

## 4 Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk<sup>1</sup>

*Er komen steeds meer mogelijkheden om bij mensen die geen klachten hebben, ziektes of afwijkingen vroegtijdig op te sporen en te behandelen. De huisartspraktijk lijkt daarvoor de ideale plaats en hoewel veel huisartsen vooralsnog terughoudend zijn, mag verwacht worden dat preventief onderzoek een steeds grotere rol gaat spelen in hun praktijk. Preventief onderzoek of screening wordt meestal ongevraagd aangeboden, en dat lijkt minder goed verenigbaar met het ideaal van vraaggerichte zorg. Mede daardoor zijn sommige huisartsen veel minder actief in hun opsporingsactiviteiten dan anderen. Is die variëteit een bezwaar? Als huisartsen meer mogelijkheden voor preventief onderzoek gaan aanbieden, lijkt er sprake te zijn van een accentverschuiving in hun rol: ze worden meer nadrukkelijk ook een gezondheidsmonitor die op de hoogte is van gezondheidstoestand en risicoprofielen van de mensen in hun praktijk en die ingrijpt als daar aanleiding toe is. Is dat een wenselijke ontwikkeling? In dit signalement komen verschillende voorbeelden van vroege opsporing in de huisartspraktijk aan bod en worden ethische kwesties en valkuilen gesignaleerd die juist voor de huisartspraktijk relevant zijn.*

### 4.1 Inleiding

Preventie van ziekte wordt al sinds decennia gezien als een belangrijke taak van de huisarts in het bijzonder (Van den Dool 1970, Van Weel 1981, Gezondheidsraad 2004b). Een van de manieren waarop de huisarts een bijdrage levert is vroege opsporing bij mensen die nog geen klachten hebben. Door middel van een anamnese, een test of vragenlijst kan nagegaan worden of er aanleiding is voor vroegtijdig medisch ingrijpen. Sommige van deze opsporingsactiviteiten vinden op grote, landelijke schaal plaats, zoals het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Een huisarts kan echter ook nadrukkelijker op eigen initiatief opsporingsactiviteiten verrichten. Bijvoorbeeld naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten (bepaling van bloeddruk of cholesterol), chlamydia (met een urinetest), milde vormen van COPD (met een longfunctiemeting) of dementie (met een korte observatielijst). Niet alle mogelijkheden zijn 'evidence-based' en sommige zelfs bij uitstek controversieel. De houding van huisartsen ten aanzien van de mogelijkheden van vroege opsporing is divers. Sommigen zijn zeer actief, anderen uiterst terug-

<sup>1</sup> Opgesteld door dr MF Verweij, werkzaam bij het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Ter voorbereiding van dit signalement is op 25 januari 2005 een expertmeeting gehouden. Een verslag van die bijeenkomst is te vinden op [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl). Afzonderlijk werden geconsulteerd: Dr CP van Lidth de Jeude, huisarts; Prof. dr S Thomas, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; AEGM Walter, huisarts.

houdend. Om een aantal redenen kan echter verwacht worden dat vroege opsporing in de huisartspraktijk een steeds belangrijker rol zal gaan spelen.

Ten eerste weten we steeds meer over het ontstaan van allerlei aandoeningen, over risicofactoren en over de mogelijkheden om die, soms heel eenvoudig, op het spoor te komen. Genetische screening is nog uitzonderlijk, maar het is te verwachten dat ook de inzichten in genetische afwijkingen en polymorfismen (kleine variaties) een steeds grotere rol zullen spelen in de reguliere zorg, inclusief de huisartsgeneeskunde.

Een andere belangrijke ontwikkeling is het groeiende commerciële aanbod van medische tests. Het bedrijf Prescan biedt bijvoorbeeld een 'total body scan' aan: een CT- of MRI-scan van het hele lichaam. Daarbij zijn ook abonnementen mogelijk: voor een kleine duizend euro per jaar krijg je vijf jaar lang ieder jaar een compleet lichaamsonderzoek. Eenvoudige tests zijn veel breder verkrijgbaar. Sommige supermarkten of drogisterijen bieden cholesterolbepalingen en bloeddrukmetingen aan. Via internet kunnen speeksel- en bloedtests besteld worden, zoals HIV-, PSA- (risico op prostaatkanker) en allergietesten. De *common sense*-gedachte dat ziektes het beste zo vroeg mogelijk ontdekt en bestreden kunnen worden leidt tot een groeiende markt. En de farmaceutische industrie stimuleert deze ontwikkeling, omdat het interessant is geneesmiddelen te ontwikkelen die voorgeschreven kunnen worden aan (vooralsnog) gezonde mensen. De zin van veel van dit soort preventieve onderzoeken is echter twijfelachtig. Bovendien komen mensen na een 'afwijkende' uitslag alsnog naar de huisarts voor begeleiding, vervolgonderzoek of geruststelling. De vraag is dan of de huisarts in het belang van de patiënt niet beter zelf een actiever opsporingsbeleid zou kunnen voeren.

Ten derde zijn er nieuwe technologische ontwikkelingen die het mogelijk maken om in één onderzoek naar vele factoren tegelijkertijd te kijken, zoals tandem massaspectrometrie. Deze technologie is op korte termijn vooral van belang voor screening van pasgeborenen, maar het is denkbaar dat in de loop van decennia ook in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg technologie beschikbaar komt waarmee aan de hand van een enkel bloed- of weefselmonster gescreend kan worden op een breed palet van aandoeningen en afwijkingen.

Bij deze ontwikkelingen lijkt juist de huisartspraktijk een ideale plaats voor vroege opsporing van ziekte. De huisarts is de enige arts met wie gezonde mensen al een relatie hebben. Huisartsen zien in twee jaar gemiddeld 90% van al hun patiënten op het spreekuur. Dat maakt een screeningsaanbod door de huisarts toegankelijk en laagdrempelig. Bovendien biedt het huisartsinformatiesysteem gegevens voor screening en risicoselectie. Op basis van gegevens uit de dossiers kan de huisarts een selectie maken van mensen met risicofactoren en hen uitnodigen voor nader onderzoek, advies of preventieve behandeling. Het nationale programma voor griepvaccinatie onder risicogroepen werkt op deze manier en de respons is zeer hoog (Braspenning 2004).

Veel mensen staan positief ten opzichte van preventieve activiteiten door hun huisarts (Van Lidth de Jeude 1991). Traditioneel zijn veel huisartsen echter terughoudend tegenover uitbreiding

van opsporingsactiviteiten. De beperkte capaciteit is daarbij een factor. Maar met de komst van de praktijkondersteuner ontstaan er wellicht meer mogelijkheden om routinematig preventief onderzoek te delegeren. Er zijn echter ook veel verschillen in de inschatting van de effectiviteit. Screening door huisartsen is dan ook al decennia onderwerp van debat (zie bijvoorbeeld Van Aalderen 1978, Bastiaanssen 2005).

Dit debat over de rol van de huisarts bij preventief onderzoek wordt door de geschetste ontwikkelingen des te urgenter. Wordt hij of zij meer een gezondheidsmonitor: een arts die niet alleen uitgaat van de hulpvraag waarmee de patiënt zich aandient, maar die ook informatie verzamelt over de gezondheidsrisico's van de patiëntenpopulatie teneinde zo snel mogelijk preventief in te grijpen? En is zo'n accentverschuiving wenselijk? Die lijkt namelijk op gespannen voet te staan met de idealen van vraaggestuurde zorg en autonomie van de patiënt. Is die spanning er inderdaad?

Over deze vragen gaat het in dit signalement. In paragraaf 4.2 wordt een breed palet aan screeningsmogelijkheden besproken. Daarna komen een aantal ethische eisen en daarmee samenhangende problemen aan de orde: de zin van screening (4.3), de individuele keuzevrijheid (4.4), rechtvaardigheid (4.5) en het voorkomen van medicalisering (4.6). Het signalement sluit af met een discussie over de veranderende rol van de huisarts (4.7) en met een aantal punten voor de ethische beleidsagenda.

## **4.2 Vroege opsporing: wat zijn de mogelijkheden?**

Deze paragraaf biedt een globaal overzicht van mogelijkheden van vroege opsporing. Eerst wordt ingegaan op de verschillende manieren om doelgroepen te bereiken, daarna wordt een breed (doch niet uitputtend) overzicht geschetst van aandoeningen en risicofactoren waarop huisartsen zouden kunnen screenen.

### **Bevolkingsonderzoek of case-finding**

Huisartsen kunnen preventief onderzoek op verschillende manieren aanbieden. In een *bevolkingsonderzoek* wordt (een deel van) de algemene bevolking uitgenodigd voor een test. De huisarts kan vooraf een selectie gemaakt hebben, meestal op basis van algemene kenmerken zoals leeftijd of geslacht. *Case-finding* (of anticiperende geneeskunde) houdt in dat het preventief onderzoek wordt aangeboden aan patiënten die toch al – zij het om andere redenen – het spreekuur bezoeken. Case-finding wordt vaak 'opportunistisch' genoemd maar het kan niettemin zeer systematisch gebeuren. In dat geval heeft de huisarts van te voren bepaald wie voor case-finding in aanmerking komt (Van Lidth de Jeude 1991). Zodra een patiënt op het spreekuur verschijnt, ziet de arts op de kaart of op de computer dat hem of haar de test aangeboden moet worden. Eventueel kan de huisarts na verloop van tijd ook nog die mensen aanschrijven die wel voor de test in aanmerking komen maar die nog niet op consult zijn gekomen. Case-finding kan

overigens ook een echt *ad hoc* karakter hebben: de huisarts komt ter plekke op het idee om de bloeddruk te meten of cholesterol te meten.

Voor beide vormen van preventief onderzoek geldt dat ze verschillen van ‘gewone’ medische zorg. Het aanbod gebeurt op initiatief van de arts en niet als antwoord op een vraag of klacht van de patiënt. De wijze waarop mensen benaderd worden is moreel relevant omdat er sprake kan zijn van meer of minder aandrang door de huisarts. In paragraaf 1.4 worden verschillende manieren nader beschreven en besproken.

## Overzicht

### Hypertensie

De NHG-richtlijn hypertensie beveelt aan om de bloeddruk te meten bij mensen bij wie de huisarts een hoog risico vermoedt op hart- en vaatziekten. Ook bij mensen boven de 60 kan eens per 5 jaar de bloeddruk worden gemeten. Het wordt aan de huisarts overgelaten om alle mensen in de groep via een oproep te benaderen, dan wel tijdens een consult een meting voor te stellen. Indien de bloeddruk bij herhaalde metingen te hoog is, en er ook andere risicofactoren zijn, kan medicamenteuze therapie geadviseerd worden. Dit wordt bepaald aan de hand van een risicotabel waarbij het uitgangspunt is dat medicamenteuze therapie zinvol is bij een tienjaarskans op hart- en vaatziekten van 20% of meer. Daarnaast kunnen verschillende leefstijladviezen aangewezen zijn, zoals stoppen met roken en minder zout en alcohol gebruiken.

### Cholesterol

Verhoogd cholesterol is eveneens een voor het publiek bekende risicofactor voor hart- en vaatziekten. Het is dan ook een bepaling waar mensen soms zelf om vragen (Mazel & Flikweert 1999). Cholesterolmetingen worden door het NHG alleen geadviseerd als er sprake is van andere risicofactoren, zoals al manifeste hart- en vaatziekten, een verhoogde bloeddruk, of een vermoeden op familiale hypercholesterolemie. Het systematisch opsporen van mensen met verhoogde cholesterolwaarden wordt niet in de NHG standaarden aanbevolen.

### Hart- en vaatziekten algemeen

Hart- en vaatziekten vormen een belangrijke categorie – misschien wel de belangrijkste categorie – van aandoeningen waarbij vroege opsporing mogelijk is (NHG preventienota 2003).<sup>2</sup> Tegelijkertijd zijn opsporingsactiviteiten verre van onomstreden (Boot 1999, Wald 2003). Naast de eerder genoemde testen, is het ook mogelijk om voor alle mensen in de huisartspraktijk het cardiovasculaire risico te berekenen en de mensen *at risk* uit te nodigen. Dat is bewerkelijk, maar er is soms ondersteuning beschikbaar. Zo biedt Pfizer in samenwerking met het bedrijf D4H een programma aan, waarin op basis van het huisartsinformatiesysteem een selectie wordt gemaakt van patiënten bij wie een verhoogd risico wordt vermoed. Aan deze mensen wordt een vragenformulier toegezonden, op basis waarvan het risicoprofiel berekend kan worden. Afhankelijk van dat

2 In de nieuwe NHG standaard zullen bloeddruk, cholesterol en diabetes gezamenlijk worden behandeld.

profiel worden mensen in een brief gerustgesteld, worden leefstijladviezen gegeven, of worden zij uitgenodigd voor nader onderzoek.

### **Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker**

Vrouwen van 30 tot 60 jaar worden om de vijf jaar uitgenodigd voor een uitstrijk door hun huisarts. Bij een licht afwijkende uitslag wordt na 6 maanden een nieuwe uitstrijk gemaakt; bij een ernstigere afwijking volgt verwijzing naar de gynaecoloog voor vervolgonderzoek en eventuele behandeling. Als de huisarts zelf voor de uitnodigingen zorgt, is de opkomst hoog: ongeveer 77 % van de vrouwen die in aanmerking komen voor het onderzoek, geeft er gehoor aan (Tacken 2004).

### **Prostaatcancer**

Sinds 1993 wordt in Nederland onderzoek verricht naar de effectiviteit van periodieke screening op prostaatcancer. In 2008 zal blijken of een dergelijk bevolkingsonderzoek leidt tot vermindering van sterfte. De test die voor screening het meest wordt gebruikt, de bepaling van het eiwit PSA (prostaat specifiek antigeen) is in principe beschikbaar, ook voor huisartsen. Vroege opsporing bij mannen die geen klachten vertonen wordt overigens niet door het NHG aanbevolen.

### **COPD**

Een huisarts zou milde vormen van COPD kunnen opsporen door middel van een eenvoudige vragenlijst en een longfunctiemeting. Dit kan middels case-finding of bevolkingsonderzoek worden aangeboden, bijvoorbeeld aan alle rokers ouder dan 40 (van Schayck 2002). Rokers die een milde vorm van COPD hebben moet vooral geadviseerd worden om met roken te stoppen. Vroege opsporing wordt niet als optie genoemd in de NHG standaard.

### **Huisbezoek bij ouderen**

Sommige huisartsen zijn betrokken in projecten waarin middels huisbezoeken aan ouderen (bijvoorbeeld > 85 jaar) wordt nagegaan of er problemen of risico's zijn in een breed spectrum van aandoeningen en ongemakken. De huisarts kan dit met praktijkverpleegkundigen doen, of in samenwerking met een thuiszorgorganisatie (Kraakman 2003). Telefonisch wordt een afspraak gemaakt voor een huisbezoek door de verpleegkundige. Deze inventariseert vervolgens gezondheidsproblemen, klachten, problemen met betrekking tot zelfredzaamheid, valrisico, enz. Ook kunnen bepaalde metingen worden gedaan, zoals van bloeddruk, cholesterol, gewicht, buikomvang, bloedsuikerwaarde, visus en gehoor.

### **Osteoporose**

Vermindering van botdichtheid is een normaal aspect van veroudering. De huisarts kan de botdichtheid meten en zo een inschatting maken van het risico op een fractuur. Bevolkingsonderzoek onder alle ouderen wordt in de CBO richtlijn afgewezen. Case-finding kan zinvol zijn, bijvoorbeeld bij vrouwen (>75 j) met laag lichaamsgewicht en beperkte mobiliteit (CBO 2002). Bij een verhoogd risico kunnen verschillende interventies of adviezen voorgesteld worden: leefstijl-

adviezen (lichaamsbeweging), het dragen van heupbeschermers, maatregelen ter preventie van vallen, calcium en soms medicamenteuze therapie.

### **Dementie**

Huisartsen kunnen, bijvoorbeeld tijdens het spreekuur, aan de hand van een korte observatielijst systematisch nagaan of een patiënt op het spreekuur kenmerken heeft van een mogelijk beginnende dementie (Hopman-Rock 2001). Deze 'test' wordt afgenomen tijdens het gesprek, dat wil zeggen, zonder dat de patiënt ervaart dat er een test wordt afgenomen. Als er sprake is van kenmerken van beginnende dementie is verdere diagnostiek nodig. Dementie kan als zodanig niet behandeld worden: er bestaan wel medicamenten zoals cholinesteraseremmers en plaatjesagregatieremmers, maar deze worden niet aanbevolen in de NHG standaard Dementie. Indien dementie vroeg gesignaleerd wordt, bestaat de taak van de huisarts vooral uit het geven van voorlichting en adviezen ten aanzien van verdere zorg en rijvaardigheid.

### **Chlamydia**

Chlamydia-infecties kunnen lang zonder klachten gepaard gaan. De belangrijkste complicatie bij vrouwen is *pelvic inflammatory disease*, wat onder meer kan leiden tot chronische onderbuikspijn, verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid, of buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Opsporing is ook zinvol om verdere transmissie te voorkomen. Screening kan via een urinetest die individuen zelf uitvoeren en opsturen. Bevolkingsonderzoek vanuit Amsterdamse huisartspraktijken toonde een prevalentie van 2,3 % bij mannen en 2,9% bij vrouwen (Valkengoed 1999). Een onderzoek middels case-finding bij consulten zonder soa-klachten toonde een prevalentie van 4,7 % bij mannen en 4,9 % bij vrouwen (Van den Hoed 1999). In sommige etnische groepen werd een nog veel hogere prevalentie gevonden. In een recent advies adviseert de Gezondheidsraad om verschillende vormen van screening in de huisartspraktijk te evalueren (Gezondheidsraad 2004a).

### **Genetica**

Ontwikkelingen in *genomics* zullen meer mogelijkheden creëren om de (deels genetisch bepaalde) gezondheidsrisico's van een individu in kaart te brengen. In welke mate dit de medische praktijk zal veranderen is onderwerp van debat (Holtzman 2000), maar het is aannemelijk dat in de toekomst ook huisartsen dergelijke mogelijkheden ter beschikking hebben. De familieanamnese – te gebruiken als screeningsinstrument – is van oudsher een belangrijk onderdeel in de huisartsgeneeskunde. Assendelft en Van der Weele schetsen daarnaast een toekomstscenario waarin patiënten over 10 jaar in overleg met hun huisartsen een keuze maken uit een breed aanbod van genetische tests (Assendelft 2005). Genetische screening zal aan belang winnen wanneer in de toekomst systematisch aan paren met kinderwens preconceptionele zorg wordt aangeboden. Huisartsen kunnen daarin een belangrijke rol spelen. De Gezondheidsraad bereidt in 2005 een advies voor over dit onderwerp. Preconceptionele zorg zou overigens meer in het algemeen een stimulans kunnen vormen voor *community genetics* (Knottnerus 2003), waardoor dragerschapsscreening en genetische tests ook in de huisartspraktijk ingang zullen vinden.

Er zijn dus veel mogelijkheden voor vroege opsporing in de huisartspraktijk. Maar het feit dat een ziekte of risicofactor *kan* worden opgespoord is niet voldoende reden om het ook te doen.

### 4.3 Zinnvolle opsporing?

Bij bevolkingsonderzoek en case-finding krijgen gezonde mensen ongevraagd een test aangeboden. In een tijd waarin vraaggerichte zorg en autonomie van de patiënt als idealen worden gezien lijkt een dergelijk activisme bijna paradoxaal. Het ongevraagde aanbod stelt bijzondere eisen aan de effectiviteit van bevolkingsonderzoek en case-finding. Als een aandoening wordt opgespoord moet de patiënt natuurlijk een bewezen effectieve aanpak of behandeling geboden kunnen worden.<sup>3</sup> Sterker nog: de prognose wat betreft ziekte en kwaliteit van leven bij vroege opsporing en behandeling moet duidelijk beter zijn dan bij een behandeling die pas wordt ingezet als de ziekte door klachten of symptomen aan het licht komt.

Als een patiënt ... om hulp vraagt, geeft de arts alles wat hij kan (maar) hij is niet verantwoordelijk voor lacunes in de medische kennis. Als de arts echter screeningsprogramma's opzet, verkeert hij in een heel andere situatie. Hij dient ... over afdoend bewijs te beschikken dat screenen de ontwikkeling en het beloop van de ziekte bij een significant aantal gescreenden kan veranderen (Cochrane 1971).

Dat screening een duidelijke meerwaarde moet hebben is ook de kern van de principes voor screening die Wilson en Jungner in 1969 formuleerden. Wetenschappelijk onderzoek is daarbij de leidraad – dat geldt zowel voor bevolkingsonderzoek als voor case-finding.

### Individuele en collectieve overwegingen

Specifiek voor huisartsen speelt de vraag of gunstige effecten op populatieniveau zich wel laten vertalen naar de individuele patiënten met wie hij of zij immers al een zorgrelatie heeft. Interventies die op populatieniveau effectief en zinvol blijken zijn namelijk niet per definitie zinvol voor individuen en *vice versa* (Beaujean 2005). Gegevens over effecten op populatieniveau zijn daarom in de huisartspraktijk niet genoeg. Ook individuele gegevens moeten in de overweging betrokken worden. Gedacht kan worden aan overige risicofactoren die voor deze persoon gelden, diens houding tegenover de gezochte aandoening, familieomstandigheden, enz. Huisartsen hebben als geen ander de mogelijkheid om een aanbod van vroege opsporing op het individu af te stemmen.

Ook op grond van kostenoverwegingen kunnen er verschillen zijn tussen wat maatschappelijk als zinvol wordt beschouwd en wat individuen zinvol vinden. Tijdens een expertmeeting ter voorbereiding van dit signalement, wees Wiersma op de verandering van indicatie voor medicamenteuze behandeling van hoge bloeddruk. Vroeger werden medicijnen voorgeschreven bij een

3 Vandaar dat vroege opsporing van ernstige aandoeningen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is, onder de Wet Bevolkingsonderzoek vergunningplichtig is.

tienjaarsrisico van 30% op hart- en vaatziekten. Die grens is in de loop van de tijd verlaagd naar een tienjaarsrisico van 20%, een ontwikkeling die volgens Wiersma in belangrijke mate gebaseerd is op het feit dat bloeddrukverlagende medicatie goedkoper werd (CEG 2005). Terwijl vroeger bij een persoon met een tienjaarsrisico van 25% geen medicatie werd aanbevolen, gebeurt dat nu wel. De kans dat een persoon na screening in aanmerking komt voor behandeling is daarmee ook groter. Aan de andere kant zal de prijsverlaging van medicijnen voor menig individu niet doorslaggevend zijn voor de vraag of behandeling, c.q. vroege opsporing, zinvol is. De vraag is in de eerste plaats: is een tienjaarsrisico van 20% of 30% voor hem aanvaardbaar of niet? Kortom, voor een huisarts die een zorgrelatie heeft met individuen en die niet slechts als doel heeft om de gezondheid van een populatie te verbeteren is de vertaalslag van populatiegegevens naar de individuele situatie van cruciale betekenis.

## **Behandelen of gedrag beïnvloeden**

Tijdens de genoemde expertmeeting wezen verschillende huisartsen op Wilson en Jungners principe dat screening alleen aanvaardbaar is als er een geaccepteerde behandeling beschikbaar is. In een aantal situaties, zoals bij milde COPD of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is de meest effectieve interventie echter niet een *therapie* maar een gedragsverandering van de patiënt: stoppen met roken. Huisartsen hebben slechts beperkte middelen om gedragsverandering te bevorderen. Sommige huisartsen stellen dat de mogelijkheid van gedragsverandering onvoldoende is; als zij screening aanbieden, moeten zij een medische therapie achter de hand hebben. Is dat terecht?

In andere contexten van vroege opsporing is al langer het bedoelde principe van Wilson en Jungner aangepast, bijvoorbeeld in het normatieve kader dat de Gezondheidsraad in 1994 voorstelde voor genetische screening (Gezondheidsraad 1994). Genetische screening is ook aanvaardbaar als er zinvolle handelingsopties of keuzemogelijkheden worden gecreëerd voor individuen. Op dezelfde manier kan vroege opsporing van COPD of hart- en vaatziekten mensen informatie bieden die hen in staat stelt om weloverwogen keuzen te maken en hen desgewenst motiveert om hun rookgedrag of ongezonde leefstijl te veranderen. Het gaat te ver om te eisen dat er een effectieve *behandeling* beschikbaar moet zijn, het kan volstaan dat een patiënt op basis van een geconstateerde beginnende aandoening handelingsopties heeft die de prognose gunstig kunnen beïnvloeden.

Het probleem is daarmee echter niet verdwenen. In de praktijk is gedragverandering immers voor velen moeilijk bereikbaar. Is screening op aandoeningen die door gedragsverandering kunnen worden voorkomen nu zinvol of niet? Enerzijds stellen we als eis aan vroege opsporing dat deze effectief moet zijn in het beïnvloeden van de prognose. Een huisarts die zich realiseert hoe moeilijk het voor veel mensen is om te stoppen met roken, zal ook tot de conclusie moeten komen dat vroege opsporing van milde COPD bij rokers in de praktijk vaak niet aan dit criterium voldoet. Stoppen met roken is een uiterst effectieve stap, maar in de praktijk blijkt die stap moeilijk vol te houden. Dat is voor de huisarts geen reden om af te zien van voorlichting. Maar

preventief onderzoek aanbieden dat pas zinvol is *als* de patiënt zijn gedrag kan veranderen is allerm minst vanzelfsprekend. Het probleem is dat een longfunctiemeting vaak ook wordt gezien als een hulpmiddel om rokers te motiveren om te stoppen met roken. Maar als screeningsinstrument is het alleen te rechtvaardigen wanneer bij voorbaat verwacht mag worden dat de roker in staat is om te stoppen. De longfunctietest kan niet tegelijkertijd als een verantwoord screeningsinstrument en als een noodzakelijk hulpmiddel in de voorlichting fungeren. Dat lijkt een goede reden om de longfunctietest niet als screeningsinstrument te gebruiken.

## **Weten en niet weten**

De zin van bevolkingsonderzoek en case-finding hangt niet alleen af van de verbeterde prognose na vroege opsporing, maar ook van de kwaliteit van de opsporingsmethode. Als de test veel gevallen van ziekte mist (foutnegatieve resultaten) gaat dat ten koste van de effectiviteit van het programma en worden mensen ten onrechte gerustgesteld. Als er veel foutpositieve uitslagen zijn, leidt dat tot onnodig en vaak belastend vervolgonderzoek (bijvoorbeeld biopsie en colonoscopie) en ook tot hogere kosten. Als een test ten onrechte positief is, zal de patiënt onnodig ongerust zijn. Ongerstheid is meestal van tijdelijke aard, maar dat neemt niet weg dat het zeer onwenselijk is – temeer daar het bij systematisch onderzoek vaak om een relatief grote groep mensen gaat.

De belasting voor mensen is nog groter als bij hen inderdaad vroegtijdig een ziekte is opgespoord. Vooral bij vroege opsporing van chronische ziekten kan dat betekenen dat iemand door de screening eerder en langer patiënt is. Hij of zij levert als het ware gezonde maanden of jaren in. Voor individuen bij wie een vroege behandeling goed aanslaat is dat te aanvaarden, maar vroege opsporing biedt geen garantie van een hogere levensverwachting of kwaliteit van leven.

Een tweede probleem dat inherent is aan het vroegtijdig verkrijgen van kennis over gezondheidsrisico's en (vooralsnog) asymptomatische aandoeningen, is dat deze het moeilijker maken om bijvoorbeeld levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen af te sluiten. Kortom, ook voor mensen bij wie vroegtijdig een diagnose gesteld wordt - dus de groep die bij uitstek profijt zou moeten hebben van screening - kan de balans van voor- en nadelen van de screening (achteraf) negatief uitvallen. Dit betekent dat huisartsen die screening aanbieden niet alleen goede informatie moeten kunnen geven over de medische aspecten, maar ook over eventuele maatschappelijke gevolgen.

Maar ook aan een gunstige uitslag (er is niets geconstateerd) kunnen nadelen kleven. Deelnemers zijn gerustgesteld, en dat is natuurlijk prettig. De kans bestaat echter dat zij hierdoor symptomen zullen negeren of bagatelliseren. Negatieve testresultaten leiden soms tot wat Tijmstra het 'vrijbrief-effect' noemt: een gunstige uitslag maakt dat mensen zich minder druk maken om de risico's van bijvoorbeeld roken. Dit zou via goede voorlichting tegengegaan moeten worden. In een grootschalig bevolkingsonderzoek is dat lastig. Een huisarts heeft dankzij het blij-

vende persoonlijke contact veel betere mogelijkheden voor goede voorlichting, maar het is twijfelachtig of het vrijbrief-effect echt vermeden kan worden.

Het is duidelijk dat opsporingsactiviteiten in de huisartspraktijk een meerwaarde moeten hebben voor de doelgroep. Die meerwaarde dient *evidence-based* te zijn, waarbij ook systematisch de soms minder tastbare nadelen in kaart zijn gebracht. Ook de keuze voor de vorm van screening (*case-finding* of bevolkingsonderzoek) zou op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd moeten zijn.

#### 4.4 Autonome individuen?

Persoonlijke autonomie is een centrale waarde in de gezondheidszorg. Die waarde lijkt nog versterkt te worden doordat individuen steeds meer mogelijkheden hebben om op eigen initiatief zelf tests te kopen. Informatie over de zin van vroege opsporing is echter complex en makkelijk te manipuleren tot een wervende slogan. Het is daarom niet vanzelfsprekend dat een vrije markt ook tot vrije (geïnformeerde) keuzen leidt. Keuzevrijheid is evenzeer relevant voor screening in de huisartspraktijk. Naast de problemen van adequate informatie en communicatie verdient hier het dringende karakter dat een screeningsaanbod door huisartsen kan hebben, de aandacht.

#### Drang en keuzevrijheid

In de eerste plaats is de context van een screeningsaanbod heel anders dan een therapeutische setting, waar meestal een hulpvraag van de patiënt aan ten grondslag ligt. Bij vroege opsporing ligt het initiatief bij de arts. De impact daarvan op de keuzevrijheid van de cliënt kan tweeledig zijn. Enerzijds zal een gezonde patiënt zich minder afhankelijk voelen en wellicht beter in staat zijn tot een zelfstandige keuze over deelname. Anderzijds kan het aanbod van de arts een dringend karakter hebben, waardoor de cliënt het gevoel heeft dat afzien van screening geen redelijke optie is. Dit kan zich zeker voordoen in de huisarts-patiënt relatie. De huisarts heeft tal van mogelijkheden om screening ‘aan de man’ te brengen, variërend van een open aanbod waar eenvoudigweg van kan worden afgezien, tot aan een sterk wervend of dringend voorstel, of zelfs screening zonder dat de cliënt er weet van heeft.

Voor bevolkingsonderzoek kan dat er als volgt uit zien:

- publicaties in de media met een open screeningsaanbod;
- een brief aan geselecteerde die geselecteerd zijn op bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, eventueel gevolgd door een herinneringsbrief;
- een uitnodigingsbrief met al een datum en tijdstip, met de suggestie dat de patiënt de ‘afspraak’ moet afzeggen als hij niet kan of wil deelnemen;
- een uitnodigingsbrief waarin de welomschreven (bijvoorbeeld rokers) al gewezen wordt op het feit dat zij een verhoogd risico lopen;
- een telefonische uitnodiging door de assistent of door de huisarts zelf;

- en tot slot het direct aan de doelgroep toesturen van een door hen in te vullen vragenlijst of een door hen zelf uit te voeren en terug te sturen test.

Ook bij *case-finding* zijn er weer verschillende vormen van aanbieden, die de cliënt meer of minder ruimte voor eigen keuze laten:

- op het spreekuur de patiënt er op wijzen dat hij ook een keer een afspraak voor preventief onderzoek zou kunnen maken;
- die afspraak direct al laten vastleggen;
- de test (bijvoorbeeld een bloeddrukmeting) direct doen, nu de patiënt er toch is;
- het eerder genoemde screeningsinstrument voor beginnende dementie kan de huisarts toepassen zonder dat de patiënt in de spreekkamer er weet van heeft.

Enige aandrang is niet per definitie onwenselijk. Het aantrekkelijke van screening in de huisartspraktijk is juist dat het laagdrempelig is en er ook groepen mee bereikt worden die een relatief grote morbiditeit en mortaliteit kennen. Dit argument is echter alleen geldig als het screeningsaanbod bewezen heeft mortaliteit en/of morbiditeit aanmerkelijk te reduceren en de belasting bovendien minimaal is.

Hoeveel of weinig de arts ook aandringt, een voorwaarde is dat het individu weet dat er screening plaatsvindt en dat hij of zij daarvoor toestemming heeft gegeven. Dat stelt bepaalde eisen aan de manier van aanbieden. Een arts die aan case-finding doet kan tijdens het consult voorstellen om direct een test te doen of aan te vragen. Maar dat geeft de patiënt nauwelijks ruimte om zich af te vragen of hij van het aanbod gebruik wil maken – als het hem al duidelijk is dit preventieve onderzoek niets met zijn klachten van doen heeft. De huisarts kan zo ook maar weinig goede en op de persoon gerichte informatie verstrekken. Het verdient dan ook de voorkeur om een aparte afspraak te maken voor de screening. En preventief onderzoek zonder dat de patiënt zich er überhaupt van bewust is, is in principe niet te rechtvaardigen.

### **Informeren, overtuigen en overhalen**

Screening is een medische interventie waarvoor geïnformeerde toestemming noodzakelijk is. Aangezien screening niet op basis van een klacht of diagnose wordt aangeboden er dus ook geen medische noodzaak of indicatie voor de test is, dient informatieverstrekking uiterst zorgvuldig te gebeuren. Informatieverstrekking roept echter juist bij preventief onderzoek problemen op.

Een eerste probleem is dat informatie in de praktijk niet alleen als doel heeft om de patiënt een eigen keuze te laten maken. Aangezien de doelgroep bestaat uit (relatief) klachtenvrije personen, zal informatie bedoeld of onbedoeld vaak ook een wervend aspect hebben. Voor een succesvol bevolkingsonderzoek is een hoge deelnamegraad wenselijk – dat zou de informatie kunnen beïnvloeden. Wordt de doelgroep er in de uitnodigingsbrief al op gewezen dat er sprake is van een verhoogd risico, dan suggereert dit een zekere urgentie. Maar is die suggestie terecht?

Zelfs preventief onderzoek dat bewezen heeft op populatieniveau zeer effectief te zijn, is daarmee nog niet *noodzakelijk* voor individuen.

Dit probleem wordt nog versterkt doordat individuen toestemming moeten geven op basis van informatie over risico's – en dat is een heikele zaak. Een relatief risico is erg aansprekend ('U heeft een tien keer zo hoog risico op ...'), maar het zegt niet veel als er niet ook informatie wordt gegeven over het soms zeer lage absolute risico.

Maar ook al wordt er heldere informatie gegeven over een kleine (absolute) kans dat iemand door een ziekte wordt getroffen, dan nog zullen veel mensen 'binair' redeneren: 'Ik heb het of ik heb het niet' (Tijmstra 1990). Precieze informatie over risico's leidt dan ook niet noodzakelijk tot redelijker keuzes. Tijmstra wijst ook op het fenomeen van geanticipeerde beslissingsspijt: 'Stel je voor dat ik me niet laat testen en later wel de ziekte blijk te hebben...' Op basis van geanticipeerde beslissingsspijt zijn mensen bereid om zeer belastend onderzoek te ondergaan ook al is de kans op ziekte minimaal. Dit hoeft een autonome keuze overigens niet in de weg te staan: de houding kan ook reflecteren dat individuen aan bepaalde zaken (hun gezondheid, het vermijden van bepaalde ernstige ziekten) zeer veel waarde hechten. Geanticipeerde beslissingsspijt is dan geen irrationele houding. Maar er kan ook op ingespeeld worden met misleidende informatie. Tijmstra (2003) citeert ter illustratie een advertentie voor de *total body scan*:

Meer dan 65% van alle Nederlanders sterft aan hart- en vaatziekten of kanker. In een vroeg stadium zouden deze aandoeningen veelal goed te behandelen zijn. Daarom is preventief onderzoek van levensbelang.

Juist omdat het voor veel individuen lastig is om een redelijke keuze te maken op basis van risico-informatie, moet voorkomen worden dat een screeningsaanbod onnodige bezorgdheid opwekt en uitbuit. Bij huisartsen is dat gevaar relatief klein. Een huisarts is immers geen ondernemer die screening wil verkopen en de praktijk is geen zorginstelling die een hoge deelnamegraad wil laten zien. Als de huisarts en de praktijkondersteuner voldoende tijd hebben voor een aanbod van preventief onderzoek zijn zij juist in de positie om informatie over kansen en aandoeningen nader toe te lichten en overdreven zorgen over risico's te nuanceren.

Dit laatste is overigens wel van groot belang. Testmethoden worden steeds patiëntvriendelijker, eenvoudiger en sneller: voor DNA bepalingen kan wangslijm volstaan, urinetesten kan de patiënt zelf verrichten en opsturen, en met tandem massaspectrometrie kan naar vele stofwisselingsziekten tegelijkertijd gezocht worden. Het informatieproces voorafgaand en na afloop van screening wordt echter alleen maar complexer.

Daarbij heeft de huisarts ook nog te maken met het feit dat mensen vaak zelf al via internet of andere media informatie hebben gevonden. Die 'voorkennis' maakt het informatieproces niet altijd eenvoudiger: mensen hebben bijvoorbeeld op een website gelezen dat een andere test dan de huisarts aanbiedt beter zou zijn. Of ze hebben juist een te rooskleurig beeld gekregen

van de mogelijkheden van vroege opsporing. De Gezondheidsraad heeft recent benadrukt dat de toegenomen mogelijkheden van onder meer genetische diagnostiek en screening vragen om verbetering van de publiekscennis van de achtergronden daarvan (Gezondheidsraad 2003). Maar ook aan de huisarts worden in dat verband zeer hoge eisen gesteld. Informatieverstrekking over screening kan ook tijdrovend zijn. Een goede organisatie, met een deskundige en in communicatie getrainde praktijkondersteuner, is onontbeerlijk.

Al met al is het informatieproces rond vroege opsporing uiterst complex. Juist huisartsen hebben echter mogelijkheden om informatie op het individu af te stemmen, risico's te nuanceren en erop toe te zien dat mensen echt kiezen om wel of niet van het aanbod gebruik te maken.

#### **4.5 Rechtvaardig en toegankelijk aanbod?**

Preventief onderzoek wordt meer en meer een product dat te koop is via supermarkt, privé-kliniek of internet – en het is daardoor beter toegankelijk voor mensen die het geld er voor hebben. Dat zou reden kunnen zijn om – uit oogpunt van rechtvaardigheid – nadrukkelijker in de eerste lijn preventie aan te bieden. Maar juist ook daar kunnen zich kwesties van rechtvaardigheid voordoen.

#### **Maatschappelijke verdeling van gezondheid**

Idealiter zijn keuzes in preventie mede gericht op het terugdringen van de ongelijke kansen op gezondheid die mensen in verschillende sociaal-economische groepen hebben. Mackenbach ziet op dit terrein mogelijkheden voor vroege opsporing in de eerste lijn, vooral wat betreft hart- en vaatziekten. Om minder gezonde sociaal-economische groepen te bereiken zijn dan wel intensieve programma's nodig, waarbij bijvoorbeeld ook huisbezoek een belangrijke rol zou kunnen vervullen. Intensivering van preventie vereist daarom juist in achterstandsbuurten extra middelen (Mackenbach 2001).

Een preventieaanbod zou gezondheidsverschillen echter ook in de hand kunnen werken. Het is niet ongebruikelijk dat vooral goed geïnformeerde, hoger opgeleide en vaak ook relatief gezonde mensen voorlichting oppikken en gebruik maken van vroege opsporing. Dat zal zeker gelden voor commercieel aangeboden screeningsmogelijkheden. Een systematisch en effectief aanbod door huisartsen, met bijzondere aandacht voor achterstandsgroepen, kan hier tegenwicht bieden. De huisarts heeft bij uitstek mogelijkheden om vroege opsporing onder de aandacht te brengen - ook bij mensen die minder snel van een aanbod gebruikmaken. Daarbij kan dan wel weer een spanning ontstaan tussen nastreven van een brede toegankelijkheid en de wens om drang te vermijden (Marteau 2002).

## Wisselend aanbod

Om allerlei redenen zijn er grote verschillen in de preventieve zorg die mensen door hun huisarts krijgen aangeboden. In de Tweede Nationale Studie wordt een grote variatie gesignaleerd in vroege opsporing van chronische ziekten (Braspenning 2004). Huisartsen hebben bovendien verschillende visies op het nut van vroege opsporing. De één is zeer actief en zou graag meer willen doen, de ander is sceptisch. Zelfs over de preventie van hart- en vaatziekten bestaan sterk verschillende visies (Boot 1999, Thomas 2004). Het is aannemelijk dat, naarmate er meer screeningsmogelijkheden beschikbaar komen, de verschillen tussen huisartsen zullen toenemen. Ook binnen een praktijk kan variatie ontstaan: mensen die niet op consult komen worden door *case-finding* immers niet bereikt.

Dit betekent dat er geen gelijke toegang is tot screeningsprogramma's in de huisartspraktijk. Is dat onrechtvaardig? Discussies over rechtvaardigheid in de gezondheidszorg spitsen zich vaak toe op een basispakket van noodzakelijke zorg dat bereikbaar moet zijn voor iedereen. Het is echter de vraag of *case-finding* en bevolkingsonderzoek daar bijhoren. Screening is in sommige gevallen heel zinvol, maar het is geen interventie die voor het individu medisch noodzakelijk is. Verschillen in aanbod hoeven dus niet onrechtvaardig te zijn. Toch is een grote variatie in het aanbod om te screenen om andere redenen onwenselijk. Het wekt de indruk van willekeur en dat ondermijnt uiteindelijk weer het vertrouwen: het maakt het lastig uit te leggen dat een aanbod in het ene geval juist wel en in het andere geval juist niet wordt gedaan.

Als huisartsen zich richten op een beperkt screeningspakket dat zij breed aanbieden en landelijk organiseren, vereenvoudigt dat de noodzakelijke training (vooral op het gebied van informatie en communicatie) van huisartsen en praktijkondersteuners. Het voorkomt bovendien dat prioriteiten in belangrijke mate worden bepaald door de mogelijkheden die zich toevallig aandienen, zoals ondersteuning vanuit de farmaceutische industrie. Het feit dat een bedrijf als Pfizer vroege opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten stimuleert door praktijkondersteuning te bieden, hoeft geen moreel probleem te zijn (als er over de zin van een dergelijke activiteit ten minste consensus bestaat). Er ontstaan echter wel problemen als prioriteiten in preventie worden bepaald door commerciële motieven en niet door medische of epidemiologische overwegingen.

## Relatie met reguliere zorg

Screening moet niet ten koste gaan van de reguliere zorg voor patiënten. Vroege opsporing leidt vaak tot een groter beroep op de gezondheidszorg: meer mensen komen in aanmerking voor (vervolg)diagnostiek en behandeling. Als dat leidt tot langere wachttijden voor symptomatische patiënten, dan is dat onrechtvaardig. Immers, in veel gevallen zal de zorg voor symptomatische patiënten een hogere urgentie hebben.

Een voorbeeld is de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten. Een goed risicomanagement voor deze patiëntengroep is bewerkelijk en de kwaliteit van de zorg kan waarschijnlijk nog wel verbeterd worden (Van Roosmalen 2004). In dat geval is het problematisch om de beperkte middelen in te zetten voor vroege opsporing. Het optimaliseren van de zorg voor bekende patiënten ligt meer voor de hand. Dat is dan ook weer van belang voor zinvolle screening. Als er nog geen optimaal vervolgtraject is, levert vroege opsporing immers maar beperkte mogelijkheden voor gezondheidswinst (vergelijk Van Veen 1992). Een goede afstemming tussen screeningsactiviteiten en vervolgtraject, en soms capaciteitsuitbreiding op dit laatste punt, is voor verantwoorde opsporing noodzakelijk.

Concluderend: kwesties van rechtvaardigheid en ongelijkheid in het zorgaanbod zijn niet voorbehouden aan de markt. Het feit dat steeds meer testen en onderzoek commercieel worden aangeboden – waarvan de zin en effectiviteit soms omstreden is – is wel reden te meer om in de eerste lijn een helder pakket van bewezen effectieve screening aan te bieden dat ook op de specifieke situatie en wensen van ieder individu kan worden afgestemd. Evidence-based standaarden voor actieve opsporing en een heldere afstemming met het vervolgtraject zijn cruciaal.

## 4.6 Medicalisering?

In een recente enquête onder KNMG leden blijkt 43% van de artsen van mening te zijn dat screening leidt tot medicalisering; eveneens 43% vindt dat dit onnodig en onwenselijk is. Huisartsen zijn vaker dan andere artsen overtuigd van het medicaliserende karakter van screening. Maar het is opvallend dat zij dit minder vaak onnodig achten (KNMG 2004). Over de onwenselijkheid van medicalisering wordt dus verschillend gedacht.

Medicalisering houdt in dat allerlei facetten van het leven – juist ook voor gezonde mensen – in medische termen worden benoemd en onder medische controle komen. Dat proces heeft nadelen, zoals risico's van opsporing en gebruik van therapie, extra kosten voor de gezondheidszorg, belasting voor individuen, of beperking van keuzevrijheid en privacy. Het is echter veel helderder om die nadelen gewoon bij hun eigen naam te noemen en niet met een vage term als 'medicalisering' aan te duiden (Verweij 1999).

Wel is er een aspect aan vroege opsporing dat zich minder goed laat vangen in de genoemde nadelen. Naarmate mensen meer geconfronteerd worden met een uitgebreid aanbod van vroege opsporing, preventie, en risico-reductie wordt het lastiger om een manier van leven te ontwikkelen waarin zorg voor gezondheid *niet* centraal staat, en waarin pas een beroep op geneeskunde en gezondheidszorg wordt gedaan wanneer daar een duidelijke noodzaak toe is. Voor individuen die gezondheidsrisico's zoveel mogelijk willen kennen en controleren is een uitgebreid screeningsaanbod wenselijk. Voor mensen die de houding hebben om het leven te nemen zoals het komt, en die zich daarom liever niet te veel zorgen maken over allerlei mogelijke ziekten en bedreigingen voor hun gezondheid, is een uitgebreid preventie- en screeningsaanbod storend. Meer kennis over risico's en controle over ziekte kan bijdragen aan een gezonder leven, maar dat

hoeft niet voor iedereen te betekenen dat zij zich daardoor ook beter, gezonder, of gelukkiger voelen.

Natuurlijk is iedereen vrij om af te zien van screening, maar een screeningsaanbod heeft op zich al een impact. Hoe meer gewezen wordt op gezondheidsrisico's en de mogelijkheden om die te vermijden, hoe lastiger het is om relatief zorgeloos in het leven te staan en pas een beroep op zorg te doen als een gezondheidsprobleem zich voordoet. Door medicalisering als probleem aan te merken wordt vooral uitgedrukt dat een dergelijke ontwikkeling niet wenselijk is, en dat enige terughoudendheid geboden is. Overwegingen van medicalisering maken echter niet duidelijk wat dan wel en wat niet aanvaardbaar is.

Hoe relevant zijn overwegingen van medicalisering voor vroege opsporing in de huisartspraktijk? Sommige problemen van medicalisering lijken minder relevant voor de huisartspraktijk. Zoals eerder gesteld zal juist de huisarts in staat moeten zijn om risico's te nuanceren en zorgen te relativiseren. Case-finding gebeurt bovendien in een context waarin een patiënt al zorgen heeft om zijn of haar gezondheid.

Huisartsen kunnen tot op zekere hoogte rekening houden met cliënten die minder prijs stellen op een uitgebreid screeningsaanbod. Een huisarts die een actief 'opsporingsbeleid' nastreeft kan zijn of haar cliënten daar in algemene zin over informeren. Zij die dat wensen kunnen een persoonsgericht screeningsadvies krijgen, en anderen hebben de mogelijkheid om er verschoond van te blijven.

#### **4.7 Een andere rol voor de huisarts?**

Nog een ander punt verdient de aandacht als het gaat om een toename in vroege opsporing: de verschuiving die dat meebrengt in de rol van de huisarts. Primair is uiteraard de rol als arts in de eerste lijn, die zorg biedt op basis van de klachten waarmee patiënten zich aandienen. Maar de rol van *gezondheidsmonitor* zou daarnaast van groter belang worden. In die rol heeft de huisarts dan zicht op de gezondheidstoestand en risicoprofielen van de mensen in de praktijk en onderneemt hij of zij ook acties om die kennis te behouden en te versterken. Screening is daarbij onontbeerlijk: die houdt informatie over de gezondheidstoestand en risicofactoren up-to-date. En vervolgens kan op basis van die informatie dan weer risicoselectie plaatsvinden en een verfijndere vorm van vroege opsporing ingezet worden. Kennis over risico's is daarbij geen doel op zich, maar biedt de huisarts mogelijkheden om systematisch vroegtijdig in te grijpen. Tegenover het gevarieerde en gefragmenteerde commerciële screeningsaanbod kan de huisarts juist *continuïteit van preventieve zorg* bieden.

Op het eerste gezicht lijkt deze ontwikkeling in tegenspraak met de uitgangspunten van vraag-gerichte gezondheidszorg en respect voor de autonomie van de patiënt. Vroege opsporing wordt *ongevraagd* aangeboden en keuzes in het specifieke preventieaanbod worden door de huisarts gemaakt, niet door de patiënt.

Toch hoeft van een tegenstelling met vraaggerichte zorg geen sprake te zijn. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg verstaat onder vraaggerichte zorg: een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden' (RVZ 1998). Het aanbod mag dan ongevraagd zijn, de screening zelf kan wel degelijk tegemoet komen aan wensen die al bij mensen leefden. Ook in de uitvoering kan uiteraard rekening gehouden worden met de wensen van de deelnemers. Geïnformeerde toestemming is een minimale voorwaarde.

Vanuit het ideaal van vraaggerichte zorg kan overigens wel gepleit worden voor het creëren van keuzeopties voor burgers: sommigen zullen de voorkeur geven aan een huisarts 'op afstand', met wie zij alleen contact hebben als zij daar zelf aanleiding toe zien, terwijl anderen liever een pro-actieve huisarts hebben, die hun geregeld preventieve opties biedt. Binnen een huisartspraktijk zouden dan verschillende varianten van een arts-patiëntrelatie mogelijk zijn.

Van groot belang is natuurlijk hoe huisartsen zelf tegen een accentverschuiving in hun rol aankijken. Hierop is geen eenduidig antwoord te geven. Enerzijds geven veel huisartsen aan dat zij meer aan preventie zouden willen doen, ook ongevraagd. Anderzijds hebben zij daar weinig ruimte voor of zijn ze terughoudend of sceptisch. Met de komst van praktijkondersteuners wordt een deel van de praktische bezwaren tegen screeningsactiviteiten weggenomen. Dat zou een stimulans kunnen bieden voor debat onder huisartsen, in samenspraak met consumentengroepen, over de vraag in hoeverre zij een 'opsporingsbeleid' dienen te voeren en wat (ook gezien het aanbod van testen op de markt) daarbij prioriteit verdient. De financiering van dergelijk beleid en de eventuele rol van zorgverzekeraars zijn daarbij belangrijke punten van aandacht. Fundamenteel is echter dat vroege opsporing alleen acceptabel is als er een duidelijk bewezen meerwaarde is tegen geringe lasten voor burgers. En daarmee zijn we weer terug bij de eerste voorwaarde die in dit signalement werd besproken.

## **4.8 Agendapunten**

- Huisartsen hebben tal van mogelijkheden voor vroege opsporing. Dankzij nieuwe screenings-technologie en groeiende kennis van genetica en risicofactoren zullen die mogelijkheden zich verder uitbreiden. Aan de andere kant komen steeds meer tests en onderzoeken beschikbaar op de markt. Dit maakt reflectie op de rol van de huisarts bij vroege opsporing en op randvoorwaarden daarbij noodzakelijk.
- Tests worden eenvoudiger, sneller en patiëntvriendelijker, maar de complexiteit van communicatie en informatievoorziening groeit juist. Het maken van keuzes op basis van informatie over gezondheidsrisico's is immers moeilijk. En dat terwijl vroege opsporing alleen verantwoord is als de huisartsen en praktijkondersteuners juist aan die voorlichting genoeg aandacht aan kunnen besteden. Versterking van deze preventieve taak vereist voldoende capaciteit in de huisartspraktijk, zowel wat betreft tijd als deskundigheid. Hier ligt dan ook een belangrijk aandachtspunt voor programma's op het gebied van educatie en bijscholing.

Daarnaast is het zinvol om onderzoek te stimuleren naar de mate waarin risico-informatie mensen daadwerkelijk in staat stelt om weloverwogen keuzes te maken omtrent screening. Op basis daarvan kunnen vorm en inhoud van informatievoorziening geoptimaliseerd worden.

- De trend naar meer preventief onderzoek zal het voor sommigen lastiger maken om relatief onbezorgd te zijn over de eigen gezondheid. Maar goede medische controle en informatie kunnen voor anderen juist geruststellend werken. In hoeverre heeft een breed aanbod van medische informatie en controle een impact op het leven van mensen en hun kijk op hun gezondheid? Wij worden *de facto* gezonder, maar voelen we ons daarmee ook beter? Nader onderzoek naar de minder tastbare aspecten van medicalisering kan deze voortdurende controverse over de wenselijkheid van vroege opsporing verhelderen.
- Veel van de voorbeelden van screening die hier zijn besproken zijn volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) niet vergunningplichtig. Artsen kunnen in de huidige situatie allerlei vormen van vroege opsporing aanbieden – ook als er geen overtuigend bewijs is van het nut – en leken zijn daar nauwelijks tegen beschermd. De beperkte reikwijdte van de met de vergunningplicht gegeven beoordeling is in de evaluatie van de WBO ook als een van de centrale bezwaren genoemd (Van der Maas 2000). Nieuwe mogelijkheden van screening en de toepasbaarheid daarvan in de huisartspraktijk vergroten de urgentie om de WBO op dit punt te herzien. In de evaluatie van de WBO is de mogelijkheid voorgesteld om de toelating van screening mede af te laten hangen van het oordeel van de beroepsgroep zelf, in de vorm van wetenschappelijk onderbouwde consensusdocumenten en preventieve standaarden. Dit lijkt voor de vroege opsporing in de huisartsgeneeskunde cruciaal. Een dergelijke ontwikkeling zou mogelijk ook de huidige variatie in het aanbod van screening kunnen verminderen.
- Individuen krijgen steeds meer mogelijkheden om zich buiten de reguliere gezondheidszorg te laten onderzoeken of testen. Dit kan gevolgen hebben voor de positie van de huisarts. Hoe kijkt het publiek daar zelf tegen aan? In hoeverre bestaan er verschillende ideeën over de relatie met en de rol van de huisarts? Moet de huisarts pro-actief zijn en de gezondheid van de patiënt ‘bewaken’, of juist een zorgverlener op afstand zijn, die pas in beeld komt wanneer het nodig is? Onderzoek naar verschillende scenario’s voor de relatie tussen huisarts en patiënt kan ertoe bijdragen dat ook in de toekomst geen tegenstelling hoeft te ontstaan tussen vraaggerichte zorg en screening die ongevraagd wordt aangeboden.
- Een actueel punt van discussie is daarbij de rol van de zorgverzekeraars. Het is niet ondenkbaar dat meer en meer commercieel verkrijgbare tests, al dan niet in een ‘pluspakket’, zullen worden vergoed. Naarmate zorgverzekeraars een grotere regiefunctie in de zorg krijgen, creëert dat echter ook een verantwoordelijkheid om de continuïteit van zinvolle preventieve zorg die de huisarts kan leveren op verantwoorde wijze te stimuleren.

# Literatuurlijst

Assendelft WJJ, Weele GM van der. Huisarts en genetica - bezinning op een nieuwe relatie. Leschot NJ, Willems DL (red). De genetische ontrafeling van veel voorkomende aandoeningen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.

Bastiaanssen MHH, Wigersma L. Preventieve taken door artsen: uitkomsten van het elfde KNMG-ledenpanel (abstract). TSG 2005; 83 (3): 17.

Beaujean DJMA, Verweij MF, Steenbergen JE van. Pneumokokkenvaccinatie: moeten ouders worden geïnformeerd over de mogelijkheden? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 148 (17): 909-11.

Boot CPM, Meijman FJ. Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is niet zinvol. Huisarts en Wetenschap 1999; 42(8): 341-6.

Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

CEG. Verslag Expert-meeting preventief onderzoek in de eerste lijn; 25 januari 2005, Utrecht.

Cochrane AL, Holland WW. Validations of screening procedures. British Medical Bulletin 1971; 27: 3-8.

CBO Osteoporose. Tweede Herziene Richtlijn. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden, 2002.

Frijling B, Hulscher M, Drenthen T, ea. Preventie van hart- en vaatziekten: resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. Huisarts en Wetenschap 2004; 47(10): 449-453.

Gezondheidsraad. Commissie Screening erfelijke en aangeboren aandoeningen. Genetische screening. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publicatienummer: 1994/22.

Gezondheidsraad. Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatienummer: 2001/11.

Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatienummer: 2002/04.

Gezondheidsraad. Publiekskennis Genetica. Den Haag: Gezondheidsraad 2003, publicatie nummer 2003/05.

Gezondheidsraad. Screenen op chlamydia. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004a; publicatienummer 2004/07.

Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004b; publicatienummer 2004/20E.

Holtzmann AN, Marteau TM. Will genetics revolutionize medicine? N Engl J Med 2000; 343:141-144.

Hopman-Rock M, Tak ECPM. Staats PGM. Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia (OLD). International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16 (4): 406-414.

KNMG. Nieuwsarchief September 2004. <http://knmg.artsennet.nl>.

Knottnerus JA. Community genetics and community medicine. Fam Pract 2003; 20: 601-606.

Kraakman MJ, Huisman EWAM. Preventie en ouderen. Eindrapportage Periodieke Controle gezondheid Senioren en de resultaten na 2 jaar. Leiden: Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, 2003.

Mackenbach JP. Hoe kan de gezondheidszorg bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen? In: Stronks K en Hulshof J (red.) De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen; Van Gorcum 2001: 107-128.

Marteau TM, Kinmonth AL. Screening for cardiovascular risks: public health imperative or matter of individual informed choice? BMJ 2002; 325:78-80.

Mazel JA, Flikweert S. Huisarts: acrobaat of lokettist? NTVG 1999; 143(48): 2401-2407.

NHG-bestuur. Preventienota 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Vraaggerichte zorg. Zoetermeer, 1998.

- Tacken M, Hoogen H van den Braspenning J. (WOK). Preventie: Influenzavaccinatie en Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht; Nijmegen: NIVEL: WOK, 2004.
- Thomas S, Walma E, Pleumeekers B. Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: geen tijd voor grote veranderingen. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 47(10): 444-448.
- Tijmstra Tj, Bajema C. Je zult die ene maar zijn: risicobeleving en keuzegedrag rond medische technologie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1990; 134: 1884-5.
- Tijmstra Tj. Genetica en samenleving. Over de maatschappelijke gevolgen van het humane genoom onderzoek. Den Haag: RMO, 2004.
- Van Aalderen HJ, Knottnerus JA. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 424-7.
- Van den Dool, CWA. Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1970; 13: 59-62.
- Van den Hoek JAR, Coutinho R. Opportunistische screening op genitale infecties met Chlamydia trachomatis onder de seksueel actieve bevolking in Amsterdam. Meer dan 90% deelname en bijna 5% prevalentie. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 1999; 143: 668-72.
- Van der Maas PJ, Baan CA, Korfage IJ, ea. Evaluatie. Wet op het bevolkingsonderzoek. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland, 2000.
- Van Lidt de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts. Dissertatie RUU, 1991.
- Van Roosmalen M, Braspenning J, Grol R (WOK). Cardiovasculair risicomanagement: praktijkvoering en medisch handelen. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht; Nijmegen: NIVEL: WOK, 2004: 143-173.
- Van Schayck CP, Loozen JMC, Wagena (?) ea. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *BMJ* 2002; 324: 1370-1374.
- Van Valkengoed IGM, Boeke AJP, Brule AJC van den, ea. Systematische opsporing van infecties met Chlamydia trachomatis bij mannen en vrouwen zonder klachten in de huisartspraktijk met behulp van per post verstuurd urinemonsters. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 1999; 143: 672-6.
- Van Veen WA. Huisarts en hypertensie. Veen WA van, Verkleij H, Cliné F (red.). Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; 1992: 39-62.
- Verweij MF. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics* 1999; 13: 89-113.
- Van Weel C. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Rotterdam: Proefschrift Erasmus Universiteit, 1981.
- Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003; 326: 1419-1425.
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneve: WHO, 1969.