



Datum: 30 mei 2025

Visie NVvPG op rapport “Iedereen bijna ziek”, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Recent hebben we met grote interesse kennisgenomen van het rapport “Iedereen bijna ziek” van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. In dit rapport worden vragen gesteld over de toename van medische diagnostiek, zowel binnen de reguliere zorg als bij landelijke screening en individuele healthchecks. Er wordt in het rapport gewezen op risico’s van de “expansie” van diagnostiek, mede in het licht van de toenemende schaarste van zorg-capaciteit:

- Overdiagnose (acteren bij niet klinisch relevante bevindingen)
- Overdiagnostiek (onnodige diagnostiek)
- Onnodig lijden als gevolg van foutpositieve en foutnegatieve bevindingen

De NVvPG onderschrijft het belang van goede diagnostiek en de koppeling daarvan met preventie. De discussie over de keerzijden van diagnostiek is zeer waardevol en moet zeker ook gevoerd worden, maar de discussie zoals deze in het rapport is beschreven behoeft naar onze inzichten enige nuancering.

In geval van healthchecks die individueel en privaat worden aangeboden, worden in het rapport alle “soorten en maten” van onderzoeken onder één noemer geschaard en de meest uiteenlopende voorbeelden benoemd. In het onderstaande maken we onderscheid tussen:

- **De zelftesten:** welke bij de drogist te verkrijgen zijn, waarbij de uitkomst direct “afleesbaar” is zonder tussenkomst van een derde partij die de uitslag bepaalt en duidt.
- **Preventieve gezondheidsonderzoeken:** Onderzoeken waarbij een vorm van “zorg” wordt aangeboden. Er kan hierbij sprake zijn van een voorbehouden handeling of sprake zijn van vereiste deskundigheid. Voorbeelden zijn: laboratorium bloedonderzoek op basis van een venapunctie, onderzoek in een klinische setting, bloedonderzoek op basis van een zelfafname-hulpmiddel dat door een laboratorium wordt beoordeeld en de uitslag met eventueel advies aan de cliënt door de aanbieder wordt gecommuniceerd.

De NVvPG onderschrijft het belang van zorgvuldig aanbieden en uitvoeren van (preventief) medisch onderzoek in welke vorm dan ook. De Kwaliteitsstandaard Preventief Gezondheidsonderzoek NEN8051, een standaard die onder regie van het Nederlands Normalisatie-instituut NEN is ontwikkeld, levert hieraan een belangrijke bijdrage in geval van de preventieve gezondheidsonderzoeken. Dit wordt later in dit schrijven nader toegelicht.

Het rapport benoemt de term “diagnose-expansie” als neutrale term en definieert deze als “het fenomeen waarbij we steeds meer diagnostiek en screening inzetten en steeds meer, steeds vroeger en steeds laagdrempeliger diagnoses stellen”. Echter, het rapport benadrukt alleen de mogelijke keerzijden ervan, zonder dit in een breder perspectief te plaatsen.



Hoe verhoudt zich de ontwikkeling van medische diagnostiek zich in vergelijking met omringende landen?

In het rapport wordt o.a. veel de nadruk gelegd op bijvoorbeeld de groei van beeldvormende diagnostiek (zoals MRI en CT). Vanuit de gegevens van OECD Data Explorer¹ blijkt dat in Nederland het aantal MRI/CT modaliteiten per hoofd van de bevolking bijna het laagst is van alle ontwikkelde landen (voorbeeld: in Duitsland staan er tweemaal zoveel CT/MRI modaliteiten per miljoen inwoners in vergelijking met Nederland). Ditzelfde geldt ook voor het jaarlijks aantal uitgevoerde onderzoeken² per hoofd van de bevolking. Uiteraard maakt dit de discussie rondom mogelijke keerzijden van medische diagnostiek niet minder belangrijk en is de discussie hierover bijzonder waardevol. Dit gegeven plaatst de discussie wel in een bredere context:

- Is in Nederland medische diagnostiek wel zo laagdrempelig als het rapport doet vermoeden?
- Waarom wordt in meerdere omringende landen veel meer medische diagnostiek toegepast dan in Nederland?
- En wat zijn de effecten daarvan op de reguliere zorg?

Positieve aspecten van het inzetten van meer (beeldvormende) diagnostiek

Groei van medische diagnostiek, in het bijzonder beeldvormende diagnostiek waarnaar veelvuldig wordt verwezen, kan juist resulteren in besparingen en/of verbeterde betrouwbaarheid van de uitkomst.

Diagnostische arthroscopie van gewrichten zijn bijvoorbeeld vervangen door beeldvormende diagnostiek. Zo worden vele duizenden prostaat biopsieën voorkomen door de recente introductie van de prostaat MRI in het zorgpad van prostaatkanker-diagnostiek. Door de introductie van de prostaat MRI is niet alleen kwaliteit van diagnostiek sterk verbeterd, maar wordt tot 75% van biopsieën voorkomen en het aantal overdiagnoses, overdiagnostiek en complicaties sterk verlaagd.

M.a.w. groei van diagnostiek wordt soms ook ingegeven door het vervangen van een relatief onbetrouwbare en/of ineffectieve ingreep door een betrouwbaardere methode. Dit aspect van groei van diagnostiek wordt in het rapport niet benoemd.

Preventie en kwaliteit van individueel preventief gezondheidsonderzoek

Om primaire preventie te stimuleren, is bewustwording van eigen gezondheid en verantwoordelijkheid essentieel. Het is onmiskenbaar dat er onder een deel van de Nederlandse bevolking behoefte bestaat naar preventieve screening - hetzij door gebruik te maken van een aangeboden bevolkingsonderzoek, hetzij door gebruik te maken van een individueel preventief gezondheidsonderzoek.

Als de burger overweegt om gebruik te maken van preventief gezondheidsonderzoek, immers iedereen heeft zelfbeschikkingsrecht op het hebben van inzicht in de eigen gezondheid, moet men kunnen

¹ [OECD: Health at a Glance – Diagnostic Technologies \(2023\)](#)

² [OECD: Magnetic resonance imaging \(MRI\) exams](#)



rekenen op een zorgvuldig aanbod, uitvoering en advies/begeleiding naar aanleiding van de uitkomst van het onderzoek. Immers bij elke vorm van medische diagnostiek is er kans op foutpositief, foutnegatief, overdiagnose, overdiagnostiek en nevenbevindingen.

Onze vereniging vindt het belangrijk om te benadrukken dat preventieve gezondheidsonderzoeken niet alleen gericht moeten zijn op medische diagnostiek, maar ook op het bevorderen van een gezonde levensstijl en het voorkomen van ziektes. Het is geen doel op zich, maar een middel om naast vroege opsporing juist ook gezond gedrag te stimuleren. Vaak hebben mensen een urgentie of iets tastbaars nodig om hun leefstijl aan te passen en gezonder te gaan leven. Preventieve gezondheidsonderzoeken en de daarbij behorende kwaliteitstandaard NEN8051, kunnen daarbij van grote waarde zijn.

In het rapport wordt ook gewaarschuwd voor onnodige angst bij deelnemers van preventieve gezondheidsonderzoeken onder meer door ongunstige uitslagen, ‘bijvangst’ en vals positieven. Ook hier is geen ruimte voor de andere kant van het verhaal – uit onderzoek blijkt juist ook dat dit om een kleine minderheid gaat en de meeste mensen geen angst ervaren.³ Daarnaast kan het mensen juist ook geruststellen – ofwel door een negatieve uitslag die bevestigt dat er niets aan de hand is, ofwel door het op tijd vaststellen waardoor er op tijd behandeld kan worden.

Mede ingegeven door deze thema's, de aandachtspunten vanuit Nivel⁴⁵ en om ongebreideld aanbod van (ongerichte) onderzoeken te voorkomen, is in het recente verleden onder regie van het Nederlands Normalisatie Instituut NEN een kwaliteitsstandaard preventief gezondheidsonderzoek NEN8051 ontwikkeld. De NVvPG en OVAL (branchevereniging voor vitaliteit, activering en loopbaan) hebben de ontwikkeling van deze standaard gefinancierd en mede georganiseerd. Deze standaard stelt normen aan:

- De informatieverstrekking vooraf, zodat de cliënt een “goed geïnformeerde keuze” kan maken;
- Doelmatigheid van het onderzoek voor de cliënt;
- Onderzoeksmethoden, legt relatie met de in de reguliere zorg gehanteerde methodes en beroepsrichtlijnen van betrokken specialist;
- Afspraken over het doel van het onderzoek, naar welke risicofactoren/aandoeningen wordt gekeken en gerapporteerd. Er dient sprake te zijn van gerichte onderzoeken;
- Rapportage van bevindingen;
- Duiding van de uitkomst, niet alleen medisch, maar juist ook gericht op leefstijl-interventie/preventie, advies, begeleiding en m.b.t. consequenties voor de cliënt;
- Verwijzing naar huisarts, indien bevinding klinisch relevant is.

Het rapport doet vermoeden dat deze standaard een NVvPG “eigen standaard” is, maar gaat volledig voorbij aan het feit dat;

³ T.A. Boer et al., Komt een test bij de dokter.

⁴ Nivel, Health checks en de gevolgen voor zorggebruik 2021

⁵ Nivel, Health checks en de effecten op het gebruik van zorg in de huisartsenpraktijk, 2016



- Deze standaard onder regie van de NEN en volgens de richtlijnen van de NEN tot stand is gekomen, en dus een NEN-codering heeft, te weten NEN8051;
- Deze richtlijn op basis van consensus van meer dan 20 veldpartijen (waaronder ook meerdere medische beroepsgroepen) tot stand is gekomen, waarbij slechts 3 partijen vanuit de NVvPG voortkwamen (zie bijlage);
- Een relatie legt met de al bestaande Europese richtlijnen⁶.

Deze kwaliteitsstandaard draagt bij aan het realiseren van zorgvuldig aanbieden en uitvoeren van preventief gezondheidsonderzoeken, het koppelen van preventief gezondheidsonderzoek en preventie en aan het voorkomen van ongebreideld en ongerichte onderzoeken. Deze kwaliteitstandaard beperkt daarmee onnodige doorverwijzen naar de huisarts.

Mede door de recente introductie van deze standaard zien we dat meerdere aanbieders van bijvoorbeeld preventieve laboratorium bloedonderzoeken, arts-consulten aan hun dienstverlening hebben toegevoegd en uitkomsten van het onderzoek laten beoordelen door een arts op klinische relevantie.

Het NVvPG keurmerk is dan ook op deze standaard gebaseerd. Niet alleen NVvPG maakt gebruik van deze standaard. Recent heeft de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd, het IGI-toetsingskader Aanbieders van Preventief Gezondheidsonderzoeken⁷ gepubliceerd. Dit toetsingskader van de IGI is voor een groot deel gebaseerd op normen vanuit de NEN8051. De NEN8051 draagt bij aan kwaliteit en doelmatigheid van aanbod en uitvoering van preventieve gezondheidsonderzoeken.

Preventief gezondheidsonderzoek naar kanker

In de afgelopen decennia hebben verbeterde diagnostiek en behandelmethodes van kanker, geresulteerd in stijgende levensverwachting. Met name als kankers in vroege stadia worden ontdekt. Vroege opsporing van kanker kan juist veel leed en veel minder ingrijpende behandelingen voorkomen. Samen met de vergrijzing neemt het aantal kankerpatiënten sterk toe. Het minder toegankelijk maken van vroegdiagnostiek naar kanker zal resulteren in, in een laat stadium ontdekken van kanker bij steeds meer mensen en zal mogelijk op termijn juist om meer zorgcapaciteit vragen en tot meer zorgkosten leiden.

Naast de reguliere bevolkingsonderzoeken, pleiten wij ervoor dat preventieve onderzoeken naar kanker die in lagere stadia een goede prognose hebben en geen onderdeel zijn van een bevolkingsonderzoek, toegankelijk worden voor burgers. De huidige wetgeving (WBO) geeft hiervoor geen ruimte. In vergelijking met ons omringende landen is het aanbod van preventieve gezondheidsonderzoeken al relatief beperkt. In de directe landen om ons heen is het aanbod veel ruimer (ook onderzoek naar kanker) omdat de lokale wetgeving aldaar dat toestaat. Ontmoediging en beperking van preventief gezondheidsonderzoek nodigt de burger (met deze behoefte) uit om gebruik te maken van preventieve

⁶ CWA 16642_Health care services Quality criteria for health checks

⁷ [IGJ Toetsingskader Aanbieders preventieve gezondheidsonderzoeken](#)



gezondheidsonderzoeken in andere landen. Daarmee krijgen we onvoldoende grip op kwaliteit van aanbod en uitvoering van deze onderzoeken, die de druk op ons zorgsysteem alleen maar groter zou kunnen maken.

Dergelijke onderzoeken moeten uiteraard met de grootste zorgvuldigheid worden aangeboden en uitgevoerd. Gebaseerd erkende en gerichte onderzoeksmethoden, waarbij ook gekeken moet worden of een dergelijk onderzoek wel relevant is voor de betrokkene (valt de persoon wel in de risicogroep?).

Bevolkingsonderzoek naar kanker

In het rapport wordt ook de nadruk gelegd op de keerzijden van bevolkingsonderzoeken en de kritische kijk op verruiming van mogelijk toekomstig bevolkingsonderzoek. O.a. wordt het voorbeeld van prostaatkankeronderzoek aangehaald als voorbeeld van een onderzoek met veel overdiagnose en overbehandeling. Daarbij wordt verwezen naar wetenschappelijk artikelen uit 2010-2015. Het rapport memoreert dat “meer dan een derde van de mannen boven de 60 jaar die overlijdt aan iets anders, blijkt prostaatkanker te hebben gehad. Zij zijn dus niet overleden áán prostaatkanker, maar mét prostaatkanker”. Een juiste constatering op zich, echter, de afgelopen 10 jaar zijn de diagnostische methoden sterk verbeterd, is de prostaat MRI geïntroduceerd in het zorgpad, waardoor driekwart van biopsieën worden voorkomen. Er kan met zeer hoge betrouwbaarheid worden vastgesteld of een man goed- resp. kwaadaardige prostaatkanker heeft. De verbeterde diagnostiek resulteert juist in minder complicaties, overdiagnose, overdiagnostiek en daardoor minder overbehandeling. Het in dit rapport beschreven keerzijden van prostaatkanker diagnostiek is daarom achterhaald.

De meeste mannen weten dat een groot deel van hen prostaatkanker krijgt boven de 60 en dat de kans daarop met de leeftijd toeneemt. Het rapport stelt dat het weten dat je (goedaardig) kanker hebt per definitie negatief van invloed is op de kwaliteit van leven. Maar veel mannen die zich bewust zijn van eigen gezondheid, willen dit juist. Het feit dat je geen toegang hebt tot vroegdiagnostiek maar wel weet dat de kans dat je het kan krijgen toeneemt met de leeftijd, kan net zo goed van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven.

We beseffen ons dat wij geen partij zijn bij bepalingen rondom bevolkingsonderzoeken, dat is aan de betrokken beroepsgroepen, de gezondheidsraad en de politiek. Echter we willen hiermee duidelijk maken dat de in dit rapport beschreven visie op de “diagnose-expansie” en preventief onderzoek naar kanker enige nuancering behoeft.

Zelftesten naar ernstige aandoeningen en kanker

Zelftesten worden inderdaad steeds vaker aangeboden via de retail (zoals drogisterijen en zelfs supermarkten); testen die de cliënt zelf uitvoert en waarbij de cliënt direct de uitkomst kan aflezen zonder tussenkomst van een laboratorium of andere vorm van begeleiding. Daarbij worden ook steeds vaker zelftesten aangeboden naar risicofactoren op een ernstige aandoening, bijvoorbeeld de PSA zelftest. De NVvPG is geen voorstander van zelftesten naar ernstige aandoeningen of risicofactoren



daarop. Een goede voorlichting vooraf, de mogelijkheid om een goed geïnformeerde keuze te kunnen maken, duiding van de klinische relevantie van de uitkomst van een dergelijke test en begeleiding van de burger daarbij is van groot belang. Bij dergelijke testen ontbreekt dat veelal. De zelftesten vallen nu onder Europese Verordening Medische Hulpmiddelen. De NEN8051 heeft geen betrekking op deze zelftesten. Wij kunnen ons voorstellen dat op zelftesten naar ernstige aandoeningen of risicofactoren, op nationaal niveau, aanvullende wetgeving wordt geformuleerd.

Tot slot

De behoefte naar preventieve gezondheidsonderzoeken, is prominent in de maatschappij aanwezig. Echter, een (verdere) beperking van preventieve gezondheidsonderzoeken gaat deze behoefte niet wegnemen. In ons omringende landen zijn preventieve gezondheidsonderzoeken (ook naar ernstige aandoeningen zoals kanker) beschikbaar en geoorloofd. Nederlanders met deze behoefte zullen dan steeds meer gebruik maken van onderzoek in het buitenland en komen mogelijk terug met een verwijzing naar de huisarts van een buitenlands instantie. Zonder dat er zicht is op de kwaliteit van de onderzoeken die de burger dan heeft ondergaan. Dat is niet wat we zouden moeten willen. Het is van belang de intrinsieke behoefte van de bevolking beter nationaal goed te reguleren dan juist alleen maar te beperken.

De standaard NEN8051, samen met beroepsrichtlijnen van de verschillende specialisaties draagt bij aan een duurzaam kader voor preventief gezondheidsonderzoek – welke onnodige doorverwijzing naar de reguliere zorg beperkt, bewustwording van eigen gezondheid en preventie stimuleert en de belangen van de burger vooropstelt middels een goed geïnformeerde keuze, doelmatigheid en kwaliteit van het onderzoek, en advies en begeleiding aan de hand van de uitkomst van het onderzoek.

Namens de leden van de NVvPG
Che Hsin Falkenström
Voorzitter NVvPG

Bijlage Betrokken veldpartijen ontwikkeling NEN8051



NEN 8051:2023

Voorwoord

Deze Kwaliteitsstandaard geeft een kwaliteitskader voor een preventief gezondheidsonderzoek (PGO).

Het ontwikkeltraject vond plaats van oktober 2020 tot januari 2022. Een schrijversgroep heeft samen met experts vanuit verschillende stakeholdergroepen, de klankbordgroep, de kwaliteitsstandaard opgesteld onder begeleiding van het Nederlands Normalisatie Instituut NEN. De werkgroep is op maandelijkse basis bijeengekomen en heeft in zes klankbordgroepbijeenkomsten de standaard ontwikkeld en vastgesteld. De publicatie van het concept voor een openbare kritiekronde van drie maanden was onderdeel van het ontwikkelingsproces.

NEN 8051:2023 vervangt Ontw. NEN 8051:2021.

De schrijversgroep en de klankbordgroep waren als volgt samengesteld:

Vertegenwoordiger	Organisatie
C.H. Falkenström (voorzitter)	Nederlandse Vereniging voor Preventief Gezondheidsonderzoek (NVvPG), Soest
D. van den Aker	OVAL, Tilburg
J. Balm	Arbo Unie, Haarlem
M. Basse	Prescan, Hengelo
C. Beers	Nederlandse Vereniging voor Preventief Gezondheidsonderzoek (NVvPG), Soest
H. van Donkersgoed	Nipede Prevention BV, Amsterdam
M. van Dooren	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN), Erasmus MC, Rotterdam
M. Franken	Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zoetermeer
P. van de Goorbergh	OVAL, Tilburg
G. Ho	Nipede Prevention BV, Amsterdam
L.S. van Huizen	Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Groningen
C. Hulshof	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Utrecht
H. IJntema	Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL), Radboud UMC, Nijmegen
M. Johannesma	CZ, Tilburg
W. Knol	Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NVvA), Nijkerk
K. Koehorst	Yourlabs, Hengelo
R. van der Kooi	Nipede Prevention BV, Amsterdam
E. Kool	Zorginstituut Nederland, Diemen
M. Kriek	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN), LUMC, Leiden



NEN 8051:2023

M.H. Schutjens	Diagned, Den Haag
M. Verhappen	Diagnostiek voor U, Eindhoven

Via een consultatieronde waren de volgende organisaties betrokken:

Vertegenwoordiger	Organisatie
M. van Dokkum	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), Utrecht
C. Jacobs	Consumentenbond, Den Haag
C. Oosterwijk	VSOP, Soest
A. de Rooij	Diabetes Vereniging Nederland, Leusden
C. van Vulpen	Pharos, Utrecht

In de openbare kritiekronde hebben 66 organisaties het concept beoordeeld, de volgende organisaties hebben commentaar gegeven

Vertegenwoordiger	Organisatie
J. Balm	Arbo Unie, Haarlem
A. Brandenburg	KWF Kankerbestrijding, Amsterdam
M. van Dooren	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)/ Erasmus MC, Rotterdam
E. van Heel	Prescan, Hengelo
C. Louis	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Utrecht
T. Oosterhuis	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Utrecht
J. Streekstra-van Lieshout	Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Utrecht
D. Stemkens	VSOP, Soest
B. Steunenbergh	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Utrecht



NEN 8051:2023

M. Losekoot	Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL), LUMC, Leiden
J. Luinenburg	KNMP, Den Haag
K. van Luttervelt	Seniorenorganisatie KBO-PCOB en Zorgbelang Inclusief, Delft
D. Metsemakers	Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Utrecht
W. van Oort	Stichting Cliëntenbelangen Preventief Gezondheidsonderzoek (SCPG), Houten
R.J. Slingerland	Isala en voorzitter van Clinical Chemistry Laboratories, Zwolle
A. Soons	Niped Prevention BV, Amsterdam
B. de Vries	TNO, Groningen
G. Welter	Nationaal Platform Duurzame Inzetbaarheid (NPDI), Amsterdam
L. Wijnsma	TIGRA Beheer, vitaliteit, Leeuwarden
M. Zeegers	Maastricht University, Maastricht
M. Bijlsma (secretaris)	Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut, Delft

De samenstelling van de leesgroep was als volgt:

Vertegenwoordiger	Organisatie
S. Bredeweg	Arbodienst Medprevent, Lippenhuizen
M. Broxterman	Arboned, Amsterdam
A. Dorgelo	Nierstichting Nederland, Bussum
T. Groeneveld	HumanCapitalCare, Son
M. Heller	Zorginstituut Nederland (ZIN), Diemen
S. Homan	TIGRA Beheer, vitaliteit, Leeuwarden
A. Hoppener	De Arbodienst, Utrecht
J. Jansen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Utrecht
F.A.M. Jonkman	Zorggroep Jonkman BV, Heelsum
E. Kampen-van Galen	Zorginstituut Nederland (ZIN), Diemen
R. Larik	BENU Apotheken, Tilburg
M. Lasschuyt	Soapoli-online, Stolwijk
D. Looije	Zorginstituut Nederland (ZIN), Diemen
E. Lutgert	Sectorinstituut voor Transport & Logistiek (STL), Gouda
E. Marguarita	Zorginstituut Nederland (ZIN), Diemen
I. Nederend	Hartstichting, Den Haag