

Scenario I: Groeiend onbegrip

In scenario I blijft de huidige discrepantie tussen de opvattingen van medici over preventieve check ups en het oordeel van gewone burgers daarover intact. Medici (huidartsen vooral) zijn van mening dat een gezondheidstest moet worden aangeboden als bevolkingsonderzoek wanneer wordt voldaan aan een aantal criteria:

- Het moet gaan om een (tamelijk) belangrijk volksgezondheidsprobleem,
- Er moet iets aan te doen zijn. Als blijkt dat de gescreende patiënt de ziekte of aandoening in kwestie heeft moet er een behandeling zijn waar die patiënt iets mee opschiet: een operatie waarmee het euvel kan worden verwijderd of verholpen, een geneesmiddel dat de aandoening aanpakt of verergering van de kwaal voorkomt, een aangepast dieet of een verandering van leefstijl waarmee de patiënt de ziekte zelf onder controle kan krijgen.
- Er moet een betrouwbare test zijn, die niet te veel foutpositieve of foutnegatieve uitslagen genereert; de test mag niet leiden tot excessieve inzet van medisch personeel voor aanvullende diagnostiek.

De gemiddelde burger-patiënt kan deze redenering redelijk volgen, maar wordt aan de andere kant geconfronteerd met een steeds verder voorschrijdende preventiepropaganda. De burger heeft geleerd dat hij niet mag roken, hij moet proberen matig alcohol te drinken en gezond te eten volgens de inzichten van de nieuwe schijf van vijf. Hij moet zijn Quetelet index berekenen om te bepalen of hij te zwaar is. Hij moet meer gaan bewegen als dit het geval is, en blijven bewegen als dit niet het geval is.

De vrouwelijke burger moet maandelijks haar borsten onderzoeken op verdachte knobbeltjes (ofschoon het nut daarvan nu weer door wetenschappers in twijfel wordt getrokken). De ouder wordende burger moet zijn hersenen blijven trainen met kruiswoordraadsels en cryptogrammen om zijn geest lenig te houden en de ziekte van Alzheimer voor te zijn.

In de media bestaat vanouds al veel aandacht voor fouten, schandalen en mislukkingen. Deze trend zet zich met onverminderde hevigheid voort. Tal van patiënten komen op SBS6 en bij *Random tien* vertellen dat er aan hun ziekte mogelijk wel iets te doen was geweest, als deze maar eerder was ontdekt. Huisartsen hebben signalen over het hoofd gezien en ook in het ziekenhuis heeft men steekjes laten vallen. Maar bovenal, zo menen de patiënten, hadden zijzelf alerter moeten zijn. Achteraf gezien hadden ze al langer last gehad van tintelingen in hun ledematen, suizingen in hun hoofd of onheilspellende steken in de borst. Een beetje moderne patiënt, zo menen de zieken in de praatprogramma's, moet niet vertrouwen op zijn artsen, maar zelf de regie voeren over zijn eigen gezondheid. 'Preventie is niet alleen gezond eten, stoppen met roken en voldoende bewegen, preventie is ook een kwestie van goed en tijdig internetten', zo vat een presentatrice van een van de praatprogramma's het samen. Zij krijgt veel bijval.

Allengs ontwikkelt zich, buiten de reguliere gezondheidszorg, een markt voor zelftests, zelfonderzoek, en screening. Via internet kan men allerlei zelftests bestellen (tests op beginnende nierziekten, chlamydia tests, cholesteroltests, HIV tests). Op internet bestaat ook een wirwar van zelftests die werken met een in te vullen vragenlijst, op basis waarvan de respondent zijn eigen risicoprofiel kan bepalen. Voor die vragenlijsten moet soms worden betaald (creditcard betaling via internet), maar

vaker lijkt de organisatie achter de vragenlijst geïnteresseerd in de naam, het email adres en de gegevens van de respondent, zodat deze kan worden bestookt met direct email.

Daarnaast worden er in supermarkten en op stations testjes aangeboden die klanten en reizigers tussen de bedrijven door kunnen ondergaan. Hier en daar in het land ontstaan gespecialiseerde screeningsklinieken, waar men zich meer of minder uitgebreid kan laten testen op allerlei verdachte symptomen.

Achter deze initiatieven gaan commerciële organisaties schuil, die total body scans aanbieden tegen exorbitante tarieven, maar ook patiëntenorganisaties en collectebusfondsen als de Nierstichting en het Reumafonds, waarvan de testjes gratis zijn of bijna gratis.

Een aantal ziektekostenverzekeraars biedt zelftests en screening op verzoek aan in het aanvullende verzekeringspakket. Hetzij kiest men daarbij voor een bepaald bedrag dat de verzekerde per jaar mag besteden aan een zelf te kiezen aanbod van check ups en zelftests, hetzij wordt er een aantal met name genoemde en door de verzekeraar aanbevolen tests geselecteerd voor de verzekerden waar deze desgewenst gebruik van kunnen maken.

Al deze initiatieven worden ontraden, ontmoedigd en soms ook actief verboden door de overheid (door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, door de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek) en de medische professie. Zowel de overheid als de medische beroepsgroep blijft benadrukken dat medische check ups niet goed zijn voor de patiënt. Sommige check ups zorgen voor een onterecht gevoel van veiligheid, andere leiden tot onnodige, of voortijdige ongerustheid.

Aangezien de overheid overigens veel nadruk legt op 'vraagsturing' en op de individuele verantwoordelijkheid en de eigen keuzevrijheid van de patiënt en niet veel op heeft met paternalisme, stuit het terughoudende beleid ten aanzien van preventieve check ups velen tegen de borst. Ook het argument dat de check ups, of liever de onduidelijke uitslagen daarvan, de reguliere gezondheidszorg veel tijd en energie kosten (artsen moeten veelvuldig patiënten onderzoeken die na een scan, zelftest of check up een nadere diagnose nodig hebben, om te zien of zij echt ziek zijn en zo ja, of en hoe zij behandeld moeten worden) maakt weinig indruk. Diverse columnisten en opinieleiders wijzen erop dat gezond levende, verantwoordelijke burgers jarenlang solidair zijn geweest met hun veel te dikke, rokende en teveel alcohol drinkende medeburgers, die door hun eigen levensstijl een zware druk legden op het zorgbudget. Mag het dan nu een keer zo zijn dat de verantwoordelijke burger, die beducht is voor zijn gezondheid en zich geregeld laat doorlichten, ook eens iets kost?

De zorg is er niet alleen voor de zieken, aldus een nieuw gelanceerde slagzin die door velen wordt onderschreven. Regelmatig wordt de uitspraak van oud-minister Hoogervorst van stal gehaald, die enkele jaren geleden, bij de introductie van een no claim korting in de zorg, betoogde dat het na een lange periode waarin gezonden betaalden voor zieke medeburgers, nu eens tijd was voor omgekeerde solidariteit: van ziek naar gezond. De overheid vraagt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg om een nieuwe visie op preventie en solidariteit. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid krijgt de opdracht een advies voor te bereiden over de voor- en nadelen en de houdbaarheid van inconsistent beleid.

Scenario II. Een geslaagd geval van volksopvoeding

In scenario II slagen de overheid en de medische elite erin burgers te overtuigen van de zinloosheid van medische check ups. Hoe zou het kunnen gaan?

In 2007 treedt een nieuwe centrumlinkse coalitie aan in Nederland. Een van de speerpunten van het nieuwe kabinet, dat zich duidelijk heeft laten inspireren door clubs als de Stichting Beroepszeer en Beter Onderwijs Nederland, is eerherstel voor professionals. Studenten zijn geen klanten en patiënten zijn geen consumenten, luidt een van de meest geciteerde passages in het nieuwe regeerakkoord. Patiënten zijn geen consumenten die door het land van de zorg lopen, als was het een winkelboulevard. Klanten op een winkelboulevard kunnen rustig een nieuw bankstel aanschaffen hoewel hun oude nog jarenlang mee had gekund en als zij daar een lamp bij willen die naar het oordeel van de verkoper helemaal niet bij dat bankstel past, dan is dat hun eigen keuze en hun eigen zaak, zolang ze het bankstel en de lamp maar netjes betalen. Patiënten daarentegen moeten zorg krijgen die *goed voor hen* is en dat betekent dat professionals in de zorg zich veel intensiever met hen bemoeien dan de verkoper op de meubelboulevard.

Als een patiënt een operatie wenst, die naar het oordeel van de arts riskant en onnodig is, dan behoort die patiënt die operatie niet te krijgen. Niets vraagsturing en keuzevrijheid. Dat hangt gedeeltelijk samen met het idee dat er in de zorg moet worden verdeeld en behandeld naar medische behoefte en niet naar individuele vraag. Voor een ander deel heeft het te maken met het feit dat de zorg een collectief goed is. Bij dergelijke goederen geldt dat er zuinig en effectief moet worden gewerkt.

You can't always get what you want, is de tune die de overheid inzet in een nieuwe postbus 51 campagne. Burgers moeten solidair zijn met elkaar in de zorg, maar zij kunnen dat alleen zijn als er geen overbodige zorg wordt geleverd. Van professionals en instellingen in de zorg wordt niet langer verwacht dat zij nieuwe markten aanboren, hun eigen instelling 'op de kaart zetten' en kekke websites ontwerpen voor kiezende consumenten. Zij worden geacht goede zorg te leveren en waar zij die niet kunnen bieden behoren zij de patiënt te verwijzen naar collega's in andere instellingen. 'Dat zijn namelijk', zo benadrukt de nieuwe minister van VWS, 'collega-instellingen die niet langer als concurrenten mogen worden beschouwd.'

Het lijkt een hele cultuuromslag, maar, zoals de woordvoester van de Socialistische Partij regelmatig opmerkt in parlementaire debatten over de zorg, dat is het niet. Veel mensen hebben de zorg nooit als markt beschouwd. Zij hebben zichzelf daar nooit consument gevoeld en hebben zorgprofessionals ook nooit op een lijn gestelds met autoverkopers of ijscomannen. Voor hen voelt deze omslag alsof zij wakker worden na een bizarre droom en zich dan langzaam aan realiseren dat de wereld nu weer normaal wordt. Veel professionals en andere medewerkers in de zorg delen dit gevoel.

Tegen de achtergrond van deze algemene verandering van retoriek in de zorg wordt het veel makkelijker om uit te leggen dat individuele preferenties ook niet doorslaggevend kunnen zijn waar het gaat om preventie en screening. Deze tests worden immers betaald uit collectief opgebrachte ziektekostenpremies, zij worden uitgevoerd door medewerkers in dienst van publieke instellingen en dat betekent dat er spaarzaam en verstandig mee om moet worden gegaan. Tests worden pas aangeboden aan burgers (of aan bepaalde groepen burgers) als vaststaat, op basis van degelijk wetenschappelijk onderzoek, dat ze werken. Dat wil zeggen: als ze iets opleveren voor de individuele burger die met een positieve uitslag wordt geconfronteerd en als ze op macroniveau kosteneffectief zijn, als de te behalen gezondheidswinst opweegt tegen de kosten van de test en de nasleep daarvan.

In de marge van de gezondheidszorg blijft een beperkt aanbod van testjes voor de liefhebber bestaan, maar de gemiddelde burger heeft begrip voor het feit dat de overheid daar streng het oog op houdt en regelmatig benadrukt dat deze tests vooral leiden tot nodeloze belasting van druk bezette professionals in de zorg.

Scenario III Capitulatie

In scenario III gaan de overheid en de medische elite uiteindelijk overstag. Na een zeer doordachte campagne en een goed uitgevoerde lobby gaat een door veel burgers gekoesterde wens in vervulling: de tweejarige medische check up voor volwassenen wordt opgenomen in het basisverzekeringspakket. Hoe zou het kunnen gaan?

Begin 2008 houden een medewerkster van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen en een medewerkster van de Stichting Hoofd Hart en Vaten (een koepelorganisatie van hartpatiëntenverenigingen) een gloedvol verhaal voor een congres van patiëntenverenigingen. ‘Zowel kanker als hart- en vaatziekten wordt vaak te laat ontdekt’, aldus beide dames. ‘Helaas wordt er maar weinig gedaan aan systematische vroegopsporing via screeningprogramma’s. Er is borstkankerscreening voor vrouwen boven de 50, baarmoederhalskankerscreening voor alle volwassen vrouwen, er is prenataal onderzoek (maar niet veel en sinds de Christen Unie deel uitmaakt van de coalitie zit uitbreiding er niet in) en er wordt hier en daar wat geëxperimenteerd met darmkanker screening. Dat is het zo ongeveer en het is treurig weinig als je het vergelijkt met wat er allemaal mogelijk zou zijn,’ menen de sprekers. ‘Het is ook treurig weinig als je bedenkt hoe groot de belangstelling was voor de niertest en de reumatest die enkele jaren geleden vanuit collectebusfondsen ter beschikking werden gesteld.’

‘Mensen willen er heel graag tijd bij zijn,’ aldus de sprekers, die aankondigen dat zij voor deze discrepantie tussen de vraag en het medische aanbod een oplossing hebben gevonden. ‘Vanuit onze achterban weten wij dat mensen wel kunnen worden doorgestuurd naar het ziekenhuis voor een scan of naar het laboratorium voor een bloedtest als zij aangeven *dat zij zich zorgen maken*,’ aldus de medewerkster van de Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen. ‘Kan ik een medische check up krijgen?’ stuit bij de huisarts direct op een nee. De huisarts beschouwt zich nog steeds als een poortwachter die de toegang tot de tweede lijn bewaakt en dit type vragen hoort door de poortwachter te worden afgehamerd. Het ligt heel anders als je bij de huisarts komt en aangeeft dat je je zorgen maakt, legt de spreker uit. ‘Bang’ is bij de huisarts een soort toverwoord. ‘Ik ben heel bang dat het kanker is’ leidt tot een vrij makkelijke doorverwijzing naar het ziekenhuis voor verdere diagnostiek, die in feite fungeert als een check up.’

‘Er zijn veel mensen die niet weten dat het zo werkt’, vult haar collega van de Stichting Hoofd Hart en Vaten aan. ‘Die laten zich gewoon wegsturen door de huisarts en die krijgen dus nooit een test.’

‘Wij vinden dit niet eerlijk’ zegt de mevrouw van de kankerfederatie. ‘Wij vinden dat je dan een premie zet op aanstellerij. Als iemand gewoon beleefd vraagt om een test, omdat hij, net als iedereen, wel eens wil weten of er geen eng gezwel in hem woekert, dan krijgt hij nul op het rekest. Hetzelfde geldt voor iemand die wel eens zou willen weten of haar aderen dichtslibben of juist dreigen te scheuren zoals bij een aneurysma. Gewoon eens informeren naar een controle op hart en vaten, levert niets op.’

‘Inderdaad’, zegt haar collega. ‘Maar als iemand dramatisch doet in de spreekkamer en zegt dat hij vreselijk bang is voor kanker omdat hij af en toe een steek

in zijn zij heeft of een enge kriebel in zijn teen, dan wordt hij wel doorverwezen. Als iemand zich zorgen maakt om zijn bloedvaten omdat zijn moeder aan een aneurysma is overleden, dan is dat een grond voor doorverwijzing.'

'Kun je daar nog inkomen' meent de mevrouw van de hartpatiëntenkoepel. 'Dan heeft zo iemand een belaste familiegeschiedenis.'

'Ja', zegt de spreekster van de kankerfederatie. 'Maar als iemand bang is omdat zijn buurman of zijn collega een bepaald type kanker heeft, of is overleden aan een hartaanval, dan wordt dat ook geslikt. Wij hebben het laten uitzoeken door een onderzoeker. Angst of voorgewende angst (daar kom ik later nog op terug) is een reden voor doorverwijzing. In deze tijd zijn artsen als de dood dat zij ergens in een beoordeling of op een website van een patiëntenconsumentenorganisatie terecht zullen komen als niet empathische dokter. Dat is ongeveer wel de ergste reputatie die je kunt hebben.'

'De gemiddelde arts moet meelevend zijn en dat betekent dat hij angsten en zorgen van patiënten serieus moet nemen,' vervolgt de mevrouw van de kankerfederatie. 'En toen dachten wij: we starten een campagne. We gaan ons hele netwerk, onze eigen achterban en de achterban van al onze collega patiëntenorganisaties deze bevindingen voorleggen en we stellen voor dat alle patiënten- en consumentenorganisaties patiënten, maar ook gezonde burgers gaan oproepen om zich bij de huisarts te melden met een angst.'

'De huisartsen zullen niet weten wat hen overkomt' voorspelt haar collega. 'Maar ons lijkt het waarschijnlijk dat iedereen wordt doorgestuurd voor een scan of een bloedtest, afhankelijk van het soort angst. Het zal storm gaan lopen in de ziekenhuizen en laboratoria.'

'Vervolgens zal iemand ergens gaan wijzen op de analogie met prenatale diagnostiek,' zegt de eerste spreekster. 'Daar gold ook een afhoudend beleid ten aanzien van echografie. Totdat duidelijk werd dat vrijwel iedere zwangere vrouw ergens in de zwangerschap een echo onderging, en toen dat duidelijk was leek het verstandig om dan toch maar een standaardecho aan te bieden aan alle zwangeren op een goed gekozen moment in de zwangerschap.'

'Dat kan bij onze campagne ook gebeuren,' denkt de tweede spreekster. 'Op zeker moment wordt duidelijk dat vrijwel iedereen een keer of wat naar het ziekenhuis wordt verwezen voor een angstscan en dan valt ooit wel ergens het kwartje. Dan breekt het inzicht door dat je de screening dan toch maar beter kunt systematiseren, dan kun je tenminste plannen hoeveel patiënten je wilt verwerken en waar en door wie.'

'Wij stellen voor dat we dit met de hele patiëntenbeweging gaan realiseren,' aldus de twee spreeksters. 'Ten eerste en vooral omdat we echt zo'n medische check up willen, zodat mensen eerder weten dat zij lijden aan kanker of hart- en vaatziekten. Maar niet alleen daarom. We willen dit ook, omdat het volgens ons heel goed is voor het imago van de patiëntenbeweging. Gaat u maar na', zegt de mevrouw van de kankerpatiëntenfederatie, die haar verhaal op dit punt illustreert met een treffende powerpointsheet.

'Als er kritiek is op de patiëntenbeweging gaat het altijd om drie dingen. Men zegt dat wij ons eenzijdig richten op de belangen van chronische zieken. Men zegt dat wij te braaf zijn en teveel aan de leiband lopen van hetzij de artsen, hetzij de overheid. En men zegt dat we teveel overleggen en vergaderen en te weinig actie voeren. Deze campagne slaat drie vliegen in een klap. We zetten ons in voor preventie en voor de belangen van de gezonde burger. We keren ons tegen de overheid en tegen het medische establishment. En we doen dat met een echte campagne.'

Een daverend applaus valt beide dames ten deel. Twee maanden later gaat de campagne van start en drie jaar later wordt de periodieke medische check up opgenomen in het basisverzekeringspakket.

Scenario IV. De omgekeerde wereld

In scenario IV – het minst waarschijnlijke scenario – wisselen de burgers en de overheid/medische elite van standpunt. Hoe zou het kunnen gaan?

Halverwege 2008 komt een gezelschap van GGD directeurs en preventie deskundigen bijeen in een conferentieoord ergens in het midden des lands. Een van hun houdt een sombere inleiding over de stand van de gezondheid in het land. Er wordt te weinig gesport, te weinig gefietst, men drinkt te veel, men eet te veel en men is te dik, aldus luidt kort samengevat, het oordeel over de Nederlandse bevolking. De aanwezigen zijn niet erg enthousiast over het effect van bestaande preventieprogramma's, gericht op het grote publiek: postbus 51 spotjes worden weggezapt, foldertjes bij de supermarkt of op het station verdwijnen ongelezen in de vuilnisbak. Wat te doen?

Een der aanwezigen bekent gisteren te hebben gekeken naar een tamelijk triviaal gezondheidsprogramma op een van de commerciële zenders. Daar was een – niet eens zo heel dikke – man geweest die graag een biertje dronk en regelmatig hamburgers wegwerkte, gezeten in de auto. Hij en zijn vrouw wilden graag een tweede kind, maar waren er tot nu toe niet in geslaagd een zwangerschap tot stand te brengen. De man was door de televisie presentator meegevoerd naar een strenge Amerikaanse dokter die hem van top tot teen had doorgelicht en vervolgens had geschetst hoe de rest van zijn – te korte! – leven eruit zou zien als hij doorging op deze voet. Zijn spermacellen waren nu niet actief genoeg om een bevruchting te kunnen realiseren. Zijn alcoholgebruik had nu reeds geleid tot een enge verdikking van de lever en ook met zijn bloedvaten zat het niet goed. De man was zichtbaar geschrokken, aldus de GGD directeur die het verhaal deed. Zo geschrokken dat hij in de volgende weken direct zijn gedrag had aangepast. Minder drank, meer beweging, minder fastfood. De tv redactie had hem zes weken later nog eens naar de strenge dokter gestuurd en toen was zijn lever al merkbaar opgeknapt. Ook zijn buik was kleiner en zijn zaadcellen maakten een veviere indruk.

'Wat is de clou van het verhaal nu?', informeerde een ongeduldige preventieonderzoekster naast hem.

'Tja', begint de GGD directeur aarzelend. 'Ik dacht zo: als we nu eens een experiment opzetten waarbij we een groot aantal burgers oproepen voor een individuele uitgebreide medische check up, die leidt tot een op de persoon toegesneden advies over gewenste veranderingen van leefstijl. Zou dat niet wat zijn? We zouden deze interventiegroep kunnen vergelijken met een controlegroep die alleen de standaard postbus 51 voorlichting ondergaat en dan kijken in welke groep zich meer veranderingen van leefstijl voordoen. In de goede richting dan natuurlijk.'

De overige aanwezigen voelen veel voor het voorstel en als na een half jaar de benodigde financiering en organisatie rond is, is *Check up Flevoland* een feit. De resultaten van het project zijn meer dan bemoedigend. Iets meer dan de helft van de gescreende proefpersonen die werden geconfronteerd met een testuitkomst die aanleiding zou moeten zijn tot een verandering van leefstijl, gaf aan zijn leefstijl te willen aanpassen. Lang niet alle proefpersonen zagen kans al hun slechte gewoonten in een keer op te geven, maar iets meer dan 70 % had op ten minste één front zijn

leven gebeterd. Dat wil zeggen: of men was meer gaan bewegen, of men was gestopt met roken, of men consumeerde minder alcohol dan wel at gezonder.

De onderzoekers zijn zeer ingenomen met deze resultaten en stellen voor de aanpak van *Check up Flevoland* landelijk in te voeren. Dat plan stuit echter op onverwacht veel weerstand. De reacties in de media – krantencolumns, redactionele commentaren, actualiteitenrubrieken op televisie – variëren van bezorgd tot uitgesproken negatief. Sommige scribenten twijfelen aan de meerwaarde van de check up: zouden de mensen die te horen krijgen dat zij moeten stoppen met roken dat niet allang weten? Anderen vinden het hele initiatief paternalistisch en betuttelend en weer anderen vinden invoering alleen verantwoord als daar een zeer uitgebreide nazorg bij zou worden ingevoerd, een operatie die het hele project veel duurder zou laten uitvallen.

De overheid vraagt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Gezondheidsraad om nog eens heel goed na te denken over de voor- en nadelen van een massaal screeningsproject. Check up Nederland wordt voorlopig op de lange baan geschoven.

Hoe zal het aflopen? Ik denk dat we kunnen zeggen dat scenario IV het minst waarschijnlijk is. Scenario's II en III zijn beide ongeveer even waarschijnlijk of even onwaarschijnlijk. Scenario II vereist een vrij radicale politieke koerswijziging, terwijl scenario III nogal wat vraagt van de patiëntenbeweging. Het meest waarschijnlijke scenario is scenario I en het is de vraag of we daar genoeg mee moeten nemen. Misschien is er iets te zeggen voor bewust inzetten op een van de twee convergentiescenario's: volksopvoeding of medische capitulatie.

Noten

¹ <http://www.nieuwsbank.nl/inp/1999/12/1210E035.htm> en Sietske Lems, *De huisarts-patiënt relatie anno 2006*, rapport van TNS-NIPO, NHG, 2006, p. 32.

² De scenariomethode is een manier van nadenken over de ontwikkeling van morele houdingen en opvattingen is ontwikkeld door o.a. Tsjalling Swierstra van de Universiteit Twente. Zie <http://www.nwo.nl/projecten.nsf/pages/2200127101>.