



Het advies *Maat houden met medisch handelen* werd relatief geruisloos ontvangen. Misschien omdat de titel geen tegenstand wekt; iedereen wil tenslotte minder zinloze zorg. Volgens de commissievoorzitter, de Utrechtse hoogleraar huisartsgeneeskunde prof. dr. Niek de Wit, blijkt de complexiteit van de problematiek pas uit de analyse van concrete voorbeelden. De gewenste test van de één, kan in de ogen van de ander 'ongewenste medicalisering' zijn.

### Er kan steeds meer

Op vele fronten is sprake van medicalisering. Geavanceerdere apparatuur kan meer afwijkingen opsporen. Er worden behandelingen ontwikkeld voor aandoeningen waar vroeger niets aan te doen was. Leken doen zelf via internet kennis en mogelijke behandelaars op en zijn mondiger patiënten als ze bij een arts

komen. Artsen – specialisten meer dan huisartsen – hebben wat De Wit noemt 'een hoge handelingsbereidheid'. En zo zijn er nog meer mechanismen te benoemen, en kunnen mechanismen ook overlappen.

De verbeterde diagnostiek heeft een prijs, zegt De Wit. 'We sporen dingen op waarvan we niet goed weten wat we ermee moeten. Bij verdenking op longembolie is het nu mogelijk om al heel kleine embolieën op te sporen. Het zou goed kunnen dat het lichaam die vanzelf opruimt. Toch gaan we ze allemaal behandelen, terwijl we niet zeker weten of dat wel nodig is. Wat we sinds de invoering van die geavanceerde diagnostiek zien is wel een flinke toename in de diagnose longembolie, maar de mortaliteit eraan blijft gelijk. Dan doe je blijkbaar iets voor niks.'

### Ongerustheid is het voorrecht van iedere ouder

Een ander voorbeeld van ongewenste medicalisering is volgens De Wit de flinke toename in het gebruik van maagzuurremmers bij babies. 'Ook al is het meestal onschuldig, ouders hebben er vaak moeite mee als hun baby veel huilt. Dat mag:

ongerustheid is het voorrecht van iedere ouder. Maar het is niet goed als er dan oplossingen worden gekozen die mogelijk niet zonder risico's zijn. Maagzuurremmers zijn nog niet goed onderzocht bij babies, en er worden steeds meer bijwerkingen bekend. Dokters vinden het vervelend om geen goed antwoord te hebben op huilende babies. Ze hebben te weinig tijd om er rustig met de ouders over te praten. Dan is maagzuurremmers voorschrijven een snel alternatief. Zou een huisarts langer de tijd voor een consult hebben, dan zou deze de ouders kunnen vertellen dat je in de meeste gevallen niets hoeft te doen aan een huilbaby'.

### **'De dingen van het leven' worden medisch geïnd**

Het kan ook tot ongewenste medicalisering leiden, wanneer klachten in het medisch domein worden getrokken die voorheen tot 'de dingen van het leven' hoorden. De Wit: 'Tegenwoordig is er steeds minder acceptatie van de dingen die er gewoon bij horen, en waarvoor misschien geen verklaring is. Mensen willen alles opgelost zien. Het speelt bijvoorbeeld bij het toenemend gebruik van antidepressiva, waar we overigens niet op in gaan in dit advies. Normale tranen over dingen die je in je leven meemaakt, worden steeds moeilijker geaccepteerd. Er moet direct iets aan gedaan worden.'

De Wit: 'Neem overgangsklachten. Die zijn we op een gegeven moment met hormonale behandeling te lijf gegaan. Nu weten we dat we daarin te ver zijn doorgesloten. We stonden teveel onder druk van de farmaceutische industrie die de hormonen produceerde die zouden helpen.

Of denk aan potentieklachten bij mannen, een probleem waarover vroeger hooguit gniffelend werd gesproken. Maar er was toen ook wel meer acceptatie van potentieproblemen: in minder gelukkige relaties kwamen ze nu eenmaal voor, en ook hadden oudere mannen er meer last van. Er is een enorme wending gekomen door de uitvinding van erectiebevorderende middelen. Toen er eenmaal een middel was, is er met man en macht een markt gecreëerd. Ik wil het probleem zeker niet bagatelliseren, maar het is daarna wel tot een probleem van enorme omvang geworden. Vooral omdat er een oplossing voor bleek te zijn.'

### **Hoe omvangrijk is die medicalisering nou eigenlijk?**

'Dat weten we niet precies. We kunnen wel kwantificeren hoeveel overbodige hormoontherapie en maagzuurremmers er voorgeschreven worden en schatten hoeveel minder zinvolle handelingen er worden gedaan, maar er zijn geen harde cijfers die ons vertellen hoeveel procent van het medisch handelen in feite overbodig is. Pas de laatste jaren is er aandacht voor interventies die we eigenlijk niet meer zouden moeten doen. Vaak gaat het om simpele dingen, routinematige handelingen in de zorg, zoals elke dag de temperatuur nemen bij alle opgenomen patiënten. Daar kunnen we beter mee stoppen.

Naast de druk van de patiënt en de handelingsgeneigdheid van de dokter is een van de andere oorzaken van 'too much medicine' dat ons financieringsstelsel gericht is op dingen doen en niet op dingen laten. We plaatsen in Nederland teveel nieuwe knieën en heupen terwijl de richtlijnen behoorlijk streng zijn. Toch worden orthopedische afdelingen betaald naar het aantal ingrepen dat ze doen. Dan ben je een dief van je eigen portemonnee als je minder protheses gaat plaatsen. Misschien moeten ze daarom wat meer betaald gaan krijgen in consulten in plaats van in operaties? Huisartsen krijgen 40% van hun inkomen uit verrichtingen, 60% is basisinkomen. Dat maakt ons minder productieafhankelijk.'

### **Medicalisering als opdrijver van zorgkosten**

'We hebben met zijn allen het gevoel dat het niet ongebreideld zo door kan gaan. De zorgkosten rijzen de pan uit. Volgens onze commissie draagt de toename van het aantal diagnoses en behandelingen daar aan bij. Maar niet iedereen deelt de mening dat we dat proces zouden moeten stoppen. Er zijn tegenstanders die zeggen: "Evidence based medicine zou niet altijd leidend moeten zijn", en "Als mensen ongerust zijn, dan moeten ze gerustgesteld worden. Helpt een test of een diagnose daarbij? Prima, dan doen we een test". Maar wat ons betreft moeten dokters zich er veel meer van bewust zijn dat diagnostiek of ingrepen juist veel vaker níet zouden moeten plaatsvinden. Dat is in het belang van de patiënt en van het betaalbaar houden van de zorg!'