



GABE SONKE
INTERNIST-ONCOLOOG, EPIDEMIOLOOG
EN ONDERZOEKSLEIDER



‘Onderzoek naar gepast gebruik moet een vast onderdeel worden van de introductie van dure genees- middelen’

Internist-oncoloog en epidemioloog Gabe Sonke uit het Antoni van Leeuwenhoek benadrukte in zijn oratie dat veel peperdure (kanker)medicijnen minder gezondheidswinst opleveren dan we verwachten. En dat we als artsen een grotere rol moeten nemen om overbehandeling te voorkómen.

Waar loop je tegenaan bij de inzet van dure geneesmiddelen?

'We zien dat gebruik van dure geneesmiddelen, momenteel bijna drie miljard euro per jaar, wezenlijk bijdraagt aan hoge zorguitgaven. En dit leidt al toenemend tot verdringing van andere zorg. Verdere groei kan de maatschappij niet dragen. Ik zie meerdere oorzaken. Zo leidt onze enorme actiemodus vaak tot snel starten van een therapie, in plaats van tijd nemen om te bespreken dat minder of helemaal geen dure behandeling ook een optie is. In mijn eigen vakgebied zie ik bovendien dat we keuzes moeten maken met steeds meer onzekerheid. We willen allemaal dat nieuwe middelen zo snel mogelijk beschikbaar komen, maar daardoor ontbreken in registratiestudies vaak de uitkomsten die voor patiënten juist het meest relevant zijn, zoals *overall survival* en kwaliteit van leven. Of we nemen bijvoorbeeld genoeg met eenarmige studies zonder controlegroep. Bovendien is de fitte proefpersoon van 50 in een registratiestudie niet representatief voor de 70-jarige met comorbiditeit in de spreekkamer. We willen snelheid, maar krijgen daar onzekerheid voor terug. En die onzekerheid vertaalt zich in de spreekkamer in te hoge verwachtingen.'

Je hebt nagedacht over oplossingen?

'Bij de introductie van dure geneesmiddelen zouden studies naar gepast gebruik - waarbij de gezondheidswinst voor patiënt en maatschappij optimaal is - vast onderdeel moeten worden. Dat is in het algemeen belang: patiënten, dokters, zorgverzekeraars, het Zorginstituut, VWS, et cetera. Daarbij gaat het niet alleen om de techniek en de financiën, maar juist ook om de menselijke maat. Patiënten moeten uiteindelijk alleen behandelingen krijgen die echt bijdragen aan verbetering van hun persoonlijke situatie. Kostenbesparende klinische studies zijn daarbij een effectief instrument: je kunt dan onderzoeken of we met minder medicijnen - en dus minder bijwerkingen -

hetzelfde effect kunnen bereiken. Daarmee verlagen we de uitgaven aan geneesmiddelen en verbetert de kwaliteit van leven. Er zijn al voorbeelden van dergelijke geneesmiddelenonderzoeken die tijdens de looptijd miljoenen euro's besparing hebben opgeleverd. Bijvoorbeeld de SONIA-studie die we samen met Agnes Jager uit het Erasmus MC en Inge Konings uit het Amsterdam UMC hebben gedaan naar vrouwen met uitgezaaide, hormoongevoelige borstkanker. Hierin pasten we een combinatiebehandeling anders toe dan wereldwijd gangbaar: we startten niet direct met de combinatie van twee, maar met een achterenvolgende toediening. Hiermee bespaarden we in de studie 25 miljoen euro doordat minder lang toegediend hoefde te worden. Een ander goed voorbeeld is de DOT-MS studie van Zoé van Kempen in het Amsterdam UMC, waarin wordt onderzocht of MS-patiënten die inflammatoir stabiel zijn en lange tijd immunomodulerende therapie gebruiken, veilig kunnen stoppen en of dit ook een hogere kwaliteit van leven geeft. Verwachting is dat dit onderzoek een besparing oplevert van minstens twee miljoen euro. Via een zogeheten *revolving fund* zou je zulke besparingen kunnen inzetten voor nieuw onderzoek naar gepast gebruik. Zo ontstaat een vliegwiel met een enorme spin-off en wordt het eenvoudiger om zorgkosten beheersbaar te maken.'

Dit klinkt logisch, waarom gebeurt het al niet standaard?

'Tot nu toe kwam het initiatief van gemotiveerde dokters en onderzoekers die met doorzetting en samenwerking deze studies van de grond hebben gekregen. Het is een enorme onderneming om financiering voor dit soort onderzoek te vinden en, zoals in de SONIA-studie, 74 ziekenhuizen te laten deelnemen; lang niet ieder ziekenhuis is op dit soort onderzoek ingericht. Daar staat tegenover dat een studie heel snel kan verlopen én dat patiënten in heel Nederland deelnemen, of ze nou in Terneuzen of Den Helder wonen. Zo krijg je data die echt iets zeggen over onze patiënten uit de dagelijkse praktijk.'

Maar dat kost tijd?

'Een vaste onderzoeksstructuur wordt enorm bijdragend, met een vast onderliggend contract voor alle ziekenhuizen, een vaste database en een vast template van het onderzoeksprotocol, waaraan je eenvoudig cohorten of baskets met nieuwe middelen kan toevoegen. Dan hoef je niet iedere keer het wiel opnieuw te laten uitvinden door een gemotiveerde

'Oké, dit middel is nu geregistreerd, maar voldoet het dan ook automatisch aan wat wij goede zorg vinden?'



'In praat-
programma's en
kranten wordt ook
vaak gerept over alle
nieuwe doorbraken,
hoe mooi die wel
niet zijn. Dat scheidt
de illusie dat alles
maakbaar is'

onderzoeksgroep. En zo'n onderzoek moet je niet ingewikkelder maken dan nodig is. De belangrijkste antwoorden krijg je al met een paar vragen per patiënt. Als je de eenvoud goed borgt, is deelname weinig belastend voor patiënten en ziekenhuizen. Tenslotte moeten we samen met zorgverzekeraars en het ministerie van VWS verder werken aan de financiering voor deze onderzoeken. De stichting Treatmeds van de samenwerkende zorgverzekeraars en het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen zijn hiervoor al hele mooie mogelijkheden die we verder willen stroomlijnen.'

Hoe zie je de rol en verantwoordelijkheid van medisch specialisten in het voorschrijven van nieuwe medicatie?

'Als gespecialiseerde beroepsgroep kun je bij de komst van een nieuw medicijn meteen goed nadenken:

"Oké, dit middel is nu geregistreerd, maar voldoet het dan ook automatisch aan wat wij goede zorg vinden?". Registratieautoriteiten zoals het European Medicines Agency (EMA) en de Food and Drug Administration (FDA) hebben een rol als toegangspoort tot de markt voor nieuwe middelen: is het product kwalitatief goed gemaakt, zijn de bijwerkingen niet al te erg en kan het middel in potentie effectief zijn? Als dat zo is dan mag het verkocht worden, maar dat wil niet zeggen dat het ook voorgeschreven moet worden. Of dat het doelmatig is. Als beroepsgroep kun je juist daarover afspraken maken en samenwerken. De Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) doet dit samen met longartsen in de commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM), die naar alle nieuwe registraties en indicaties van oncologische medicijnen kijkt en beoordeelt of een nieuwe indicatie voldoende



‘Mijn advies is om dit als behandelteam op te pakken, niet als individuele arts’

winst geeft voor onze patiënten. En het blijft belangrijk om bij individuele patiënten zorgvuldig na te gaan of de medicatie in de individuele situatie bijdraagt.’

Valt er met de industrie te praten over goedkopere alternatieven?

‘Met de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) zijn we als NVMO ook in gesprek. Zij willen meedenken over gepast gebruik van medicijnen. Maar uiteindelijk moet er wel omzet en winst worden gemaakt. Doelmatigheidsinitiatieven die een belangrijke daling van de afzet tot gevolg hebben zijn tot nu niet actief ondersteund vanuit de farmaceutische industrie en in alle eerlijkheid zie ik dat ook niet snel gebeuren. Het mooie is dat we daar als specialisten niet van afhankelijk zijn, maar daar nu zelf het initiatief in nemen. En dan zijn er nog interessante vragen over bijvoorbeeld het gebruik van goedkope ‘oude’ medicijnen die vrijwel hetzelfde doen als dure nieuwe. Is vrijwel hetzelfde dan goed genoeg? Of kunnen we medicijnen die erg op elkaar lijken uitwisselen en daardoor makkelijker voor de goedkoopste variant kiezen? Hoeveel variatie en onzekerheid zijn we in die situatie bereid om met elkaar te accepteren? Ook zijn er *pay-for performance* afspraken en gezamenlijke inkoopstrategieën waarbij iets op de prijs wordt afgedongen.’

Kunnen wetenschappelijke verenigingen een rol vervullen?

‘Een aantal verenigingen richt nu geneesmiddelencommissies in die weten welke nieuwe registraties op de rol staan en kunnen beoordelen of doelmatigheidsstudies zinvol zijn. Met die kennis kun je direct een doelmatigheidsonderzoek opzetten zodra het middel op de markt komt. En de Federatie Medisch Specialisten kan helpen om een basisstructuur aan te brengen, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen onderling en in de vorm van nationaal overkoepelende contractafspraken. Aan de hand van bestaande afspraken hoef je dan als wetenschappelijke vereniging niet iedere keer langs al die ziekenhuizen.’

Er zijn middelen die niet brengen wat ervan was verwacht. Hoe sta je tegenover evaluatie en herbeoordeling?

‘Herbeoordelen en evalueren is van groot belang. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) is heel actief op dit vlak en ik ondersteun hun oproep om een streep te zetten door behandelingen zonder deugdelijke onderbouwing of om zo’n behandeling alsnog goed te onderzoeken. In de praktijk blijkt het overigens vaak lastig afstand te nemen van iets dat al is ingeburgerd. Daarom richt ik me met name ook op het evalueren in de praktijk van nieuwe behandelingen.’

De voorlichting aan patiënten kan beter, zodat zij niet langer automatisch vragen om dure geneesmiddelen, vinden veel specialisten.

‘In de spreekkamer is goede voorlichting inderdaad van belang, met duidelijkheid over wat een patiënt reëel kan verwachten van een behandeling en ook welke onzekerheden er nog bestaan over het effect van een therapie. Daarnaast is een maatschappelijke discussie van belang over de keerzijde van steeds sneller nieuwe behandelingen beschikbaar willen hebben. We krijgen daar namelijk steeds meer onzekerheid, en als gevolg overbehandeling, bijwerkingen en hoge zorgkosten voor terug. Zijn we bereid die onzekerheid en die kosten te accepteren? In praatprogramma’s en kranten wordt ook vaak gerept over alle nieuwe doorbraken, hoe mooi die wel niet zijn. Dat schept de illusie dat alles maakbaar is. Samen praten over de nuances en de noodzakelijke keuzes biedt meer perspectief.’

Hoe ga je zelf om met die behoefte van patiënten aan relatief dure medicijnen?

‘Ik werk daarin zo veel mogelijk samen met een behandelteam – waarin ook onze verpleegkundig specialisten en de huisarts een rol hebben. In spreekkamergesprekken is het belangrijk te benadrukken wat je kunt winnen met een behandeling, maar óók wat de onzekerheden en negatieve kanten zijn. Zoals de belasting die het kan opleveren om telkens weer de spanning en onzekerheid te voelen over het aanslaan van een behandeling. Misschien kom je dan op een punt dat de patiënt niet langer voor behandelen kiest, wat rust en ruimte kan opleveren. Dat is een vorm van samen beslissen. Mijn advies is dus om dit als behandelteam op te pakken, niet als individuele arts. Een patiënt hecht vaak sterk aan de mening van een specialist, maar juist door ook een verpleegkundig specialist en de huisarts in de overwegingen mee te nemen, ontstaan verschillende – vaak relativerende – perspectieven die de zorgkwaliteit verrijken.’