

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
974028-150823-CZ

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
20 mei 2016

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

Datum 30 juni 2016  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA)  
over het bericht "Oudere met kanker loopt juiste zorg mis" (2016Z09879).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over het bericht "Oudere met kanker loopt juiste zorg mis" .  
(2016Z09879)

## **2016Z09879**

Vragen van het lid Wolbert (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht "Oudere met kanker loopt juiste zorg mis" (ingezonden 20 mei 2016)

1

Kent u het bericht uit Trouw "Oudere met kanker loopt juiste zorg mis"? 1)

Antwoord 1.

Ja

2

Wat is uw reactie op het voorliggende artikel?

4

Welke redenen denkt u dat er aan deze verschillen ten grondslag liggen? Acht u dit zorgelijke signalen? Wat is uw mening over de term "postcodegeneeskunde"? Denkt u dat de verschillen in kankerbehandelingen zoals gesteld in het artikel, door verschil in woonplaats verklaard kan worden?

Antwoord 2 en 4.

Het feit dat er verschillen zijn tussen ziekenhuizen (ziekenhuisvariatie) is bekend en niet helemaal te voorkomen. Maar ik ben het met de artsen uit het artikel eens dat de woonplaats van de patiënt niet bepalend mag zijn voor de behandeling. Uit navraag bij Integraal kankercentrum Nederland (IKNL) blijkt dat er ook bij jongere patiënten sprake is van ziekenhuisvariatie. Bij ouderen blijken de verschillen groter omdat er minder wetenschappelijk bewijs is als het gaat om het effect van medische behandelingen bij ouderen. Als gevolg daarvan zijn veel behandelrichtlijnen niet leeftijdsspecifiek en niet toegesneden op de oudere patiënt. Dit komt omdat de meeste klinische trials zich richten op de jongere patiënt met vaak maar één ziekte. Juist ouderen hebben vaak verschillende aandoeningen tegelijk (comorbiditeit). Ook is de groep ouderen meer heterogeen als het gaat om fitheid, kans op complicaties en wensen als het gaat om kwaliteit versus kwantiteit van leven. Door het gebrek aan wetenschappelijk bewijs is het ook niet te zeggen waar het optimum ligt: bij de ziekenhuizen die behoudend of juist snel behandelen, of ergens daartussenin.

Vorig jaar heb ik de wetenschapsagenda van de Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)<sup>1</sup> in ontvangst genomen waarbij onderzoek naar mogelijke verbeteringen in kankerbehandelingen bij ouderen, mede om bovengenoemde redenen, hoog in op de agenda staat.

---

<sup>1</sup> Onderdeel van de campagne 'Verstandig Kiezen' van de Federatie Medisch Specialististen

3

Beschikt u over meer cijfers en gegevens met betrekking tot de verschillen in kankerbehandelingen van ouderen tussen ziekenhuizen? Zo ja, hoe interpreteert u deze cijfers?

Antwoord 3.

Uit navraag bij IKNL blijkt dat bij verschillende vormen van kanker bij ouderen er sprake is van verschillen tussen de ziekenhuizen. Naast de genoemde kankervormen slokdarmkanker, maagkanker, alvleesklierkanker en blaaskanker is bekend dat dit ook in meer of mindere mate geldt voor endeldarmkanker, dikke darmkanker, baarmoederkanker, huidkanker (melanoom) en prostaatkanker. Complexiteit van de oudere patiënt en het ontbreken van bewijs over effectiviteit van behandelingen bij ouderen zijn daarvoor de redenen. Zie ook mijn antwoord op vraag 2 en 4.

5

Kunt u de verhouding tussen de behandelingen in de verschillende gebieden en de sociaaleconomische status van deze gebieden schetsen? Denkt u dat er sprake kan zijn van een sociaaleconomisch gezondheidsverschil, waarbij in gebieden waar meer mensen wonen met een lage sociaaleconomische status, mensen minder kans hebben op een operatie dan in andere gebieden?

Antwoord 5.

Op dit aggregatieniveau zijn hierover geen cijfers bij mij bekend.

6

Deelt u de mening dat de keuze van de behandeling gemaakt moet worden op basis van een goed gesprek tussen arts en patiënt, waarin de afweging wordt gemaakt door te kijken naar de gezondheid van de patiënt, algehele fitheidskenmerken en overwegingen over kwaliteit van leven, in plaats van door naar slechts enkele kenmerken te kijken zoals leeftijd? In hoeverre denkt u dat keuzes voor behandelingen op dit moment op basis van dergelijke goede gesprekken worden gebaseerd?

Antwoord 6.

Goede zorg betekent voor mij dat dokter en patiënt het op basis van alle relevante kenmerken van de patiënt samen zo veel mogelijk eens zijn over welke behandeling of welk onderzoek het meest passend is. Dit is namelijk voor elke patiënt anders. Leeftijd als kenmerk zegt in dit verband niet zoveel; het gaat om een integrale afweging van alle kenmerken. Ik vind het belangrijk dat elke patiënt kan meebeslissen over zijn behandeling, op voet van gelijkwaardigheid<sup>2</sup>. De laatste jaren is er al steeds meer informatie beschikbaar gekomen over de kwaliteit van de zorg waardoor een gelijkwaardige positie van de patiënt bevorderd wordt. Bijvoorbeeld via KiesBeter.nl, ZorgkaartNederland.nl en het Kwaliteitsvenster van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Time-out gesprekken, keuzehulpen en websites als kanker.nl en thuisarts.nl helpen mensen om mee te beslissen over hun behandeling.

---

<sup>2</sup> Brief 'Samen Beslissen', Kamerstuk 31765 nr. 169, Vergaderjaar 2015-2016

7

Welke rol speelt het verschil in gespecialiseerde kennis over behandelingen bij ouderen en gezond verouderen volgens u bij het verschil tussen ziekenhuizen? Op welke manier kan dit worden verbeterd?

Antwoord 7.

Het is mijns inziens op voorhand niet te zeggen of meer gespecialiseerde kennis leidt tot meer of juist minder ingrepen. Gerichtte cijfers hierover zijn mij niet bekend. Ik verwacht van ziekenhuizen dat zij de benodigde deskundigheid voor een bepaalde behandeling bij ouderen in huis hebben of inschakelen via de multidisciplinaire overleggen en via raadpleging van deskundigen op het gebied van ouderengeneeskunde.

Via het Citrienfonds stimuleer ik de totstandkoming van regionale oncologienetwerken. Het doel van deze netwerken is dat de kwaliteit van de zorg niet mag afhangen van de locatie waar de patiënt binnen komt en dat het traject van diagnostiek en behandeling overal optimaal moet zijn. Zie ook mijn antwoord op vraag 9.

8

Kunt u een inschatting geven van de mate van risicomijding door ziekenhuizen bij de keuze voor het wel of niet opereren en behandelen van ouderen? Denkt u dat er mogelijk sprake is van angst binnen ziekenhuizen voor negatieve registraties als gevolg van ingrepen met meer kans op mogelijke complicaties?

Antwoord 8.

Hierover is mij geen informatie bekend.

9

Kunt u de mogelijkheden schetsen van de manier waarop de attitude van ziekenhuizen wat betreft het opereren en behandelen van ouderen kan worden veranderd, indien nodig?

Antwoord 9.

Het gaat in de eerste plaats om maatwerk waarbij de specialist samen met de patiënt een integrale afweging maakt tussen onder andere de zinvolheid van de ingreep, de specifieke kenmerken en wensen van de patiënt. In de praktijk krijgen de regionale oncologienetwerken steeds meer vorm en worden steeds vaker regionale multidisciplinaire overleggen (MDO's) belegd, waarbij de patiënt direct na de diagnose wordt besproken in het bijzijn van artsen met ervaring met het desbetreffende ziektebeeld. Daarnaast worden van deze patiëntengroep steeds meer gegevens vastgelegd, ook in het kader van de Nederlandse Kankerregistratie. Terugkoppeling en gezamenlijk bespreken van deze cijfers leidt tot meer inzicht in de effectiviteit van de behandelingen bij ouderen, leidt tot regionale samenwerking en doorverwijzing en verkleint daarmee de variatie.

10

Welke rol speelt het inkoopbeleid van zorgverzekeraars volgens u bij de mate waarin ziekenhuizen wel of niet overgaan tot behandeling? Kunnen de verschillen volgens u worden verklaard door een conservatief of restrictief inkoopbeleid?

Antwoord 10.

Er zijn mij geen gegevens bekend waaruit geconcludeerd kan worden dat er een relatie is tussen zorginkoopbeleid bij zorgverzekeraars en het behandelbeleid van ziekenhuizen bij ouderen met kanker.

1) Trouw, 19 mei 2016, "Oudere met kanker loopt juiste zorg mis".