

9
1171

Persoonsgerichte screening

De serie artikelen over screening is bijna ten einde. Dit is een reden om nog eens stil te staan bij de vraag in hoeverre screening op ziekten een plaats in de toekomstige gezondheidszorg moet hebben. Deze vraag is des te actueler omdat de regering zich binnen afzienbare tijd zal moeten buigen over de wet op Bevolkingsonderzoek, die thans in voorbereiding is (zie ook blz. 1442). Uit de artikelenserie in Medisch Contact blijkt dat bij een aantal ziekten of aandoeningen een vroege ontdekking van een afwijking doorslaggevend is voor het succes van de behandeling, indien de methode voor het ontdekken betrekkelijk eenvoudig en voorhanden is en een zinvolle behandeling mogelijk maakt. Goede voorbeelden hiervan zijn de screening op fenylketonurie en hypothyreoïdie. Wel is de frequentie van deze afwijkingen zeer laag, zodat relatief weinig lijders aan deze aandoeningen worden ontdekt. Desondanks staat het al of niet toepassen van screening op deze aandoeningen nauwelijks ter discussie: het betreft aandoeningen van pasgeborenen voor wie de ontdekking voor hun hele leven van beslissende betekenis is. Er zijn meer aandoeningen waarbij het achterwege laten van screening tot een kunstfout is geworden: onderzoek van zwangeren op rhesusantagonisme. Dit onderzoek wordt echter niet (meer) als screening beleefd: het is onderdeel van een reguliere zwangerschapscontrole. Hier raken een medische en een epidemiologische benadering elkaar. Onderzoek op fenylketonurie en hypothyreoïdie heeft eigenlijk al dezelfde ontwikkeling ondergaan. Vermoedelijk heeft deze beleving iets te maken met de werkwijze: een bepaalde categorie personen wordt in het kader van de behandeling die zij krijgen of de hulp die hen wordt geboden op enkele mogelijke afwijkingen onderzocht. Essentieel daarbij is dat daarvoor weliswaar bepaalde voorzieningen – laboratorium en administratie – voorhanden zijn, maar dat de handelingen naar de patiënt of hulpzoekende toe binnen een bestaand en vertrouwd kader worden uitgevoerd. Problematisch wordt screening als de categorie van de te onderzoeken mensen niet scherp is omschreven en niet als zodanig gemakkelijk benaderbaar is, zoals dit bij zwangeren en zuigelingen wel het geval is. De tot nu toe besproken vormen van vroege diagnostiek zijn ingebouwd in bestaande structuren. Anders wordt het wanneer

J. C. van Es
Zinnige screening moet persoonsgericht worden uitgevoerd

een bevolking wordt opgeroepen zich te laten onderzoeken op de mogelijke aanwezigheid van onder andere kanker van long, cervix of mamma. Uit de verschillende in MC gepubliceerde artikelen en uit de reactie die sommige artikelen hebben opgeroepen blijkt wel dat we met een uitermate complex probleem hebben te maken. Hoe eerder een zich ontwikkelend kankerproces wordt ontdekt, des te groter zijn de genezingskansen. Dit is onder andere duidelijk bij het cervixcarcinoom. Er zijn risicofactoren die predisponeren voor het krijgen van deze ziekte. Deze factoren liggen voor een deel in de leefwijze verankerd. Echter: Lammes laat zien dat slechts 55% van de carcinomen in de risicogroep wordt gevonden¹. Hetzelfde geldt voor het mammacarcinoom, waar slechts 60% van de carcinomen bij 30% van de populatie voorkomt². Bij het longcarcinoom zijn de risicofactoren misschien méér bepalend voor het ontstaan van deze ziekte, maar dit is nog allerminst duidelijk. Dit drijft ons bij deze ziekten naar bevolkingsonderzoek van een complete bevolking. Een krachtige motor hiervoor is het immer aanwezige schuldgevoel dat manifest wordt als een kankerproces wordt ontdekt in een stadium waarin nog maar weinig therapeutische mogelijkheden bestaan! Bij iedere patiënt met kanker hebben artsen het gevoel te kort te schieten: we hadden het eerder moeten ontdekken. En dat bij een ziekte die als zo onheilspellend, afschuwelijk wordt beleefd: 'de arglistige indringer die delen van het lichaam wegvreet', aldus Thomas Paynell in 1528³. Dit wordt door patiënt en arts anno 1983 nog steeds zo beleefd. De emotioneel bepaalde aanspraak tot het invoeren van screeningsprogramma's op verschillende soorten van kanker is dus groot. Toch zal koelbloedig moeten worden nagegaan in welke mate screening zinvol is. In een besluit daartoe moet dan tevens worden ingecalculleerd dat uitgebreide screeningsprogram-

ma's een verdere bewustwording van eigen kwetsbaarheid voor ziekte zullen bevorderen, hetgeen het toekomstige bestaan wel zal kleuren!

Het invoeren van screeningsprogramma's is uiteindelijk een politieke beslissing: zie het destijds genomen besluit omtrent de cervixscreening. Een dergelijk besluit wordt vaak niet koelbloedig genomen, maar op grond van het politieke machtspeel. Het is echter de taak van de medici tot eensluidende oordelen te komen, opdat het politieke besluit zó wordt beïnvloed dat dit ook een medisch zinvolle inhoud krijgt.

In het bovenstaande wordt er nog steeds impliciet van uitgegaan dat case-finding op het gebied van kanker via bevolkingsonderzoek moet geschieden. Volgen wij de auteurs uit de serie artikelen in MC, dan ontstaan er zelfs aparte programma's voor vroege ontdekking van kanker van rectum, prostaat, cervix, mamma en wellicht nog meer long. Een dergelijke opzet zal onherroepelijk tot een bureaucratische, onpersoonlijke en versplinterde vorm van onderzoek voeren. Als eenmaal het besluit zou worden genomen screening op bepaalde ziekten definitief in te voeren verdienen alternatieven van de bureaucratische methode wellicht de voorkeur.

Van der Dool⁴ heeft destijds een vorm van *anticiperende geneeskunde* ontworpen waarin de patiënt die de arts consulteert tevens volgens een bepaalde ratio op bedreigende ziekten wordt onderzocht. De voordelen zijn evident, onder andere: de huisarts is beter dan wie ook in de gelegenheid persoonsgebonden risicofactoren in te calculeren. Bovendien is een onmiddellijke bespreking met de patiënt over consequenties van de uitslag mogelijk. De opkomst van de computer in de praktijkvoering zal deze werkwijze ook organisatorisch uitvoerbaar maken. Dit geldt ook voor vormen van screening die binnen de jeugdgezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg kunnen worden uitgevoerd. Screening moet niet zonder meer worden geassocieerd met massaal bevolkingsonderzoek, maar ook met persoonsgerichte hulp.

1. Lammes FB. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Medisch Contact 1983; 38, 1221-23.
2. Collette HJA. Bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom. Medisch Contact 1983; 38 1432-34.
3. Sontag S. Ziekte als spookbeeld. 1981. Utrecht Antwerpen.
4. Dool CAW, van der. Anticiperende geneeskunde. In: Het Medisch Jaar 1977, Utrecht.