

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3026

Vragen van het lid **Voortman** (GroenLinks) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *zorg voor kankerpatiënten* (ingezonden 1 april 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 juli 2011).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de tv-uitzending van 26 maart 2011 waarin aandacht werd besteed aan het verschil in zorg voor kankerpatiënten in de Verenigde Staten (VS) en Nederland?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Klopt het dat in Nederland behandeling met een medicijn (Nexavar), dat wel gebruikt wordt tegen nierkanker, niet gebruikt wordt tegen Gastro Intestinale Stromale Tumoren (GIST), terwijl ervaringen in de VS aantonen dat dit medicijn ook GIST tot stilstand kan brengen?

Antwoord 2

Het College voor zorgverzekeringen en de beroepsgroep van medisch oncologen hebben mij laten weten dat de behandeling van GIST met Nexavar zich nog in een experimentele fase bevindt. Nexavar is voor deze indicatie noch door de Europese, noch door de Amerikaanse autoriteiten geregistreerd. Er bestaan geen peer-reviewed publicaties voor deze toepassing. De beroepsgroep geeft aan dat deze therapie daarom nog niet breed wordt toegepast in Nederland. Het is overigens niet zo dat Nexavar totaal niet wordt toegepast bij GIST in Nederland. Deze experimentele therapie wordt bij een enkele patiënt met GIST toegepast.

Vraag 3

Klopt het dat het voor patiënten met GIST die in Nederland uitbehandeld zijn relatief eenvoudig is om Nexavar te proberen, bijvoorbeeld vier weken, waarna kan worden vastgesteld of het medicijn werkt of niet, of in ieder geval

¹ <http://nieuwsuur.nl/video/228686-zorg-kankerpatienten-loopt-mis.html>

de eerste indicatie kan worden verkregen? Wat is volgens u de reden dat wij dit in Nederland alsnog niet doen?

Antwoord 3

De beroepsgroep sluit niet uit dat Nexavar mogelijk effectief kan zijn bij enkele uitbehandelde individuele patiënten. Vooralsnog vindt de beroepsgroep echter dat er niet voldoende medisch-wetenschappelijke onderbouwing is om Nexavar nu een plaats in de behandeling te geven en in de behandelrichtlijnen op te nemen. Het betreft dus een experimentele behandeling. Zoals ik in antwoord 2 heb aangegeven wordt in uitzonderlijke gevallen Nexavar wel bij GIST toegepast.

Vraag 4

Wat is uw reactie op de stelling dat in Nederland de patiënt op zijn minst geïnformeerd moet worden over behandelingen in het buitenland of in andere Nederlandse behandelcentra, en de mogelijke kans op succes?

Antwoord 4

In de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst is geregeld dat de cliënt geïnformeerd dient te worden over zijn behandeling. De omvang van de informatieplicht hangt sterk samen met de aandoening. Dit betekent dat de informatieplicht minder ver reikt bij eenvoudige, weinig ingrijpende of veel voorkomende behandelingen dan in het geval sprake is van gecompliceerde behandelingen waaraan voor de cliënt grote gevolgen zijn verbonden.

Vraag 5

Klopt het dat dit zo is omdat de werking nog onvoldoende bewezen is? Zo nee, wat is dan wel de reden? Zo ja, bent u bereid onderzoek te laten doen om uitsluitel te geven over de werking van het medicijn als behandeling tegen GIST? Wat betekent dit tot dat moment voor mensen die met de huidige kennis in Nederland uitbehandeld worden geacht? Wat is uw reactie op het nieuws dat mensen in Nederland te horen krijgen dat ze uitbehandeld zijn en dat zij die vervolgens de mogelijkheden hebben om door te kunnen zoeken erachter komen dat er vervolgens in de VS nog wel verdere mogelijkheden tot behandeling zijn?

Antwoord 5

In mijn voor gaande antwoorden gaf ik reeds aan dat de behandeling van GIST met Nexavar vooralsnog onvoldoende bewezen is. Het doen uitvoeren van nader onderzoek van Nexavar bij GIST is niet de taak van de overheid. Hier ligt in eerste instantie een taak voor de fabrikant van Nexavar en voor behandelaren. Ik zal dan ook geen onderzoek laten doen naar de werking van Nexavar bij GIST.

Zeer recent zijn er nieuwe studiegegevens van Nexavar bij de behandeling van GIST beschikbaar gekomen. Als die gegevens in wetenschappelijke publicaties beschikbaar komen dan is het aan de beroepsgroep om hun behandelrichtlijn hierop desgewenst aan te passen. Ook kan het College voor zorgverzekeringen dan toetsen of Nexavar bij GIST een rationale toepassing is.

Over uitbehandelde patiënten merk ik nog het volgende op.

Het staat patiënten vrij om zelf op zoek te gaan naar experimentele therapieën in binnen- en buitenland. Ook in Nederland wordt veel onderzoek gedaan naar nieuwe behandeltoepassingen. Het is echter niet mogelijk om alle experimentele behandelingen aan te bieden, nog los van de vraag of die in Nederland dan wel in het buitenland worden toegepast.

Vraag 6

Wat is uw reactie op de stelling dat in het Nederlandse systeem patiënten te snel worden opgegeven? Hoe verklaart u dat de beste kankercentra van de VS (zoals Dana Farber/Harvard in Boston en Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York) veel langer doorbehandelen dan centra in Nederland? Heeft dit met een kennisachterstand te maken, of vermoedt u dat hier andere redenen aan ten grondslag liggen? Zo ja, welke?

Antwoord 6

Ik vind uw vergelijking van de beste kankercentra van de VS met het Nederlandse systeem niet reëel. Natuurlijk zou het mooi zijn als het Nederlandse systeem dezelfde kwalitatieve zorg kan bieden als de top kankercentra van de VS die u noemt. De financiering van de zorg, de organisatie van onderzoek naar nieuwe behandeltherapieën en de toegang van de patiënt tot die zorg is tussen de VS en Nederland te veel verschillend. Daarbij komt dat het antwoord op de vraag hoe lang je moet doorbehandelen ook een culturele context heeft. Amerikaanse artsen gaan gemiddeld langer door dan Europese artsen. Overigens is recent een fundamenteel ethisch debat ontstaan, mede gestart door Amerikaanse specialisten, over de vraag of er niet te lang wordt doorbehandeld. Ik wil wel benadrukken dat in Nederland goede zorg aan kankerpatiënten wordt gegeven. KWF kankerbestrijding geeft aan dat de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland van hoog niveau is. De Nederlandse oncologische zorg loopt voorop in vergelijking met andere Europese landen. Daarnaast is in Nederland een basisverzekering die de toegang tot bewezen effectieve zorg regelt. Dus bewezen kankercare is, voor elke patiënt die daar baat bij heeft, verzekerd. Ik denk ook niet dat u kunt stellen dat er een kennisachterstand ten opzichte van de VS is. Veel van de in Nederland richtlijnen bij kankercare zijn ondermeer gebaseerd op onderzoek uit de VS en andere internationale onderzoeken.

Vraag 7

Wat is uw reactie op de stelling dat wij in Nederland te rigide zijn door wetenschappelijk bewijs te willen zien voordat een behandeling wordt overwogen en dat patiënten daardoor onnodig snel worden opgegeven.

Antwoord 7

Ik ben het niet eens met deze stelling. Er is een verschil tussen experimentele therapie en reguliere zorg. In de reguliere zorg is het goed dat er eerst wetenschappelijk bewijs moet zijn. Ik vind het belangrijk dat deze zorg op basis van behandelrichtlijnen wordt gegeven waarin dit wetenschappelijk bewijs is opgenomen. Nu is kankercare een gebied waar ontwikkelingen snel gaan. Zoals ik ook in antwoord 5 heb gesteld wordt ook in Nederland veel onderzoek gedaan naar nieuwe therapieën. Juist ook in oncologie worden veel studies gedaan met nog experimentele therapieën. Dit betekent dat Nederlandse kankerpatiënten zeker niet achteraan in de rij staan als het gaat om mogelijke deelname aan klinisch onderzoek met toepassingen van geneesmiddelen die nog in de experimentfase verkeren. Ik vind dat erg belangrijk.

Vraag 8

Klopt het dat in het Universitair Medisch Centrum (UMC) operaties worden uitgevoerd bij kankerpatiënten waar artsen elders in het land niet van weten dat deze operaties tot de mogelijkheid behoren? Zo ja, wat is uw reactie op het nieuws dat mensen daardoor ten onrechte uitbehandeld verklaard worden? Welke stappen gaat u ondernemen om de informatievoorziening voor artsen en patiënten te verbeteren?

Antwoord 8

Ik neem aan dat u in deze vraag doelt op de operaties bij levermetastasen van dikke darm kanker. Vorig jaar juli heeft KWF Kankerbestrijding gesignaleerd in haar rapport «Kwaliteit van kankercare in Nederland» dat er sprake van een bepaalde mate van variatie in de kankercare tussen ziekenhuizen in Nederland. Het rapport gaat niet specifiek in op bovengenoemde indicatie, maar bevestigt het beeld in uw vraag dat er praktijkvariatie bestaat. Ik heb contact gehad met de beroepsvereniging voor medische oncologie en op basis daarvan heb ik opgemaakt dat oncologen in Nederland op de hoogte zijn van effectieve behandeltherapieën bij levermetastasen van dikke darm kanker en dus ook van de operaties die in Utrecht uitgevoerd worden. Wel geeft de beroepsvereniging aan dat individuele behandelaren in overleg met hun patiënt op grond van voorgeschiedenis, het aantal levermetastasen en de verdere conditie van de patiënt tot een andere afweging met betrekking tot

de vervolgbehandeling kunnen komen. Op grond van de informatie die u geeft in uw vragen, kan ik niet beoordelen of er patiënten ten onrechte uitbehandeld worden verklaard. Het lijkt mij goed dat betrokkenen met de Inspectie van de Gezondheidszorg in overleg gaan, zodat de IGZ kan beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van onderbehandeling van patiënten.