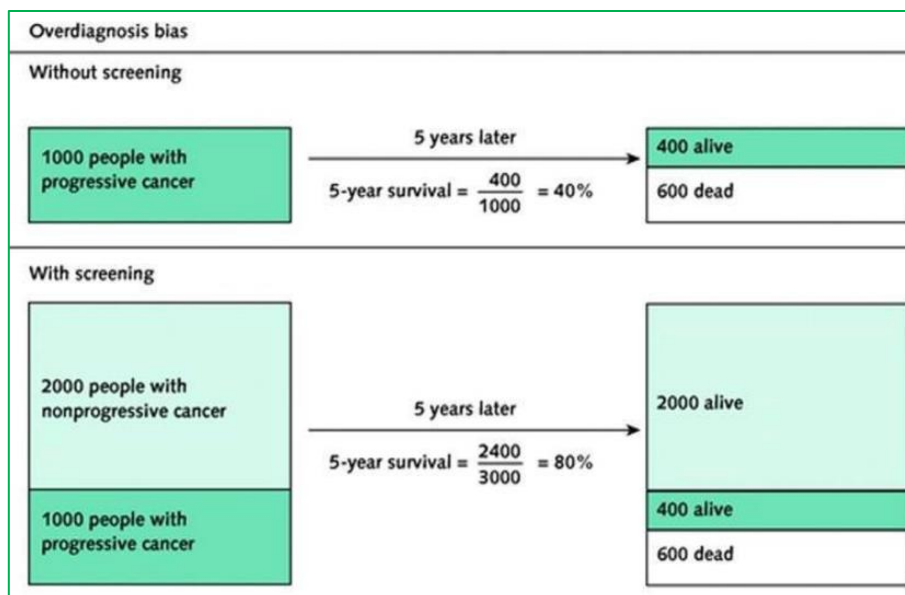


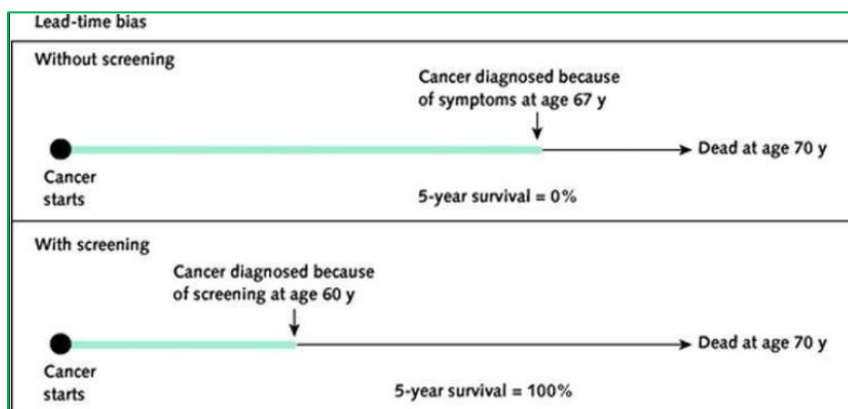
OVER BEVOLKINGSONDERZOEK EN SCREENING VAN KANKER

Over de cijfers, over baten en schade tgv kankerscreening, bestaat een wereldwijde controverse. Mensen begrijpen niet goed dat je soms beter niet had kunnen weten dat er een tumor in je lijf zat, als je geen klachten of symptomen hebt. Hieronder alle onderwerpen die hiermee te maken hebben, in begrijpelijke taal geschreven:

1. Kankerscreening kost veel geld en maakt van gezonde mensen kankerpatiënten. Of het veel levens redt is twijfelachtig, maar patiënten voelen zich gered en artsen voelen zich redders. De pro-screeners hebben vaker (financiële) belangen dan de sceptici.
2. Wetenschappelijk bewijs is voer voor de discussie, want de cijfers worden vertekend. In welke mate? Dáár is discussie over. Uiteindelijk blijft er een soort gevoel, een geloof over. Dat is zorgelijk.
3. Zo kun je met kankerscreening (dus bij mensen zonder klachten of symptomen) tumoren vinden die gedurende het leven nooit dodelijk of schadelijk geworden waren. Dat noem je over-diagnose. Kijk wat dat met 5 (of 10)-jaar overleving doet!



4. Zo kun je met kankerscreening (asymptomatische mensen) tumoren éérder vinden. Het lijkt dan alsof mensen länger leven. Dat noem je Lead Time Bias. Zie wat dát doet met 5 (of 10)-jaar overleving!



5. Als je mensen vergelijkt die wel en niet meededen aan screening, kan er een cruciaal verschil zijn tussen die mensen. Je kunt je voorstellen dat ongezonde mensen minder vaker meedoen en eerder doodgaan. Dat vertekent het nut van kankerscreening. Dit heet de Healthy volunteer bias.

Healthy volunteer bias bij kankerscreening:

Diegenen die meedoen aan screening hebben een betere gezondheid en minder gezondheidsrisico's en daardoor minder risico om vroegtijdig te overlijden dan diegenen die niet meedoen (waaronder ook ernstig zieken, gehandicapten, drugsverslaafden)

6. Als je mensen vergelijkt die wel en niet meededen aan kankerscreening en kijkt naar sterftcijfers om 'nut' aan te tonen, vergeet je dat mensen die een hoog risico hadden (erfelijke aanleg op kanker) niet naar de gewone screening gaan.

Hoog risico bias bij kankerscreening:

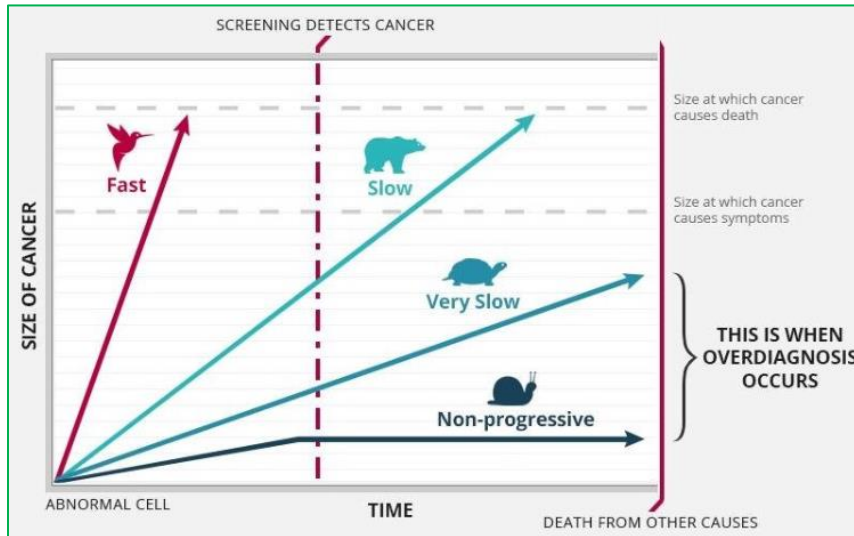
In de algemene sterftcijfers voor een bepaalde vorm van kanker, zijn ook diegenen meegenomen met een hoog risico op kanker bijvoorbeeld door erfelijke aanleg. Zij worden echter doorgaans buiten het bevolkingsonderzoek gescreend.

7. Als doodsoorzaken gerapporteerd worden, zal dat bij deelnemers aan kankerscreening vaker Kanker zijn (omdat men door screening weet had van kanker die anders wellicht nooit gezien was). Mortality bias heet dat.

Mortality bias bij kankerscreening:

In de groep die gescreend is en daardoor gediagnosticeerd, zal bij doodsoorzaak vaker 'kanker' worden gerapporteerd dan bij de niet-gescreende groep, waarbij men voor een deel van die patiënten van die kanker geen weet had. De cijfers over de sterfte aan die kanker zullen daardoor omhoog gaan.

8. Door kankerscreening worden juist vaker de slome en ongevaarlijke tumoren ontdekt. Dit noem je Length Time bias. Dat leidt tot over-diagnose. De echte rotzakken (die snel groeien) mis je met screening.



9. Als er bij kankerscreening 'iets verdachts' wordt gezien, word je doorgestuurd en krijg je nader onderzoek. Als er dan geen kanker uitkomt (vals positief), zijn mensen opgelucht, maar uit onderzoek blijkt ook dat ze jarenlang een mindere kwaliteit van leven hebben. Angst.
10. Als er bij kankerscreening 'iets verdachts' wordt gezien, word je doorgestuurd en krijg je nader onderzoek. Dat onderzoek kost je je eigen risico en is belastend. Het kan bv bij coloscopie tot complicaties en zelfs tot overlijden leiden. Is zeldzaam, maar komt voor.
11. Het kan ook zijn dat je wél een tumor had en dat deze gemist wordt met kankerscreening (vals negatief). Je wordt dan onterecht gerustgesteld naar huis gestuurd en zult minder alert zijn op symptomen/klachten waarmee je wél naar de dokter had gemoeten.
12. Het vinden van kanker of afwijkende cellen ('voorstadium', wat vaak geen kanker wordt), heeft gevolgen. Je bent ineens kankerpatiënt met alle angsten én bv gevolgen van dien voor je overlijdensrisicoverzekering of arbeidsongeschiktheid verzekering.
13. Als je ziek bent en een groot risico hebt om binnen 10 jaar te overlijden, dan wordt de kans op nut uit kankerscreening (als dat er al is) nóg kleiner. Wat doet het dan met je te weten dat je bovenop je ziekte ook nog kanker hebt of lijkt te hebben? Overleg met je HUISARTS
14. Welke sterftcijfers gebruikt moeten worden om nut van kankerscreening te beoordelen, ook daar is discussie over. Ziekte-specifieke cijfers? (wat heb je eraan als je niet aan kanker, maar op dezelfde leeftijd aan ALS overlijdt)
15. Of alle doodsoorzaken samen? (daarvan is bij geen enkele studie naar kankerscreening ooit effect aangetoond, maar is de ziekte waarop gescreend wordt, niet een te kleine doodsoorzaak om daar ooit effect te kunnen zien?)
16. Wat ook speelt is 'geanticiperde spijt'. Angst dat je jezelf iets gaan verwijten als je niet deelneemt aan kankerscreening en later toch kanker blijkt te hebben en daar misschien zelfs aan doodgaat. Die geanticiperde spijt maakt dat mensen

'voor de zekerheid' wel meedoen.

17. Voor je eigen afweging:
 - a. je gezondheid en risico om ergens anders dood aan te gaan de komende 10 jaar
 - b. je familie (screenen bij hoog risico/genmutatie is absoluut aan te bevelen)
 - c. of je de nadelen van kankerscreening goed snapt
 - d. hoe je omgaat met onzekerheid
18. Voor de maatschappij: Vinden wij de kosten van kankerscreening (honderden miljoenen euro's) bij gezonde mensen zonder klachten, de twijfel over het nut en de zorgen over schade van screening oké? Datzelfde geld kan immers ook ergens anders aan besteed worden.
19. Als er resultaten van langlopende studies zijn die wel of niet screenen op kanker vergelijken, komt er altijd kritiek van de radiologen (de strekking is dan altijd: we hebben nu betere apparatuur). Dat zegt echter niets over de mate van overdiagnose/overlevingskansen.
20. Het blijft merkwaardig dat kinderen uit hoog-risico-families (bv omdat er een BRCA-mutatie of Lynch is) helemaal niet opgeroepen worden als ze (bijvoorbeeld) 18 jaar worden. Niet voor informatie over kankerscreening, controles en gevolgen. Dit zijn JUIST mensen met HOOG risico.
21. Wat ook lastig is, is dat er zoveel mensen zijn die een boterham verdienen aan kankerscreening, dat je vraagtekens mag zetten bij de neutraliteit van het advies aan de minister van VWS. Bovendien, de burger is doorgaans blind overtuigd van het nut.
22. Als er gezegd wordt 'maar er gaan tegenwoordig minder mensen aan dood', weet je niet of dat kwam door vroeger ontdekken (kankerscreening) of door betere behandelingen. Dat laatste is zeker waar. In welke mate speelt dat vroeger ontdekken dan nog? Weer voer voor discussie.
23. Als er gezegd wordt 'maar méér mensen krijgen die vorm van kanker' weet je niet of ze het vaker krijgen of dat het alleen vaker de diagnose gesteld wordt. Heel vaak wordt er dan gezegd dat het door de 'leefstijl' komt, maar kankerscreening wordt meestal niet genoemd als oorzaak.
24. Wat nog een nadeel is van het geloof in het nut van vroeg ontdekken van kanker, is dat er tegen kankerpatiënten die doodgaan of ongeneeslijk zijn, gezegd wordt 'Was je er niet vroeg bij dan?' alsof ze sukkelers zijn. Ze hebben echter een tumor met een vervelend biologisch karakter.
25. Wat je kunt doen om je risico op kanker te verkleinen?
 - a. Rook niet, Rook niet, Rook niet
 - b. Drink geen/weinig alcohol
 - c. Eet gezond en gevarieerd met veel groenten en weinig rauw/bewerkt vlees
 - d. Beweeg voldoende
 - e. Word niet te zwaar
 - f. HPV-vaccinatie: Doen!
 - g. Voorkom zonnebrand!
26. Er bestaat geen enkele garantie tegen kanker. Het kan je zomaar overkomen. Het leven is 100% dodelijk. Ik wens iedereen geluk en een (zo) mooi (mogelijk) leven.