

DE KWESTIE

Preventief gezondheidsonderzoek, wel of geen goed idee?

Met de smartphone of smartwatch meten consumenten steeds meer gezondheidsparameters. Een groeiende groep laat ook een jaarlijkse 'gezondheids-APK' uitvoeren met een total body scan. Medisch directeur Alexander van Straten van Prescan vindt dat een goede ontwikkeling, maar adviseur Catrien Schimmelpenninck van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving plaatst daar de nodige kanttekeningen bij.



Catrien Schimmelpenninck

'Baat het niet, dan schaadt het wél!'

Toen ik nog werkte als radioloog in opleiding, raakte ik gefascineerd door de *total body scan*. Ik zag vlak na elkaar meerdere zorgwekkende casus die voortkwamen uit een total body scan in Duitsland. Een patiënt bij wie een hemihepatectomie werd gedaan vanwege een (na tal van onderzoek persisterend) onduidelijke leverlaesie die een heman-gioom bleek te zijn, een gecompliceerd verlopen Whipple-procedure voor een uiteindelijk benigne gebleken aandoening en iemand die voortaan jaarlijks een controle-CT kreeg vanwege een onduidelijke afwijking in het pancreas. Allemaal mensen zonder klachten die even een 'APK-keuring' van hun lichaam hadden gedaan. Totaal niet beseffend hoeveel complexer het lichaam en de geneeskunde is dan een auto en het repareren daarvan.

Lead time bias

Het is niet gek dat mensen hiertoe overgaan, want de reclames klinken ronkend en spelen in op angst: 'De beste zorg is uit voorzorg' en 'beter op tijd dan (te) laat'. En ja, in een enkel geval zal een vorm van kanker bijvoorbeeld vroegtijdig aan het licht worden gebracht. Maar de grote nadelen blijven bij deze reclames onderbelicht. Zo is het maar de vraag of deze vroegtijdige diagnose de prognose

verbetert, of de afwijking überhaupt behandeld kan worden en niet alleen maar tot *lead time bias* leidt. En of de behandeling niet meer schade berokkent dan de kwaal zelf. Daarnaast zijn er de fout-positieve uitslagen met onnodig vervolgonderzoek en soms onnodige behandeling en de onduidelijke bevindingen die eindeloos vervolgd moeten worden. Iemand krijgt het label 'ziek', met de nodige psychosociale gevolgen, en alle vervolggkosten worden afgewenteld op het collectief.^{1,2,3} De vraag rijst wat de definitie van ziekte eigenlijk is en of er nog ruimte is voor normaalvariatie en veroudering.

Geen indicatie

Al deze nadelen neemt men voor lief als het gaat om nevenbevindingen bij een geïndiceerd onderzoek, maar in het geval van een total body scan is er geen indicatie en gaat het alleen nog om nevenbevindingen. Daarbij wordt geenszins voldaan aan de criteria voor verantwoorde screening die opgenomen zijn in de Wet op het Bevolkingsonderzoek.

In 2015, tijdens het ontstaan van mijn fascinatie, wilde minister Schippers deze wet echter al wijzigen. Nu wordt opnieuw gewerkt aan een wetswijziging waarbij de total body scan wel toegestaan kan

worden in Nederland.⁴ En dit alles om de keuzevrijheid van mensen (lees: de *worried well*) te vergroten. Ik vraag me af hoe dit voornemen te rijmen valt met de continue berichten over personele en financiële schaarste, het zorgsysteem dat piept en kraakt en de toenemende gezondheidsverschillen.

Prioriteiten stellen

Alle behandelingen moeten bewezen (kosten)effectief zijn, huisartsen moeten minder verwijzen, er zijn lange wachtlijsten, maar als iemand op eigen kosten één lukraak niet-kosteneffectief MRI onderzoek laat doen komt hij direct (vaak onterecht) in de tweede lijn terecht en geldt *the sky is the limit*. Ook als dit zorgt voor verdringing van noodzakelijke zorg voor anderen. Het lijkt me hoog tijd voor wat prioritering: laten we de samenleving blijven beschermen tegen de enorme nadelen van deze vorm van screening en ons intussen richten op het oplossen van échte problemen. ■

Catrien Schimmelpenninck

adviseur bij de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, arts Maatschappij & Gezondheid en radioloog niet-praktiserend



Alexander van Straten

‘Secundaire preventie is nodig om Nationaal Preventieakkoord na te leven’

De zorgkosten stijgen in Nederland al jaren, onder andere door een toename van mensen met een ongezonde leefstijl en vergrijzing. De overheid ziet het dan ook als een belangrijke taak deze toename in te dammen om de zorg betaalbaar te houden. In het enkele jaren geleden gesloten Nationaal Preventieakkoord staan afspraken om Nederlanders gezonder te maken door roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht terug te dringen.

Doelmatige zorg

Naast primaire preventie, het voorkomen van ziekte, speelt ook secundaire preventie, vroegdiagnostiek, een belangrijke rol hierbij. In deze categorie vallen onder andere de bevolkingsonderzoeken op diverse vormen van kanker. Doel van deze onderzoeken is het doen dalen van de sterfte aan de onderzochte aandoening. Bij deze onderzoeken geldt dat een overheidsprogramma pas ingevoerd wordt als naast de werkzaamheid en de noodzaak ook de doelmatigheid van de methode is vastgesteld. Dit is logisch. Immers, de middelen in de zorg zijn schaars en geld kan maar één keer worden uitgegeven.

Gezondheidswinst

Er zijn echter ook onderzoeken denkbaar waarbij het doel niet primair is

het doen afnemen van de sterfte aan een bepaalde aandoening, maar die bijvoorbeeld wel leiden tot toegenomen bewustwording van de eigen leefstijl en aanwezige risicofactoren. Ook kunnen door middel van deze onderzoeken soms aandoeningen in een vroeg stadium worden opgespoord waarbij de behandeling minder ingrijpend is. Dergelijke onderzoeken kunnen bestaan uit bloedonderzoek, maar ook bijvoorbeeld beeldvorming zoals echografie of MRI. Met name die laatste categorie voldoet in veel gevallen niet aan het doelmatigheidsprincipe, omdat de kosten op populatieniveau niet opwegen tegen de te verwachten gezondheidswinst (lees: sterftedaling).

Geen hogere zorgkosten

Wanneer mensen deze onderzoeken echter zelf bekostigen, vervalt dit argument. Veelgehoorde kritiek op dergelijke screeningsonderzoeken is dat de vervolgcosten dan wel voor de samenleving zijn en schaarse zorgcapaciteit vergen. In een onlangs afgeronde studie door het RIVM en het LUMC (ingediend voor publicatie) is echter vast komen te staan dat consumenten die een zogenaamde body scan ondergingen, geen hogere zorgkosten maakten dan een vergelijkbare groep die dit niet deed.

Minder stress

Ook het risico op een fout-positieve uitslag, ofwel er wordt ‘iets’ gevonden dat bij nader onderzoek toch niets relevants blijkt te zijn, is een veelgehoord tegenargument. Dit geldt echter evengoed voor de huidige bevolkingsonderzoeken.^{5,6} Bovendien zal een bij een screeningsonderzoek gevonden fout-positieve bevinding waarschijnlijk op een later moment in het leven anders ook worden ontdekt, met dezelfde vervolgstappen. Overigens is het hierbij van belang te vermelden dat mensen die op eigen initiatief een screeningsonderzoek ondergaan, in de jaren erna minder stress ervaren.⁷

Het ondergaan van een screeningsonderzoek op eigen initiatief kan dus een welkome aanvulling zijn op het huidige zorgaanbod waarbij vaak relevante bevindingen worden gedaan, de kosten voor de samenleving niet navenant stijgen en het welbevinden van de deelnemers erop vooruit gaat.

Alexander van Straten

radioloog en medisch directeur Prescan

Literatuur

1. Doorlichten doorgelicht. Gepast gebruik van health checks. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015.
2. Schmidt CO, Hegenscheid K, Erdmann P, et al. Psychosocial consequences and severity of disclosed incidental findings from whole-body MRI in a general population study. *European Journal of Radiology* 2013;23(5):1343-51
3. Schmidt CO, Sierocinski E, Baumeister SE, et al. Effects of whole-body MRI on outpatient health service costs: a general-population prospective cohort study in Mecklenburg-Vorpommern, Germany. *BMJ Open*. 2022; 12(1): e056572.
4. Wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek in verband met actuele ontwikkelingen op het terrein van preventief gezondheidsonderzoek. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamerstuk 35384
5. Ho TH, Bissell MCS, Kerlikowske K, et al. Cumulative probability of false-positive results after 10 years of screening with digital breast tomosynthesis vs digital mammography. *JAMA Netw Open*. 5(3):e222440, 2022.
6. Haug U, Coupé VMH. The cumulative false-positive rate in colorectal cancer screening: a Markov analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2020 May;32(5):575-580.
7. Korbmacher-Böttcher D, Bamberg F, Peters A, et al. Long-Term Psychosocial Consequences of Whole-Body Magnetic Resonance Imaging and Reporting of Incidental Findings in a Population-Based Cohort Study, *Diagnosics* (Basel). 2022 Sep 28;12(10):2356.