

ADVIES nr. 11-03

Betreft: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker

Situering

In 1999 stelde het Raadgevend comité voor kankerpreventie van de Europese Unie aanbevelingen voor aan de lidstaten rond de screening naar onder andere colorectale kanker. De aanbeveling bestond erin om, indien men een screeningsprogramma zou implementeren, de screening uit te voeren aan de hand van het opsporen van bloed in een stoelgangstaal bij alle inwoners van 50 tot en met 74 jaar. Deze aanbeveling werd in 2003 uitgebreid met een beschrijving van kwaliteitsvereisten waaraan screeningsprogramma's naar kanker in Europa zouden moeten voldoen. In het voorjaar van 2011 verschenen Europese aanbevelingen over screening bij colorectale kanker.

In 2008 besliste de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om in Vlaanderen met behulp van een pilootproject de haalbaarheid te onderzoeken van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen. De resultaten van dit pilootproject werden midden februari 2011 voorgesteld. Minister Vandeuren vroeg de werkgroep Darmkankeropsporing om een adviesvraag voor te bereiden op basis waarvan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek hem kan adviseren in het nemen van de beslissing om al dan niet een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen op te starten.

Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

De werkgroep adviseert om bij de verdere implementatie van het bevolkingsonderzoek in elk geval rekening te houden met de volgende punten:

- In informatiefolders en uitnodigingen moeten gecijferde gegevens over de te verwachten voor- en nadelen van screening (m.i.v. screeningscolonoscopies) van meet af aan evenwichtig aan bod komen: o.a. het aantal levens dat kan worden gered door screening en het aantal deelnemers dat er geen baat bij zal hebben, wat de kans is om een afwijkend resultaat te hebben en wat de risico's zijn verbonden aan de vervolgonderzoek. Beschikbaar stellen van een 0-800 lijn of website met meer informatie, is belangrijk.
- Het is vaak dezelfde subgroep van de bevolking die niet deelneemt aan preventie-initiatieven. De klassieke communicatietechnieken werken niet voor die groep. Folders en website veronderstellen immers een hoge graad van geleterdheid. Extra aandacht voor en inspanningen naar kwetsbare groepen is daarom nodig bij elk bevolkingsonderzoek – en bij uitbreiding bij alle beleidsinitiatieven. Dit gebeurt idealiter door samenwerking tussen meerder beleidsdomeinen en door de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg te verbeteren. Dit houdt ook in dat de initiatiefnemer van het bevolkingsonderzoek van bij de start van het bevolkingsonderzoek minstens een aantoonbare en evalueerbare inspanning moet leveren om iedereen uit de doelgroep via aangepaste sensibilisatie en uitnodigingen te bereiken.

Op welke manier sommige kwetsbare groepen wel bereikt kunnen worden, kan via een aantal pistes in een pilootformat worden uitgetest.

- De doelstelling op vlak van te bereiken participatie moet duidelijker zijn.
- Bij de implementatie van dit bevolkingsonderzoek zullen huisartsen een belangrijke rol hebben, o.a. wat betreft het correct informeren en verwijzen van patiënten naar het bevolkingsonderzoek en in te staan voor doorverwijzing naar colonoscopie bij een afwijkend screeningsresultaat. Op basis van gegevens in het medisch dossier (voorgeschiedenis, familiale antecedenten, resultaten eerdere onderzoeken) en anamnestiche gegevens kan het nodig zijn af te wijken van het bevolkingsonderzoek en een meer passend aanbod voor te stellen. Het is hierbij belangrijk maximaal gebruik te maken van informatie die aanwezig is in het medisch dossier, en om dit dossier correct aan te vullen.
- Voor personen die aan bepaalde criteria voldoen (o.a. hoogrisicogroepen) is het gebruikte screeningsinstrument niet het meest geschikt. Aan hen wordt in het informatie- en sensibiliseringsmateriaal aangeraden contact op te nemen met de behandelend arts. Het is niet uitgesloten dat deze personen toch deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Het zal moeilijk zijn hen te identificeren bij de evaluatie van het bevolkingsonderzoek..
- De analyse van een iFOBT is relatief eenvoudig en goed te standaardiseren. De reden om de labo-taak te centraliseren, is kosteneffectiviteit. Het gebruikte toestel is duur en investeren in meerdere toestellen voor meerdere settings is moeilijk te verantwoorden. De werkgroep vindt dit een goed uitgangspunt.
- Er is momenteel geen georganiseerde kwaliteitscontrole voor colonoscopies. De werkgroep pleit ervoor onmiddellijk (van bij de start van het bevolkingsonderzoek) over een colonoscopieregister te beschikken.
Registratie is echter slechts één aspect om de kwaliteit te bewaken. Het is belangrijk om van bij de start van het bevolkingsonderzoek duidelijk kwaliteitscriteria te formuleren (op basis van de EU-aanbeveling) en verifieerbare kwaliteitsnormen op te leggen.
Een zwakke schakel m.b.t. kwaliteit is het feit dat een colonoscopie kan worden uitgevoerd door alle gastro-enterologen in Vlaanderen en dat geen minimale colonoscopie-activiteit of andere kwaliteitsvoorwaarden worden geëist. Het feit dat de Vlaamse overheid, in tegenstelling tot mammografische eenheden in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, gastro-enterologen geen speciale erkenning geeft voor het uitvoeren van een colonoscopie, en dus ook geen maatregelen kan nemen bij slechte kwaliteit, is daarbij een aandachtspunt.
In de adviesvraag wordt gesteld dat, 'wat kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken betreft, in overleg met de sector bekeken wordt welke opties mogelijk zijn in Vlaanderen'. Dit is te vrijblijvend.

De werkgroep vindt het aangewezen dit bevolkingsonderzoek, drie jaar na de opstart ervan, opnieuw te evalueren.