




Moet alles wat kan?

Behandelen met verstand en gevoel

Prof. Dr. V. Surmont
PROLONG
2 oktober 2025



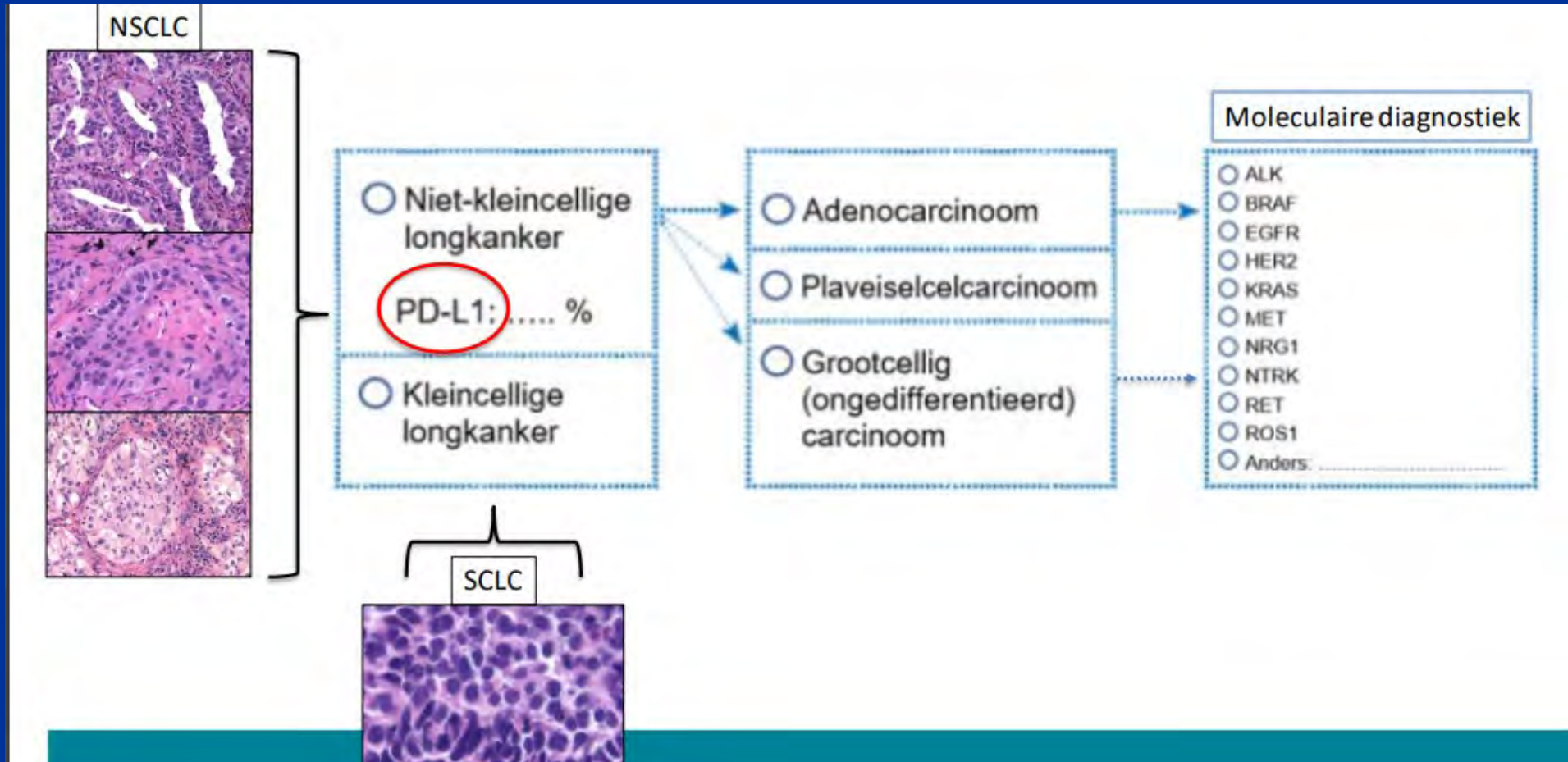
Indeling

- ▶ korte inleiding
 - ▶ longkanker is complex, snelle evolutie
 - ▶ casus
 - ▶ wat is (niet)passende zorg?
 - ▶ wat werkt (niet)passende zorg in de hand?
 - ▶ hoe passende zorg bevorderen in de spreekkamer?
 - ▶ (hoe worden nieuwe medicijnen terugbetaald in België?)
- 
- A blue triangle graphic is located in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

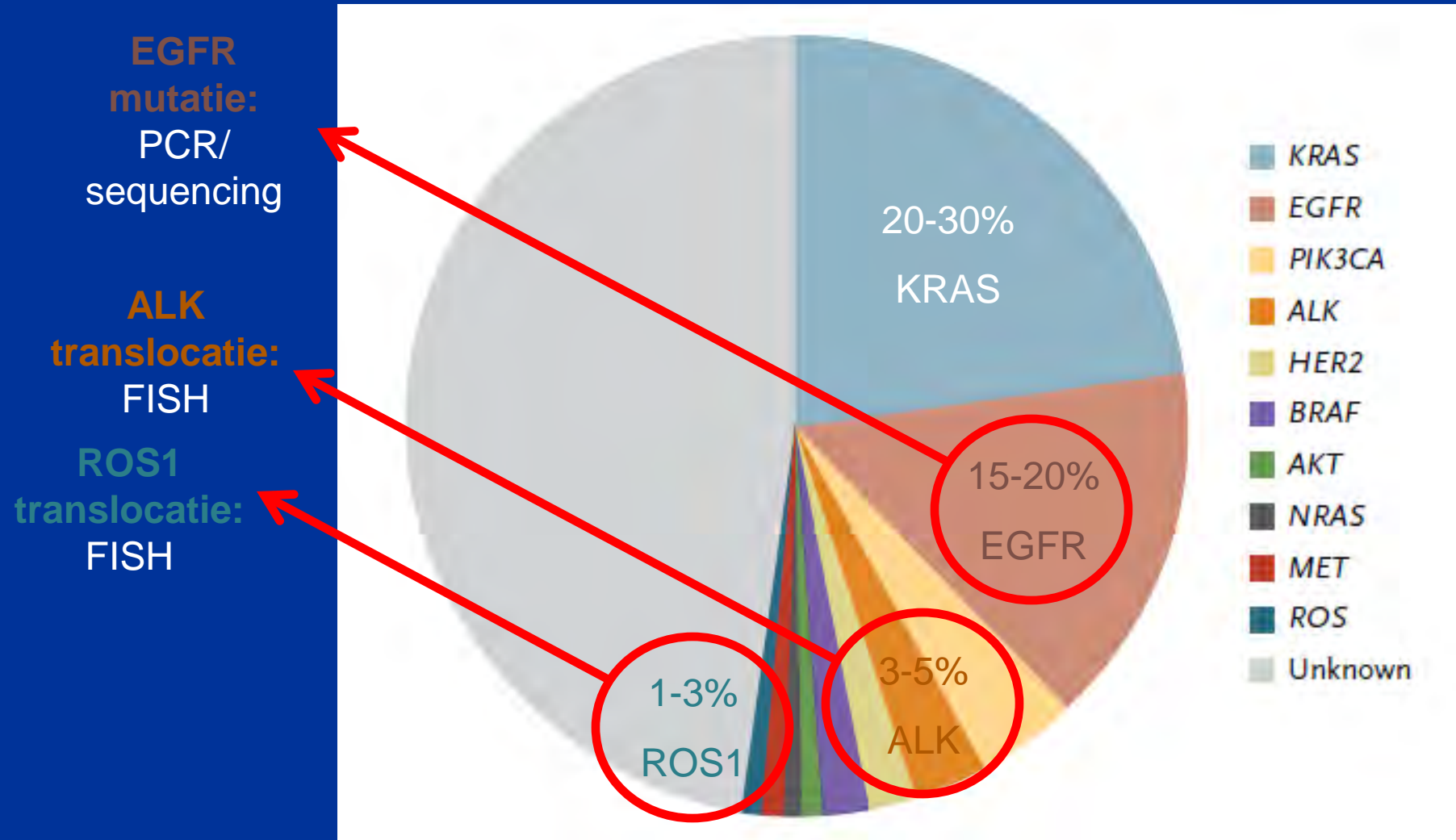
Wat doen bij verdenking longkanker?

- diagnostiek= vaststellen dat het longkanker is= weefsel (pathologie)
- staging = het zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen van de uitgebreidheid van de longkanker (PET-CT, EUS, EBUS...)

Verschillende weefeltypes



MOLECULAIRE PATHOLOGIE: FARMACODIAGNOSTIEK





80% VAN DE PATIËNTEN
MET LONGKANKER
HEEFT OOI**T** GEROO**K**T

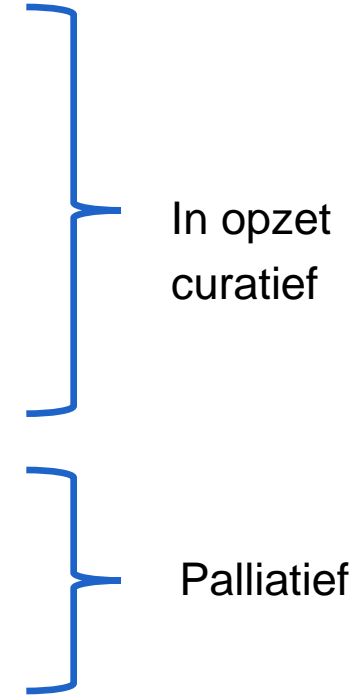
20%*
HEEFT NOOI**T** GEROO**K**T

*American Cancer Society (Lung Cancer Risk Factors | Smoking & Lung Cancer, cancer.org)

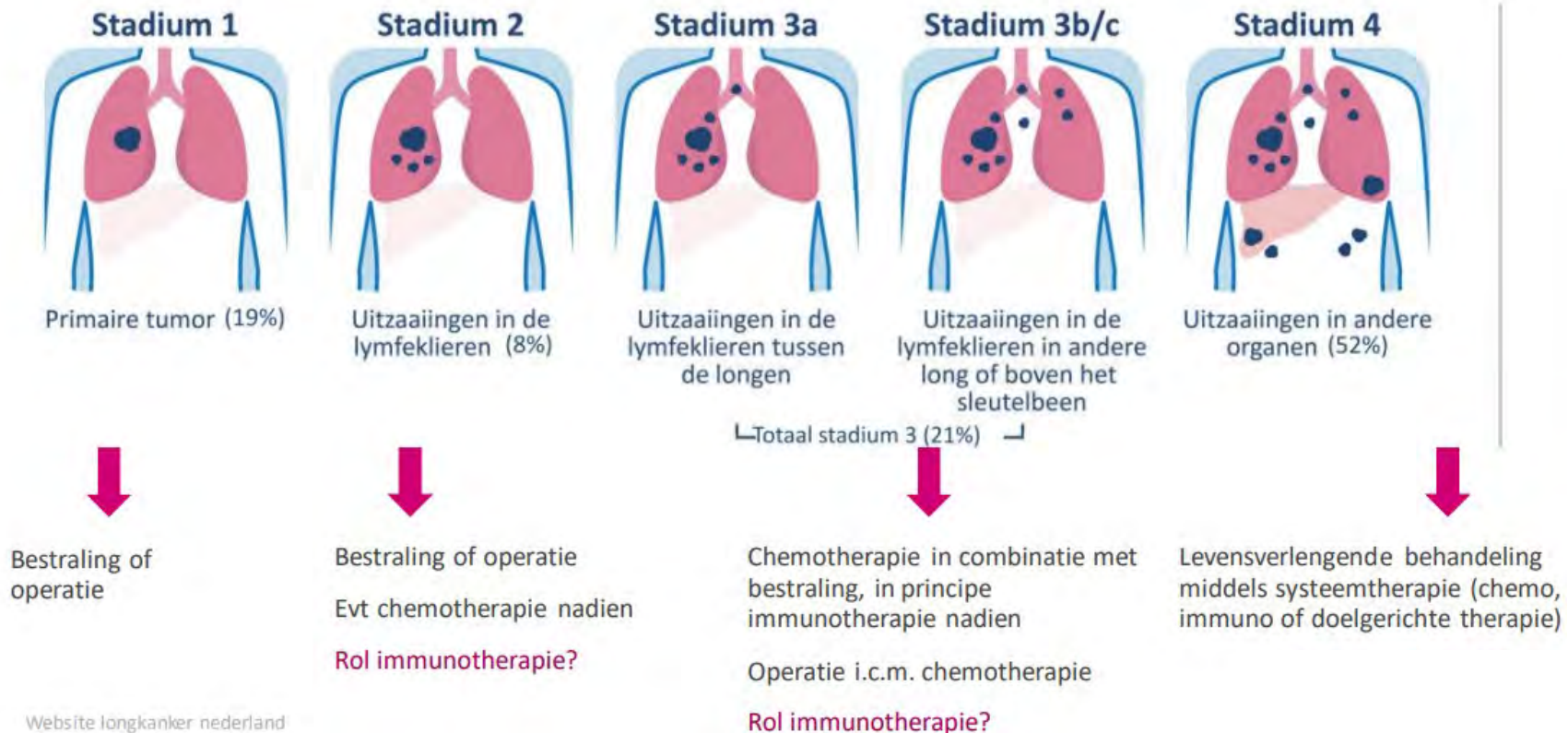


STAGERING EN BEHANDELING

- Stadium I: operatie of radicale radiotherapie
- Stadium II: operatie (gevolgd door chemo-immuno) of radicale radiotherapie
- Stadium III: multimodale behandeling
 - chemotherapie + radiotherapie +/- immuuntherapie
 - neo-adjuvante chemo-immuno gevolgd door operatie
- Stadium IV (> 50%) : systemische behandeling
 - chemotherapie + immuuntherapie
 - immuuntherapie mono
 - doelgerichte therapie= targeted therapie

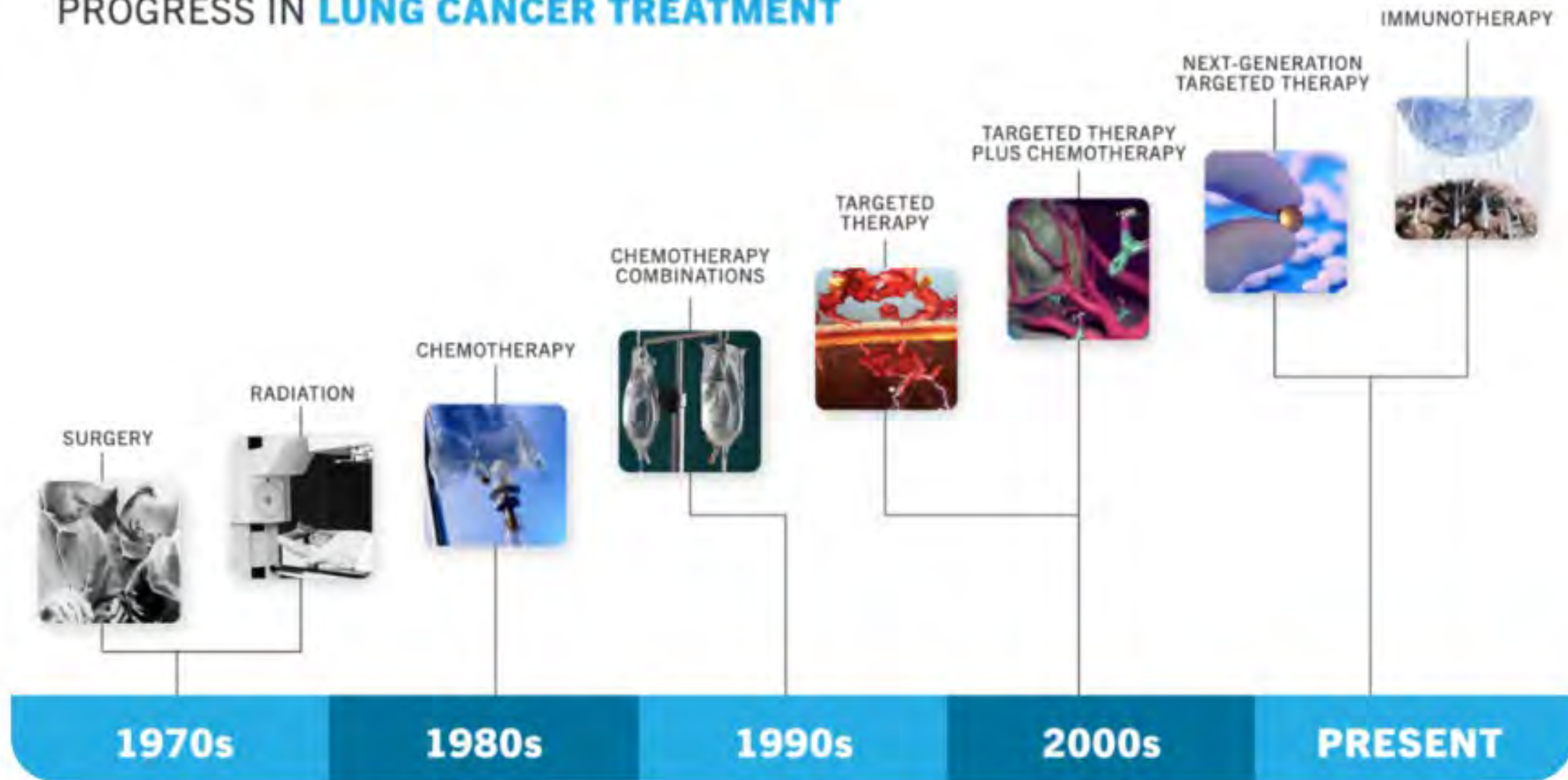


Stadium van longkanker – behandeling

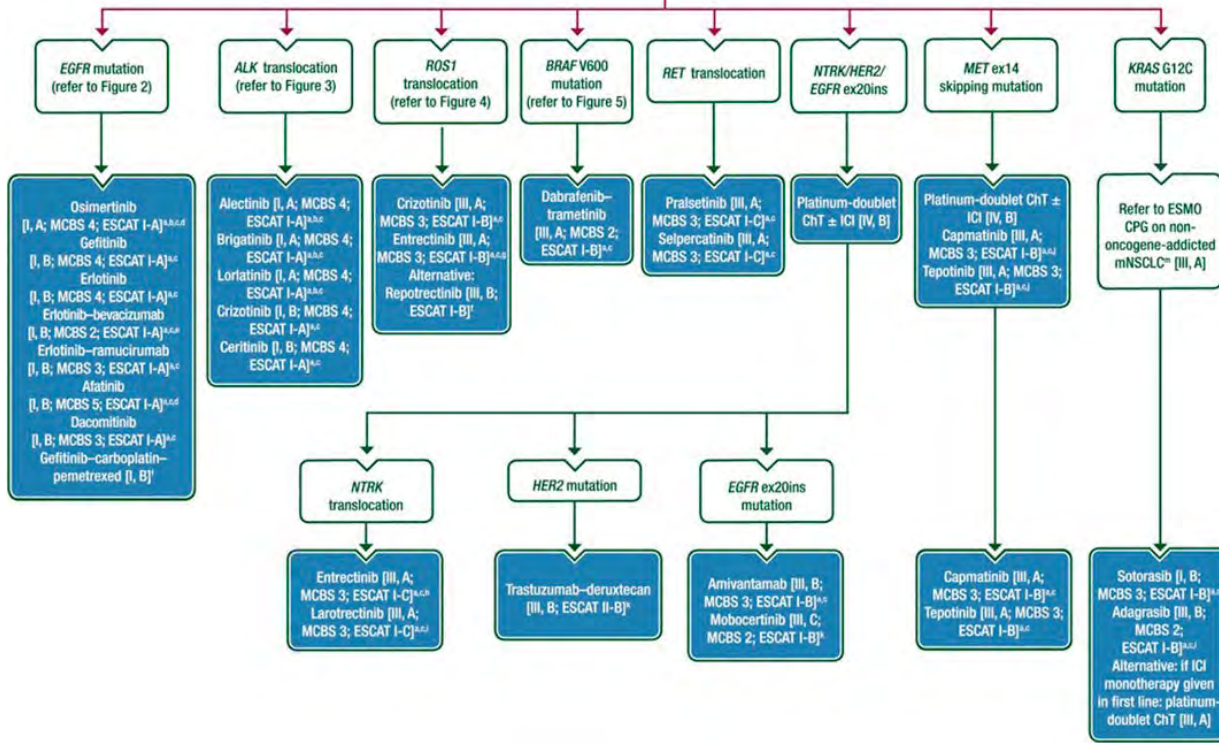


Longkanker: complex, snelle evolutie

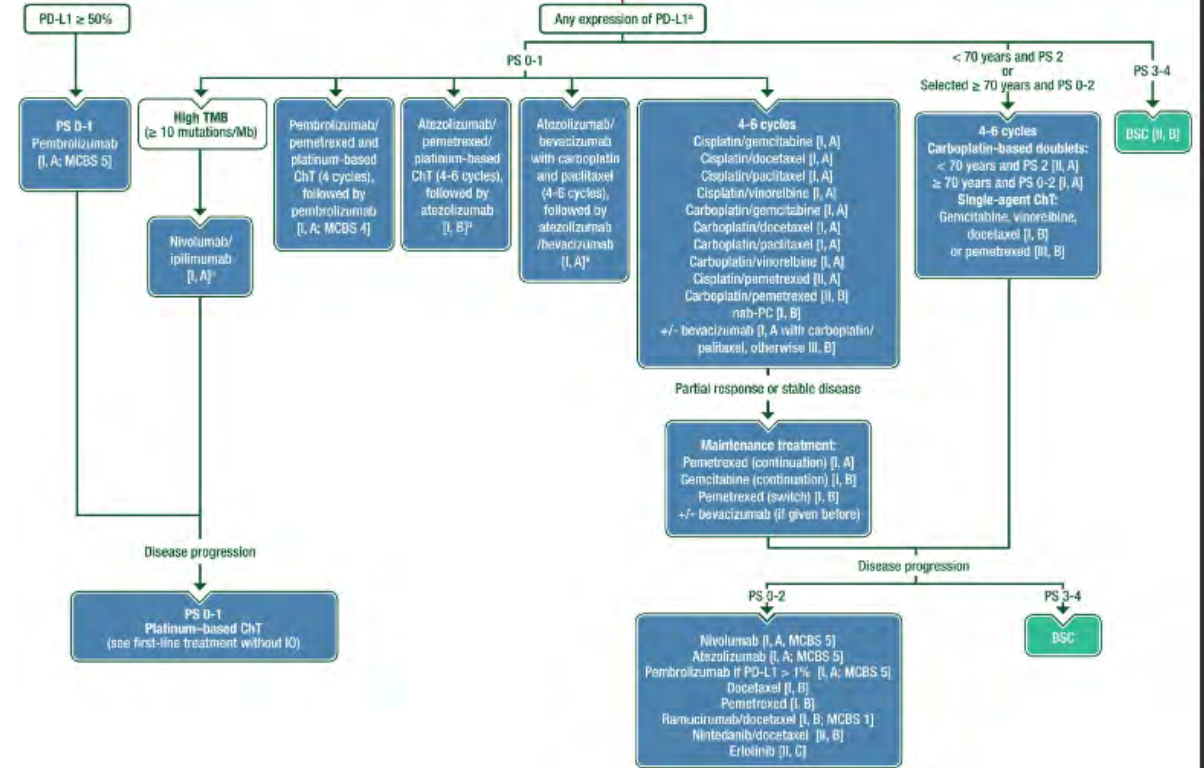
PROGRESS IN LUNG CANCER TREATMENT



Stage IV mNSCLC, molecular tests positive (EGFR/ALK/ROS1/BRAF/RET/NTRK/MET/HER2/EGFRex20ins/KRAS G12C)



Stage IV NSCLC: Molecular tests negative (ALK/BRAF/EGFR/ROS1)



Behandelopties stadium IV NSCLC

ESMO guidelines

Gevolgen van de complexiteit

▶ Positief

- ▶ meer behandelopties
- ▶ betere behandelopties



▶ Uitdaging

▶ arts

- kennis vereist
- consultaties vragen veel meer tijd
- meerdere consultaties nodig
- shared decision making
- gespecialiseerd team nodig

▶ patiënt

- stress
- onzekerheid, minder duidelijkheid

Casus

Man 74 jaar

- ▶ jan 2024: cT3N2M1c (lever, bot, long) NSCLC adenoca, PD-L1 40% (WHO 1)
- ▶ start carbo-pem-pembro (gr 2 neutropenie en thrombopenie)
- ▶ progressie na 4 cycli

- ▶ dyspnoe
- ▶ verminderde eetlust
- ▶ vermoeiheid
- ▶ rugpijn thv Th4
- ▶ slaapt/rust overdag (5uur) → WHO 2

Mogelijkheden



- ▶ A. docetaxel 2^e lijn
 - ▶ therapie is standaard 2^e lijn, geregistreerd en terugbetaald, ik werk graag conform de richtlijnen

- ▶ B. palliatieve RT thv Th4 en BSC (best supportive care)
 - ▶ ik heb als arts uitgelegd dat ik weinig verwacht van de standaard 2^e lijn, er zijn bijwerkingen, conditie van patiënt laat dit niet toe
 - ▶ de bestraling zal effect hebben op de pijn en voor comfort zorgen

- ▶ C. BSC onder de vorm van pijnstilling en zuurstoftherapie
 - ▶ ik heb als arts uitgelegd dat ik weinig verwacht van de standaard 2^e lijn, er zijn bijwerkingen, conditie van patiënt laat dit niet toe



Arts maakt keuze A

- ▶ controle 10 dagen na 1^e kuur docetaxel bij verpleegkundige (VCO)
- ▶ patiënt heeft nog steeds veel pijn
- ▶ 3 dagen nausea en braken
- ▶ vermoeidheid, ligt nu de hele dag in de zetel
- ▶ patiënt wil stoppen:
 - ▶ ik wil dit eigenlijk niet, maar durf dit niet te zeggen tegen dokter
 - ▶ dokter zei dat dit de behandeling was voor mij (2^e lijn)
 - ▶ dokter heeft niet gevraagd wat ik wilde
 - ▶ ik stond op 10 min buiten

wat is (niet)passende zorg ?

Met verstand en gevoel

definitie

- ▶ verschillende termen en betekenissen
 - ▶ therapeutische hardnekkigheid
 - ▶ onnodige zorg
 - ▶ behandelen buiten proporties
 - ▶ medische zinloosheid
 - ▶ futiele zorg

- ▶ futility in medicine
 - ▶ excessive medical intervention
 - ▶ very little prospect of altering the outcome in a positive manner

bestaat er niet passende zorg?

- ▶ casus
- ▶ 1/3 heeft in de laatste dertig levensdagen niet-passende zorg
- ▶ 20% overlijdt in het ziekenhuis
- ▶ 1/14 immuno in laatste maand voor dood (Kerekes DM, JAMA Oncol, 2024)

passende zorg

- ▶ wordt verleend door deskundige, opgeleide en ervaren zorgverleners
 - ▶ empathisch en respectvol
 - ▶ open communicatie
 - ▶ tijd nemen
 - ▶ samenwerking met andere zorgverleners

- ▶ is aangepast aan patiënt

- ▶ biedt comfort en kwaliteit



Wat werkt (niet) passende zorg in de hand?



maatschappij

- ▶ onrealistische verwachtingen van de geneeskunde
 - juichende berichten in de media
- ▶ opgeven is geen optie
 - “wat gaan ze zeggen als ik stop met therapie?”
 - “ik moet toch vechten?”
- ▶ culturele en religieuze verschillen
 - taalbarrière
 - familie wil dat alles geprobeerd wordt

organisatie van de zorg

- ▶ financiering
 - per prestatie
 - zet aan tot “doen” eerder dan “laten”
- ▶ werkdruk
 - weinig tijd voor gesprekken
 - chemo voorschrijven kost minder tijd dan goed gesprek
- ▶ klinische richtlijnen
 - zijn gericht op handelen, doen
 - weinig aandacht voor optie “niet behandelen”

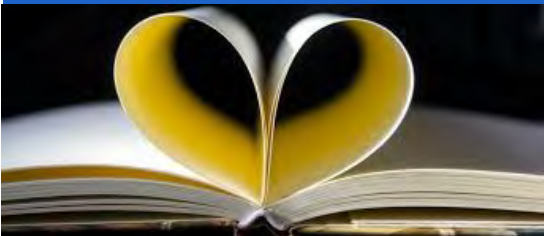
zorgverleners zelf

- ▶ opgeleid om patiënten te genezen en te behandelen
- ▶ communicatievaardigheden ontbreken
- ▶ weinig kennis over ondersteunende en palliatieve zorg

familieleden en patiënt

- ▶ willen patiënt beschermen tegen slecht nieuws
- ▶ soms onrealistische verwachtingen
- ▶ onwetendheid
- ▶ terughoudendheid

Hoe bevorderen we passende zorg in de spreekkamer?



guidelines kennen en volgen



- ▶ opleidingen (stagering, behandelingen)
- ▶ opleiding in palliatieve zorg en levenseinde (aanbeveling KCE)
- ▶ België: erkenning thoracaal oncoloog
 - 24 maanden waarvan 6 maanden medische oncologie of hematologie of digestieve oncologie

▶ kritische blik

THE LANCET

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

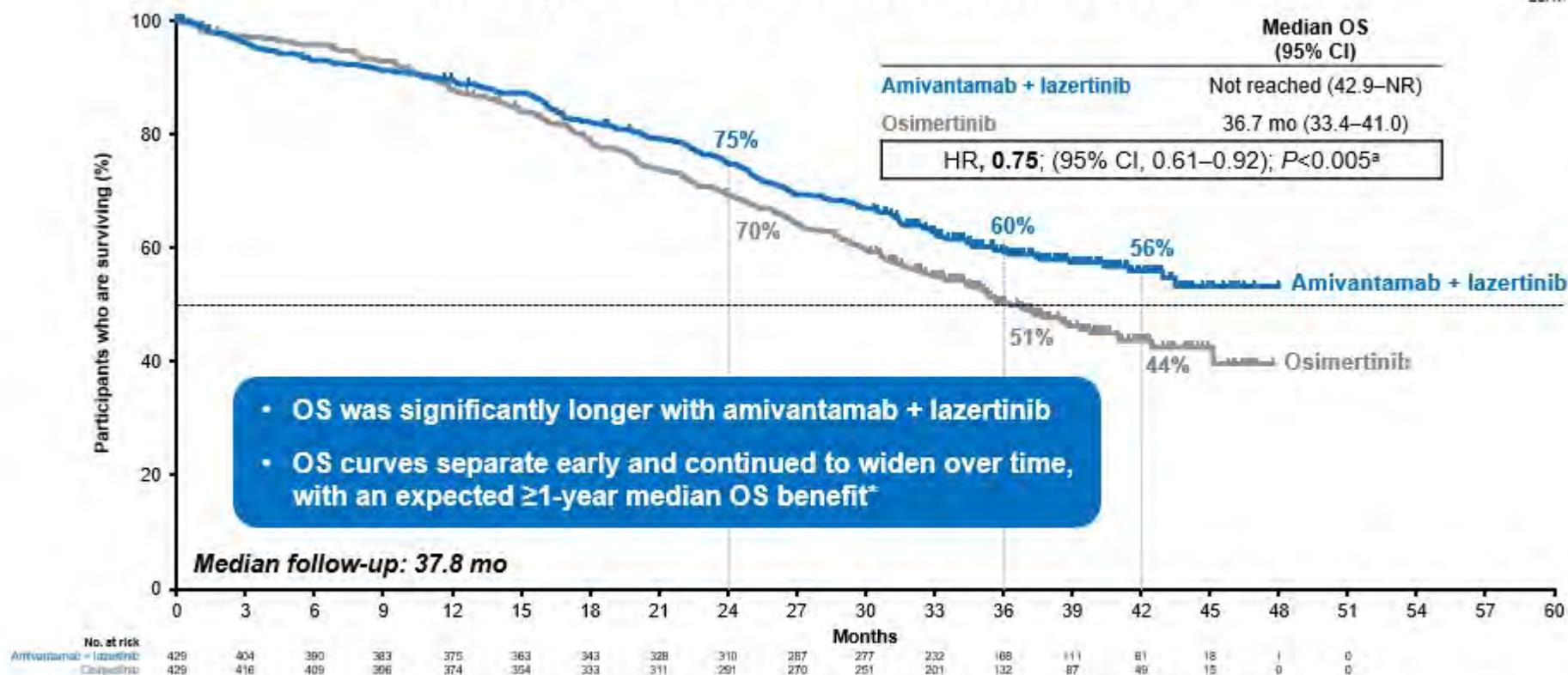
ARTICLES · Volume 394, Issue 10212, P1929-1939, November 23, 2019 [Download Full Issue](#)

Durvalumab plus platinum–etoposide versus platinum–etoposide in first-line treatment of extensive-stage small-cell lung cancer (CASPIAN): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial

[Prof Luis Paz-Ares, MD](#)^a [Mikhail Dvorkin, MD](#)^b [Yuanbin Chen, MD](#)^c [Niels Reinmuth, MD](#)^d [Prof Katsuyuki Hotta, MD](#)^e [Dmytro Trukhin, MD](#)^f et al. [Show more](#)

- MOS **13·0 months** (95% CI 11·5–14·8) in the durvalumab plus platinum–etoposide group versus **10·3 months** (9·3–11·2)

MARIPOSA: Overall Survival



- OS was significantly longer with amivantamab + lazertinib
- OS curves separate early and continued to widen over time, with an expected ≥ 1 -year median OS benefit*

Median follow-up: 37.8 mo

*Based on an exponential distribution assumption of OS in both arms, the improvement in median OS is predicted to exceed 1 year.

Note: Last participant was enrolled in May 2022. Clinical cutoff date was December 4, 2024. In total, 390 deaths had occurred in the amivantamab + lazertinib (173 deaths) and osimertinib (217 deaths) arms.

*P-value was calculated from a log-rank test stratified by mutation type (Ex19del or L858R), race (Asian or Non-Asian), and history of brain metastasis (present or absent). Hazard ratio was calculated from a stratified Cox regression model.



European Lung Cancer Congress 2025



Copyright © 2025. All rights reserved. This document is for personal use only and may not be reproduced without the permission of the authors.

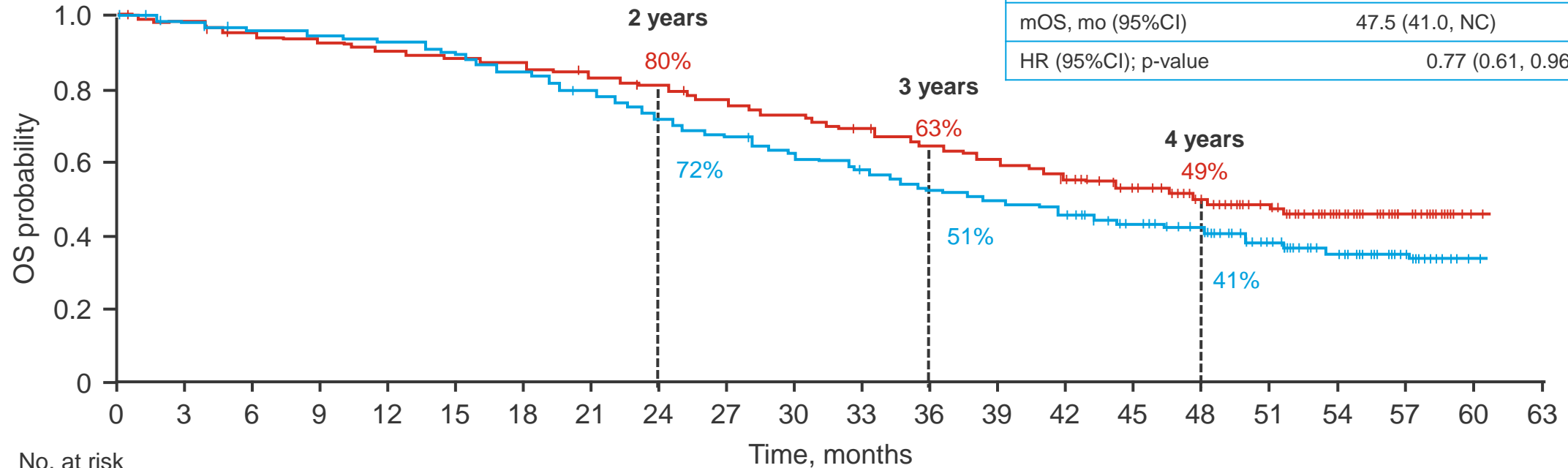
Overleving versus toxiciteit, QoL

PL02.04: First-Line Osimertinib + Chemotherapy Versus Osimertinib Monotherapy in EGFRm Advanced NSCLC: FLAURA2 Final Overall Survival – Planchard D, et al

- Key results

Overall survival

	Osimertinib + chemo (n=279)	Osimertinib (n=278)
Median follow-up, mo (range)	51.2 (0.2–60.4)	51.3 (0.1–60.1)
Events, n (%)	144 (52)	171 (62)
mOS, mo (95%CI)	47.5 (41.0, NC)	37.6 (33.3, 43.2)
HR (95%CI); p-value	0.77 (0.61, 0.96); 0.02	



No. at risk	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63
Osi + CT	279	267	258	253	245	240	236	226	218	202	196	183	170	158	143	123	105	71	36	16	1	0
Osimertinib	278	267	260	257	252	245	229	214	195	180	165	152	137	131	118	103	93	61	38	16	1	0

is de guideline toepasbaar op mijn patiënt?

Performance Status Scales

ECOG Performance Status Scale	
Grade	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restriction in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

Zubrod Scale		Karnofsky Scale	
0	Normal activity	100	Normal; no evidence of disease
1	Symptomatic and ambulatory; cares for self	90	Able to perform normal activities with only minor symptoms
		80	Normal activity with effort; some symptoms
2	Ambulatory >50% of time; occasional assistance	70	Able to care for self but unable to do normal activities
		60	Requires occasional assistance; cares for most needs
3	Ambulatory ≤50% of time; nursing care needed	50	Requires considerable assistance
		40	Disabled; requires special assistance
4	Bedridden	30	Severely disabled
		20	Very sick; requires active supportive treatment
		10	Moribund

is de guideline toepasbaar op mijn patiënt?

Performance Status Scales

ECOG Performance Status Scale	
Grade	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restriction in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

Zubrod Scale		Karnofsky Scale	
0	Normal activity	100	Normal; no evidence of disease
1	Symptomatic and ambulatory; cares for self	90	Able to perform normal activities with only minor symptoms
2	Ambulatory >50% of time; occasional assistance	80	Normal activity with effort; some symptoms
3	Ambulatory ≤50% of time; nursing care needed	70	Able to care for self but unable to do normal activities
4	Bedridden	60	Requires occasional assistance; cares for most needs
		50	Requires considerable assistance
		40	Disabled; requires special assistance
		30	Severely disabled
		20	Very sick; requires active supportive treatment
		10	Moribund

belang van performance status

Original Investigation | Oncology

February 11, 2021

Association of Performance Status With Survival in Patients With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Treated With Pembrolizumab Monotherapy

Kartik Sehgal, MD^{1,2}; Ritu R. Gill, MD, MPH³; Page Widick, MD¹; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Netw Open. 2021;4(2):e2037120. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37120

Cancer

An International Interdisciplinary
Journal of the American Cancer Society

Editorial | [Free Access](#)

Who really knows the performance status: The physician or the patient?

Michelle I. Higgins BA, Viraj A. Master MD, PhD [✉](#)

First published: 02 October 2020 | <https://doi.org/10.1002/cncr.33236> | Citations: 3

communicatie

▶ open, aangepast

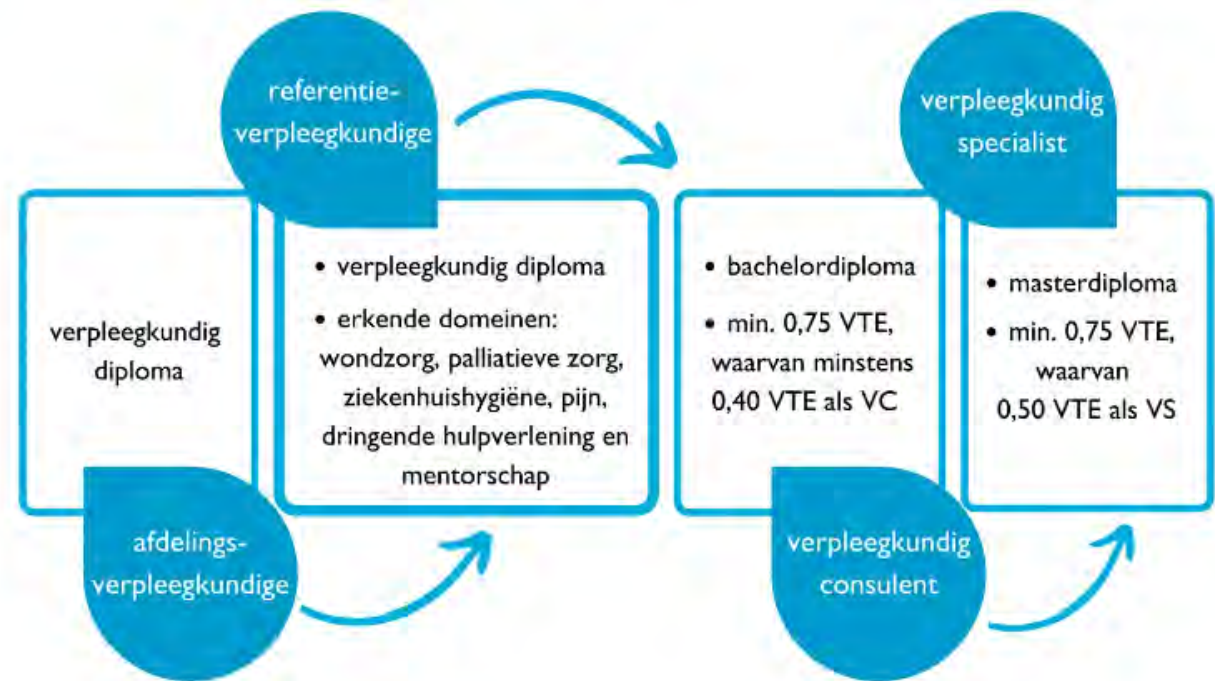
▶ tijd nemen

▶ wat wil patiënt?

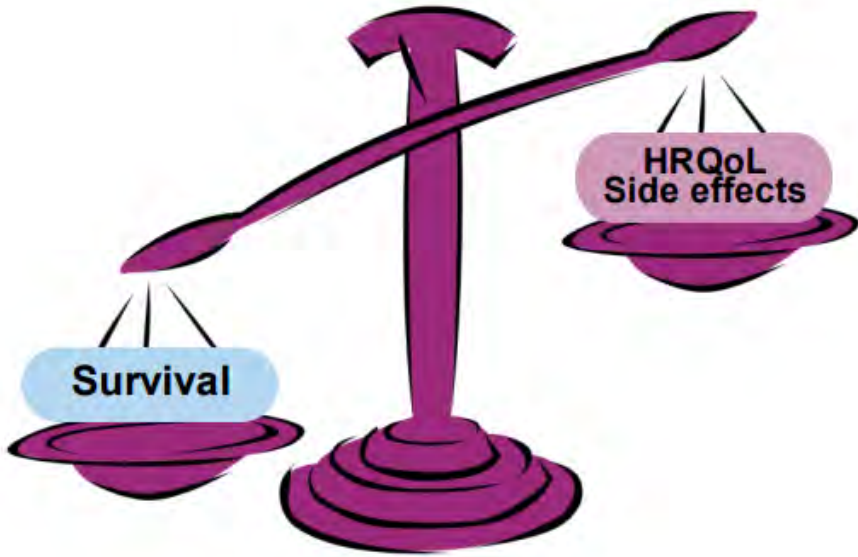
▶ verpleegkundig consulent

▶ psycholoog

▶ palliatief zorgteam



Life extension is often prioritised even over HRQoL or side effects



HRQoL, health-related quality of life
Schmidt K, et al. Eur J Cancer Care (Engl) 2016;25:580-91

There is a mismatch between patients' actual preferences and physicians' perceptions



Key considerations in choosing treatment approach



- Side effect profile
- Intensity of monitoring
- Later line options

Treatment

- Patient preference
- ECOG
- Co-morbidities

Patient



Shared decision-making with patient



- Reimbursement policies
- Chair time
- Drug availability

Accessibility

Tumour

- Sites of metastases
- *EGFR* subtype
- Co-mutations



Not 'one-size-fits-all'

Tools die helpen bij besluitvorming

- ▶ gesprek met VCO, onco-coach,...
- ▶ gesprek met psycholoog
- ▶ 2^e advies

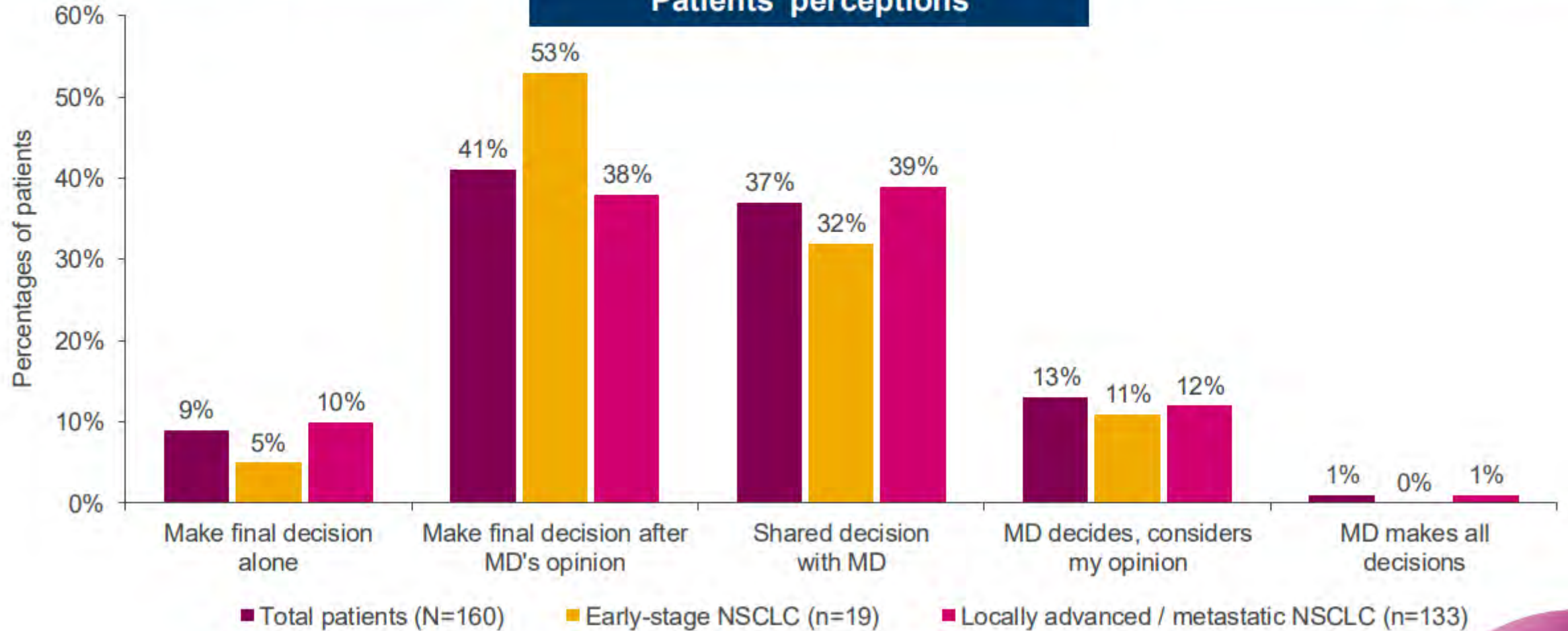
Understanding patient preferences when living with lung cancer



“How would you prefer to make decisions when selecting treatments for your NSCLC?”



Patients' perceptions



People tend to remember more



The **first things** that are said

What is **repeated several times**

The **last things** that are said

herhaling

herhaling

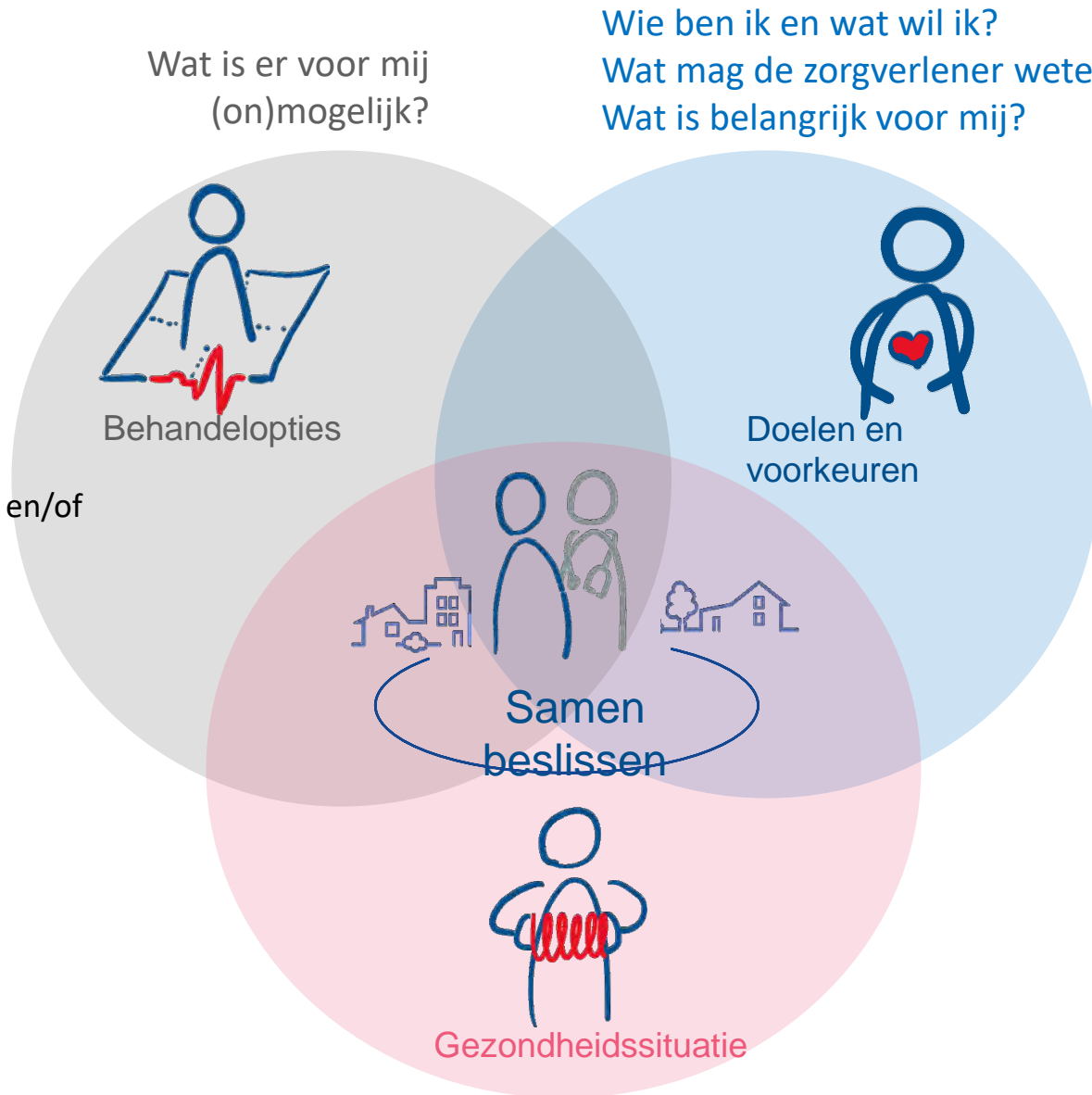
When do people truly become aware of what is being communicated to them during the visit?

When we return to
our world

When we are with
someone we trust

Wat?
inzicht in welke (intensieve) behandeling haalbaar is.

Hoe?
wat is de medische voorgeschiedenis?
zijn de overlevingskansen bij reanimatie, IC en/of andere behandelingen proportioneel?
zijn de kansen per behandeloptie bij deze patiënt proportioneel?



Wat kan ik aan?

Wat?
proactieve zorg betekent *aandacht* (weten wie iemand is), *aanwezigheid* (op wie kan iemand rekenen) en *anticiperen* (wat kunnen we verwachten).

Hoe?
wat vindt u belangrijk in het leven?
zijn er dingen waar we rekening mee moeten houden?
wie zijn uw belangrijke anderen?

Wat?
veerkracht in kaart op de domeinen somatisch, psychisch, functioneel en sociaal om in te schatten hoe de behandeling gaat uitpakken.

Hoe?
hoe ver loopt u nog? Komt u nog buiten?
Wat doet u zoal op een dag?
Heeft u ergens hulp bij nodig?

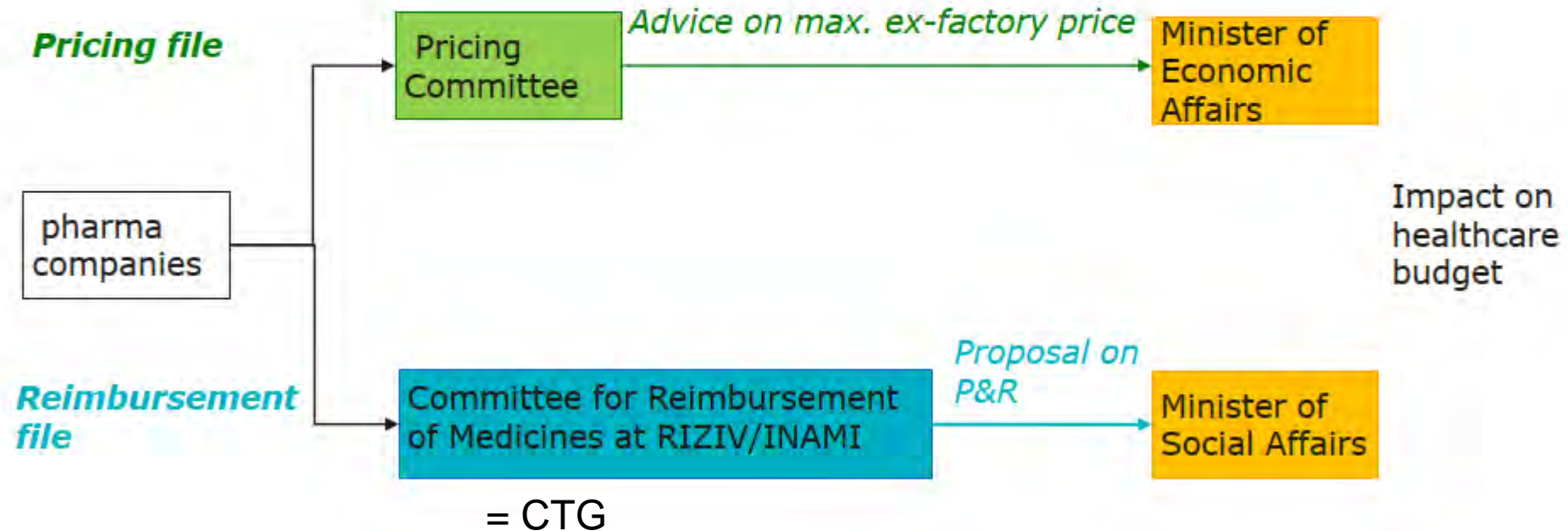
Uitdaging

- ▶ arts
- ▶ zorgverleners
- ▶ wetenschappelijke verenigingen
- ▶ overheidsinstanties
 - ▶ verplichte opleidingen
 - ▶ herbekijken financiering
 - ▶ terugbetaling nieuwe medicijnen

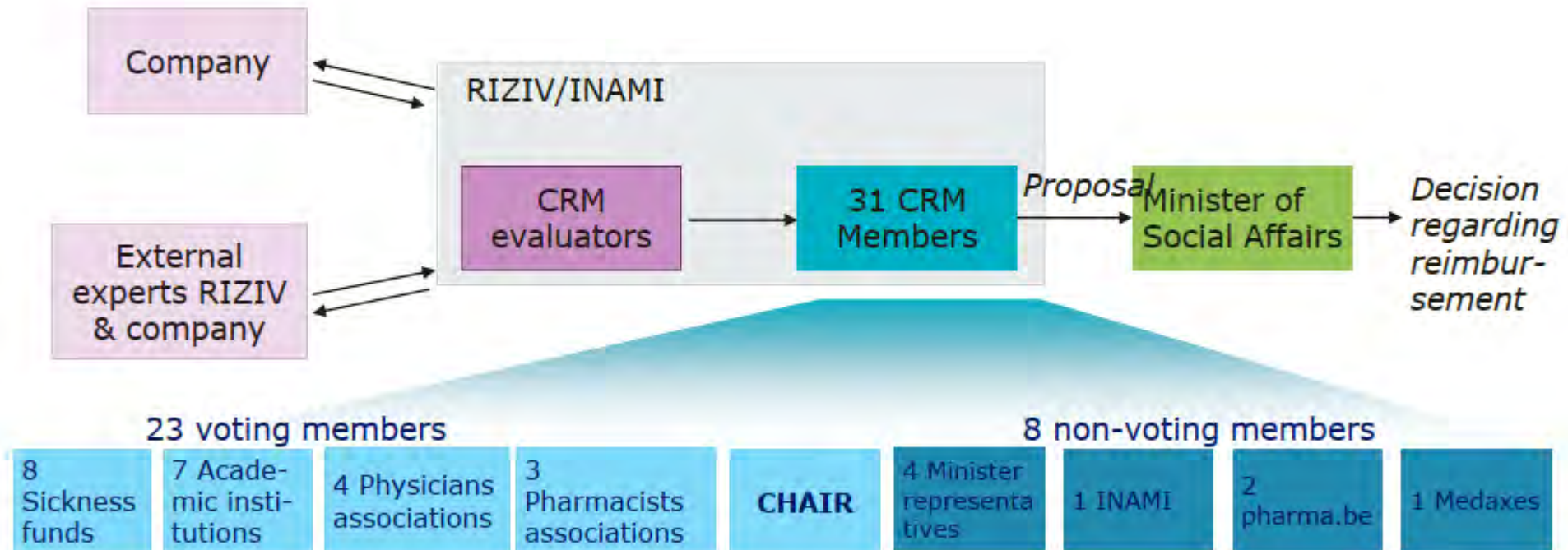
Hoe worden nieuwe medicijnen terugbetaald in België?

Pricing and Reimbursement

Who are the decision makers?

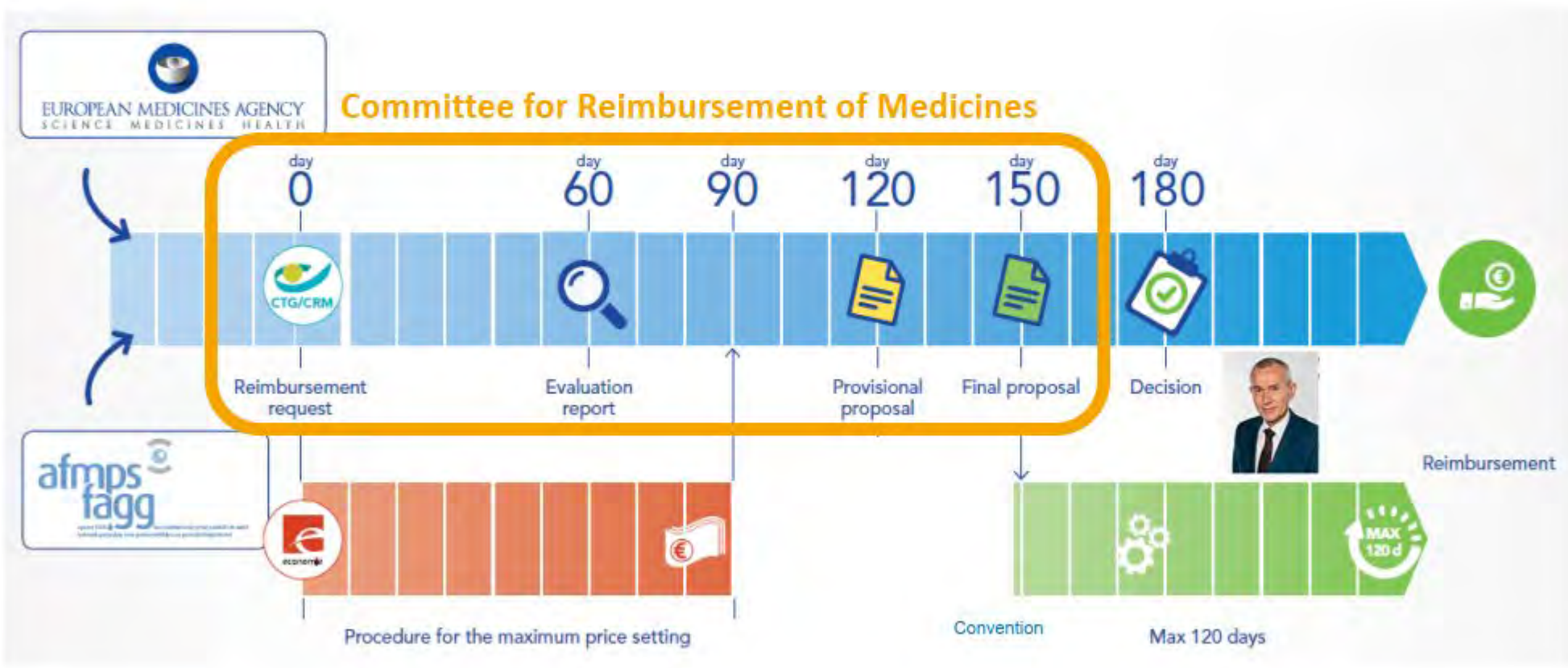


Trajectory of a reimbursement application at the CRM



More information about the CRM on the INAMI website ([link](#))

Reimbursement process in Belgium



Source: rapport KCE 288, [link](#)

Wie beslist over de terugbetaling van een geneesmiddel?



RIZIV

De CTG doet een voorstel over de terugbetaling van het geneesmiddel

Het secretariaat van de CTG gaat na of het aanvraagdossier volledig is en stelt eventueel bijkomende vragen. De interne expert van het RIZIV onderzoekt het dossier en stelt een beoordelingsrapport en vervolgens een voorstel inzake terugbetaling voor aan de CTG.



8 ZIEKENFONDSEN 7 ACADEMICI 4 ARTSEN
3 APOTHEKERS 1 VOORZITTER

Dag
0
↓
Dag
90

Het farmaceutisch bedrijf dient bij het RIZIV een dossier in met de vraag tot terugbetaling van een geneesmiddel. Het secretariaat van de CTG gaat na of het **aanvraagdossier** volledig is. Het dossier wordt vervolgens toegewezen aan één interne expert (arts) van het RIZIV die op basis van een uitgebreide analyse (zie verder) een wetenschappelijk beoordelingsrapport opstelt. Na ongeveer 60 dagen, stelt de interne expert het **beoordelingsrapport** voor aan de CTG leden. De CTG kan aan het bedrijf vragen om schriftelijk bijkomende informatie te leveren. Het beoordelingsrapport wordt ook commentarieerd door externe experts. Deze klinici worden door het RIZIV gevraagd om advies te geven over het dossier. Het bedrijf kan vragen om gehoord te worden.

Dag
90
↓
Dag
180

De interne expert bereidt op basis van het beoordelingsrapport een voorstel tot terugbetaling voor na ongeveer 120 dagen. Na discussie binnen de CTG en eventuele aanpassing van het voorstel, stemmen de 23 stemgerechtigde CTG leden over dit voorstel.

Als het een geneesmiddel betreft waarvoor het farmaceutisch bedrijf een **therapeutische meerwaarde** heeft aangevraagd, dan wordt eerst deze meerwaarde ter stemming voorgelegd. Het geneesmiddel krijgt een therapeutische meerwaarde toegewezen als minstens de helft van de aanwezige stemgerechtigde leden hiermee akkoord gaat.

Vervolgens stemt de CTG over een **voorstel tot terugbetaling** van het geneesmiddel. Er zijn verschillende mogelijke voorstellen (zie verder): definitieve terugbetaling, tijdelijke terugbetaling of geen terugbetaling. Zonder tweederdemeerderheid van de aanwezige stemgerechtigde leden kan de CTG geen voorstel tot terugbetaling doen.

Het secretariaat van de CTG stuurt het voorstel van de CTG naar de **Minister van Sociale Zaken**, die beslist over de terugbetaling na ontvangst van het akkoord van de **Minister van Begroting**.

Hoe beoordeelt de CTG een geneesmiddel?

Hoe beoordeelt de CTG een geneesmiddel?



Welke genezende werking heeft het geneesmiddel? (therapeutische waarde)?

- ✓ Is het werkzaam en doeltreffend?
- ✓ Welke bijwerkingen zijn mogelijk?
- ✓ Is het toepasbaar en gebruiksvriendelijk?



Heeft het geneesmiddel een toegevoegde waarde? (relatieve therapeutische waarde)

- ✓ Heeft het een meer- of minderwaarde ten opzichte van beschikbare terugbetaalde behandelingen?



Is het geneesmiddel zijn prijs waard?

- ✓ Is het kosteneffectief: evenwicht tussen gezondheidswinst en bijkomende kost (relatieve economische waarde)
- ✓ Is de kost aanvaardbaar voor het geneesmiddelenbudget?

Take home message

- ▶ niet alles wat theoretisch/technisch kan is zinvol/moet
- ▶ wat past bij u, wat is voor u belangrijk?
- ▶ wat draagt bij aan kwaliteitsvolle levensverlenging?
- ▶ continue balans

