



Vaste Kamercommissie voor VWS

Per e-mail [cie.vws@tweedekamer.nl](mailto:cie.vws@tweedekamer.nl)

Utrecht, 11 maart 2022

Ons kenmerk: MP/JQ/js/uit2022.181

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS,

In aanloop naar de behandeling van de voorgenomen wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek naar een Wet preventief gezondheidsonderzoek (hierna: Wpgo), brengen wij als Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) graag onze visie op preventief gezondheidsonderzoek en de wetwijziging bij u onder de aandacht.

Onze bezwaren tegen de concept Wpgo kunnen als volgt worden samengevat:

1. Preventief gezondheidsonderzoek zou slechts mogen worden toegestaan als de baten ervan wetenschappelijk zijn aangetoond
2. Meer onderzoek naar het effect van preventief gezondheidsonderzoek op reguliere zorg is nodig
3. Richtlijnen en protocollen van reguliere zorg zijn niet altijd toepasbaar op preventief gezondheidsonderzoek
4. Objectieve en volledige informatie rondom een specifiek preventief gezondheidsonderzoek dient gegeven te worden door een onafhankelijke partij
5. De uitkomst van preventief gezondheidsonderzoek zonder gerichte onderzoeksvraag kent vele onzekerheden
6. De regeling voor nevenbevindingen in Wpgo is om meerdere redenen onwerkbaar

#### ***Wetenschappelijk bewijs pgo ontbreekt***

Wij onderschrijven preventief gezondheidsonderzoek (hierna: pgo) bij vroegtijdige opsporing van ziekten, wanneer dat wetenschappelijk is aangetoond. Te denken valt dan aan CT-thorax bij hoog risico personen om longkanker uit te sluiten, MRI mamma bij vrouwen met dicht klierweefsel om borstkanker uit te sluiten of echo aorta bij mannen van 60 om AAA uit te sluiten.

De wetwijziging zorgt ervoor dat pgo zonder wetenschappelijk aangetoond nut beschikbaar komt voor een grote groep mensen die bereid is daarvoor extra te betalen. Dat baart ons zorgen. Wij denken dat pgo tot een onwenselijke tweedeling in de maatschappij kan leiden, doordat niet iedereen de kosten van pgo kan opbrengen, terwijl de lasten van onnodig vervolgonderzoek wel op de hele maatschappij drukken.

#### ***Meer wetenschappelijk onderzoek nodig***

We zijn verheugd dat intussen de noodzaak tot meer onderzoek naar achteraf onnodige



doorverwijzingen is onderkend.<sup>1</sup> Het eerdere onderzoek van Nivel<sup>2</sup> waarnaar door de Minister werd verwezen, kende slechts 67 respondenten, en is daarmee volstrekt onvoldoende om conclusies over aantallen doorverwijzing op te baseren. In het verlengde daarvan pleiten wij voor een verplichte registratie van pgo in een register opdat evaluatie van de Wpgo en research naar het aantal verwijzingen naar eerste en tweedelijnszorg wordt vergemakkelijkt.

### ***Toepasbaarheid richtlijnen reguliere zorg***

Het verstrekken van adequate informatie over voor- en nadelen van pgo wordt bemoeilijkt doordat goed wetenschappelijk onderzoek naar de baten van pgo ontbreekt. In tegenstelling tot waar de concept Wpgo, NEN en commerciële partijen van uitgaan, zijn professionele richtlijnen en standaarden voor de reguliere zorg niet altijd toepasbaar op pgo. Het wetenschappelijk onderzoek waarop richtlijnen worden gebaseerd, betreft namelijk een andere populatie en verschilt in indicatiestelling. Waar het gaat om de huidige landelijke screeningsonderzoeken, bijvoorbeeld naar borstkanker, is wel evidence beschikbaar en zijn ook aparte kwaliteitsstandaarden ontwikkeld, maar dit is er nog niet voor ander preventief gezondheidsonderzoek.

Vaak worden afwijkingen gevonden die wel of niet vervolgonderzoek nodig maken. In een symptomatische populatie (patiënten met klachten) is de kans dat deze afwijkingen ernstig zijn, duidelijk hoger dan in een populatie die een pgo ondergaat. Zie een hypothetisch rekenvoorbeeld voor nierkanker in de bijlage.

Richtlijnen voor vervolgonderzoek zouden daarom anders moeten zijn voor pgo dan voor gewone zorg. Vervolgonderzoeken veroorzaken niet alleen (vaak onnodige) kosten maar ook bijwerkingen, die soms de baten van de pgo overstijgen; bijvoorbeeld het risico van een dodelijke bloeding na biopst van een goedaardige nierlaesie gevonden bij pgo.

Richtlijnen voor onderzoeken die nodig zijn om vast te stellen of afwijkingen wel of niet kanker betreffen, zijn ontwikkeld voor klinische situaties. Daarom zijn deze richtlijnen niet toepasbaar in een pgo-situatie met veel lagere aanwezigheid van echte ziekte. Het ontbreken van gegevens in de wetenschappelijke literatuur over hoe vaak een bepaalde bevinding na het verrichten van een bepaald onderzoek in een gezonde populatie vóórkomt, bemoeilijkt de mate van zekerheid waarmee een bevinding kan worden gecommuniceerd.

Dat is ook de reden dat wetenschappelijke verenigingen niet zelf een richtlijn pgo kunnen ontwikkelen, simpelweg omdat er onvoldoende literatuur beschikbaar is waarin de sensitiviteit en specificiteit van een specifiek pgo is onderzocht, en waarmee de waarde van een specifiek pgo wordt aangetoond. De NVvR acht zich niet gebonden aan commercieel opgestelde richtlijnen, die niet evidence-based zijn ontwikkeld en waaraan NVvR niet heeft bijgedragen.

### ***Adequate informatieverstrekking***

Daarnaast dienen burgers naar onze mening te worden beschermd tegen negatieve aspecten van pgo. In de concept Wpgo worden hiervoor kaders geschetst, zoals een objectieve en evenwichtige informatie-verstrekking over de risico's en baten van pgo. Ervaringen in het verleden met de richtlijn PMO, die op dit moment wordt geactualiseerd door commerciële aanbieders die zich verenigd hebben in de NVvPG, hebben onze twijfel gevoed of het geven van objectieve informatie door commerciële aanbieders van pgo in de praktijk wel adequaat zal worden opgepakt. Dit nijpt te meer omdat we vermoeden dat handhaving, ondanks de aangekondigde uitbreiding van IGJ met 2 Fte,

---

<sup>1</sup> P15 brief staatssecretaris Blokhuis aan Tweede Kamer 22 december 2021 3273029-1018263-PG

<sup>2</sup> Health checks en het effect op het gebruik van zorg in de huisartsenpraktijk, NIVEL 2017

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/health-checks-en-de-effecten-op-het-gebruik-van-zorg-kennisvraag>



onvoldoende zal zijn. De informatie zoals verstrekt door RIVM<sup>3</sup>, is wel erg summier en niet gericht op een specifiek pgo. Uitbreiding ervan is wenselijk, zodat de burger die nadenkt over een specifiek pgo voor objectieve informatie niet alleen is aangewezen op commerciële aanbieders ervan.

### **Ontbreken van gerichte onderzoeksvraag**

Doordat bij pgo een gerichte onderzoeksvraag met bijbehorende klinische gegevens ontbreekt, is het vooraf niet goed te beoordelen of een onderzoek geschikt is voor de beantwoording van de vraagstelling. Ongericht onderzoek zonder relevante klinische gegevens ('dokter, ik wil een APK'), leidt tot het zoeken van een speld in een hooiberg en daardoor een mogelijk onterecht veilig gevoel bij de burger wanneer hij na negatieve bevindingen bij een pgo wél klachten ervaart. Het ontbreken van een gerichte onderzoeksvraag bij pgo vermindert dus de kwaliteit van beeldvormend pgo en reduceert de rapportage van terecht positieve bevindingen.

### **Regeling nevenbevindingen Wpgo**

Het ontbreken van een gerichte onderzoeksvraag maakt het ook onmogelijk om nevenbevindingen te rapporteren. Immers, eigenlijk is elke bevinding bij ongericht onderzoek te beschouwen als een toevallsbevinding. Omdat pgo-onderzoek (vanwege het ontbreken van een gerichte vraagstelling) meestal niet kan worden verricht volgens de protocollen die in de reguliere zorg gebruikelijk zijn, zal er vaker herhaalonderzoek nodig zijn om de gerapporteerde nevenbevinding te kunnen verifiëren. Dit belast de cliënt/patiënt, maakt de zorg onnodig duurder, en leidt tot vertraging bij het instellen van eventueel benodigd vervolgonderzoek.

Het verbod op 'melden van nevenbevindingen tenzij', zoals opgenomen in de concept Wpgo, beoogt het aantal doorverwijzingen naar de reguliere zorg te reduceren, maar zal naar onze mening in de praktijk vooral leiden tot onbegrip en discussie bij zowel aanbieders als gebruikers van pgo. Zorgverleners ervaren deze bepaling als strijdig met hun beroepsethiek. En welke gebruiker van pgo gaat er nu akkoord met het niet melden van nevenbevindingen? Wanneer precies is een aandoening 'ernstig en onbehandelbaar'? Wanneer zorgverleners uit gewetensnood vaak nevenbevindingen gaan melden, zal het doel van het verbod op het melden van nevenbevindingen voorbij worden geschoten. Waar zorgverleners gehoor geven aan het verbod, hangt hen echter het verwijt van onzorgvuldig handelen door een gebruiker van pgo boven het hoofd.

We hopen dat het bovenstaande voor u aanleiding is om deze onderdelen in de concept Wpgo nog eens zorgvuldig te bezien. Ter illustratie sturen wij ook nog een artikel uit Vrij Nederland mee. Uiteraard zijn wij graag bereid met u in gesprek te gaan.

Prof. dr. W.M. Prokop, voorzitter

dr. H.M.E. Quarles van Ufford, secretaris

Bijlagen:

Hypothetisch rekenvoorbeeld voor opsporing van nierkanker

Artikel Vrij Nederland d.d. 21 september 2017

---

<sup>3</sup> <https://www.rivm.nl/gezondheidstesten/bodyscans>



*Bijlage: Hypothetisch rekenvoorbeeld voor opsporing van nierkanker*

Laten we uitgaan van een voor beeldvorming buitengewoon hoge sensitiviteit van 90% en specificiteit van 90% van het pgo voor opsporing van een specifieke afwijking, bijvoorbeeld nierkanker. Dan is “maar” bij 1 op de 10 mensen met een uitslag met vermoeden op nierkanker echt nierkanker aanwezig en worden 9 van de 10 aanwezige nierkankers echt gevonden. Komt nierkanker in een klinische populatie met klachten bij 10% van de patiënten voor, dan wordt voor iedere correct gevonden nierkanker ook een afwijking gevonden, die uiteindelijk geen nierkanker is.

Bij een “hoog risico” populatie, waar 1% van de mensen nierkanker heeft, betekent dit dat voor iedere gevonden nierkanker meer dan 11 verdachte afwijkingen gevonden worden, die geen nierkanker blijken te zijn.

In een ongeselecteerde populatie, die voor pgo in aanmerking komt, betekent dit dat nierkanker maar in 1 van de 1000 mensen voorkomt, en dat voor iedere gevonden nierkanker bij bijna 100 mensen afwijkingen worden gevonden die op nierkanker lijken maar geen nierkanker zijn. Kosten en mogelijke complicaties van de onderzoeken die nodig zijn om vast te stellen of deze afwijking wel of niet kanker betreft, zijn dus vele malen hoger dan in een klinische populatie. Losstaand nog van alle zorgen die een dergelijke uitslag met zich meebrengt.

*Tabel: Hypothetisch rekenvoorbeeld nierkanker bij sensitiviteit 90% en specificiteit 90%*

<b>Sensitiviteit 90% Specificiteit 90%</b>	<b>Aantal uitslagen</b>	<b>Nierkanker blijkt bij vervolgonderzoek terecht gevonden</b>	<b>Nierkanker blijkt bij vervolgonderzoek onterecht gevonden</b>
	10	1	9
Uitgaande van frequentie van nierkanker in klinische populatie van 10%		1	1
Uitgaande van frequentie van nierkanker in “hoog risico” populatie van 1%		1	11
Uitgaande van frequentie van nierkanker in gezonde (ongeselecteerde) populatie van 0,1%		1	100