

Maatschappij medicaliseert tot in het absurde

Ziekte te koop



Vermarkt een ziekte, verkoop een pil. Zo zou je grof gezegd het begrip 'disease mongering' kunnen omschrijven. De Londense huisarts Iona Heath, wereldwijd een graag geziene gast op huisartsencongressen, maakt zich zorgen om dit fenomeen.

Sophie Broersen

Als ze maar één ding mag kiezen, dan maakt Iona Heath zich het meest zorgen om hoe ziek we ons eigenlijk wanen in de westerse wereld, terwijl de cijfers daar geen aanleiding voor geven. 'Er is een onderzoek dat de mortaliteit vergelijkt tussen een van de armste delen van India, Bihar, en de Verenigde Staten. Natuurlijk is de levensverwachting in Bihar heel laag in vergelijking met de VS. Maar de hoeveelheid ziekten die mensen zelf rapporteren, was verreweg het hoogst in de VS en heel laag in Bihar. Degene die het onderzoek deed, Nobelprijswinnaar Amartya Sen, vond het zorgelijk dat mensen in Bihar blijkbaar zo arm waren dat ze niet eens door hadden dat ze ziek waren. Ik zie een heel ander probleem: wat doet moderne geneeskunde in

godsdnaam met mensen in Amerika? Ze zijn gezonder en leven langer dan ooit tevoren, maar voelen zich veel vaker ziek. Dat vind ik een tragedie.'¹

Grenzen oprekken

Heath, die al sinds 1975 als huisarts werkt in een achterstandswijk in Londen, was begin december een dag in Nederland. Ze gaf een door het NHG georganiseerde masterclass over *disease mongering*: het verkopen, of in de markt zetten van ziekte. Vaak gaat het dan om het oprekken van de grenzen van een bestaande ziekte, op zo'n manier dat de markt voor een (nieuw) product, meestal een medicijn, groter wordt. Dat proces omschreef zij – samen met journalist Ray Moynihan en hoogleraar

‘Tegenwoordig zijn er wel vier stadia van erectiele disfunctie’

farmacologie David Henry – in *British Medical Journal* in 2002.² Sindsdien heeft ze er niet meer over gezweven. Heath nam niet het initiatief voor het artikel, maar werd erbij betrokken, ‘omdat het handig was om een praktiserende dokter tussen de auteurs te hebben staan.’ Het is te bescheiden van de Engelse, die zich al jaren daarvoor openlijk uitsprak over de in haar ogen zorgelijke ontwikkeling van medicalisatie en de betrokkenheid van de farmaceutische industrie hierbij. ‘Geleidelijk ben ik me over

een paar dingen gaan verwonderen. In de jaren negentig bijvoorbeeld, toen er een grote campagne werd gevoerd om de strijd met depressie aan te binden. Toevalligerwijs net op het moment dat SSRI's op de markt kwamen. Die

campagne werd gevoerd door de beroepsverenigingen van huisartsen en psychiaters, maar was overduidelijk gefinancierd door de farmaceutische industrie.’

Gehaat

Onder *disease mongering*, ziekte verkopen, schaarft Heath een aantal varianten. Bijvoorbeeld het introduceren van een nieuwe ziekte, meestal geënt op iets wat tot dan toe als een normale toestand werd gezien, zoals mannelijke kaalheid. Of het oprekken van de definitie van ziekten, zoals volgens Heath is gebeurd bij hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus. Heath: ‘Als je bij diabetes de afkappunten van een normale bloedglucose verlaagt, hebben veel groepen daar baat bij. Want opeens “ontdekken” artsen meer patiënten, die voorheen niet wisten dat ze ziek waren. En de resultaten van de behandeling verbeteren ook meteen, want er zullen in de hele groep diabeten minder complicaties optreden. Immers, de ‘nieuwe’ diabeten lopen minder risico op een amputatie, omdat hun bloedsuiker lager is. Dus iedereen boekt betere resultaten, politici ook. En farmaceuten zien hun afzetmarkt vergroot.’

Een andere manier van *disease mongering* vindt Heath het presenteren van risicofactoren als een ziekte. ‘Ik ben inmiddels een gehate figuur geworden bij de National Osteoporosis Society, omdat ik aan het Britse parlement heb verteld dat ik het risico op botbreuken bij verminderde botdensiteit overdreven vind. Je moet ook nog vallen, toch? Ik zeg niet dat er geen mensen zijn die wel degelijk osteoporose hebben en bij wie je het als ziekte kunt beschouwen, maar dat zijn mensen die aan het eind van het spectrum

staan. Maar al die menopauzale vrouwen die een botdichtheidmeting willen laten doen, bezorgd als ze zijn over hun botten, waaruit dan komt dat die iets verlaagd is, moeten die allemaal medicijnen gaan slikken?’

Marketing van ziekte

Het op de markt zetten van een ziekte is helemaal niet zo moeilijk, zegt Heath: ‘Zorg voor een goede naam, goed te onthouden en niet al te naar. Dus niet impotentie, maar erectiele disfunctie. Dat is minder stigmatiserend en klinkt wat technischer. Maar er moet wel uit blijken dat het heel ernstige gevolgen kan hebben. Vervolgens schakel je journalisten in, die schrijven over hoe miskend en ernstig deze ziekte is. Je begint een campagne om de ziekte te exporteren van de specialist naar de huisartspraktijk, zodat bijvoorbeeld diagnose en behandeling van depressie niet meer voorbehouden zijn aan de psychiater alleen. En vervolgens repositioneer je de ziekte, om de doelgroep zo groot mogelijk te maken. Je verandert het patiëntenprofiel en breidt zo de prevalentie uit. Bij impotentie is dat heel effectief geweest. Vroeger was je wel of niet impotent, en was het ook nog wel eens intermitterend of acuut. Tegenwoordig zijn er wel vier stadia van ED en betreft het een chronische aandoening met een medische oorzaak. Dus niet psychisch of gewoon ouderdom, want daar kunnen we niets aan doen.’ Paranoia? Heath leest voor uit *Journal of Medical Marketing*, over hoe marketeers denken dat farmaceuten te werk moeten gaan.³ Kort samengevat: producten op de markt zetten kunnen we al heel goed; kijk maar naar Pzifers Lipitor en AstraZeneca's Nexium. Nadeel van die aanpak is dat veel patiënten onbehandeld blijven, omdat ze niet weten dat ze ziek zijn. Laten we dus een conditie, een ziekte in de markt zetten. Marketing van product en ziekte kunnen elkaar dan zo versterken met als gevolg betere gezondheid van de patiënt en hogere verkoop van het product.

Angst aanjagen

Een groot probleem van *disease mongering* ziet Heath in de medicalisering van de maatschappij. Tot in het absurde, volgens haar. Ze verwijst naar onderzoek in Noorwegen, een land waarvan de bewoners tot de langstlevenden op aarde behoren; de gemiddelde levensverwachting is er 80 jaar.⁴ Afgaande op richtlijnen voor cardiovasculaire ziektepreventie, waarbij een totaal cholesterolgehalte van boven de 5 mmol/l als afkappunt wordt genomen, behoort de helft van de bevolking op 24-jarige leeftijd tot een



In 2006 verscheen een verzameling artikelen over dit onderwerp in de vrij toegankelijke Public Library of Science. Via www.medischcontact.nl kunt u deze inzien.



Iona Heath: 'De campagne om de strijd met depressie aan te binden, was overduidelijk gefinancierd door de farmaceutische industrie.'

beeld: De Beeldredactie, Evelyne Jacq

hoogrisicogroep. Nog voor het 50ste levensjaar is dit al 90 procent. Heath: 'Klopt dat? Je moet het je wel afvragen, als je dit zo ziet. En nee, in die richtlijnen staat niet dat je al deze mensen moet behandelen, maar wél dat je ze moet informeren dat ze een verhoogd risico op harten vaatziekten lopen. Je jaagt dus heel veel mensen angst aan over een voortijdige dood, in een land waar mensen gemiddeld erg oud worden. Daar moeten we over nadenken. Want wat is de consequentie? Er is geen enkele manier waarop we de farmaceutische behandeling van alle gezondheidsrisico's voor iedereen kunnen betalen als we dit door belastingbetalers willen laten opknappen.'

Lang leven

De uitdaging voor de medische stand is groot, zegt Heath: 'Er zijn grote tegengestelde belangen. Om te beginnen economische, gezien de ogenschijnlijk grenzeloze hoeveelheden geld die kunnen worden uitgegeven aan de behandeling van zogeheten ziekten en risicofactoren. En politieke belangen, want nadruk op de behandeling van ziekte lijkt de verantwoordelijkheid van politici om iets te doen aan oorzaken te minimaliseren. En natuurlijk de belangen van artsen en wetenschappers, wier carrières soms afhankelijk zijn van de jacht naar nieuwe ziekten en risicofactoren. Maar meer fundamenteel nog is datgene wat iedereen herkent: een primitieve angst voor ziekte en dood. In vroeger tijden hielp religie daartegen en hoopten we op redding na de dood. Maar nu lijkt het wel alsof we die redding al eerder moeten bereiken in

een zo lang mogelijk leven.' Dokters en anderen die invloed hebben in de gezondheidszorg, staan volgens Heath voor de moeilijke taak om dit te erkennen en voorbij die angst te denken. 'Artsen worden niet getraind om om te gaan met existentiële angst, maar we kunnen er niet omheen. Volgens mij is de enige manier om vooruit te komen, te streven naar meer aandacht voor de manier waarop we leven in plaats van het moment waarop we doodgaan.'

Straatje schoonvegen

De medische stand moet volgens Heath als eerste zijn eigen straatje schoonvegen: 'We kunnen onze patiënten én politici pas dan goed adviseren, als we zelf totaal onafhankelijk zijn van farmaceuten. Ook moet er aandacht zijn voor de manier waarop wetenschap wordt gebruikt: een verantwoordelijke interpretatie van statistieken en minder extrapolatie van gegevens. We moeten de discussie met beleidsmakers durven aangaan: over de zinvolheid van preventie, en over hoe ver sociale solidariteit reikt als het gaat om welke interventies we wel of niet moeten uitvoeren. En we moeten onze patiënten meer gelegenheid geven om te kiezen voor wel of niet behandelen. Het percentage mensen dat statines blijft slikken bijvoorbeeld, is vrij laag. Dat wijst er volgens mij op dat we mensen nog niet voldoende betrekken bij die keuze. Bij al het onderzoek dat ik ken waarbij mensen daadwerkelijk goed werden geïnformeerd over risico's op ziekte en op mogelijke bijwerkingen, blijkt telkens dat mensen minder, in plaats van meer interventies willen.' 

Referenties

1. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-90.
3. Angelmar R, Angelmar S, Kane L. Building strong condition brands. *J Med Marketing* 2008; 7: 341-51.
4. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202-8.