

Maat houden met medisch handelen

Nr. 2017/06

Samenvatting

Gezondheidsraad



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 *cholesterolge-*



halte, 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.

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*.

Vormen van medicalisering die in de casussen worden onderzocht^a

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

^a Een ● geeft de hoofdvorm van medicalisering aan in de betreffende casus; een x welke overige vormen er verder een rol in spelen



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 aangetoond 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 belangenverstrengeling is bij het opstellen van richtlijnen essentieel.

Verder beveelt de Gezondheidsraad aan dat de minister van VWS:

- experimenten bevordert met alternatieve financieringsstructuren waarin gezondheids-winst 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.



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.

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

Auteursrecht voorbehouden

