

# BEHANDELING VAN KANKER IN EEN VROEG STADIUM MET INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN:

WAT IS HET ONS WAARD?

# COLOFON

---

**Auteurs:**

MSD: Birgit van den Berg, David Schuster, Marieke Cusell

Vintura: Casper Paardekooper, Carlijn de Sonnaville

**Vormgeving:**

studio anne van geffen

**Geïnterviewden:**

Anneke Eikelenboom, Voorzitter, Stichting Jongeren met Kanker

Egbert Smit, Longarts en Hoogleraar Longziekten, LUMC

Peter Langenbach, Directeur Zorginkoop, Zilveren Kruis

Thijs Merkx, Voorzitter Raad van Bestuur Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

Rianne Ruit, Ziekenhuismanager, Albert Schweitzer Ziekenhuis

Xander Koolman, Gezondheidseconoom en Hoogleraar Gezondheidseconomie, Vrije Universiteit Amsterdam

*Niet alles wat in het rapport vermeld staat geeft de individuele mening van alle auteurs en geïnterviewden weer.*

# INHOUD

---

	Voorwoord: De beste zorg voor de patiënt, dat willen we allemaal	4
<b>1</b>	Introductie	5
<b>2</b>	Het ultieme gemeenschappelijke doel in de behandeling van kanker is genezing	6
<b>3</b>	Innovatieve geneesmiddelen zijn een mogelijk effectieve toevoeging voor en/of na een operatie van kanker	10
<b>4</b>	Investeren in een vroeg stadium van ziekte levert waarde op voor de gezondheidszorg en de samenleving	15
<b>5</b>	Om toegang voor patiënten tot innovatieve geneesmiddelen in een vroeg stadium van kanker te realiseren moet de waarde erkend en centraal gesteld worden	20
<b>6</b>	Referenties	24

# DE BESTE ZORG VOOR DE PATIËNT, DAT WILLEN WE ALLEMAAL

## VOORWOORD

Het doet me veel plezier dat u deze woorden leest, de eerste woorden van dit whitepaper over de waarde van innovatieve behandelingen in een vroeg stadium van kanker. U bent aan boord en toont interesse in de verschillende perspectieven van de belangrijkste stakeholders in het veld. Waarom dat zo belangrijk is? Vanwege ons gezamenlijke doel om de zorg voor patiënten met kanker te blijven verbeteren en zo hun kwaliteit van leven te optimaliseren.

U heeft het goede nieuws ongetwijfeld ook meegekregen: met dank aan betere diagnoses en behandelingen is de overlevingskans van mensen met kanker de laatste 20 jaar aanzienlijk verbeterd. Niet alleen de overlevingskans, ook de kwaliteit van leven. Dát is dus waar nauwe samenwerking tussen partijen in de zorg en wetenschap toe kan leiden. We zijn in staat kanker eerder op te sporen en we kunnen de ziekte steeds beter te lijf gaan. Natuurlijk, we zijn er nog lang niet. Willen we ons gezamenlijke doel bereiken, willen we ervoor zorgen dat kanker een chronische, goed te behandelen ziekte wordt, of zelfs te genezen is, dan moeten wij allemaal nog veel meer steentjes bijdragen. Samenwerken is daarbij cruciaal. Om die reden moeten we dus nu ook samen kijken naar de waarde van het behandelen van kanker in een vroeg stadium. Ik ben er dan ook door en door van overtuigd dat we samen vele malen verder komen dan alleen, want we hebben allemaal onze rol te spelen hierin. Is het niet vanwege onze professionele achtergrond, dan is het wel omdat we allemaal persoonlijk betrokken zijn.

Helaas heb (ook) ik kanker al te vaak van dichtbij meegemaakt. Privé zet ik daarom graag m'n beste beentje voor om de wetenschap en behandeling van kanker vooruit te helpen. Twee keer deed ik mee aan Alpe d'HuZES en ook via andere fietstochten zamel ik geld in voor meer onderzoek naar kanker. Natuurlijk draag ik ook graag een steentje bij in de vorm van m'n bijdrage aan deze whitepaper. Een whitepaper dat kan dienen als een mooi begin van een goed en heel belangrijk gesprek. Ons gesprek over hoe we de komende jaren samen de zorg voor de patiënt met kanker gaan verbeteren. Hoe we van elkaar kunnen blijven leren, hoe we ervoor zorgen dat niet ieder voor zich het wiel opnieuw moet uitvinden, hoe we door onze silo's breken en hoe we de deur voor nieuw wetenschappelijk onderzoek wagenwijd openhouden - onder meer door samen na te denken over geschikte(re) vormen van financiering. Maar het belangrijkste gespreksonderwerp is en blijft de patiënt. Die moeten we met z'n allen centraal blijven zetten. De beste zorg voor de patiënt, dat willen we allemaal. Dat brengt ons allen samen en dat inspireert ons. Met de patiënt voor ogen is constructieve samenwerking altijd mogelijk.

Graag open ik hierbij het gesprek. Met u en met alle andere betrokkenen uit het veld en in het land. Ons gesprek, over de waarde van innovatieve behandelingen in een vroeg stadium. De waarde voor de patiënt, voor de gezondheidszorg en voor de samenleving.

*Peter Langenbach – Amsterdam, 15 augustus 2024*

# 1

## INTRODUCTIE

Kanker is doodsoorzaak nummer één in Nederland. Jaarlijks komen hier 46.000 mensen aan te overlijden<sup>1</sup>. Bovendien blijft het aantal kankerpatiënten groeien: uit data van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) blijkt dat op enig moment in hun leven ongeveer de helft van alle Nederlanders de diagnose kanker krijgt. In 2032 leven in Nederland naar verwachting meer dan 1,4 miljoen mensen met of na de diagnose kanker<sup>1</sup>. De noodzaak om antwoorden te vinden op het voorkomen, opsporen en behandelen van kanker is daarom hoog.

Hoopgevend is dat er steeds meer innovatieve behandelingen komen die het mogelijk maken kanker beter te behandelen of zelfs te genezen. De nieuwe behandelingen worden ook steeds vaker in een vroeger stadium van ziekte ingezet waardoor de overlevingskansen verder toenemen. Deze vooruitgang in behandeling heeft het mogelijk gemaakt dat kanker een chronische ziekte kan worden en niet altijd een dodelijke ziekte hoeft te zijn. Hiermee rijst de vraag of er nog wel onderscheid te maken is tussen zorg gericht op genezing (curatief) of gericht op het verminderen van lijden (palliatief)? Door de toegenomen overlevingskansen gaan we anders denken over de behandeling van kanker.

Zo'n paradigmaverschuiving gaat gepaard met nieuwe wetenschappelijke inzichten en afwegingen, en roept de vraag op hoe we tegen nieuwe behandelingen van kanker aan kijken.

Met deze whitepaper willen Vintura, MSD en alle geïnterviewden een bijdrage leveren aan het gesprek over de waarde van innovatieve systemische behandelingen in een vroeger stadium van kanker. Daarvoor onderzoeken we hoe genezing als behandeldoel in de praktijk tot uiting komt, en bekijken we de waarde van deze behandelingen voor patiënt, gezondheidssysteem en samenleving. In het slotwoord komen we tot een viertal aanbevelingen rond het erkennen en centraal stellen van de waarde van deze middelen.

Deze whitepaper is mede tot stand gekomen op basis van interviews met verschillende organisaties en individuele betrokkenen uit het zorgveld die verschillende invalshoeken meebrachten en literatuuranalyse: visie van patiënten en artsen, gebruik van data, economische impact, impact op het gezondheidssysteem en waarde voor de samenleving. De inzichten en diverse perspectieven zijn hierin samengevat.

# 2 HET ULTIEME GEMEENSCHAPPELIJKE DOEL IN DE BEHANDELING VAN KANKER IS GENEZING

De World Health Organisation (WHO) stelt dat het primaire behandeldoel in de behandeling van kanker het genezen van kanker moet zijn, of het aanzienlijk verlengen van de levensduur<sup>2</sup>. Maar hoe is de genezing van kanker te definiëren en hoe vertaalt deze definitie zich in de praktijk?

## IN DE MEDISCHE PRAKTIJK IS ER GEEN OVEREENSTEMMING OVER WANNEER ER SPRAKE IS VAN GENEZING, WEL OVER HET STREVEN NAAR ZIEKTEVRIJ ZIJN

De van Dale definieert genezing als ‘het beter worden; = herstel’ of ‘het beter maken’<sup>3</sup>. De vraag is, wanneer is een patiënt nu echt beter of hersteld na een diagnose van kanker?

Uit onze interviews blijkt dat patiënten, behandelaren, zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders allemaal anders tegen genezing aan kijken en zelfs binnen deze groepen lopen de meningen uiteen. Zijn patiënten ‘genezen’ als de ziekte niet is teruggekeerd na een bepaalde periode en ze niet meer voor controle terug hoeven te komen? Of is er sprake van genezing als er op dat moment geen kankeractiviteit meer in het lichaam zichtbaar is en daarmee de ziekte weg is?

Sommige behandelaren vinden het lastig om van ‘genezing’ te spreken, omdat er altijd een kans bestaat dat de ziekte terugkomt en zij geen valse hoop willen geven. Wel is er overeenstemming dat men ernaar streeft terugkeer van ziekte te voorkomen of uit te stellen, kortom ziektevrij overleven.

## PERSOONLIJKE ASPECTEN SPELEN EEN BELANGRIJKE ROL BIJ HET BEPALEN VAN HET BEHANDELDOEL

De geïnterviewden geven aan dat voor patiënten er meer aspecten belangrijk zijn om het behandeldoel te bepalen en op basis daarvan een weloverwogen behandelkeuze te maken. Leeftijd speelt een belangrijke rol bij het vaststellen van het behandeldoel. Voor jongere patiënten is het kunnen blijven werken en/of studeren een belangrijk aspect, omdat dit hen het gevoel geeft volwaardig mee te doen in de samenleving. Voor ouderen is onderdeel zijn van het leven van (klein) kinderen, familie en vrienden een belangrijk doel. Uiteraard speelt het stadium van ziekte ook een grote rol in het bepalen van het behandeldoel: patiënten met kanker in een vroeg stadium hebben per definitie een betere prognose en vinden daarom kwaliteit van leven en het meedoen in de samenleving belangrijker dan een mogelijke levensverlenging<sup>4</sup>.

Angst voor terugkeer of verergering van ziekte heeft een grote impact op de kwaliteit van leven. In de praktijk is hier onvoldoende aandacht of zorg voor<sup>5,6,7</sup>. Het is dus belangrijk dat behandelaren en patiënten deze aspecten meenemen in het samenstellen van het behandelplan.

**“ Het is heel belangrijk per patiënt te kijken naar de waarde van de behandeling, wegen de kansen en bijwerkingen op tegen de levensdoelen van de patiënt? Helaas staan werk, studie en privé nog te weinig op de agenda om mee te nemen als behandelgoal. ”**

- ANNEKE EIKELBOOM,  
PATIËNTENVERTEGENWOORDIGER

**“ Uiteindelijk is kwaliteit van leven en van waardig sterven het belangrijkste. De definitie van 'kwaliteit' verschilt ook voor iedereen, en kan voor een persoon óók langer leven inhouden. ”**

- THIJS MERKX, IKNL

## DE IMPACT VAN KANKER MINIMALISEREN MET DE MEEST OPTIMALE BEHANDELING

Om de impact van kanker zo klein mogelijk te maken is het van belang om de kanker zo vroeg mogelijk te diagnosticeren en vervolgens zo snel mogelijk de meest optimale behandeling te starten. Recente data van IKNL hebben aangetoond dat bevolkingsonderzoeken voor darmkanker ervoor hebben gezorgd dat de ziekte vaker in een vroeger stadium wordt ontdekt met betere overlevingskansen tot gevolg<sup>8</sup>. Na een diagnose zijn er verschillende vormen van behandeling van kanker, waar patiënten voor in aanmerking komen. Operatie en radiotherapie zijn meer gelocaliseerde behandelingen.

Chemotherapie, immunotherapie, doelgerichte therapie en hormonale therapie zijn ‘systemische behandelingen’, waarbij de medicijnen in het hele lichaam terecht komen. Vaak krijgt een patiënt een of meerdere behandelingen, tegelijkertijd of na elkaar. Er is niet één juiste behandeling. De optimale behandeling is altijd een afweging tussen de positieve (gezondheidswinst) en de negatieve (bijwerkingen en risico’s) impact. Daarbij moeten de mogelijke bijwerkingen zowel op korte als op langere termijn bezien worden.

Van groot belang is verder ook de individuele context van de patiënt, zowel lichamelijk als mentaal. Het optimale behandelplan houdt daarmee ook rekening met de draagkracht en draaglast en de eerder beschreven individuele behandeldoelen van de patiënt. Zo kan op het moment van diagnose direct de optimale behandeling voor de patiënt in kwestie worden ingezet. Samen beslissen is hierbij essentieel: uit onderzoek blijkt dat patiënten en behandelaren regelmatig een andere voorkeur hebben over de behandeling<sup>9</sup> en dat patiënten aangeven onvoldoende informatie te krijgen om een goede keuze te kunnen maken over de behandelopties inclusief bijwerkingen.

“ **Door slimmer organiseren en effectiever behandelen kunnen we de stijgende zorgvraag in de toekomst beter aan.** ”

- PETER LANGENBACH, ZORGVERZEKERAAR



**“ Het is van belang om de optimale behandeling te geven op moment dat we ziekte ontdekken om terugkeer van ziekte te voorkomen. Optimaal is daarbij de afweging tussen positieve impact (gezondheidseffect) en negatieve impact (bijwerkingen, klachten). Kosten zouden daar een ondergeschikte rol in moeten spelen. ”**

- EGBERT SMIT, LONGARTS

## CONCLUDEREND

**HET DOEL VAN DE BEHANDELING VAN KANKER IS OM OP HET MOMENT VAN DIAGNOSE DIRECT DE OPTIMALE BEHANDELING IN TE ZETTEN OM DE TERUGKEER VAN ZIEKTE UIT TE STELLEN OF TE VOORKOMEN**

- Patiënten, behandelaren, zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders kijken allemaal anders tegen genezing aan. Wel is er consensus over het streven naar (langer) ziektevrij zijn
- Om de kans op ziektevrije overleving zo hoog mogelijk te laten zijn, is vroeg diagnosticeren en tijdig inzetten van de optimale behandeling van belang
- Patiënten en behandelaren bepalen samen hoe de meest optimale behandeling eruitziet

# 3 INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN ZIJN EEN MOGELIJK EFFECTIEVE TOEVOEGING VOOR EN/OF NA EEN OPERATIE VAN KANKER

Om ziekte terugkeer uit te stellen en te voorkomen is het van belang om zo snel mogelijk de meest optimale behandeling in te zetten. Op dit moment wordt in eerste instantie voor operatie gekozen bij kanker in een vroeg stadium. Innovatieve geneesmiddelen zijn mogelijk een belangrijke toevoeging aan de huidige behandelopties in een vroeg stadium aangezien deze kunnen leiden tot uitstel van of zelfs uitblijven van terugkeer van ziekte.

## SYSTEMISCHE BEHANDELINGEN AANVULLEND AAN EN RONDOM DE OPERATIE VERMINDEREN AANTOONBAAR HET RISICO OP TERUGKEER VAN ZIEKTE

Bij de behandeling van kanker kiest men als eerste behandeling vaak voor een operatie, eventueel in combinatie met chemotherapie of bestraling. Hierbij kan de chemotherapie zowel voor de operatie (neoadjuvant) als na de operatie (adjuvant) worden ingezet om terugkeer van de ziekte te voorkomen en daarmee een grotere kans op genezing te bereiken. Neoadjuvante behandeling met chemotherapie wordt bijvoorbeeld vaak bij borstkanker ingezet om de tumor te verkleinen en de operatie te vergemakkelijken.

Bij darmkanker wordt de chemotherapie vaak als adjuvante behandeling ingezet om eventuele resterende kankercellen na de operatie te vernietigen.

Recentere studies tonen aan dat de inzet van innovatieve systemische behandelingen (zoals immunotherapie) in een vroeger stadium van kanker ook toegevoegde waarde kan hebben rondom de operatie. Bijvoorbeeld bij longkanker, borstkanker, niercelkanker, slokdarmkanker en blaaskanker is aangetoond dat het inzetten van innovatieve systemische geneesmiddelen voor en/of na een operatie leidt tot langere ziektevrije overleving<sup>10,11,12,13,14,15</sup>.

Uit onze interviews komt naar voren dat mede door de ontwikkeling en inzet van deze innovatieve systemische geneesmiddelen er een verschuiving in het behandelparadigma plaatsvindt. Zo wordt kanker in toenemende mate een chronische ziekte en komen patiënten steeds minder vaak te overlijden ten gevolge van de kanker.

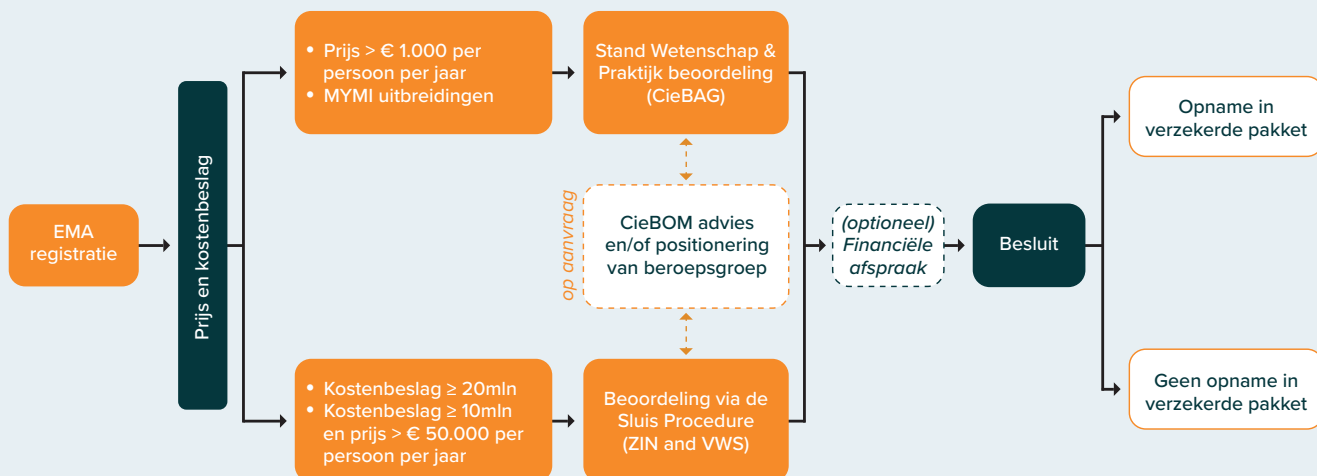
## DE 'KLASSIEKE' UITKOMSTMAAT ALGHELE OVERLEVING REFLECTEERT NIET HET BEHANDELDOEL VAN ZIEKTEVRIJ OVERLEVEN

Voordat nieuwe middelen beschikbaar komen voor patiënten zijn er verschillende stappen om te doorlopen en partijen die zich hierover buigen. Dit is weergegeven in Figuur 1.

**Figuur 1**

Vereenvoudigde flowchart van beoordelingsproces instroom innovatieve oncologische ziekenhuisproducten in verzekerd pakket

16,17,18,19,20,21



De werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen wordt bij voorkeur aangetoond in grote klinische studies die vervolgens beoordeeld worden door de European Medicine Agency (EMA). In deze studies wordt de meerwaarde van een nieuwe behandeling gemeten door middel van uitkomsten (zogenoeten 'eindpunten'). De gekozen eindpunten verschillen per behandeling, stadium en type kanker en zouden het behandeldoel moeten reflecteren. Algehele overleving ('Overall Survival', OS) wordt gezien als een belangrijk objectief eindpunt om de toegevoegde waarde van behandelingen te bepalen. Langer leven (oftewel een langere OS) is echter niet hetzelfde als ziektevrij zijn, terwijl dit wel een belangrijk behandeldoel is, voornamelijk bij vroeg stadium kanker. Patiënten kunnen namelijk langer leven en toch terugkeer van ziekte hebben met alle gevolgen van dien.

De primaire focus op algehele overleving is niet voor alle nieuwe behandelingen voor kanker het beste eindpunt om de toegevoegde waarde te kunnen aantonen<sup>22,23</sup>. Afhankelijk van de prognose van de ziekte kan het namelijk heel lang duren voordat gegevens over algehele overleving beschikbaar komen. Daarnaast krijgen patiënten ook vervolghandelingen bij terugkeer van ziekte en wordt het daardoor moeilijk om vast te stellen welke behandeling heeft geleid tot een langere overleving.

Het is daarentegen wel belangrijk om de waarde van de behandelingen in de dagelijkse praktijk te evalueren aan de hand van verzamelde gegevens<sup>24</sup>.

Uit de interviews blijkt tevens dat voor patiënten ziektevrij overleven en daarmee het voorkomen of uitstellen van ziekterugkeer, een belangrijk behandeldoel is na de diagnose kanker. Eindpunten die deze behandeldoelen reflecteren, meten daarbij wat echt van waarde is voor de patiënt. Ook uitkomstmaten die inzicht geven in de effecten van behandelingen vanuit het perspectief van de patiënt of hun naasten, kunnen hier van grote waarde zijn.

In de beoordeling van nieuwe behandelingen voor kanker is tot op heden langere algehele overleving één van de belangrijkste eindpunten. Nieuwe eindpunten die behandeldoelen als ziektevrij overleven reflecteren zijn van secundair belang in Nederland. Deze eindpunten worden beperkt geaccepteerd in de beoordeling van de toegevoegde waarde van nieuwe behandelingen, zoals innovatieve systemische behandelingen bij vroeg stadium kanker.

**“ Voor patiënten is het niet terugkeren van ziekte het ultieme behandeldoel. Het gaat niet alleen over overleving. Blind staren op algehele overleving heb ik het dus niet zo mee. ”**

- EGBERT SMIT, LONGARTS

## HET IS BELANGRIJK TE BEPALEN WELKE PATIËNTEN HET MEEST BAAT HEBBEN BIJ EEN BEHANDELING

Uit de interviews blijkt dat inzet van nieuwe behandelingen altijd gepaard gaat met onzekerheid over de waarde die het in de klinische praktijk oplevert. Zo ook voor innovatieve systemische behandelingen in een vroeg stadium van kanker. Daarnaast zijn er ook verschillen te duiden in de waarde op populatieniveau versus de waarde voor de individuele patiënt. Want wat voor één patiënt waarde toevoegt hoeft niet voor de gehele populatie te gelden.

De steeds kleinere stappen in gezondheidswinst maakt dat er steeds meer patiënten behandeld moeten worden om één gewenste gebeurtenis te bereiken. Mede om deze reden ontstaat onzekerheid bij behandelaren, omdat dit mogelijk leidt tot overbehandeling en additionele kosten. Welke patiënten het meest baat hebben bij de behandeling in vroeg stadium van kanker, moet blijken uit meer onderzoek, verzamelen van real-world evidence en praktijkervaring. Daarmee is het mogelijk om de patiëntselectie te optimaliseren en zo ook de bijbehorende kosten omlaag te brengen.

## CONCLUDEREND

### DE INZET VAN INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN IN EEN VROEG STADIUM VAN KANKER KAN ZIEKTE TERUGKEER UITSTELLEN OF VOORKOMEN, WAT VAN GROTE WAARDE IS VOOR DE PATIËNT

- De inzet van innovatieve systemische behandelingen rondom een operatie bij kanker kunnen zorgen voor langere tijd tot en een verlaagd risico op terugkeer van de ziekte
- Om de toegevoegde waarde van deze behandelingen aan te tonen voor de patiënt zal moeten worden gekeken naar eindpunten die ziektevrij zijn meten, alsmede uitkomstmaten die inzicht geven in de effecten van behandelingen vanuit het perspectief van de patiënt
- Betere beschikbaarheid van en meer onderzoek met patiëntdata draagt bij aan betere patiënt selectie en lagere kosten

# 4 INVESTEREN IN EEN VROEG STADIUM VAN ZIEKTE LEVERT WAARDE OP VOOR DE GEZONDHEIDSZORG EN DE SAMENLEVING

Het inzetten van innovatieve systemische geneesmiddelen in een vroeg stadium van kanker levert toegevoegde waarde op voor de patiënt én samenleving. De waarde voor de samenleving betaalt zich uiteraard anders uit – op het vlak van kosten, personeel, impact op naasten en productiviteit.

## PATIËNTEN MET EEN TERUGKEER VAN ZIEKTE DOEN EEN ZWAARDER BEROEP OP DE GEZONDHEIDSZORG

In 2019 bedroegen de kosten van kanker in Nederland 6,5 miljard euro, dat is 6,7% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg<sup>25</sup>. De kosten per patiënt met kanker verschillen uiteraard per stadium van kanker. Patiënten met kanker in een laat stadium hebben meer en langdurige behandelingen nodig met vaak duurder geneesmiddelen<sup>26</sup>. Daarmee doen zij een vele malen groter beroep op gezondheidszorg en zorgkosten dan patiënten met een vroeger stadium van kanker<sup>27</sup>). Zo zijn de kosten voor de gezondheidszorg van patiënten met melanoom in een laat stadium wel 25 keer hoger dan bij patiënten met vroeg stadium melanoom<sup>26</sup>.

Ook patiënten waarbij de ziekte is teruggekeerd doen een vele malen groter beroep op de gezondheidszorg en zorgkosten dan patiënten zonder terugkeer van ziekte. In studies voor longkanker, borstkanker en nierkanker is aangetoond dat de terugkeer van ziekte zwaarder drukt op gezondheidszorgmiddelen, zoals personeel, materiaal en financiële middelen<sup>28,29,30,31,32</sup>. Zo kunnen voor triple negatieve borstkanker de maandelijkse kosten voor kanker tot zeven keer zo hoog zijn na terugkerende ziekte door meer ziekenhuisbezoeken, meer bezoeken aan de eerste hulp, meer en langere ligdagen in het ziekenhuis en hogere kosten voor behandelingen<sup>28,29,31</sup>. Door kanker in een vroeger stadium te behandelen en zo ziekte terugkeer te voorkomen, kunnen we gezondheidszorgmiddelen besparen.

## MEER PATIËNTEN BEHANDELEN IN HET ZIEKENHUIS KAN DOOR HET UITSTELLEN OF VOORKOMEN VAN ZIEKTE

Besparingen van gezondheidsmiddelen, zoals kosten en handen aan het bed, zullen niet leiden tot een daling in algehele kosten en personele behoefte in het hele ziekenhuis. De geïnterviewden verwachten een 'waterbedeffect', waarbij deze besparingen elders in het ziekenhuis worden opgevuld daar waar meer kosten en/of handen nodig zijn.

Alleen door de zorg efficiënter in te richten, patiënten effectiever te behandelen en eerder uit het ziekenhuis te ontslaan, ontstaat er ruimte om met gelijke kosten en middelen meer patiënten te kunnen behandelen. Dit draagt uiteindelijk bij aan het voorkomen van het verwachte zorginfarct.

**“ Het voorkomen van extra kosten en personeel door vroeg behandelen is op populatieniveau minimaal doordat besparingen elders in de gezondheidszorg worden ingezet. Voor de individuele patiënt kunnen de kosten wel lager zijn op langere termijn. ”**

- XANDER KOOLMAN, GEZONDHEIDSECONOOM

**“ Het is een waardevolle investering aan de voorkant als het erna ook besparingen oplevert in de vorm van minder operaties, minder escalaties, minder heropnames. Hierin hebben zowel het ziekenhuis als de maatschappen een belangrijke taak om te kijken hoe het efficiënter en beter ingericht kan worden. ”**

- RIANNE RUIT, ZIEKENHUISMANAGER

## TERUGKERENDE ZIEKTE HEEFT GROTE IMPACT OP MANTELZORGERS EN NAASTEN, WERK EN UITKERINGEN

Terugkeer van ziekte heeft, naast direct effect op de fysieke en mentale gezondheid van de patiënt, ook effect op alle facetten van het leven van de patiënt: mantelzorgers, familie en naasten, werk en studie. De impact van terugkeer van ziekte is daarmee veel breder dan alleen de impact op de patiënt en gezondheidszorgmiddelen.



De fysieke en mentale gezondheid van mantelzorgers, familie en naasten worden beïnvloed door het ziekteverloop. Van de personen die het dichtst bij de patiënt staan wordt veel gevraagd in de vorm van zorgtaken. Ook is de mentale impact groot, om iemand die dichtbij staat zo ziek te zien<sup>33</sup>. Terugkeer van ziekte leidt voor deze groep tot een verzwaring van zorgtaken én mentale ondersteuning voor de patiënt<sup>34</sup>. Naasten van een patiënt met kanker hebben hierdoor een hoger ziekteverzuim en risico op een burn-out. We moeten dus niet alleen kijken naar de behandeling en ondersteuning van de patiënt met kanker, maar voor het ecosysteem om de patiënt heen moet genoeg aandacht en steun zijn.

De diagnose en behandeling van kanker leidt bij veel patiënten tot een verlies in productiviteit en 'werkjaren', zo blijkt uit een studie onder borstkanker patiënten. Maar, in een vroeg stadium is de impact van kanker kleiner, waardoor de patiënt ongeveer acht keer minder 'werkjaren' verliest dan in een laat stadium van kanker<sup>35</sup>. Ook de terugkeer van ziekte leidt tot een significante daling in productiviteit en terugkeer naar werk: het aantal patiënten dat na terugkeer van ziekte niet meer terugkeert naar werk ligt meer dan 50% hoger dan voor patiënten zonder terugkeer van ziekte<sup>29,30</sup>.

Uit de gesprekken blijkt dat naast het belang van terugkeer naar werk, voor jongere patiënten het hervatten van de studie een belangrijk doel is van de behandeling. Verder leidt het in een vroeger stadium behandelen met minder zware behandelingen tot minder effecten over de lange termijn, wat de kans op terugkeer naar de samenleving bevordert.

Meer aandacht voor terugkeer naar werk en studie na diagnose en behandeling van kanker is hard nodig omdat dit voor patiënten van grote waarde is. Ook drukt dit de algehele kosten van kanker voor de maatschappij. Een Nederlandse studie toont aan dat de kosten in productiviteitsverlies onder patiënten met borstkanker oplopen tot ongeveer €503 miljoen per jaar (data uit 2014)<sup>36</sup>.

### DE KOSTEN VAN INVESTEREN GAAN VOOR DE BATEN UIT

Innovatieve geneesmiddelen kunnen helpen terugkeer van ziekte uit te stellen of te voorkomen, waarmee zij leiden tot winst voor zowel de gezondheidszorg (zorggebruik, personele inzet en kosten) als de samenleving (impact op mantelzorgers en naasten en productiviteit).

Hoewel in eerste instantie hogere kosten te verwachten zijn, verwachten de geïnterviewden op langere termijn besparingen vanwege het voorkomen van latere behandelingen en ziekenhuisopnames. Het uitstellen van ziekte betekent echter wel dat er meer patiënten voor controle komen, voor langere tijd. Het anders inrichten van deze controles van de patiënt zal moeten leiden tot zo min mogelijk belasting voor de patiënt, minder inzet van zorgpersoneel en daarmee lagere kosten.

Alles overziend vraagt het realiseren van deze besparingen om een andere kijk op investeringen in de gezondheidszorg. Ten eerste, er moet een langere termijn in acht worden genomen om de besparingen te erkennen. Deze verlenging is nodig om de gehele waarde van vroegere inzet van innovatieve geneesmiddelen te kunnen berekenen. Doordat de tijd tot terugkeer van ziekte wordt verlengd, worden de kosten en baten over een langere periode verdeed. Ook in het geval dat de ziekte helemaal niet terugkeert zijn de besparingen pas te berekenen als de patiënt overlijdt aan een andere oorzaak dan de kanker.

Ten tweede, de impact op de gezondheidszorg én de gehele samenleving vraagt om een brede blik. Uit een van de interviews komt een mooi voorbeeld: de business case voor een ziekenhuis om te investeren in prehabilitatie is niet altijd positief. Om te beginnen worden er meer kosten gemaakt voorafgaand aan de operatie door het ziekenhuis, terwijl de besparingen elders in de gezondheidszorg worden gerealiseerd. De waarde van prehabilitatie voor de patiënt zit niet alleen in verminderde kans op fysieke complicaties maar ook in mentale aspecten van sneller herstel en verminderde ziektelast. De impact van prehabilitatie is dus breder dan alleen voor het ziekenhuis: de patiënt verkeert in een betere toestand, er zijn minder kosten voor psychische hulp en er is snellere en betere terugkeer naar het arbeidsproces.

Kortom, een echte representatieve business case omvat de kosten en besparingen voor de gezondheidszorg in brede zin (alle partijen meegenomen), en de impact op de patiënt en samenleving in zijn geheel.

**“ We moeten op korte termijn investeren en op de lange termijn naar de effecten op patiënt, personeel, kosten en maatschappij kijken. Per saldo zal dit op alle facetten winst op moeten leveren. ”**

- PETER LANGENBACH, ZORGVERZEKERAAR

## CONCLUDEREND

### INVESTEREN OP KORTE TERMIJN IN DE INZET VAN INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN IN EEN VROEG STADIUM VAN KANKER REALISEERT VEEL WAARDE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG ÉN DE SAMENLEVING

- De inzet van innovatieve, systemische behandelingen in een vroeg stadium brengt op korte termijn extra kosten voor de gezondheidszorg met zich mee
- Op lange termijn leidt deze inzet echter tot besparingen in gezondheidsmiddelen omdat de tijd tot terugkeer van ziekte wordt voorkomen of uitgesteld
- Naast besparingen in gezondheidsmiddelen heeft de inzet van innovatieve geneesmiddelen effect op de samenleving, in de vorm van productiviteitswinst en verlaagde impact op de naasten van patiënten
- De inzet van innovatieve geneesmiddelen in vroeg stadium van kanker is een investering, waarbij een bredere blik nodig is om de gehele waarde op langere termijn te bezien

# 5 OM TOEGANG VOOR PATIËNTEN TOT INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN IN EEN VROEG STADIUM VAN KANKER TE REALISEREN MOET DE WAARDE ERKEND EN CENTRAAL GESTELD WORDEN

De innovaties in de behandeling van kanker leiden tot een verschuiving in de behandelopties. Innovatieve geneesmiddelen hebben aangetoond dat er gezondheidswinst te behalen is in de behandeling van kanker in een vroeg stadium. Maar, om toegang tot deze geneesmiddelen te realiseren, moeten we de toegevoegde waarde van deze middelen erkennen en centraal stellen.

Al met al, zien wij vier belangrijke oproepen om gezamenlijk op te pakken - als zorgverleners, overheid, zorgverzekeraars, patiënten en farmaceuten.

1. Acceptatie en integratie van ziektevrrije overleving als belangrijke uitkomstmaat in het beoordelingskader voor innovatieve geneesmiddelen
2. Erkennen van de mogelijkheid om efficiëntie in het zorgsysteem te creëren en hiernaar te handelen
3. Inzicht in betere patiënt selectie voor toepassen van innovatieve behandeling
4. Mogelijk maken van secundair datagebruik en het koppelen van data

## ACCEPTATIE EN INTEGRATIE VAN ZIEKTEVRJJE OVERLEVING ALS BELANGRIJKSTE UITKOMSTMAAT IN HET BEOORDELINGSKADER VOOR INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN

Voor patiënten met kanker in een vroeg stadium is het verlengen van tijd tot of het voorkomen van ziekte terugkeer het belangrijkste behandeldoel. Eindpunten die de tijd tot ziekte terugkeer of ziektevrrije overleving meten moeten daarom ook onderdeel zijn van de beoordeling van innovatieve geneesmiddelen voor kanker in een vroeg stadium. Dat vraagt om herziening van het beoordelingskader, zodat er ruimte is voor uitkomsten die belangrijk zijn voor de patiënten.

## ERKENNEN VAN DE MOGELIJKHEID OM EFFICIËNTIE IN HET ZORGSYSTEEM TE CREËREN EN HIERNAAR HANDELEN

De inzet van innovatieve systemische behandelingen in een vroeg stadium van kanker brengt op de korte termijn additionele kosten met zich mee, en op de langere termijn hogere efficiëntie in het zorgsysteem. Het verzilveren van deze efficiëntie vraagt een verandering van denken: van kosten op de korte termijn naar investeren op de lange termijn.

Alleen zo kunnen we efficiëntie en ruimte in het zorgsysteem creëren, om de toenemende zorgvraag aan te kunnen en een dreigend zorginfarct te voorkomen.

Hieronder valt ook het anders inrichten van de controle periode. In eerste instantie vraagt dat namelijk tijd van de behandelaren en verhoogt dat de druk op zorgprofessionals, kosten voor de gezondheidzorg en de belasting van patiënten. Maar een andere inrichting hiervan kan de druk op de zorg juist verlagen. Denk aan de bredere inzet van digitale middelen, monitoring op afstand en het vergroten van de zelfredzaamheid van patiënten. Het is aan de patiënt en de arts samen om te besluiten hoe de controle in te richten, zodat deze het beste aansluit bij de situatie en behoeften van de individuele patiënt.

## INZICHT IN BETERE PATIËNT SELECTIE VOOR TOEPASSEN VAN INNOVATIEVE BEHANDELING

Binnen een bepaalde kankersoort (bijvoorbeeld longkanker) kunnen verschillende mutaties voorkomen, waardoor er ook verschillen zijn in de effectiviteit van behandelingen tussen patiënten met dezelfde kankersoort. In klinische studies wordt onderzoek gedaan naar *biomarkers* die kunnen voorspellen welke patiënten het meeste baat hebben bij een bepaalde behandeling.

Hiervoor is nog verdere inzet van deze middelen in de praktijk belangrijk, om de effecten voor een bredere populatie dan in de klinische studies te kunnen onderzoeken. Dit zal helpen om over- en onder behandeling te voorkomen en daarmee leiden tot efficiëntie en kosteneffectiviteit in de behandeling met innovatieve geneesmiddelen.

## MOGELIJK MAKEN VAN SECUNDAIR DATAGEBRUIK EN HET KOPPELEN VAN DATA

In de zorg wordt een enorme hoeveelheid data verzameld over diagnose, ziekte, behandelingen, effectiviteit van de behandelingen, bijwerkingen en nog veel meer. Vaak wordt deze data echter alleen genoteerd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de betreffende patiënt en wordt er vervolgens verder nog te weinig mee gedaan. Maar, holistische gezondheidsgegevens kunnen juist een grote rol spelen in het efficiënter en slimmer inrichten van de gezondheidszorg en zo meer en betere zorg leveren. Daarom moeten we secundair datagebruik mogelijk maken en de data uit verschillende instellingen met elkaar delen en aan elkaar koppelen.

5. OM TOEGANG VOOR PATIËNTEN TOT INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN IN EEN VROEG STADIUM VAN KANKER TE REALISEREN  
MOET DE WAARDE ERKEND EN CENTRAAL GESTELD WORDEN

**“ Het delen van informatie is een grote uitdaging in Nederland. We hebben een veelvoud aan databronnen: van verzekeraars, EPDs, kwaliteitsregistraties, de Nederlandse kankerregistratie, data van het Nivel, van apothekers, et cetera. De gegevens uit deze bronnen worden niet uniform gevalideerd en gewogen. En het duiden daarvan is echt een vak apart. Ook bij de preventie, vroege opsporing, en behandeling van kanker in een vroeg stadium. ”**

- THIJS MERKX, IKNL

5. OM TOEGANG VOOR PATIËNTEN TOT INNOVATIEVE GENEESMIDDELEN IN EEN VROEG STADIUM VAN KANKER TE REALISEREN  
MOET DE WAARDE ERKEND EN CENTRAAL GESTELD WORDEN

**Wij willen iedereen uitnodigen om het gesprek aan te gaan over de waarde van innovatieve behandelingen in een vroeg stadium van kanker. Alleen zo kunnen we de zorg voor patiënten met kanker verder verbeteren!**

# 6 REFERENTIES

1. NKC. (2023). Nederlandse Kanker Agenda.
2. WHO. (2022, February 03). *Cancer Factsheet*. Retrieved April, 2024 from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>
3. Dale, v. (n.d.). Retrieved February, 2024 from <https://www.vandale.nl/>
4. Sullivan, D., Eden, K., Dieckmann, N., Golden, S., Vranas, K., Nugent, S., & Slatore, C. (2019). Understanding patients' value and preferences regarding early stage lung cancer treatment decision making. *Lung Cancer*, 47-57.
5. Bergerot, C., Battle, D., Philip, E., Bergerot, P., Msaouel, P., Smith, A., . . . Staehler, M. (2020). Fear of Cancer Recurrence in Patients With Localized Renal Cell Carcinoma. *JCO Oncology Practice*, 1264-1271.
6. Colombo, N., Lorusso, D., & Scollo, P. (2017). Impact of Recurrence of Ovarian Cancer on Quality of Life and Outlook for the Future. *International Journal of Gynecological Cancer*, 1134-1140.
7. Luigjes-Huizer, Y., Tauber, N., Humphris, G., Kasparian, N., Lam, W., Lebel, S., . . . van der Lee, M. (2022). What is the prevalence of fear of recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 879-892.
8. IKNL. (2024, March). Opgeroepen op 2024 March, van <https://iknl.nl/nieuws/2023/kerncijfers-darmkanker-2022>
9. Zhang, M., He, X., Wu, J., & Xie, F. (2023). Differences between physician and patient preferences for cancer treatments: a systematic review. *BMC Cancer*, 23:1126.
10. Pusztaï, L., Denkert, C., O'Shaughnessy, J., Cortes, J., Dent, R., McArthur, H., . . . Schmid, P. (2024). Event-free survival by residual cancer burden with pembrolizumab in early-stage TNBC: exploratory analysis from KEYNOTE-522. *Annals of Oncology*.
11. Choueiri, T., Tomczak, P., Park, S., Venugopal, B., Ferguson, T., Chang, Y., . . . Powles, T. (2021). Adjuvant pembrolizumab after nephrectomy in renal cell carcinoma. *New England Journal of Medicine*, 683-694.
12. Bajorin, D., Witjes, J., Gschwend, J., Schenker, M., Valderrama, B., Tomita, Y., . . . Galsky, M. (2021). Adjuvant Nivolumab versus Placebo in Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma. *The New England Journal of Medicine*.
13. Forde, P., Spicer, J., Lu, S., Provencio, M., Mitsudomi, T., Awad, M., . . . Girard, N. (2022). Neoadjuvant Nivolumab plus Chemotherapy in Resectable Lung Cancer. *The England Journal of Medicine*.
14. Houda, I., Dickhoff, C., Uyl-de Groot, C., Reguart, N., Provendo, M., Levy, A., . . . Bahce, I. (2024). New systemic treatment paradigms in resectable non-small cell lung cancer and variations in patient access across Europe. *The Lancet Regional Health - Europe*, 100840.
15. Tang, W.-F., Ye, H.-Y., Tang, X., Su, J.-W., Xu, K.-M., Zhong, W.-Z., & Liang, Y. (2023). Adjuvant immunotherapy in early-stage resectable non-small cell lung cancer: a new milestone. *Frontiers in Oncology*.



16. Zorginstituut Nederland. (2023, april). Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023. Opgehaald van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023/Beoordeling+Stand+van+de+Wetenschap+en+praktijk+2023.pdf>
17. Zorginstituut Nederland. (2023, maart). Pakketbeheer in de Praktijk 4. Opgehaald van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2023/03/20/pip4/Pakketbeheer+in+de+Praktijk+4.pdf>
18. Zorginstiuit Nederland. (sd). Beoordeling dure specialistische geneesmiddelen. Opgeroepen op augustus 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-geneesmiddelen/beoordeling-dure-specialistische-geneesmiddelen>
19. Zorginstiuit Nederland. (sd). Horizonscan Geneesmiddelen. Opgeroepen op augustus 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/programmas-en-samenwerkingsverbanden/horizonscan-geneesmiddelen>
20. Zorgverzekeraars Nederland. (2024, januari). Beslisboom voor toekenning add-on prestatie voor indicatieuitbreidingen van medisch specialistische geneesmiddelen. Opgeroepen op augustus 2024, van <https://www.zn.nl/app/uploads/2024/01/Beslisboom-2-voor-toekenning-add-on-voor-indicatie-uitbreidingen-van-medisch-specialistische-geneesmiddelen.pdf>
21. Zorgverzekeraars Nederland. (sd). Inregelen (nieuwe) add-on geneesmiddelen en indicaties. Opgeroepen op augustus 2024, van <https://www.zn.nl/dossiers/inregelen-nieuwe-add-on-geneesmiddelen-en-indicaties/>
22. Oosting, S., Barriuso, J., Bottomley, A., Galotti, M., Gyawali, B., Kiesewetter, B., . . . Cherny, N. (2023). Methodological and reporting standards for quality of life data eligible for European Society for Medical Oncology-Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS) credit. *Annals of Oncology*.
23. EMA. (2023). *Guideline on the clinical evaluation of anticancer medicinal products (Revision 6)*.
24. Saad, E., Katz, A., & Buyse, M. (2010). Overall survival and post-progression survival in advanced breast cancer: a review of recent randomized clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 1958-1962.
25. VZInfo. (2022, July). Retrieved March, 2024 from <https://www.vzinfo.nl/kanker/zorguitgaven#:~:text=Zorguitgaven%20kanker%206%2C7%25%20van,96%2C9%20miljard%20euro>.
26. Crealey, G., Hackett, C., Harkin, K., Heckmann, P., Kelleher, F., Lyng, A., . . . Tobin, A.-M. (2023). Melanoma-related costs by disease stage and phase of management in Ireland. *Journal of Public Health*, 714-722.
27. McGarvey, N., Gitlin, M., Fadli, E., & Chung, K. (2022). Increased healthcare costs by later stage cancer diagnosis. *BMC Health Services Research*.

28. Cai, B., Fulcher, N., Boyd, M., & Spira, A. (2021). Clinical outcomes and resource utilization after surgical resection with curative intent among patients with non-small cell lung cancer treated with adjuvant therapies in a community oncology setting: A real-world retrospective observational study. *Thoracic Cancer*, 2055-2064.
29. Huang, M., Haiderali, A., Fox, G., Frederickson, A., Cortes, J., Fasching, P., & O'Shaughnessy, J. (2022). Economic and Humanistic Burden of Triple-Negative Breast Cancer: A Systematic Literature Review. *Pharmacoeconomics*, 519-558.
30. Sieluk, J., Song, Y., Freimark, J., Huang, M., Haiderali, A., Berman, R., . . . Hirshfield, K. (2021). The Economic Burden of Recurrence in Triple-Negative Breast Cancer Among Working Age Patients in the United States. *Advances in Therapy*, 943-958.
31. Sundaram, M., Song, Y., Willemann Rogerio, J., Zhang, S., Bhattacharya, R., Adejoro, O., . . . Haas, N. (2022). Clinical and economic burdens of recurrence following nephrectomy for intermediate high- or high-risk renal cell carcinoma: A retrospective analysis of Surveillance, Epidemiology, and End Results - Medicare data. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 1149-1160.
32. West, H., Hu, X., Zhang, S., Song, Y., Chirovsky, D., Gao, C., . . . Samkari, A. (2024). Evaluation of disease-free survival as a predictor of overall survival and assessment of real-world burden of disease recurrence in resected early-stage non-small cell lung cancer. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 749-757.
33. Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R., & Van Den Bos, G. (1988). Cancer and caregiving: the impact on the caregivers health. *Psycho-Oncology*.
34. DiSipio, T., Hartel, G., Butow, P., Webb, P., & Beesley, V. (2024). Impact of disease recurrence on the supportive care needs of patients with ovarian cancer and their caregivers. *Gynecologic Oncology*, 33-41.
35. Plym, A., Bower, H., Fredericksson, I., Holmberg, L., Lambert, P., & Lambe, M. (2018). Loss in working years after a breast cancer diagnosis. *British Journal of Cancer*, 738-743.
36. Vondeling, G., Menezes, G., Dvortsin, E., Jansman, F., Konings, I., Postma, M., & Rozenbaum, M. (2018). Burden of early, advanced and metastatic breast cancer in The Netherlands. *BMC Cancer*, 262.



Laatst bijgewerkt 30 augustus 2024

**Contact**

Postbus 581

2003 PC Haarlem

[www.msd.nl](http://www.msd.nl)

[info@msd.nl](mailto:info@msd.nl)

023-5153153

NL-NON-02738

Copyright ©2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved.