

AUSTRALISCHE EBM-EXPERT GLASZIOU BESTRIJDT VERSPILLING

‘Overdiagnostiek drijft zorgkosten op’

Paul Glasziou is een bevlogen Australische huisarts met een stokpaardje: overdiagnostiek. Of beter: het bestrijden ervan.

Paul Glasziou is met een flinke tournee langs congressen en conferenties hard bezig om de wereld te verbeteren. ‘Ik houd gewoon van campagne voeren’, zegt de Australische huisarts en hoogleraar evidencebased medicine grappend. Irritatie en verwondering motiveren hem. Maar toch vooral irritatie. Over het gemak waarmee artsen diagnoses veranderen bijvoorbeeld, een drempelwaarde verlagen, waardoor het aantal patiënten met een bepaalde ziekte van de ene dag op de andere verdubbelt. Dat thema, overdiagnostiek, bracht hem afgelopen week naar Amsterdam, waar het Guidelines International Network (GIN) een driedaagse conferentie organiseert (zie *kader* op blz. 1972). We spreken elkaar in de Beurs van Berlage, op de achterste rij van een congreszaaltje dat even niet in gebruik is. Zijn oude, katoenen tasje legt hij naast zich op een stoel.

Kleine afwijkingen

Glasziou heeft het initiatief genomen voor een G-I-N-werkgroep die overdiagnostiek wil tegengaan. In zijn ogen is overdiagnostiek de reden voor stijgende zorgkosten. ‘Het is niet bewezen, maar er zijn genoeg aanwijzingen voor. De incidentie van veel aandoeningen neemt

toe, zonder veel verbetering voor al die extra patiënten. Kijk naar kanker, psychiatrie, maar ook diabetes. Die overdiagnostiek wordt veroorzaakt door technologische ontwikkeling en verruiming van definities. Met technologie bedoel ik dat we steeds beter kleine afwijkingen kunnen vaststellen. Afwijkingen die niet per se behandeld hoeven te worden. Een goed voorbeeld is longembolie: met een spiraal-CT-scan vinden we veel meer embolieën dan met de ventilatie-perfusiescan die vroeger de gouden standaard was. Maar de mortaliteit daalde niet. We behandelen dus meer, maar we stellen mensen daarmee ook bloot aan de mogelijke bijwerkingen, zoals een verhoogde kans op bloedingen. Een ander aspect is dat er geen internationale regels bestaan voor het aanpassen of ontwikkelen van een diagnose. Dat is eigenlijk onvoorstelbaar gezien de consequenties die het kan hebben. Een mooi voorbeeld is zwangerschapsdiabetes. Op een gegeven moment was er onderzoek gedaan waaruit bleek dat bij een glucosewaarde onder het op dat moment geldende afkappunt, het risico op slechte foetale uitkomsten al was verhoogd. Dat was reden voor een internationale commissie om de drempelwaarde te verlagen. Maar daarmee steeg het percentage vrouwen met

de aandoening van 6 naar 18 procent! De kosten van behandeling namen enorm toe, en uit onderzoek van het National Institute of Health bleek dat het behandelen van die extra gevallen, dus de vrouwen die met de oude definitie géén zwangerschapsdiabetes zouden hebben gehad, niets opleverde.’ Met zijn werkgroep wil hij dat tegengaan. Eerste stap: een checklist met regels waar commissies aan moeten voldoen als ze een diagnose willen veranderen of in het leven roepen. Als een definitie wordt aangepast, moet worden beschreven wat de aanleiding is, wat er gaat veranderen, en wat daarvan het gevolg is: hoeveel extra gevallen zullen er worden vastgesteld, wat betekent het voor de prognose, juist voor die nieuwe gevallen, wat zijn de voor- en nadelen, en hoe wegen die tegen elkaar op. De checklist is inmiddels aangeboden ter publicatie. Die lijst sluit goed aan bij een ander voorstel dat tijdens de G-I-N-conferentie uitvoerig wordt besproken: over beleid

Maar liefst
85 procent van het
onderzoeksbudget
werd verspild

met betrekking tot belangenverstrengeling bij richtlijnopstellers (zie *kader* op blz. 1972). Glasziou: ‘Mensen die voordeel hebben van expansie van een diagnose, bijvoorbeeld diabetologen die meer patiënten krijgen als de drempelwaarde bij diabetes omlaaggaat, zouden daar niet over mogen beslissen. Dat gebeurt nu wel: ik werkte ooit mee aan onderzoek naar zestien veranderde, veelvoorkomende diagnoses. Tien daarvan hielden een verruiming van de diagnose in. Bij driekwart van de leden en van de voorzitters was sprake van botsende belangen.’

Verspilling in de wetenschap

De campagne van Glasziou is niet louter vechten tegen de bierkaai. Met een ander onderwerp heeft hij de afgelopen jaren al heel wat losgemaakt. In 2009 schreef hij samen met Iain Chalmers een invloedrijk stuk in *The Lancet: Avoidable waste in the production and reporting of research evidence*. Zij rekenden voor dat maar liefst 85 procent van het onderzoeksbudget verspild werd, op alle biomedische gebieden, van basaal onderzoek tot klinisch of public health. En in alle stadia van het proces: van het stellen van de verkeerde vragen

tot het niet-publiceren van meer dan de helft van studies. Het stuk heeft onder meer een serie vervolgartikelen opgeleverd, wederom in *The Lancet*. Uit die *Increasing value, reducing waste*-serie en een bijbehorend symposium is een lijst aanbevelingen voortgekomen die subsidieverstrekkers, regelgevers, vakbladen, onderzoeksinstituten en wetenschappers zelf moeten helpen om de waarde van gedaan onderzoek te vergroten. Een belangrijk thema: beantwoordt het geplande onderzoek wel de vraag van de uiteindelijke gebruiker?



Paul Glasziou: ‘Het lijkt wel of veel financiers niet geïnteresseerd zijn in het effect dat door hen betaald onderzoek heeft.’

Het kwam voort uit persoonlijke frustratie dat hij veel beschikbaar wetenschappelijk bewijs niet kon toepassen in zijn huisartsenpraktijk. 'Laat ik een Nederlands voorbeeld geven: er stond een mooi artikel van Nederlanders in The BMJ, over revalidatie na een enkelblessure. Er staat in dat de interventiegroep een dvd met oefeningen kreeg, maar ze zeggen niet waar ik die dvd kon krijgen. Dan kan ik er in de praktijk niets mee. Maar toen ik het navroeg...' hij prutst met zijn telefoon, '... bleek er wel een mooie app van te zijn gemaakt. In het Nederlands, maar hij wordt in het Engels vertaald. Dan kan iedereen er wat mee. Het is zo belangrijk dat we op dit soort details letten, want alleen om zo'n reden kun je een enorm

'We hebben meer toegepaste wetenschap nodig'

aandeel van onderzoeksresultaten niet eens in theorie reproduceren. Puur omdat je niet weet wat een interventie inhield, en dit komt vaak voor. Als de conclusie van een review is dat beweging zinvol is bij hartrevalidatie, moet er ook bij staan wat voor beweging, hoelang, ga zo maar door.'

Het artikel sloeg in. 'Dat stuk uit 2009 heeft een wetenschapsfinancier met een budget van 1 miljard pond per jaar in beweging gebracht. Dat is het grootste effect dat een artikel van mij ooit heeft gehad.' Glasziou doelt op het Britse National Institute of Health Research (NIHR). 'Daar is echt het besef gekomen dat er iets moest veranderen; een werkgroep maakt plannen, monitort veranderingen, en praat met andere Europese

G-I-N-CONFERENTIE IN NEDERLAND

Op de jaarlijkse conferentie van het Guidelines International Network (G-I-N) treffen partijen van over de hele wereld elkaar om te discussiëren over zaken als het actualiseren van richtlijnen, en de rollen van verschillende belanghebbenden. Hoogtepunten van de conferentie waren discussies over het omgaan met belangenverstrengelingen van richtlijnontwikkelaars. Voorstellen over het omgaan met belangen staan in een *position paper* van het G-I-N-bestuur dat deze maand in *Annals of Internal Medicine* is verschenen. Het komt erop neer dat transparantie over financiële en niet-financiële belangen nodig is, en dat die openheid moet leiden tot beleid: hoe ga je om met die gemelde belangen? Volgens het G-I-N-bestuur zouden leden met conflicterende belangen geen voorzitter mogen zijn van een richtlijncommissie en niet mogen beslissen over de inhoud.

subsidieverstrekkers over dit onderwerp.' In The Lancet beschreven Glasziou e.a. wat de effecten van de serie artikelen zijn geweest: veel discussies, en voorzichtige afzonderlijke pogingen om wat te veranderen zijn al gedaan. Gaat het snel genoeg naar zijn zin? Glimlachend: 'In deze wereld gaat alles langzaam, er zullen decennia nodig zijn om echt resultaten te behalen.' Hij hoopt vooral op respons van de financiers, zoals het NIHR: 'Het lijkt wel of vele niet geïnteresseerd zijn in het effect dat door hen betaald onderzoek heeft. Als je nagaat dat de helft niet wordt gepubliceerd! Zij kunnen daar makkelijk wat aan doen, zij kunnen publicatie afdwingen, zoals wederom het NIHR dat doet, door pas 10 procent van het budget toe te kennen als de gegevens zijn gepu-

bliceerd. Zij kunnen ook eisen stellen aan de vraagstelling en aan implementatie. Hun rol is nog belangrijker dan die van alle andere partijen.'

Simpele oplossing

Het beleid van het NIHR werkt ook, zegt Glasziou: '98 procent van door hun gesponsorde trials wordt gepubliceerd.' Onwaarschijnlijk hoog? Nee, de oplossing is simpel: 'Uitgebreide onderzoeksrapportages verschijnen in een blad dat zij zelf uitgeven. Een deel van het onderzoek wordt vervolgens elders gepubliceerd. Dat kunnen andere partijen ook doen. Zodat je niet hetzelfde onderzoek opnieuw gaat doen, omdat je nergens kunt terugvinden dat het al eens gedaan is, omdat die ander het niet gepubliceerd kreeg. Uiteindelijk is dat het doel: we moeten het makkelijker maken om het beschikbare bewijs te gebruiken.'

Bewijs is mooi, duidelijk omschreven interventies ook, maar lang niet al het onderzoek sluit aan bij vragen die in de kliniek leven. 'Klopt, we hebben meer toegepaste wetenschap nodig. De vraagstelling moet goed zijn en daar kunnen financiers ook bij helpen. Het wordt saai, maar opnieuw vind ik het NIHR een goed voorbeeld. Er was een Cochrane-review beschikbaar over Bell's palsy, waar uitkwam dat er onvoldoende bewijs was om effect van corticosteroïden aan te tonen of uit te sluiten. Het NIHR heeft een studie uitgezet om dit uit te zoeken. Uitkomst? Steroïden werken, antivirale middelen niet. Zelfde voor auto-inflatie bij otitis media met effusie: dat is onderzocht, en het werkt. Veel van die praktische dingen zijn commercieel niet interessant, maar klinisch wel van groot belang.' ■

web

Het genoemde artikel in *Annals of Internal Medicine* en meer informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.