

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

### 3181

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Minister voor Medische Zorg over *longkankerpatiënten die overlijden zonder dat ze de beste behandeling kregen* (ingezonden 31 mei 2021).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 16 juni 2021).

#### Vraag 1

Bent u bekend met het bericht dat «honderden longkankerpatiënten zijn overleden zonder dat ze de beste behandeling kregen»?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja ik ben bekend met dit bericht. Hierover heb ik ook recent een reactie gestuurd aan de Kamer op 31 mei<sup>2</sup>.

#### Vraag 2 en 3

Wat vindt u van het feit dat honderden longkankerpatiënten jaarlijks twee tot vier extra levensjaren mislopen, doordat zij niet weten dat er doelgerichte therapie voor hen bestaat?

Wat vindt u van de ongelijkheid in de behandeling van longkankerpatiënten, die momenteel niet afhankelijk is van hun tumortype maar van het toevallige beleid van de kliniek waar zij behandeld worden?

#### Antwoord 2 en 3

Ik heb in het veld navraag gedaan en het klopt dat nog niet altijd op zogenaamde targets (mutaties in het tumor DNA) wordt getest. Bekende mutaties bij longkanker zijn bijvoorbeeld EGFR- of KRAS mutaties en ALK-herschikking. Uit onderzoek<sup>3</sup> blijkt dat in 2015 niet voor alle patiënten naar deze mutaties is gekeken. Ditzelfde onderzoek laat wel een verbetering zien ten opzichte van het eerdere meetmoment in 2013. Er is een goede stap vooruit gemaakt maar het wordt nog niet bij alle patiënten gedaan. Hier kan dus nog een verbeterstap plaatsvinden.

<sup>1</sup> NOS, 11 mei 2021, «Honderden longkankerpatiënten overlijden zonder dat ze beste behandeling kregen» (Honderden longkankerpatiënten overlijden zonder dat ze beste behandeling kregen | NOS)

<sup>2</sup> Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020/2021, nr. 567

<sup>3</sup> Kuijpers CCHJ, van den Heuvel MM, Overbeek LIH, et al. *Landelijke variatie in moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde longkanker*. Ned Tijdschr Geneeskd 2018;162:D1607

De knelpunten die in dit artikel staan worden ook benoemd in het advies van Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) over moleculaire diagnostiek in de oncologie. Ik vind het onwenselijk dat patiënten momenteel niet dezelfde toegang tot diagnostiek en zorg hebben. In het advies dat het Zorginstituut heeft gegeven worden meerdere oplossingsrichtingen voorgesteld om de inzet van moleculaire diagnostiek in ons land te verbeteren. Ik heb het Zorginstituut daarom opdracht gegeven, samen met veldpartijen, aan de slag te gaan met het uitwerken en implementeren van deze oplossingen. Gezien de snelheid waarmee de moleculaire diagnostiek zich ontwikkelt is niet iedere behandelaar op de hoogte welke testen wanneer en bij welke patiënten uitgevoerd kunnen worden. Daarom wordt gewerkt aan de «Lijst Minimaal Klinisch Noodzakelijke Moleculaire testen Nederland». Hierbij wordt ook gekeken naar de beschikbare doelgerichte geneesmiddelen die ingezet kunnen worden wanneer een specifieke mutatie gevonden is. Ook wordt de Commissie ter Beoordeling van Oncologische Diagnostiek opgericht om te zorgen dat voor toekomstige innovaties binnen de moleculaire diagnostiek landelijke afstemming plaatsvindt. Daarnaast wordt door het Zorginstituut, veldpartijen en de NZa gewerkt aan verbeteringen in de bekostigingsstructuur, de opstelling van kwaliteitsstandaarden en het uitvoeren van aanvullend onderzoek.

#### Vraag 4

Bent u bekend met Next Generation Sequencing (NGS) als relatief eenvoudige manier om longkankerpatiënten inzicht te bieden in de mogelijkheid tot doelgerichte therapie voor hun tumortype, ook bij zeldzame mutaties waarvoor therapie voorhanden is?

#### Antwoord 4

Ja ik ben bekend met Next Generation Sequencing. De inzet van genetische informatie zie ik als de toekomst van onze zorg. Zeker in relatie tot de inzet van doelgerichte geneesmiddelen.

#### Vraag 5

Hoe kijkt u aan tegen de inzet van immunotherapie, zonder dat met NGS is vastgesteld of hiertoe een indicatie bestaat, het patiënten valse hoop en onnodige bijwerkingen geeft en bovendien niet kosteneffectief is?

#### Antwoord 5

Immunotherapie wordt voor longkanker ingezet als standaardbehandeling omdat het bewezen effectief is. Hierover heeft het Zorginstituut meerdere uitspraken gedaan.<sup>4, 5, 6</sup> Het is bekend dat de effectiviteit niet voor alle patiënten even hoog is. Een verschil in effectiviteit per individu is gebruikelijk omdat iedere patiënt anders kan reageren op een therapie. Voordat een behandeling wordt ingezet informeert de behandelend arts de patiënt over de verschillende uitkomsten die de therapie kan hebben.

Het is voor immunotherapie bij longkanker nog niet mogelijk met NGS te bepalen of een patiënt wel of niet positief zal reageren op de therapie. Er is nog geen zogenaamde «biomarker» gevonden. Het is wel mogelijk om patiënten die een specifieke tumor mutatie hebben uit te sluiten voor immunotherapie omdat er voor hen een doelgerichte behandeling beschikbaar is. Er wordt onderzoek gedaan naar wat deze aanpassing in therapie uiteindelijk aan behandeluitkomsten voor deze patiënten oplevert. Door het uitsluiten van patiënten die naar verwachting beter reageren op een andere therapie wordt gewerkt aan een doelmatige inzet van geneesmiddelen. Ik ben uiteraard voorstander van een doelmatige toediening van dure geneesmiddelen.

Binnen het project dat nu is ingezet met het Zorginstituut en veldpartijen wordt gekeken naar een doelmatige inzet van moleculaire diagnostiek in

<sup>4</sup> Pakketadvies Zorginstituut Nederland – nivolumab (Opdivo®) bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker

<sup>5</sup> Pakketadvies Zorginstituut Nederland – pembrolizumab (Keytruda®) bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker

<sup>6</sup> Pakketadvies Zorginstituut Nederland – atezolizumab (Tecentriq®) bij gemetastaseerde niet-kleincellig longkanker

relatie tot de inzet van dure geneesmiddelen. En ik zal, waar nodig, dit nog aanvullend onder de aandacht brengen.

#### Vraag 6

Bent u van mening dat alle longkankerpatiënten de mogelijkheid zouden moeten krijgen tot NGS in een daartoe gespecialiseerd centrum, opdat zij therapie krijgen die voor hun tumor passend is, en hen therapie wordt onthouden die voor hun tumor niet passend is en dus onnodige bijwerkingen en kosten met zich meebrengt? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 6

Ik deel de mening dat longkankerpatiënten gelijke toegang tot diagnostiek en zorg moeten hebben. Dit kan gerealiseerd worden door concentratie van complexe diagnostiek in gespecialiseerde centra. Door concentratie hoeven niet alle zorginstellingen dezelfde kennis en faciliteiten te hebben terwijl wel gelijke toegang bestaat voor patiënten. Welke gespecialiseerde centra voor concentratie van de diagnostiek in aanmerking komen is aan de beroepsgroep. Momenteel werken zij aan een visiedocument hierover. Overigens betekent concentratie van de diagnostiek niet dat de patiënt ook naar een gespecialiseerd centrum verwezen moet worden. Vaak kan het materiaal (weefsel en bloed) van de patiënt opgestuurd worden en krijgt de patiënt vervolgens in zijn eigen vertrouwde ziekenhuis een goed behandeladvies. Wanneer nodig kunnen hierbij ook de Moleculaire Tumor Boards (expertteams in de specialistische centra) de behandelend arts adviseren over de resultaten van de diagnostiek en in te zetten behandeling. Het bieden van passende zorg vind ik belangrijk. De ontwikkeling naar personalised medicine sluit hier naadloos op aan. Er worden steeds meer doelgerichte geneesmiddelen ontwikkeld en het is dus steeds vaker onderdeel van de huidige standaard behandelingen. Ik vertrouw erop dat het proces dat nu is ingezet zorgt voor een optimale en toekomstbestendige inzet van moleculaire diagnostiek en doelgerichte geneesmiddelen in de Nederlandse zorg.