

Vergaderjaar 2003–2004

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 april 2004

In oktober 2003 heeft de Gezondheidsraad het advies «Palliatieve chemotherapie» uitgebracht. Palliatieve chemotherapie maakt onderdeel uit van de palliatieve zorg, welke zich volgens de WHO richt op de bestrijding van klachten op lichamelijk, psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk gebied. In het advies wordt een gedegen overzicht gegeven van de stand van zaken van palliatieve chemotherapie in Nederland. Ik bericht u over de activiteiten die, gebaseerd op het advies, ondernomen zullen moeten worden ten aanzien van de palliatieve chemotherapie in Nederland.

Kwaliteit van leven

Palliatieve chemotherapie heeft als doel het lijden van de patiënt te verlichten, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat en in tweede instantie de levensverlenging. Opvallend is dat het effect van chemotherapie op de kwaliteit van leven niet standaard onderzocht wordt en dergelijk onderzoek vaak verbeterd kan worden. Ik vind het van belang dat er beter inzicht ontstaat in het effect van chemotherapie op de kwaliteit van leven. Het zal standaard in klinische studies moeten worden onderzocht.

Het plaatsvinden van de behandeling zo dicht mogelijk bij de thuissituatie kan bijdragen aan de kwaliteit van leven. De afweging tussen het type behandeling en de mogelijkheid om dicht bij huis te worden behandeld, dient als onderzoeksitem in van toepassing zijnde onderzoeken te worden meegenomen.

Kwaliteit van zorg

In het advies wordt aangegeven dat volgens de literatuur patiënten buiten trialverband minder vaak optimaal behandeld worden. Dit vind ik zorgelijk. Ik vind het van het grootste belang dat alle kankerpatiënten een zo goed mogelijke behandeling en begeleiding ontvangen. De protocollaire

manier van werken, zoals die plaatsvindt bij klinische trials, zal ook buiten studieverband moeten worden gehanteerd.

Zowel voor patiënten die in trialverband, als patiënten die buiten trialverband behandeld worden, dient er een adequate informed consent te zijn. De informed consent moet zo vormgegeven zijn dat alle behandel mogelijkheden en tevens de mogelijkheid «niet behandelen» aan de patiënt worden voorgelegd.

Per ziekenhuis worden afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van chemotherapie. Landelijke afspraken ontbreken op dit terrein. De ontwikkeling van dergelijke landelijke richtlijnen, vind ik in het kader van patiëntveiligheid van belang. Internationale afstemming bij de ontwikkeling van deze richtlijnen lijkt me nodig. Ik zie het als een taak van de beroepsgroep om richtlijnen te ontwikkelen.

Trials en beoordeling geneesmiddelen

Geadviseerd wordt de deelname aan klinisch onderzoek te stimuleren tot 10% van de oncologische patiëntenpopulatie. Dit streven onderschrijf ik in het kader van de verdere ontwikkeling van behandel mogelijkheden. De deelname aan trials zou belemmerd worden doordat het veel tijd vraagt van de arts. Om de 10% deelname te stimuleren wordt geadviseerd de met de trial extra gepaard gaande kosten via een opslag in de DBC's te verrekenen. Dit advies neem ik niet over. DBC's zijn bedoeld voor de financiering van behandelingen. Onderzoeken zullen via de daarvoor geëigende kanalen moeten worden gefinancierd.

De Commissie Beoordeling Oncologische Middelen beoordeelt medicamenten op behandelimpact, effectiviteit, frequentie van bijwerkingen en kwaliteit van leven. De kosteneffectiviteit wordt vooralsnog niet meegenomen in de beoordeling. Om een zo volledig mogelijk beeld van bestaande en nieuwe medicamenten voor palliatieve chemotherapie te verkrijgen, is beoordeling van alle aspecten, waaronder de kosteneffectiviteit, nodig. Ik zal de Commissie Beoordeling Oncologische Middelen dan ook verzoeken hun samenstelling zo uit te breiden dat dergelijke analyses mogelijk zijn en hen vragen de uitgebreidere beoordelingswijze zo spoedig mogelijk toe te passen.

Geadviseerd wordt in perifere ziekenhuizen alleen grote, eenvoudige studies met geregistreerde medicamenten en ongecompliceerde uitkomstmetingen te laten plaatsvinden. Het opleggen van een dergelijke restrictie vind ik niet nodig, gegeven het feit van de bestaande toetsing van trials door de medisch ethische commissie en de centrale commissie mensgebonden onderzoek.

Tot slot, het advies is tot stand gekomen naar aanleiding van de zogeheten «126-lijst» welke medische verrichtingen bevat waarvan de doelmatigheid vragen opriep. Hoewel het advies verscheidene zaken opwerpt die voor het bevorderen van de kwaliteit van palliatieve chemotherapie van belang zijn, betreur ik het dat het antwoord op de vraag naar de doelmatigheid van deze zorgvorm open blijft.

Het is een taak van de beroepsgroep om op de in deze brief genoemde zaken spoedig actie te ondernemen. Een afschrift van deze brief wordt toegezonden aan de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie, de Vereniging Integrale Kankercentra, de Nederlandse Federatie van

Kankerpatiëntenverenigingen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen,
de NVZ vereniging van ziekenhuizen en het College voor Zorg-
verzekeringen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst