

Vergaderjaar 2019–2020

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 489

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2020

Tijdens het AO Medische preventie en infectieziekten van 6 februari 2020 heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over vervolgstappen met betrekking tot longkanker screening, alsmede over screening op abdominale aorta aneurysma (AAA). De toezegging met betrekking tot screening op AAA heb ik afgedaan bij brief van 2 april 2020 (Tweede Kamer 2019–2020, Kamerstuk 32 793, nr. 476).

Daarnaast is tijdens het AO op 5 december 2019 over de Europese Gezondheidsraad (Kamerstuk 21 501-31, nr. 547) door de Minister voor Medische Zorg en Sport toegezegd in het eerste kwartaal uw Kamer een brief te sturen over de hoge prevalentie van longkanker in Nederland en of er een nationaal actieplan kanker zou moeten komen. Het nakomen van deze toezegging is vertraagd als gevolg van de werkzaamheden rond COVID-19. Ik doe met deze brief deze toezegging af mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport.

Screening op longkanker

Tijdens het genoemde AO van 6 februari 2020 (Kamerstuk 32 793, nr. 477) heeft de heer Hijink van de SP mij bevraagd over de mogelijkheid tot een bevolkingsonderzoek naar longkanker. Dit was naar aanleiding van een onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum waaruit zou blijken dat screening van rokers en ex-rokers nuttig zou zijn.

Het gaat hier om een studie waarbij sinds 2003 in de Nederlands Leuvens Longkanker Screenings Onderzoek (NELSON)-studie wordt onderzocht of het screenen op longkanker met CT-scans in een hoogrisicogroep leidt tot een beduidende afname in longkankersterfte. De helft van de 16.000 deelnemers aan deze studie kreeg bij de start, na 1 jaar, 3 jaar en 5,5 jaar een CT-scan van de longen. De overige deelnemers dienden als controlegroep (geen screening). Ten opzichte van de controlegroep was de 10-jaar overleving van mannen in de screeningsgroep 26% hoger. Bij vrouwen was het verschil 40–60%.

Hoewel deze uitkomsten inderdaad veelbelovend zijn, kent het uitbreiden van een dergelijk onderzoek tot een landelijk bevolkingsonderzoek enkele belemmeringen. Zoals ik al aangaf tijdens het AO is het noodzakelijk dat de doelgroep goed kan worden afgebakend. Bij de NELSON-studie konden mensen meedoen die zelf aangaven een bepaalde hoeveelheid sigaretten per dag te roken of te hebben gerookt gedurende bijvoorbeeld 10 jaar. Het is lastig te bepalen wat te doen als mensen ook wel minder sigaretten hebben gerookt, of gedurende een jaar tijdelijk niet rookten. Waar we met de huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker mensen uit leeftijdscategorieën uitnodigen, zouden we bij longkanker mensen uitnodigen louter op geleide van wat mensen zelf opgeven. Deze zelfopgave kan niet gecontroleerd worden terwijl de criteria ook niet goed afgebakend kunnen worden. Daarnaast kan ik me voorstellen dat een dergelijke longkankerscreening vragen oproept bij mensen die longkanker hebben gekregen zonder ooit te hebben gerookt.

Naar ik heb begrepen is er wetenschappelijke belangstelling voor onderzoek naar longkanker bij mensen die op basis van andere risicofactoren geïnccludeerd kunnen worden, zoals voorliggende gezondheidsproblemen als COPD. In dat geval gaat het niet om bevolkingsonderzoek maar om reguliere zorg op basis van een medische indicatie. Dergelijk onderzoek is nog niet concreet gestart, zodat ik hier niet op vooruit kan lopen.

Preventie longkanker

Longkanker is een vreselijke ziekte. Ik hecht er dan ook aan onverminderd in te zetten op het ontmoedigen van roken als belangrijkste oorzaak van longkanker. Nog altijd sterven in Nederland ieder jaar meer dan 20.000 mensen aan de gevolgen van (mee)roken, waarvan het bij 10.000 mensen om longkanker gaat. Tegelijkertijd starten er iedere dag 75 kinderen met roken. Als zij blijven roken, is de kans meer dan 50% dat zij aan de gevolgen daarvan zullen komen te overlijden. Het Nationaal Preventieakkoord heeft als ambitie een rookvrije generatie in 2040 te bereiken. Binnen het akkoord werken de overheid, maatschappelijke organisaties, gezondheidsfondsen, de zorgsector, zorgverzekeraars, gemeenten, sportbonden, topsectoren en bedrijven aan dit doel. De overheid neemt verschillende maatregelen om de ambities te halen. Dit wordt gedaan door stoppen met roken makkelijker te maken en beginnen met roken moeilijker. Voorbeelden daarvan zijn een significante accijnsverhoging per 1 april van dit jaar, uitbreiding van het rookverbod met onder andere de e-sigaret, rookvrije schoolterreinen per 1 augustus verplicht te stellen evenals neutrale verpakkingen van sigaretten en shag vanaf 1 oktober. Het tabaksontmoedigingsbeleid vloeit mede voort uit het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK) dat in Nederland liep van 2005 – 2010. Tijdens genoemd AO op 5 december 2019 is gerefereerd aan dit NPK, en is hierop toegezegd uw Kamer een brief te sturen over de prevalentie van longkanker in Nederland en of er een nationaal actieplan kanker zou moeten komen.

Prevalentie longkanker in Nederland

Actuele informatie over de prevalentie van longkanker is te vinden op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/longkanker/cijfers-context/huidige-situatie>. Hierop is de volgende informatie opgenomen:

In 2019 kregen ongeveer 13.800 mensen longkanker, 7.500 mannen en 6.300 vrouwen (0,9 per 1.000 mannen en 0,7 per 1.000 vrouwen). Longkanker is, na prostaat- en huidkanker, de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen. Van alle mannen die in 2019 kanker kregen, kreeg

12% longkanker. Bij vrouwen is longkanker, na borst- en huidkanker, de meest voorkomende vorm van kanker. Van alle vrouwen die in 2019 kanker kregen, kreeg 11% longkanker. Bij personen jonger dan 40 jaar komt longkanker weinig voor. Vanaf deze leeftijd stijgt het aantal nieuwe gevallen snel. In de leeftijdsgroep tot 60 jaar zijn er iets meer vrouwen dan mannen met longkanker. In de leeftijdsgroep boven de 60 jaar is het aantal nieuwe gevallen bij mannen hoger dan bij vrouwen. Het aantal mensen dat op 1 januari 2019 longkanker had, wordt geschat op 30.300: 15.500 mannen en 14.800 vrouwen. Dit komt overeen met 1,8 per 1.000 mannen en 1,7 per 1.000 vrouwen. Het betreft hier de tienjaarsprevalentie. Dit wil zeggen het aantal mensen dat in de loop van de tien jaar voorafgaand aan de peildatum (1 januari 2019) longkanker heeft gekregen en op de peildatum nog in leven is. De cijfers voor longkanker in 2019 zijn naar verwachting begin 2021 volledig geregistreerd, vandaar dat de huidige cijfers nog deels zijn gebaseerd op schattingen.

In toelichting op bovenstaande cijfers het volgende.

De prevalentie is het netto resultaat van het aantal nieuwe diagnoses (de incidentie) en de overleving/sterfte:

- De incidentie van longkanker daalt bij mannen al tientallen jaren. Bij vrouwen is lange tijd een toename zichtbaar geweest en we verwachten dat de incidenties zullen gaan afvlakken en uiteindelijk ook gaan dalen. Dit is het gevolg van het rookgedrag in de bevolking 20 jaar geleden. Jaarlijks zijn er zo'n 14.000 diagnoses.
- De overleving van longkanker verschilt per stadium van de ziekte. Helaas wordt longkanker bij de helft van de patiënten ontdekt als er al uitzaaiingen naar andere organen zijn. Voor deze patiënten zijn nieuwe immunotherapieën en doelgerichte therapieën gekomen afgelopen jaren. De effecten hiervan monitort IKNL in de Nederlandse Kankerregistratie. Het effect moet echter groot zijn om het ook terug te zien op de overleving voor de hele groep longkankerpatiënten. Jaarlijks overlijden 10.000 patiënten aan longkanker, dit is een kwart van de sterfte door kanker (bron: CBS).

De netto-effecten van incidentie en sterfte maken dat de tienjaarsprevalentie van longkanker op 1 januari 2019 30.300 is. Ter vergelijking: voor borstkanker zijn dat er 119.000, prostaatkanker 86.000, dikkedarmkanker 55.500, melanoom 47.500 en endeldarmkanker 27.300.

Opschaling oncologische zorg

Naar aanleiding van het verzoek van uw Kamer en de wens van KWF met betrekking tot een nationaal actieplan kanker merk ik het volgende op. De inspanningen van VWS zijn nu eerst gericht op de aanpak van het bestrijden van het COVID-19 virus en het zich voorbereiden op alle mogelijke scenario's. Dit heeft onze prioriteit. Hoewel het aantal besmettingen met het coronavirus en het aantal ziekenhuis- en IC-opnames blijven afnemen, blijven we waakzaam en bereiden we ons goed voor op een mogelijke nieuwe uitbraak. Ik ben van mening dat het van belang is om nu te komen tot een goede aanpak hoe we omgaan met de achterstanden in de oncologie als gevolg van COVID-19. Ik vat de wens van KWF in dat licht en met dat uitgangspunt op.

Zoals u weet heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport de NZa gevraagd om de regie te nemen over het weer opschalen van de reguliere zorg, die in de afgelopen periode door de crisis en de druk op de zorg uitgesteld is. De achterstanden in de oncologie en het weer hervatten van deze oncologische zorg worden hierin meegenomen.

Er is een eerste rapportage gemaakt door de NZa over de gevolgen van COVID-19 op de reguliere zorg voor patiënten met een (mogelijke) vorm van kanker. Hieruit blijkt dat de verwijzingen en behandelingen voor mensen met kanker tijdens de COVID-19 uitbraak minder hard zijn teruggelopen dan voor andere diagnoses. Urgente oncologische zorg heeft zo goed als volledig wel plaatsgevonden. Verder zijn er tot 65.000 minder verwijzingen voor oncologische zorgvragen en is het aantal oncologiepatiënten na de uitbraak met bijna de helft afgenomen. Afgelopen weken is gelukkig weer een aanzienlijke toename van het aantal verwijzingen van patiënten met een oncologische zorgvraag te zien.

Conclusie

VWS doet veel inspanningen op het gebied van de oncologie. Ik noem als voorbeelden: de bevolkingsonderzoeken naar kanker, de erkenning van expertisecentra zeldzame (oncologische) aandoeningen, de VWS-subsidie aan het Integraal Kankercentrum Nederland en de VWS-subsidie aan een van de programma's van het Citrieffonds «*naar regionale oncologienetwerken*». Ik vind het belangrijk om samen met mijn collega voor Medische Zorg en Sport deze zaken te kunnen voortzetten. Alles overwegende zie ik op dit moment geen meerwaarde van een nationaal actieplan kanker.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis