VR 2026 2703 DOC.0280/5

Bevolkingsonderzoeken naar kanker

Voorbereidend rapport i.k.v. de nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling

25/06/2025

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

BEVOLKINGS ONDERZOEK BORSTKANKER

BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

DEPARTEMENT ZORG

CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING
ANTWERPEN . BRUGGE . BRUSSEL . GENT . LEUVEN

Belgian Cancer Registry

BEVOLKINGS ONDERZOEK.BE

Inhoud

Lijst van figuren . . . 3
Lijst van tabellen . . . 3
Afkortingen . . . 3
1 Inleiding en context . . . 4
2 Het beleid inzake Bevolkingsonderzoeken naar kanker . . . 6
2.1 De visie op bevolkingsonderzoek . . . 6
2.2 Historiek van de gezondheidsdoelstelling Bevolkingsonderzoeken naar kanker . . . 6
2.2.1 Gezondheidsdoelstelling Borstkankerscreening in 1998 en 2005 . . . 6
2.2.2 Advies en beleid omtrent bevolkingsonderzoeken 2011-2013 . . . 7
2.2.3 Gezondheidsdoelstelling 2015-2020 . . . 7
2.3 Organisatie van Bevolkingsonderzoeken naar kanker . . . 8
2.3.1 Kernfuncties en taakverdeling . . . 8
2.3.2 De organisatieketen . . . 9
2.3.3 Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker . . . 10
2.3.4 Bevolkingsonderzoek Borstkanker . . . 12
2.3.5 Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker . . . 13
2.3.6 Participatie . . . 15
3 Traject naar de gezondheidsdoelstelling 2025-2035 . . . 16
3.1 Betrokken actoren . . . 16
3.1.1 Departement Zorg . . . 16
3.1.2 Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) . . . 16
3.1.3 Stichting Kankerregister (BCR) . . . 17
3.1.4 Möbius . . . 17
3.1.5 Actoren in beleid, onderzoek en terreinwerking . . . 17
3.2 Eindevaluatie . . . 17
3.3 Omgevingsanalyse . . . 17
3.4 Stakeholderbijeenkomst . . . 18
3.5 Inhoudelijke verwerking & beslissingstraject . . . 18
4 Trends en evoluties . . . 20
4.1.1 Europese Richtlijnen . . . 20
4.1.2 Trends en evoluties . . . 21
5 Ontwerp van gezondheidsdoelstelling en actieplan . . . 24
5.1 Ontwerp van de gezondheidsdoelstelling . . . 24
5.2 Ontwerp van strategieën en actieplan . . . 25
5.2.1 Kwaliteit . . . 25
5.2.2 Participatie . . . 25
5.2.3 Wetenschappelijke onderbouwing . . . 26
5.2.4 Monitoring . . . 26
5.2.5 Overkoepelende indicatoren . . . 26
6 Referenties . . . 28
7 Bijlages . . . 29
7.1 Deelnemende organisaties in de stakeholderbijeenkomst . . . 29
7.2 Voorstel tot actieplan en indicatoren . . . 30
Overzicht bijlages . . . 30

Lijst van figuren

Figuur 1. Organisatieketen van Bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen 10
Figuur 2. Vier informatieniveaus voor effectieve communicatie 16
Figuur 3. Overzicht de stappen in het voorbereidend traject 17

Lijst van tabellen

Tabel 1. Onderwerpen voor desk research en interviews in kader van de omgevingsanalyse 18
Tabel 2. Streefcijfers voor de totale dekkingsgraad 25
Tabel 3. Streefcijfers voor het aandeel nooit-deelnemers 25
Tabel 4. Streefcijfers voor de follow-upgraad 25
Tabel 5. Deelnemers die minstens een dagdeel aanwezig waren op de stakeholderbijeenkomst . . . 28

Afkortingen

ASC-US	Atypical squamous cells of undetermined significance (= atypische plaveiselcellen van onbepaalde betekenis)
BVO	Bevolkingsonderzoek
CvKO	Centrum voor Kankeropsporing
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
FOBT	Fecaal occult bloedtest
gFOBT	Guaiac fecaal occult bloedtest
HPV	Humaan Papillomavirus
iFOBT	Immunochemische fecaal occult bloedtest
IMA	Intermutualistisch Agentschap
IMC	Interministeriële Conferentie
LOK	Lokaal overleg kwaliteitszorg
ME	Mammografische eenheid
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeit
SMART	Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdsgebonden
BCR	Stichting Kankerregister (Belgian Cancer Registry)
VVGE	Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

1. INLEIDING EN CONTEXT

De essentie van preventief gezondheidsbeleid is ziekte voorkomen. Ziekten kunnen verschillende oorzaken hebben, waarbij vaak een combinatie van beschermende en risicofactoren een rol speelt. Denk hierbij aan genetische aanleg, leefstijl, omgevingsinvloeden, infecties en andere verworven aandoeningen. Door gericht in te grijpen op deze factoren, kan de kans op het behoud van gezondheid aanzienlijk worden vergroot.

De Gemeenschappen, en dus de Vlaamse overheid, zijn bevoegd voor het **preventieve gezondheidsbeleid.** Het kader voor het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid is bepaald in het **decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg**[1] en een aantal uitvoeringsbesluiten[2]. Ze formuleren de randvoorwaarden voor essentiële preventiestrategieën zoals gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie. Deze strategieën versterken elkaar onderling.

Aangehouden inspanning op vlak van **gezonde leefstijl** – gedragsdeterminanten van gezondheid zoals voldoende bewegen, niet roken, gezond eten - heeft aangetoond effect op de incidentie van zowat alle chronische niet-overdraagbare aandoeningen: obesitas, diabetes type II, kanker, hart- en vaatziekten, dementie, osteoporose, depressie.... Gezonder leven is een belangrijke pijler van een kwalitatief preventief gezondheidsbeleid, maar gezonde leefstijl volstaat niet altijd. Ook de **kwaliteit van de leefomgeving** heeft een directe impact op de gezondheid, zoals de lucht- en waterkwaliteit, of het risico op blootstelling aan ziekteverwekkers. Daarnaast vormen ook **vaccinaties** een van de belangrijkste middelen om infectieziekten en hun gevolgen uit te roeien of in te perken. Om de volksgezondheid te beschermen en te versterken, investeert de Vlaamse overheid bijgevolg structureel in het bevorderen van een gezonde leefstijl, in een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid en in initiatieven die de leefomgeving gezonder maken. Omdat **tijdig opsporen van risico of ziekte** een gunstiger verloop van de ziekte of een grotere kans op genezing als gevolg kan hebben, investeert de Vlaamse overheid ook in screeningsprogramma's of bevolkingsonderzoek. Screenen heeft echter ook nadelige gevolgen. Daarom wordt bevolkingsonderzoek uitsluitend georganiseerd als de voordelen aangetoond opwegen tegen de nadelen op populatieniveau. Departement Zorg volgt de wetenschappelijke inzichten op m.b.t. bevolkingsonderzoek voor verschillende gezondheidsrisico's en aandoeningen om nieuwe evoluties om te zetten in beleid als daarvoor voldoende evidentie voorhanden is. De Vlaamse regelgeving over bevolkingsonderzoek is de toetssteen.

Preventiestrategieën die impact willen genereren, vergen langetermijndenken en duurzaam beleid. Voor elk van deze strategieën zijn daarom, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie, gezondheidsdoelstellingen geformuleerd met een focus en een looptijd over meerdere jaren. Gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare en aanvaarde doelstellingen die men binnen een bepaalde periode wil realiseren en worden geconcretiseerd in een actieplan. Ze worden geformuleerd door een gezondheidsconferentie en bekrachtigd door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement om maatschappelijke en politieke gedragenheid te garanderen. Op die manier wordt langetermijndenken gecombineerd met resultaatgerichtheid.

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

BEVOLKINGS ONDERZOEK BORSTKANKER

BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

De bevolkingsonderzoeken borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker werden op verschillende momenten in de tijd opgestart maar samengebracht in **de gezondheidsdoelstelling 'Bevolkingson-**

[1] *Vlaamse Regering (2003). Decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg. Online: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-preventieve-gezondheidszorg/#preventiedecreet.*

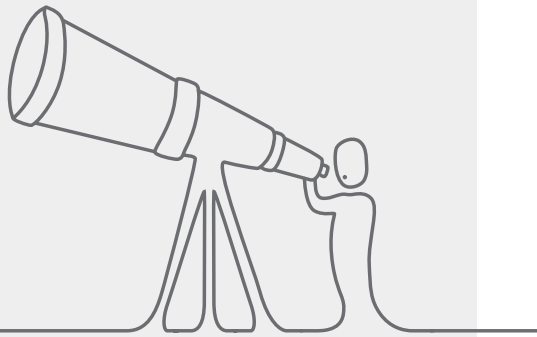
[2] *De principes voor het organiseren van bevolkingsonderzoek staan omschreven in het besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie. De wijze waarop partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking kunnen worden erkend en gesubsidieerd, is geregeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende erkenning en subsidiëring van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst. De oprichting van beleidsondersteunende werkgroepen wordt geregeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2008 betreffende Vlaamse werkgroepen binnen het preventief gezondheidsbeleid.*

derzoeken naar kanker 2015-2020'. Het doel was 1) stroomlijnen van de organisatie waar dat zinvol was en 2) eenzelfde hoog niveau van kwaliteit nastreven voor de drie screeningsprogramma's.
De eindevaluatie van deze gezondheidsdoelstelling gebeurde in 2023, en werd bekendgemaakt in een symposium in 2024: de resultaten tonen aan dat het beleid gezondheidswinst oplevert, in lijn met Europese doelstellingen.

Ondanks deze gunstige resultaten, is er nog **ruimte voor verbetering** en is er **blijvende aandacht** nodig voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Daarom startte Departement Zorg in 2024 met voorbereiding van een nieuwe gezondheidsdoelstelling. Een nieuwe gezondheidsdoelstelling geeft het signaal dat Vlaanderen een **voortrekkersrol wil blijven** opnemen op vlak van populatiegerichte screening naar kanker met de focus op een **kwalitatief en wetenschappelijk onderbouwd screeningsaanbod.** We willen ook een duidelijk engagement aangaan om toegankelijkheid en participatie te verhogen voor **moeilijk bereikbare doelgroepen.** Opvolgen van wetenschappelijk onderzoek, performante evaluatie en monitoring van de resultaten en trends, blijven essentieel.

In dit rapport wordt het participatief traject beschreven dat resulteerde in een nieuw voorstel. Het biedt een samenvattend overzicht van de historiek en de huidige status van de bevolkingsonderzoeken naar kanker, beschrijft relevante maatschappelijke en wetenschappelijke trends en evoluties die een impact hebben op het toekomstige screeningsbeleid en formuleert een ontwerp van de nieuwe gezondheidsdoelstelling met bijhorend actieplan.





2. HET BELEID INZAKE BEVOLKINGS-ONDERZOEKEN NAAR KANKER



De drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn op andere momenten in de tijd gestart en doorheen de jaren geëvolueerd.

2.1 DE VISIE OP BEVOLKINGSONDERZOEK

Sommige risico's of ziektes zijn al in een vroeg stadium op te sporen. Tijdige opsporing kan een gunstiger verloop van de ziekte of een grotere kans op genezing als gevolg hebben. Een screenings-instrument is echter nooit 100% betrouwbaar. Vals-positieve resultaten en onnodige ongerustheid, overdiagnose en overbehandeling kunnen schadelijke gevolgen hebben zowel op individueel als maat-schappelijk vlak. Screening heeft naast voordelen dus ook nadelen.

In een bevolkingsonderzoek of populatiegerichte screening wordt een hele doelgroep gescreend op afwijkingen die kunnen wijzen op zo'n risico of ziekte. Er wordt een aanbod van screenen georganiseerd voor een groep personen die in principe gezond zijn of zonder klachten. Een groot deel van die groep zal geen baat hebben bij de screening (afwijkend screeningsresultaat), maar loopt wel de kans om de nadelen ervan te ondervinden. Voordat een screeningsprogramma of bevolkingsonderzoek wordt geor-ganiseerd is het daarom belangrijk voldoende zekerheid te hebben dat de voordelen opwegen tegen de nadelen voor iedereen in die groep (populatieniveau).

Het Vlaamse beleid heeft tot doel de kwaliteit van screeningsinitiatieven of bevolkingsonderzoek te verhogen, en de Vlaamse burgers te beschermen tegen screening of bevolkingsonderzoek dat niet zinvol of schadelijk is. De Vlaamse overheid organiseert zelf bevolkingsonderzoeken en verleent toe-stemming aan kwalitatief bevolkingsonderzoek op initiatief van andere organisaties. Het principe van dit beleid is beschreven in artikel 31 van preventiedecreet en uitgevoerd in het besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie. Dit besluit omschrijft het toepassingsgebied en bijvoorbeeld de wijze waarop bevolkingsonderzoeken namens de Vlaamse Regering worden opgezet. De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek adviseert over de initiatieven. De website www.bevolkingsonderzoek.be bundelt alle informatie over screening en bevolkingsonderzoek.

Een bevolkingsonderzoek organiseren zonder dat, in geval van afwijkend resultaat, een kwalitatieve diagnose en/of behandeling beschikbaar of toegankelijk is, is niet zinvol. Weten dat men ziek is of een risico loopt zonder adequate opvolging is moeilijk te verantwoorden.

De federale overheid is bevoegd voor curatieve zorg. Om doelmatige screeningsprogramma's te kunnen organiseren stemt de Vlaamse overheid daarom op regelmatige basis af met het federale beleidsniveau. Dat is o.a. nodig om een kwaliteitsvolle opvolging na afwijkend screeningsresultaat te garanderen.

2.2 HISTORIEK VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING BEVOLKINGSONDERZOEKEN NAAR KANKER

2.2.1 Gezondheidsdoelstelling Borstkankerscreening in 1998 en 2005

Het Vlaamse parlement formuleerde in 1998 een gezondheidsdoelstelling die bepaalde dat borstkanker-screening (d.i. Bevolkingsonderzoek Borstkanker) bij vrouwen doelmatiger moest verlopen tegen het

jaar 2002. Op basis van de gezondheidsdoelstelling over borstkankeropsporing van 1998 werd **in 2001 gestart met het Vlaams Bevolkingsonderzoek Borstkanker.**

In 2005 werd een gezondheidsconferentie georganiseerd om de gezondheidsdoelstelling van 1998 te herzien. De nieuwe doelstelling werd als volgt geformuleerd:

> **Tegen 2012 verloopt het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar doelmatiger, d.w.z. voldoende vrouwen nemen deel, meer kankers worden tijdig gevonden en er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken.**

2.2.2 Advies en beleid omtrent bevolkingsonderzoeken 2011-2013

In 2011 werden door de werkgroep Bevolkingsonderzoek **drie adviezen inzake initiatieven van Bevolkingsonderzoek** naar kanker in Vlaanderen geformuleerd: deze werkgroep gaf een gunstig advies over het verder organiseren van het Vlaams Bevolkingsonderzoek Borstkanker (advies 11-05 [1]), mits enkele aanpassingen bij de uitvoering, en gaf vervolgens ook positief advies over het opstarten van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhals- en Dikkedarmkanker (respectievelijk advies 11-04 [2] en advies 11-03 [3]).

Eind 2011 werd door het Departement Zorg een overheidsopdracht gegund aan het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) met als opdracht de voorbereiding van de implementatie van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. De inloopfase, van december 2011 tot december 2012, was bedoeld om de volledige implementatie van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker in Vlaanderen vanaf 2013 organisatorisch voor te bereiden.

Sinds juni 2013 wordt in Vlaanderen het **Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker** georganiseerd en sinds oktober 2013 werd het **Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker** op gefaseerde wijze geïmplementeerd.

2.2.3 Gezondheidsdoelstelling 2015-2020

In 2013 werd beslist om een nieuwe gezondheidsdoelstelling over "bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm" te formuleren. De drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken werden m.a.w. samen behandeld, met voldoende aandacht voor de specifieke kenmerken eigen aan elk bevolkingsonderzoek en de implementatiefase waarin ze zich bevonden. Door één gezondheidsdoelstelling te formuleren voor de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker, werd erkend dat een gezamenlijke aanpak of overkoepelende visie voor bepaalde deelaspecten van de onderzoeken kan leiden tot een performantere werking en hogere kwaliteit.



Met de organisatie van kwaliteitsvolle en performante Bevolkingsonderzoeken naar kanker, afgestemd op de internationale bevindingen en Europese richtlijnen, beoogt de Vlaamse overheid gezondheidswinst voor de bevolking te behalen. Door dit te consolideren in een gezondheidsdoelstelling voor 2020 werd het beleid rond de Vlaamse bevolkingsonderzoeken onderbouwd met een langetermijnvisie waaraan een planning met acties, indicatoren voor monitoring en evaluatie, en aangepaste investeringen verbonden zijn. In navolging op het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De hoofddoelstelling luidde als volgt:

> **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 bevolkingsonderzoeken, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen.**

Aan deze hoofddoelstelling werden vijf subdoelstellingen gekoppeld m.b.t. goed bestuur, participatie en kwaliteit van de drie Bevolkingsonderzoeken naar kanker. Om de formulering van de hoofddoelstelling en subdoelstellingen zo 'SMART'[3] mogelijk te maken, werden ze elk aangevuld met indicatoren (en waar mogelijk streefdoelen). Deze werden continu opgevolgd om te kunnen nagaan of de doelstellingen bereikt werden.

2.3 ORGANISATIE VAN BEVOLKINGSONDERZOEKEN NAAR KANKER

Een bevolkingsonderzoek is, kort samengevat, **een georganiseerd aanbod van screening naar een ziekte of aandoening of naar risicofactoren, voorstadia of verwikkelingen ervan, bij één of meer personen uit een bepaalde doelgroep die geen symptomen hebben en zich niet ziek voelen.**

De drie Bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn niet gericht op personen met een verhoogd risico op baarmoederhals-, borst- of dikkedarmkanker. Personen met klachten of met een sterk verhoogd risico wordt aangeraden hun behandelende arts te consulteren voor een aangepaste opvolging in plaats van deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

2.3.1 Kernfuncties en taakverdeling

De verschillende actoren die betrokken zijn bij de drie Vlaamse Bevolkingsonderzoeken naar kanker, kunnen functioneel als volgt worden ingedeeld:

- beleidsvoering (incl. wet- en regelgeving, financiering, erkenning van organisaties);
- uitvoering (van selectie en uitnodiging voor de Bevolkingsonderzoeken naar kanker tot doorverwijzing);
- monitoring en evaluatie (inclusief kwaliteitstoezicht);
- maatschappelijke inbedding, informatieverspreiding en sensibilisering op populatieniveau.

Beleidsvoering:
Wanneer de **Vlaamse minister** bevoegd voor het gezondheidsbeleid van oordeel is dat op basis van wetenschappelijke bewijsvoering een Bevolkingsonderzoek naar kanker een verantwoorde manier is om gezondheidswinst voor de bevolking te realiseren, legt de minister een voorstel voor aan de **Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek** en gaat zo nodig in overleg met de bevoegde federale minister over kwaliteit van de opvolging en financiering van medisch-technische prestaties. Na advies van deze werkgroep initieert de minister het desbetreffende bevolkingsonderzoek en voorziet de nodige financiering voor de organisatorische aspecten van dit bevolkingsonderzoek. De realisatie van de beleidsbeslissing om Bevolkingsonderzoeken naar kanker te organiseren, gebeurt - onder de verantwoordelijkheid van de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid - door het Departement Zorg. Binnen het Departement Zorg is het team Gezondheidsbevordering en Vroegdetectie binnen de Afdeling Preventief Gezondheidsbeleid verantwoordelijk voor de Bevolkingsonderzoeken naar kanker. De minister richt daarnaast, in overeenstemming met de regelgeving over bevolkingsonderzoek, een Vlaamse werkgroep op die de uitvoering en kwaliteit van dat bevolkingsonderzoek mee moet opvolgen.

[3] SMART is een methode om doelstellingen concreet en haalbaar te maken. Een doel is SMART wanneer het specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden is. Dat betekent dat het duidelijk omschreven is, je kunt meten of het bereikt is, het gedragen wordt door betrokkenen, haalbaar is binnen de beschikbare middelen en een duidelijke deadline heeft.



<u>Uitvoering van en medewerking aan de uitvoering van het bevolkingsonderzoek</u>:
De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden uitgevoerd door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). De Stichting Kankerregister (Belgian Cancer Registry, BCR) speelt hierbij een belangrijke, ondersteunende rol. De samenwerking tussen deze actoren wordt doorheen dit hoofdstuk verder toegelicht.

Diverse andere actoren spelen een actieve rol in de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken: huisartsen motiveren en informeren de doelgroep en staan in voor het verder opvolgen van de deelnemers na een afwijkend screeningsresultaat; gynaecologen of huisartsen nemen een uitstrijkje en/of voeren vervolgonderzoek uit; radiologen en medische beeldvormers nemen de mammografie in de erkende mammografische eenheden en interpreteren ('lezen') de resultaten van de mammografie; anatoompathologen en klinisch biologen analyseren de stalen in de laboratoria; en gastro-enterologen zijn betrokken bij eventueel vervolgonderzoek voor dikkedarmkankeropsporing.

<u>Monitoring en evaluatie</u>:
De Vlaamse overheid staat in voor de **kwaliteitsbewaking** van de bevolkingsonderzoeken in zijn geheel. Dankzij een intensieve uitwisseling en koppeling van gegevens bezorgen het **CvKO** en het **BCR** de overheid daartoe de nodige informatie, verkregen uit de registratie en analyse van bepaalde parameters en indicatoren vastgesteld in de Vlaamse Werkgroep Monitoring. De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Borstkanker, **de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker en de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker** volgen elk de uitvoering en kwaliteitsbewaking van de specifieke bevolkingsonderzoeken mee op en adviseren de minister hieromtrent.

<u>Maatschappelijke inbedding en informatieverspreiding op populatieniveau</u>:
Algemene informatie en sensibilisering rond de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker gebeurt in hoofdzaak door het CvKO, met gebruik van de specifieke huisstijl en communicatiestijl die daarvoor werd ontwikkeld. Daarnaast staat het CvKO in voor de bewaking (supervisie en coördinatie) van het merk Bevolkingsonderzoek naar kanker. Het CvKO werkt nauw samen met de Vlaamse Werkgroep Sensibilisering, die de communicatie afstemt en versterkt in samenwerking met diverse betrokken actoren. Onder meer Gezondheidsmakers, Gezond in Brussel, ziekenfondsen, niet-gouvernementele organisaties, lokale besturen en middenveld-, consumenten- en patiëntenorganisaties dragen actief bij aan het sensibiliseren van zowel de algemene bevolking als specifieke doelgroepen voor deelname aan de Bevolkingsonderzoeken naar kanker.

2.3.2 De organisatieketen

De organisatie van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker in Vlaanderen verloopt volgens de **organisatieketen** zoals voorgesteld in de figuur hieronder en bestaat uit de volgende stappen:

- selectie en uitnodiging voor deelname
- screeningstest/onderzoek
- analyse
- resultaatsmededeling
- doorverwijzing in geval van afwijkend screeningsresultaat of uitnodiging voor een vervolgronde in geval van niet-afwijkend screeningsresultaat.

Deze **sequentiële stappen** vormen samen het traject dat elke persoon die deelneemt aan een Vlaams Bevolkingsonderzoek naar kanker in principe doorloopt. Bij de organisatie van een bevolkingsonderzoek moet de kwaliteit in elke stap van het proces gewaarborgd worden. Deze stappen, en huidige knelpunten, worden hieronder achtereenvolgens (bondig) toegelicht voor elk bevolkingsonderzoek naar kanker. Een essentiële fase van een bevolkingsonderzoek voorafgaand aan dit traject is die van

sensibilisering en informatieverspreiding, waarbij de algemene bevolking, de personen uit de doelgroepen, de zorgverleners, en diverse organisaties geïnformeerd worden over het nut en de aanpak van het desbetreffende Bevolkingsonderzoek.



Figuur 1. Organisatieketen van Bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen

2.3.3 Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

In Vlaanderen was er tot 2013 alleen opportunistische screening naar baarmoederhalskanker, wat betekende dat een vrouw op eigen initiatief of op initiatief van een arts gescreend werd. Op 1 juni 2013 werd het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker opgestart.

Sinds 1 januari 2025 is het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker gewijzigd: vrouwen in de leeftijdscategorie 30-64 jaar worden niet meer gescreend op afwijkende cellen (driejaarlijkse cytologie) maar d.m.v. een vijfjaarlijkse primaire HPV-test die de aanwezigheid van hoog-risico humaan papillomavirus (hrHPV) opspoort. Voor vrouwen in de leeftijd van 25-29 jaar blijft de driejaarlijkse cytologiescreening behouden.

De Vlaamse overheid staat in voor de financiering van de organisatie. De federale overheid komt via het RIZIV tussen voor de financiering van de staalafname en analyse van de uitstrijkjes.

Selectie en uitnodiging:
De doelgroep betreft alle **vrouwen van 25 tot en met 64 jaar** die in het Vlaamse Gewest gedomicilieerd zijn.

Vanaf de opstart van het georganiseerde Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker tot en met 2024 kregen alleen vrouwen die zich niet of niet tijdig lieten screenen een herinneringsbrief voor deelname aan het georganiseerd bevolkingsonderzoek. Door sensibilisering en kwaliteitsomkadering beoogde dit georganiseerd aanbod ook reductie van overscreening.

Vanaf 2025 worden alle vrouwen uitgenodigd, met uitzondering van de vrouwen voor wie een uitnodiging voor screening (tijdelijk) niet aangewezen is (zoals vrouwen die in het voorgaande jaar reeds een screening ondergingen, die baarmoederkanker hebben of hadden, als de baarmoeder of baarmoederhals is verwijderd, ….). Voor het opstellen van een uitsluitingslijst[4]) wordt gebruik gemaakt van het **HPV-cyto-histo-pathologieregister** binnen het BCR, waarvoor men de gegevens opvraagt bij de laboratoria voor pathologische anatomie en klinische biologie.

Screeningstest:
Op 1 januari 2025 werd er overgeschakeld naar vijfjaarlijkse primaire HPV screening voor vrouwen tussen 30-64 jaar met cytologie als reflextest. Voor vrouwen van 25 tot en met 29 jaar blijft een driejaarlijks uitstrijkje op basis van cytologie, met in sommige indicaties HPV testing als reflex test aangewezen.

[4] *De criteria voor tijdelijke of permanente uitsluiting van vrouwen uit het doelgroepbestand betreft: vrouwen met baarmoederhalskanker of endometriumkanker, vrouwen die de laatste 3 jaar een uitstrijkje gekregen hebben, in opvolging zijn voor een afwijking aan de baarmoederhals, of een totale hysterectomie ondergingen.*

De Vlaamse en Belgische consensus voor een driejaarlijks uitstrijkje en een vijfjaarlijkse HPV-test is in overeenstemming met de Europese aanbevelingen. [4, 5, 6]

Analyse van de test:
De analyse van het uitstrijkje wordt georganiseerd door een laboratorium voor pathologische anatomie en klinische biologie. Er wordt gestreefd naar een werkwijze om op een uniforme en systematische wijze de kwaliteit van de staalanalyse te bewaken, bijvoorbeeld door de laboratoria, de cytologen, de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen feedback te geven over de kwaliteit van de analyses en te remediëren waar nodig.

Resultaatsmededeling:
Door de wijziging naar primaire HPV screening wordt overgeschakeld naar een centrale resultaatsmededeling aan de deelnemende vrouw en haar GMD-arts. Hiervoor is een snelle en liefst dagelijkse aanlevering van de screeningsresultaten noodzakelijk.

Heroproep of doorverwijzing:
Drie (voor vrouwen van 25 t/m 29j) of vijf jaar (voor vrouwen van 30 t/m 64 j) na de laatste screening worden de vrouwen die hiervoor in aanmerking komen, opnieuw uitgenodigd voor het laten uitvoeren van een uitstrijkje. Als er tussentijdse klachten optreden die kunnen wijzen op baarmoederhalskanker, wordt de vrouw geadviseerd om contact op te nemen met haar arts.

Bij een afwijkend screeningsresultaat is verder onderzoek aangewezen volgens het algoritme opgesteld door het technische Comité HPV, in samenspraak met de relevante beroepsorganisaties. [7, 8, 9, 10] Wanneer dit niet of niet tijdig gebeurt, moet het faalveiligheidsmechanisme, waarbij nagegaan wordt of er opvolging plaats vond na een afwijkend screeningsresultaat, in werking treden. Het faalveiligheidssysteem werd opgestart in 2018. BCR bekijkt vier keer per jaar, op basis van zowel het HPV-cytohistopathologisch register als de IMA-databank, wie in het faalveiligheidssysteem terecht komt, en overhandigt de lijst aan het CvKO.

Het CvKO communiceert naar de GMD-houdende arts en de afnemer van het staal over de ontbrekende opvolging na afwijkende screening. Het is aan de arts om te oordelen wat de gepaste opvolging is voor de patiënt, en op welke wijze de patiënt hierover gecontacteerd wordt.

Kosteneffectiviteit:
De systematische review van kosteneffectiviteitsstudies [11] door een onderzoeksteam van UGent en VUB stelde vast dat in de meeste kosteneffectiviteitsstudies over baarmoederhalskankerscreening de beginleeftijd voor screening 30 jaar is. Vanaf deze leeftijd zijn cytologische screening (al dan niet met HPV-triage) of HPV-DNA-screening (al dan niet met cytologie triage) kosteneffectief in vergelijking met geen screening, voor alle bestudeerde screeningsintervallen. Wel werd aangetoond dat langere screeningsintervallen (van 5 tot 7 jaren) kunnen aangewend worden bij het screenen van gevaccineerde vrouwen. Wanneer de screening gestart wordt op 18-jarige leeftijd, is dit niet meer kosteneffectief ten opzichte van geen screening. Slechts enkele studies evalueren ook de kosteneffectiviteit van baarmoederhalskankerscreening vanaf 25 jaar, wat enkel kosteneffectief blijkt te zijn voor primaire cytologische screening.



In 2025 werd door dezelfde onderzoeksgroep gestart met een nieuwe kosteneffectiviteitsanalyse voor het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. De resultaten hiervan zullen pas beschikbaar zijn eind 2025.

2.3.4 Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Het Vlaams Bevolkingsonderzoek Borstkanker ging officieel van start op 15 juni 2001. "Met de organisatie van dit georganiseerde screeningsprogramma wilde men het tot dan toe opportunistische aanbod efficiënter, consistenter en meer uniform maken en de kwaliteit van de borstkankerscreening verhogen."

Om de kwaliteit te garanderen is het Bevolkingsonderzoek Borstkanker zo maximaal mogelijk afgestemd op de laatste editie van de Europese aanbevelingen voor kwaliteitsgarantie bij screening en diagnose van borstkanker. [12] Essentieel daarbij zijn de **fysisch-technische kwaliteitsvereisten** voor de mammografische eenheden, de nauwkeurige **registratie** van alle gegevens met het oog op evaluatie en vooral het systeem van **blinde dubbele lezing van de mammografie.**

De Vlaamse overheid staat in voor de financiering van de organisatie van het bevolkingsonderzoek. De federale overheid komt via het RIZIV tussen voor de technische prestaties waaronder de uitvoering van de mammografie en de **dubbele lezing** (beoordeling door twee of drie radiologen).

Selectie en uitnodiging:
Met het Vlaams Bevolkingsonderzoek Borstkanker biedt de Vlaamse overheid om de twee jaar een screeningsmammografie aan **vrouwen van 50 tot en met 69 jaar** die in het Vlaamse Gewest gedomicilieerd zijn aan. Door het koppelen met gegevens van het BCR worden vrouwen die een bilaterale mastectomie ondergingen, die minder dan 10 jaar een borstkanker diagnose kregen of die recent een (bilaterale) mammografie lieten nemen niet uitgenodigd. Zo worden overbodige, te frequente of niet aangepaste onderzoeken vermeden.

Specifiek aan het Vlaams bevolkingsonderzoek is dat de toegang van de vrouwen uit de doelgroep kan gebeuren via twee sporen. In het eerste spoor wordt de vrouw door **een arts** verwezen voor een screeningsmammografie. Het tweede spoor bestaat erin dat de vrouw deelneemt via de **uitnodigingsbrief** die ze van het CvKO toegestuurd krijgt. De uitnodigingsbrief van het CvKO geldt als voorschrift voor de gratis screeningsmammografie en bevat een voorstel van plaats, datum en uur om een screeningsmammografie te laten nemen in een erkende mammografische eenheid. De uitgenodigde vrouw kan de voorgestelde plaats, datum en uur van de afspraak laten wijzigen via de 0800-lijn van het CvKO of per email. Het CvKO werkt ook aan een online afsprakensysteem.

Screeningstest:
Het instrument om te screenen op borstkanker is de **screeningsmammografie**, genomen in een door de Vlaamse overheid erkende mammografische eenheid door een beeldvormer of radioloog en op een daarvoor goedgekeurd toestel. De mammografie wordt beoordeeld/geïnterpreteerd door minstens twee radiologen. Mammografische eenheden, mammografietoestellen en radiologen moeten voldoen aan de kwaliteitsvereisten, gebaseerd op de EU-aanbevelingen.

De toegankelijkheid tot het Bevolkingsonderzoek Borstkanker is hoog mede dankzij het hoge aantal mammografische eenheden verspreid over Vlaanderen.

Analyse van de test:
De screeningsmammografie wordt onafhankelijk en blind voor elkaars oordeel geïnterpreteerd door minstens twee radiologen (lezers). Als beide lezers van eenzelfde screeningsmammografie tot hetzelfde besluit komen, kan onmiddellijk een resultaatsmededeling gegenereerd worden. In het andere geval – bij discordantie – volgt een derde, onafhankelijke, lezing die beslissend is.

Om de kwaliteit van de screening op te volgen, zijn er kwaliteitsparameters bepaald, zoals fysisch-technische kwaliteit van de apparatuur, medisch-radiologische kwaliteit, doorverwijzingspercentages, kankerdetectiegraad en positief predictieve waarde. In 2023 vielen deze parameters binnen de Europese normen of weken ze niet ver af van de norm.[5]

[5] *Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (2013). ibid.*

Resultaatsmededeling:
Van zodra de resultaten van de screening bekend zijn, worden de vrouw en haar behandelende arts daarover **schriftelijk geïnformeerd (digitaal of per post).** De doorlooptijd tussen het moment van de screeningsmammografie en resultaatsmededeling is idealiter zo kort mogelijk: sinds 2018 krijgt bijna 100% van de deelneemsters het resultaat binnen twee weken toegestuurd.

Heroproep of doorverwijzing:
Bij een niet-afwijkend screeningsresultaat wordt de vrouw na twee jaar opnieuw uitgenodigd voor een screeningsonderzoek (tenzij ze tegen dan buiten de doelgroep valt) of heeft laten weten dat ze geen uitnodigingen meer wil ontvangen). Bij een afwijkend screeningsresultaat zal de arts verder onderzoek voorschrijven. Bijna alle vrouwen laten dit vervolgonderzoek uitvoeren. Door een koppeling met BCR kan voor elke screening worden bepaald of bij de vrouw borstkanker werd vastgesteld. Voor de diagnose, behandeling en follow-up wordt verwezen naar de aanbevelingen betreffende de diagnostische oppuntstelling van bij screening gedetecteerde borstletsels (in 2005 opgesteld door de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Borstkanker waarbij uitgegaan werd van de bestaande Europese aanbevelingen van EUSOMA en van de recente aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg).

De follow-up na een afwijkend screeningsresultaat binnen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker wordt gemonitord via kwaliteitsindicatoren die jaarlijks geanalyseerd worden naar aanleiding van het jaarrapport.

Kosteneffectiviteit:
In 2025 werd een gezondheidseconomische evaluatie van het Vlaams Bevolkingsonderzoek Borstkanker uitgevoerd vanuit het I-CHER consortium (VUB en UGent) in samenwerking met de KU Leuven in opdracht van de Vlaamse overheid.

De gezondheidseconomische evaluatie toont aan dat voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker de tweejaarlijkse mammografische screening van vrouwen tussen de 50 en 69 jaar de meest kosteneffectieve strategie is ten opzichte van het beëindigen van het screeningsprogramma.

2.3.5 Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

De Vlaamse overheid organiseert sinds oktober 2013 het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker en staat in voor financiering de volledige uitvoering van het bevolkingsonderzoek waaronder de aankoop en analyse van de stoelgangstest.

Selectie en uitnodiging:
Het bevolkingsonderzoek werd gefaseerd geïmplementeerd; sinds 2020 omvat de doelgroep mannen en vrouwen van 50 t.e.m. 74 jaar. Het uitnodigen van de doelgroep gebeurt door een brief per post, samen met de **stoelgangstest (met gebruiksaanwijzing en opvangpapier)** en een folder met bijhorende uitleg. Als 10 weken na de eerste uitnodiging nog geen stoelgangstaal werd ingestuurd, wordt een **herinneringsbrief** per post gestuurd (zonder afnameset) (en na 4 weken nog een e-reminder).



Personen bij wie de dikke darm verwijderd werd, worden permanent uitgesloten van het bevolkingsonderzoek. Personen met een diagnose dikkedarmkanker of een coloscopie worden gedurende 10 jaar niet uitgenodigd. Personen die een virtuele coloscopie lieten uitvoeren worden pas 4 jaar na deze virtuele coloscopie uitgenodigd. Personen die recent een iFOBT lieten uitvoeren worden pas uitgenodigd 24 maanden na de laatste iFOBT.



Screeningstest:
Deelname aan het bevolkingsonderzoek gebeurt door thuis een stoelgangstaal te nemen met behulp van de afnameset en het opvangpapier. Op basis van de beschreven voordelen en testeigenschappen is de beslissing genomen om binnen het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker een kwantitatieve, geautomatiseerde iFOBT te gebruiken als screeningsinstrument. In internationale literatuur wordt een screeningsinterval van 2 jaar aanbevolen in geval van niet-afwijkende iFOBT en Vlaanderen volgt deze aanbeveling.

Analyse van de test:
De staalname met het deelnameformulier wordt naar één laboratorium gestuurd (m.b.v. port betaald envelop) verantwoordelijk voor alle analyses van de stoelgangstesten in het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. De kwaliteitscontrole binnen dit laboratorium werd in een contract met de Vlaamse overheid vastgelegd. De afkapwaarde (hoeveelheid ng/ml) die men hanteert om de grens tussen een afwijkend en niet-afwijkend screeningsresultaat te bepalen, werd op basis van de ervaringen in het pilootproject en Europese aanbevelingen aanvankelijk vastgelegd op 75 ng/ml (OC Sensor, 2013-2020) en nadien verlaagd naar 50 ng/ml (FOB Gold, 2021 tot nu).

Resultaatsmededeling:
De iFOBT-resultaten worden door het labo aan het CvKO bezorgd en geregistreerd in Heracles. Zowel de GMD houdende-arts (indien beschikbaar) als de deelnemer worden door het CvKO op de hoogte gebracht van het resultaat, maximaal 14 kalenderdagen na analyse van het staal in het labo. De huisarts ontvangt het resultaat via een beveiligde eHealthbox. De deelnemer per post of per e-mail (de e-mail verwijst voor het resultaat via een link naar MijnGezondheid.be). Het afwijkende resultaat wordt ook altijd per post aan de deelnemer bezorgd.

Heroproep of doorverwijzing:
Een deelnemer met niet-afwijkend resultaat ontvangt twee jaar na de vorige deelnamedatum een nieuwe uitnodiging voor de screening. Een deelnemer met een afwijkend resultaat (≥50 ng/ml), krijgt schriftelijk advies om een coloscopie te laten uitvoeren. Het beleid inzake uitvoering van coloscopieën is niet uniform in Vlaanderen en er bestaat tot op heden geen door de wetenschappelijke vereniging van gastro-enterologen ontwikkelde kwaliteitsstandaard. Er zijn wel internationale normen die kunnen worden overgenomen. Het beleid bij detectie van poliepen en adenomen ligt wel vast: indien de poliepen of het adenomen zeer oppervlakkig gelegen zijn, worden deze bij voorkeur endoscopisch weggenomen. Voor de personen met een afwijkend resultaat is het belangrijk dat de vervolgonderzoeken (voornamelijk de coloscopieën) conform praktijkrichtlijnen gebeuren. Het analyseren van de resultaten van de screening samen met de vervolgonderzoeken is nodig voor monitoring en voor het bewaken van de faalveiligheid. Het oprichten van een coloscopieregister met kwaliteitsindicatoren zou hiertoe eveneens een uiterst belangrijke bijdrage leveren.

Kosteneffectiviteit:
In 2025 werd een gezondheidseconomische evaluatie uitgevoerd door het I-CHER consortium (VUB en UGent) in samenwerking met de KU Leuven in opdracht van de Vlaamse overheid. De kosteneffectiviteitsstudie toont aan dat het huidige screeningprogramma van 50 tot 74 jarigen kosteneffectief is in het verlagen van de ziektelast van dikkedarmkanker, en dit tegenover het alternatief van het stopzetten van het bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

2.3.6 Participatie

In het natraject van de vorige gezondheidsdoelstelling werd een **informatie- en communicatieplan** opgesteld door AHA!, in opdracht van het Departement Zorg en in samenwerking met de Vlaamse werkgroep Sensibilisering. Dit om de maatschappelijke en individuele gedragenheid van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker te verhogen door de (sub)doelgroepen op maat betrouwbaar te informeren over de werkwijze en de voor- en nadelen van de bevolkingsonderzoeken én te sensibiliseren tot deelname (cfr. subdoelstelling 2 Participatie uit de Gezondheidsdoelstelling 2015-2020). Dit plan diende als referentiekader om alle informatie- en sensibiliseringsacties en -plannen (ISAP) te stroomlijnen.

Binnen dit plan werd 'geïnformeerde motivatie' als communicatiestijl van de overheid, CvKO en andere door de overheid gesubsidieerde organisaties gekozen. Deze stijl heeft twee doelen:

1. Het aanbieden van toegankelijke, eenvoudige en laagdrempelige informatie, waarbij duidelijk wordt wat de voor-en nadelen zijn van de bevolkingsonderzoeken.
2. Het tonen van de steun van de overheid voor de organisatie van de bevolkingsonderzoeken en het motiveren van mensen om deel te nemen.

Om de soms complexe informatie over de screening behapbaar te maken voor de beoogde doelgroepen, werden vier informatieniveaus onderscheiden die samen het volledige beeld schetsen.

verwijzend	basisinformatie	verdiepend	specialistisch
toeleidende **actie** (vooral wat) + verwijzing naar infobronnen	bondig antwoord op **wie, wat, waar, wanneer,** waarom: minimale info nodig om te doen wat voorgesteld wordt - verwijst door	gestructureerd, vereenvoudigd en gegeneraliseerd antwoord (ook op **waarom-** of **hoe-**vragen)	**gedetailleerd** antwoord op alle vragen: ook uitzonderingen en pure cijfers
affiches, banners, pay-offs	brieven, landingspagina's, korte artikels, spots	folders, brochures, infopagina's site, cheat sheets, infographics	artsen, specialisten, gespecialiseerde webpagina's
geen info voor geïnformeerde keuze	aandacht voor vrije keuze, verwijzing naar info	gestructureerde info voor geïnformeerde keuze	gedetailleerde info voor geïnformeerde keuze

Figuur 2. Vier informatieniveaus voor effectieve communicatie



3. TRAJECT NAAR DE GEZONDHEIDS-DOELSTELLING 2025-2035

Om de bevolkingsonderzoeken naar kanker te blijven verbeteren en een voortrekkersrol te blijven vervullen in Vlaanderen t.a.v. populatiegerichte screening naar kanker met de focus op een kwalitatief en wetenschappelijk onderbouwd screeningsaanbod, werd in 2024 een traject gestart om een nieuwe gezondheidsdoelstelling Bevolkingsonderzoeken naar kanker te formuleren. Dit traject maakt deel uit van de gezondheidsconferentie en omvat zowel een voorbereidend voortraject als een symposium. Op het symposium van 25 juni 2025 wordt de ontwerpdoelstelling voorgesteld. Deze ontwerpdoelstelling kwam tot stand via een participatief traject dat in dit hoofdstuk wordt toegelicht.



Figuur 3. Overzicht de stappen in het voorbereidend traject

3.1 BETROKKEN ACTOREN

Gedurende het voortraject werden vele actoren betrokken; hieronder wordt een overzicht gegeven van de voornaamste actoren binnen dit proces.

3.1.1 Departement Zorg

Het Departement Zorg heeft in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid als beleidsvoorbereidende en uitvoerende kerntaken o.a. het opzetten en uitvoeren van preventieve initiatieven en programma's, en het erkennen en subsidiëren van instanties die deze uitvoeren. Concreet in dit traject staat het Departement Zorg in voor het voorbereiden en organiseren van de Gezondheidsconferentie Bevolkingsonderzoeken naar kanker 2024-2025, alsook het coördineren en opvolgen van het natraject.

3.1.2 Centrum voor Kankeropsporing (CvKO)

Het Centrum voor Kankeropsporing stond tijdens dit traject in voor het uitvoeren van de eindevaluatie



van de afgelopen gezondheidsdoelstelling 'Bevolkingsonderzoeken naar kanker', leverde inhoudelijke expertise doorheen intern overleg, de stakeholderbijeenkomst en bij het formuleren van nieuwe acties en doelstellingen.

3.1.3 Stichting Kankerregister (BCR)

De Stichting Kankerregister (Belgian Cancer Registry, BCR) stond tijdens dit traject in voor het mee uitvoeren van de eindevaluatie van de afgelopen gezondheidsdoelstelling 'Bevolkingsonderzoeken naar kanker', leverde inhoudelijke expertise doorheen intern overleg, de stakeholderbijeenkomst en bij het formuleren van nieuwe acties en doelstellingen.

3.1.4 Möbius

Adviesbureau Möbius stond in voor de overkoepelende procesbegeleiding van het voorbereidend traject en voor het stakeholdermanagement voor, tijdens en na de stakeholderbijeenkomst.

3.1.5 Actoren in beleid, onderzoek en terreinwerking

Doorheen het participatief traject als onderdeel van de gezondheidsconferentie werden actoren uit beleid, onderzoek en het werkveld van de bevolkingsonderzoeken naar kanker betrokken bij de formulering van aanbevelingen. De verschillende stappen van het traject werden ook inhoudelijk besproken met de Vlaamse werkgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Een volledig overzicht van de actoren werd opgenomen in bijlage 8.1.

3.2 EINDEVALUATIE

Om het effect van die samenwerking en inzet aan te tonen werd de gezondheidsdoelstelling voor de drie Bevolkingsonderzoeken naar kanker (Baarmoederhals-, Borst-, en Dikkedarmkanker) (2015-2020) in 2023 **geëvalueerd** door het Departement Zorg, het Centrum voor Kankeropsporing en de Stichting Kankerregister in afstemming met de Vlaamse werkgroep Baarmoederhalskanker, de Vlaamse werkgroep Dikkedarmkanker, de Vlaamse werkgroep Borstkanker, de Vlaamse werkgroep Sensibilisering en de Vlaamse werkgroep Monitoring.

De evaluatie is bewust twee jaar na afloop van de gezondheidsdoelstelling gestart om over alle data te kunnen beschikken die noodzakelijk zijn om een goed totaalbeeld te kunnen geven.[6] Sommige noodzakelijke data (met name m.b.t. de verdere opvolging en diagnose na een afwijkend resultaat en m.b.t. de intervalkankers na een normaal resultaat) zijn pasna twee jaar beschikbaar.

De resultaten van de eindevaluatie werden voorgesteld op een symposium op 4 maart 2024; de documentatie en opname zijn te vinden via https://bevolkingsonderzoek.be/nl .

3.3 OMGEVINGSANALYSE

Na de eindevaluatie werd er een **omgevingsanalyse** uitgevoerd ter voorbereiding op de stakeholderbijeenkomst De doelstelling van deze omgevingsanalyse was om trends, aandachtspunten en voorbeelden

[6] *Aanvullend worden er jaarlijks worden rapporten gepubliceerd over belangrijke indicatoren voor de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker. De eindevaluatie is gebaseerd op de indicatoren uit de gepubliceerde jaarrapporten en werd met aangevuld met bijkomende indicatoren verbonden aan de hoofd- en subdoelstellingen en het actieplan.*

in kaart te brengen die een impact kunnen hebben op de toekomst van de bevolkingsonderzoeken naar kanker in Vlaanderen.

In functie van deze omgevingsanalyse werd enerzijds een beknopte **deskresearch** uitgevoerd met focus op specifieke onderwerpen; anderzijds vonden **interviews** plaats met (inter)nationale actoren. De selectie van onderwerpen en interviews kwam tot stand na overleg tussen Departement Zorg, CvKO, BCR en Möbius. Onderstaande tabel geeft de onderwerpen en interviews weer. Voor een overzicht van de trends en aandachtspunten die tijdens de omgevingsanalyse geïdentificeerd werden, verwijzen we naar hoofdstuk 4.

Onderwerpen
Normen en richtlijnen in de Europese Unie
Participatie & inclusie • Wat kunnen we leren uit participatie aan BVO naar kanker in andere landen? • Welke impact kunnen we verwachten van maatschappelijke trends?
Omschakeling naar zelfafname en rapportering HPV
Organisatie en evaluatie van fail-safe mechanismes
Interviews met (inter)nationale actoren
Erasmus MC – prof. dr. Harry de Koning
RIVM – Sandra van Dijk
International Agency for Research on Cancer – dr. Partha Basu
Finnish Cancer Registry – Maija Vahteristo
Wijkgezondheidscentra – Rosita Cuypers, prof. dr. Suzanne Frints (Genk) en Betty Johnson (Gent)

Tabel 1. Onderwerpen voor desk research en interviews in kader van de omgevingsanalyse

3.4 STAKEHOLDERBIJEENKOMST

Op 1 oktober 2024 vond een **stakeholderbijeenkomst** plaats met als doel input te verzamelen bij een brede groep aan stakeholders omtrent kwaliteit en participatie van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker in Vlaanderen. Deze inzichten werden na de bijeenkomst verwerkt en in overleg met Departement Zorg, CvKO, BCR en Möbius al dan niet verwerkt in het nieuwe actieplan.

De stakeholderbijeenkomst nam een volledige dag in beslag: de voormiddag legde de focus op de kwaliteit van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker. Deelnemers konden in kleine groepen ideeën delen omtrent de kwaliteit van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker, Borstkanker en Dikkedarmkanker. De namiddag stond in het teken van participatie, waarbij een gelijkaardige werkwijze werd gevolgd.

In totaal namen 44 stakeholders uit 37 organisaties minstens een dagdeel deel aan de bijeenkomst. Een volledig overzicht van de actoren werd opgenomen in bijlage 8.1.

3.5 INHOUDELIJKE VERWERKING & BESLISSINGSTRAJECT

Na de stakeholderbijeenkomst brachten het Departement Zorg, CvKO en BCR, met ondersteuning van Möbius de verzamelde informatie en feedback samen.

Hiertoe vond doorheen 2024 en 2025 frequent overleg plaats waarin iteratief gewerkt werd aan de formulering van de gezondheidsdoelstelling, het uitwerken van acties om deze doelstelling(en) te bereiken en het formuleren van indicatoren en streefcijfers om het geheel te evalueren.

Het voorstel van acties werd daarna voorgelegd aan de relevante Vlaamse Werkgroepen om feedback te verzamelen.

Finaal werd het ontwerp van gezondheidsdoelstelling met bijhorende indicatoren en streefcijfers samen met het actieplan aan het kabinet voorgelegd voor verdere feedback en bijsturing.



4 TRENDS EN EVOLUTIES

In het kader van de omgevingsanalyse werden trends en evoluties in kaart gebracht, die in onderstaand hoofdstuk besproken worden.

4.1.1 Europese Richtlijnen

Om de opmars van kanker in Europa tegen te gaan is een Europe's Beating Cancer Plan – Europees Plan voor Kankerbestrijding – opgesteld. Dit plan is gestructureerd rondom 4 thema's: 1) preventie, 2) vroegdetectie, 3) diagnose en Behandeling, 4) kwaliteit van leven van kankerpatiënten en survivors. Dit Europees plan vormt een van de vier belangrijkste maatregelen van de Europese Gezondheidsunie om tot een veerkrachtigere EU te komen.

Als onderdeel van het Europees plan voor kankerbestrijding werd een nieuwe EU-kankerscreenings-regeling ontwikkeld met de volgende doelstelling: tegen 2025 krijgt **90% van de EU-bevolking die in aanmerking komt voor screening op borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker, een dergelijke screening aangeboden.**

Aan de hand van deze doelstelling, een **wetenschappelijke review** [13] en een **wetenschappelijke opinie** die n.a.v. deze doelstelling werden opgesteld, werden de aanbevelingen voor kankerscreening in 2022 herzien door de Europese Commissie en werden de volgende aanbevelingen voor borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker (geldig vanaf 2022) gedaan:

- Screening op **baarmoederhalskanker** via het voorkeurinstrument van een humaan papillomavirus (HPV)-test, voor vrouwen van 30 tot 65 jaar, met een interval van 5+ jaar;
- Screening op **borstkanker** met mammografie voor vrouwen van 50 tot 69 jaar, en een suggestie hiertoe voor vrouwen van 45 tot 74 jaar;
- Screening op **dikkedarmkanker** via de voorkeurstest van kwantitatieve fecale immunochemische test (iFOBT/FIT) vooraleer personen tussen 50 en 74 jaar worden doorverwezen voor een coloscopie.

Aanvullend werd er door de WHO als onderdeel van het 'Cervical Cancer Elimination Initiative' [14] voor baarmoederhalskanker de **90-70-90 doelstelling** opgesteld, die aangeeft dat tegen 2030:

- 90% van meisjes op 15-jarige leeftijd volledig gevaccineerd is tegen HPV;
- 70% van de vrouwen op 35-jarige leeftijd gescreend moet zijn met een kwaliteitsvolle test en nogmaals op 45-jarige leeftijd;
- 90% van de vrouwen met een voorstadium van baarmoederhalskanker en 90% van de vrouwen met een invasieve kanker op de juiste manier worden behandeld.

Overige relevante aanbevelingen voor nationale programma's die in internationale richtlijnen werden gedaan [13] zijn:

- **Ontwikkel een systeem van "levende richtlijnen":**
  Levende richtlijnen – een meer **dynamische benadering van richtlijnontwikkeling** - worden gekenmerkt door continue of periodieke updates, gebaseerd op systematische monitoring van relevante literatuur en gegevensbronnen, en snelle integratie van nieuw bewijs via gestandaardiseerde procedures in plaats van het traditionele model waarbij medische richtlijnen om de 5-20 jaar herzien worden.
- **Ontwikkel risicogestratificeerde screening** (naast leeftijd en geslacht):
  Risicogestratificeerde screenings, waarbij individuele risicoprofielen mede bepalend zijn voor deelname en frequentie van screening, biedt een potentieel krachtiger alternatief t.o.v. de huidige aanbevelingen van bevolkingsscreening die grotendeels gebaseerd zijn op leeftijdsgrenzen en algemene risicogroepen.

Door toepassing van machine learning en AI kunnen multivariate voorspellingsmodellen worden ontwikkeld die gebruik maken van uitgebreide en persoonlijke gezondheidsdata. In het geval van borstkankerscreening kunnen bijvoorbeeld relevante, persoonlijke gezondheidsgegevens en mammografische borstdichtheid worden geïntegreerd als input voor geavanceerde classificatie-algoritmen.

Hierdoor kan men een beter gedifferentieerd screeningsbeleid voeren, met verhoogde detectiekans bij hoog-risicopersonen en beperking van onnodige screening bij laag-risicopersonen.

- **Wees voorbereid op de invoering van nieuwe screeningsmethoden:**
  Binnen de oncologische screening voltrekt zich een verschuiving richting minder invasieve detectie-methoden, waaronder op bloed gebaseerde testen zoals liquid biopsies. Hoewel veel van deze technologieën zich nog in de onderzoeks- of validatiefase bevinden, tonen ze potentieel om meer-dere vormen van kanker in vroege stadia op te sporen met minimale belasting voor de patiënt.

4.1.2 Trends en evoluties

Op basis van **internationale studies en beleidsdocumenten**, alsook uit recente **nationale plannen** van diverse EU-lidstaten, kunnen een aantal gemeenschappelijke aandachtspunten en opkomende trends worden geïdentificeerd die potentieel relevant zijn voor de ont-wikkeling van een nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling. Deze inzichten geven richting aan toekomstgericht gezondheidsbeleid en bieden een kader om beleidsinterventies beter af te stemmen op maatschappelijke en technologische ontwikkelingen.



Om deze aandachtspunten systematisch te ordenen, wordt gebruik gemaakt van het **DESTEP-model.** Dit model structureert omgevingsfactoren in zes domeinen: Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch en Politiek-juridisch. Deze benadering maakt het mogelijk om brede maatschappelijke ontwikkelingen en hun impact op volksgezondheid en preventiebeleid te analyseren.

Demografische, economische en sociale factoren

De **vergrijzing van de bevolking** vormt een structurele demografische trend die aanzienlijke implicaties voor bevolkingsonderzoeken heeft. Een toenemend aandeel ouderen in de populatie kan de **kostenef-fectiviteit** van bepaalde screeningsprogramma's immers beïnvloeden, aangezien het potentieel voor gezondheidswinst – in termen van gewonnen gezonde levensjaren – toeneemt wanneer ziekten vroeg-tijdig worden opgespoord en behandeld bij personen die nog een langere levensverwachting hebben. Tegelijkertijd valt door vergrijzing een groter deel van de bevolking binnen de leeftijdscriteria van bestaande screeningsprogramma's, waardoor de omvang van de doelgroep voor bevolkingsonderzoeken vergroot. Dit stelt hogere eisen aan de organisatie, capaciteit en financiering van deze programma's.

Daarnaast zal een ouder wordende populatie waarschijnlijk ook een **toenemende vraag** genereren naar screening voor andere aandoeningen, zoals chronische ziekten die sterk leeftijdsgebonden zijn. In dit kader is het essentieel dat beleidsmakers beschikken over een robuust afwegings- en kwaliteits-kader, zodat nieuwe of uitgebreide screeningsinitiatieven onderbouwd kunnen worden met evidentie rond effectiviteit, proportionaliteit en haalbaarheid.

Tegelijkertijd leidt de demografische evolutie ook tot een relatief **kleiner wordende beroepsbevolking**, wat druk zet op de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel dat betrokken is bij het uitvoeren en opvolgen van (positieve) screeningsonderzoeken. Dit capaciteitstekort kan op termijn een beperkende factor worden in de uitvoering van bestaande en nieuwe bevolkingsonderzoeken, en vraagt om een doordachte inzet van middelen, innovatie en taakverschuiving binnen zorgsystemen.

Op sociaal-cultureel vlak zien we een **toenemende diversiteit** in de samenleving, onder meer door migratie, wat kan leiden tot variërende opvattingen over gezondheid, preventie en de rol van de overheid in gezondheidszorg, taalbarrière als drempel alsook een grotere diversiteit in genetische belasting. Deze verschillen kunnen zich vertalen in verschillende niveaus van vertrouwen in zorgsystemen en in verschillen in bereidheid om deel te nemen aan preventieve programma's. Daarnaast bestaan er grote verschillen in gezondheidsvaardigheden, wat invloed heeft op het vermogen van burgers om informatie over screening te begrijpen, af te wegen en ernaar te handelen. Beide factoren hebben een directe impact op de deelnamegraad en de mate van inclusie binnen bevolkingsonderzoeken. In het licht van deze evoluties is het noodzakelijk dat **burgerparticipatie en inclusie** als prioritaire thema's worden meegenomen in actieplannen en beleidsontwikkeling rond bevolkingsonderzoeken.

Tot slot speelt ook de rol van **sociale media** een steeds grotere rol in de publieke perceptie van gezondheid en preventie. Deze platformen kunnen fungeren als bron van informatie, maar evenzeer als kanaal voor misinformatie, met mogelijk negatieve gevolgen voor het vertrouwen in bevolkingsonderzoeken en de bereidheid tot deelname. Dit maakt het noodzakelijk om in communicatie en beleidsimplementatie voldoende aandacht te besteden aan digitale geletterdheid en risicocommunicatie.

Technologische factoren

De technologische vooruitgang binnen de gezondheidszorg heeft een toenemende invloed op de organisatie, inhoud en effectiviteit van bevolkingsonderzoeken. Een eerste belangrijke evolutie betreft de impact van het **vaccinatieprogramma tegen het humaan papillomavirus (HPV).** Door de succesvolle implementatie van HPV-vaccinatie onder jongeren, wordt verwacht dat de incidentie van HPV-gerelateerde kankers – zoals baarmoederhalskanker – in de komende decennia zal afnemen. Dit roept vragen op over de noodzaak en frequentie van screening in de toekomst, met mogelijke implicaties voor het herzien van screeningsrichtlijnen voor gevaccineerde vrouwen en de heroriëntering van programma's.

Daarnaast is er toenemende aandacht voor **databeschikbaarheid en de ontwikkeling van geïntegreerde dataplatformen**. Deze infrastructuren zijn essentieel om gegevens uit diverse bronnen op een veilige en bruikbare manier samen te brengen. Ze vormen de ruggengraat van data-gedreven gezondheidsbeleid en vormen een noodzakelijke voorwaarde voor innovatie in screening en preventie. Tegelijkertijd vraagt dit om een sterke aanpak op het vlak van **cyberveiligheid**, aangezien de bescherming van privacy en gegevensveiligheid een groeiende maatschappelijke en juridische bekommernis is. Naarmate gevoelige gezondheidsinformatie op grotere schaal wordt verzameld en geanalyseerd, neemt ook de nood toe aan robuuste veiligheidsstandaarden. In de verwerking van data moet tevens rekening worden gehouden met de GDPR-regelgeving.



Wat betreft de **diagnostiek en screeningsmethoden** zelf, zien we voortdurende innovatie met aandacht voor verhoogde gebruiksvriendelijkheid en lagere kost. Een concreet voorbeeld hiervan zijn **zelfafnametesten** die, bijvoorbeeld voor dikkedarmkanker reeds worden toegepast, en voor baarmoederhalskanker onderzocht worden. Zelfafnametesten kunnen bijdragen aan een meer wendbare en kosteneffectieve organisatie van bevolkingsonderzoeken, onder meer doordat ze drempels

tot participatie zouden kunnen verlagen. Ze kunnen ook beter inspelen op de noden van moeilijk bereikbare groepen. Tegelijkertijd biedt de verdere **digitalisering** van het zorgsysteem, gecombineerd met de toepassing van AI, nieuwe mogelijkheden om **zowel de snelheid als de kwaliteit** van gegevensverwerking en diagnose te verbeteren. AI kan bijvoorbeeld worden ingezet voor beeldanalyse en dit kan helpen om capaciteitstekorten in de zorg gedeeltelijk op te vangen.

Verder betekent de opkomst van technologieën een stap vooruit op vlak van **gepersonaliseerde preventie**, risicostratificatie, genetische testen en screening op maat. Tegelijkertijd introduceert dit nieuwe vormen van complexiteit, zowel in de uitvoering, communicatie, monitoring en evaluatie naar burgers. [15] De klassieke, uniforme benadering van screening wordt uitgedaagd door een meer gedifferentieerd, maar ook minder eenduidig model, waarbij het maatschappelijke draagvlak voor zulke gedifferentieerde benaderingen nog onvoldoende duidelijk is.

Ecologische en politieke factoren

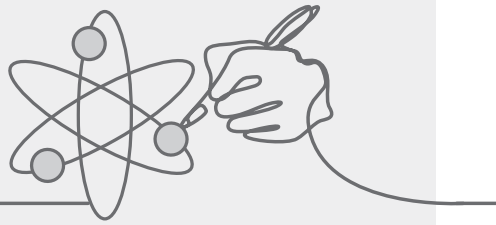
De **toenemende druk op de zorgbudgetten** in veel Europese landen vormt een belangrijke uitdaging voor de toekomst van preventie en bevolkingsonderzoeken. Binnen een context van stijgende zorgkosten, vergrijzing, toenemende complexiteit van zorg en toename van personeelstekort in de zorg, dreigt preventiebeleid – hoewel op lange termijn vaak kostenbesparend – financieel ondergesneeuwd te raken. Dit kan de investeringsruimte voor screeningsprogramma's beperken, met gevolgen voor bereik, continuïteit en innovatie. Beleidsmakers staan daarmee voor de moeilijke taak om het belang van preventieve zorg in bredere financieringsstrategieën te verankeren, waarbij kosten en baten niet alleen op korte termijn worden beoordeeld.

Daarnaast speelt ook het **vertrouwen in de overheid** een cruciale rol in het welslagen van bevolkingsonderzoeken. In sommige landen is het vertrouwen verminderd in de nasleep van de COVID-19-pandemie. Deze daling van vertrouwen kan zich vertalen in terughoudendheid bij deelname aan overheidsgeorganiseerde programma's, waaronder screeningsinitiatieven. Een geloofwaardige, transparante en participatieve overheid is daarom een voorwaarde voor succes op dit terrein.

Een ander politiek-juridisch aandachtspunt is de **samenwerking tussen ketenpartners** binnen en buiten de gezondheidszorg. Hoewel er groeiende aandacht is voor intersectorale en overheidsbrede samenwerking, vormen structurele barrières nog steeds een hindernis voor de effectieve implementatie.

Tot slot biedt het **Europese beleidskader** kansen en uitdagingen voor Bevolkingsonderzoeken naar kanker. Een versterkte Europese samenwerking kan leiden tot kennisdeling, harmonisatie van standaarden en gezamenlijke onderzoeksinspanningen, wat de kwaliteit van screening op lange termijn ten goede kan komen. Anderzijds kunnen recente evoluties in de Europese wetgeving rond gegevensbescherming ook een uitdaging vormen voor nationale dataplatformen en voor de grensoverschrijdende uitwisseling van gezondheidsinformatie.

5 ONTWERP VAN GEZONDHEIDS-DOELSTELLING EN ACTIEPLAN



Zoals reeds benoemd, toonden de resultaten van de eindevaluatie van de afgelopen gezondheidsdoelstelling aan dat het beleid gezondheidswinst oplevert, in lijn met Europese doelstellingen. Ondanks deze gunstige resultaten, is er nog **ruimte voor verbetering** en is er **blijvende aandacht** nodig voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Via deze nieuwe gezondheidsdoelstelling geeft Vlaanderen het signaal dat het een **voortrekkersrol wil** blijven opnemen op vlak van populatiegerichte screening naar kanker met de focus op een **kwalitatief en wetenschappelijk onderbouwd** screeningsaanbod. We willen ook een duidelijk engagement aangaan om toegankelijkheid en participatie te verhogen voor **moeilijk bereikbare doelgroepen.** Opvolgen van wetenschappelijk onderzoek, performante evaluatie en monitoring van de resultaten en trends, blijven essentieel.

5.1 ONTWERP VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

Het ontwerp van de nieuwe gezondheidsdoelstelling luidt als volgt:

HOOFDDOELSTELLING

In de periode 2025-2035 realiseren we maximale gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen op het vlak van borst-, baarmoederhals-, en dikkedarmkankerscreening, via een passend, kwaliteitsvol en wetenschappelijk onderbouwd screeningsaanbod op maat van de doelgroep.

Aan deze hoofddoelstelling worden **4 subdoelstellingen** gekoppeld m.b.t. participatie en kwaliteit van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker, monitoring en wetenschappelijke onderbouwing.

SUBDOELSTELLINGEN

Participatie

De Vlaamse bevolking ontvangt gerichte informatie over het belang van vroegtijdige screening en de doelgroepen van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gemotiveerd tot deelname zodat de benutte middelen efficiënt ingezet worden.

Kwaliteit

De Bevolkingsonderzoeken naar kanker bieden mensen in de doelgroep een kwaliteitsvolle screening aan met maximale voordelen en minimale nadelen, met duidelijke informatie, een geschikte screeningstest en passend screeningsinterval.

Monitoring

De Bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn gebaseerd op een performant systeem voor continue monitoring en evaluatie om de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie te waarborgen en te verbeteren, met bijzondere aandacht voor transparantie, gegevensuitwisseling en verantwoording.

Wetenschappelijke onderbouwing

We waarborgen een wetenschappelijk onderbouwde aanpak bij de organisatie van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

5.2 ONTWERP VAN STRATEGIEËN EN ACTIEPLAN

De bovenvermelde hoofddoelstelling en subdoelstellingen geven weer wat we willen bereiken binnen de Bevolkingsonderzoeken naar kanker. Via het actieplan wordt beschreven hoe deze doelstellingen bereikt zullen worden.

Elke subdoelstelling wordt nagestreefd aan de hand van specifieke strategieën. Deze **strategieën** bevatten vervolgens **acties, output en performantie-indicatoren** om de acties op te volgen.
De strategieën worden hieronder per subdoelstelling besproken. Voor een overzicht van acties per subdoelstelling verwijzen we naar bijlage 8.2.

5.2.1 Kwaliteit

De subdoelstelling Kwaliteit wordt nagestreefd via de volgende strategieën (die de organisatieketen – zie Figuur 1 – vertegenwoordigen):

- **Preventiestrategie 1: Doelgroepselectie en uitnodiging:** Adequate doelgroepselectie en een performant uitnodigingssysteem realiseren
- **Preventiestrategie 2: Toepassen screeningsinstrument:** De kwaliteit van het screeningsinstrument en het gebruik ervan optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie
- **Preventiestrategie 3: Analyse en beoordeling:** De kwaliteit van de analyse en beoordeling van het screeningsinstrument optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie
- **Preventiestrategie 4: Resultaatsmededeling:** Accurate en tijdige resultaatsmededeling aan deelnemer en artsen realiseren
- **Preventiestrategie 5: Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat:** Deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat toeleiden tot passende behandeling en nazorg en relevante gegevens over nazorg verzamelen en ontsluiten (voor heroproep en evaluatie BVO)

5.2.2 Participatie

De subdoelstelling Participatie wordt nagestreefd via de volgende strategieën:

- **Preventiestrategie 1: Geïnformeerde keuze door burgers:** De maatschappelijke en individuele gedragenheid van de bevolkingsonderzoeken naar kanker verhogen door op maat van de (sub) doelgroepen betrouwbaar te informeren over de werkwijze bij en de voor- en nadelen van de bevolkingsonderzoeken en te sensibiliseren tot deelname
- **Preventiestrategie 2: Gedragenheid door intermediairen:** Gedragenheid verhogen van de bevolkingsonderzoeken bij zorgverstrekkers en andere intermediairen opdat zij burgers goed kunnen informeren en begeleiden bij hun keuze
- **Preventiestrategie 3: Toegankelijkheid verbeteren:** De financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid tot bevolkingsonderzoeken verbeteren
- **Preventiestrategie 4: Correct screenen bevorderen:** Mannen en vrouwen van de doelgroep die zich laten screenen buiten het bevolkingsonderzoek toeleiden naar het bevolkingsonderzoek en overscreening en screening zonder voldoende kwaliteitsgaranties tegengaan
- **Preventiestrategie 5: Toeleiden naar passende zorg in geval van verhoogd risico:** Mensen met een verhoogd risico of met symptomen, al dan niet na een niet-afwijkend screeningsresultaat, informeren over en toeleiden tot passende zorg



5.2.3 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de implementatie van alle belangrijke aanpassingen in de organisatieketen van bevolkingsonderzoek wordt gestreefd naar een maximale wetenschappelijke onderbouwing door dataverzameling en analyse, eigen onderzoek, piloot testing (met gerandomiseerde studies indien mogelijk), en grondige evaluatie en internationale uitwisseling.

5.2.4 Monitoring

De subdoelstelling Monitoring wordt nagestreefd via de volgende strategieën:

- **Preventiestrategie 1:** Expertise verwerven rond informatiebeveiliging en gegevensbescherming
- **Preventiestrategie 2:** De bevolkingsonderzoeken naar kanker op periodieke en systematische wijze opvolgen, evalueren en bijsturen in een consultatief proces met betrokken actoren
- **Preventiestrategie 3:** De bevolkingsonderzoeken naar kanker voldoen aan de GDPR-regelgeving & de wetgeving zoals voorgeschreven door de overheid

5.2.5 Overkoepelende indicatoren

Bij de hoofddoelstelling worden er overkoepelende indicatoren en streefnormen geformuleerd. Volgende indicatoren zullen jaarlijks gerapporteerd worden en hierbij worden de volgende streefcijfers vooropgesteld:

Totale dekkingsgraad

De totale dekkingsgraad geeft de proportie personen uit de volledige doelgroep Heracles weer in 20XX die:

- deelnam aan het bevolkingsonderzoek (dekkingsgraad door deelname);
- uitgesloten was voor het bevolkingsonderzoek (dekkingsgraad door uitsluiting):
- niet deelnam maar een screeningstest deed buiten het bevolkingsonderzoek in 20XX of 20XX-1 (dekkingsgraad door screening buiten bevolkingsonderzoek).

Voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker werden er streefcijfers geformuleerd door de WHO (zie hoofdstuk 4 Europese Richtlijnen). Er wordt voor gekozen, rekening houdend met de trend in resultaten, dit streefcijfer door te trekken naar de andere twee bevolkingsonderzoeken:

in %	GD 2015-2020	Resultaten 2015	Resultaten 2023	GD 2025-2035
BVO BHK	65	60,7	66,1	**70% (WHO)**
BVO BK	75	65	65,6	**70%**
BVO DDK	60	63,7	64	**70%**

Tabel 2. Streefcijfers voor de totale dekkingsgraad

% nooit deelnemers

Het % nooit deelnemers geeft het aantal personen uit de doelgroep weer in 20xx dat nog nooit deelnam en nog nooit een screening buiten het bevolkingsonderzoek kreeg en geen kanker heeft (gehad) ten opzichte van de doelgroep.

Voor deze indicator zijn er geen internationale streefcijfers beschikbaar. Rekening houdend met de huidige trend en dat de volgende gezondheidsdoelstelling voor 10 jaar wordt geformuleerd, werden volgende streefcijfers vooropgesteld:

in %	GD 2015-2020	Resultaten 2015	Resultaten 2023	GD 2025-2035
BVO BHK	/	19,3	11,8	**<8%**
BVO BK	/	15,5	14,5	**<10%**
BVO DDK	/	27,6	25	**<20%**

Tabel 3. Streefcijfers voor het aandeel nooit-deelnemers

Follow-upgraad

Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkend resultaat in jaar X wordt nagegaan of het correcte follow-up onderzoek heeft plaatsgevonden een jaar na de analyse van de screeningstest.

Voor Baarmoederhalskankerscreening werd voor de follow-up graad door de WHO ook een streefcijfer bepaald. Voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker werd dezelfde lijn doorgetrokken. Voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker wordt het huidig resultaat als streefcijfer behouden. Studies uit het verleden wijzen namelijk uit dat met de beschikbare data geen hoger cijfer behaald kan worden voor dit bevolkingsonderzoek.

in %	GD 2015-2020	Resultaten 2015	Resultaten 2023	GD 2025-2035
BVO BHK	/	79,7	81,1	**90% (WHO)**
BVO BK	/	97	97,1	**97%**
BVO DDK	/	85,6	84,1	**90%**

Tabel 4. Streefcijfers voor de follow-upgraad

Detectiegraad (stadiumverdeling)

De kankerdetectiegraad wordt gedefinieerd als het aantal screeningsgedetecteerde kankers bij deelnemers uit jaar 20XX, per 1.000 deelnames in jaar 20XX.

Intervalkankergraad

Het aantal intervalkankers per screeningsjaar en de intervalkankergraad per 1.000 deelnames wordt berekend.

Daarnaast zullen de volgende indicatoren op regelmatige basis worden gerapporteerd, bij voldoende beschikbare data vanuit het Belgisch Kankerregister:

- Incidentie
- Mortaliteit

6 REFERENTIES

[1] Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). Advies Nr 11-05, 10 juni 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker.

[2] Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). Advies Nr 11-04, 10 juni 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

[3] Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). Advies Nr 11-03, 5 mei 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

[4] Advisory Committee on Cancer Prevention (2000). Recommendations on cancer screening in the European Union. Advisory Committee on Cancer Prevention. Eur.J.Cancer. 36, 1473-1478.

[5] Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Daniel J, von Karsa L (eds.) (2008). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Co.

[6] European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety, Karsa, L. v., Dillner, J., Suonio, E., Törnberg, S. et al., European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition – Supplements, Karsa, L. v.(editor), D.

[7] Vergote I, Vlayen J, Robays J, Stordeur S, Stemkens D, Smit Y, Bourgain C, De Grève J, Kridelka F, Scalliet P, Simon P, Stroobants S, Van Dam P, Van Limbergen E, Villeirs G (2011). Een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van cervixkanker. Good Clin.

[8] Tjalma W, Crijns P, De Sutter P, Ide P, Orye G, Poppe W, Verguts J, Watty K, Weyers S, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Ri.

[9] De Sutter P, Crijns P, Ide P, Orye G, Poppe W, Tjalma W, Verguts J, Watty K, Weyers S, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Co.

[10] Weyers S, Crijns P, De Sutter P, Ide P, Orye G, Poppe W, Tjalma W, Verguts J, Watty K, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Op.

[11] Pil, L., Fobelets, M., Putman, K., & Annemans, L. (2013). De kosteneffectiviteit van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker: een systematische review van de internationale literatuur. Brussel: Vlaamse overheid. Vlaams Agentsch.

[12] European Commission (2006). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition. Online: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf.

[13] SAPEA. (2022). Improving cancer screening in the European Union: Evidence review report (1.0). Berlin: SAPEA.

[14] Baker P, Kelly D, Medeiros R (2020). Viral Protection: Achieving the Possible. A Four Step Plan for Eliminating HPV Cancers in Europe. European Cancer Organisation; Brussels.

7 BIJLAGES

7.1 DEELNEMENDE ORGANISATIES IN DE STAKEHOLDERBIJEENKOMST

Organisatie
Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)
Securex
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)
UZ Antwerpen
UZ Leuven
Sciensano
VOKA
UGent
Stop Darmkanker
Belgian Society of Medical Oncology (BSMO)
UZ Gent & UGent
Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)
De Gezondheidsmakers (toenmalige Vlaamse Logo's)
Co-Prev
Onafhankelijke Ziekenfondsen
UZ Leuven & KU Leuven
Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL)
Vrouwenraad
UZ Leuven
Liberale mutualiteiten
Universiteit Gent
UZ Leuven
Stichting tegen Kanker
Stichting tegen Kanker
i-mens
Familiehulp
Kom op tegen Kanker
Stop Darmkanker
Centrum voor Kankeropsporing (CvkO)
Pink Ribbon
Vlaams Apothekersnetwerk (VAN)
UZ Leuven
Testaankoop
Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)
Vlaamse Logo's

Think Pink
Solidaris
Vlaamse Ouderenraad
Agentschap Integratie en Inburgering (AgII)
Patient Expert Center
Domus Medica
UZ Leuven
RIZIV

Tabel 5. Deelnemers die minstens een dagdeel aanwezig waren op de stakeholderbijeenkomst

7.2 VOORSTEL TOT ACTIEPLAN EN INDICATOREN

Binnen de preventiestrategieën werden prioritaire acties opgelijst. De realisatie ervan is nodig om de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker efficiënt en kosteneffectief te organiseren zodat ze bijdragen aan gezondheidswinst voor de Vlaamse bevolking. De randvoorwaarden die dienen vervuld te zijn werden ook als acties opgenomen.

OVERZICHT BIJLAGES

1. **Eindevaluatie**
2. **Omgevingsanalyse**
3. **Gezondheidseconomische studies**
4. **Actieplan**
5. **Berekeningswijze performantie-indicatoren**