

Gezondheidsdoelstelling 2015-2020 voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm:

hoofddoelstelling, subdoelstellingen & indicatoren

LEESWIJZER

De gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm bestaat uit een **hoofddoelstelling en vijf subdoelstellingen**, telkens aangevuld met indicatoren op basis waarvan de voortgang van de gezondheidsdoelstelling kan opgevolgd en bijgestuurd worden. De streefdoelen bij de indicatoren worden enkel vermeld als die vastliggen, bv. in de EU-aanbevelingen. Bij indicatoren zonder streefdoel zal een zo goed mogelijk resultaat worden nagestreefd; evoluties in de tijd en vergelijking met andere regio's of landen geven dan de richting aan. De formulering en berekeningswijze van de indicatoren zal nog worden verfijnd en aangepast in functie van nieuwe ontwikkelingen en meetbaarheid.

Hoofddoelstelling	Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen
<i>Voorstellen voor indicatoren (met streefdoelen):</i>	▪ Participatiegraad (eerste ronde en vervolgrondes): ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek (BVO) naar baarmoederhalskanker</u> is minstens 65% tegen 2020; ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar borstkanker</u> is minstens 75% tegen 2020; ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker</u> is minstens 60% tegen 2020; ○ Participatietrouw: aantal screenings bij personen die 6 jaar tot de doelgroep behoren benadert zo dicht mogelijk de optimale screeningsfrequentie; ▪ Algemene detectiegraad (eerste ronde en vervolgrondes, voor in situ en invasieve tumoren): ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker</u>; ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar borstkanker</u>: detectie van borstkanker bedraagt tijdens eerste ronde minstens 3 x de incidentiegraad en tijdens de vervolgronde minstens 1,5 x de incidentiegraad¹; ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker</u>; ○ Aantal en percentage gedetecteerde maligniteiten per kankersoort, per stadium en substadium; ○ Stadiumverdeling van de opgekomen groep vergeleken met stadiumverdeling van diezelfde kanker in de niet-opgekomen groep en de niet-uitgenodigde groep; ▪ Per kankersoort intervalkankers en stadiumverdeling van de gedetecteerde maligniteiten; ▪ Kostprijs van bevolkingsonderzoek (zonder kosten na vaststellen van afwijkend screeningsresultaat), indien mogelijk per BVO:

¹ Norm voor detectie van borstkanker tijdens eerste ronde en vervolgronde is minstens 3 x resp. 1,5 x de incidentiegraad, d.i. achtergrondincidentie in afwezigheid van screening. Voor Vlaanderen is geen betrouwbaar cijfer van de achtergrondincidentie van borstkanker beschikbaar en werd dat van Nederland bij start van het bevolkingsonderzoek (1,25 per 1000 vrouwen) gebruikt. In 2012 was de norm voor borstkankerdetectie tijdens de eerste ronde en vervolgronde bijgevolg respectievelijk 3,75 en 1,8 ontdekte tumoren per 1000 gescreende vrouwen.

	○ Per uitgenodigde en per gescreende persoon; ○ Per screengedeteteerde kanker; ▪ <i>In opvolgingsrapporten zullen ook de volgende gegevens² gepresenteerd worden:</i> ○ Per kankersoort incidentie per jaar en trends m.b.t. invasieve kankers; ○ Per kankersoort mortaliteit per jaar en trends in stadiumverdeling (over de screeningsperiode).
Subdoelstelling 1: GOED BESTUUR	De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gepland, uitgevoerd en opgevolgd op basis van de principes van transparantie, duidelijkheid in taken, verantwoording, efficiëntie en duurzaamheid
Voorstellen voor indicatoren:	▪ Maatschappelijke verantwoording: ○ Publicatie ten laatste in oktober (X + 1) van een jaarverslag over de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker, met inbegrip van de indicatoren gerelateerd aan de acties voor dat jaar vergeleken met de voorgaande jaren; ○ Publicatie ten laatste in december (X – 1) door Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG), in samenwerking met de betrokken actoren, van het jaarplan voor het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), gebaseerd op het actieplan 2014-2020; ▪ Transparantieverhoging: ○ Jaarlijkse verantwoording door betrokken (en gesubsidieerde) actoren via jaar- en financiële verslagen aan VAZG; ○ Publicatie van overeenkomsten (overheidsopdrachten, beheersovereenkomsten, collectieve gezondheidsovereenkomsten), jaarplannen en verslagen van betrokken actoren op website; ▪ Efficiëntieverhoging: ○ Financieringsmodel voor organisatie van bevolkingsonderzoeken gevalideerd tegen oktober 2015; ○ Personele en financiële middelen door overheid afgestemd op gevalideerde financieringsmodel tegen januari 2016; ○ Periodieke financiële analyses om de inzet van de personele en financiële middelen voor bevolkingsonderzoeken naar kanker te evalueren en om bestuurlijke efficiëntie aan te tonen, minstens in 2019; ○ Publicatie van de financiële analyses en conclusies op de VAZG-website; ▪ Verduidelijking en toelichting bij taakverdeling en samenwerking tussen actoren: ○ Gedragen beleidsdocument met taakomschrijving van de regiefunctie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beschikbaar tegen oktober 2014; ○ Gedragen beleidsdocument met organogram en met taakomschrijvingen van CvKO, Stichting Kankerregister, Domus Medica en Logo's en andere organisaties en zorgverstrekkers in het kader van bevolkingsonderzoek gepubliceerd tegen oktober 2014; ▪ Publicatie van gegevens over epidemiologische kenmerken van de kankers (o.a. incidentie, prevalentie, mortaliteit, overlevingskans) en

² Hoewel deze indicatoren niet zuiver het effect van de bevolkingsonderzoeken naar kanker meten (aangezien ze het gevolg zijn van meerdere factoren waaronder preventie, curatie en zorg), zijn ze belangrijk om op te volgen en een idee te vormen van het effect van het preventieve en curatieve zorgbeleid op incidentie van kankers en mortaliteit ten gevolge van kanker.

	indicatoren die proces en effecten van bevolkingsonderzoeken aantonen; Publicatie van de geactualiseerde wetenschappelijke onderbouw van het beleid m.b.t. bevolkingsonderzoek naar kanker, o.a. door verwijzing naar relevante bronnen in jaarrapporten.
Subdoelstelling 2: PARTICIPATIE	De doelgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn voldoende geïnformeerd om vrij te kunnen kiezen tot deelname en voldoende uitgenodigden nemen deel zodat de benutte middelen voor de bevolkingsonderzoeken efficiënt ingezet worden. De doelgroepen bestaan uit volgende personen verblijvend in het Vlaamse Gewest: vrouwen van 25 tot en met 64 jaar voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, vrouwen van 50 tot en met 69 jaar voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.
Voorstellen voor indicatoren:	- Participatiegraad per bevolkingsonderzoek, voor eerste ronde en vervolgrondes: zie hoofddoelstelling + subanalyses voor alle bevolkingsonderzoeken, o.a. geografisch en in functie van de socio-economische status; - Maatstaf voor overscreening in de doelgroepen: aantal mammografieën (screeningsmammografieën, en zogenaamd ‘diagnostische’ mammografieën afzonderlijk) per vrouw per screeningsinterval van 2 jaren, aantal uitstrijkjes per vrouw per screeningsinterval van 3 jaren, aantal iFOBT's per man/vrouw per screeningsinterval van 2 jaren; aantallen mogen per screeningsinterval niet meer dan 1 bedragen; - Het screeningsinterval van deelnemers bedraagt voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker niet meer dan 38 maanden, voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker niet meer dan 26 maanden en voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker niet meer dan 26 maanden; - Rapportering over klachtenregistratie en periodieke klantenbevraging.
Subdoelstelling 3A: KWALITEIT - BVO NAAR BAARMOEDER- HALSKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt baarmoederhalskanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
Voorstellen voor indicatoren³:	- Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren is prognostisch gunstiger dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren (normen nader te bepalen); - Kwaliteit van de screening (staalafname en beoordeling) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat - de technische herhalingsproportie (ten gevolge van niet-leesbare uitstrijkjes) zo laag mogelijk is; - de vals-positievenproportie zo laag mogelijk is; - de specificiteit en de sensitiviteit minstens 80% is; - de positief voorspellende waarde zo hoog mogelijk is; - het aantal intervalkankers daalt; - Zo weinig mogelijk aanzetten tot overbodige medische interventies, d.w.z. dat de oproep-voor-opvolging volgens de richtlijnen gebeurt (d.i.

³ Als het primaire screeningsinstrument zou wijzigen van cytologisch onderzoek naar een HPV-test, kunnen bijhorende relevante indicatoren toegevoegd worden aan deze lijst.

	HPV-bepaling i.g.v. ASC-US, colposcopie i.g.v. andere hooggradige letsels⁴); ▪ Faalveiligheid, d.w.z. dat indien aangewezen na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de vrouwen een vervolgonderzoek krijgen binnen de 6 weken.
Subdoelstelling 3B: KWALITEIT - BVO NAAR BORSTKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt borstkanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
Voorstellen voor indicatoren:	▪ Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren prognostisch gunstiger is dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren, d.w.z. dat ○ het percentage invasieve tumoren t.o.v. het totaal aantal tumoren tijdens eerste en vervolgronde tussen 80 en 90% ligt; ○ de detectie van invasieve kankers van kleiner dan 1 centimeter bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening ten minste 35% is; ○ het percentage tumoren van stadium II of meer bij eerste screening minder dan 30% bedraagt en bij vervolgscreening minder dan 25%; ▪ Tijdige resultaatsmededeling, d.w.z. dat de doorlooptijd tussen screeningsmammografie en resultaatsmededeling aan de arts en gescreende vrouw voor minstens 90% van alle deelnemers maximaal 14 kalenderdagen bedraagt tegen 2020 (gewenste EU-norm);
Voorstellen voor indicatoren:	▪ Kwaliteit van de screening (mammografie en beoordeling samen) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat ○ de technische herhalingsproportie tegen 2020 minder dan 1% bedraagt (gewenste EU-norm); ○ de radiografisch goede kwaliteitsproportie minstens 85% bedraagt; ○ de vals-positievenproportie minder dan 7% van de gescreende vrouwen is; ○ de specificiteit en de sensitiviteit minstens 85% is; ○ de positief voorspellende waarde zo hoog mogelijk is (geen norm); ○ de intervalekankerratio of de O/E-ratio⁵ tijdens het eerste jaar na een niet-afwijkende screening minder dan 30% bedraagt, en dat de O/E-ratio tijdens het tweede jaar na niet-afwijkende screening minder dan 50% bedraagt;

⁴ Volgens de gegevens van de provincies Antwerpen en Limburg voor baarmoederhalscreening (vóór 2012) werd 4 à 5% van de vrouwen die een uitstrijkje lieten nemen opgeroepen voor verdere opvolging. De eerste resultaten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker zullen afgewacht worden om normen te kunnen bepalen.

⁵ De intervalekankerratio of O/E-ratio is de verhouding van de geobserveerde intervalekankerincidentie (O) ten opzichte van de achtergrondincidentie (E) en duidt aan wat de verhouding is van het risico voor iemand die heeft deelgenomen aan de borstkankerscreening en voor wie de screening geen afwijkingen vertoonde ten opzichte van het risico in een situatie van volledige afwezigheid van screening. Dit percentage duidt dus niet op het percentage van intervalekankers, maar meet de performantie van de screening om borstkanker te detecteren. De Europese norm duidt aan dat de intervalekankerratio tijdens het eerste jaar na een screening waarbij geen afwijkingen werden gevonden minder dan 30% moet bedragen, wat betekent dat een vrouw die heeft deelgenomen aan de screening en het resultaat van deze screening vertoonde geen afwijkingen, gedurende dat jaar 70% minder kans heeft op de diagnose van borstkanker dan in een situatie waarin geen screening zou hebben plaatsgevonden. O (*observed*) = aantal intervalekankers per 10.000 negatieve screenings. E (*expected*) = aantal verwachte borstkankers in afwezigheid van screening = 38,8 borstkankers per 10.000 vrouwen (incidentie in Vlaanderen in 2000, inclusief in situ tumoren).

	▪ Zo weinig mogelijk aanzetten tot overbodige medische interventies, d.w.z. dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer dan 5% bedraagt bij een eerste screening en niet meer dan 3% bij een vervolgscreening (gewenste EU-normen voor oproep-voor-opvolgingsproportie); ▪ Faalveiligheid, d.w.z. dat na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de vrouwen een vervolgonderzoek krijgen binnen de 21 kalenderdagen.
Subdoelstelling 3C: KWALITEIT - BVO NAAR DIKKEDARMKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zoveel mogelijk mannen en vrouwen uit de doelgroep wordt dikkedarmkanker in een vroeger stadium ontdekt, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
Voorstellen voor indicatoren:	▪ Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren is prognostisch gunstiger is dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren, d.w.z. dat het stadium van screeningsgedetecteerde kankers zo gunstig mogelijk is (geen EU-norm); ▪ Tijdige resultaatsmededeling, d.w.z. dat de doorlooptijd tussen screeningstest en resultaatsmededeling aan de arts en gescreende man/vrouw voor minstens 90% van alle deelnemers maximaal 14 kalenderdagen bedraagt tegen 2020 (aanvaardbare EU-norm); ▪ Kwaliteit van de screening (screeningstest en beoordeling) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat ○ de technische herhalingsproportie (ten gevolge van inadequate iFOB-testen) minder dan 3 % bedraagt (aanvaardbare EU-norm; gewenst: minder dan 1%); ○ het aantal testpositieve iFOBT's conform verwachtingen is ; ○ de vals-positievenproportie zo laag mogelijk is; ○ de specificiteit en de sensitiviteit minstens 80% is; ○ de positief voorspellende waarde voor detectie van laesies, (geavanceerde) adenomen en kanker opgevolgd wordt; ○ het aantal intervalekankers daalt; ▪ Faalveiligheid, d.w.z. dat na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de deelnemers een coloscopie krijgen binnen de 31 kalenderdagen (gewenste EU-norm);
	▪ Kwaliteit van het vervolgonderzoek⁶, d.w.z. dat ○ het percentage volledig uitgevoerde coloscopieën na een afwijkende FOBT minstens 90% bedraagt (aanvaardbare EU-norm); ○ het deel van de pathologie (van coloscopieën na verwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek) met als uitkomst 'hooggradige laesie' maximaal 10% bedraagt; ○ bij minstens 30% van de coloscopieën (meer dan) één adenoom gedetecteerd wordt (coloscopiedetectiegraad); ○ minstens 90% van de gedetecteerde poliepen tijdens de coloscopie verwijderd worden; ○ bij maximaal 0,3% van de coloscopieën een complicatie optreedt (opdelen naar type en ernst van de complicatie).

⁶ Voor de laatste vier indicatoren werden de streefcijfers van het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker gebruikt. Zie RIVM (2013). Bevolkingsonderzoek naar dikke-darmkanker: Indicatorenset diagnostiek. April 2013.

