

# Maat houden met medisch handelen

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Nr. 2017/06, Den Haag 21 juni 2017

---

Gezondheidsraad



# Inhoud

|  |           |   |           |
|--|-----------|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>  | <b>3</b>  |   |           |
| <b>01 Inleiding</b>  | <b>7</b>  |   |           |
| 1.1 Probleemschets   | 8         |   |           |
| 1.2 Adviesvraag minister van VWS                             | 10        |   |           |
| 1.3 Onderzochte casuïstiek                                   | 10        |   |           |
| 1.4 Leeswijzer   | 11        |   |           |
| <b>02 Vormen van ongewenste medicalisering</b>               | <b>12</b> |   |           |
| 2.1 'Normale' verschijnselen definiëren als nieuwe ziekte    | 13        |   |           |
| 2.2 Verruimen van indicaties voor behandeling                | 14        |   |           |
| 2.3 Overtesten   | 15        |   |           |
| 2.4 Overdiagnose   | 17        |   |           |
| 2.5 Overbehandeling  | 17        |   |           |
| 2.6 Casussen   | 18        |   |           |
| 2.7 Samenvattend beeld                                       | 19        |   |           |
| <b>03 Ongewenste medicalisering in de praktijk</b>           | <b>20</b> |   |           |
| 3.1 Wisselwerking tussen patiënt, arts en medische industrie | 21        |   |           |
| 3.2 Invloed van de overheid                                  | 27        |   |           |
| 3.3 Invloed van de gedigitaliseerde samenleving              | 29        |   |           |
|  |           | 3.4 Samenvattend beeld  | 30        |
|  |           | <b>04 Discussie</b>   | <b>32</b> |
|  |           | 4.1 Uitgangspunt voor medisch handelen: te behalen gezondheidswinst | 33        |
|  |           | 4.2 Vragen van de minister  | 34        |
|  |           | <b>05 Aanbevelingen</b>   | <b>39</b> |
|  |           | 5.1 Medische professionals en beroepsgroepen                        | 40        |
|  |           | 5.2 Burgers en patiëntenorganisaties                                | 41        |
|  |           | 5.3 Minister van VWS en Zorginstituut Nederland                     | 41        |
|  |           | 5.4 Verzekeraars, ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten     | 42        |
|  |           | 5.5 Alle betrokkenen  | 42        |
|  |           | <b>Literatuur</b>   | <b>43</b> |



# samenvatting

Met de voortgaande ontwikkeling van de geneeskunde breidt het aantal mogelijkheden voor diagnose en behandeling van aandoeningen zich steeds verder uit. Daardoor komen regelmatig fysieke en mentale klachten en verschijnselen in het vizier van de dokter die voorheen nog niet als een medisch probleem werden gezien, niet werden herkend of waarvoor geen behandeling bestond. Deze *medicalisering* levert in het algemeen gezondheidswinst op: een langere levensverwachting en/of een betere kwaliteit van leven voor patiënten. Er kunnen echter ook negatieve effecten optreden: behandelingen of onderzoeken die niet resulteren in gezondheidswinst, maar alleen onnodige zorgkosten of zelfs schade voor de patiënt als gevolg hebben. Dit advies richt zich op deze 'ongewenste' vormen van medicalisering.

## Vormen van ongewenste medicalisering

Ongewenste medicalisering kent verschillende

vormen:

- Mensen krijgen het etiket 'ziek' opgeplakt omdat hun situatie past binnen de definitie van een *nieuwe ziekte* of binnen de uitgebreide definitie van een bestaande ziekte. De gezondheidstoestand van de mensen in kwestie verbetert hierdoor niet.
- Mensen krijgen een medische behandeling aangeboden, niet omdat zij een aandoening hebben die zij eerder niet (in die mate) hadden, maar alleen omdat de *behandelindicaties zijn verruimd*. Hun gezondheidstoestand verbetert hier niet door.
- Er worden mensen op aandoeningen getest zonder dat er indicaties zijn die wijzen op een specifieke aandoening, of zonder dat de test zinvolle informatie over hun gezondheidstoestand zal opleveren (*overtesten*).
- Er wordt met een diagnostische test bij iemand een ziekte vastgesteld die niet tot hinderlijke symptomen leidt (*overdiagnose*).

- Er wordt bij iemand een aandoening behandeld zonder dat dit voor hem of haar tot gezondheidswinst leidt of er wordt een behandeling gegeven die ingrijpender is dan nodig (*overbehandeling*).

## Adviesvraag minister van VWS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Gezondheidsraad gevraagd om aan de hand van casussen inzicht te bieden in:

- de mechanismen waardoor ongewenste medicalisering ontstaat;
- de omvang en de kosten van het probleem;
- de mogelijkheden om het proces van (ongewenste) medicalisering te beïnvloeden.

## Casussen

Voor de beantwoording van de vragen van de minister zijn in dit advies vijf casussen onder de loep genomen:

1. de behandeling met maagzuurremmers van een normaal fysiologisch verschijnsel bij baby's: het bij tijd en wijlen teruggeven van



- voeding (*reflux*);
- 2. de behandeling met hormoonpreparaten van de verschijnselen behorend bij de *menopauze* van vrouwen;
- 3. de verruiming van de indicatie voor het behandelen van een te hoog *cholesterolgehalte*, waardoor steeds meer mensen in aanmerking komen voor cholesterolverlagende medicijnen;

- 4. het opsporen van *longembolieën* met CT-scanttechnologie die zo geavanceerd is dat daarmee ook heel kleine *longembolieën* worden gevonden, zonder dat bekend is of deze gezondheidsproblemen veroorzaken;
- 5. de inzet van de zogenoemde PSA-test voor de vroege opsporing van *prostaatkanker*, terwijl deze test te weinig specifiek is.

In de tabel hieronder is met een rondje weergegeven welke (hoofd)vorm van medicalisering de betreffende casus illustreert, en met een kruisje welke overige vormen er verder een rol in spelen.

Vormen van medicalisering die in de casussen worden onderzocht<sup>a</sup>

| Vorm van medicalisering \ Casus                                 | Cholesterolverlagers voor iedereen |  |   |  |   | Maagzuurremmers voor baby's met reflux | Hormoontherapie in postmenopauze | Geavanceerde scan op longembolie | PSA-test voor prostaatkanker |
|---|------------------------------------|--|---|--|---|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Definiëren van nieuwe ziekten / verruimen van ziekte-definities |                                    |  | x |  | ● |  |                                  |                                  |                              |
| Ongewenste indicatieverruiming                                  | ●                                  |  |   |  |   |  |                                  | x                                |                              |
| Overtesten  | x                                  |  |   |  |   |  |                                  | ●                                |                              |
| Overdiagnose  | x                                  |  | x |  | x |  | ●                                | x                                |                              |
| Overbehandeling   | x                                  |  | ● |  | x |  | x                                | x                                |                              |

<sup>a</sup> Een ● geeft de hoofdvorm van medicalisering aan in de betreffende casus; een x welke overige vormen er verder een rol in spelen.



## Mechanismen waardoor ongewenste medicalisering ontstaat

De Gezondheidsraad heeft in dit advies in kaart gebracht hoe ongewenste medicalisering kan ontstaan. De raad onderscheidt de volgende mechanismen:

- Veel mensen hebben het idee dat elke klacht behandelbaar is en elke ziekte te voorkomen. Zulke *hooggespannen verwachtingen van de gezondheidszorg* kunnen tot ongewenste medicalisering leiden wanneer de arts niet bewezen effectieve diagnostiek of behandelingen instelt, bijvoorbeeld alleen om de patiënt gerust te stellen.
- Medische professionals hebben over het algemeen een *sterke focus op (be)handelen*. Ze zijn snel geneigd om diagnostiek of een behandeling in te zetten. Wanneer dit gebeurt zonder dat het leidt tot gezondheidswinst, is er sprake van overtesten, overdiagnose en/of overbehandeling.
- Medische richtlijnen zijn bedoeld om ervoor te zorgen dat alleen diagnostiek en/of behandelingen worden ingezet waarvan is aange-

toond dat ze tot gezondheidswinst leiden.

- Maar soms hebben bij het opstellen van de richtlijn oneigenlijke belangen een rol gespeeld, of is een aanbeveling in een *richtlijn onvoldoende evidence based*. Dat kan tot gevolg hebben dat niet-effectieve medische zorg wordt verleend.
- Krachtige promotie van geneesmiddelen door farmaceutische bedrijven kan leiden tot een *vertekende beeldvorming over de werkzaamheid van medicijnen*. Dit werkt in de hand dat er middelen worden voorgeschreven die niet tot gezondheidswinst leiden, of zelfs tot schade.
  - Nieuwe mogelijkheden van geavanceerde medische apparatuur lijken vaak spectaculair, maar leveren niet altijd gezondheidswinst op. Het *ontbreken van goede procedures voor de introductie van nieuwe apparatuur en diagnostische test* versterkt de onnodige toepassing ervan.
  - Het overheidsbeleid op het terrein van financiering van de zorg bevat prikkels die ongewenste medicalisering bevorderen. Zo

worden door *prestatiegerichte bekostiging* ziekenhuizen en (veel) ziekenhuisartsen betaald voor wat ze doen en niet voor wat ze laten.

- Medicalisering wordt ook bevorderd door *onjuiste of gekleurde informatie* via internet en de veelvuldige *uitwisseling van persoonlijke ervaringen via internetforums en sociale media*. De verhalen maken mensen nodeloos ongerust, waardoor zij eerder dan nodig naar de dokter gaan en/of aandringen op diagnostiek of een behandeling die niet geïndiceerd is.

## Omvang en kosten van het probleem

Uit macrocijfers over zorggebruik is soms af te leiden dat een bepaalde behandeling opeens vaker wordt toegepast dan voorheen. Er zijn echter geen harde gegevens over de mate waarin ongewenste medicalisering voorkomt. Dat maakt het lastig om de kosten van het probleem goed in kaart te brengen. Wat het bepalen van de kosten en baten verder bemoeilijkt is dat de grens tussen wenselijke en



ongewenste medicalisering niet altijd scherp te trekken is. Hierover bestaat regelmatig discussie. Gezondheidswinst, gezondheidsschade en de economische voor- en nadelen van medische interventies zijn bij gebrek aan (al dan niet onafhankelijk) onderzoek, of door onzekerheden in de interpretatie van het onderzoek, vaak niet goed in beeld te krijgen.

### **Mogelijkheden om het proces van medicalisering te beïnvloeden**

De Gezondheidsraad ziet de volgende mogelijkheden om het proces van medicalisering te beïnvloeden:

- *Shared decision making.* Wanneer patiënten actief worden betrokken bij de besluitvorming over diagnostiek en behandelkeuzes, lijken zij minder geneigd om voor een onnodige medische interventie te kiezen. Investeren in meer consulttijd zou dus kunnen helpen.
- *Betrouwbare medische informatie.* Ook door te investeren in goede medische informatievoorziening via internet kan ongewenste medicalisering worden tegengegaan.

- *Toelating apparatuur en tests.* Betere regulering van de toelating van medische apparatuur en diagnostische tests is eveneens een manier om onnodige zorgverlening tegen te gaan.
- *Richtlijnen.* In medische richtlijnen zouden expliciete overwegingen kunnen worden opgenomen omtrent het risico op ongewenste medicalisering. Ook een scherp oog voor ongewenste belangenverstremming is bij het opstellen van richtlijnen essentieel.

Verder beveelt de Gezondheidsraad aan dat de minister van VWS:

- experimenten bevordert met alternatieve financieringsstructuren waarin gezondheidswinst als toegevoegde waarde centraal staat in plaats van medische productie;
- onderzoek stimuleert naar perspectievolle nieuwe praktijken van bekostiging en besturing van gezondheidszorg;
- onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van medische interventies stimuleert;
- samen met patiëntenorganisaties investeert

in voorlichting aan burgers en op scholen en in betrouwbare medische informatie op internet.



# 01 inleiding





## 1.1 Probleemschets

### *Groeiend zorgaanbod, stijgende zorgkosten*

Sinds de vorige eeuw zijn de uitgaven aan de gezondheidszorg in Nederland een steeds groter deel van de economie (het bruto nationaal product) gaan uitmaken. De verwachting is dat deze trend zich zal voortzetten.<sup>1</sup>

De stijging van de zorgkosten heeft verschillende oorzaken. Om te beginnen is er in de zorg, net als in andere sectoren van de economie, jaarlijks sprake van prijsstijgingen. Daarnaast speelt de vergrijzing een rol. Door het ouder worden van de bevolking komen chronische ziekten vaker voor en neemt het aantal mensen dat medische behandeling nodig heeft toe: het volume van de zorgvraag groeit.

Maar de stijgende zorgkosten worden in belangrijke mate ook veroorzaakt doordat tegelijkertijd het *zorgaanbod* groeit. Er worden nieuwe behandelingen ontwikkeld en er komen betere geneesmiddelen op de markt. Ook de laboratoriumtechnieken en apparaten voor het stellen van diagnoses worden steeds geavanceerder.

De continue uitbreiding van medische mogelijkheden levert veel op in termen van gezondheid. Dat verklaart waarom we als samenleving bereid zijn om steeds meer euro's aan gezondheidszorg uit te geven. Niet iedere zorgeuro wordt echter optimaal besteed. Zo is het maar de vraag of elke medische handeling (diagnostische test of therapie) wel echt gezondheidswinst oplevert. Uit de medische literatuur is bekend dat de geneeskunde soms zijn doel voorbij kan schieten en dat er sprake kan zijn van

'too much medicine' oftewel: meer gezondheidszorg dan nodig. Dergelijke 'ongewenste medicalisering' rond lichamelijke verschijnselen vormt het onderwerp van dit advies.

### *De term 'medicalisering'*

De term 'medicalisering' vindt zijn oorsprong in maatschappijkritische beschouwingen uit de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw. De discussie ging daarin over wat werd gezien als een te grote invloed van de geneeskunde op het dagelijks leven van mensen.<sup>2,3</sup> Het medische domein breidde zich uit naar 'gewone' aspecten van het leven zoals zwangerschap, menopauze, rouw en ouder worden. Deze ontwikkeling werd vanuit diverse kanten bekritiseerd. Een van de kritiekpunten was dat sociale moeilijkheden werden verpakt als individuele, medische problemen die alleen door geneeskundige interventie zouden kunnen worden verholpen. In die lijn past ook een onlangs verschenen advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.<sup>4</sup>

Medicalisering is echter ook veel breder op te vatten: als een uitbreiding of intensivering van de toepassing van de geneeskunde die voortvloeit uit het voortschrijden van medische wetenschap en technologie. Medicalisering in die zin komt tot uiting in bijvoorbeeld het gebruik van meer geavanceerde diagnostiek of nieuwe behandelmogelijkheden. Wanneer patiënten hierdoor beter en/of in grotere aantallen kunnen worden geholpen, is dit natuurlijk te beschouwen als een positieve ontwikkeling. Problematisch wordt het pas wanneer er medische interventies worden geïntroduceerd





en toegepast die niet leiden tot gezondheidswinst. In dat geval wordt in dit advies gesproken van ‘ongewenste medicalisering’.

#### *De term ‘gezondheidswinst’*

Wat ‘gezondheidswinst’ precies is, valt niet eenvoudig af te bakenen. In individuele gevallen gaat het doorgaans om winst in levensduur, verbetering in de kwaliteit van leven of het verminderen van specifieke klachten door een bepaalde behandeling. Veel interventies leveren echter niet in ieder geval, voor iedere patiënt, voordeel op. Gezondheidswinst en -schade worden daarom vaak op populatieniveau gemeten. Dat wil zeggen dat er ook ‘gemiddelde gezondheidswinst’ (op groepsniveau) kan optreden. Ook is het niet altijd duidelijk hoe gewenste effecten en bijwerkingen tegen elkaar moeten worden afgewogen om tot een ‘netto’ gezondheidswinst te besluiten.

Overwegingen als deze laten nog buiten beschouwing dat er in veel gevallen simpelweg geen informatie voorhanden is over de werkelijke effecten en bijwerkingen van interventies.

Hoewel het dus niet gemakkelijk is om een eenduidige definitie van gezondheidswinst te geven, gaat dit advies uit van de veronderstelling dat daar overeenstemming over valt te bereiken.

Een tweede uitgangspunt in dit advies is dat de vraag of er al dan niet van gezondheidswinst sprake is, kan worden beantwoord zonder de *kosten* van medisch handelen in overweging te nemen. Politiek en maatschappelijk vormen de kosten onmiskenbaar een belangrijke factor in de beoorde-

ling of iets ongewenst is, maar dit perspectief wordt in dit advies dus buiten beschouwing gelaten.

#### *Aandacht voor ongewenste medicalisering binnen de curatieve sector*

De laatste jaren is er groeiende belangstelling voor het verschijnsel dat geneeskunde ook ‘te veel’ kan zijn. In de eerdere publicaties ‘Medisch handelen op een tweesprong’ en ‘De kunst van het nee zeggen’ vroeg de Gezondheidsraad aandacht voor het probleem.<sup>5,6</sup> Verder zijn er in Nederland campagnes geweest over dit thema onder motto’s als: ‘niet alles wat kan hoeft’, en ‘maximaal is niet altijd optimaal’. Toonaangevende medische vakbladen hebben er commentaren aan besteed, er zijn conferenties georganiseerd en er is een internationale vereniging opgericht om ‘overdiagnose’ tegen te gaan, een van de vormen van ongewenste medicalisering die in dit advies worden besproken.<sup>7-11</sup>

#### *Omvang van het probleem*

Getallen over de mate waarin ongewenste medicalisering voorkomt zijn nauwelijks voorhanden. Een medische verrichting (een diagnostische test, het voorschrijven van een geneesmiddel) die in korte tijd veel vaker wordt uitgevoerd kan een aanwijzing vormen dat zich ongewenste medicalisering voordoet. Ook als specifieke medische handelingen, zoals heupoperaties, binnen de ene regio veel frequenter worden uitgevoerd dan in een andere regio met vergelijkbare grootte en bevolkingssamenstelling, kan dat een teken zijn dat er sprake is van – in dit geval geografisch afgeba-



kende – ongewenste medicalisering. De drempel om tot een operatie over te gaan is dan in de ene regio kennelijk lager dan in de andere.

Aan een groei van het zorgvolume kunnen echter ook legitieme redenen ten grondslag liggen. Dat maakt het lastig om te bepalen hoe groot het probleem van ongewenste medicalisering precies is. Onderzoek dat sinds de jaren tachtig is verricht naar de variatie in het zorgvolume rond bepaalde aandoeningen heeft tot nu toe geen eenduidige verklaringen opgeleverd.<sup>12-14</sup>

Doordat de omvang van het verschijnsel ongewenste medicalisering niet goed valt te bepalen, is het ook lastig om de nadelige effecten ervan te kwantificeren. Het is dus moeilijk te zeggen hoeveel ongewenste medicalisering bijdraagt aan de stijging van de zorgkosten. Datzelfde geldt voor de niet-financiële aspecten van ongewenste medicalisering: mogelijke schadelijke effecten van onnodige medische handelingen en de psychologische gevolgen daarvan.

## 1.2 Adviesvraag minister van VWS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft zich tot de Gezondheidsraad gericht met de vraag om meer inzicht te bieden in (ongewenste) medicalisering. In het bijzonder wil de minister aan de hand van casussen graag antwoord krijgen op de volgende vragen:

- In hoeverre is er in de somatische zorg sprake van medicalisering?
- Wat zijn de mechanismen van (ongewenste) medicalisering?
- Wat zijn de kosten en baten van medicalisering?

- Wat zijn de mogelijkheden om dit proces te beïnvloeden?

Voor de beantwoording van de adviesvraag van de minister heeft de Gezondheidsraad de commissie Medicalisering ingesteld.

## 1.3 Onderzochte casuïstiek

Overeenkomstig het verzoek van de minister heeft de commissie in het kader van dit advies enkele casussen geanalyseerd. In deze casussen draait het om de behandeling van specifieke ziektebeelden waarbij ongewenste medicalisering in de een of andere vorm een rol speelt.

De casussen dienen in de eerste plaats om inzicht te bieden in het verschijnsel ongewenste medicalisering zoals dit zich in de praktijk voordoet. In de tweede plaats kan uit de casussen worden afgeleid welke mechanismen en factoren een rol spelen in het ontstaan van ongewenste medicalisering. Dergelijke kennis is van belang om te begrijpen hoe het proces eventueel kan worden beïnvloed.

De casussen die de commissie heeft bestudeerd hebben betrekking op de volgende thema's:

- de verruiming van de indicatie voor het behandelen van een te hoog cholesterolgehalte, waardoor steeds meer mensen in aanmerking komen voor cholesterolverlagende medicijnen;
- de behandeling van een normaal fysiologisch verschijnsel bij baby's, namelijk het bij tijd en wijlen teruggeven van voeding ('reflux'), met



maagzuurremmers;

- de behandeling van de verschijnselen behorend bij de menopauze, waarbij deze fase in het leven van vrouwen als een ziekte wordt benaderd;
- het opsporen van longembolieën met CT-scanttechnologie die zo geavanceerd is dat daarmee ook heel kleine longembolieën worden gevonden, zonder dat bekend is of deze gezondheidsproblemen veroorzaken;
- het gebruik van de zogenoemde ‘PSA-test’ voor de vroege opsporing van prostaatkanker, terwijl deze test te weinig specifiek is om hierover uitsluitel te kunnen geven.

Het advies is getoetst in de beraadsgroep Volksgezondheid. De voorzitter van de Gezondheidsraad heeft het advies aan de minister van VWS aangeboden.

#### 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit advies beschrijft de commissie een aantal veel voorkomende vormen van ongewenste medicalisering: het definiëren van nieuwe ziekten, het verruimen van behandelindicaties, overtesten, overdiagnose en overbehandeling.

Hoofdstuk 3 bevat een analyse van de mechanismen en factoren die kunnen leiden tot ongewenste medicalisering en de rol die verschillende partijen daarbij spelen. Aan de orde komen de rolverdeling tussen patiënt,

artsen en medische industrie, en de invloed van zowel het overheidsbeleid als van internet en sociale media.

In hoofdstuk 4 licht de commissie haar standpunt toe dat het uitgangspunt van medisch handelen altijd moet zijn dat er gezondheidswinst kan worden behaald. In dit discussiehoofdstuk gaat de commissie ook in op de vragen van de minister van VWS over de omvang en kosten van ongewenste medicalisering en de mogelijkheden om ongewenste medicalisering te beperken.

In hoofdstuk 5 ten slotte, formuleert de commissie een aantal aanbevelingen.



# 02 vormen van ongewenste medicalisering



In dit hoofdstuk beschrijft de commissie een aantal vormen van ongewenste medicalisering. Aan de orde komen: het definiëren van ‘nieuwe’ ziekten (§ 2.1), het verruimen van de behandelindicaties (§ 2.2), ‘overtesten’ (§ 2.3), ‘overdiagnose’ (§ 2.4) en ‘overbehandeling’ (§ 2.5). De vijf casussen die de commissie heeft bestudeerd zijn zo gekozen dat al deze vormen van medicalisering erin kunnen worden herkend (§ 2.6). In een samenvattend beeld laat de commissie zien dat de verschijningsvormen van ongewenste medicalisering verschillend zijn, maar niet los van elkaar staan (§ 2.7).

## 2.1 ‘Normale’ verschijnselen definiëren als nieuwe ziekte

*Het definiëren van nieuwe ziekten, of het uitbreiden van bestaande ziekte-definities, kan leiden tot ongewenste medicalisering. Dit is aan de orde wanneer mensen vanwege een bepaalde gesteldheid die eerder als een normaal fysiologisch gegeven werd beschouwd het etiket ‘ziek’ krijgen, zonder dat de geneeskunde een effectieve oplossing voor het verschijnsel heeft. De farmaceutische industrie speelt soms een rol bij deze vorm van medicalisering. Er worden dan nieuwe ziekten ‘aan de man gebracht’ om een markt te creëren voor een geneesmiddel.*

Het nauwkeurig beschrijven en definiëren van ziekten is altijd een belangrijke factor geweest in de vooruitgang van de geneeskunde. Daarbij zijn op gezette tijden ‘nieuwe ziekten’ of syndromen beschreven (zoals Parkinson en Alzheimer, voor het eerst beschreven in 1817 respectievelijk

1901), terwijl andere verdwenen (zoals ‘dementia paralytica’, een benaming die na het beschikbaar komen van antibiotica en diagnostische tests op syfilis zijn betekenis verloor). Er zijn echter ook gevallen waarin nieuwe ziekten zijn beschreven of ziekte-definities zijn uitgebreid zonder dat dit heeft bijgedragen aan het doel van de geneeskunde in termen van het brengen van gezondheidswinst.

Het gaat dan om gevallen waarin verschijnselen die voorheen als normale fysiologische processen werden beschouwd, zijn geproblematiseerd en tot ziekte zijn verklaard. Voorbeelden hiervan zijn diagnoses als het ‘premenstrueel syndroom’ bij menstratieklachten, ‘depressie’ bij somberheid na het verlies van een dierbare en ‘verstoorde hormoonbalans’ bij overgangsklachten (deze laatste vorm van medicalisering is in één van de achtergronddocumenten bij dit advies nader uitgewerkt als de casus ‘Hormoontherapie voor vrouwen in de postmenopauze’).

Recente voorbeelden van het definiëren van nieuwe ziektes zijn er vooral in de geestelijke gezondheidszorg. Denk aan diagnoses als ADHD en *social anxiety disorder* (ernstige verlegenheid).<sup>15</sup> Vooral in de opeenvolgende versies van de invloedrijke *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* zijn diverse ‘nieuwe’ psychiatrische ziektebeelden geïntroduceerd, wat tot veel discussie heeft geleid.<sup>16</sup>

Het definiëren van nieuwe ziekten en het verruimen van bestaande ziekte-definities kan met goede bedoelingen plaatsvinden; men wil een oplossing bieden voor ervaren problemen, of meent de medische wetenschap



verder te kunnen brengen. Er kunnen echter ongunstige effecten optreden. Mensen krijgen een 'ziektelabel' zonder dat ze een aandoening hebben waar de geneeskunde een effectieve oplossing voor heeft.

Wanneer in dergelijke situaties de gestelde diagnose leidt tot het voorschrijven van een bepaalde behandeling, resulteert dit niet altijd in gezondheidswinst, of kan er zelfs schade voor de patiënt optreden door bijwerkingen.

Soms worden nieuwe ziekten vooral gedefinieerd vanuit winstoogmerk. Zo zijn er voorbeelden bekend waarin de farmaceutische industrie de uitbreiding van ziekte-definities bewust bevordert, om daarmee (nieuwe of reeds bestaande) geneesmiddelen die werkzaam lijken te zijn tegen de nieuwe ziekte op de markt te kunnen brengen c.q. te kunnen herintroduceren.

Een voorbeeld waarin dit verschijnsel aan de orde lijkt te zijn is 'reflux' bij zuigelingen. Het gaat hier om een natuurlijk proces, waarbij bij baby's door een nog onvoldoende werkend afsluitmechanisme de maaginhoud terug de slokdarm in vloeit. Dit verschijnsel is door de farmaceutische industrie bewust geëtiketteerd als een medische aandoening die met maagzuurremmende medicijnen kon worden verholpen (zie ook hoofdstuk 3 en het bij dit advies behorende achtergronddocument 'Maagzuurremmers voor zuigelingen met reflux(ziekte)').

Een ander voorbeeld waarbij hinderlijke klachten als een ziekte zijn voorgesteld die voor behandeling met medicijnen in aanmerking zou komen, is het *restless legs*-syndroom. Illustratief is ook de geschiedenis van de

'overactieve blaas'.<sup>17</sup> Een geneesmiddel dat hiervoor is ontwikkeld was oorspronkelijk geregistreerd voor de behandeling van urine-incontinentie. Door het medicijn 'om te labelen' tot een middel voor de behandeling van een overactieve blaas bewerkstelligde de fabrikant niet alleen dat de associatie met incontinentie verdween, maar ook dat de groep mensen die in aanmerking zou komen voor het middel, sterk groeide.

Iets vergelijkbaars zien we bij sildenafil (bekend onder de merknaam Viagra). Dit vaatverwijdende middel werd oorspronkelijk ontwikkeld als medicijn tegen angina pectoris. Het bleek daartegen niet voldoende werkzaam te zijn, maar de 'bijwerkingen' bleken wel in een andere behoefte te voorzien.

De verspreiding van het middel onder een grote doelgroep (mannen met erectieproblemen) leidde er vervolgens toe dat de bekende medische term 'impotentie' verdrongen werd door het nieuwe, 'ruimere' label *male sexual dysfunction*.

Nieuwe ziekte-definities bieden daarnaast bepaalde medici de kans om zich toe te leggen op een specialisme waarvoor een markt blijkt te bestaan. Zo kent ons land sinds enkele jaren diverse ADHD-klinieken en snurkpoli's.

## 2.2 Verruimen van indicaties voor behandeling

*Wanneer de indicatie om tot een bepaalde medische handeling over te gaan wordt verruimd, zal een groter aantal mensen ervoor in aanmerking komen. Meestal gebeurt dat door verschuiven van de 'afkapwaarden' voor behandeling, zoals een bepaalde bloedwaarde of een bepaalde leeftijd die*





*wordt aangehouden als drempel voor het inzetten van een behandeling. Als het verlagen van zo'n drempel (oftewel het verruimen van de indicatie) per saldo niet leidt tot gezondheidswinst, is er sprake van ongewenste medicalisering.*

Het verruimen van de indicatie voor een medische behandeling gebeurt vaak met goede redenen: door meer mensen te behandelen kunnen ziektegevallen worden voorkomen. We zien dit bijvoorbeeld bij de behandeling van mensen met verhoogde bloeddruk of verhoogde cholesterolwaarden. De afkapwaarden zijn hier in de loop der tijd steeds verder naar beneden bijgesteld. Daardoor krijgen mensen tegenwoordig bij een bloeddruk- c.q. cholesterolwaarde die voorheen nog niet als alarmerend werd beschouwd, medicijnen voorgeschreven. Over het algemeen heeft deze ontwikkeling tot veel gezondheidswinst geleid. Het preventieve effect was groot en de bijwerkingen respectievelijk negatieve effecten vielen daarbij in het niet. De vraag is echter waar het omslagpunt ligt. Het percentage mensen bij wie door het inzetten van een behandeling een bepaalde ziekte (bijvoorbeeld een hartinfarct) wordt voorkomen wordt immers steeds kleiner (het *number needed to treat* groeit), terwijl de bijwerkingen en negatieve effecten wel gelijk blijven (de verhouding winst/schade wordt ongunstiger).

### Number needed to treat

Veel medische interventies zijn gericht op het opsporen en behandelen van een verhoogd risico op ziekte. Mensen lopen dan bijvoorbeeld minder kans om een hartinfarct te krijgen. Van de mensen die worden behandeld zal een deel die aandoening echter nooit krijgen, ook niet zonder behandeling. Om dit inzichtelijk te maken kan de opbrengst van de behandeling worden uitgedrukt in het *number needed to treat*: het aantal mensen dat moet worden behandeld om één geval van ziekte te voorkomen. Als dit getal erg groot wordt, is de gezondheidswinst die kan worden behaald op een gegeven moment niet meer voldoende om een behandeling te rechtvaardigen.

Telkens doet zich de vraag voor in hoeverre verdere verlaging van de afkapwaarden nog wel tot meer gezondheidswinst voor (potentiële) patiënten zal leiden. Wanneer dit niet langer het geval is, kan indicatieverruiming leiden tot ongewenste medicalisering. In dit verband hebben de recente aanpassingen van de internationale richtlijnen voor de behandeling van een verhoogde cholesterolwaarde tot veel discussie geleid in medische vakbladen. Deze kwestie wordt nader uitgewerkt in het achtergronddocument 'Cholesterolverlagers voor iedereen?', behorend bij dit advies.

Andere voorbeelden van aandoeningen waarbij het verschuiven van afkapwaarden gevolgen heeft gehad voor de aantallen mensen die op grond van die norm als 'ziek' worden gekwalificeerd zijn diabetes mellitus type 2 (vershoven grenswaarden voor nuchtere bloedsuiker en insulinegevoeligheid) en chronische nierziekten (aangepaste grenswaarden voor de bloedfiltering door de nieren).

## 2.3 Overtesten

*Van overtesten kan sprake zijn in verschillende situaties: (1) als een test*





*wordt gebruikt bij de verdenking op een bepaalde ziekte, terwijl de diagnostische waarde van de test daarvoor niet toereikend is; (2) als een test wordt gebruikt die weliswaar extra ziekte-informatie oplevert, maar geen informatie die therapeutische consequenties heeft; (3) als de nadelen van de test (onnodige ongerustheid of belastend vervolgonderzoek bij fout-positieve uitslagen) de voordelen overtreffen.*

De preventieve, vaak uitgebreide gezondheidschecks (inclusief ECG en longfunctiemeting) en de zogenoemde *total body scan* zijn voorbeelden waarin sprake is van overtesten. De laatstgenoemde scan heeft als doel om kwaadaardige tumoren en vernauwingen, verwijdingen en verkalking in de vaatboom in een vroeg stadium op te sporen. Particuliere gezondheidsklinieken voeren deze scans uit op verzoek van mensen die veelal geen klachten hebben maar willen uitsluiten dat ze een ziekte hebben (*de worried well*).

Deze gezondheidschecks, veelal aangeboden door private partijen, zijn echter van twijfelachtig nut.<sup>18</sup> Volgens een advies van de Gezondheidsraad uit 2015 laat onderzoek zien dat er van deze checks op bevolkingsniveau geen gezondheidswinst te verwachten is in de zin van verminderde sterfte en/of verminderde ziekte. Er is niet systematisch wetenschappelijk onderzocht of subgroepen of individuen er baat bij kunnen hebben.<sup>19 20</sup>

De eventuele afwijkingen die vroegtijdig worden opgespoord met de scan leiden meestal niet tot extra gezondheidswinst ten opzichte van de situatie waarin de scan pas zou zijn verricht bij de eerste ziektesymptomen. Daar-

naast worden er vaak slechts lichte afwijkingen gevonden (bijvoorbeeld een licht verhoogde bloeddruk of een dubieuze schaduw op een scan) en/of afwijkingen die later in het reguliere medische circuit geen betekenis blijken te hebben.

De gezondheidswinst van de *health checks* is, met andere woorden, zeer beperkt. Ze kunnen echter wél tot ongerustheid bij de onderzochte personen leiden en tot nader onderzoek naar wat ‘foutpositieve’ bevindingen blijken te zijn. Daarmee wordt het reguliere medische circuit dan onnodig belast en ontstaat mogelijk gezondheidsschade voor het betrokken individu.

Vergelijkbare bezwaren kleven aan de zogenoemde PSA-test die wordt gebruikt om bij mannen prostaatkanker vroegtijdig op te sporen aan de hand van de aanwezigheid van ‘prostaatspecifiek antigeen’ (PSA). Deze test kan geen goed onderscheid maken tussen zieken en niet-zieken, omdat een verhoogde PSA-waarde ook andere oorzaken kan hebben dan prostaatkanker. Andersom is bij een normale PSA-waarde prostaatkanker niet met zekerheid uit te sluiten. Het gevolg is dat er vaak extra diagnostische tests nodig zijn om meer zekerheid te krijgen – tests waaraan risico’s verbonden zijn, zoals puncties. Hierbij kunnen tumoren worden gevonden die, als ze niet waren ontdekt, nooit ernstige symptomen zouden hebben gegeven, maar die wel ongerustheid teweegbrengen of leiden tot overbehandeling. Zie voor een nadere analyse van deze casus het bij dit advies behorende achtergronddocument ‘PSA-test voor vroege opsporing van prostaatkanker’.



Van overtesten (en dus van ongewenste medicalisering) is ook sprake in andere situaties, bijvoorbeeld wanneer – mogelijk dure – diagnostische methoden worden ingezet zonder dat er duidelijke signalen zijn die wijzen in de richting van een specifieke aandoening. Een voorbeeld hiervan is de MRI-scan die menigmaal door artsen wordt aangevraagd wanneer een patiënt specifieke rug- en/of knieklachten heeft. Dat deze diagnostische methode geen duidelijke meerwaarde heeft blijkt onder andere uit onderzoek van Van Tulder (2013).<sup>63</sup> Afwijkingen die uit een MRI-scan naar voren komen houden vaak geen verband met de rugklachten die iemand heeft.

## 2.4 Overdiagnose

*Van overdiagnose is sprake wanneer met een diagnostische test bij iemand een ziekte of aandoening wordt vastgesteld die niet tot hinderlijke symptomen leidt en/of waarvoor geen behandeling bestaat die gezondheidswinst zou opleveren.*

Verschillende van de hiervoor besproken mechanismen kunnen leiden tot overdiagnose:

- Bij het definiëren van nieuwe ziekten ontstaat soms een nieuwe groep patiënten voor wie de ziektediagnose geen gezondheidswinst brengt. Overdiagnose is dan het gevolg. Dit doet zich bijvoorbeeld voor bij het problematiseren van zwangerschap, geboorte, menstruatie, menopauze en rouw (zie § 2.1).
- Ook het aanpassen van afkapwaarden, waardoor meer mensen onder

een ziekte definitie komen te vallen, kan leiden tot overdiagnose. Dit is aan de orde wanneer het verlagen van de drempel voor behandeling geen extra gezondheidswinst (meer) oplevert (zie § 2.2).

- Het uitvoeren van een test met een twijfelachtige diagnostische waarde (zoals een MRI-scan bij rugpijn) kan eveneens leiden tot een diagnose die de patiënt niet helpt (zie § 2.3).

Daarnaast kan overdiagnose aan de orde zijn wanneer bij het gebruik van geavanceerde beeldvormende technieken (met een hogere resolutie) nieuwe details aan het licht komen, zonder dat duidelijk is of dit gezondheidswinst oplevert. Deze vorm van overdiagnose is bijvoorbeeld aan de orde bij de inzet van geavanceerde CT-scanttechnologie die ook heel kleine longembolieën zichtbaar maakt. Technologisch gezien is hier sprake van een innovatie, maar of de aldus ontdekte mini-embolieën ooit tot problemen zouden hebben geleid, is twijfelachtig. Deze casus wordt nader beschreven in het bij dit advies behorende achtergronddocument ‘Geavanceerde CT-scanttechnologie voor het herkennen van longembolie’.

## 2.5 Overbehandeling

*Van overbehandeling is sprake wanneer een ziekte of aandoening wordt behandeld zonder dat dit tot gezondheidswinst leidt. Ook wanneer een behandeling wordt gegeven die ‘agressiever’ of ingrijpender is dan nodig, spreken we van overbehandeling en dus van ongewenste medicalisering.*



Een voorbeeld van een behandeling die zinloos is, is het gebruik van antibiotica bij een verdenking op virale infecties. Antibiotica zijn immers alleen effectief tegen bacteriën en niet tegen virussen.

Ook de in § 2.1 aangehaalde casus waarin maagzuurremmers worden voorgeschreven aan zuigelingen met reflux, vormt een voorbeeld van overbehandeling. Er is in de afgelopen twee decennia bij een steeds grotere groep zuigelingen een (proef)behandeling gestart met maagzuurremmers, hoewel er nauwelijks bewijs is van de baten en er weinig bekend is over eventuele bijwerkingen bij zuigelingen. De behandeling is excessief ten opzichte van alternatieve behandelingen (in dit geval: ‘actief afwachten’). Zie voor meer informatie over dit onderwerp ook hoofdstuk 3 en het bij dit advies behorende achtergronddocument ‘Maagzuurremmers

voor zuigelingen met reflux(ziekte)’.

Andere voorbeelden van behandelingen waarvoor geldt dat er nauwelijks bewijs beschikbaar is van de baten, zijn onder meer:

- het verwijderen van de neusamandelen bij kinderen met een terugkerende bovenste luchtweginfectie (zonder keelontsteking);
- het inbrengen van oorbuisjes bij terugkerende oorontstekingen;
- arthroscopie (kijkoperatie in het gewricht) bij lichte meniscusklachten.

## 2.6 Casussen

De vijf casussen die de commissie nader heeft bestudeerd voor dit advies zijn zo gekozen dat alle onderscheiden vormen van medicalisering erin kunnen worden herkend.

### Vormen van medicalisering die in de casussen worden onderzocht<sup>a</sup>

| Vorm van medicalisering \ Casus                                 | Cholesterolverlagers voor iedereen | Maagzuurremmers voor baby's met reflux | Hormoontherapie in postmenopauze | Geavanceerde scan op longembolie | PSA-test voor prostaatkanker |
|---|------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Definiëren van nieuwe ziekten / verruimen van ziekte-definities |                                    | x                                      | •                                |                                  |                              |
| Ongewenste indicatieverruiming                                  | •                                  |  |                                  |                                  | x                            |
| Overtesten  | x                                  |  |                                  |                                  | •                            |
| Overdiagnose  | x                                  | x                                      | x                                | •                                | x                            |
| Overbehandeling   | x                                  | •                                      | x                                | x                                | x                            |

<sup>a</sup> Een rondje geeft de hoofdvorm van medicalisering aan in de betreffende casus; een kruisje welke overige vormen er verder een rol in spelen.



In de tabel hierboven is met een rondje weergegeven welke (hoofd)vorm van medicalisering de betreffende casus illustreert, en met een kruisje welke overige vormen er verder een rol in spelen.

Enkele van de bestudeerde casussen maken duidelijk dat de grens die markeert waar gewenste medicalisering overgaat in ongewenste medicalisering vaak moeilijk is te trekken. Over sommige van de hierboven vermelde casussen bestaat zodoende geen consensus als het gaat om de vraag of de medicalisering die ermee wordt geïllustreerd als ongewenst moet worden beschouwd.

### 2.7 Samenvattend beeld

De in dit hoofdstuk beschreven voorbeelden maken duidelijk dat er uiteenlopende situaties zijn waarin meer medische zorg wordt geleverd dan nodig. Ongewenste medicalisering manifesteert zich, met andere woorden, op verschillende manieren en kan voortkomen uit verschillende mechanismen. De hier besproken vormen van ongewenste medicalisering kunnen tegelijkertijd niet los van elkaar worden gezien. De ene vorm van medicalisering leidt immers vaak tot de andere: uitbreiding van ziekte-definities kan aanleiding geven tot overtesten; het verruimen van indicaties en overtesten kunnen vervolgens leiden tot overdiagnose en uiteindelijk resulteren in overbehandeling.

Vormen van ongewenste medicalisering die als het ware aan het begin van het traject van gezond naar ziek staan kunnen andere vormen van ‘meer zorg dan nodig’ in de hand werken, waarbij overbehandeling de rij sluit.

Figuur 1 **Verschijningsvormen van ongewenste medicalisering**

Ongewenste medicalisering kan optreden door:

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1 Uitbreiding van ziekte-definities</b><br/>                 waardoor mensen eerder een ‘ziektelabel’ krijgen</p>           | <p><i>Hormoontherapie in de menopauze</i></p>           |
| <p><b>2 Verruiming van behandelindicatie</b><br/>                 Waardoor een groter aantal mensen ervoor in aanmerking komt</p> | <p><i>Cholesterolverlagers voor bijna iedereen</i></p>  |
| <p><b>3 Overtesten</b><br/>                 Testen zonder verdenking op ziekte</p>  | <p><i>Total bodyscan</i></p>                          |
| <p><b>4 Overdiagnose</b><br/>                 Diagnostiseren van een ongevaarlijke aandoening</p>                                 | <p><i>Vaststellen van onschuldige tumoren</i></p>     |
| <p><b>5 Overbehandeling</b><br/>                 Behandeling zonder gezondheidswinst</p>  | <p><i>Maagzuurremmers bij zuigelingen</i></p>         |



# 03 ongewenste medicalisering in de praktijk



**In dit hoofdstuk bespreekt de commissie de mechanismen en factoren die kunnen leiden tot medicalisering en de rol die verschillende partijen daarbij spelen. In de huidige samenleving, zo laat dit hoofdstuk zien, dragen zowel de burger/patiënt, de arts als de medische industrie bij aan het proces van ongewenste medicalisering (§ 3.1). Maar ook het overheidsbeleid op het gebied van de zorg is van invloed (§ 3.2). Tegelijkertijd wordt het proces van medicalisering versterkt door de vergaande digitalisering van de samenleving, met name de rol van internet en sociale media (§ 3.3). In een samenvattend beeld laat de commissie zien dat arts, patiënt, en medische industrie een cirkel van belangen vormen die in elkaars verlengde liggen. Deze cirkel is lastig te doorbreken, zeker in het grijze gebied van klachten en aandoeningen waarover nog niet veel met zekerheid bekend is (§ 3.4).**

### **3.1 Wisselwerking tussen patiënt, arts en medische industrie**

#### **3.1.1 Rol van de (potentiële) patiënt**

De commissie is om te beginnen nagegaan welke rol de (potentiële) patiënt speelt in het ontstaan van ongewenste medicalisering.

##### *Ongerustheid*

Er zijn aanwijzingen dat mensen zich in toenemende mate zorgen maken over hun gezondheid. Hieraan refereert het begrip ‘health anxiety’ dat

onlangs in het medisch vakblad *The BMJ* werd geïntroduceerd:<sup>21</sup> een voortdurende preoccupatie met gezondheid en de angst om iets onder de leden te hebben. Deze preoccupatie wordt in belangrijke mate gevoed door traditionele en sociale media. Nieuwsberichten over medische aandoeningen waarover nog niet zoveel met zekerheid bekend is wekken niet zelden verontrusting bij delen van het publiek. Via internetforums en sociale media kan deze verontrusting al snel uitgroeien tot angst onder grote groepen mensen (zie ook § 3.2.2).

Ook het door Ulrich Beck geïntroduceerde idee van de ‘risicosamenleving’ is in dit verband relevant. Volgens Beck neemt het gevoel van risico en onzekerheid in de samenleving toe, niet omdat we weinig weten, maar juist omdat we steeds meer weten. Deze onzekerheid strekt zich ook uit tot de gezondheid.<sup>32</sup>

Soms wordt deze angst en onzekerheid bewust aangewakkerd door belanghebbende commerciële partijen zoals farmaciebedrijven. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de Verenigde Staten (VS), waar – anders dan in Nederland – ‘direct-to-consumer’ marketing van geneesmiddelen niet verboden is. Hoe dit mechanisme werkt is te zien in de casus ‘Maagzuurremmers voor zuigelingen met refluxziekte’ (zie kader), die is uitgewerkt in één van de achtergronddocumenten behorend bij dit advies.

Het feit dat mensen het moeilijk vinden zich een goed beeld te vormen van de grootte van een risico speelt een rol bij de bezorgdheid die zij hebben.<sup>22</sup> De casus over screening op prostaatkanker die voor dit advies eveneens in een achtergronddocument is uitgewerkt, illustreert dit. Het





### Onrust over refluxziekte

Bij gezonde zuigelingen vloeit verschillende keren per dag de maaginhoud terug de slokdarm in. Dit is een natuurlijk proces dat *reflux* wordt genoemd. Het is een manier om ingeslikte lucht uit de maag te laten ontsnappen, bijvoorbeeld bij een boer. Reflux kan leiden tot klachten zoals spugen, prikkelbaarheid, overmatig huilen en weigeren van voedsel. In een klein deel van de gevallen kan door het terugstromen van maagzuur in de slokdarm de slokdarm ontstoken raken. In dat geval spreekt men van *refluxziekte*. Meestal zijn de klachten bij zuigelingen echter van voorbijgaande aard en worden ze niet veroorzaakt door een beschadiging van de slokdarm.

Met de opkomst van sociale media aan het begin van deze eeuw kwam er vrij plotseling een grote informatiestroom op gang over reflux. Blogs en forums gericht op jonge ouders schreven regelmatig over reflux(ziekte) bij zuigelingen. De informatie was niet altijd even objectief. Dramatische ervaringen stonden veelal centraal, wat de angst onder jonge ouders deed toenemen. Zij werden via blogs aangespoord om met hun pasgeborene naar de huisarts te gaan en voet bij stuk te houden, want “diagnoses komen soms te laat”.

De rol van de farmaceutische industrie moet hierbij niet worden onderschat. In de VS is het verschijnsel door medicijnfabrikanten bewust geëtiketteerd als een medische aandoening die met maagzuurremmende medicijnen kon worden verholpen. Sindsdien is de diagnose refluxziekte in toenemende mate gesteld. Ook het toedienen van maagzuurremmers aan zuigelingen is significant toegenomen, terwijl de effectiviteit van deze medicijnen bij zuigelingen niet is bewezen.

feitelijke risico om aan prostaatkanker te overlijden is beperkt. Toch is de angst voor deze ziekte onder oudere mannen groot. Dit valt af te lezen aan het groeiende aantal tests dat de afgelopen jaren is uitgevoerd op prostaat-specifiek antigeen (PSA) in het bloed. De test is niet waterdicht: in sommige gevallen wordt prostaatkanker niet gedetecteerd. In andere gevallen wordt vals alarm gegeven, waardoor nader (ingrijpender) onderzoek nodig is. Op zijn beurt kan dat weer leiden tot (te) ingrijpende behandelingen.

Deze stapeling van onnodige medische interventies ontstaat ook doordat veel mensen te hoge verwachtingen hebben van wat preventieve tests aan zekerheid kunnen bieden. Dit verwachtingspatroon speelt meer in het algemeen een rol bij het ontstaan van ongewenste medicalisering.

### *(Te) hoge verwachtingen van de zorg*

Door de groeiende medische mogelijkheden hebben steeds meer mensen het idee dat in principe elke klacht behandelbaar is en elke ziekte te voorkomen. Zij hebben een te hoog verwachtingspatroon van de medische wereld, dat soms lijkt te culmineren in een irreëel gezondheidsideaal.<sup>6</sup>

Dit laatste speelt in de casus rond de aandoening reflux een belangrijke rol. Ouders hebben een geïdealiseerd beeld van wat hun kind ‘normaal gesproken’ zou moeten zijn: een gezonde baby die niet veel hoeft te huilen. Vanuit dit ideaalbeeld gaan zij op zoek naar oplossingen voor klachten, ook als die fysiologisch en van voorbijgaande aard zijn. Dat medische interventies ook *niet* succesvol kunnen zijn en soms zelfs ongewenste effecten kunnen hebben, wordt niet meegewogen.

Irrationele verwachtingen kunnen tot ongewenste medicalisering leiden wanneer de arts meegaat in de wensen van de patiënt en bijvoorbeeld een niet bewezen effectieve behandeling instelt, uitsluitend om hem of haar gerust te stellen (zie ook § 3.1.2).

### 3.1.2 Rol van de medische professional

Ook de manier waarop medische professionals hun taak invullen kan ongewenste medicalisering in de hand werken. De commissie signaleert in dit verband een tweetal mechanismen.

#### *Focus op (be)handelen*

Medische professionals zijn over het algemeen gericht op het behandelen





van een aandoening. Dit geldt voor huisartsen, maar vooral voor medisch specialisten.<sup>23,24</sup> De geneigdheid tot handelen en behandelen is voor een deel verbonden met de medische traditie, die nu eenmaal draait om het vaststellen en genezen van ziekten. ‘Niets doen’ heeft een negatieve connotatie, ook in de medische opleiding. Risico’s, hoe klein ook, worden gezien als zaken die moeten worden beheerst. Daar komt bij dat door de steeds toenemende kennis over ziekterisico’s (denk aan de kennis uit de genetica) de geneeskunde zich sterk uitbreidt in de richting van het behandelen van niet alleen ziekten maar ook het risico op ziekten.

Voor een ander deel kan de (be)handelingsgerichtheid voortkomen uit de behoefte van een arts om de goede relatie met de patiënt in stand te houden, de patiënt gerust te stellen en hoop te bieden. Dit verschijnsel is bijvoorbeeld waarneembaar in de hiervoor aangehaalde casus ‘Maagzuurremmers voor zuigelingen met refluxziekte’. Er zijn daar specifieke klachten in het spel, zoals spugen en huilen na de voeding, die ook voorkomen bij gezonde zuigelingen en bij andere ziektebeelden. Een arts zou ervoor kunnen kiezen het verloop van de klachten na goede uitleg aan te zien, en het te verwachten spontane herstel af te wachten. Maar in de praktijk wordt vaak meteen een behandeling ingezet, omdat de arts tegemoet wil komen aan de wens van de ongeruste ouders om het ontroostbaar huilende kind te helpen. Het gevolg van de focus op (be)handelen is dat artsen in tal van situaties geneigd zijn om iets te doen: diagnostiek in te zetten of te besluiten tot een interventie.

### *De rol van richtlijnen*

Artsen maken bij hun besluitvorming over het inzetten van behandelingen gebruik van professionele richtlijnen: aanbevelingen voor de aanpak van bepaalde klachten en ziekten, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en op expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.<sup>25</sup> Deze richtlijnen kunnen medicalisering tegengaan: ze zullen over het algemeen handelwijzen aanbevelen waarvan is aangetoond dat die tot gezondheidswinst leiden. Als er onvoldoende onderbouwing is voor het aanwijzen van één bepaalde voorkeurshandelwijze, wordt in richtlijnen veelal toch een (‘expert based’) advies gegeven. Belangrijk is dan wel dat duidelijk is vermeld dat de onderbouwing voor de bepleite keuze ontbreekt of zwak is. Wanneer dat in een richtlijn *niet* wordt vermeld, kan het opnemen van een advies ongewenste medicalisering juist bevorderen. Dat risico bestaat ook wanneer de onderbouwing van de keuze voor een bepaalde behandeling gekleurd is (*biased*), bijvoorbeeld doordat er bij de richtlijnontwikkelaars sprake is van belangenverstremming. De mate waarin richtlijnen *evidence based* zijn, is dus van belang voor de rol die ze kunnen spelen bij het tegengaan van ongewenste medicalisering. Datzelfde geldt voor andere publicaties waarin richtlijnontwikkelaars hun adviezen naar buiten brengen, zoals *reviews* en *editorials*, interviews in de media en dergelijke.<sup>26</sup> Richtlijnen die op preventie gericht zijn kunnen een aanzienlijke ‘medicaliserende’ werking hebben, omdat ze betrekking hebben op grote aantallen mensen. Iedere aanpassing van de richtlijn heeft daardoor getalsmatig



grote gevolgen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de richtlijnen voor de preventie van hart- en vaatziekten. De aanbevelingen voor de behandeling van een verhoogd cholesterolgehalte die hiervan deel uitmaken, zijn de afgelopen decennia verschillende keren bijgesteld. Veel kritiek is er steeds geweest op het feit dat al deze bijstellingen van de richtlijn ertoe leiden dat steeds meer mensen in aanmerking komen voor behandeling (zie de casus ‘Cholesterolverlagers voor iedereen?’, die is uitgewerkt in één van de achtergronddocumenten bij dit advies). Kritiek is er ook op de rol van de farmaceutische industrie in dit proces. Onder medische professionals is er op sommige punten geen overeenstemming over wat de optimale handelwijze is.

#### Cholesterolrichtlijnen: steeds meer mensen ‘ziek’

Een hoog cholesterolgehalte is een risicofactor voor het krijgen van een hart- of vaatziekte. Artsen kunnen om die reden cholesterolverlagers voorschrijven. De medische richtlijnen die hiervoor aanbevelingen geven vertonen internationaal aanzienlijke verschillen.

In de jaren negentig werd in de VS bepleit om de afkapwaarde voor cholesterol als indicatie voor behandeling met cholesterolverlagers naar beneden bij te stellen. Er werd aanvankelijk amper stilgestaan bij de grote groei van het aantal mensen dat dan in aanmerking zou komen voor behandeling. Schwartz & Woloshin (1999) stonden daar wél expliciet bij stil. Zij stelden vast dat door de nieuwe richtlijnen, die ook betrekking hadden op bloeddruk en bloedsuiker, 75% van de Amerikaanse bevolking ziek genoemd zou moeten worden.

Vergelijkbare ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in Europa, ook in Nederland. De Nederlandse richtlijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterolgehalte is in de afgelopen twintig jaar drie keer aangepast. Gevolg: ook hier komen steeds grotere groepen in aanmerking voor een behandeling met cholesterolverlagende medicijnen. Kok e.a. berekenden in 2009 de gevolgen van het toepassen van de cholesterolrichtlijn van 2006: 465.000 extra te behandelen mensen in de leeftijd 30 tot 69 jaar, 600.000 in de leeftijd 70 tot 79 jaar en 450.000 in de leeftijd 80plus. Hoewel er op groepsniveau gezondheidswinst zal zijn, wordt het aantal mensen dat moet worden behandeld om één geval van ziekte te voorkomen (*number needed to treat*) zo groot, dat het toch de vraag is of dat wenselijk is.

Voor de referenties zie achtergronddocument Cholesterolverlagers voor iedereen?

### 3.1.3 Rol van nieuwe technologie en de medische industrie

Diverse private partijen spelen een rol in het ontstaan van ongewenste medicalisering: medicijnfabrikanten, producenten van medische apparatuur en tegenwoordig ook de aanbieders van *health checks* en *total body scans*.

#### *Berichtgeving farmaceutische industrie over ‘nieuwe ziekten’*

De farmaceutische industrie heeft commercieel belang bij een groot-schalig gebruik van medicijnen. De methoden die medicijnfabrikanten inzetten om de verkoop te bevorderen kunnen bijdragen aan ongewenste medicalisering.

De farmaceutische industrie speelt om te beginnen vaak een rol bij het definiëren en uitbreiden van ziekte-definities, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De hiervoor besproken casus over maagzuurremmers voor zuigelingen laat zien hoe dit mechanisme in de praktijk werkt. Farmaceutische bedrijven in de VS introduceerden eind jaren negentig de term ‘zure reflux’ in reclamespotjes voor maagzuurremmers. De ernst van de symptomen van reflux werd daarmee overdreven. Het normale fysiologische verschijnsel reflux (zie het kader in § 3.1.2) werd geassocieerd met ‘zuur’ (gevaar!). Het gevolg was dat steeds meer ouders de conclusie trokken dat hun zuigeling een zuurremmend medicijn nodig had om het verschijnsel tegen te gaan. De verkoop van maagzuurremmers voor zuigelingen in de VS verzeenvoedigde in korte tijd.



Ook een andere casus die in het kader van dit advies is uitgewerkt in een achtergronddocument, illustreert de rol van de farmaceutische industrie bij het ontstaan van ongewenste medicalisering. In deze casus draait het om het voorschrijven van hormoonpreparaten aan vrouwen in de fysiologische postmenopauze (de 'overgang' en daarna; zie kader). Ook hier is te zien dat de farmaceutische industrie, om een geneesmiddel grootschalig op de markt te kunnen brengen, welbewust de grenzen oprekt van wat tot het domein van de behandelbare ziekten behoort.

#### Hormoontherapie voor vrouwen in de (post)menopauze

In de jaren tachtig en negentig verkondigde de farmaceutische industrie in Nederland dat vrouwen in de overgang systematisch het hormoon oestrogeen (soms combinatie met progestageen) moesten gebruiken. Dit advies kwam overgewaaid uit de VS, waar al in de jaren zeventig hormoonproducten werden aangeprezen als middel tot behoud van 'feminine youthfulness'.

De hormoontherapie (suggestief 'hormonale suppletietherapie' genoemd) zou werken tegen opvliegers, slapeloosheid en leeftijdgerelateerd verlies van botmassa (osteoporose). Het natuurlijke overgangsproces dat alle gezonde vrouwen doormaken werd aldus geëtiketteerd als een ziekte. En met succes: het gebruik van hormoontherapie nam vanaf eind jaren tachtig toe. In de periode 1994-2001 steeg het aantal afgeleverde dagdoseringen hormoontherapie in Nederland van ruim 66 miljoen tot ruim 84 miljoen.

Onderzoek heeft sindsdien de effectiviteit van de hormoontherapie niet kunnen aantonen. Wel zijn ernstige bijwerkingen aan het licht gekomen: een verhoogd risico op hartinfarct, beroerte en borstkanker.

#### *Te rooskleurig beeld van effectiviteit medicijn bij introductie door fabrikant*

De manier waarop het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van geneesmiddelen wordt gepresenteerd, kan ertoe leiden dat een te rooskleurig beeld ontstaat. De farmaceutische industrie draagt hieraan bij de

introductie van geneesmiddelen op verschillende manieren bij. Vaak gaat het om de volgende mechanismen:

- Alleen positieve resultaten worden gepubliceerd; studies met negatieve resultaten worden niet bekend gemaakt.
- Negatieve effecten en bijwerkingen worden genegeerd of pas in een laat stadium erkend.
- Er worden studies verricht in groepen (relatief jonge patiënten zonder comorbiditeit) die maar in beperkte mate representatief zijn voor degenen voor wie het middel bedoeld is.
- Er is geen onderbouwde vergelijking gemaakt met het best beschikbare middel.
- Over de effecten op lange termijn wordt nauwelijks informatie verstrekt.

De vertekende beeldvorming die aldus ontstaat werkt ongewenste medicalisering in de hand: het voorschrijven van geneesmiddelen die niet of nauwelijks tot gezondheidswinst leiden, of zelfs tot schade. Ernstig is bovendien dat de onderliggende data niet of slechts onder strikte voorwaarden toegankelijk zijn voor onafhankelijke onderzoekers.

#### *Nieuwe technologische mogelijkheden*

Technologische ontwikkelingen leiden tot een voortdurend aanbod van nieuwe diagnostische tests, nieuwe beeldvormende apparatuur en nieuwe behandelingen met behulp van naast het bed geplaatste of in/op het lichaam aangebrachte 'devices'. Net als bij nieuwe geneesmiddelen geldt



ook voor deze categorie van innovaties dat de fabrikanten vaak geneigd zijn een te rooskleurig beeld te schetsen van nut en effectiviteit.

De mogelijkheden van nieuwe geavanceerde apparatuur kunnen weliswaar spectaculair zijn, maar dat wil nog niet zeggen dat ze ook gezondheidswinst opleveren. Steeds betere beeldvorming bijvoorbeeld, biedt letterlijk een gedetailleerder beeld van de binnenkant van een mens. Maar wordt daarmee ook een medisch probleem opgelost? De hiervoor al even aangehaalde casus rond het herkennen van longembolie laat zien dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn. Met de nieuwste CT-scanttechnologie die sinds midden jaren negentig bestaat, worden kleinere longembolieën gevonden (zie onderstaand kader). Omdat zulke kleine embolieën voorheen over het hoofd werden gezien, is nog onvoldoende bekend of ze ‘gevaarlijk’ zijn. De onzekerheid hierover heeft tot gevolg dat de artsen geneigd zullen zijn geen risico te nemen en een behandeling voor te stellen. Angst voor het maken van fouten, al dan niet met het oog op

#### Scherpere beelden, nieuwe dilemma's: 'subsegmentale' longembolieën

Een longembolie is een ernstige aandoening. Als medische hulp te laat komt, is er een grote kans dat de patiënt komt te overlijden. De verschijnselen ontstaan doordat een bloedstolsel een slagader in de longen afsluit. Als een longembolie op tijd wordt ontdekt, is zij goed te behandelen. Een tijdige en juiste diagnose is dus letterlijk van levensbelang. Helaas is het moeilijk om de diagnose te stellen. Dit komt doordat de verschijnselen die een embolie veroorzaakt niet erg kenmerkend zijn en ook bij een ander ziektebeeld zouden kunnen passen. Uiteindelijk moet een foto die de embolie zichtbaar maakt uitsluitend bieden. In de jaren negentig werd een nieuwe beeldvormende techniek in de kliniek gebracht: de *CT-angiografie*. Deze techniek werd vervolgens nog verbeterd. Hierdoor konden veel meer details worden gezien dan voorheen. Ook kleine ('subsegmentale') longembolieën, die met de oude methoden onzichtbaar waren, kwamen in beeld. Daarmee deed het probleem zich voor dat onbekend was of die kleine embolieën ook echt gevaarlijk zijn en moesten worden behandeld. Er is nog steeds geen duidelijk antwoord op dit dilemma. Dat betekent dat de inzet van CT-angiografie tot een vorm van overbehandeling kan leiden.

mogelijke claims, speelt hierbij mogelijk een rol; er is dan sprake van 'defensive medicine'.

#### *Weinig drempels voor toelating en gebruik van nieuwe technologieën*

Dat nieuwe technologieën gemakkelijk tot ongewenste medicalisering leiden, hangt ook samen met het ontbreken van strenge regels voor de introductie. Terwijl de introductie van nieuwe geneesmiddelen strikt gereguleerd is, kan nieuwe apparatuur in diagnostiek en behandeling in de klinische praktijk worden ingevoerd zonder veel formele procedures.<sup>27,28</sup>

De drempel voor aanschaf is dus relatief laag. Kritische afweging van de mate waarin apparatuur daadwerkelijk zal bijdragen aan gezondheidswinst blijft daardoor gemakkelijk achterwege. Zo kunnen nieuwe technieken op de markt en in de kliniek komen die therapeutisch gezien nauwelijks meerwaarde hebben.

De beslissing om wel of niet bepaalde medische apparatuur aan te schaffen wordt veelal genomen op het directieniveau van een ziekenhuis. De aandacht gaat daar vooral uit naar de prijs en kwaliteit van de apparatuur en naar de wensen en verwachtingen van de professionals. Soms spelen ook concurrentieoverwegingen ten aanzien van andere ziekenhuizen een rol. Maar de therapeutische meerwaarde en doelmatigheid zijn *niet* altijd leidend.<sup>29</sup>

Veel ziekenhuizen sluiten vervolgens voor de aangeschafte medische apparatuur *all-inclusive*-contracten af. Dat leidt ertoe dat men zal proberen



de apparatuur zo breed mogelijk in te zetten. Het gevolg is dat de apparatuur ook wordt gebruikt voor onderzoeken en interventies waar zij geen of beperkte meerwaarde heeft. Een bekend voorbeeld hiervan is de Da Vinci-operatierobot, die een chirurg kan helpen om moeilijke ingrepen via een kijkoperatie te verrichten. In de praktijk wordt deze robot ruimer ingezet.<sup>30,31</sup>

Ook huisartsen beschikken tegenwoordig vaak over allerhande diagnostische apparatuur, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van ECG's en echo's. De ervaring leert dat het binnen handbereik hebben van dergelijke apparaten een arts in de verleiding brengt om ze voor een breder indicatiegebied toe te passen dan op grond van de richtlijnen wordt geadviseerd, ook als zijn/haar expertise om de resultaten goed te beoordelen onvoldoende is. Financiële prikkels die het gebruik van deze diagnostische mogelijkheden vergoeden of belonen werken dit verder in de hand.

#### *Aanbod van health checks en total body scans*

Tot de 'medische industrie' die een rol speelt in het ontstaan van medicalisering kunnen ook de private partijen worden gerekend die op steeds grotere schaal *health checks*, *total body scans* en dergelijke aanbieden. In § 2.3 zijn deze *health checks* al besproken als een voorbeeld van overtesten.

De Gezondheidsraad heeft er in een recent advies op gewezen dat van deze commerciële *health checks*, die niet onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) vallen, op bevolkingsniveau geen gezondheids-

winst te verwachten valt.<sup>19</sup> Er zijn echter wel risico's en nadelen aan verbonden, zoals overdiagnose (zie § 2.4).

## **3.2 Invloed van de overheid**

De overheid is verantwoordelijk voor de beleidskaders waarbinnen de interactie tussen medische professionals, patiënten en de medische industrie plaatsvindt. Het beleid op het terrein van de zorg blijkt in de praktijk prikkels te bevatten die ongewenste medicalisering bevorderen (§ 3.2.1). Tegelijkertijd blijken beleidsonderdelen die onnodige en niet-effectieve zorg zouden moeten voorkomen, niet altijd goed te werken (§ 3.2.2). De overheid heeft echter verschillende instrumenten die ze zou kunnen inzetten om ongewenste medicalisering te voorkomen (§ 3.2.3-3.2.4).

### **3.2.1 Prestatiegerichte bekostiging**

Van oudsher worden medisch specialisten die niet in loondienst werken betaald 'per verrichting'. Eenvoudig gezegd betekent dit: hoe meer medische behandelingen een arts uitvoert, hoe groter zijn of haar inkomsten zijn. Doordat artsen binnen dit financieringsmodel worden betaald voor wat ze doen en niet voor wat ze laten, wordt medicalisering in de hand gewerkt.

De introductie van de marktwerking in de gezondheidszorg in 2006 heeft deze prestatiegerichte bekostiging een extra impuls gegeven. En met de bekostiging van ziekenhuizen op basis van diagnosebehandelcombinaties





(DBC's) is het principe van 'productiebeloning' een nog nadrukkelijker onderdeel van het zorgstelsel geworden.

#### DBC's: zorgproductie centraal, geen beloning voor 'kijken en luisteren'

De DBC's, in 2012 vervangen door een geringer aantal DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie),<sup>33</sup> representeren de zorgactiviteiten die gemiddeld nodig zijn bij een specifieke zorgvraag. De budgettering van ziekenhuizen is gebaseerd op de inkoop door verzekeraars van aantallen DOT's en de tarieven die daarvoor door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn vastgesteld. Op hun beurt zijn de tarieven van de DOT's gebaseerd op de aantallen medische verrichtingen (plus personele en materiële kosten). De DOT's worden achteraf vastgesteld op basis van een opgave van de zorg die een ziekenhuis heeft geleverd. Het systeem is sterk gebaseerd op het medische bedrijf als leverancier van zorgproductie, in de vorm van verrichte handelingen. Er is nauwelijks een beloning voor 'kijken en luisteren', oftewel afwachten.

Uit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat de invoering van de op DBC's gebaseerde financiering heeft geleid tot een toename in het aantal medische verrichtingen.<sup>34</sup> Ook ten aanzien van huisartsen zijn er signalen dat sinds de introductie van de marktwerking in de zorg de (tot dan toe) gebruikelijke terughoudendheid bij behandelen onder druk staat.<sup>35</sup>

### 3.2.2 Concurrentie tussen zorgverzekeraars

Concurrentie tussen zorgverzekeraars, een ander belangrijk onderdeel van de marktwerking in het huidige zorgstelsel, zou in principe tegenwicht kunnen bieden aan onnodige en niet-effectieve zorg. Marktwerking in de zorg, onder 'regie' van de zorgverzekeraars, zou moeten leiden tot betere prijs-kwaliteitverhoudingen. In de praktijk wordt er echter beperkt op kwaliteit van zorg ingekocht door zorgverzekeraars.<sup>36,37</sup>

Daarnaast blijkt in de praktijk dat ook wanneer zorgverzekeraars wél kwaliteitscriteria hanteren, dit kan leiden tot onnodige behandelingen. Een voorbeeld hiervan vormt de eis die verzekeraars stellen bij de vergoeding van diabeteszorg om mensen met diabetes mellitus vier keer per jaar te controleren op hun bloedwaarden, ongeacht de ernst van de diabetes.

### 3.2.3 Samenstelling verzekerd basispakket

Eén van de instrumenten waarmee kan worden voorkomen dat er onnodige medische verrichtingen worden uitgevoerd, is de samenstelling van het verzekerde basispakket. De overheid bepaalt welke medische verrichtingen via de zorgpremies worden vergoed. Dit verzekerde pakket wordt regelmatig aangepast. Het Zorginstituut Nederland adviseert de overheid over de vaststelling van het verzekerde pakket en de bijstelling daarvan (de toelating van nieuwe behandelingen en geneesmiddelen).<sup>38</sup> Daarnaast licht het Zorginstituut Nederland regelmatig het verzekerde pakket systematisch door. Dat gebeurt volgens criteria die in 1991 door de commissie-Dunning zijn geformuleerd en waaraan recent in opdracht van onder andere het Zorginstituut Nederland een nadere invulling is gegeven onder de noemer 'gepaste zorg'.<sup>39</sup> Sinds enige jaren bestaat ook de mogelijkheid van een voorwaardelijke toelating van behandelingen en geneesmiddelen tot het verzekerde basispakket. In principe kan het 'pakketbeheer' zo een belangrijk instrument vormen om ongewenste medicalisering te voorkomen.



### 3.2.4 Financiering van onderzoek naar effectiviteit van medisch handelen

Om onnodige zorg te voorkomen is het van belang dat duidelijk is van welke medische behandelingen de effectiviteit vaststaat en van welke niet. De te behalen gezondheidswinst van medisch handelen dient waar mogelijk te berusten op uit wetenschappelijk onderzoek verkregen bewijs. Het produceren van zulk bewijs is sterk afhankelijk van financiering van onderzoek. Ook hier kan de overheid dus een rol vervullen. Zij is immers een belangrijke financier van wetenschappelijk onderzoek en heeft daarmee invloed op de onderzoeksagenda. De overheid kan zo bevorderen dat er tegenwicht wordt geboden aan de scheefgroei van kennis die het gevolg kan zijn van industriële sponsoring van onderzoek.<sup>40</sup> Ook zou de overheid eraan kunnen bijdragen dat kennis en gegevens waarop gezondheidsclaims berusten openbaar gemaakt worden, of in ieder geval toegankelijk voor onderzoekers.<sup>41</sup>

### 3.3 Invloed van de gedigitaliseerde samenleving

Ook de vergaande digitalisering van de Nederlandse samenleving is van invloed op het proces van medicalisering. Hoewel de effecten en gevolgen die dit op langere termijn zal hebben nog moeilijk zijn te overzien, signaleert de commissie dat op dit moment internet en sociale media een grote potentiële impact hebben. Hieronder schetst zij twee aspecten daarvan.

#### *Eerder dan nodig naar arts*

De grote hoeveelheid medische informatie die via internet en sociale media is te vinden heeft het algemene kennisniveau van de Nederlander over gezondheid en ziekte doen toenemen. Doordat steeds meer mensen op zoek gaan naar gezondheidsinformatie voordat ze naar de (huis)arts gaan, zijn patiënten doorgaans beter dan voorheen in staat hun klachten uit te leggen of zelfs een voorstel voor een oplossing te doen.<sup>42</sup> Dit bevordert de mogelijkheid tot gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*), waarbij arts en patiënt samen beslissingen nemen op basis van de beschikbare (wetenschappelijke) kennis, en waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om de verschillende behandelmogelijkheden – elk met eigen voor- en nadelen en risico's – tegen elkaar af te wegen.<sup>43-45</sup>

De brede beschikbaarheid van gezondheidsinformatie kan echter ook een tegenovergesteld effect hebben. Door de veelvuldige uitwisseling van ervaringen via internetforums en sociale media kan de onzekerheid en ongerustheid bij veel mensen toenemen, waardoor zij eerder dan nodig is naar de dokter gaan. Van invloed is hierbij ook de zelfdiagnostiek via internet, die steeds populairder wordt. Controle op de juistheid van resultaten ontbreekt in de regel, maar een foutpositieve uitslag vormt voor mensen vaak wel een reden voor onmiddellijke medische consultatie.

#### *Vraag naar overbodige interventies*

Een ander effect van de talloze mogelijkheden om medische informatie te vinden op internet en sociale media is een toenemende 'protoprofessiona-





lisering' van de patiënt:<sup>46</sup> steeds meer mensen maken zich het medisch perspectief en het vocabulaire van artsen eigen. Deze ontwikkeling kan ertoe bijdragen dat (potentiële) patiënten sneller bepaald gedrag als afwijkend gaan zien, daarover in medische termen gaan spreken met de arts én uitgesproken ideeën hebben over welke zorg ze willen ontvangen, ook al is deze niet geïndiceerd.

Ook het feit dat er tegenwoordig meer vergelijkende informatie op internet is te vinden over de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen kan van invloed zijn. Zulke vergelijkende informatie kan aanleiding geven tot een afnemend vertrouwen in de gezondheidszorg, waardoor men minder geneigd is dat wat de arts vertelt zonder meer aan te nemen of diens adviezen op te volgen.

Bijkomend probleem in dit verband is dat internetbronnen niet altijd even betrouwbaar zijn. Zo is internet ook een belangrijk kanaal voor *seeding*: een marketingtechniek waarmee commerciële boodschappen binnen bepaalde doelgroepen worden verspreid via *free publicity* in de vorm van redactionele aandacht. Ook alternatieve genezers en dergelijke maken hiervan gebruik.

### 3.4 Samenvattend beeld

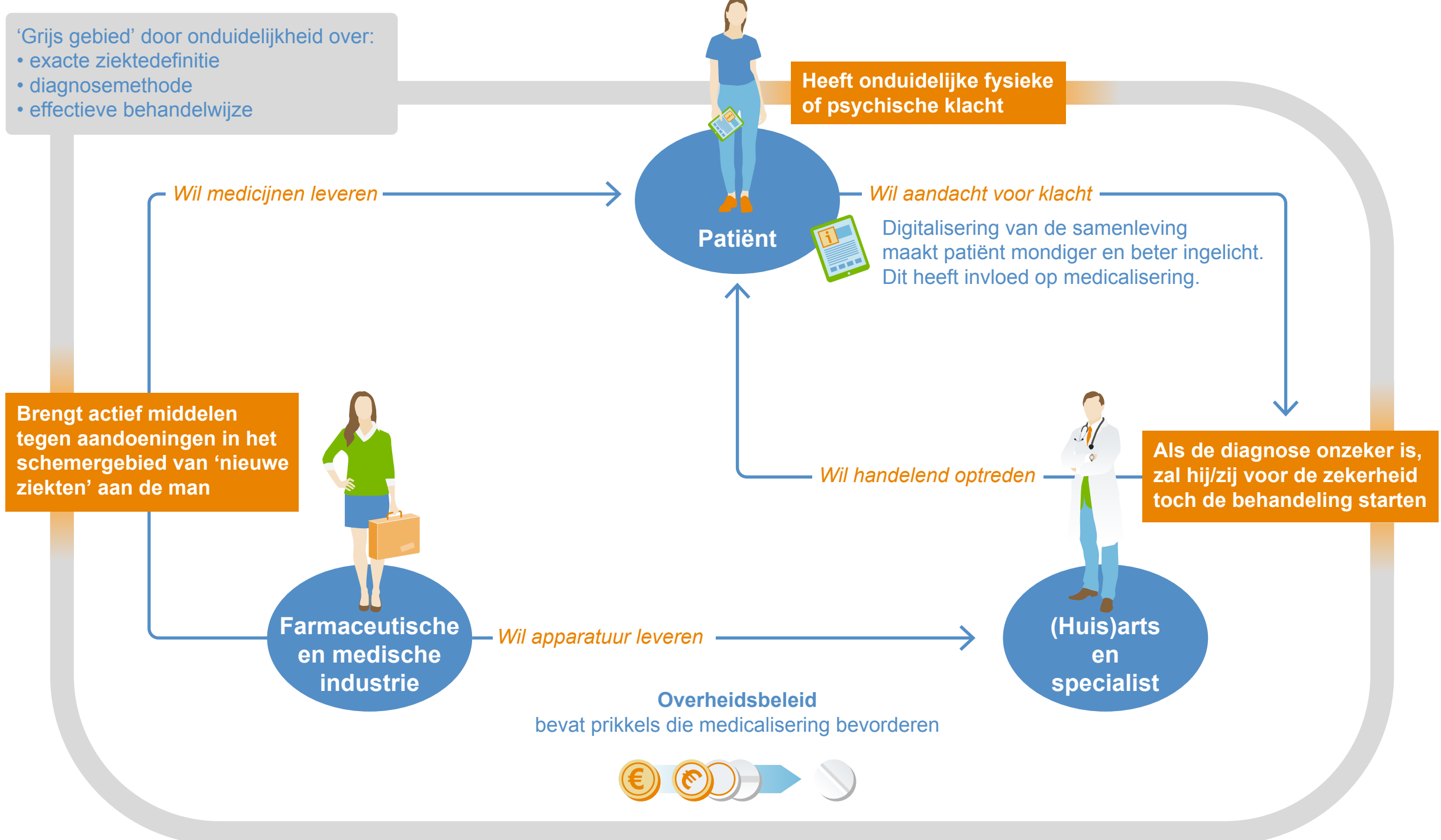
In dit hoofdstuk zijn de patronen en mechanismen geschetst die verklaren waardoor ongewenste medicalisering kan ontstaan en welke factoren en actoren zoal een rol vervullen bij de instandhouding van dit proces.

Belangrijke actoren zijn in de eerste plaats de (potentiële) patiënt, de medische professional en de medische industrie. Zij vormen als het ware een cirkel van belangen die in elkaars verlengde liggen: de (potentiële) patiënt verlangt aandacht voor zijn of haar klacht, de arts is geneigd waar mogelijk diagnostiek te verrichten of een behandeling in te zetten en de industrie streeft naar een maximale omzet van geneesmiddelen en apparatuur. Deze cirkel is lastig te doorbreken, zeker in het grijze gebied van klachten en aandoeningen waarover nog niet veel met zekerheid bekend is. Het op marktwerking in de zorg gerichte overheidsbeleid en de digitalisering van de samenleving vormen een context waarbinnen het proces van ongewenste medicalisering zich, vaak onbedoeld, gemakkelijk kan ontwikkelen.

In onderstaande figuur is de wisselwerking die in dit hoofdstuk is beschreven, samenvattend in beeld gebracht.



Figuur 2 Hoe ongewenste medicalisering ontstaat: belangen en patronen



# 04 discussie



In dit discussiehoofdstuk licht de commissie haar standpunt toe dat het uitgangspunt van medisch handelen altijd moet zijn dat er gezondheidswinst kan worden behaald (§ 4.1). Ook gaat de commissie in dit hoofdstuk in op de vragen van de minister van VWS. Haar vraag over de omvang en kosten van ongewenste medicalisering blijkt lastig te beantwoorden omdat hierover geen harde gegevens bestaan. De vraag van de minister over de mogelijkheden om ongewenste medicalisering te beperken beantwoordt de commissie met enkele concrete suggesties (§ 4.2).

#### 4.1 Uitgangspunt voor medisch handelen: te behalen gezondheidswinst

Vooruitgang van de geneeskunde leidt tot nieuwe medische mogelijkheden. Betere diagnostische tests maken het mogelijk om afwijkingen eerder op te sporen of preciezer waar te nemen. Nieuwe behandelingen of inzichten in ziekteprocessen bieden vandaag perspectief op genezing waar dat gisteren afwezig was. Deze voortgaande ontwikkeling brengt met zich mee dat grotere groepen mensen voor medische behandelingen in aanmerking komen, of dat medische middelen eerder respectievelijk intensiever worden ingezet. Omgekeerd kan voortschrijdend inzicht ertoe leiden dat medische behandelingen niet meer worden uitgevoerd of worden vervangen door minder belastende alternatieven. Uitgangspunt bij dit voortschrijdende proces zou altijd moeten zijn dat het medisch handelen tot gezondheidswinst leidt.

#### *Gezondheidswinst niet altijd strikt af te bakenen*

Een moeilijkheid bij het uitgangspunt dat medisch handelen moet leiden tot gezondheidswinst is dat niet altijd duidelijk is vast te stellen of een interventie werkelijk gezondheidswinst oplevert. Er kan bijvoorbeeld onduidelijkheid bestaan over de vraag of de gezondheidswinst opweegt tegen het *number needed to treat* (hoeveel mensen moeten worden behandeld om één geval van ziekte of sterfte te voorkomen?) of tegen de schadelijke effecten die er eveneens zijn (wat uitgedrukt kan worden als het *number needed to harm*).

Ook kan er een gebrek aan informatie zijn, bijvoorbeeld wanneer er geen goed vergelijkend onderzoek beschikbaar is. Dat kan komen doordat het om een onderdeel van de geneeskunde gaat waarin het (om ethische of praktische redenen) moeilijk is om scherpe vergelijkingen te maken. Ook zijn er tal van medische handelingen, zoals operatietechnieken, die al lang tot het geaccepteerde medische arsenaal behoren, maar die nooit in gerandomiseerde studies zijn geëvalueerd.

Onduidelijkheid over de gezondheidswinst die een bepaalde vernieuwing zal opleveren kan er ook zijn doordat er geen consensus is over hoe deze gezondheidswinst moet worden gemeten en geëvalueerd. Als er naast positieve gezondheidseffecten ook gezondheidsschade kan optreden moeten de positieve effecten worden afgewogen tegen de negatieve effecten. De vraag is dan: hoe ernstig moet de schade zijn ten opzichte van de winst, om van de behandeling af te zien? En ook: welk *number*



*needed to treat* respectievelijk *number needed to harm is* nog acceptabel? Daarnaast zijn er ook andere termen waarin gezondheidswinst kan worden uitgedrukt, bijvoorbeeld in termen van het aantal gewonnen levensjaren, al dan niet gecorrigeerd voor kwaliteit van leven (QALYs).

Het is duidelijk dat de keuzes en afwegingen die hierin worden gemaakt consequenties hebben voor de afbakening van medicalisering die ‘ongewenst’ genoemd zal worden. Het is niet goed mogelijk om dit scherp te begrenzen. Er is sprake van een glijdende schaal met aan de ene kant verrichtingen waarvan onomstotelijk vaststaat dat ze effectief en onmisbaar zijn, en aan de andere kant verrichtingen die zinloos of zelfs schadelijk zijn gebleken. In het midden bevindt zich een grijs gebied waarin de meerwaarde van bepaalde verrichtingen onduidelijk is. Of er sprake is van gezondheidswinst is twijfelachtig, maar bewijs van het tegenovergestelde ontbreekt. In dat grijze gebied is het risico op ongewenste medicalisering (meer zorg dan nodig) het grootst: testen en diagnostiek die geen gezondheidswinst opleveren, of behandelingen die uiteindelijk geen goed doen, of meer kwaad dan goed doen.

#### *Gezondheidswinst via activiteiten buiten het medische domein*

Verder dient te worden benadrukt dat gezondheidswinst ook kan worden behaald buiten het medische domein. In het bijzonder denkt de commissie hierbij aan meer beweging, gezonde voeding en leefstijlgerelateerde activiteiten. Dit aspect blijft in dit advies, dat zich voornamelijk richt op de

situatie waarin er een interactie plaatsvindt tussen een individu en (geneeskundig) behandelaar, buiten beschouwing.

#### *Andere criteria voor wenselijkheid van interventies*

Behalve gezondheidswinst zijn er uiteraard nog andere criteria aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of interventies gewenst zijn of niet. In het bijzonder geldt dat voor de kosten. Vanuit een maatschappelijk perspectief gaat het dan om de vraag: welke kosten heeft de samenleving over voor gezondheidswinst, bijvoorbeeld uitgedrukt als QALYs? Is een behandeling kosteneffectief?

Kostenoverwegingen spelen niet mee in het in dit advies gebruikte concept van (ongewenste) medicalisering, maar wel in het concept ‘gepaste’ zorg zoals dat onlangs mede in opdracht van het Zorginstituut Nederland is uitgewerkt (zie ook § 3.2.3).

## **4.2 Vragen van de minister**

### **4.2.1 Omvang en kosten van ongewenste medicalisering**

Er zijn geen harde gegevens over de mate waarin ongewenste medicalisering voorkomt. Voor een deel komt dat door het ontbreken van informatie en algemeen geaccepteerde methoden om gezondheidswinst vast te stellen en te meten. Voor een ander deel ligt dat aan het feit dat medicalisering tot stand komt in een interactie tussen een hulpzoeker en een hulpverlener die zich grotendeels aan het oog van een onderzoeker



onttrekt. Uit macrocijfers die worden verzameld over zorggebruik zijn soms wel signalen af te leiden dat een bepaalde behandeling sterk in volume toeneemt. Maar meestal kunnen daaruit niet direct conclusies worden getrokken.

Om toch inzicht te krijgen in ongewenste medicalisering heeft de commissie een aantal casussen nader uitgewerkt. Twee van deze casussen, ‘Hormoontherapie voor vrouwen in de postmenopauze’ en ‘Maagzuurremmers voor zuigelingen met reflux(ziekte)’, laten duidelijk zien dat medicalisering te ver kan doorschieten. Vrouwen en zuigelingen worden in deze casussen ten onrechte als patiënt behandeld, waarbij de gezondheidswinst niet opweegt tegen de nadelige effecten.

De overige casussen illustreren echter hoe lastig het kan zijn om duidelijke grenzen te stellen. De casus ‘Geavanceerde CT-scanttechnologie voor het herkennen van longembolie’ bijvoorbeeld, betreft een nieuwe diagnostische mogelijkheid waarvan de voordelen nog onvoldoende bekend zijn. Een andere situatie speelt in de casus ‘Cholesterolverlagers voor iedereen?’ Het voorschrijven van cholesterolverlagers aan steeds grotere groepen mensen lijkt nog steeds gezondheidswinst op te leveren, maar vanaf welk punt deze vorm van medicalisering ongewenst wordt is onderwerp van heftige discussie, ook onder experts. In deze laatste casus is er duidelijke sprake van een doorgaande aanzienlijke groei in het zorgvolume. Wat de baten zijn van medicalisering is in principe duidelijk. Zuiver vanuit medisch perspectief is dat het behalen van ‘netto’ gezondheidswinst.

Deze gezondheidswinst kan vervolgens ook economische voordelen brengen, zoals minder arbeidsongeschiktheid, of een grotere arbeidsproductiviteit.

De prijs van een groter volume aan medische interventies is dan een goede investering. Wanneer de balans doorslaat naar ongewenste medicalisering, zijn zulke uitgaven *niet* goed besteed.

#### 4.2.2 Mogelijkheden om ongewenste medicalisering te beperken

##### *Demedicalisering*

Met het toenemen van de ervaring met nieuw geïntroduceerde behandelwijzen kan op grond van verzamelde evidence het inzicht doordringen dat er niet of nauwelijks sprake is van gezondheidswinst. Dit kan er vervolgens toe leiden dat een behandelwijze weer wordt verlaten en/of wordt vervangen door een andere behandelwijze. Technologische vernieuwing heeft zo beschouwd een ‘levenscyclus’ waarbij ook ‘demedicalisering’ kan optreden. Zo werd ooit een maagzweer behandeld met ziekenhuisopname en zes weken bedrust. En de ingrijpende behandelingen voor borstkanker die voorheen standaard werden ingezet (radicale mastectomie met verwijdering van de onderliggende spieren) zijn inmiddels vervangen door een borstsparende operatie, terwijl een afwachtend beleid bij gelokaliseerde prostaatkanker (‘watchful waiting’) tegenwoordig ook een behandeloptie is.

Daar staat tegenover dat het soms lang kan duren voordat bepaalde





behandelingen of diagnostische procedures uit het medisch repertoire verdwijnen, ook al is er bewijs voorhanden dat ze weinig of geen toegevoegde waarde hebben. Ingeslepen patronen hebben de neiging te persisteren (zie ook § 4.2). Daar komt bij dat van een aanzienlijk deel van de medische verrichtingen die tot de dagelijkse praktijk behoren, nooit is onderzocht of ze werkelijk effectief zijn.

#### Demedicaliseringscampagnes

In de VS is in 2012 een demedicaliseringscampagne gehouden onder het motto *Choose wisely*. Medische beroepsverenigingen stelden lijsten samen van (be)handelingen die niet nuttig werden geacht.<sup>47</sup> De beweging heeft navolging gekregen in andere landen.<sup>48</sup> Inmiddels doen acht landen mee en zijn er 470 aanbevelingen van 70 klinische verenigingen.<sup>49</sup> In het Verenigd Koninkrijk publiceert het NICE-instituut 'do not do'-aanbevelingen, waarin onnodige interventies expliciet worden ontraden. Ook in Nederland zijn er vanuit de medisch-specialistische verenigingen 'beter-niet-doen'-lijsten opgesteld.

#### Verbetering van interactie tussen arts en patiënt

In de ontmoeting tussen arts en patiënt kan een impuls in de richting van ongewenste medicalisering zowel van de patiënt als van de arts uitgaan. De interactie tussen die twee kan de impuls versterken, bijvoorbeeld wanneer een ongeruste of veeleisende patiënt tegenover een arts zit die het zekere voor het onzekere neemt en diagnostiek of behandeling inzet zonder dat het nut daarvan duidelijk is.

Omgekeerd biedt de ontmoeting tussen arts en patiënt een aanknopingspunt om ongewenste medicalisering tegen te gaan.

*Shared decision making*, het min of meer op een gestructureerde manier betrekken van de patiënt in diagnostiek en behandelkeuzes, staat in de belangstelling als middel om de kwaliteit van en de betrokkenheid van de

patiënt bij de gezondheidszorg te verbeteren.<sup>50</sup> Als gestructureerde methode is *shared decision making* nog vrij jong en er zijn nog betrekkelijk weinig resultaten die laten zien of daarmee ongewenste medicalisering kan worden tegengegaan. Maar sommige studies laten positieve resultaten zien. Zo bleek in een studie onder mensen die met pijn op de borst de eerste hulp bezochten dat bij *shared decision making* minder mensen werden opgenomen voor observatie en hartonderzoek.<sup>51</sup> Ook bij de beslissing om een interventie te ondergaan bij stabiele angina pectoris, waren volledig geïnformeerde patiënten minder geneigd om voor een interventie te kiezen.<sup>52</sup>

Het belang van risico-interpretatie en risicocommunicatie is des te groter nu de geneeskunde zich steeds meer uitstrekt naar het behandelen van een verhoogd risico op een ziekte, nog voordat die ziekte zich manifesteert. Een hoog risico op een ziekte is bijna equivalent geworden aan het hebben van die ziekte. Door steeds verfijndere diagnostiek komen meer afwijkingen aan het licht, vaak zonder dat meteen duidelijk is wat de betekenis ervan is. Dit laatste geldt ook voor de uitkomsten van zelfdiagnostiek, vaak aangeboden via internet, waarbij controle op de juistheid van resultaten in de regel ontbreekt maar een foutpositieve uitslag wel een reden voor verdere medische consultatie is. Omgekeerd kan goede, toegankelijke en betrouwbare informatie op websites over ziekten, risico's en behandelwijzen het zorggebruik terugdringen.<sup>53</sup>





Voor *shared decision making* is investering in consulttijd nodig. Binnen de huidige financieringsstructuur is daarvoor nauwelijks of geen ruimte. Op dit punt liggen er dus mogelijkheden voor de overheid om beleidsmatig ongewenste medicalisering te bestrijden. Ook door te investeren in goede medische informatievoorziening via internet kan ongewenste medicalisering worden tegengegaan.

#### *Toelating en evaluatie van medische apparatuur en diagnostische tests*

Sinds een halve eeuw bestaan er strikte eisen voor de toelating van geneesmiddelen op de markt.<sup>44</sup> De toelating van medische apparatuur en diagnostische tests is daarentegen nog veel losser gereguleerd. Ook systematische benaderingen voor het evalueren van de meerwaarde van medische apparaten en diagnostica zijn nog verre van gemeengoed. Voor het tegengaan van ongewenste medicalisering zijn zulke evaluaties uiteraard van belang. Onlangs heeft de Europese Commissie een uitvoerige (voorlopige) Verordening gepubliceerd waarin de toelating van ‘medical devices’ wordt geregeld,<sup>54</sup> en een andere waarin de toelating van ‘in vitro diagnostics’ wordt geregeld.<sup>55</sup> Deze nieuwe regelgeving zou in 2020 in de individuele lidstaten geïmplementeerd en van kracht moeten zijn. Hiervoor moet nog veel worden geregeld.

Door de Orde van Medisch Specialisten (sinds 2015 de Federatie van Medisch Specialisten) en het Zorginstituut Nederland is een paar jaar geleden, in samenwerking met het Kennisinstituut van Medisch Specia-

listen een *Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk* ontwikkeld.<sup>56</sup> Deze leidraad benadrukt hoe belangrijk het is om voorafgaand aan de introductie van een nieuwe interventie na te gaan wat de verwachte effectiviteit, veiligheid en kosten zullen zijn en onder welke condities de interventie op verantwoorde wijze kan worden toegepast. De leidraad biedt een stappenplan voor een zorgvuldige introductie van nieuwe interventies. Daarnaast beschrijft de leidraad hoe op de langere termijn invulling kan worden gegeven aan het evalueren van interventies.

Internationaal zijn er overigens al veel initiatieven op dit gebied, afkomstig van consortia als STARD,<sup>57</sup> CONSORT,<sup>58</sup> IDEAL,<sup>59</sup> en GRADE.<sup>60-62</sup>

De GRADE-methode is, overeenkomstig de COCHRANE-collaboratie, erop gericht om de geaccumuleerde *evidence* voor behandeling en diagnostiek regelmatig opnieuw te bezien.

#### *Wetenschap: evaluatie van gezondheidswinst*

De grote gerandomiseerde klinische studie (*randomized controlled trial*; RCT) is de gouden standaard voor het bepalen of een nieuwe behandeling gezondheidswinst oplevert.<sup>44</sup> Er zijn echter veel situaties waarin RCT's niet realiseerbaar zijn vanwege praktische onuitvoerbaarheid of om ethische redenen. Ook ontwikkelingen op het gebied van ‘personalised medicine’ zijn moeilijk te evalueren met klassieke RCT's, omdat het daarbij per definitie om kleine aantallen patiënten gaat.

Er is daarom behoefte aan nieuwe methoden om de effectiviteit en veilig-



heid van innovatieve behandelingen op een efficiënte manier te evalueren, toegespitst op het individu, zonder dat dat ten koste gaat van de betrouwbaarheid. Op die manier kan in een vroeg stadium een gefundeerd oordeel worden gevormd over de vraag of een behandeling aanslaat en tot gezondheidswinst leidt. Hiervoor is methodologische inventiviteit nodig. Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande op dit gebied.

### *Kosteneffectiviteit*

In dit advies is gezondheidswinst als criterium genomen om te beoordelen of er sprake is van ongewenste medicalisering. Voor de patiënt gaat het dan om persoonlijke gezondheidswinst. De vraag kan echter ook worden gesteld of nieuwe therapieën de maatschappij als geheel, op macroniveau, 'winst' opleveren. Geld dat aan diagnostiek of behandeling wordt besteed kan immers niet aan andere waardevolle dingen worden uitgegeven, zoals onderwijs of infrastructuur.

Overwegingen van kosteneffectiviteit en 'maatschappelijke kosten en baten' spelen tot nu toe slechts een geringe rol in medische richtlijnen. Kosteneffectiviteit wordt pas echt een expliciet punt van overweging bij beslissingen over de vergoeding van behandelingen – of, in de huidige Nederlandse situatie, bij beslissingen over de samenstelling van het verzekerde basispakket.



# 05 aanbevelingen



**De commissie beveelt een aantal maatregelen aan om ongewenste medicalisering te vermijden. De aanbevelingen hebben als gemeenschappelijk doel om het criterium van te behalen gezondheidswinst nadrukkelijker centraal te stellen in de medische praktijk. Met haar aanbevelingen richt de commissie zich tot de medische professionals en beroepsgroepen (§ 5.1), burgers en patiëntenorganisaties (§ 5.2), de minister van VWS en het Zorginstituut Nederland (§ 5.3) en tot verzekeraars, ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten (§ 5.4). Daarnaast heeft de commissie een aanbeveling voor alle betrokkenen geformuleerd (§ 5.5).**

## 5.1 Medische professionals en beroepsgroepen

### *Richtlijnen*

Richtlijnen vormen een aanknopingspunt om ongewenste medicalisering tegen te gaan. Om te waarborgen dat richtlijnen deze rol optimaal vervullen beveelt de commissie aan:

- Voorkom dat bij het opstellen van richtlijnen belangenverstremming van invloed kan zijn op het resultaat. Maak daartoe een expliciete afweging van mogelijke belangen bij het kiezen van de opstellers van een richtlijn. De ‘Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming’ (KNAW/KNMG/NHG/GR/CBO/OMS, 2012) en de recente aanscherping daarvan kunnen als voorbeeld dienen.
- Laat bij richtlijnontwikkeling de weging en interpretatie van *evidence*

toetsen door geschoolde methodologen. Betrek ook expertise van andere disciplines bij het opstellen van de richtlijn.

- Geef in richtlijnen ook aan welke handelingen niet moeten worden gedaan.
- Wees in gevallen waarin er weinig bewijs van goede kwaliteit is extra zorgvuldig in de presentatie en prioritering van dat bewijs in de richtlijn en op de weging van voor- en nadelen.
- Besteed in richtlijnen standaard aandacht aan het risico van ‘meer zorg dan nodig’.
- Publiceer publiekssamenvattingen van richtlijnen en zorg voor betrouwbare informatie over de inhoud ervan op internet.

### *Uitwisseling van informatie over verrichtingen en resultaten daarvan*

- Bevorder een cultuur waarin het leveren en bespreken van verrichtingscijfers en zorguitkomsten tussen professionals en ziekenhuizen gewoon wordt. Organiseer manieren van *benchmarking* tussen organisaties en voer een diagnostisch/therapeutisch toetsoverleg in tussen professionals. Betrek daarbij ook experts uit andere disciplines dan die waarvan het handelen wordt beoordeeld. Informatie over verrichtingscijfers en praktijkvariatie zou ter beschikking kunnen worden gesteld door zorgverzekeraars en/of ziekenhuisregistraties.

### *Shared decision making*

- Besteed in de ontmoeting met patiënten bewust aandacht aan de voor-



en nadelen van keuzes en bezie ook altijd de mogelijkheid om niets te doen.

- Maak gebruik van daarvoor ontwikkelde instrumenten (keuzehulpen en -tabellen) om beter inzichtelijk te maken wat de risico's zijn die aan keuzes zijn verbonden.
- Bied patiënten bij beslissingen over ingrijpende en complexe behandelingen een consult aan bij een arts die niet direct bij de behandeling is betrokken en die werkt vanuit een generalistisch perspectief (bijvoorbeeld de huisarts of een geriater in het ziekenhuis).

## 5.2 Burgers en patiëntenorganisaties

Het is belangrijk dat burgers meedenken over keuzes met betrekking tot hun gezondheid, maar die moeten wel gebaseerd zijn op correcte informatie. Voorzichtigheid is geboden met informatie op internet en *social media*. Patiëntenorganisaties kunnen eraan bijdragen dat zij alleen informatie raadplegen van betrouwbare bronnen door:

- het helpen ontwikkelen van instrumenten voor *shared decision making*.
- het opzetten van en verwijzen naar betrouwbare informatiebronnen.

## 5.3 Minister van VWS en Zorginstituut Nederland

- Implementeer een efficiënte procedure voor voorwaardelijke toelating van nieuwe medische interventies, medische apparatuur en diagnostische tests. Zorg dat de voorwaarden voor toelating, uit te voeren

onderzoek en te verzamelen gegevens goed worden gedefinieerd. Bouw daarbij ook garanties in voor naleving wanneer aan de voorwaarden niet blijkt te zijn voldaan (in dat geval geen toelating).

- Intensiveer de evaluatie van het bestaande verzekerde basispakket en desinvesteer in handelingen en verrichtingen waarvan is gebleken dat ze geen gezondheidswinst opleveren.

Specifiek aan de minister van VWS beveelt de commissie aan:

- Bevorder experimenten met alternatieve financieringsstructuren waarin gezondheidswinst als toegevoegde waarde centraal staat in plaats van medische productie. Stimuleer tegelijkertijd onderzoek naar perspectiefvolle nieuwe praktijken van bekostiging en besturing van gezondheidszorg.
- Stimuleer wetenschappelijk onderzoek naar het kwantificeren van het zorgvolume en de kosten van ongewenste medicalisering.
- Stimuleer onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van medische interventies.
- Bied binnen de tarievenstructuur de mogelijkheid om meer tijd en aandacht te besteden aan het doornemen van verschillende opties met de patiënt, bijvoorbeeld in de vorm van *shared decision making*.
- Faciliteer het gebruik van het 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' voor een bredere groep dan alleen patiënten in de laatste levensfase.



- Investeer in voorlichting van burgers en op scholen. Wees kritisch op *health monitoring* en *e-health*. Faciliteer betrouwbare informatie op internet.

#### **5.4 Verzekeraars, ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten**

- Stel informatie over verrichtingen, zorguitkomsten en praktijkvariatie beschikbaar aan de behandelaars, om zo kwaliteitsverbetering door *benchmarking* mogelijk te maken.

#### **5.5 Alle betrokkenen**

- Werk aan de totstandkoming van internetsites met betrouwbare informatie over gezondheid, ziekte, zelfzorg en gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit wordt bewaakt en die actueel worden gehouden en stimuleer de toeleiding naar deze websites.





# literatuur



- <sup>1</sup> CPB. (2013) *Toekomst voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- <sup>2</sup> Conrad P. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- <sup>3</sup> Kaufman SR, Shim JK, Russ AJ. *Revisiting the biomedicalization of aging: clinical trends and ethical changes*. Gerontologist 2004; 44: 731-38.
- <sup>4</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*. Publicatie 17-03, maart 2017.
- <sup>5</sup> Gezondheidsraad. *Medisch handelen op een tweekop*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991; publicatienr. 1991/23.
- <sup>6</sup> Gezondheidsraad. *De kunst van het nee zeggen. Factoren die bijdragen aan onnodige zorg*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014; publicatienr. 2014/03.
- <sup>7</sup> Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. *The challenge of overdiagnosis begins with its definition*. BMJ 2015; 350: h689.
- <sup>8</sup> Hofmann B. *Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions*. Eur J Epidemiol 2014;29: 599-604.
- <sup>9</sup> Moynihan R, Henry D, Moons KGM. *Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much*. PLoS Med 2014;11(7): e1001655. Doi: 10.1371/journal.pmed.1001655.
- <sup>10</sup> Rose, N. *Beyond medicalisation*. The Lancet 2007; 369(9562): 700-702.
- <sup>11</sup> Preventing overdiagnosis. *Winding back the harms of too much medicine*. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>. Geraadpleegd: 20-06-2017.
- <sup>12</sup> Zorginstituut Nederland. *Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariëteit*. Diemen, 2015.
- <sup>13</sup> Keyhani S, e.a. *The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services. A systematic review*. Med. Care 2012; 50: 257-61.
- <sup>14</sup> Lipitz-Snyderman A, Sima CS, e.a. *Physician-driven variation in nonrecommended services among older adults diagnosed with cancer*. JAMA Intern Med 2016;176: 1541-48. Ook het redactioneel commentaar: Van Pary J, Skinner J. *Physician practice style variation - implications for policy*. JAMA Intern Med 2016; 176: 1549-50.
- <sup>15</sup> Brakel RC van, van Eijk MEC. *Disease-mongering, ziekten in de aanbieding? Bijblijven*. 2011; 27(6): 13-24.
- <sup>16</sup> Dehue T. *Betere mensen*. Uitgeverij Augustus, 2014.
- <sup>17</sup> Fauber J, Fiore K. *New and expanded medical definitions create more patients - and a lucrative market for drug firms*. <http://archive.jsonline.com/watchdog/watchdogreports/new-and-expanded-medical-definitions-create-more-patients--and-a-lucrative-market-for-drug-firms--379981751.html>. Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>18</sup> Graaf Y van der. *Vroegdiagnostiek, tot body scans en bevolkingsonder-*



- zoek: verbetering of valse verwachting? In: M. Levi (red.). *De Dokter en het Geld*. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2016, pp. 93-93-104.
- <sup>19</sup> Gezondheidsraad. *Doorlichten doorgelicht: gepast gebruik van health checks*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/05.
- <sup>20</sup> Nederlands Huisartsen Genootschap. Website Thuisarts.nl. *www.thuisarts.nl*. Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>21</sup> Tyrer P, e.a. *Health anxiety: the silent, disabling epidemic*. *BMJ* 2016; 353: i2250.
- <sup>22</sup> Gigerenzer G. *Risk Savvy*. Penguin paperbacks, 2015.
- <sup>23</sup> Kahan JP, e.a. *Variations by specialty in physician ratings of the appropriateness and necessity of indications for procedures*. *Med Care* 1996; 34(9): 512-523.
- <sup>24</sup> Visser J. *De arts staat in de behandelmodus*. *Medisch Contact* 2012; 22: 1326-9
- <sup>25</sup> Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. *Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- <sup>26</sup> Sox HC. *Conflict of interest in practice guidelines panels*. *JAMA* 2017; 317(17): 1739-40.
- <sup>27</sup> KNAW (2014). *Evaluation of new technology in health care. In need of guidance for relevant evidence*. Amsterdam, KNAW.
- <sup>28</sup> Sorensens C, Kanavos P. *Medical technology procurement in Europe: A cross-country comparison of current practice and policy*. *Health Policy* 2011; 100: 43-50.
- <sup>29</sup> Volkerink B, Adamini S, Meindert L, van der Wiel S, Canoy M. *Sectorstudie medische hulpmiddelen. Onderzoek naar de structuur en werking van de markt voor medische hulpmiddelen*. Rotterdam: Ecorys; 2011.
- <sup>30</sup> P. Abrishami. *Robotprostaatchirurgie: vanzelfsprekend? Da Vinci-robotchirurgie in de context van de Zorgverzekeringswet*. Diemen. College voor Zorgverzekeringen, 2009. Publicatienummer 294.
- <sup>31</sup> Levi M. *Zogenaamde innovaties: de praktijk van de medische apparatuur- en hulpmiddelenindustrie*. In: Levi M (red.) *De dokter en het grote geld. Artsen (her)berekenen de kosten van de zorg*, Leusden: Diagnosis, 2016, pp. 191-8.
- <sup>32</sup> Beck U. *De wereld als risicomaatschappij*. Amsterdam: van Genneep, 2001, vertaling van Risicogesellschaft, 1986.
- <sup>33</sup> Nza. *Invoering DOT per 2012 definitief*. <https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Invoering-DOT-per-2012-definitief/>. Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>34</sup> Hasaart F. *Incentives in Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2011.
- <sup>35</sup> Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. *The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands*. *Health Care Analysis* 2011; 19(4): 388-402.
- <sup>36</sup> Monitor Zorginkoop Nza 2014. <https://www.nza.nl/104107/105773>



/953131/Monitor\_Zorginkoop\_en\_beleidsbrief.pdf. Geraadpleegd: 16-06-2017.

- <sup>37</sup> Kolfshoeten F van. *Zorgverzekeraars laten kwaliteitsregie weer aan de dokters*. Ned Tijdschr Geneeskd 2017; 161: C3459.
- <sup>38</sup> Nza. *Taken*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/organisatie/taken/>. Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>39</sup> Kieviet J, Bögels A, Polder J, Wagner C, in opdracht van Zorginstituut Nederland, ZonMW, Federatie Medisch Specialisten, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Rapport *Begrippenkader en definities 'Gepaste zorg en praktijkvariatie'*. Versie 20150415, Leiden, april 2015.
- <sup>40</sup> Gezondheidsraad. *Wie betaalt, bepaalt? Signalering ethiek en gezondheid*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009; 2009/3
- <sup>41</sup> Gezondheidsraad. *Onderzoek waarvan je beter wordt. Een heroriëntatie op umc onderzoek*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/14.
- <sup>42</sup> Mokkink H, Dijkstra R, Verbakel D. *Surfende patiënten*. Huisarts & Wetenschap, maart 2009.
- <sup>43</sup> Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R. *Implementing shared decision making in the NHS*. BMJ. 2010; 341: c5146.
- <sup>44</sup> Bothwell LE, Greene JA, Podolsky SH, Jones DS. *Assessing the Gold Standard – Lessons from the History of RCTs*. N Engl J Med 2014; 374: 2175-2181.
- <sup>45</sup> Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. *Evidence based medicine: a movement in crisis?* BMJ 2014; 348: g3725.
- <sup>46</sup> Abram de Swaan. *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam 2004 (zesde druk).
- <sup>47</sup> Morden N, e.a. *Choosing wisely – the politics and economics of labeling low-value services*. New Engl J Med 2014;370: 589-92.
- <sup>48</sup> Levinson W, e.a. *Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada*. CMAJ 2014; 186: 325-6.
- <sup>49</sup> Rumball-Smith J, Shekelle PG, Bates DW. *Using the electronic health record to understand and minimize overuse*. JAMA 2017; 317(3): 257-8.
- <sup>50</sup> Elwyn G, Frosch D, e.a. *Shared Decision Making: a model for clinical practice*. J Gen intern Med 2012;27(10): 1361-7.
- <sup>51</sup> Hess EP, e.a. *Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial*. BMJ 2016; 355: i6165.
- <sup>52</sup> Rothberg MB, e.a. *Informed decision making for percutaneous coronary intervention for stable coronary disease*. JAMA Intern Med 2015; doi: 10.1001.
- <sup>53</sup> Spoelman WA, e.a. *Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study*. BMJ Open 2016; 6: e013166.
- <sup>54</sup> European Council. *Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on medical devices, and amending Directive 2001/83/EC*. Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No



1223/2009. European Council, 15 June 2016.

- <sup>55</sup> European Council. *Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on in vitro diagnostic medical devices*. European Council, 15 June 2016.
- <sup>56</sup> Orde van Medisch Specialisten/Zorginstituut Nederland. *Leidraad Kennisinstituut Medisch Specialisten*. 2014.
- <sup>57</sup> Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, e.a. *STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies*. *BMJ* 2015;351: h5527. STARD staat voor STAndards for Reporting Diagnostic accuracy.
- <sup>58</sup> Schultz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. *CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials*. *BMJ* 2010;340: c332. CONSORT staat voor CONSolidated Standards Of Reporting Trials.
- <sup>59</sup> Sedrakyan A, e.a. *IDEAL-D: a rational framework for evaluating and regulating the use of medical devices*. *BMJ* 2016;353:i2372. IDEAL staat voor: Idea, Development, Exploration, Assessment, Long term study.
- <sup>60</sup> EQUATOR network. [http://www.equator-network.org/library/transla-tions-of-reporting-guidelines](http://www.equator-network.org/library/translations-of-reporting-guidelines). Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>61</sup> IDEAL collaboration. <http://www.ideal-collaboration.net/>. Geraadpleegd: 16-06-2017.
- <sup>62</sup> Korevaar DA, Bossuyt PMM. *STARD 2015 voor de evaluatie van diagnostische tests*. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2016; 160: D113.

- <sup>63</sup> Nederlandse huisartsen genootschap. *NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn*. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-aspecifieke-lagerugpijn>. Geraadpleegd: 20-06-2017.





De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement 'voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek' (art. 22 Gezondheidswet). De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Milieu; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Economische Zaken. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl).

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. Maat houden met medisch handelen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2017;  
publicatienr. 2017/06.

Auteursrecht voorbehouden

