER

Om te beoordelen of health checks zinvol zijn en dus of de voordelen voor de burger opwegen tegen de nadelen wordt in de regel de criteria van Junger en Wilson gehanteerd. De betekenis van de criteria hangt echter af van het beoordelingsniveau. Gaat het om een afweging op individueel of op collectief niveau? En vanuit welk perspectief? En gaat het om een eenvoudige zelftest, screening van een zwangere of om een screening in het kader van bevolkingsonderzoek?

En als alle afwegingen positief uitvallen voor de health check zelf, dan komt nog de belangrijkste vraag: "Is de afnemer van de health check bereid en in staat om de consequenties van de uitslag te doorzien, te trekken en deze te aanvaarden?" En geldt dat ook voor zijn omgeving en de maatschappij?

Een voorbeeld. De afweging om zwangere vrouwen boven de 36 jaar een prenatale screening op het syndroom van Down aan

¹ manager Kwaliteit, NPCF, Utrecht

te bieden kan vanuit het perspectief van de overheid voor de gehele groep vrouwen positief uitvallen. Echter voor de individuele vrouw en haar eventuele partner kan screening tot gevolg hebben dat zij (soms onvoldoende voorbereid) geconfronteerd worden met de optie om de zwangerschap af te breken. En als mensen er toch voor kiezen om dit niet te doen, worden zij geconfronteerd met een soms negatieve houding van de omgeving dat zij een kind met het Downsyndroom geboren laten worden, terwijl dit niet had hoeven.

ROL PATIËNTENORGANISATIES

De NPCF is van mening dat patiëntenorganisaties een belangrijke rol kunnen spelen in de voorlichting aan zieke en gezonde burgers die voor de keuze staan om al dan niet gebruik te maken van een health check. Ik denk dan met name aan de

beslissingen waar mensen voor komen te staan nadat de health check is uitgevoerd en de mogelijk nadelige gevolgen van de wetenschap dat je lijdt aan een bepaalde aandoening (o.a. verzekeringen, geestelijke belasting). De patiëntenbeweging is al langer actief op deze terreinen, denk bijvoorbeeld aan het ERFO centrum en het Breed Platform Verzekerden & Werk. Het is in het licht van de toegenomen aandacht voor health checks en het belang van goede voorlichting wrang dat uitgerekend deze initiatieven niet meer voor subsidie vanuit de overheid in aanmerking (dreigen te) komen.

CORRESPONDENTIEADRES

Mevrouw drs. M.A.de Booy, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht, e-mail: mdebooy@npcf.nl

De mens als automobiel. De 'health check' als APK (algemene preventieve keuring)

Luc Bonneux¹

Met "health check" wordt doorgaans een periodieke preventieve keuring van de algemene gezondheid van gezonde volwassenen bedoeld. Specifieke doelgroepen, zoals kinderen, werknemers of sportbeoefenaars, vallen hierbij buiten beschouwing. Een aantal diagnostische interventies wordt hen aangeboden met het doel de gezondheid te verbeteren door verborgen aandoeningen op te sporen en te verhelpen. Als iedere medische interventie is een algemene preventieve keuring (APK) toetsbaar door de bedoeling te meten: een daling van klinische morbiditeit of mortaliteit. Evidence based medicine (EBM) stelt zich daarbij drie vragen: kan de interventie werken, werkt ze in realiteit, en wegen de voordelen op tegen de nadelen?

HET VERSCHIL TUSSEN GESLOTEN EN OPEN SYSTEMEN

De vraag of een interventie kan werken is een vraag om theoretische onderbouwing. Deze theoretische onderbouwing wordt geleverd door de metafoor van de machine. De populariteit van de preventieve keuring groeide met de betaalbaarheid van de automobiel. Deze machines waren complex en kwetsbaar. Het was zaak om een auto geregeld te onderzoeken en tijdig versleten onderdelen te vervangen. De mens leek nog veel kwetsbaarder en zit nog veel wonderlijker in elkaar. Een regelmatig preventief onderzoek kon tijdig verslijtende onderdelen vinden en herstellen. Dat is de kerngedachte achter iedere vorm van preventief onderzoek, ondersteund door geen enkel biologisch feit. Machines zijn dode, gesloten systemen, mensen zijn levende, open systemen. In een gesloten systeem veroorzaakt sleet zonder herstel onherstelbare schade. Een levend organisme is een open systeem, dat energie omzet in overleving en voortplanting. Energie getrokken uit voedsel wordt (gedeelte-

lijk) omgezet in onderhoud, herstel en afweer tegen ziekte. Veroudering ontstaat bij zich seksueel voortplantende wezens omdat succesvolle investeringen in nageslacht overbodig worden. Onderhoud wordt gebrekkig, herstel faalt en afweer verzwakt. Als onderdelen het begeven, is het oude organisme rijp voor recyclage. De baten van preventief onderzoek in een verouderend gestel worden daarom gauw opgeheven door concurrerende ziekte: na de nuttige levensloop taktelt het hele systeem af, niet een enkel onderdeel.

EEN VEELHEID AAN PREVENTIEVE DIAGNOSTISCHE INTERVENTIES

De tweede vraag stelt de vraag naar de werkzaamheid in de praktijk. Empirische gegevens zijn schaars. Het enige wat is aangetoond, is dat deelnemers aan een APK ook meer deelnemen aan andere vormen van preventieve keuring.¹ Het schaarse onderzoek toont dat deze mensen steeds gretig zorg consumeren: er is evidente zelfselectie door hypochondrie. De diversiteit in het aanbod van APK toont de grote onzekerheid over het nut van de individuele interventie. Dat aanbod valt uiteen in vier onderdelen: cardio- en renovasculair risicomanagement, leefstijlkeuring, dubieuze kankerscreening en een restgroep van testen met onbekend doel of nut.

Vasculair risicomanagement is theoretisch te onderbouwen door de bekende effectiviteit van statines en bloeddrukverlagers.^{2,3} Het is nog onduidelijk bij welke leeftijd er best wordt gestart met dergelijke preventieve keuring (tussen de 45 en 55 jaar), en met welk ritme (om de vijf jaar is vaak genoeg, bij gemeten laag risico). Een alternatief is een bevolkingsstrategie waarbij bij een bepaalde leeftijd iedereen aan de "minipolypill" gaat (een goedkoop statine en twee goedkope bloeddrukremmers zonder ernstige bijwerkingen).⁴ Een relatief verhoogd car-

¹ NIDI, Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, Den Haag

diovasculair risico is immers universeel in onze goed gevoede en sedentaire bevolking.

Leefstijlkeuring is bedilzucht. Mensen weten dat roken ongezond is, dat je beter niet te dik bent, dat de moderne mens te veel zit en dat sla, spruitjes en spinazie gezonder zijn dan snoep. Succes van deze keuring over iets langere termijn is niet gedocumenteerd en onwaarschijnlijk.

DE KOSTEN ZIJN VAAK HOGER DAN DE BATEN

De derde vraag van EBM is een vraag naar het evenwicht tussen kosten en baten. Prostaatankerscreening is een goed voorbeeld van dubieuze kankerscreening, een keuring die bekende nadelen biedt voor onbekende voordelen.^{5,6} De prognose van kleine prostaattumoren is onbekend, het verloop is traag en sterfte aan prostaatkanker treedt laat in het leven op. De kans dat een deelnemer aan prostaatkankerscreening ooit een prostaatkankerdiagnose meemaakt is in de orde van grootte van 15%, de kans dat hij daarbij een erectiele dysfunctie, incontinentie of stralingsziekte oploopt is niet veel kleiner. De kans dat hij baat vindt bij deze interventie is vijftig maal kleiner en valt tien jaar later dan de schade. Dit zijn de resultaten behaald in zorgvuldig gecontroleerd onderzoek door geselecteerde urologische praktijken, in de dagelijkse praktijk is deze verhouding nog slechter. Hoe meer er wordt gekeurd, hoe meer kans er bestaat op het per toeval vinden van onschadelijke tumoren (incidentalomen), met bij interventie kwalijke en soms fatale gevolgen voor het slachtoffer.

DE TRIOMF DER GENEESKUNDE

De perfecte satire op de menselijke APK dateert van 1922, als Jules Romains in "dr. Knock of de triomf der geneeskunde" de beroemdste kwakzalver uit de wereldliteratuur op het toneel brengt. Dr. Knock heeft een fijne neus voor waar veel geld valt te verdienen aan het artsenvak. Dat is preventieve zorg bij gezonde mensen. Gezonden hebben meer te verliezen dan zieken, ze hebben meer geld en ze genezen gemakkelijk. Hij maakt de mensen bang, biedt hen een gratis preventieve consultatie en praat hen een kwaadaardige ziekte aan. Dat is kassa, met als niet geringe bonus een blijde patiënt, verheugd omdat hij dank zij

de tijdige ingreep gered werd van een levensbedreigende ziekte. In het spektakel van de mediademocratie scheidt dat tevreden kiezers, gerustgestelde televisiekijkers, gretige consumenten, een activistische ambtenarij en populaire politici. Dr. Knock levert zo de ultieme verklaring van het onverwoestbare succes van de algemene preventieve gezondheidskeuring: in het besef van onvermijdelijke aftakeling en overlijden willen we graag worden bedrogen.

Bij zieken kan het voordeel van de twijfel spelen, preventieve interventies bij gezonde personen moeten worden ondersteund door harde evidence. Bij gebrek daaraan zijn "health checks" kwakzalverij. Meer moet de gezonde burger daarover niet weten.

LITERATUUR

1. *Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al.* Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007;146(4):289-300.
2. *Sheridan S, Pignone M, Donahue K.* Screening for high blood pressure: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003;25(2):151-8.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement: AHRQ Publication No. 08-05114-EF-2, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfo8/lipid/lipidsr.htm> 2008.
4. *Wald NJ, Law MR.* A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326(7404):1419.
5. *Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al.* Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320-8.
6. *Bonneux L.* De onredelijkheid van prostaatkankerscreening en de ethische problemen met het onderzoek daarnaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(18):966-71.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. L.G.A. Bonneux, NIDI, Postbus 11650,2502 AR Den Haag, e-mail: bonneux@nidi.nl

De huisarts en health checks: van reactief naar pro-actief

Pim Assendelft¹

Ook huisartsen worden geconfronteerd met de toenemende belangstelling voor health checks. Aanbieders van health checks adviseren hun cliënten, meestal zonder overleg, om bij afwijkingen naar de huisarts te gaan. Vaak blijkt de afwijking geen afwijking: een incidenteel gemeten hoge bloeddruk, bijvoorbeeld, is dan bij een herhaalmeting niet verhoogd. Soms blijkt de "afwijking" geen klinische betekenis te hebben, omdat de afwijking zonder bijkomende risicofactoren een nauwelijks verhoogd risico geeft.

Huisartsen hebben van oudsher het imago afhoudend te staan ten opzichte van health checks. Vier jaar geleden werd in een enquête voor het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) vastgesteld dat de patiënt een actief preventie-aanbod van de huisarts verwacht.¹ Volgens dezelfde enquête zijn huisartsen zelf in toenemende mate bereid een preventie-aanbod te doen. Vorig jaar bleek dat een overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking (91%) de voorkeur heeft voor een preventie-aanbod door de huisarts.² De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de selectieve en de geïndiceerde preventie.³ Op dit

¹ LUMC, Leiden

moment doet minder dan de helft van de huisartsen een actief preventie-aanbod. De meest voorkomende redenen om een preventie-aanbod te doen zijn een positieve familie-anamnese, roken of obesitas.⁴

VRAAGGESTUURD

Bij health checks wordt in de regel gewerkt met een groot aantal vragenlijsten, bloedtesten en andere metingen. Dat staat haaks op de normale manier van werken van de huisarts, namelijk gericht onderzoek naar aanleiding van vraagverheldering. Vaak hebben mensen die zich willen laten testen een beperkt aantal, zeer gerichte vragen. Een "preventieconsult" bij de huisarts zou dus moeten uitgaan van de hulpvraag van de patiënt. Dat heeft als voordeel dat fout-positieve uitslagen door een toepassen van een brede batterij testen wordt voorkomen, en als er iets wordt gevonden dan is er meestal voldoende motivatie om daar wat mee te doen, omdat het aansluit bij de vraag van de patiënt.

HUISARTSEN WILLEN DAT HET PREVENTIE-AANBOD EVIDENCE-BASED IS

De NHG-Standaarden zijn al jaren het toonbeeld van evidence-based werken: diagnostiek en behandeling zijn goed onderbouwd met onderzoek. De huisartsen zijn niet erg geneigd hier voor preventie een andere maatstaf voor te hanteren. Een preventie-aanbod dient dus ook uit te gaan van gevalideerde instrumenten en diagnostische testen met een hoge voorspellende waarden. Het vervolgaanbod dient bij voorkeur te bestaan uit bewezen effectieve en doelmatige interventies.

AFSTEMMING TUSSEN PREVENTIE EN ZORG

Het is weinig zinvol iets te ontdekken dat al bekend is. Bij health checks is dat vaak wel het geval: patiënten die al bij de huisarts onder controle zijn laten bijvoorbeeld toch nog even het cholesterol prikken bij de apotheek of het consultatiebureau voor ouderen. Het zou beter zijn om ook bij health checks te denken in termen van "ketenzorg": er mag slechts een aanbod zijn als daarbij alle gegevens over de patiënt beschikbaar zijn en eventuele afwijkingen direct met de huisarts worden gecommuniceerd, op basis van vooraf gemaakte afspraken. In die afspraken zitten dan al richtlijnen voor het vervolgbeleid. Zo wordt voorkomen dat bij health checks mensen worden doorverwezen terwijl er geen vervolgbehandeling nodig is.

AANDACHT VOOR HET VERVOLGTRAJECT

Veel aandoeningen die bij health checks kunnen worden ontdekt, of het nu overgewicht, diabetes, depressie of osteoporose is, zijn gerelateerd aan leefstijl, en vaak zijn leefstijlinterventies een deel van de oplossing. De aanbieder moet er dus voor zorgen dat ook de "achterdeur" (leefstijlinterventie, al dan niet met begeleiding) goed geregeld is.

PREVENTIECONSULT

En zo komt langzamerhand het model van het preventieconsult bij de huisarts bovendien. De patiënt komt (mogelijk na een

persoonlijke uitnodiging) bij de huisarts en heeft een vraagverhelderend gesprek. Alleen op de onderwerpen waarop de patiënt een duidelijke vraag heeft wordt een aanbod gedaan, eventueel na uitleg over de mogelijkheden van testen die niet direct door de patiënt naar voren worden gebracht. Bij voorkeur wordt via vragen(lijsten) nagegaan of op basis van het risico vervolgonderzoek wel nodig is (getrapte screening): overdiagnostiek wordt zo vermeden. Het voordeel van een aanbod door de huisarts is dat deze ook moeilijker bereikbare groepen (bijvoorbeeld allochtonen, ouderen) geregeld ziet en een vertrouwensband heeft. Ook kan bij een later consult nog worden teruggekomen op de motivatie om iets te doen.⁵ Bij het preventieaanbod heeft de praktijkondersteuner van de huisarts een belangrijke rol. Daarnaast zullen huisartspraktijken voor het vervolgtraject steeds nauwer gaan samenwerken met andere aanbieders in de eerstelijns, zoals fysiotherapeuten en diëtisten.

Het preventieconsult in de huisartspraktijk zal modulair worden opgebouwd. De cardiometabole module is ontwikkeld als samenwerking tussen Hartstichting, Nierstichting, Diabetesfonds, NHG, Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en wordt momenteel in een pilot geëvalueerd. Modules over kanker en geestelijke gezondheid zijn in voorbereiding. De huisartsen geven hiermee een eigen, pro-actief antwoord op de toenemende vraag om health checks.

LITERATUUR

1. *Lems S.* De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam/Utrecht: TNS NIPO/NHG, 2006.
2. *Gelissen R, Jonkers R.* Nulmeting Gezondheidscheck CMR. Uitkomsten van onderzoek onder de Nederlandse bevolking van 45-74 jaar in het kader van het project Checkstandaard Cardiometabool Risico. Amsterdam: Rescon, 2009.
3. *Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Velden J van der.* Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging! *Huisarts Wetensch* 2008;51:38-41.
4. *Nielen, M, Assendelft W, Drenthen T, Hombergh, P van den, Dis I van, Schellevis, F.* Prevention of cardiovascular diseases, diabetes mellitus and chronic kidney diseases in general practice. *Swiss Medical Weekly*, vol. 139, 2009, no. Suppl. 175, p. 20 S.
5. *Assendelft WJJ.* Het preventieve aanbod in de eerstelijns. In: Anonymous. Essaybundel: van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie in de verzekerde zorg. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2007: 53-61.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. W.J.J. (Pim) Assendelft, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Afdelingshoofd afd. Public health & Eerstelijns geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, tel. 071-526 8446, e-mail: w.j.j.assendelft@lumc.nl

Beter worden van goed testen

Mirjam de Bruin¹

Consumenten die op eigen initiatief bij een commerciële partij een health check laten doen, zelftesten in de schappen bij de apotheek, mannen die de huisarts zelf vragen om hun PSA waarde te laten testen. Allemaal voorbeelden van een trend waaruit blijkt dat mensen behoefte hebben om meer te weten te komen over hun eigen gezondheid. Een behoefte die kennelijk groter wordt, afgaande op de toenemende aandacht voor zelftesten in publieksmedia én de grote hoeveelheid adviezen en rapporten die de afgelopen periode is verschenen. Een behoefte die ook reacties opwekt en tot vragen leidt, vaak in defensieve zin. Is al dit testen wel nodig? Gaat dat wel goed? En wie wordt hier eigenlijk beter van?

DE VOORDELEN

De diagnostica-industrie is een commerciële bedrijfstak. Het ligt voor de hand dat een toename van testen vanuit die optiek wordt toegejuicht. Maar los daarvan ziet Diagned het als een positieve ontwikkeling dat mensen zich bewuster zijn van hun eigen gezondheid en daar meer over willen weten. In het huidige informatietijdperk moet een geëmancipeerde maatschappij met mondige burgers niet gek opkijken dat er meer behoefte is aan kennis over het grootse goed dat zij hebben - hun eigen gezondheid. Het voelen en nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheidstoestand is op zichzelf een positieve trend. Bovendien kunnen de snelle toegankelijkheid en laagdrempeligheid een katalyserend effect hebben.

WAARBORGEN

Daarmee is niet gezegd dat ieder initiatief van de consument om zich te (laten) testen moet worden toegejuicht. Testen is alleen zinvol als het goed gebeurt en "goed testen" is een complex begrip. Goed testen veronderstelt niet alleen betrouwbare apparatuur (testmateriaal) maar ook dat:

- deze apparatuur op de juiste wijze wordt bediend,
- (analytische) handelingen op de juiste wijze worden uitgevoerd,
- uitslagen goed worden geïnterpreteerd,
- voldoende kennis aanwezig is om een uitslag te kunnen "vertalen" naar een bruikbare informatie. Immers: wat zegt de uitslag van een onderzoek eigenlijk? En minstens net zo belangrijk, wat zegt de uitslag níet?

Zoals een keten pas effectief is wanneer alle schakels sterk genoeg zijn, veronderstelt goed testen een samenspel van adequaat op elkaar afgestemde handelingen. In een klinische setting zijn bij de diverse schakels professionele partijen betrokken, zoals de arts en de klinisch chemicus. Dit biedt waarborgen voor de hiervoor beschreven handelingen die nodig zijn voor goed testen. Wanneer bepaalde onderdelen van de keten wor-

den neergelegd bij een niet-professionele partij of de consument zelf, vergt dit extra waarborgen.

DE SCHAKELS

Wat is de rol daarbij van de diverse betrokken partijen, en wat is de rol daarbij van de industrie? Wij zien vier belangrijke schakels: product, uitvoering, interpretatie en voorlichting.

Wat het product, de test zelf, betreft kan worden vastgesteld dat er duidelijke regels zijn waaraan deze moeten voldoen. Deze liggen vast in Europese en nationale regelgeving en hebben betrekking op onder andere het ontwerp, de fabricage, de etikettering, gebruiksaanwijzing en de verplichting om ervaringen met de test bij te houden. Bedrijven die tests op de markt brengen, moeten deze regels respecteren. Dat bedrijven aan deze regels voldoen blijkt uit de CE-markering. Als het gaat om zelftests mag de CE-markering pas worden gevoerd wanneer een onafhankelijke instantie heeft vastgesteld dat voldaan is aan de specifieke eisen die ten aanzien van zelftests zijn gesteld.

De tweede schakel is de uitvoering van de test. De consument die zelf een test uitvoert moet kunnen vertrouwen op bruikbare en heldere instructies van de fabrikant en is zelf verantwoordelijk voor het goed opvolgen hiervan. Dit luistert nauw; soms kan zo iets simpels als handen wassen invloed hebben op de uitslag van de test. Als de test wordt uitgevoerd door een professionele aanbieder moet de consument er op kunnen vertrouwen dat deze zijn vak verstaat. Bij onderzoek dat wordt verricht in de setting van de reguliere zorg is dit vrijwel altijd goed gewaarborgd.

Van cruciaal belang is vervolgens dat het verkregen testresultaat goed wordt geïnterpreteerd. Hiermee wordt niet alleen bedoeld dat de uitslag "technisch" goed wordt gelezen, maar ook dat hier aan de juiste betekenis wordt gegeven. Wat zegt een bepaalde waarde eigenlijk? In sommige gevallen geeft één enkel cijfer een helder beeld. In andere gevallen heeft een cijfer uitsluitend waarde als het in een veel bredere context of over een langere periode wordt bezien. En hier ligt meteen het belang van goede voorlichting.

Gezonde mensen die meer te weten willen komen over hun eigen gezondheid horen goede voorlichting te krijgen over de vraag wat die kennis hen werkelijk oplevert. Dit is in de eerste plaats een taak van degenen die de testen aanbieden. Een bedrijf dat zelftesten op de markt brengt zal de gebruiker op eenvoudige wijze moeten informeren over de juiste interpretatie van de uitslagen en de te nemen maatregelen bij een bepaalde uitslag. Commerciële instellingen die gezondheidstests aanbieden horen ook goede voorlichting te geven. Om consumenten te helpen bij het maken van de keuze voor een verantwoorde partij, zou een keurmerk kunnen helpen.

¹ Diagned, Den Haag

INZET: EEN STERKE KETEN

In de visie van Diagned moet de aandacht in de discussie over health checks worden gericht op het verstrekken van de juiste informatie en op de waarborgen dat aanbieders verantwoorde diensten leveren. Alleen zo kan worden bereikt dat alle beschreven schakels een keten vormen waar de consument en de gezondheidszorg wat aan hebben.

NOOT

Diagned is de brancheorganisatie van fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica in Nederland. In vitro diagnostica zijn

medische hulpmiddelen (testen, diagnostische apparatuur) die worden gebruikt bij preventie, diagnose, prognose en therapie. Ze spelen een belangrijke en positieve rol bij laboratoriumdiagnostiek en zijn daarmee van groot belang voor de gezondheidszorg. Op dit moment zijn een kleine 30 bedrijven aangesloten bij Diagned, die gezamenlijk ca. 90 % van de totale omzet aan in vitro diagnostica in Nederland vertegenwoordigen.

CORRESPONDENTIEADRES

Mr Mirjam de Bruin, Diagned, Postbus 85612, 2508 CH Den Haag, e-mail: info@diagned.nl.

Multidisciplinaire richtlijn voor health checks noodzakelijk

Petra Reulings¹

Steeds meer instellingen bieden in Nederland preventief medische onderzoeken (health checks) aan, mede door een toenemende vraag van de Nederlandse burger. Onderzoek naar het aanbod van preventief medische onderzoeken leidt tot de conclusie dat waarborgen nodig zijn om de consument te beschermen. De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn die eisen stelt aan deze onderzoeken wordt volgens velen als noodzakelijk gezien.

ONDERZOEK

Vanwege dit toenemende aanbod heeft de inspectie voor de gezondheidszorg in 2007 onderzocht of er in Nederland instellingen waren die preventief onderzoek (health checks) aanboden, zonder dat zij beschikten over de benodigde vergunning. Om de burgers te beschermen tegen schadelijke onderzoeken is namelijk in bepaalde gevallen een vergunning in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) nodig. Het gaat dan om onderzoek met ioniserende straling, onderzoek naar kanker en onderzoek naar ernstige aandoeningen, waarvoor preventie of behandeling niet mogelijk is.

De inspectie heeft 22 instellingen bezocht, waarvan zij na een uitgebreide zoekactie via websites, advertenties en/of artikelen het vermoeden kreeg dat deze instellingen de wet mogelijk overtraden. Bij deze instellingen is gekeken of zij vergunningplichtig preventief medisch onderzoek aanboden zonder in het bezit te zijn van de benodigde WBO-vergunning. Ten tijde van het onderzoek boden 20 instellingen preventief medisch onderzoek aan waarvan één of meerdere onderdelen vergunningplichtig waren. Op dat moment was geen enkele instelling in het bezit van een WBO-vergunning. Het gebruik maken van getrapte screening was hiervan veelal de oorzaak. Het betrof voornamelijk onderdelen die gericht waren op het opsporen van kanker. De meeste instellingen hebben toen hun aanbod zodanig aangepast dat het niet meer vergunningplichtig was.

Het onderzoek van de inspectie had niet het doel om een compleet beeld te geven van alle preventief medische onder-

zoeken die instellingen in Nederland aanbieden. Maar uit het onderzoek werd wel duidelijk dat uiteenlopende instellingen dergelijk onderzoek aanboden, zoals arbodiensten, ziekenhuizen (internisten), privé-klinieken, bemiddelingsbureaus en verzekeraars. Ook werd zichtbaar dat preventief medisch onderzoek bestond uit verschillende onderdelen en op uiteenlopende wijze werd uitgevoerd: het varieerde van een eenvoudig bloedonderzoek tot een uitgebreide MRI- of CT-scan. Het ging dan met name om de niet-vergunningplichtige onderdelen van het onderzoek.

De vraag is nu wat bewezen effectief is en op welke wijze preventief onderzoek het beste kan worden uitgevoerd. Bij niet-vergunningplichtige onderdelen is de kans op schade veel geringer dan bij vergunningplichtige onderdelen, maar ook bij deze onderzoeken bestaat de kans dat zij zinloos zijn of een risico vormen voor de gezondheid van de deelnemers. Zo kan door zo'n onderzoek zowel lichamelijke als psychische schade ontstaan als gevolg van een fout positieve uitslag. Daarnaast kan de burger, door het gevarieerde aanbod, amper beoordelen wat goed preventief onderzoek is.

ONTWIKKELING MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

De inspectie heeft destijds geconstateerd dat een multidisciplinaire richtlijn waarin eisen worden gesteld aan het preventief medisch onderzoek in Nederland ontbrak en heeft aanbevolen zo'n richtlijn te ontwikkelen. Als er een multidisciplinaire richtlijn is, zal het voor de aanbieders aanknopingspunten bieden voor verantwoord preventief onderzoek en zal deze ook als basis dienen voor de informatie aan de burgers en voor toetsing door de inspectie.

ZonMw heeft de aanbeveling van de inspectie opgepakt en heeft in 2009 aan het CBO en TÜV Rheinland Quality (voorheen TNO Quality) de opdracht gegeven om gezamenlijk een voorstudie te doen naar de knelpunten voor de ontwikkeling van zo'n multidisciplinaire richtlijn. Tevens is de voorstudie gericht op de ontwikkeling van een kwaliteitsborgingsysteem en een informatiesysteem voor de burgers met begrijpelijke en volledige informatie. Als onderdeel van die voorstudie werd op 26

¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, Amsterdam

januari jl. een invitational conference gehouden. Onder de deelnemers bevonden zich aanbieders van preventief medisch onderzoek, onderzoekers en beleidsmakers. De discussie spitste zich toe op de keuzes die moeten worden gemaakt voor een richtlijn, ook in internationale context gezien. Tijdens de invitational conference zijn aanbevelingen gedaan voor de ontwikkeling van deze multidisciplinaire richtlijn, die betrekking hebben op de reikwijdte van de richtlijn, criteria voor preventief onderzoek, de informatievoorziening aan de burger en op het al dan niet certificeren van preventief medisch onderzoek. De aanbevelingen zullen worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn.

We zijn dus op de goede weg.

LITERATUUR

1. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezicht op preventief medisch onderzoek. IGZ nr. 08-17. Den Haag: mei 2008.
2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en TÜV Reinland Quality. Verbeteren van de kwaliteit van Preventief Medisch Onderzoek in Nederland: Voorstudie naar de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn, een systeem voor kwaliteitsborging en de ontwikkeling van informatie voor burgers over niet-vergunningplichtig preventief medisch onderzoek. In voorbereiding.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Petra Reulings, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Postbus 20584, 1001 NN Amsterdam, e-mail: pg.reulings@igz.nl

ABSTRACT

Health checks on the market, but only with guarantees for consumers

The number of preventive diagnostic tests on the market grows spectacular. Self tests, preventive examinations and preventive consults are in high demand. This issue describes some aspects of the debate in the Netherlands. The Dutch Health Council pleads for better legal quality marks to protect consumers, because just a few self tests fulfill essential criteria. A general meeting organized by patient organizations concluded that they want to profit from new possibilities. Patients want to get reassurance and want to take responsibility for their own health, but they also want better information, better follow up after tests and better insurance protection in case diseases or high risks are detected. The organization of producers and distributors of in vitro diagnostics states that the whole chain from producers to consumer should be safeguarded. Critical epidemiologists

argue that the public should be educated to know that nearly all preventive examinations among healthy adults lack a sound scientific basis, and often do more harm than good. General practitioners dispute the value of general preventive examinations and therefore develop modules for specific preventive consults; a cardio-metabolic module is now in its testing stage. The Dutch Health Care Inspectorate and the Netherlands Organization for Research and Development are working on the development of a multidisciplinary medical guideline for preventive diagnostic examinations. With contributions of van Veen, de Booy, Bonneux, Assendelft, de Bruin and Reulings.

Keywords: health checks, preventive consults, preventive diagnostic examinations, quality marks, medical guidelines, patient information