

'HET IS DE KEERZIJDE VAN VRAAGGERICHTE ZORG'

Health checks: het kaf en het koren

Gezondheidschecks winnen aan belangstelling. De huisarts ziet ze als niet doelmatig. De ondernemer ziet een markt. Nu is er een richtlijn.

De 'APK van het lichaam' is populair. Artsen worden toenemend geconfronteerd met patiënten die een preventief medisch onderzoek (PMO) willen, of die met een onduidelijke bevinding na zo'n onderzoek op het spreekuur komen. 'Mensen weten vaak niet op welke aandoeningen of risicofactoren een PMO gericht is en wat de mogelijke gevolgen en risico's zijn', zegt Ellen Burgering, beleidsmedewerker van de KNMG. 'Dat komt ook omdat het moeilijk te achterhalen is of een PMO zinvol is en wat kwalitatief goede en minder goede aanbieders zijn.'

Er zijn wettelijke beperkingen: niet alles mag wat kan. Onderzoek met ioniserende straling, onderzoek naar kanker en onderzoek naar ziekten of aandoeningen waarvoor geen behandeling mogelijk is, mag in Nederland alleen worden uitgevoerd met een vergunning van VWS. Maar dat maakt het huidige aanbod niet makkelijker overzienbaar: van online vragenlijsten op internet en apps die lichaamsfuncties meten of monitoren tot de total bodyscan, van zelftests op lichaamsmateriaal zoals bloed, urine, ontlasting of speeksel tot lichamelijk onderzoek op een specifieke locatie.

Kaf en koren

De multidisciplinaire richtlijn PMO, die vorig jaar op de KNMG-site verscheen, wil kaf van koren scheiden door kwaliteitscriteria en aanbevelingen te formuleren. Zo moet het gaan om gerichte op-

sporing; duidelijk moet ook zijn op welke doelgroep het onderzoek zich richt. De aanbieder of uitvoerder dient afspraken te hebben met gekwalificeerde ketenpartners om eventuele doorverwijzing van cliënten voor vervolgacties mogelijk te maken. En last but not least: de aanbieders en uitvoerders van PMO's moeten kunnen aantonen dat de voordelen van het PMO voor de doelgroep opwegen tegen de nadelige (psychische of fysieke) effecten of risico's.

De bedoeling was om in samenwerking met het normalisatie-instituut NEN preventief medisch onderzoek dat voldoet aan de richtlijn te certificeren. Burgering: 'Dat blijkt uitermate complex; het is daarom de vraag of het een haalbare kaart is. Het vergt heel veel medisch-inhoudelijke expertise.'

Intussen stelt de richtlijn zulke strenge eisen, dat wel duidelijk is dat de meeste aanbieders daaraan niet zullen voldoen. Burgering: 'De vraag is hoe ver je moet gaan op de lijn tussen "heel strikt" en "alles moet kunnen" (zie *kader* voor debat, red.). De richtlijn biedt in ieder geval een kwaliteitskader. Dat was er nog niet. In principe geldt: artsen moeten geen tests afnemen zonder indicatie. Ze zouden mensen dus ook moeten weigeren.'

Fuik

Niek de Wit, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Utrecht, beaamt dat. 'Preventief medisch

onderzoek is niet doelmatig; je loopt het risico dat je dingen gaat vinden die uiteindelijk de gezondheid niet beïnvloeden. Bij beeldvormend onderzoek wringt het risico op bevindingen waarvan we niet weten wat we ermee moeten, nog het meest.'

Besluit een patiënt een traject met vervolgonderzoek in te slaan, dan is dat te vergelijken 'met een vis die een fuik in zwemt', aldus de Gezondheidsraad vorig

De meerderheid vraagt de huis- arts niet eerst om advies

jaar in een advies over nevenbevindingen. 'De enige mogelijkheid is doorgaan op de ingeslagen weg. Niet verdergaan op die weg betekent dat patiënt en behandelend arts met allerlei vragen en onzekerheden blijven zitten.'

De Wit heeft in zijn praktijk een aantal keren meegemaakt dat mensen in een vervolgcircuit belandden, terwijl dat achteraf onnodig bleek. 'Patiënten zeggen dan rustig achteraf: gelukkig was het niks. Zo denken helaas veel mensen, maar het is wel de wereld op zijn kop. Dit is de keerzijde van vraaggerichte zorg: de patiënt is namelijk lang niet altijd goed geïnformeerd en laat zich, gedreven door emoties, gemakkelijk tot dit soort gezondheidschecks verleiden.'

De Wit weet best dat PMO's in 'bepaalde culturen, ook in de medische wereld' volstrekt ingeburgerd zijn. 'In Duitsland

bijvoorbeeld. Maar we zijn hier nogal puriteins; van dat denken ben ik ook een representant.' Met redelijk succes krijgt hij aan zijn patiënten uitgelegd dat een PMO niet zinvol is. 'Maar de meerderheid vraagt de huisarts niet eerst om advies.'

Waarom eigenlijk niet? Arts Ger Uytdehaag, eigenaar van de Preventie Clinic in het Brabantse Bavel, weet het wel: 'Mensen willen gerustgesteld worden, maar ook voorkomen dat de huisarts zegt: "wat kom je hier eigenlijk doen?"'. Dus komen ze bij mij, want ik ben laagdrempelig.' Hij ziet vooral mensen die zelf de vinger aan pols willen houden of ongerust zijn, bijvoorbeeld vanwege hartproblemen in de familie. 'Meestal kan ik ze geruststellen.' Een onderzoek door bureau Panteia (juni 2014) geeft hem grotendeels gelijk: wie al klachten had en daarom ook al naar een arts was geweest deed het PMO meestal als een soort 'second opinion'. Maar mensen zonder klachten motiveerden hun gezondheidscheck vanuit de behoefte regie te voeren over de eigen gezondheid.

DEBAT OVER PREVENTIEF MEDISCH ONDERZOEK

In samenwerking met het district Twente organiseert de KNMG op 18 september om 19.00 uur een discussieavond over de voors en tegens van PMO en de nieuwe richtlijn.

Spreekers zijn: Ellen Burgering, beleidsadviseur KNMG, Niek de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde en vertegenwoordigers van de Preventie Clinic. De avond besluit met een debat onder leiding van Gert van Dijk, ethicus bij de KNMG, waaraan de sprekers deelnemen en dr. R. Sprangers, cardioloog bij Prescan. Plaats: Medisch Spectrum Twente, Ariënsplein 1, 7511 JX Enschede.

Klant is koning

Cees-Jan Vloon, zelf geen arts, is oprichter en directeur van Check-U in Apeldoorn dat onder het motto 'meten is weten' jaarlijks voor zijn cliënten duizenden bloedtests laat uitvoeren. Het bedrijf heeft afspraken met een groot aantal ziekenhuizen en laboratoria in het land. Vloon heeft geen boodschap aan de PMO-richtlijn; hij is ook niet van plan er een blik op te werpen. Bij hem is de klant koning. 'Ik vind het raar dat de huisarts

beslist of het zinnig is dat je je cholesterol laat meten. Nog vreemder is het dan als je ineens in De Telegraaf leest dat huisartsen ook een medische APK gaan doen. Maar hun patiënten moeten wel eerst een vragenlijst invullen, om te bepalen of ze in een risicogroep vallen. Er zijn veel mensen die deze betutteling niet langer accepteren. Zij vormen onze markt.' Niek de Wit daarover: 'Het is zelfs nog maar de vraag of dit geïndiceerde preventieconsult in de huisartspraktijk



tot gezondheidswinst leidt.' Hij doet er momenteel onderzoek naar. Ger Uytdehaag werkt met zijn Preventie Clinic een stuk kleinschaliger dan Check-U: 'Ik doe zelf alle controles bij de patiënten'. Ook hij heeft de richtlijn nog niet goed bekeken, maar is dat wel van plan. Hij is ervan overtuigd dat er niets mis is met zijn aanpak. 'Ik ben puur preventief bezig. Ik ben me daarbij bewust van fout-positieve en fout-negatieve uitslagen. Ik zeg ook altijd tegen cliënten dat het om een momentopname gaat. En ik werk volgens de richtlijnen van de cardiologen en huisartsen.'

Uytdehaag biedt verschillende vormen van gezondheidsonderzoek aan, van basaal bloedonderzoek, ecg en lichamelijk onderzoek, tot longfunctieonderzoek compleet met inspanningstest. 'Behalve de onderzoeksresultaten krijgt de cliënt tips en aanbevelingen voor het aanpassen van de leefstijl of het advies om naar

ring van veelvoorkomende diagnoses (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, diabetes type 2, hart- en vaatziekten) bespaart ongeveer 20,6 miljoen euro. Mensen die zich laten geruststellen en daardoor afzien van verdere zorg, besparen het zorgbudget 5,2 miljoen euro per jaar. Maar beide zijn ruwe schattingen, aldus Panteia. Preciezer zijn de ramingen van de kosten van 'onnodige zorg' door PMO: ongeveer 53 miljoen euro per jaar. Uit te splitsen naar kosten van huisartsenzorg (zo'n 11 miljoen euro) en kosten van specialistenzorg (42 miljoen). De onnodige kosten worden dus voor bijna 80 procent veroorzaakt in de tweede lijn. Steeds gaat het om zorgtrajecten voor mensen die na een gezondheidscheck bij een huisarts of specialist aankloppen en bij wie ofwel wordt vastgesteld dat er geen sprake is van een aandoening, ofwel een diagnose volgt, maar geen behandeling.

De kosten mogen hoger zijn dan de baten, er lijkt niettemin geen houden aan: vraag en aanbod groeien gestaag. Zo zijn in de VS, volgens Ellen Burgering, al meer dan duizend genetische tests beschikbaar en bovenal, stelt ze vast, heeft de consument 'een heel ander begrip van wat nuttig en zinvol is dan de meeste artsen'.

'De principiële vraag is daarom', zegt hoogleraar De Wit, 'of het verstandiger is maatschappelijke ontwikkelingen te volgen en de markt zijn werk te laten doen, of ons gezond verstand te gebruiken. Anders gezegd: de burgers te beschermen tegen al dit onzinnige onderzoek.' Begin juli zei minister Schippers (VWS) in een brief aan de Kamer te willen nagaan 'waar de overheid echt een beschermingstaak blijft hebben'. Daarover wacht ze een advies van de Gezondheidsraad af, dat naar verwachting eind van dit jaar gereed is. Maar ze wil ook vast kijken waar ze wet- en regelgeving zoveel mogelijk kan aanpassen, 'zodat eigen keuze en innovatie zoveel mogelijk ruimte krijgen'.

web

Het onderzoek, de richtlijn en verdere informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

'Mensen willen gerustgesteld worden'

de huisarts te gaan voor behandeling of verdere controle.' Dat doet lang niet iedereen. Vloot van Check-U: 'Wij kennen uiteraard niet de verdere klinische gegevens van onze klanten. We weten dus niet of iemand dik of dun is; we kunnen om die reden ook geen specifieke leefstijladviezen geven. Wel adviseren we in sommige gevallen om de huisarts te raadplegen.'

Kosten

Het lijkt Uytdehaag een goed idee om mensen eens per jaar of per twee jaar te controleren op wat basiswaarden. 'Zo kun je de kosten van de zorg naar beneden brengen, omdat je in geval van verhoogde risico's tijdig kunt ingrijpen', zegt hij. Maar het onderzoek van bureau Panteia komt tot andere conclusies. Vroegopspo-

OP SPITZEN

Mevrouw B. zit in de lappenmand: fracturen aan beide onderarmen, ernstig bandletsel aan enkel en knie. Zij kan niets. Haar dag is gevuld met de rondreis orthopeed-revalidatie-arts-fysio-ergo. Ook de neuroloog moet maar eens meekijken. En de bedrijfsarts, want het betreft een bedrijfsongeval. Zij zit er helemaal doorheen. En dat is logisch, met zoveel medische problemen.

Hoewel: medisch? Mevrouw B. is balletdanseres. Zij handhaaft zich met moeite bij de subtop. Haar rol in de eerstvolgende voorstelling is met oneigenlijke middelen afgedwongen. Al op de eerste repetitiedag maakt zij de smak, die aanleiding is tot bovenbeschreven medische ellende.

Zij had zich al jaren geleden moeten bezinnen op loopbaan en ambities. Maar dat is pijnlijk en kan nu opnieuw worden uitgesteld: 'Eerst maar eens beter worden.'

Een flauw voorbeeld? Kijk eens om u heen: wie loopt op spitzen? Uzelf misschien? Overbelasting, zelfoverschatting en te hooggespannen verwachtingen uiten zich niet alleen in burn-out en depressie, maar ook in de 'harde medische' beelden.

Wie zichzelf overbelast, krijgt snel een ongeluk, is kwetsbaar voor letsel, herstelt moeizaam, ontwikkelt complicaties en houdt er altijd wat aan over (whiplash).

De voor zichzelf verantwoordelijke werknemer is omgeturnd tot een patiënt die zich volledig in beslag laat nemen door het letsel, de pijn en de andere ongemakken. En de time-out, die zo gewonnen wordt, krijgt keer op keer een verlenging vanuit de curatieve zorg, die altijd nog wel iets weet te verzinnen, te onderzoeken of te verwijzen als de klachten aanhouden.

'Mevrouw/meneer, het is een ernstig beeld, u moet zich nu concentreren op uw herstel.'

Eveline Knibbeler