

## Wensen en grenzen in de geneeskunde

Verlag symposium 1 februari 2012



*Een total body scan, bètablokkers om de examenangst te onderdrukken, een keizersnede op verzoek of een ooglidcorrectie.* Het zijn allemaal voorbeelden van patiënt- of wensgestuurde geneeskunde. Een echte medische noodzaak is er niet, toch vragen mensen om een ingreep of behandeling door medici. Omdat het kan. En omdat ze denken dat hun leven

ermeer verbetert. De wensgeneeskunde lijkt toe te nemen, het medisch terrein is de laatste jaren aan het oprekken. Tijd om dit onderwerp onder de loep te nemen.

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) en de afdeling Medische Ethiek en Filosofie van het ErasmusMC organiseerden op 1 februari 2012 het symposium *Wensen en grenzen in de geneeskunde*. Voor het ErasmusMC vloeit het symposium voort uit hun ZonMW-project *Beyond Medicine*, dat de ethische kanten van wensgeneeskunde onderzoekt. Voor het CEG past het thema wensgeneeskunde in de plannen voor de komende tijd, waarin ook aandacht is voor dit onderwerp.

### Non-diseases

Wat is wensgeneeskunde precies? In feite gaat het om medisch handelen voor niet-medische doeleinden op verzoek van de patiënt. Geneeskundige technieken en producten worden dan ingezet voor doelen die buiten het traditionele domein van de geneeskunde liggen. Mensen willen hiermee beter presteren (*smart pills*), mooier worden (plastische chirurgie) of gerustgesteld worden (diagnostiek). Strikt genomen zou je kunnen zeggen dat het geen geneeskunde is, vindt Dick Willems, hoogleraar Medische ethiek en dagvoorzitter van het symposium. "Want het gaat in feite niet om genezen, maar om het behandelen van *non-diseases*."



Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
**Tel** 070 - 340 50 60  
**Fax** 070 - 340 75 75  
**E-mail** mail@ceg.nl  
**URL** www.ceg.nl

Datum  
1 februari 2012  
Kenmerk



Maartje Schermer, bijzonder hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, schetst in haar inleiding het doel van de bijeenkomst: het verkennen van de ethische kanten van wensgeneeskunde.

de. Is de klant koning? Hoe gaat de burger om met de eigen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking? Wordt de arts van hulpverlener ook een verkoper? Dat zijn de ethische vragen op individueel niveau. Daarnaast zijn er ook nog vragen op collectief niveau. Moeten er bijvoorbeeld grenzen worden gesteld aan wensgeneeskunde? Wat is de rol van de overheid? Moet ze zorgen voor goede informatie? Heeft het bijvoorbeeld zin om in Nederland een MRI-scan op verzoek te verbieden als het over de grens wel kan? En wie betaalt al die niet-noodzakelijke zorg?

### Paternalistisch

De grens tussen wat wel en niet medisch is, vervaagt. Ook de grenzen van de beroepsethiek verschuiven. Was het adagium van artsen ooit 'behandeling of onderzoeken van de patiënt doe je alleen als dat noodzakelijk is', langzaam verandert dat in 'als de patiënt erom vraagt, kun je handelen/onderzoeken mits het geen schade toebrengt.' Daarnaast verandert de verhouding tussen arts en patiënt, de laatste wordt steeds mondiger en beter geïnformeerd. Vroeger was er meer sprake van paternalisme: *'the doctor knows best'*, nu gaat het in de richting van *'u vraagt, wij draaien'*. De klant is steeds meer koning.



Dat geldt bijvoorbeeld voor de praktijk van plastisch chirurg Martin Janssen. "Mensen die in mijn privékliniek komen voor een ingreep, willen 'normaal' zijn. Als iemand een buikwand- of schaamlipcorrectie wil omdat hij of zij denkt er gelukkiger van te worden, dan doe ik het. Ik mag daarover niet beslissen, dat zou paternalistisch zijn. Natuurlijk ga ik wel in discussie als ik iets extreem vind, maar technisch en medisch gezien maakt het niets uit."



Toch opereert hij niet klakkeloos, maar bekijkt per geval of opereren zin heeft. En dat zou bij *alle* operaties moeten gebeuren, ook in de reguliere ziekenhuiszorg, vindt een van de aanwezigen in het publiek. "Een operatie is zeker niet altijd de oplossing", zegt Jacques van der Meulen, een plastisch chirurg die zowel in het

ErasmusMC-Sophia Kinderziekenhuis als in een privékliniek werkt. In het ziekenhuis voert Van der Meulen reconstructieve operaties uit, in de privékliniek doet hij cosmetische ingrepen.



Is de klant voor hem ook koning? “Heel veel mensen vinden hun uiterlijk enorm belangrijk. Mooie mensen hebben meer succes, denken ze. Ik ga niet voor mijn cliënten beslissen, of hen vertellen welke correctie ze nodig hebben. Ik zie mezelf als een serviceverlener, maar wel met duidelijke grenzen. Een cliënt moet onder andere kunnen uitleggen wat hem stoort aan zijn uiterlijk en geen onrealistische verwachtingspatronen hebben. Bovendien moet de ingreep voor mij technisch uitvoerbaar zijn.”

Is cosmetische chirurgie wel een vorm van geneeskunde? Martin Janssen denkt van wel: “Als je ziet wat mensen eraan hebben, hoe ze na een ingreep beter kunnen presteren en functioneren, dan kun je dit gedeeltelijk ook geneeskunde noemen.” Geneeskunde vindt heus niet alleen in het ziekenhuis plaats, stelt Jacques van der Meulen, dat zou een te krappe definitie zijn.

### **Slimme pillen als norm**

Plastische chirurgie is de meest bekende vorm van wensgeneeskunde. Minder bekend is het voorschrijven van psychofarmaca op verzoek van gezonde mensen. *Smart pills* kunnen een uitkomst zijn voor sporters die een prestatie moeten leveren of voor studenten die vlak voor een examen zitten. De discussie over het gebruik van psychofarmaca om de concentratie te verhogen of het geheugen te verbeteren, speelt nu nog nauwelijks in Nederland. Maar het hangt wel in de lucht, zegt psychiater en filosoof Gerrit Glas in zijn voordracht. Heel kort en tijdelijk gebruik van psychofarmaca in een lage dosering door gezonde mensen, is misschien niet omstreden. Een ander verhaal wordt het als het gaat om mensen die regelmatig hoge prestaties moeten leveren: studenten, piloten, mensen in de krijgsmacht, wetenschappers en andere professionals.



Gerrit Glas waarschuwt voor de impliciete normering die uitgaat van de mogelijkheid om deze middelen te krijgen: het kan en het mag, dus het moet. “Als je ziet dat een collega beter presteert door psychofarmaca, wordt het dan niet normaal

dat je ze gebruikt? Zeker gezien de competitiedrang in onze samenleving, waarbij je steeds hogere prestaties in korte tijd moet leveren.”

Frans Brom, hoofd Technology Assessment bij het Rathenau Instituut, vindt dat te sterk gesteld. “Lang niet iedereen wil in zo’n normering meegaan. Vergelijk het met de dwang om bereikbaar te zijn op je mobiele telefoon. Er zijn ook mensen die hem uitzetten, of er helemaal geen hebben.”



Een actueler discussie, zo besluit Gerrit Glas zijn presentatie, is de situatie rond de diagnose ADHD. “Een patiënte kreeg pas last van ADHD toen ze een kind kreeg. Vóór die tijd was ADHD nooit bij haar gediagnosticeerd, omdat ze alle dingen kon doen in een veel lager tempo dan opeens van haar gevraagd werd. Wat ik wil zeggen: de diagnose ADHD is ongevoelig contextgevoelig, het hangt erg af van de eisen die de omgeving aan je stelt.”

### **Wens en wensvorming**

De patiënt wordt steeds meer als een consument gezien, stelt Frans Brom in zijn toespraak. Daardoor is er een markt ontstaan op de grens van medische praktijk en *wellness*: een markt die ‘*je goed voelen*’ als object neemt. Een economisch interessante markt ook, die allerlei apparaten en producten aanbiedt met halve of hele medische claims. “De vraag die we moeten stellen is niet: is de wens van mensen wel zo gerechtvaardigd?” Volgens Brom moet je altijd kijken naar de sociale context van wensen, waar komen ze vandaan? Hoe vormen wij wensen? Dat heeft te maken met de druk en eisen van de samenleving. “Als je zegt dat mensen die wens niet mogen hebben, neem je ze niet serieus. Het beleid moet dus niet naar de wens zelf kijken, maar naar de *wensvorming*. De wens zal gevormd worden, het heeft geen zin dat te ontkennen. Veel zinvoller is het om naar de deugdelijkheid van het aanbod te kijken. Het gaat om de veiligheid van het product. Precies daar zit een groot probleem, want veel van de middelen zijn ontwikkeld voor mensen in een problematische situatie en niet of nauwelijks getest op gezonde mensen.”

Stel dat de deugdelijkheid en veiligheid van een middel of behandeling gegarandeerd is, wat is dan de rol van de arts: mag of moet die het dan voorschrijven? Frans Brom vindt van wel. “Maar dan praat je over een ideale situatie: mensen willen het en het product werkt en is veilig. Maar zo’n ideale situatie komt bijna nooit voor. Veel vaker is er sprake van een niet-ideale situatie met halfwassen

technologieën die al op de markt worden gebracht en die beloven dat ze al werken.”

Louise Gunning-Schepers, voorzitter van de Gezondheidsraad, denkt dat de wens niet het probleem is, maar het feit dat je die wens via de geneeskunde laat lopen. “Waarom zou je een middel dat deugdelijk en veilig is en niet voor een ziekte is bedoeld, nog onderdeel van de geneeskunde laten zijn? Ik denk dat het probleem eigenlijk is dat een middel of behandeling nooit honderd procent veilig is. De risico's van de middelen zullen moeten worden afgewogen tegen de voordelen die het oplevert. En dan leg je het toch weer terug bij de arts. Op individueel niveau kan dat wel, maar wie doet het op het niveau van de samenleving?”



In ieder geval niet de artsen, antwoordt Frans Brom. En liever ook niet de overheid of de politiek, want dan hangt het teveel af van een toevallige politieke meerderheid of wie er net minister is. Een speciale commissie dan? “Nee, ook niet. Het moet komen uit de interactie tussen de verschillende perspectieven. Het beste is een maatschappelijke discussie die je aan vrije krachten moet overlaten, zonder sturing van bovenaf.”

### **Bescherming van de overheid**

Veel mensen hebben een diep gewortelde behoefte aan geruststelling over hun eigen gezondheid. Aan die behoefte wordt voldaan: preventieve diagnostiek is alom aanwezig. Van medische *check-ups* op het werk tot thuistesten die op internet verkrijgbaar zijn. De overheid moet in dit woud van aanbieders zorgen voor objectieve informatie. Zinnvolle screening moet in het basispakket van de zorgverzekering worden opgenomen en de aanvullende zorgpakketten zouden alleen testen moeten opnemen die *evidence based* zijn. Dat zijn enkele conclusies uit een adviesrapport over screening dat de Gezondheidsraad in 2008 uitbracht.

De voorzitter van de onderzoekscommissie Harry Büller hamert op de bescherm-taak van de overheid. “Je kunt dat niet overlaten aan de markt en de consument. Er zijn veel malafide aanbieders van medische testen, daar moet je als overheid informatie over geven.”

Een ander advies uit het rapport was om een permanente commissie screening in te stellen die de overheid zou adviseren over het eigen aanbod (van hielprik en echo tot kankerscreening en gehoortesten op het consultatiebureau) en nieuwe

vormen van screening in het aanbod van anderen. Ook zou die commissie een keurmerk kunnen instellen voor testen en screenings. “Dat laatste advies is in een bureaula verdwenen”, zegt Harry Büller spijtig. “En ook de beschermtaak van de overheid laat nog te wensen over.”



De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) daarentegen vindt dat de bescherming goed geregeld is, misschien zelfs een beetje te veel. RVZ lid Henk Bosma memoreert het screeningsadvies dat de RVZ - net zoals de Gezondheidsraad - in 2008 uitbracht: “De rol van de overheid zou bescheiden moeten zijn. Burgers hebben het recht om zich te laten screenen en te weten welke risico’s op aandoeningen zij hebben. Net zo goed als ze het recht hebben om dat niet te weten.”

De Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) verbiedt screening op kanker of een *total body scan* op verzoek. Dat is een vorm van paternalisme die volstrekt uit de tijd is, stelt Bosma. In Duitsland kan het wel. “Relatief gezien is zo’n scan hartstikke duur. Als je er met macro-ogen naar kijkt, zou je het niet moeten doen, want het kost meer dan het oplevert. Maar voor het individu is het wel van doorslaggevend belang. Dit geeft heel goed het dilemma weer.”

De WBO zou volgens Bosma wel kunnen kijken naar het aanscherpen van eisen voor zelftests en naar een betere bescherming van genetische gegevens. “Als de overheid serieus invloed wil hebben op de keuze van burgers voor screening, dan moet ze op een intensieve, activistische manier gebruik gaan maken van internet. Want veel van die tests zijn vaak een modeverschijnsel. Daar moet je

meteen op reageren en je in de discussie mengen. Doe dat, of doe helemaal niets.”

Büller wijst erop dat screenen ook nadelen kan hebben. Dat is iets wat veel mensen - en zelfs medici - vergeten. “Als je screent, moet je ook de consequenties nemen van eventueel vervolgonderzoek en operaties. Je moet mensen niet lastig vallen met onderzoek waarvan je de gevolgen niet kunt overzien. Er zijn wensen, maar ook grenzen.”

### Paneldiscussie

Vijf panelleden gaan met elkaar en de zaal in discussie over een aantal stellingen. De eerste daarvan luidt: *Patiënten beschermen tegen de nadelige effecten van wensbehandeling, is een taak voor de patiëntenbeweging.* Wilna Wind, directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zucht. Ze zou er een dagtaak aan hebben. “Het is onze taak om informatie te geven, de politiek te bevragen en patiënten ervaringen te laten delen. Maar bescherming gaat wel erg ver, ik ben meer van de voorlichting. Wie ben ik om te zeggen dat een borstreconstructie wel mag na kanker en niet als cosmetische ingreep. Daarin wil ik geen onderscheid maken. Wel in: wie betaalt het.”



Lode Wigersma van de KNMG vindt bescherming meer een belangrijke verantwoordelijkheid van de medische beroepsgroep. “Als beroepsgroep kun je wel een standpunt innemen, maar wat er zich in de spreekkamer afspeelt is een ander verhaal. Daar zit die dokter met een dilemma, daar speelt die professionele verantwoordelijkheid: kun je je als professional inleven in de patiënt, begrijpen waar de patiënt aan lijdt? Daarop moet je je beslissing baseren.”

Louise Gunning-Schepers vindt de stelling best ingewikkeld. Want in patiëntengroepen speelt de subjectieve ervaring een belangrijke rol. “Objectief gezien kan iets niet werken, maar - zoals Piet Borst ook over de alternatieve geneeswijzen zei - ‘het helpt soms wel’. Van patiëntenorganisaties kun je dan moeilijk verlangen om dat subjectieve helpen opzij te zetten en uit te dragen dat een behandeling onzinnig is of niet

werkt. Ik denk dat het niet helemaal de juiste taakverdeling is." Wilna Wind benadrukt nogmaals dat het patiëntenorganisaties vooral gaat om het transparant maken van gegevens, zodat mensen zelf een oordeel kunnen vellen over een bepaalde behandeling of een middel.

### **PIP-implantaten**

Moet de behandeling van complicaties van wensgeneeskunde, zoals het verwijderen van PIP-borstimplantaten, door de zorgverzekering worden betaald? Tot nu toe maakten zorgverzekeraars geen onderscheid naar oorzaak, zegt Bert Boer van het College van Zorgverzekeringen. "Iemand is ziek en moet behandeld worden." Maar dat ligt in de toekomst misschien anders. Er tekent zich een verschuiving in solidariteit af, de maatschappij is steeds minder bereid mee te betalen aan de gevolgen van zelfgekozen, risicovol gedrag van anderen. Wie door roken of overmatig eten ziek wordt, moet straks de behandeling wellicht zelf betalen.



Zolang het om duidelijke gevallen gaat, is dat goed te bepalen.

Maar kun je wel zeggen dat iemand vrijwillig heeft gekozen voor een bepaald gedrag? Wat bijvoorbeeld te doen met vrouwen die hun eicellen willen laten invriezen omdat ze nog geen partner hebben gevonden maar wel een kinderwens hebben? Moeten ze dat op eigen kosten doen of kan het in een aanvullende verzekering? "Nu praten we nog vanuit een luxe positie", vindt een vrouw in de zaal. "Straks als de middelen schaars zijn, krijg je een heel ander antwoord op deze vraag. Dan zal dit soort betalingen eerder sneuvelen dan de betaling van zaken die je niet over jezelf hebt afgeroepen."



Rien Meijerink, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is het daar volledig mee eens. "We kunnen op onze vingers natellen dat we ons moeten prepareren op een grondige verandering. Dan komt dit soort dingen absoluut opnieuw aan de orde.

Het vraagstuk van wensgeneeskunde komt op een heel ander vlak te liggen, er is dan geen enkele discussie meer of het in een basispakket moet komen. Ik pleit ervoor dat we ons moeten voorbereiden op een verstrakking en gestrengheid."



### **Invloed van marktwerking**

*Marktwerking leidt tot een toename van wensdiagnostiek en wensbehandeling*, luidt de laatste stelling van de middag. Rien Meijerink vindt dit een groot misverstand. “Wensgeneeskunde is voor eigen risico en eigen rekening. Het idee dat marktwerking van de zorg hiermee iets te maken heeft, is een misverstand. Wensgeneeskunde wordt niet gestimuleerd door marktwerking, dat is onzin.”

Louise Gunning-Schepers is het niet met hem eens. “Inderdaad is het onzin voor alles wat buiten de collectiviteit valt. De vraag naar cosmetische chirurgie wordt niet beïnvloed door de marktwerking. Maar binnen het collectieve pakket zie je dat de retoriek patiënten het gevoel heeft gegeven dat ze recht hebben op iets, ook als het zinloos is. De arts krijgt het daardoor moeilijk, die moet telkens uitleggen dat het zinloos is. Bij de vierde keer zal de arts misschien denken: het kost minder tijd om hem de MRI in te laten gaan, dus laten we het maar doen.”

Dat maakt nou precies duidelijk dat het oude zorgmodel niet meer werkt, zegt Wilna Wind. “Dokter en patiënt zullen *samen* moeten gaan kijken hoe je gaat behandelen. Het hoort bij het vak van dokter om te zeggen: de patiënt mag dan wel koning zijn, maar het is niet ‘u vraagt, wij draaien’. Het is iets te gemakkelijk om te zeggen: het is zo lastig voor de dokter dat die het telkens moet uitleggen.”



Als je in de gewone geneeskunde al als klant wordt gezien, zul je je zeker in de buitengewone geneeskunde ook zo gaan opstellen, merkt iemand op. In die zin leidt marktwerking wel tot meer wensdiagnostiek en wensbehandeling. Maar Rien Meijerink vindt dat het klantperspectief niets te maken heeft met marktwerking.

“De basis van marktwerking is: als je veel geld hebt, kun je meer kopen. Maar dat geldt niet in ons reguliere deel van de zorg, het hele stelsel is er juist op gebaseerd om dat terug te dringen. Vandaar dat ik wil waarschuwen voor de oppervlakkige gedachte dat marktwerking de patiënt in een andere positie heeft gebracht. Wat wél invloed heeft is de positie van de patiënt, die is centraler komen te staan. Maar dat is zonder meer nuttig en nodig en heeft niks te maken met de financiering.”

Bert Boer (CVZ) waarschuwt tot slot dat wensgeneeskunde in de reguliere zorg een veel groter probleem is dan wensgeneeskunde buiten de reguliere zorg. “Er zijn voorbeelden van indicatiestellingen waarbij je je vraagtekens kunt zetten bij de validiteit ervan. In het reguliere circuit staan de prikkels helemaal verkeerd, dat leidt tot het doen van onnodige diagnostiek en behandelingen. Dat is een veel groter probleem voor de gezondheidszorg dan de wensgeneeskunde in het externe circuit.”



**Verslag:** Leonie van den Schoor, [www.stukproducties.nl](http://www.stukproducties.nl)

**Fotografie:** Robert Goddyn [www.upaphoto.com](http://www.upaphoto.com)