



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Voorzitter Gezondheidsraad  
T.a.v. prof. dr. W.A. van Gool  
Postbus 16052  
2500 BB DEN HAAG

**Bezoekadres**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 98 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

B.M. (Linda) Hilhorst  
Kenniscoördinator VWS  
bm.hilhorst@minvws.nl

Datum **- 9 APR. 2015**  
Betreft Adviesaanvraag GR Medicalisering

T (070)-340 7410  
M (+31)-6 2116 0126

**Kenmerk**

739102-134408-MEVA

**Uw brief**

/

**Bijlage(n)**

/

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Geachte heer Van Gool,

De collectieve uitgaven aan de gezondheidszorg blijven toenemen. Een belangrijke oorzaak van de stijgende zorgkosten is dat het zorggebruik per hoofd van de bevolking stijgt, meer dan verklaard kan worden door vergrijzing. Dit kan betekenen dat meer mensen ziek zijn, maar ook dat mensen eerder dan voorheen het geval was met en ook zonder klachten in het medische circuit terecht komen. Dit verschijnsel wordt ook wel aangeduid met de term 'medicalisering': het definiëren van een probleem als een ziekte en in het verlengde daarvan starten met een medische behandeling. Medicalisering is in deze definitie een neutraal begrip; het kan namelijk zowel positieve als negatieve effecten hebben, en in het ene geval gewenst zijn, in het andere juist niet. Voorbeelden van positieve effecten zijn een hogere levensverwachting en hogere kwaliteit van leven, en een hogere mate van economische en maatschappelijke participatie. Voorbeelden van negatieve effecten zijn overdiagnostiek en overbehandeling, en het als 'ziek' bestempelen van een steeds grotere groep mensen die geen of slechts milde klachten ervaren, leidend tot onnodige hoge kosten en verminderde kwaliteit van leven.

Eén van de mechanismen die bijdragen aan medicalisering is indicatieverruiming, wat inhoudt dat de definitie van een aandoening wordt 'opgerekt' en/of dat geneesmiddelen of medische technologie bij een steeds grotere groep patiënten worden ingezet. De focus van deze adviesaanvraag ligt op indicatieverruiming die niet automatisch aan het ZiN wordt voorgelegd, maar bijvoorbeeld ontstaat door verandering van de richtlijnen door professionals. Overigens, ook indicatieverruiming kan positief zijn. Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen kunnen aanleiding zijn tot indicatieverruiming omdat zij gezondheidswinst voor een grotere groep mogelijk maken. Denk daarbij aan nauwkeurigere diagnostiek of veiligere en effectievere behandelmethoden. Indicatieverruiming kan echter ook onwenselijke vormen aannemen, zoals diagnostiek wanneer (nog) geen behandeling aangewezen is of wanneer behandeling niet meer mogelijk is ('vroegdiagnostiek' en 'na-diagnostiek'), wanneer de behandeling onbekende of vervelende bijwerkingen heeft die niet in



verhouding staan tot de voordelen van de behandeling en het zogenaamde 'verkopen van ziekte' ('disease mongering'). Indicatieverruiming kan ook gerelateerd zijn aan praktijkvariatie bij gebrek aan richtlijnen of het slecht naleven van richtlijnen.

De maatschappelijke discussie over indicatieverruiming richt zich tot op heden vooral op de GGZ en loopt binnen het ministerie van VWS vooral via de directie jeugd. Medicalisering in de somatische zorg kreeg tot dusverre relatief weinig aandacht. Ik vraag de Gezondheidsraad om inzicht te geven in de vraag in hoeverre er in de somatische zorg sprake is van medicalisering, wat er te zeggen valt over de kosten en de baten hiervan, en wat mogelijkheden zijn om dit proces -indien wenselijk- te beïnvloeden. Het advies zal gebruikt worden om de Strategische Agenda verder uit te werken.

**Kenmerk**  
739102-134408-MEVA

### **Afbakening en adviesvragen**

Wij verzoeken de commissie om bij het beantwoorden van de adviesvragen gebruik te maken van casus die verschillende mechanismen van medicalisering illustreren.

De adviesvragen laten zich in drie hoofdvragen verdelen met ter verduidelijking een aantal subvragen:

#### **1. Wat zijn de oorzaken van volumegroei?**

Is volumegroei die niet verklaard wordt door demografische ontwikkelingen een signaal van medicalisering? Wat is op basis van beschikbare cijfers de volumetoename voor de gekozen casus, gecorrigeerd voor demografische factoren? Is het aannemelijk dat deze toename in volume gedeeltelijk door indicatieverruiming wordt veroorzaakt? Wat zijn voor elke casus overige redenen voor volumegroei?

#### **2. Wat zijn de mechanismen van indicatieverruiming?**

Is er voor de gekozen casus sprake van indicatieverruiming in richtlijnen? Wat zijn in dat geval de argumenten voor indicatieverruiming? Leidt indicatieverruiming in richtlijnen tot overbehandeling? Is er bij indicatieverruiming in richtlijnen gebruik gemaakt van kosteneffectiviteitsanalyses specifiek voor de nieuwe groep patiënten? Heeft 'de premiebetaler' een stem gehad bij indicatieverruiming in richtlijnen? Is er sprake van indicatieverruiming buiten richtlijnen om? Wat zijn de voor- en nadelen van indicatieverruiming voor de gekozen casus?

#### **3. Wat zijn de kosten en baten van indicatieverruiming?**

Kan de bijdrage van indicatieverruiming aan volumegroei (en daarmee de kosten ervan) voor de besproken casus kwantitatief bepaald worden? Is het mogelijk om kosten en baten van ('gewenste' en 'ongewenste') indicatieverruiming tegen elkaar af te zetten specifiek voor de nieuwe groep patiënten? Kunnen Maatschappelijke Kosten- en Batenanalyses (MKB's) bijdragen aan het beter in kaart brengen van de voordelen en nadelen van indicatieverruiming? Hoe zou daarbij te werk gegaan moeten worden?

### **Beleidsrelevantie**

Voortgaande technologische ontwikkelingen brengen steeds verfijndere diagnostische tests en nieuwe therapeutische mogelijkheden. Met de komst van 'personalised medicine' en een vloed aan nieuwe op of in het lichaam gedragen



monitoring apparatuur zullen deze ontwikkelingen in een stroomversnelling komen. Dat kan gezondheidswinst opleveren, maar ook negatieve effecten zijn denkbaar.

Om uit de Strategische Agenda van de bewindspersonen te citeren: '... we hebben steeds meer in het medisch circuit getrokken, steeds meer ongemakken en maatschappelijke problemen zijn in de gezondheidszorg beland. Het begrip zorg is opgerekt en omvat steeds meer niet-medische zaken. Hoewel we steeds gezonder zijn, neemt ons beroep op zorg en ondersteuning fors toe. Er wordt daarmee een afhankelijkheid van het medisch circuit gecreëerd, vaak voor langere tijd. De vraag is of deze medicalisering ons heeft opgeleverd wat we ervan verwachtten, of onze levensverwachting of ons levensgeluk erdoor toenemen. De verwachting van waartoe de zorg in staat is en wat de zorg kan leveren is enorm. Daaraan kan in de praktijk niet worden voldaan. Het is zaak goed te definiëren wat we zelf moeten oplossen, waarvoor we zelf verantwoordelijk zijn en waar professionele hulp meerwaarde biedt en het verschil kan maken. Dit geldt zowel voor de langdurige zorg als voor de curatieve zorg en de jeugdzorg.'

**Kenmerk**  
739102-134408-MEVA

#### **Achtergronddocumentatie**

Gilbert H Welch heeft in zijn boek 'Overdiagnosed' indicatieverruiming ter discussie gesteld op het gebied van ondermeer osteoporose, cholesterol, hoge bloeddruk en prostaatkanker. Recentelijk hebben ook andere onderzoekers en artsen aandacht gevraagd voor het probleem van 'overdiagnosis' en 'overtreatment' (o.a. Moynihan R, Henry D, Moons KGM. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the Time of Too Much. PLoS Med 11(7): e1001655.)

Ik verzoek u om het advies zo spoedig mogelijk op te leveren.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers