

**CELSUS**  
ACADEMIE VOOR  
BETAALBARE  
ZORG



Gewoon even kijken of ik nog  
gezond ben

Ervaringen met *health checks*

# **Gewoon even kijken of ik nog gezond ben**

Ervaringen met *health checks*

Wieteke van Dijk, MSc.  
Jolanda van Haren  
Prof. dr. Patrick Jeurissen  
Prof. dr. Gert Westert

Nijmegen, augustus 2017

Celsus, Academie voor betaalbare zorg

# Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| Inhoudsopgave.....                                   | 3  |
| Samenvatting.....                                    | 4  |
| 1. Inleiding.....                                    | 7  |
| 2. Onderzoeksmethode & werving van respondenten..... | 9  |
| 3. Resultaten.....                                   | 12 |
| 4. Conclusie.....                                    | 16 |
| 5. Discussie.....                                    | 18 |
| Literatuur.....                                      | 24 |

## Samenvatting

*Health checks* staan steeds meer in de belangstelling, maar het is nog onbekend waarom Nederlandse burgers kiezen voor een healthcheck, en hoe ze deze ervaren en waarderen. Daarom is de Celsus academie gevraagd onderzoek te doen naar de houding en verwachting van burgers ten aanzien van *health checks*. Een *health check* wordt gedefinieerd als: “een eenmalig of periodiek onderzoek, zonder medische indicatie en buiten het collectief bevolkingsonderzoek, bestaande uit een of meer tests of testonderdelen met als doel mensen te informeren over (risico’s voor) hun gezondheid om geruststelling, gezondheidswinst of handelingsopties te verkrijgen” (Gezondheidsraad, 2015).

In totaal zijn voor dit kwalitatieve onderzoek 19 gebruikers van *health checks* geïnterviewd en zijn daarna vier experts geïnterviewd. Opvallend is dat het zeer moeilijk was voldoende respondenten te traceren, wat deels aangeeft dat de frequentie waarin gebruik wordt gemaakt van deze tests beperkt is.

De meeste respondenten zijn afkomstig uit deelnemers aan een Nivel enquête over zelftests. De afgenomen interviews waren gestructureerd met een vragenlijst, maar werden bewust zo open mogelijk gelaten. Tijdens het interview bleek bij verschillende respondenten dat zij in feite niet voldeden aan de inclusiecriteria en een geïndiceerde test hadden laten afnemen die deel uitmaakte van de behandeling van hun aandoening. Daarom zijn deze interviews niet geanalyseerd voor dit onderzoek. Dankzij de kwalitatieve insteek van het onderzoek is een rijke schakering aan percepties en verwachtingen van burgers naar voren gekomen.

Uit de vijftien interviews kwamen zeven thema’s naar voren rondom percepties van en ervaringen met *health checks*:

1. Veel gebruikers maken **geen onderscheid tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde testen**: voor mensen die al in behandeling zijn was het verschil tussen een geïndiceerde test en een *health check* niet evident. Zij schrijven de uitkomsten van een door hen bedongen extra test bij de huisarts (een *health check*) evenveel waarde toe als door de huisarts geïndiceerde testen. Respondenten die een losstaande *health check* lieten uitvoeren, binnen of buiten de reguliere zorg, maakten wel een expliciet onderscheid tussen geïndiceerde zorg en niet-geïndiceerde zorg.
2. Er waren voor deze gebruikers drie aanleidingen om een *health check* te willen:
  1. **Algemene klachten** zoals vermoeidheid of lichte duizeligheid;
  2. Interesse ‘**het eens mee te maken**’, opgewekt door reclame of een aanbod via het werk of de verzekeraar;
  3. Consequent **monitoren** van de gezondheid.
3. De resultaten van de *health checks* voor deze gebruikers waren **geruststellend**. In het enkele geval dat er wel reden was tot vervolgonderzoek werd men alsnog gerustgesteld doordat alles gecontroleerd was en er niets aan de hand bleek.
4. Het onderwerp betrouwbaarheid van de *health checks* betroffen vrijwel alle gebruikers op de **betrouwbaarheid van de uitvoerder**. Veel van de geïnterviewden hadden hun *health check* via de huisarts georganiseerd. Ze vertrouwden hun huisarts dus ze vertrouwden ook de uitslag van de *health check*.
5. Geen van de respondenten gaf aan zijn of haar **leefstijl noemenswaardig te hebben gewijzigd** naar aanleiding van de uitslagen van een *health check*.

6. De gebruikers vonden **kosten geen overweging** om een *health check* niet te ondergaan, met uitzondering van die voor een total body scan. Kosten vatte een deel op als deel van het eigen risico, waar ze wettelijk niet onder vallen. Eventuele vervolggkosten zag men als geïndiceerde zorg, logischerwijs ten laste komend van de zorgverzekering.
7. Voor de meeste van deze gebruikers horen *health checks* bij een **gezonde leefstijl** en zijn zij een voorbeeld van **preventie**. Een aantal gebruikers zag in regelmatige *health checks* een middel om toekomstige kosten te besparen en vonden het een voorbeeld van de eigen verantwoordelijkheid van burgers.

De gebruikers van *health checks* in dit onderzoek hadden doorgaans positieve ervaringen. Toch roepen de resultaten het beeld op dat gebruikers een *health check* ongericht inzetten, om geruststelling te verkrijgen over hun gezondheid en leefstijl. Eventuele schaduwkanten worden zeer zelden benoemd door de gebruikers en de mogelijkheid van vals-positieve of –negatieve uitslagen werden nauwelijks naar voren gebracht. De geïnterviewden gaven wel aan een *health check* als een momentopname te zien. In een breder perspectief leek deze term ook op te gaan voor de houding van de meerderheid van de gebruikers ten aanzien van *health checks*: men had een positieve attitude maar was niet heel weloverwogen of bewust bezig met het onderwerp. Het leek een marginale rol in te nemen in hun belevingswereld of gezondheidsbeleving.

Concluderend kunnen de onderzoeksvragen als volgt beantwoord worden:

1. *Waarom besluiten burgers een health check te ondergaan? Welke verwachtingen hebben zij van de resultaten ervan?*  
De redenen om een *health check* te ondergaan waren heel divers. Een deel van de respondenten koos bewust voor een *health check*, maar de meerderheid maakte ofwel gebruik van een (gratis) gelegenheid als die zich voordeed of vulde geïndiceerde zorg aan met een *health check*. De meeste gebruikers zochten geruststelling of een verklaring voor een sluimerende kwaal of onzekerheid. Geruststelling verkreeg men doorgaans wel, een verklaring voor een kwaal niet.
2. *Hoe interpreteren burgers de uitkomsten van een health check? Hoe duiden zij de kwaliteit ervan?*  
De ervaringen met *health checks* waren bijna zonder uitzondering positief. De kwaliteit van de testen zelf werd door niemand in twijfel getrokken. Betrouwbaarheid en kwaliteit van de testen vatten de gebruikers op als betrouwbaarheid en kwaliteit van de aanbieder. Zeker in hun huisarts hadden zij veel vertrouwen.
3. *Welke informatiebehoefte hebben zij aangaande de health check en de handelingsopties daarna? In hoeverre zijn zij zich bewust van onzekerheidsmarges en hoe interpreteren zij die?*  
De gebruikers benoemden geen behoefte aan informatie voorafgaand aan de test. Ook namen zij de resultaten van de tests ter kennisgeving aan. De geïnterviewden gaven ook geen tot weinig blijk van een bewustzijn van onzekerheidsmarges van dit soort testen, of van de mogelijkheid van vals-positieve of negatieve uitslagen.
4. *Welke (gedrags)consequenties verbinden burgers aan de uitslag van een health check? Zowel in zorggebruik, zelfzorg als leefstijlaanpassingen.*  
De meeste respondenten gaven aan gezond te leven. De resultaten van de *health check(s)* waren dan ook voor geen van de respondenten aanleiding om hun leefstijl ingrijpend te veranderen. De meeste gebruikers zagen *health checks* als een voorbeeld van het nemen van eigen verantwoordelijkheid, iets wat zij zagen als belangrijk voor gezondheid en preventie.

In vervolg op de gebruikersinterviews is met een viertal experts gesproken over de uitkomsten van het onderzoek. Deze gesprekken met een medisch ethicus, een lector communicatie in het publieke domein, een hoogleraar gezondheidseconomie en een medisch analist staan samenvat in het laatste hoofdstuk. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek brengen de experts een aantal onderwerpen naar voren. Zo lijken gebruikers van *health checks* weinig kritische informatie over het onderwerp te zoeken of te onthouden. Daarnaast lijkt hun gebruik van *health checks* hen te steunen in het tijdelijk wegnemen van onzekerheden over hun gezondheid. Ook zijn de gebruikers zich niet altijd bewust van het onderscheid tussen collectieve en zelfzorg. Tot slot lijkt er een spanningsveld te bestaan tussen het concept van positieve gezondheid, gericht op zelfmanagement en adaptatie, en *health checks*.

Aandacht voor deze onderwerpen in relatie tot preventie en *health checks* kunnen bijdragen aan evenwichtig gebruik van *health checks*. Zeker gezondheidsvaardigheden lijken belangrijk, omdat die mensen in staat stellen informatie over *health checks* te wegen en interpreteren. Ook de huisarts kan hierbij een belangrijke rol vervullen, door het nut en het resultaat te bespreken met gebruikers. Toch moet dit onderwerp ook niet te zeer worden geproblematiseerd, gezien de geringe omvang van de kosten en het relatief kleine aantal gebruikers.

# 1. Inleiding

*Health checks* zijn relatief nieuw in het zorgaanbod. De algemene verwachting is dat burgers in toenemende mate gebruik zullen willen maken van *health checks*. Dit wordt gestimuleerd door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, zoals een groeiend bewustzijn van gezondheid en leefstijl. Er is echter nog veel onbekend over het gebruik van en de ervaringen met *health checks*. Celsus wil met dit onderzoek de houding en verwachting van burgers ten aanzien van *health checks* verduidelijken. De uitkomsten van dit onderzoek zijn een eerste stap om de vraagzijde van *health checks* in beeld te krijgen en meer inzicht te krijgen in waarom gebruikers een *health check* ondergaan, wat zij met de uitkomsten doen en welke gedragsconsequenties zij eraan verbinden. In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van dit onderzoek, dat is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS.

## **Health checks**

Een *health check* is door de Gezondheidsraad gedefinieerd als “een eenmalig of periodiek onderzoek, zonder medische indicatie en buiten het collectief bevolkingsonderzoek, bestaande uit een of meer tests of testonderdelen met als doel mensen te informeren over (risico’s voor) hun gezondheid om geruststelling, gezondheidswinst of handelingsopties te verkrijgen” (1).

Een *health check* is dus een test op initiatief van de gebruiker om na te gaan of diens gezondheid in orde is. De gehoopte meerwaarde van *health checks* voor gebruikers ligt in informatie over de eigen gezondheid, in vroegsignalering van aandoeningen en in geruststelling.

Een test kan zowel een *health check* als geïndiceerde zorg zijn. Dit is afhankelijk van het risicoprofiel van de gebruiker. Aanbod buiten de reguliere zorg is altijd een *health check*. De definitie van de gezondheidsraad stelt dan ook twee criteria waaraan een *health check* moet voldoen: er is geen sprake van een medische indicatie en de test is geen onderdeel van een collectief bevolkingsonderzoek. Dit zijn praktische bepalingen: vanuit een gebruikersperspectief verschillen screeningstests en *health checks* niet noodzakelijkerwijs van elkaar. Een cholesterolbepaling voor een persoon van middelbare leeftijd, met overgewicht en met een familiegeschiedenis van hart- en vaatziekten is geen *health check*, een cholesterolbepaling op random voorbijgangers wel.

## **Het doel van dit onderzoek**

Het is onduidelijk hoe de belangstelling voor healthchecks van gebruikers zich zal ontwikkelen en wat de gevolgen voor de (kosten van de) zorg zullen zijn. Hoewel er wat reclame wordt gemaakt voor *health checks* lijkt in de huidige markt het initiatief om op zoek te gaan naar een *health check* nog vooral bij de gebruiker te liggen. De verwachtingen en doelen van deze gebruikers zijn echter nog onvoldoende in kaart gebracht om te weten waar eventuele vragen of hiaten liggen. Daar tracht dit onderzoek aan bij te dragen.

## **Doelstelling en onderzoeksvragen**

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de afwegingen en verwachtingen van Nederlandse burgers aangaande *health checks*. Daartoe onderscheiden we vier onderzoeksvragen:

1. Waarom besluiten burgers een *health check* te ondergaan? Welke verwachtingen hebben zij van de resultaten ervan?
2. Hoe interpreteren burgers de uitkomsten van een *health check*? Hoe duiden zij de kwaliteit ervan?
3. Welke informatiebehoefte hebben zij aangaande de *health check* en de handelingsopties daarna? In hoeverre zijn zij zich bewust van onzekerheidsmarges en hoe interpreteren zij

- die?
4. Welke (gedrags)consequenties verbinden burgers aan de uitslag van een *health check*?  
Zowel in zorggebruik, zelfzorg als leefstijlaanpassingen.

### **Leeswijzer**

Omdat dit een exploratief onderzoek is zijn kwalitatieve methoden het meest geschikt. Daarom zijn interviews gehouden met gebruikers van *health checks* en met relevante experts. In het tweede hoofdstuk van deze rapportage staat de methodiek van het onderzoek toegelicht (hoofdstuk 2). In hoofdstuk drie volgen de resultaten van de interviews. In het vierde en laatste hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoordt en volgen de conclusies die getrokken kunnen worden. Het vijfde hoofdstuk laat een aantal experts uit verschillende vakgebieden aan het woord en presenteert een aantal overstijgende thema's over dit onderwerp.



## 2. Onderzoeksmethode & werving van respondenten

### Methodiek

Het onderzoek is met kwalitatieve onderzoeksmethoden uitgevoerd. Kwalitatieve methoden bieden de mogelijkheid dieper op een onderwerp in te gaan met respondenten en zijn daarom uiterst geschikt om inzicht te verkrijgen in de afwegingen die mensen maken en in de (latente) percepties die zij over een onderwerp hebben. Het is daarom een goede onderzoeksmethode voor dit onderwerp, omdat vooralsnog onbekend is hoe Nederlandse burgers staan tegenover *health checks*.

In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, kan kwalitatief onderzoek meestal niet gegeneraliseerd worden. Het is een intensieve onderzoeksmethode, waarmee doorgaans met een beperkte groep respondenten dieper op een onderwerp ingegaan wordt. Na het onderzoek kunnen wel uitspraken gedaan worden over de afwegingen die burgers maken ten aanzien van *health checks*, maar niet over de (percentuele) representatie van deze opvattingen onder alle burgers.

In kwalitatief onderzoek is het doel niet een zo hoog mogelijk aantal mensen te interviewen, maar om saturatie te bereiken: het punt waarop geen nieuwe informatie meer naar voren komt. Daarom is onmogelijk van tevoren vast te leggen hoeveel interviews hiervoor nodig zijn. De schatting voorafgaand aan het onderzoek was dat circa 15-25 interviews voldoende zouden zijn.

### Werving van respondenten

Er zijn verschillende bronnen aangeboord om respondenten te werven. Er is een oproep geplaatst op Facebook, er is geworven via de persoonlijke netwerken van betrokken onderzoekers en anderen en er is een oproep geplaatst op het intranet van een groot ROC in Zwolle. Daarnaast zijn circa 15 aanbieders van *health checks* online getraceerd en benaderd per mail. De werving via deze bronnen verliep heel moeizaam. Blijkbaar herkenden mensen zichzelf niet als gebruiker van *health checks* of hadden ze onvoldoende interesse in het onderwerp om over te gaan tot deelname. Dit alles leverde slechts 2 interviews op: één via een persoonlijk netwerk en één via de oproep op het intranet van het ROC. Aanbieders waren niet bereikbaar of niet bereid om mee te werken. Telefonische follow-up leverde niets op.

Tegelijkertijd met dit kwalitatieve onderzoek voerde het Nivel een vragenlijstonderzoek uit over gezondheidstesten. Daartoe zetten zij een vragenlijst uit onder leden van hun consumentenpanel gezondheidszorg (2). Voor dit onderzoek is een extra vraag toegevoegd aan deze enquête, waarin respondenten werd gevraagd of zij door ons benaderd mochten worden voor een aanvullend telefonisch interview over dit onderwerp. In totaal waren er 31 van de 108 respondenten die aangaven in het gelopen jaar een gezondheidstest te hebben gedaan en die telefonisch benaderd mochten worden. De privacy van deze respondenten bleef gegarandeerd omdat de telefonische interviews op de locatie van het Nivel plaatsvonden. Op deze manier zijn nog 17 telefonische interviews gerealiseerd.

### Sample

Er is een tweetal opmerkingen te plaatsen bij deze situatie. Ten eerste is het opmerkelijk dat de werving zo moeizaam verliep. Een zo lage respons is ongebruikelijk. Doorgaans zijn zorgprofessionals ook meer bereid te helpen en bijvoorbeeld een brief uit te sturen naar patiënten die aan de inclusiecriteria voldoen. We hebben geen sluitende verklaring voor het feit dat dit keer zowel de

aanmeldingen uitbleven als voor het gebrek aan medewerking van aanbieders. Dit kan gelden als een eerste bevinding: kennelijk leeft dit onderwerp niet voldoende onder de bevolking, of wellicht herkennen mensen zich niet in de omschrijving. Uit eerder onderzoek bleek ook al dat de gebruikersgroep in Nederland niet zo groot is (3). En ook aanbieders hebben kennelijk weinig interesse.

Omdat het Nivel een andere definitie hanteert dan de gezondheidsraad wijkt het sample –in theoretisch af van de doelgroep. De vraagstelling in de Nivel enquête bevatte deze toelichting:

“Er zijn steeds meer tests beschikbaar, om zonder tussenkomst van uw huisarts of specialist, uw eigen gezondheid te onderzoeken. Deze tests worden gezondheidstests genoemd. Gezondheidstests zijn gericht op het opsporen van een ziekte en informeren mensen over aanleg voor óf risico op een ziekte. Een gezondheidstest wordt zónder tussenkomst van uw huisarts of specialist uitgevoerd (dus op eigen initiatief). Let op: onderzoeken binnen het landelijke programma bevolkingsonderzoek (zoals een uitstrijkje of borstkankeronderzoek) zijn geen gezondheidstests.”

De werkdefinitie die het Nivel hanteert wijkt dus op twee punten af van die van de gezondheidsraad: 1) de betreffende test vindt plaats buiten de reguliere gezondheidszorg, en 2) er staat niet in gespecificeerd dat er geen medische indicatie voor is. Dit betekent dat het sample van mensen dat wij konden bellen een iets ander startpunt had dan wijzelf hadden gekozen. Dit is overkomelijk, ware het niet tijdens de interviews bleek dat weinig van de respondenten de toelichting correct op zichzelf hadden toegepast. De meeste respondenten namen hun tests af via de huisarts en in heel veel gevallen was hiervoor een medische indicatie. In het vervolg van het gesprek bleek nog vaak dat deze patiënten op eigen initiatief een test hadden toegevoegd aan de geïndiceerde zorg. In dit geval kon het interview alsnog worden gebruikt in de analyse. Dat laat onverlet dat er een aantal ‘vals positieven’ in het sample zaten. Deze interviews zijn wel doorgezet, maar ze zijn niet allemaal meegenomen in de analyse. In tabel 1 hieronder is per respondent een aantal kenmerken gerapporteerd en staat aangeduid in hoeverre hij of zij aan de inclusiecriteria voldeed.

## **Analyse**

Alle afgenomen interviews zijn letterlijk uitgetypt door een externe partij<sup>1</sup>. Deze transcripten zijn vervolgens onafhankelijk geanalyseerd door twee onderzoekers in Atlas-ti®. Atlas-ti® is een kwalitatief analyseprogramma en stelt de onderzoeker in staat stukjes tekst te arceren en markeren (dit heet coderen). Twee onderzoekers codeerden onafhankelijk van elkaar de interviews en bespraken vervolgens hun analyses en bediscussieerden de uitkomsten. Gezamenlijk hebben zij besloten welke thema's ze illustratief vonden voor de interviewresultaten. Deze staan beschreven in de resultaten sectie.

## **Respondentenkenmerken**

Om de anonimiteit van de respondenten te garanderen staat in de volgende tabel een aantal basiskennmerken opgesomd, die niet herleidbaar zijn tot personen. Om deze reden is de woonplaats van de respondent soms opgeschaald naar regio. Alleen steden met meer dan 100.000 inwoners worden bij naam genoemd. Quotes in de resultaten refereren terug naar het volgnummer van deze respondenten. Dit nummer correspondeert niet met de volgorde van afname.

---

<sup>1</sup> De betrokkenen bij dit bedrijf hebben een geheimhoudingsverklaring getekend en de gegevenstransfer vond plaats via een beveiligde verbinding.

| Tabel 1. Respondentkenmerken |          |          |              |   |   |  |
|------------------------------|----------|----------|--------------|---|---|--|
| #G                           | Geslacht | Leeftijd | Regio        | Health check  | Binnen/buiten reguliere gezondheidszorg                 | Voldoet aan inclusiecriteria van het onderzoek?* |
| G1                           | Vrouw    | 65       | Zeeland      | Total body scan   | Via particuliere aanbieder                              | Ja   |
| G2                           | Man      | 37       | Zwolle       | Hart coherentie monitor                                     | Via particuliere aanbieder                              | Ja   |
| G3                           | Vrouw    | 83       | Amersfoort   | Bloeddrukmeting   | Via huisarts  | Nee <sup>2</sup>                                 |
| G4                           | Vrouw    | 36       | Drenthe      | Bloedtests  | Via huisarts  | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G5                           | Man      | 70       | Zuid-Holland | Jaarlijkse medische controle en bloedonderzoek              | Via huisarts  | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G6                           | Man      | 69       | Groningen    | Jaarlijkse medische controle en bloedonderzoek              | Via huisarts en specialist                              | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G7                           | Vrouw    | 77       | Amersfoort   | Jaarlijkse medische controle, inclusief vitamine-B bepaling | Via huisarts  | Ja   |
| G8                           | Man      | 73       | Utrecht      | Medische controles en bloedonderzoek                        | Via particuliere aanbieder                              | Ja   |
| G9                           | Man      | 69       | Friesland    | Jaarlijks bloedonderzoek                                    | Via particuliere aanbieder gecontracteerd door huisarts | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G10                          | Vrouw    | 49       | Utrecht      | Preventief medisch onderzoek via werk                       | Via particuliere aanbieder                              | Ja   |
| G11                          | Vrouw    | 80       | Zuid-Limburg | Cholesteroltest in hal ziekenhuis                           | Via ziekenhuis  | Ja   |
| G12                          | Vrouw    | 70       | Zeeland      | Online vragenlijst voor griep                               | Online  | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G13                          | Man      | 62       | Groningen    | Dagelijkse bloeddrukmeting, conditietest                    | Via specialistisch centrum en zelf                      | Ja   |
| G14                          | Vrouw    | 54       | Zeeland      | Test blaasontsteking  | Zelf  | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G15                          | Man      | 69       | Overijssel   | Bloedonderzoek  | Via huisarts  | Ja   |
| G16                          | Vrouw    | 72       | Overijssel   | Total body scan (lang geleden)                              | Via particuliere aanbieder                              | Nee <sup>1</sup>                                 |
| G17                          | Man      | 69       | Zeeland      | Bevolkingsonderzoek darmkanker                              | Bevolkingsonderzoek                                     | Nee <sup>2</sup>                                 |
| G18                          | Vrouw    | 49       | Overijssel   | Bloeddruk en insuline metingen                              | Via huisarts  | Nee <sup>2</sup>                                 |
| G19                          | Man      | 70       | Zeeland      | Trombosedienst  | Via huisarts  | Nee <sup>2</sup>                                 |

\* Toelichting: een aantal respondenten voldoet niet (volledig) aan de inclusiecriteria voor het onderzoek. Er zijn twee categorieën:  
<sup>1</sup> Respondenten die strikt genomen niet aan de inclusiecriteria voldoen, maar bij wie de vragenlijst wel afgenomen kon worden. Deze respondenten zijn wel in de analyse meegenomen.  
<sup>2</sup> Respondenten die helemaal niet aan de inclusiecriteria voldoen en buiten de analyse zijn gelaten. Dit geldt voor patiënten van wie de enige gezondheidstest die ze ondergaan hebben deel uitmaakt van de behandeling van hun aandoening.

### 3. Resultaten

De analyse resulteerde in een aantal onderwerpen (thema's) die vaker naar voren kwamen in de gesprekken. Dit waren zeven thema's waarop de respondenten juist onderling sterk op elkaar leken of juist sterk van mening verschilden. Hieronder staan de thema's toegelicht.

#### 1. Het onderscheid tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde testen

Niet alle geïnterviewden maakten een onderscheid tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde testen. Sommige van de Nivel respondenten voldeden eigenlijk niet aan de definitie: de test(en) die zij hadden laten uitvoeren waren strikt genomen geen *health check* of gezondheidstest omdat er een medische aanleiding voor was (symptomen of periodieke controle). Sommige respondenten in deze situatie drongen er bij hun zorgverlener op aan deze testen te combineren met preventieve tests (wel *health checks*) vanuit de gedachte "als ik er toch ben". Zij waardeerden de resultaten van deze *health checks* even hoog als die van geïndiceerde testen. Kortom: voor de mensen 'in zorg' was het onderscheid tussen geïndiceerde test, *health check* of gezondheidstest niet evident. Als deze patiënten kritisch waren op *health checks*, dan was dat op het niveau van de aanbieder: commerciële partijen werden gewantrouwd en tests uitgevoerd door de huisarts werden positief beoordeeld. Zij namen dus combinaties van geïnticeerde en niet-geïnticeerde tests af bij hun huisarts.

G5: *"Normaal gesproken deed ik dat sowieso al eventjes, een prostaatonderzoek, dat zat er vorig jaar niet bij, dus ik heb toen tegen die assistent van de huisarts gezegd: "Joh, geef mij een formulier mee, ik wil, ik vind het gewoon plezierig. Ik hoor zo vaak dat mensen niet op tijd zijn met prostaatproblemen. Doe mij gewoon even zo'n testje erbij." En zij: "Nou, dat kan gewoon bij het bloedonderzoek, dan moet je het alleen even aangeven en dan wordt dat ook gedaan."*

De respondenten die niet regelmatig een huisarts of specialist bezochten maakten meer bewust een onderscheid tussen preventieve testen (*health check*, gezondheidstest) en geïndiceerde testen. De jongere respondenten behoorden tot deze categorie, maar ook gezonde ouderen maakten er deel van uit. Deze groep dacht positiever over gezondheidstesten uitgevoerd door andere partijen dan de huisarts, zoals een commerciële *total body scan*, een algemeen gezondheidsonderzoek of een online vragenlijst. Over het nut van dit soort testen zijn de meningen verdeeld. Een aantal respondenten had zich geïnformeerd over het onderwerp door online informatie te lezen of erover te spreken met bekenden die werkten in de gezondheidszorg. Men kwam tot verschillende conclusies:

G8: *"Als er echt iets serieus is, dan ga je naar een arts. Als ik over die vraag lees en over dingen die ik gelezen heb, dan is dit mijn algehele conclusie: het is duur, vanuit het oogpunt van de volksgezondheid geschreven. Het is ook duur, omdat het vaak vervolgonderzoeken oplevert. Wat ook nog eens vervelend is, in een aantal gevallen, dan blijkt er toch vaak niets te zijn. Het is ook nog duur voor je psychische zielenrust, omdat je je zorgen loopt te maken. Dat is een beetje mijn indruk, die ik erover heb."*

G10: *"Kijk, mijn ouders zijn allebei aan kanker overleden en ik voel me toch soms bezwaard, ik hoop dat anders, ik zou natuurlijk wel af en toe een test willen hebben af en toe voor mijn eigen gevoel. En dan vind ik zo'n total bodyscan veel te duur, maar als ik inderdaad voor zo'n darmkanker af en toe zo'n testje kan krijgen. Nou, dan moet ik dat toch een keer per jaar misschien wel laten doen. Ik snap, ook al zou me dat wat extra ongerustheid ook wel opleveren, maar de, de angst is natuurlijk toch af en toe wel aanwezig, hè."*

#### 2. Redenen om een *health check* te ondergaan

Drie motieven om een *health check* te bestellen doen zich voor. De eerste en grootste groep bestond uit mensen met vage, algemene klachten, zoals vermoeidheid of lichte duizeligheid, die op eigen initiatief een

*health check* bestelden. Soms nadat ze naar hun eigen ervaring in de reguliere zorg niet geholpen werden. Hun doel is een verklaring te vinden voor de klachten die ze hebben. Sommige geïnterviewden, zoals G14 hieronder, zetten de *health check* heel gericht in, anderen zochten een willekeurige *health check* uit bij de symptomen die ze hadden.

I: *En hoe kwam u dan op het idee om deze test te doen?* G14: *Ja, dat is ervaring. Ik had klachten. Dus ik dacht: "Moet eens kijken of ik blaasontsteking heb, want dan kan ik eventueel m'n huisarts bellen voor een kuur".*

De tweede groep gebruikers onderging een *health check* uit interesse om 'het eens mee te maken'. Die interesse werd opgewekt door reclame of een (gratis) aanbod vanuit werk of zorgverzekeraar, of door mensen in de naaste omgeving die regelmatig *health checks* laten uitvoeren. Deze kleinere groep respondenten had geen concrete symptomen of verwachtingen.

G1: *Ze maken er heel veel reclame over en ook bekende Nederlanders die af en toe zo'n scan doen. Niet dat ik het daarom doe, maar ik wilde het gewoon zelf meemaken.*

De derde en laatste groep van bewuste monitors kwam in ons sample slechts twee keer voor. Beide respondenten stelden er groot belang in hun gezondheid te monitoren en hun uitslagen te vergelijken met eerdere meetmomenten. Een afwijkende waarde is niet direct reden tot paniek voor deze geërfde 'checkers', maar wel reden om de monitoring te intensiveren.

G15: *Want die bloedafnametest, ja, dat is iets wat ik dus om de zoveel jaar steeds doe. I: Oké en is dat op uw initiatief?* G15: *Ja. I: Oké en waarom doet u dat?* G15: *Gewoon om te kijken of ik nog gezond ben.*

### **3. Interpretatie van de uitkomsten van een *health check***

Positieve uitkomsten van de *health check* stellen gerust. Dat is een veelvoorkomend resultaat: de respondenten worden met enige regelmaat gecontroleerd op belangrijke medische indicatoren, althans zo ervaren zij dat, en kunnen na een gunstige uitslag weer overgaan tot de orde van de dag.

G5: *En dan ga ik dus toch bloedprikken en dan wordt het toch eventjes even gekeken en je wordt even weer door de molen gehaald, om het maar eens zo te zeggen. Nou ja, dat is dan toch op zich wel plezierig.*

De respondenten die de tests via de huisartspraktijk lieten afnemen kregen meestal geen inzicht in de uitslagen maar werden gebeld door de doktersassistent met de mededeling dat alles goed was. De mensen die gerichter een *health check* bestelden ontvingen wel zelf de testresultaten, op papier en soms met een mondelinge toelichting. De respondenten hadden zich niet nader verdiept in de test of de mogelijke uitslagen en kunnen zich ook niet herinneren dat er vooraf mogelijke uitslagen en consequenties daarvan besproken waren.

Een aantal respondenten ontving een afwijkende uitslag en het advies zich verder te laten onderzoeken. Een respondent werd naar aanleiding van zijn zelf geïnitieerde PSA-bepaling doorgestuurd naar de uroloog, waar na een biopsie en aanvullend onderzoek bleek dat alles goed was. Een andere respondent kreeg het advies de harttruis die in de Total body scan naar voren kwam te laten onderzoeken door een cardioloog. Dit onderzoek wees niet uit dat er iets aan de hand was. De meeste *health checks* leverden geen verontrustende resultaten op. De uitzondering hierop is de vitamine D-bepaling: alle respondenten die dit lieten controleren hadden een deficiëntie en slikten sindsdien supplementen.

G7: *Een van mijn zusjes had één of andere allergie. Ze ontdekten dat zij een enorme lage vitamine D had. Daar hadden ze gezegd: "Geef het aan je familie door, dan zal het wel familiair zijn." Nou, dat klopt ook. Dat gaat ook niet goed. Dan krijg je van die ampullen. Dan moet je meteen vitamine D slikken, anders helpt het niet. Dan vliegt het naar beneden. Bij mij vliegt het echt naar beneden, terwijl ik het wel*

*slik. Ik vind dat heel raar. Maar goed, er zal wel een oplossing komen. Daardoor vind ik het toch wel prettig, dat zulke controles er zijn.*

#### **4. Betrouwbaarheid van de tests en vervolgonderzoek**

De respondenten trokken de uitslag van de *health check* niet in twijfel. Ook niet als de *health check* reden gaf tot vervolgonderzoek en daaruit niets naar voren kwam. Vervolgonderzoek resulteerde vooral in opluchting, dat alles gecontroleerd is en er niets aan de hand bleek. Gevraagd naar de betrouwbaarheid van een test reflecteren de geïnterviewden vrijwel zonder uitzondering op de betrouwbaarheid van de aanbieder.

I: Heeft u wel eens nagedacht over de betrouwbaarheid van die tests? *G9: Ja, ik ben te goede trouw. Daar heb ik eigenlijk de middelen niet voor. Maar zo persoonlijk ... dan zeg ik: "Ja, die mensen doen het niet verkeerd."*

Één van de respondenten werkte bij een farmaceut. Zij was de enige die het woord 'betrouwbaarheid' opvatte als de betrouwbaarheid van de test zelf. Zij was ook de enige respondent die bekend was met de mogelijkheid van vals positieve of negatieve uitslagen. Enkele andere respondenten hadden zich verdiept in de testen die ze zouden ondergaan. Zo had de respondent die de resultaten van zijn PSA test zou bespreken met de uroloog zich online ingelezen over mogelijke uitslagen. De respondent die iedere dag zijn bloeddruk opmeet is bijna expert op dit onderwerp. Niettemin, deze respondenten reflecteren niet op de betrouwbaarheid van de testen/meetapparatuur.

#### **5. Consequenties voor leefstijl en gedrag**

Vrijwel alle respondenten gaven aan gezond te leven. Een enkeling merkte op te proberen gezond te leven, maar toch ook wel eens te zondigen. Een *health check* leidde dan ook zelden tot nooit tot een gedragsaanpassing. Het onderwerp dat het meest aan bod kwam wanneer het ging over leefstijlgerelateerde onderwerpen was voeding. Andere mogelijke domeinen, zoals beweging of stress, werden minder naar voren gebracht.

I: Bent u als gevolg van die tests, zoals die jaarlijkse check bij de huisarts, dingen anders gaan doen? Bijvoorbeeld anders gaan eten of bewegen? *G7: Vanwege mijn cholesterol ben ik wel een beetje gaan opletten, dat ik niet al te vet eet. Niet te veel zout, natuurlijk. Ik heb het wel aangepast. Ik kan nog wel eens een keertje zondigen, maar dat is echt zo heel af en toe, als ik echt zin heb. Nee, het gaat wel goed.*

#### **6. Kosten**

Het onderwerp kosten komt op twee manieren naar voren: kosten van de test en eventuele vervolgkosten. Kosten spelen in beperkte mate een rol voor de geïnterviewden. Voor het ondergaan van *health checks* die veel geld kosten, zoals een total body scan, heeft de prijs een remmende werking. Twee respondenten hebben er desondanks toch één ondergaan. Een derde respondent zou dit ook graag doen, maar schrikt terug voor de kosten. Voor kleinere *health checks* spelen kosten nagenoeg geen rol. Respondenten die ook geïndiceerde tests ondergaan vullen die zoals gezegd soms aan met niet-geïndiceerde tests. Bij de respondenten die wij gesproken hebben stemde hun huisarts in met de extra tests en werden die vervolgens vergoed ten laste van het eigen risico. In dat geval kwamen niet alleen vervolgkosten ten laste van de collectieve verzekering maar ook de kosten van de test zelf. Een aantal respondenten kreeg een gratis test aangeboden via werk of zorgverzekeraar en hoefde dus niet op de kosten te letten. De respondenten die op eigen initiatief een *health check* bestellen, eventueel via hun huisarts maar zonder dat zij geïndiceerde tests ondergingen maar, betalen daar zelf voor.

I: Ja, en zijn hier kosten aan verbonden voor uzelf? *G5: Nee, dat gaat gewoon via de basisverzekering. Het enige wat je moet betalen, volgens mij was dat het bloedonderzoek. I: Oh ja. G5: De vorige keer. Want dat gebeurt natuurlijk in het ziekenhuis en dat valt dan niet onder de reguliere zorg, om het maar zo te zeggen. Maar het gesprek met de huisarts en ook de oproep ervoor, daar betaal ik niets voor, dat*

*zit gewoon in het pakket. Wat ik mij herinner van de vorige keer, is dat er dan wel een een rekeningetje kwam van het laboratorium en want dat doen ze in het ziekenhuis weer.*

I: Oh ja. En kunt u zich van de vorige keer herinneren of dat veel geld was of dat het u meeviel? *G5: Nou, dat was absoluut niet veel, want anders zou ik het me nog wel herinneren.*

Een andere mogelijke kostenbron zijn follow-up kosten, als een gebruiker werd doorgestuurd naar de reguliere zorg als gevolg van een uitslag van de *health check*. Dit kwam enkele keren voor onder onze respondenten. Wellicht nog iets vaker dan we echt kunnen aantonen, omdat zoals gezegd sommige *health checks* in de reguliere zorg werden afgenomen en in het eigen risico belandden. Over deze kosten reppen de respondenten al helemaal niet, omdat dit zeker ten laste ging van hun eigen risico.

## **7. Perspectieven op gezondheid en preventie**

De gesprekken gingen voornamelijk over de respondent zelf en diens afwegingen. Toch kwam ook vaak een breder perspectief aan bod, bijvoorbeeld op de verantwoordelijkheid van burgers om voor zichzelf te zorgen, taken van de overheid met betrekking tot preventie of de algemene houding ten aanzien van het al dan niet gebruik maken van *health checks* door individuen.

Alle gebruikers onderschreven een zekere eigen verantwoordelijkheid voor de burger om voor zijn of haar gezondheid te zorgen. Voor de meeste van deze gebruikers vallen *health checks* daarbinnen, en zouden bijvoorbeeld de bevolkingsonderzoeken die de overheid aanbiedt uitgebreid moeten worden naar meer aandoeningen. Let wel: deze twee onderwerpen lopen in elkaar over. Enerzijds onderschrijven de respondenten een eigen verantwoordelijk, anderzijds kijken zij ook naar de overheid om bredere preventie aan te bieden. Hierbij werden ook sociaal maatschappelijke argumenten ingebracht, zoals dat niet alle sociale groepen toegang hebben tot dezelfde kennis of dat kosten voor sommigen een drempel kunnen zijn.

G10: Nee, eigenlijk breder. Ik denk dat het voor, nee, ik vind het wel een taak voor de overheid, preventie.

I: Ja, en – even kijken, hoor – in hoeverre strekt dan de individuele verantwoordelijkheid van mensen?

G10: Nou, de individuele verantwoordelijkheid van mensen is toch wel om aan al die preventie mee te doen.

G2: Je hebt ook mensen die gewoon niet beter weten, die opgegroeid zijn in een omgeving waar het niet normaal is om over je gevoelens te praten of alleen maar vet te eten, niet te sporten of wat dan ook. Of die hebben juist het geld er helemaal niet voor of ze kunnen gewoon niet anders, ze weten niet anders. Die kan je wel heel erg gaan opleggen wat je moet gaan doen, maar dat werkt vaak averechts. Je ziet toch in Nederland bij de wat hoger opgeleiden die zeggen: bewegen is goed, psycholoog is goed en dat zie je bij lager opgeleiden wat minder. “Ach, het zal allemaal wel.” Ik vind wel ... Je moet mensen wel hoe noem je dat? Een beetje opleiden.

Preventie had voor alle respondenten een positieve connotatie. Een aantal mensen was van mening dat meer preventieve gezondheidstesten, zoals de bloedtest die de meeste van de gebruikers hebben ondergaan, geld zou besparen op een later moment. Voor alle respondenten behalve de respondent die werkte bij een farmaceut was de term ‘preventie’ een ongerichte, algemene term. Zij maakten geen onderscheid in preventieve of secundaire preventie, of in welke tests dan afgenomen moeten worden of welke aandoeningen relevant zijn. De discussie ging op dit thema niet erg diep.

*G15: En als dat er dan onder zou kunnen horen en je zou ook kunnen zeggen van: “Oké, als we dat nu eens meenemen in het preventief gebeuren, dan voorkomen we heel veel medische kosten die we in een later stadium, gezien de kans op dat het zich voor gaat doen, moeten gaan maken.” Nou, dan ben je alleen maar goed bezig vanuit kostenpunt. Maar dan ben je natuurlijk vanuit gezondheid en welzijn van de mens, ben je natuurlijk ook super goed bezig. En dat laatste, daar gaat het – volgens mij – toch vooral om.*

## 4. Conclusie

De gesprekken die voor dit onderzoek zijn gevoerd met consumenten van *health checks* geven een gevarieerd beeld van hun argumenten en ervaringen. Met deze resultaten kunnen we in dit hoofdstuk de onderzoeksvragen beantwoorden en een aantal conclusies trekken.

### Beantwoording van de onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de afwegingen en verwachtingen van burgers aangaande *health checks*. Daartoe werden vier onderzoeksvragen onderscheiden:

1. Waarom besluiten burgers een *health check* te ondergaan? Welke verwachtingen hebben zij van de resultaten ervan?
2. Hoe interpreteren burgers de uitkomsten van een *health check*? Hoe duiden zij de kwaliteit ervan?
3. Welke informatiebehoefte hebben zij aangaande de *health check* en de handelingsopties daarna? In hoeverre zijn zij zich bewust van onzekerheidsmarges en hoe interpreteren zij die?
4. Welke (gedrags)consequenties verbinden burgers aan de uitslag van een *health check*? Zowel in zorggebruik, zelfzorg als leefstijlaanpassingen.

De eerste onderzoeksvraag richt zich op de motieven van gebruikers om een *health check* te ondergaan. De afwegingen en verwachtingen van gebruikers zijn heel divers. Een deel kiest bewust voor een *health check*. Echter, het merendeel van de respondenten initieert de *health check* als aanvulling op geïndiceerd zorggebruik of kiest voor een *health check* als zich daar een (gratis) gelegenheid voor aandient. Dat neemt niet weg dat de meeste gebruikers een antwoord of geruststelling zoeken voor een klacht of onzekerheid. Een aantal gebruikers heeft algemene klachten, zoals vermoeidheid of hoofdpijn. Anderen hebben een bepaalde ongerustheid over bepaalde bloedwaarden, zoals hun cholesterol of PSA-waarde. Hun verwachting is dat de *health check* een verklaring biedt voor de klachten of dat de test geruststelt. Geruststelling bieden de *health checks* meestal wel, tenzij de uitslagen reden geven tot vervolgonderzoek, maar een verklaring voor een klacht werd in dit beperkte sample doorgaans niet gevonden.

Ten aanzien van de interpretatie van de resultaten van de *health checks* is het beeld dat naar voren komt vrij eenzijdig (onderzoeksvraag 2). De overgrote meerderheid van de respondenten neemt de uitslag van de test ter kennisgeving aan. Een deel van de gebruikers organiseerde zijn of haar *health check* bij de huisarts en ontving de uitslag in de vorm van een telefoontje van de doktersassistente met de mededeling dat alles goed was. De precieze uitslag was de meesten van deze mensen onbekend, die was niet genoemd of hadden ze niet onthouden. Van een eigen interpretatie was feitelijk geen sprake. Slechts een heel klein deel van de gebruikers monitorde de uitslagen actief of zocht informatie over de test en mogelijke uitslagen. De enkeling die verontrustende uitslagen ontving ondernam vervolgactie in de reguliere zorg. De kwaliteit van de *health checks* werd unaniem in orde geacht en niet in twijfel getrokken. Als de betrouwbaarheid van tests ter sprake werd gebracht verschoof het gesprek automatisch naar de betrouwbaarheid van de aanbieder of uitvoerder. De kwaliteit van de gebruikte *health check* trokken deze gebruikers niet in twijfel.

Onderzoeksvraag drie gaat in op de informatiebehoefte van de gebruiker. De informatiebehoefte die de gebruikers zelf benoemden was zeer summier. Geen van de geïnterviewden gaf aan vooraf aan de *health check* actief informatie te hebben gezocht of te hebben ontvangen. De geïnterviewden gaven ook geen tot weinig blijk van een bewustzijn van onzekerheidsmarges van dit soort testen, of van de mogelijkheid van vals-positieve of -negatieve uitslagen. Overdiagnose of overbehandeling zijn niet ter sprake gebracht. De paar gebruikers die hun gezondheid actief monitorden hadden meer kennis opgedaan over de test(s) die zij gebruiken. Deze gebruikers raakten niet verontrust door een enkele afwijkende uitslag. Echter, reflecteren op eventuele vals-positieve (of negatieve) uitslagen deden zij ook niet. Een deel van de respondenten had zijn of haar *health check* geregeld in aanvulling op geïnitieerde testen en op eigen initiatief. Deze respondenten keken terug op deze *health checks* als geheel en al door henzelf geïnitieerd. Dat wil zeggen: ze vertelden niet met de huisarts overlegd te hebben of door de huisarts geadviseerd te zijn een bepaalde *health check* wel of niet te doen. Deze groep gebruikers reflecteerde niet op de relevantie van individuele *health checks* of op de toegevoegde waarde van deze *health check* naast de al geïnitieerde tests.

De vierde onderzoeksvraag richt zich op de consequenties die gebruikers eventueel verbinden aan *health checks*. De resultaten van de gebruikte *health check(s)* waren voor geen van de respondenten aanleiding



om hun leefstijl ingrijpend te veranderen. De meeste respondenten gaven aan gezond te leven. In feite had de *health check* geen gedragsconsequenties. Een uitzondering hierop vormen degenen met een vitamine D deficiëntie, die supplementen gingen slikken. Wel zagen de gebruikers het gebruik van dit soort tests een als voorbeeld van het nemen van de eigen verantwoordelijkheid, iets wat volgens hen belangrijk is voor gezondheid en preventie. Ten behoeve van preventie zag deze groep ook een grotere rol voor de overheid, die zou meer *health checks* op moeten nemen in de bevolkingsonderzoeken en de bevolking actief moeten informeren over het nut van *health checks*. Dit perspectief op preventie was vrij ongericht: er werd geen onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire preventie en de waarde van verschillende tests werd niet tegen elkaar afgewogen. Het bestaande bevolkingsonderzoek werd gepercipieerd als een begin van collectieve preventie en niet als een afgewogen geheel. De indruk deed zich voor dat deze gebruikers niet op de hoogte zijn van afwegingen die gemaakt worden in de bevolkingsonderzoeken.

### **De resultaten in breder perspectief**

In algemene zin roepen de resultaten van het onderzoek het beeld op dat *health checks* voor de meeste van de geïnterviewde gebruikers (nog) niet echt deel uitmaken van hun leven. De respondenten hebben er weliswaar gebruik van gemaakt, maar echt weloverwogen of doelgericht ging dat niet. *Health checks* werden door deze groep respondenten gebruikt als specifieke vorm van controle of geruststelling in vragen of zorgen over de gezondheid. De impact op gebruikers of hun leefstijl was niet zo groot. In de beleving van de respondenten was hun *health check* een vorm van primaire preventie: ze voorkomen dat ze ziek worden door hun gezondheid te controleren. Eventuele schaduwkanten van dit soort onderzoek werden niet herkend, behalve dan dat de resultaten een momentopname zijn. Het nut of de noodzaak van *health checks* wordt in deze groep vrijwel niet in twijfel getrokken. Gerustgesteld door de uitslag zagen ze geen noodzaak om hun leefstijl aan te passen. Adagia als 'baadt het niet dan schaadt het niet' werden herhaaldelijk genoemd, maar van eventuele risico's van *health checks* of de mogelijkheid van vals positieve/negatieve uitslagen rept niemand.

De kans op vervolgonderzoek en kosten is aanwezig, zij het niet zo groot. Enkele gebruikers hadden een uitslag uit hun *health check* die reden gaf tot vervolgonderzoek, dus het komt voor. De respondenten realiseerden het zich niet, maar in feite maakte een deel van hen ten onrechte gebruik van collectieve zorg doordat hun *health check* ten laste van het eigen risico kwam. Dit verlaagt de eigen bijdrage die mensen doen voor geïndiceerde zorg op een later moment. Bovendien, doordat patiënten het onderscheid tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde testen nauwelijks maakten, vervaagde de scheidslijn tussen op eigen initiatief bestelde tests en geïndiceerde zorg. Deze gebruikers leken de waarde van de *health check* dan ook gelijk te stellen aan de door hun behandelaar geïndiceerde tests. Als ze al informatie kregen over de (ir)relevantie van bepaalde *health checks* (bijvoorbeeld als hun huisarts aangaf dat hij of zij een bepaalde test niet aanraadde maar er toch mee instemde om de respondent gerust te stellen) dan hadden de respondenten dat niet onthouden. Duiding van zin en onzin van bepaalde tests en informatie over de eventuele risico's ervan werd door deze respondenten niet herinnerd. Wellicht is die wel gegeven, maar het is niet beklifd.

## 5. Discussie

Om de resultaten te verdiepen is aansluitend aan de analyse van de gebruikersinterviews een viertal aanvullende gesprekken gevoerd met experts uit diverse vakgebieden. Er is gesproken met een medisch ethicus, een lector crossmediale communicatie, een gezondheidseconoom en een medisch analist. Het doel van deze interviews was om de resultaten van de interviews in een breder kader plaatsen, om tot een aantal overstijgende thema's te komen.

De werving van deze vier experts was vrij willekeurig: we waren niet op zoek naar representativiteit of gedeelde opinies, maar juist naar verschillende invalshoeken. Daarbij hebben we bewust mensen benaderd buiten de traditionele paden, zoals zorgprofessionals of vertegenwoordigers van organisaties, om diverse invalshoeken te horen op dit onderwerp. De onderstaande onderwerpen zijn dus niet uitputtend of breed representatief, maar dienen als aanzet tot discussie. De experts namen deel op persoonlijke titel en ieders samenvatting van het gesprek is voorgelegd aan en goedgekeurd door de persoon in kwestie.

Alle experts stonden kritisch tegenover *health checks*. Vanuit wetenschappelijk perspectief zijn er kanttekeningen te plaatsen bij dergelijke random checks, zeker als er een degelijk en toegankelijk collectief bevolkingsonderzoek naast staat. Desalniettemin is het een onderdeel van de zorg dat een deel van de bevolking aanspreekt en doet het in beginsel geen kwaad. Technologische ontwikkelingen zullen de mogelijke *health checks* in de toekomst vermoedelijk doen toenemen. Daarnaast dragen het toenemende maatschappelijk bewustzijn van gezondheid en risico's waarschijnlijk bij aan een grotere publieke belangstelling voor preventie en *health checks*. De kanttekeningen ten spijt zullen de zorgpraktijk en het beleid zich ertoe moeten verhouden. Daarom bespreekt dit hoofdstuk een aantal thema's dat (blijvende) aandacht behoeft.

### **Informatie en gezondheidsvaardigheden**

Één uitkomst uit het onderzoek is dat het grootste deel van deze groep gebruikers de toegevoegde waarde van *health checks* als een gegeven feit veronderstelt. Men was niet op de hoogte van eventuele kanttekeningen van individuele testen, zoals bijvoorbeeld vals-positieve of negatieve uitslagen of onzekerheidsmarges en ging niet op zoek naar vergelijkende informatie. Degenen die via de huisarts een aanvullende test bestelden, beschouwden de *health check* als even waardevol als de geïndiceerde test(en). Maar in het geval van geïndiceerde testen weegt een arts de eventuele voor- en nadelen van de test af. De huisarts die de uitslagen interpreteert is ook op de hoogte van eventuele onzekerheidsmarges. Bovendien heeft de betreffende test verklarende waarde voor de aandoening van de patiënt. De gebruiker die inzicht krijgt in de uitslagen van min of meer willekeurige testen maakt dergelijke afwegingen, afgaande op dit sample, niet tot nauwelijks.

Ons gesprek met een medisch laborante illustreert dat testen en hun uitslagen niet altijd zwart/wit of eenduidig zijn. Gebruikers die zich hier niet van bewust zijn kunnen de verkeerde conclusie trekken. Dit probleem hoeft niet altijd aan de orde te zijn. Een medisch gezien minder relevante *health check* kan wellicht een gebruiker geruststellen of stimuleren tot een gezondere leefstijl. Het kan echter ook tot ongerustheid leiden of juist tot valse geruststelling. Het is onbekend of *health checks* er per saldo toe leiden dat mensen die daadwerkelijk ziek zijn er eerder of later door in zorg komen. Om een objectieve afweging over *health checks* en hun preventieve waarde te kunnen maken heeft de burger voldoende gezondheidsvaardigheden nodig.

*Mary Pennings is medisch analiste in het laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen (CWZ)*

Bij veel testen, zeker bij complexere aandoeningen, is de betrouwbaarheid van de test(en) lager dan mensen aannemen. Voor laboratoria is een test met een sensitiviteit van 86% al een heel goede test. Dat betekent dat 86 van de 100 patiënten die daadwerkelijk ziek zijn de correcte uitslag krijgen. In dit geval worden gemiddeld 14 van de 100 patiënten onterecht als niet-ziek bestempeld. De andere kant van de medaille is de specificiteit van een test: het percentage niet-patiënten dat een correcte negatieve uitslag krijgt. Van sommige nieuwe, complexere testen is de precieze specificiteit nog onbekend, omdat het onmogelijk is een voldoende grote groep mensen bij elkaar te brengen van wie 100% zeker is dat ze niet besmet zijn.

Het CWZ voert bijvoorbeeld testen uit om een bepaalde schimmel die in Nederland niet voorkomt te detecteren (*Histoplasma capsulatum*). Mensen die ver reizen kunnen met deze schimmel in aanraking komen. Maar de test is niet zo gevoelig, slechts circa 67%. Om meer zekerheid te verkrijgen worden twee tests gecombineerd. Kijk je daarnaast naar nog 2 andere zeldzame schimmels (*Blastomyces dermatitidis* en *Coccidioides immitis*) dan wordt de uitslag voor alle drie specifiek en sensitiever. Met slechts één test is dat veel moeilijker, maar een combinatie-test is dan weer veel duurder. Van deze testen is de specificiteit ook niet helemaal bekend, omdat het niet getest kan worden op een groot genoeg populatie die met 100% zekerheid niet besmet is.

De uitslagen van dit soort testen zijn dus met onzekerheid omgeven. Voor bepalingen van klinisch chemische waarden in het bloed, zoals een cholesterol bepaling of een insuline meting spelen deze onzekerheden in veel mindere mate een rol. Maar daar geldt dan weer voor dat er biologische verschillen bestaan tussen mensen, bijvoorbeeld in de cholesterolwaarden die voor hen 'normaal' zijn. We weten bij veel testen nog niet goed wat de grenswaarden zijn voor een gezond persoon. Grenswaarden kunnen ook leeftijdsafhankelijk zijn. In het geval van vitamine-D bepalingen is niet onderzocht welke waarde bepaalde leeftijdsgroepen na moeten streven. Het onderzoek waarop deze waarden zijn bepaald is uitgevoerd op gezonde mannen van hooguit middelbare leeftijd, niemand weet welke hoeveelheid vitamine B een gezonde vrouw van middelbare leeftijd in haar bloed zou moeten nastreven. Omdat dit een relatief onschuldig onderwerp is en er heel weinig geld in omgaat wordt dat soort onderzoek ook amper gedaan.

Voor alle uitslagen geldt dat de interpretatie van de resultaten complexer zijn dan het lijkt. Dat is het moeilijkste van het vak: het interpreteren en communiceren van al die onzekerheden rondom de voorspellende waarde en de uitslagen van testen. Je hebt vaak toch een expert nodig om de resultaten in de juiste context te zetten en te paren aan het klinische beeld. Een enkelvoudige uitslag is vaak niet zwart/wit. Wat wij doen is heel erg grijs, er zijn veel meer gegevens nodig om tot een goede conclusie te komen.

Gezondheidsvaardigheden zijn het vermogen om informatie over de eigen gezondheidssituatie te kunnen verwerven, begrijpen en toepassen (4). Gezondheidsvaardigheden staan veel in de belangstelling en worden verschillend gedefinieerd. Onderdeel ervan is altijd *health literacy*: het vermogen om gezondheidsgerelateerde informatie te kunnen opnemen en begrijpen. Maar in bredere definities beslaan gezondheidsvaardigheden ook psychologische kenmerken en sociale vaardigheden, die mensen al dan niet in staat stellen actief te participeren, vragen te stellen en afwegingen te maken (4). Gezondheidsvaardigheden zijn noodzakelijk bij zorggebruik, maar ook in een bredere context zoals

in relatief tot leefstijl. Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor onder lager opgeleiden, maar ze komen ook voor onder alle opleidingsniveaus, in het bijzonder als het gaat om de complexere cognitieve vaardigheden.

*Health checks* en gezondheidsvaardigheden hangen samen: idealiter weegt een gebruiker de voor- en nadelen van een *health check* af en kiest hij of zij weloverwogen. Zoals gezegd bleek uit dit onderzoek niet echt dat de groep gebruikers die wij gesproken hebben dit deed. Over de gezondheidsvaardigheden van de gebruikers kunnen we uiteraard geen uitspraken doen, maar wel rijst het vermoeden dat de meeste geïnterviewden het beroep dat op deze vaardigheden gedaan werd door een *health check* niet hebben herkend. Gezondheidsvaardigheden staan al op de beleidsagenda, maar dit is een blijvend relevant beleidsthema.

- EXPERT OPINIE -

kader 2

*Dr. Gert Olthuis is universitair docent medische ethiek. Een van zijn expertisegebieden is de ethische aspecten van persoonsgerichte zorg*

De resultaten van dit onderzoek raken aan een aantal bredere vragen die gesteld kunnen worden over ons perspectief op gezondheid en gezondheidszorg. Zo is er de vraag hoe mensen naar gezondheid kijken en naar wat hen kan overkomen. En daarnaast kun je je naar aanleiding van dit onderzoek afvragen op welke manier mensen zich verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid.

Wanneer ben je gezond: is dat als je je fit voelt? Of als je gecheckt hebt of je gezond bent? En wanneer weet je dat zeker? De onzekerheid of je je wel of niet moet testen kan leiden tot geanticiperde beslissingsspijt: iets doen omdat je verwacht dat je spijt krijgt als je het niet doet. Er zijn testen om de gezondheid te controleren en als je die niet gebruikt loop je wellicht belangrijke informatie mis, dus misschien moet je het toch maar doen. Dit heeft te maken met hoe mensen ziekte en gezondheid ervaren en definiëren: is het voldoende als ik me gezond voel, of kan ik niet op dat gevoel vertrouwen en moet ik het controleren? De mensen die gebruik maken van *health checks* lijken meer het perspectief aan te hangen dat je niet kunt afgaan op je gevoel maar je gezondheid actief moet meten en nagaan. De vraag is of dit een gevoel van zekerheid oplevert of dat het juist tot meer onzekerheid leidt. En duurt de geruststelling die een *health check* op kan leveren lang genoeg om de kosten te rechtvaardigen?

Een ander interessant onderwerp is dat van verantwoordelijkheid: wiens verantwoordelijkheid is het om ieders gezondheid te waarborgen? *Health checks* appelleren aan eigen verantwoordelijkheid. De respondenten in dit onderzoek voelen die verantwoordelijkheid ook. Mag een dokter dan van een patient verwachten dat die zelf zijn of haar gezondheid monitort? Wat betekent dit voor de samenleving? Zullen er verschuivingen in verantwoordelijkheden plaatsvinden, als dit zich verder ontwikkelt? Vanuit ethisch perspectief zijn dit erg interessante onderwerpen, die sterk in verband staan met de verwachtingen die wij als samenleving hebben van ons gezondheidszorgsysteem. Heeft dat ook als functie niet-patiënten gerust te stellen, of is dat er om zieken te genezen en ondersteunen?

### **Positieve gezondheid**

In het gesprek met een medisch ethicus kwam het perspectief op gezondheid ter sprake. Gezond leven lijkt aan belang toe te nemen voor veel mensen, getuige de aandacht ervoor in de media en online. Het perspectief op gezondheid kan verschuiven: is het genoeg om je gezond te voelen, of moet je controleren of je wel aan alle medische maatstaven voldoet om je echt gezond te mogen voelen? Lopen mensen

onbewuste risico's? *Health checks* kunnen inspelen op dit risicobesef. Om je écht gezond te kunnen voelen kun je in toenemende mate controleren of je wel aan de medische maatstaven voldoet.

Dit staat haaks op het nieuwe concept van gezondheid, dat juist het streven naar een absoluut psychisch, fysiek en sociaal welzijn wil loslaten ten behoeven van adaptatie en self-management (5). Het concept van positieve gezondheid is ontwikkeld in reactie op het toenemende aantal chronisch zieken in de westerse samenleving. De definitie van de WHO dat gezondheid "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" is, maakt gezondheid tot een absoluut welzijn (5). Maar in de huidige samenleving, waarin steeds meer mensen functioneren met een chronische aandoening, moet het streven zijn dat mensen zich kunnen aanpassen aan hun omstandigheden, aldus het concept van positieve gezondheid. Niet de beperking van de persoon moet voorop staan, maar diens vermogen zich aan te passen aan haar situatie en haar mogelijkheden tot zelfmanagement.

*Health checks* kunnen daar wellicht aan bijdragen, mits prudent en gericht toegepast, maar dit zou adaptatie en zelfmanagement inhouden op basis van externe, ongerichte informatie. Bovendien legt het de nadruk op biomedische metingen van gezondheid, terwijl een van de redenen om het concept van positieve gezondheid te ontwikkelen juist was dat het klinisch medische perspectief op gezondheid steeds breder wordt, wat bijdraagt aan een algehele medicalisering van de samenleving. *Health checks* passen dus niet per definitie in het concept van positieve gezondheid.

### **Onzekerheidsreductie**

De respondenten in dit onderzoek noemden *health checks* als voorbeeld van preventie. Het gesprek met een communicatie deskundige bracht het onderwerp van onzekerheidsreductie ter sprake. Beide onderwerpen lijken gerelateerd: de indruk doet zich voor dat de gebruikers beide thema's als vergelijkbaar opvatten, getuige hun brede en ongerichte opvatting van preventie. Echter, *health checks* nemen onzekerheid slechts voor een beperkte periode weg, waar de gebruikers zich bewust van zijn. Aanbieders die reclame maken voor hun *health checks* kunnen dus tegelijkertijd bijdragen aan het wegnemen en vergroten van deze onzekerheid, door het bewustzijn van gezondheidsrisico's te stimuleren en een oplossing te bieden. Opnieuw blijkt het dus belangrijk dat mensen voldoende (gezondheids)vaardigheden hebben om *health checks* en onzekerheden af te wegen.

*Dr. Reint Jan Renes is lector crossmediale communicatie in het publieke domein. Zijn onderzoek richt zich op gezondheidscommunicatie en gedragsverandering*

Het motief voor dit soort testen is waarschijnlijk onzekerheidsreductie, van mensen die ervaring krijgen met gezondheidsproblemen en zich zorgen beginnen te maken. Je ziet in communicatie over preventie dat je bij jongere groepen nog niet aan hoeft te komen met de kwalijke gevolgen van gedrag, die zijn daar nog niet mee bezig. Op latere leeftijd komt die boodschap beter aan. *Health checks* spelen in op dit gevoel van onzekerheid.

Uit onderzoek blijkt dat burgers zich tot de traditionele instituties wendden als het gaat over de thema's die zij belangrijk vinden, zoals veiligheid en gezondheid. Zij vertrouwen dan uiteindelijk de overheid en de dokter het meest. Wellicht dat de respondenten zich daarom het liefst wendden tot hun huisarts en kritischer zijn op private aanbieders.

Wat zijn de consequenties als deze commerciële tak van de gezondheidszorg groeit? De vraag is of dat ook iets genereert wat onwenselijk is. Het levert economische bedrijvigheid op, het levert misschien ook wel empowerment op, want mensen zoeken nu op internet naar informatie en dit soort test brengt dat misschien nog wel een stap verder. Maar als dit een grotere markt wordt, gaan bedrijven ook de zorgen van mensen vergroten. En dat kunnen zij heel gericht doen met de nieuwe communicatie- technieken die er zijn. Zo kunnen bedrijven bijvoorbeeld via de versleutelde gesprekken op bijvoorbeeld WhatsApp nagaan welke mensen spreken over hun soort producten. Deze mensen kunnen ze vervolgens heel gericht benaderen met reclames of met informatie over risico's die ze zouden lopen. De vraag is dan in hoeverre de vrije keus van mensen nog gewaarborgd is, als ze bewust worden gemaakt van de mogelijke risico's en de oplossing met *health checks*. Het onderwerp gezondheid raakt aan de basisonzekerheden van mensen. Het is de vraag in hoeverre mensen voldoen aan het beeld van de rationeel beslissende consument als ze gerichte informatie ontvangen over de risico's die zij of mensen zoals zij zouden lopen aangaande hun gezondheid.

### **Collectieve en particuliere kosten voor gezondheidszorg**

Het natuurlijk heel wel mogelijk dat *health checks* voor een individu bijdragen aan een gezonde leefstijl en gezondere keuzes. Zolang ze niet ten laste van de collectieve zorg komen is er weinig bezwaar deze keus te faciliteren. Maar dit onderzoek toont aan dat gebruikers het onderscheid tussen feitelijke zelfzorg en collectieve zorg niet altijd maken.

Een extra bloedwaardebepaling naast een aantal geïndiceerde tests lijkt niet zo problematisch. Huisartsen en andere zorgaanbieders gaan in gesprek met hun patiënten en nemen gezamenlijke besluiten, die wellicht niet altijd het collectief ten goede komen. Dat is niet per se problematisch, van de huisarts verwachten we ook dat die het individu voorop stelt. Maar we doen als zorg en maatschappij ons best om het aandeel onnodige zorg terug te dringen en de uitgaven zo doelmatig mogelijk te krijgen. *Health checks* die niet door de burger zelf betaald worden dragen hier niet aan bij. Vervolgkosten van *health checks* die tot niets leiden ook niet. Dit staat nog los van de stress en onzekerheid die ook met dergelijke testen gepaard kunnen gaan. Daarom is het belangrijk de beroepsgroepen, en vooral de huisartsen, hierbij te blijven betrekken. Vanuit hun poortwachterrol kunnen zij het gesprek aangaan met de consument. Daarnaast kunnen zij hen helpen met het interpreteren van de uitslag van een health check, die niet in alle gevallen eenduidig hoeft te zijn.

*Prof. Dr. Peter Kooreman is componist en hoogleraar gezondheidseconomie. Hij doet onder andere onderzoek naar consumentengedrag en effectiviteit van preventie instrumenten*

Een groot deel van de toekomstige ziektelast in Nederland kan worden voorkomen door meer aandacht te besteden aan preventie. *Health checks* lijken hierop aan te sluiten, maar zijn in feite een vorm van secundaire preventie. Primaire preventie richt zich op het veranderen van de leefstijl om te voorkomen dat aandoeningen zich ontwikkelen, secundaire preventie is gericht op vroegsignalering van aandoeningen. Testen als *health checks* en het bevolkingsonderzoek kunnen een aanvulling zijn, als mensen een gezondheidscheck willen en als deze secundaire preventie kosteneffectief is, maar in zijn algemeenheid zou er in Nederland veel meer aandacht moeten zijn voor primaire preventie.

*Health checks* zijn namelijk een inefficiënte vorm van gezondheidszorg: uit onderzoek komt naar voren dat ze maar zelden iets opleveren en ze leiden wel tot extra kosten. Preventie die echt resulteert in een betere leefstijl heeft wel een kostenbesparend effect. Op dit moment ligt de nadruk in het preventiebeleid erg op *nudges*: een onbewust duwtje in de juiste richting\*. Voorbeelden zijn calorie-informatie op producten, het aanbieden van gezondere producten op ooghoogte in de supermarkt en confronterende plaatjes op sigarettenpakjes. De effectiviteit van deze methode is echter twijfelachtig: het effect is vaak niet significant, tegengesteld aan de verwachting of slechts heel klein. Meer ingrijpend overheidsbeleid is wel bewezen effectief, zoals wetgeving, accijnzen en prijsprikkels. Wetten en verboden grijpen direct in op de handelingsvrijheid van mensen. Prijsprikkels doen dit niet: mensen voelen de consequenties van hun keuzes in hun portemonnee, maar ze worden niet beperkt in hun vrijheid toch te kiezen voor dit product. Gezien het twijfelachtige effect van *nudges* zou preventiebeleid meer gebruik moeten maken van effectievere methoden zoals prijsprikkels.

Extra kosten an sich zijn niet erg, mits die resulteren in gezondheidswinst. Gezien de inefficiëntie van dit soort tests is het onwaarschijnlijk dat ze per saldo resulteren in gezondheidswinst. In die gevallen dat een test op groepsniveau wel resulteert in gezondheidswinst is er het bevolkingsonderzoek. Waar staat dan de *health check*? In het totale beeld van de gezondheidszorg is het iets wat eigenlijk niet nodig zou moeten zijn.

*\* Professor Kooreman publiceert binnenkort een artikel over de relevantie van nudges voor preventiebeleid: Kooreman & Dilling, 2017. Nudges in de gezondheidszorg: zachte heelmeeesters. TPEdigitaal, ingediend voor publicatie.*

### **Tot slot**

Dit onderzoek was erop gericht inzicht te verkrijgen in de afwegingen en verwachtingen van burgers bij *health checks*. De resultaten toonden aan dat hoewel de ervaringen van de gebruikers doorgaans positief waren, de *health check* niet altijd een antwoord op de vraag gaf. Dit werd niet als problematisch ervaren: *health checks* leken ook geen prominente plek in te nemen in de beleving van zorg en gezondheid van mensen. Experts wezen ons onder andere op het belang van gezondheidsvaardigheden en de rol van de huisarts. Gezondheidsvaardigheden stellen mensen in staat informatie over *health checks* te wegen en interpreteren. Ook de huisarts kan hierbij een rol vervullen, door het nut en het resultaat te bespreken met gebruikers.

Toch moet dit onderwerp ook niet teveel worden geproblematiseerd. Onderzoek van Panteia toonde aan dat circa 50 miljoen van de huidige zorgkosten onnodige kosten als gevolg van preventief zelfonderzoek zijn (3). De impact van *health checks* op de collectieve kosten moet dus niet worden overschat.

## Literatuur

1. Gezondheidsraad. Doorlichten doorgelicht: gepast gebruik van health checks Den Haag; 2015.
2. Nivel. onderzoeksprogramma 2014-2017. Utrecht; 2014.
3. Witkamp A, Hollander M, Poortvliet P, Vennekens A. Effecten van preventief zelfonderzoek op zorgkosten. Panteia 2014.
4. Rademakers J. Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Nivel; 2014.
5. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.