

Deskundigen bakkeleien over beste preventiestrategie

Klein risico, groot succes

Henk Maassen

Preventieprogramma's voor de hele bevolking boeken meer resultaat dan acties die zijn gericht op mensen met een hoog risico. Maar geïndividualiseerde burgers houden niet van zo'n boodschap. En veel artsen ook niet.

Betutteling door de overheid is uit. Dat weten we, de huidige minister van VWS heeft het namelijk zelf gezegd. De Britse epidemiologe Kay-Tee Khaw, verbonden aan de University of Cambridge School of Clinical Medicine, denkt daar genuanceerder over. 'Het is', doceert ze, 'misschien moeilijk voor te stellen, maar je eigen risico op ziekte is afhankelijk van de samenleving waar je deel van uitmaakt. Vergelijk het met criminaliteit: woon je in een samenleving met veel misdaad, dan loop je een grotere kans op beroving.' En dus is er wel degelijk een taak voor de overheid. Ze volgt hierin de invloedrijke Britse epidemioloog Geoffrey Rose. Betutteling wil ze het overigens niet noemen. Volgens Khaw, die Rose's wetenschappelijke erfenis met verve verdedigt en uitdraagt, liet Rose zien dat het rendement

van effectieve preventieve maatregelen voor een individu vaak gering is, maar voor de samenleving als geheel behoorlijk groot. 'Rose noemt dat de preventieparadox. Hij becijfert

dat een groot aantal mensen met een betrekkelijk klein risico uiteindelijk meer ziektegevallen zal opleveren, dan een klein aantal gevallen met een groot risico. En daarom moet je je richten op dat grote aantal mensen.'

Een paar maanden geleden was Khaw aanwezig bij de presentatie van het boek *Successen van Preventie*. Daarin concludeerde de Rotterdamse hoogleraar Johan Mackenbach dat sommige van die successen inderdaad zijn behaald met

een 'onversneden populatiebenadering', dat wil zeggen door maatregelen die aan de gehele bevolking zijn aangeboden of opgelegd. Hij wijst op bekende voorbeelden als verkeersveiligheidsmaatregelen, de verwijdering van transvetzuren uit het voedsel, of de bestrijding van het roken. Maar hij laat ook zien, dat preventieve interventies gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico, evengoed grote successen kennen. Mackenbach noemt bloeddrukverlagers en statines als goede voorbeelden.

Gezondheidswinst

De 'onversneden populatiebenadering' verduidelijkt Rose graag met het voorbeeld van het verminderen van de zoutconsumptie door de gehele bevolking: zo zou de bloeddruk gemiddeld wat lager worden. Bij het grote aantal mensen met een licht tot matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten vermindert daardoor het risico een beetje. Toch levert het voor de gehele bevolking een aanzienlijke gezondheidswinst, als je kijkt naar het aantal vermeden ziektegevallen. De individuele gezondheidswinst voor diegenen die niet ziek worden, is natuurlijk ook groot. 'Maar wie dat zijn, is onbekend en daarom zeggen we gemakshalve dat alle deelnemers aan de interventie gemiddeld en dus in geringe mate baat hebben bij deze maatregel', aldus Khaw. 'Maar mensen denken niet graag in die termen – daar is weerstand tegen. Misschien nu zelfs meer dan vroeger.' Tegenstanders vinden de sterkte van deze benadering ook haar zwakte. Khaw verklaart:

'Er zijn sterke omgevingsdeterminanten en lifestyle-invloeden in het spel'

‘Veel mensen moeten hun leefstijl aanpassen of andere inspanningen plegen zonder dat het hen merkbaar gezondheidswinst oplevert.’ Rose was zelf de eerste om dat toe te geven, zegt ze. Hij had het niet voor niets over een ‘radicale benadering’ die erop gericht is belemmeringen te verwijderen die gezond gedrag in de weg staan. De medische aanpak van ziekte is belangrijk, zei Rose, maar alleen sociale en politieke maatregelen pakken de werkelijke oorzaken aan.

Massamediale campagnes

Anders dan sommige van haar collega's ziet Khaw screeningprogramma's, ook als ze nageen de gehele populatie betreffen, niet als een populatiebenadering. ‘Je spoort met deze aanpak immers eerst individuen op met een hoog risico op een ziekte en biedt hen vervolgens een behandeling aan. Je ‘behandelt’ dus niet de gehele populatie.’ (zie tabel op blz. 1584)

Iedereen kan weten dat deze hoogrisicobenadering kostbaar is, aldus Khaw: ‘De meeste ontwikkelingslanden kunnen zich deze vorm van preventie dan ook niet veroorloven. De enige realistische preventiestrategie in zulke landen is daarom een populatiegebaseerde benadering.’

Maar zeker in een liberale en geïndividualiseerde samenleving slaat het zoeken naar mensen met een hoog risico beter aan. Want maatregelen die de overheid afkondigt voor het collectief of algemene publieksadviezen, bijvoorbeeld in de vorm van massamediale campagnes, worden – zie de woorden van de minister – toenemend ervaren als bemoeizuchtig of betuttelend. ‘Bovendien’, voegt Khaw daaraan toe, ‘hebben artsen graag het gevoel dat ze de juiste patiënten behandelen. Daarom is een hoogrisicobenadering ook altijd de preventiestrategie waarmee je begint. Het probleem is alleen dat we ons met deze benadering onvoldoende af-

In een liberale en geïndividualiseerde samenleving slaat de hoogrisicobenadering beter aan dan de populatiebenadering.

beeld: iStockphoto



Kenmerken twee soorten preventie



Hoogrisicobenadering	Populatiebenadering
Opsporen van hoogrisicogeveallen	Identificatie van belangrijke risicofactoren
Interventies alleen bij individuen met hoog risico	Reductie van risicofactoren in totale bevolking, los van individueel risico
Risico-batenbalans individueel bepaald	Risico-batenbalans bepaald voor hele bevolking

vragen welke factoren in een populatie bepalen dat een ziekte veel voorkomt. Kijk eens naar de grote geografische verschillen in incidentie en mortaliteit van hart- en vaatziekten, diverse kankersoorten en spierziekten. Waarom is de incidentie van hart- en vaatziekten de laatste dertig jaar in Azië gestegen, en waarom is die gezakt in de VS, waarom is in Japan de incidentie van colonkanker driemaal zo hoog geworden in de laatste decennia? Het kan niet anders of er zijn sterke omgevingsdeterminanten en lifestyle-invloeden in het spel. Je zou daar graag voor een populatiebenadering kiezen. Maar ik geef toe: vaak moeten we besluiten tot een hoogrisicobenadering, omdat we domweg niet weten wat we in de populatie moeten doen om ziekte te voorkomen.'

Juist doordat omgevingsfactoren zo'n enorme invloed hebben op veel voorkomende ziekten, gelooft ze ook niet in screenen op basis van genetische profielen. *'It's all complete rubbish.'* De genetische revolutie heeft zeker geholpen bij

het opsporen van oorzaken van ziekte; maar zal niet helpen bij het opsporen van hoogrisicogeveallen – los van de enkele *single gene*-varianten die we al kennen. Iedereen kent toch het Nederlandse onderzoek

waaruit bleek dat families met hypercholesterolemie in de jaren 1840 een lagere mortaliteit hadden dan de algemene populatie, terwijl dat nu omgekeerd is? Mensen hadden toen een ander dieet, want ze leefden in een omgeving waarin perioden van honger heel normaal waren.'

Te rigide

De vraag is of Khaw's onderscheid tussen beide typen van preventie niet wat te rigide is. Haar collega Harry de Koning, hoogleraar Evaluatie van vroegopsporing, aan het Erasmus

MC vindt van wel. 'Het gemak waarmee ze de risicobenadering afdoet, vind ik te extreem. Ik weet dat veel epidemiologen zijn opgevoed met de ideeën van Rose. Maar ik vind zijn visie gedateerd.'

De Koning heeft daar een paar redenen voor. 'Eerst een voorbeeld: binnenkort verschijnen de uitkomsten van een trial waarin rokers met een hoog risico op longkanker zijn gescreend met een CT-techniek. Die screening blijkt de kans op overlijden te verkleinen met 20 tot 30 procent. Dat is niet niks. Het is een mooi voorbeeld van een hoogrisicobenadering. Is die methode beter of slechter dan via allerlei publiciteitscampagnes mensen wijzen op de ernstige gezondheidsschade die roken kan veroorzaken? Let wel: ik stel alleen de vraag. Dat moet je uitzoeken. Wat ik wil zeggen is dat het juiste rekensommetje nu vaak niet wordt gemaakt.'

Wat De Koning vooral wil benadrukken is dat de huidige screeningstechnieken, zoals CT-scans, nog niet beschikbaar waren toen Rose zijn ideeën over preventie wereldkundig maakte of dat ze toen pas in de kinderschoenen stonden en betrekkelijk kleine groepen bereikten. De Koning wijst erop dat nu veel meer aandoeningen en afwijkingen in een vroeg stadium herkenbaar zijn, of dat ze dat in de nabije toekomst zullen worden. Hij denkt daarbij aan aandoeningen als de verkalking van de belangrijkste slagaderen, botontkalking en beginnende stadia van dementie.

Hij voert ook nog een maatschappelijk argument aan. Hij denkt dat nieuwe technologische mogelijkheden aansluiten op de wensen van het individu. 'Mensen kunnen tegenwoordig zelftesten aanvragen via internet, of worden op hun wenken bediend door commerciële bedrijven of goedbedoelende hulpverleners.' Kan, vraagt hij zich af, met alle risicoschatters op het internet het individu niet zelf heel goed bepa-

'Mensen kunnen tegenwoordig zelftesten aanvragen via internet'

Miljoen

Wat kun je niet voor moois doen in de zorg met 1 miljoen euro? Eindelijk eens onafhankelijk geneesmiddelen-onderzoek doen naar de behandeling van chronische ziekten, zonder inmenging van de industrie. Checklists invoeren op alle ok's in Nederland. Een groot trainingsprogramma opzetten onder dokters over patiëntgerichte communicatie. Eindelijk eens doorpakken op het gebied van rookpreventie onder de jeugd: alle schoolpleinen, sportaccommodaties en festivalcomplexen rookvrij maken. Vier onderzoekers aan hun promotie laten werken. Een prachtig nieuw apparaat kopen voor innoverende beeldvorming. Je kunt er minstens vijf medisch specialisten een jaar voor aan het werk houden.

Je kunt zoveel mooie dingen doen met 1 miljoen euro.

Als je het nou voor het kiezen hebt, moet je bij voorkeur 1 miljoen euro in de zorg niet besteden aan afkoopsommen voor slecht presterende bestuurders. Onlangs nog in MC het trieste verhaal van het ziekenhuis in Alkmaar dat drie afvloeiende bestuurders in totaal 1 miljoen euro uitbetaalt voor in totaal nog geen drie jaar werk. Hoewel het aantal rvb'ers dat afdruipt en de totale omvang van de gouden handdruk deze keer wel erg groot is, kennen we dit soort verhalen inmiddels uit vrijwel alle ziekenhuizen. Recentelijk nog Heerenveen, Zaandam en Almere. En hoewel we in Zwolle nu al jaren gezegend zijn met een stabiel bestuur hebben wij ook een bonte stoet vorstelijk betaalde interimers voorbij zien komen.

Ik heb niet geleerd voor het besturen van een ziekenhuis, maar voel op mijn klompen aan dat 1 miljoen euro besteden aan drie mannen die vertrekken slecht ziekenhuisbestuur is. Ik ben bang dat we wel kunnen afspreken dat we daarmee ophouden, maar dat het zo niet werkt. Ook deze markt moet kennelijk worden gereguleerd.

Paul Brand,
kinderarts

/veldwerk

len of nu juist hij in aanmerking zou moeten komen voor een behandeling? Mensen moeten volgens De Koning als het ware zelf aan de slag. En dat hoeft niet eens altijd high-tech te wezen: 'Iemand zou met een lintcentimeter de omvang van zijn middel kunnen meten, zodat hij zelf zijn risico op hart- en vaatziekten of diabetes kan bepalen. Ik bedoel: jaarlijks dat soort tests bij onszelf doen, dat wordt misschien wel heel gewoon.'

En ten slotte, zegt hij, is het nog maar de vraag welke maatregelen zich nog lenen voor een populatiebenadering. Inderdaad, verlaging van het zoutgehalte in het voedsel is er één. Maar misschien zijn ze verder wel langzaam uitgeput geraakt.

Infantilisering

Epidemioloog en MC-columnist Luc Bonneux gaat in zijn pas verschenen boek *En ze leefden nog lang en gezond* (Zie Scoop volgende week) nog een stap verder. Hij ziet niet zozeer betutteling, als wel vooral 'infantilisering van de wilsbekwame volwassene'. Wie zijn columns kent, zal niet verbaasd zijn over het harde oordeel dat hij velt: 'Preventieve geneeskunde is geen geneeskunde, en hoort dus ook niet in het basispakket.' Ooit betekende preventie de strijd tegen infectieziekten, door algemene regels van hygiëne, door betere woningen, vaccinatieprogramma's en soms actieve opsporing, schrijft hij. De komst van machines die ons de zware arbeid uit handen namen, verbeterde de gezondheid. Ook het verbod op asbest en de strijd tegen het roken zijn voorbeelden van maatregelen die voor de gezondheid van de gehele populatie hun vruchten hebben afgeworpen. Maar inmiddels is de drang tot preventie doorgeschoten in screeningsprogramma's waarvan het effect volgens hem allerm minst vaststaat.

Ook Bonneux ziet meer in een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen als het gaat om hun gezondheid. Maar daar moet je wel op tijd mee beginnen: 'Ik heb het niet zo opgeschreven, maar ouders moeten weer opvoeden, de staat moet verder terugtreden, tenzij de ouders aantoonbaar opvoedingsonbekwaam zijn – en dat zijn er niet zo veel. Bij opvoeden hoort het aanleren van leefregels. Zo horen bij voeding traditionele waarden: niet te veel opscheppen, bordje leeg eten, groenten opeten, met mate snoepen, en verder: bewegen en buiten spelen.'

Anders gezegd: als het om gezond gedrag gaat, moeten ouders hun kinderen 'betuttelen', maar de overheid niet de ouders. 