

preventiegezondheidsbeleid@vlaanderen.be

Onderwerp: **Reactie Departement Zorg op Advies Vlaamse Raad WVG over het voorstel van de nieuwe gezondheidsdoelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker en het bijhorend actieplan**

Samenvatting: In haar advies van 7 november 2025 over de nieuwe gezondheidsdoelstelling ‘Bevolkingsonderzoeken naar kanker’ formuleert de Vlaamse Raad WVG naast haar algemene appreciatie ook enkele aandachtspunten en vragen ter verduidelijking. In onderstaand document wordt ingegaan op deze aandachtspunten en vragen.

Onderstaande tabel toont voor elk bevolkingsonderzoek de totale dekking (2024) in vergelijking met de streefcijfers van de gezondheidsdoelstelling 2015-2020 en de nieuwe gezondheidsdoelstelling. Hieruit kan geconcludeerd worden dat twee van de drie bevolkingsonderzoeken aan de streefcijfers

voldeden en er voor de aankomende jaren wordt ingezet op groei.

Indicator	BVO Baarmoederhalskanker	BVO Borstkanker	BVO Dikkedarmkanker
Streefcijfer totale dekkingsgraad gezondheidsdoelstelling 2015-2020	65%	75%	60%
Steefcijfer totale dekkingsgraad gezondheidsdoelstelling 2025 - 2035	70%	70%	70%
<i>Totale dekking 2024 Vlaanderen</i>	65,9%	66,9%	64,7%

In de aankomende 10 jaar behouden we tevens de sterke basis die er momenteel is, nl. een duidelijke organisatie en rolverdeling, een grondige wetenschappelijke zowel op vlak van kwaliteit als op participatie, die tevens in lijn is met de Europese verwachtingen, en een performante monitoring om de bevolkingsonderzoeken naar kanker op te blijven volgen. Daarnaast zal een extra focus gelegd worden op het betrekken van lokale en eerstelijnsactoren, waardoor meer outreachend gewerkt kan worden voornamelijk naar de mensen uit de doelgroep die momenteel nog nooit deelgenomen hebben of onregelmatig deelnemen.

REACTIE OP SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

- **De Vlaamse overheid heeft de verantwoordelijkheid om ook andere kanalen voor vroegdetectie en screening te erkennen, onderzoeken en ondersteunen.** Het gaat nu immers om een heel partiële screening van drie specifieke parameters, verbonden aan drie specifieke aandoeningen. De raad wijst erop dat vroegdetectie ook voor heel wat andere aandoeningen nuttig en nodig is (typevoorbeeld is diabetes, maar even goed atherosclerose, prostaatkanker, longkanker...).

Antwoord:

De gezondheidsdoelstelling betreft inderdaad screeningsprogramma's voor drie specifieke kankers. Dit is een weloverwogen en onderbouwde keuze gebaseerd op enerzijds de wetenschappelijke evidentie over het effect van de betreffende screening, en anderzijds de mogelijkheid tot het uitvoeren van alle nodige stappen in een kwalitatief screeningsprogramma.

Wat betreft wetenschappelijke evidentie moet zijn aangetoond dat op populatieniveau de voordelen van de screening opwegen tegen de nadelen. Voordelen zijn bijv. verhoogde genezingskansen en minder invasieve behandelingen bij tijdige detectie. Nadelen zijn bijv. overdiagnose, het feit dat kankers niet gevonden kunnen worden, maar ook overbehandeling. Voor de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker geldt dat is aangetoond dat de voordelen opwegen tegen de nadelen. Dit evenwicht wordt ook gemonitord.

Een kwalitatief bevolkingsonderzoek bestaat uit meer aspecten dan beschikbaarheid van een goede screeningstest. Het omvat verschillende organisatorische stappen zoals uitnodiging en selectie van deelnemers, staalafname en uitvoeren van de screeningstest, analyse, resultaatsmededeling, diagnostiek, registratie. Voor al deze stappen moet blijken dat de screening haalbaar en uitvoerbaar is.

Voor long-, prostaat-, of huidkanker is er op dit moment onvoldoende wetenschappelijke evidentie dat systematische screening gezondheidswinst oplevert op populatieniveau of dat het haalbaar is om de screening kwaliteitsvol te implementeren in Vlaanderen. Ook de Europese aanbevelingen wijzen op voorzichtigheid en de noodzaak om resultaten die behaald zijn in het kader van goed gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek eerst verder te toetsen via kwaliteitsvol implementatieonderzoek.

Ook wat betreft andere aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten, ..) wordt de evidentie opgevolgd.

De gezondheidsdoelstelling is daarom in eerste instantie geformuleerd ter optimalisatie van de drie bestaande bevolkingsonderzoeken naar kanker. Er is een subdoelstelling 'wetenschappelijke onderbouwing' opgenomen in de gezondheidsdoelstelling. Onder deze subdoelstelling worden acties geformuleerd om de wetenschappelijke trends en evoluties nauwgezet op te volgen en zo nodig in piloot te testen. Dit geldt zowel voor de bestaande bevolkingsonderzoeken (bijv. wijziging doelgroep of screeningsinstrument, afstemming op andere preventieprogramma's zoals bijv. HPV-vaccinatie), als voor kankers waarvoor nu nog geen bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd.

- **Opdat de bevolkingsonderzoeken werkelijk efficiënt zouden zijn, met hogere participatiegraden en grotere gezondheidswinsten, is een veel radicalere beleidsomslag nodig.** Hoewel Vlaanderen reeds lang screeningsprogramma's aanbiedt, is de non-take-up hoger dan in andere Europese landen, worden lang niet alle doelgroepen bereikt, zijn gerapporteerde drempels niet weggewerkt en is er nog geen gedeeld gevoel van verantwoordelijkheid geïnstalleerd voor het uitvoeren van de gezondheidsdoelstelling.

Antwoord:

We lezen met veel plezier dat de Raad voorstander is van verregaande maatregelen om de deelname verder op te krikken. Wel willen we erop wijzen dat:

- 1) De Raad verwijst naar Belgische cijfers: zie algemene reactie. De conclusie is niet correct.
- 2) Vergelijking van participatiecijfers met andere landen met de nodige omzichtigheid moet gebeuren aangezien er vaak andere berekeningswijzen en indicatoren worden gebruikt, afhankelijk van de beschikbare data. Screeningsprogramma's worden soms ook beduidend anders georganiseerd i.f.v. verschillen in organisatie van de gezondheidszorg.

Betreffende het tweede punt: In Vlaanderen kunnen de screeningsdata gekoppeld worden aan diagnostiek en behandeling dankzij een zeer accurate data-uitwisseling tussen het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) en het Belgisch Kankerregister (BCR), waardoor er uitgebreid kan worden gemonitord en geëvalueerd. Daarnaast beschikt het CvKO – via BCR – over zeer betrouwbare exclusielijsten, waardoor enkel de doelgroep die effectief in aanmerking komt voor screening wordt uitgenodigd (en dus niet zij die reeds de betreffende diagnose kregen, of reeds binnen het screeningsinterval gescreend werden buiten het Bevolkingsonderzoek). Dit is uniek, en zorgt er mede voor dat Vlaamse participatiecijfers (in het bijzonder die non uptake) niet eenvoudig te vergelijken zijn met andere Europese landen. Ook de leeftijdscategorieën uitgenodigd voor screening variëren per land: de Europese richtlijn beveelt aan voor dikkedarmkanker te screenen bij voorkeur vanaf 50 jaar: Vlaanderen volgt die EU richtlijn al sinds 2020, Nederland niet (zij nodigen pas uit vanaf 55

jaar). Doordat de deelname in de groep 50-54 significant lager is, verlaagt dit het gemiddelde deelnamecijfer. Ook dat beïnvloedt de algemene cijfers, en moet mee in rekening gehouden worden bij vergelijking met andere Europese landen.

- Om de indicatoren voor preventieve zorg in lijn te krijgen minstens met wat Europa als aanvaardbaar beschouwt, en nog veel liever met wat Europees als wenselijk wordt beschouwd, moet de Vlaamse overheid veel systematischere inspanningen van veel meer actoren stimuleren en faciliteren. In de praktijk dragen die actoren sinds jaren bij aan de sensibilisering van dit thema en zetten al lang lokale preventieve acties op. **Initiatieven als bevolkingsonderzoeken zouden dus meer geïntegreerd moeten worden in de reguliere gezondheidszorg.** Naast de in het actieplan genoemde Gezondheidsmakers, maatwerkbedrijven en wijkgezondheidscentra gaat het dan om het werk van ziekenfondsen, professionals in zorg en ondersteuning op de eerste lijn (in het bijzonder huisartsen, apothekers,...), professionals op de tweede lijn (bv. gynaecologen), diensten gezinszorg, arbeidsgeneeskundige diensten, Community Health Workers, patiëntenverenigingen die werken rond kankerdiagnoses en socio-culturele verenigingen die werken met moeilijk bereikbare doelgroepen. Ook dat is voor de raad een vorm van integratie van zorg en ondersteuning die tot op vandaag ontbreekt. De raad roept de overheid nu op om hun expertise en ervaring in het bereiken van leden en burgers daadwerkelijk in te kantelen in het realiseren van de nieuwe gezondheidsdoelstelling. Zorg en ondersteuning moet immers niet enkel horizontaal, maar ook verticaal geïntegreerd zijn.

Antwoord:

De Raad verwijst naar Belgische cijfers: zie algemene reactie.

Bovendien verwijst de bron naar een veel ruimer geheel aan preventie-initiatieven dan alleen kankerscreening. Ook voor vaccinatiegegevens worden best de Vlaamse cijfers geraadpleegd wil men correcte uitspraken doen over de Vlaamse situatie.

De systematiek van inspanningen van verschillende actoren is een doelstelling binnen deze en de eerdere gezondheidsdoelstellingen. Tevens is Vlaanderen al 20 jaar betrokken bij EU-initiatieven om participatie en kwaliteit van screeningsprogramma's naar kanker te optimaliseren.

In de betrokken Vlaamse werkgroepen worden boodschappen en initiatieven gestroomlijnd om de daadkracht te verhogen. Heel concreet gebeurt dit ook in de werkgroep Sensibilisering waarin apothekers, huisartsen, Kom Op tegen kanker, Stop darmkanker, Think Pink, Pink Ribbon, bedrijfsartsen, CvKO, Gezondheidsmakers, ziekenfondsen, Gezondheid en Wetenschap, Stichting tegen Kanker, enz. vertegenwoordigd zijn. Naast de samenwerking binnen de werkgroepen wordt er ook een constructieve en doelgerichte samenwerking met relevante partners in het veld onderhouden. Hierbij wordt actief op zoek gegaan naar strategische partners om moeilijk bereikbare, niet-gescreende personen beter te kunnen bereiken. In dit kader wordt bijzondere aandacht besteed aan samenwerking met partners binnen de brede eerste lijn, terwijl ook wordt ingezet op positieve relaties met kleinschalige lokale organisaties. Samenwerkingen en initiatieven met relevante partners in het veld zijn echter niet afdwingbaar, maar komen vaak tot stand op basis van goodwill. Deze partners hebben vaak een breed scala aan preventie-thema's die ze willen belichten, kankerscreening is er daar slechts één van.

De raad doet daarvoor de volgende aanbevelingen bij de doelstelling:

- **Zorg bij de opmaak van de gezondheidsdoelstelling voor een veel bredere betrokkenheid** dan diegene die er de afgelopen twee jaren is geweest. Veel van de hierboven genoemde actoren zijn in het voortraject niet gehoord geweest of worden in het natraject niet meer

genoemd. De raad adviseert hen alsnog te betrekken bij het verder invullen en uiteraard uitvoeren van de acties.

Antwoord:

De genoemde actoren zijn al meerdere jaren lid van de Vlaamse werkgroepen die de Vlaamse bevolkingsonderzoeken mee opvolgen en advies geven aan de Vlaamse overheid. Voor sommige actoren zijn tevens specifieke acties genoemd in het actieplan.

Er werd bewust voor gekozen om de bovengenoemde actoren (artsen, apothekers, andere zorgprofessionals etc.) niet bij naam te noemen, maar enkel onder een overkoepelende term weer te geven, om ervoor te zorgen dat geen enkele beroepsgroep zich uitgesloten zou voelen omdat ze niet vermeld staan in een lijst. Deze beroepsgroepen werden overigens wel betrokken bij de voorafgaande stakeholdersmeeting en via de werkgroepen voordat de gezondheidsdoelstelling publiek werd gemaakt. Dit werd ook verduidelijkt bij de voorstelling van de gezondheidsdoelstelling.

- **Stel relevante organisaties in staat om een nog actievere rol op te nemen in het sensibiliseren voor, promoten van en toeleiden naar de screenings.** Het is aangetoond dat doelgroepgerichte en lokale acties, een persoonlijke aanpak en herhaling werkt om mensen te bewegen tot deelname aan een screening. Hier ligt de sterkte van het brede middenveld. Omdat een algemene sensibilisering van de bevolking onvoldoende is om de participatie aan bevolkingsonderzoeken te verhogen, meent de raad dat er daarnaast in het actieplan meer ingezet moet worden op het gericht aanspreken van mensen. De raad kijkt daarvoor in de eerste plaats naar de huisarts, die dit vandaag vaak al doet. Echter niet elke burger heeft (regelmatig) contact met een huisarts. Bovendien tonen de cijfers dat de huidige aanpak niet volstaat om tot een goede dekkingsgraad te komen. Aanvullend moeten andere professionals in zorg en ondersteuning mensen proactief kunnen aanmoedigen om deel te nemen aan screenings. Dit dient te gebeuren binnen de door de Vlaamse overheid georganiseerde acties. Met dit advies wijkt de raad dus niet af van het organieke opzet van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling en zijn gecoördineerde acties.

Antwoord:

Per bevolkingsonderzoek zijn er specifieke acties voorzien om de dekkingsgraad te verhogen.

- Voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker is er sinds 2025 een nieuw screeningsalgoritme geïmplementeerd en worden alle vrouwen actief en systematisch uitgenodigd. Sinds juli 2023 wordt de datum van het laatste screeningsuitstrijkje op een gestructureerde wijze doorgestuurd naar het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts die het GMD beheert. Hierdoor kan de huisarts via gerichte zoekopdrachten eenvoudig patiënten identificeren die onvoldoende gescreend zijn. Dit ondersteunt de huisarts bij het motiveren van ondergescreende patiënten om zich te laten screenen. Vanaf 1 december 2025 levert het CvKO aan huisartsen bovendien automatisch de resultaten van de terugbetaalde screeningsuitstrijkjes. Hierdoor ontvangt de huisarts gerichte en tijdige informatie om vrouwen met een afwijkend uitstrijkresultaat te begeleiden naar het aanbevolen vervolgonderzoek. Na een positieve evaluatie van de ESSAG-trial en ScreenUrself-studie zal de HPV-zelfafnametest mogelijk een rol kunnen spelen in het verhogen van de deelname van langdurig niet gescreende vrouwen aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.
- Het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker is het meest recent opgestart en in die zin een vrij 'jong' bevolkingsonderzoek. De volledige uitrol van de volledige doelgroep tot en met 50-jarigen was pas compleet in 2020 (55-jarigen zijn in 2017 toegevoegd, 53-54-jarigen in 2018, 51-52-jarigen in 2019 en 50-jarigen in 2020). Het zijn vooral deze jongste leeftijdsgroepen die beduidend minder deelnemen en waar zeker nog kansen zijn om de

deelnamegraad te doen stijgen. Eind 2025 is een overheidsopdracht gegund om een specifieke communicatiestrategie – en campagne uit te werken om mannen tussen 50 en 55 jaar te bereiken voor deelname aan dit bevolkingsonderzoek.

- In het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker is er zeer actief werk gemaakt van het betrekken van de huisartsen om niet-deelnemers te sensibiliseren om in te stappen in het bevolkingsonderzoek. Elke huisarts in Vlaanderen ontvangt jaarlijks een rapport met een lijst met niet-deelnemers (niet-deelnemer = minstens 3 opeenvolgende uitnodigingen geen deelname) + instappers (omdat de jongste groep significant minder deelneemt). De huisarts kan bij CvKO opvragen om deze niet-deelnemers een set te bezorgen (met daarbij ook een handtekening van de betrokken huisarts), mits voorwaarde dat huisarts eerst een kort motiverend gesprek voert.
- Ook de mutualiteiten worden intensief betrokken bij het sensibiliseren van de niet-deelnemers. Voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker wordt door diverse mutualiteiten een anonieme enquête omtrent motieven voor niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek verspreid. In het bijzonder wordt dit verspreid aan de subgroep: 50-55-jarigen.

De samenwerking tussen CvKO, Gezondheidsmakers en de mutualiteiten heeft in de afgelopen jaren geleid tot de ontwikkeling van kleinschalige, lokale sensibiliserings- en informatieacties. Deze acties zijn gericht op wijken en gemeenten met een lagere deelnamegraad dan het Vlaamse gemiddelde. Uit de uitgevoerde evaluatie (2025) blijkt dat vooral het rechtstreeks contacteren van inwoners en het organiseren van kleinschalige informatie-initiatieven een aantoonbaar positief effect hebben op de deelnamebereidheid. Deze gerichte lokale acties sluiten aan bij de algemene sensibilisatiecampagne, onder meer via massamedia-kanalen. In 2026 wordt verdere invulling gegeven aan deze aanpak.

- **Samenwerking binnen het Vlaamse screeningsbeleid moet door een beveiligde gegevensuitwisseling tussen de betrokken actoren ondersteund worden.** Het gaat dan specifiek om het koppelen van reeds beschikbare gegevens over de participatie van een persoon aan een screening met de dossiers van relevante professionals in zorg en ondersteuning. Dit moet uiteraard zorgvuldig gebeuren, binnen de bestaande wettelijke kaders voor het delen van (medische) gegevens.

De raad vraagt de Vlaamse overheid om deze vorm van gegevensuitwisseling waar te maken. Daarbij vraagt hij ook om de ontwikkelagenda van Vitalink verder uit te rollen. Ook daar zal immers de ontsluiting van gegevens over de bevolkingsonderzoeken bekeken worden. De raad steunt deze verdere ontwikkeling van het platform.

Antwoord:

De uitvoering, coördinatie en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken is gebouwd op een sterk systeem van gegevensverzameling, - verwerking en – koppeling, o.a. via het online dataregistratiesysteem Heracles. Dat systeem omvat een diversiteit aan functionaliteiten, die het o.a. mogelijk maken om de verschillende doelgroepen uit te nodigen, samen beoordelen van mammografieën door meerdere radiologen, datastromen naar de GMD-houdende arts zodat die alle resultaten ontvangt, enz... Deze digitalisering verhoogt de efficiëntie en kwaliteit. Heracles maakt gebruik van FIHR-standaarden waardoor datadeling via VITALINK en healthviewer op vandaag mogelijk is. Dit systeem is toonaangevend in België en internationaal.

Door een intensieve samenwerking tussen het CvKO en het Belgisch Kankerregister, en dus koppeling van screeningsgegevens en informatie over diagnose en behandeling, kan de kosteneffectiviteit en meerwaarde van de bevolkingsonderzoeken continu worden gemonitord. Delay om over data te beschikken is een aandachtspunt, ook in het nieuwe actieplan. De Vlaamse overheid en de betrokken actoren hebben echter niet alle sleutels om

dit te remediëren zelf in handen, dus samenwerking met de bevoegde federale overheid (O.a. RIZIV) blijft noodzakelijk.

Het doorgedreven verzamelen, beheren, verwerken en koppelen van gegevens in een context van strikte GDPR-regelgeving bemoeilijkt flexibiliteit van zowel de overheid als de betrokken actoren.

Er is een beveiligde gegevensuitwisseling tussen de actoren, die opgenomen is in de InformatieVeiligheidComité-beraadslagingen voor de verschillende bevolkingsonderzoeken. Als een noodzaak blijkt om deze gegevensuitwisseling uit te breiden (bvb. vaccinatiegegevens voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker, het uitbreiden van gegevens die de deelnemer in Vitalink kan zien) of efficiënter te maken (bvb. beelden doorsturen via een bepaald zorgplatform), dan wordt er zorgvuldig gekeken naar de mogelijkheden om dit binnen het wettelijk kader te verwezenlijken.

- **Erken en engageer relevante organisaties door hen expliciet te vernoemen in het actieplan.** Ook al gaat het in het voorliggende actieplan meestal om niet limitatieve opsomming, toch vraagt de raad om veel meer actoren te vermelden. Op die manier worden engagementen concreet en wordt ook het draagvlak voor de nieuwe gezondheidsdoelstelling vergroot (bv. bij SD participatie: acties 1.2 en 2.3, SD monitoring: actie 2.5).

Antwoord:

Zie ook hierboven: diverse actoren zijn bewust niet bij naam vermeld in het Actieplan om niemand onbewust uit te sluiten, én de actoren zijn reeds betrokken in de Vlaamse werkgroepen (thematische werkgroep per BVO, werkgroep Sensibilisering en werkgroep Monitoring).

- **De raad vindt het tot slot ook belangrijk dat de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen worden gealigneerd op de interfederale en de internationale doelstellingen,** zodat actoren op het terrein niet met gemengde - laat staan tegenstrijdige - boodschappen en verwachtingen geconfronteerd worden en doelstellingen op grotere schaal geen dode letter blijven in Vlaanderen. In zijn advies op eigen initiatief over kwaliteit van zorg en ondersteuning (15 juni 2021, pp. 17-18) wees de raad al op het belang van het gebruik van (inter)nationale referentiekaders (zoals de duurzame ontwikkelingsdoelen) voor het bepalen van beleidsdoelstellingen.

Antwoord:

De bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn gebaseerd op de Europese aanbeveling en waar beschikbaar op Europese *richtlijnen*. Er zijn geen interfederale doelstellingen m.b.t. kankerscreening. De gemeenschappen zijn bevoegd voor het organiseren van bevolkingsonderzoek (populatiegerichte screening). Om een goede aansluiting te voorzien met de zorg, kwaliteit van medisch-technische aspecten en follow-up wordt op systematische wijze afgestemd met de federale overheid over kwaliteit en financiering.

REACTIE OP AANBEVLINGEN VAN DE RAAD BIJ HET ACTIEPLAN

Subdoelstelling Participatie

- **Actie 1.1:** Voor de raad moet nog meer dan vandaag werk gemaakt worden van een duidelijke informatierverspreiding, waarbij mensen zeer concreet aangeschreven en geïnformeerd worden zodat ze zich aangesproken voelen en sneller overgaan tot deelname aan een bevolkingsonderzoek. De raad mist in het actieplan:

- **De mogelijkheid tot meer flexibiliteit in de communicatie**, bijvoorbeeld door het layoutmatig aanpassen van de uitnodiging aan doelgroepen.

Antwoord:

Het effect van louter layout matige en inhoudelijke aanpassingen aan het uitnodigingspakket, met name de uitnodigingsbrief en de begeleidende folder, mag niet overschat worden. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat dergelijke aanpassingen binnen het Bevolkingsonderzoeken Borstkanker en Baarmoederhalskanker geen merkbare impact hadden op de deelname wanneer vrouwen, die nog nooit eerder gescreend waren, werden uitgenodigd (Referentie: Kellen E, Meers Z, Pil L, Goossens MC. Impact of altering the invitation package on screening participation among never-screeners in the Flemish population-based cancer screening programs. Eur J Cancer Prev. 2024 Mar 1;33(2):181-184).

De noodzaak voor het doorvoeren van wijzigingen in communicatiematerialen wordt continue opgevolgd, o.a. via literatuurstudies en beleidsaanbevelingen. Voorbeelden van wijzigingen die in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd zijn o.a:

- communicatie op de website aanpassen voor Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker, n.a.v. beleidsaanbevelingen uit het rapport Vlot op stoelgang (getrokken door KOTK, met focus op personen in armoede);
- Nudging inzetten in de uitnodigingen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker;
- Gebruiken van Getuigenissen om intentie tot deelname te verhogen;
- Opvolgingsgraad verbeteren na afwijkende resultaatsbrief in het bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker door het toevoegen van een folder aan de brief. In 2025-2026 loopt er daarom een RCT waarin bij controlegroep een folder wordt toegevoegd aan de afwijkende resultaatsbrief.

Daarnaast is voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker gekeken naar het effect van een herinneringsbrief (die reeds in voege is voor DDK). De publicatie wordt verwacht in Q2 2026.

Aanvullend verwijzen we naar het antwoord geformuleerd onder de vraagstelling 'Stel relevante organisaties in staat om een nog actievere rol op te nemen in het sensibiliseren voor, promoten van en toeleiden naar de screenings' alsook naar de diverse geformuleerde acties binnen actie 1.3 (voor elk BVO).

- **Een betere balans tussen juridisch sluitende informatie en duidelijkheid voor de uitgenodigde**, waarbij voor de raad de prioriteit ligt bij de duidelijkheid.

Antwoord:

Binnen de Bevolkingsonderzoeken naar kanker wordt er gewerkt met gelaagde informatie als communicatiestijl. Het informatie- en communicatieplan, uitgevoerd door Aha, toonde aan dat er nood is aan een gelaagdheid van informatie, waarbij in de uitnodiging (en folder) enkel de essentiële informatie staat. Voor meer informatie wordt doorverwezen naar de website enerzijds en huisarts (als vertrouwenspersoon) anderzijds. De prioriteit ligt daarbij op duidelijkheid. Tevens worden alle communicatieve aanpassingen steeds voorgelegd in burgerpanels. Tenslotte wordt de feedback op het uitnodigingsmateriaal en informatie op de website, verkregen via de ombudsdienst van het CvKO, ook mee in rekening genomen.

Met het nieuwe preventiedecreet is het vanaf begin 2026 mogelijk om nieuwe inhoudelijke informatie op te nemen in het uitnodigingspakket. Dit betreft o.a. de voordelen en beperkingen van screening, de gegevensverwerking die eigen is aan de screening, en het hergebruik van screeningsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek inclusief de mogelijkheid tot opt-out.

Zie ook de diverse geformuleerde acties binnen actie 1.3 (voor elk BVO).

- **Een wegwijzer voor burgers waar informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en behandelingen gevonden kan worden** (bv. www.zorgkwaliteit.be). Dit kan gekoppeld worden aan de uitnodiging voor een screening

Antwoord:

Nazorg - follow-up na een afwijkend screeningsresultaat - valt buiten de screeningsprogramma's. In alle communicatie wordt verwezen naar de huisarts als vertrouwenspersoon voor meer informatie. Ook is er een FAQ opgesteld waar lezers worden doorverwezen naar partners die wel bevoegd zijn voor de nazorg. Bij het Bevolkingsonderzoek Borstkanker wordt de gescreende persoon o.a. gewezen op het belang van borstklinieken.

- **Actie 2.1: Om bij professionals in zorg en ondersteuning de gedragenheid van de bevolkingsonderzoeken te verhogen meent de raad dat hun bewustwording verhoogd moet worden** en dat dit in het actieplan sterker uitgewerkt moet worden. Wanneer professionals zich er echt van bewust zijn waarom het belangrijk is dat mensen aan kankerscreenings deelnemen (een vroege opsporing betekent bijvoorbeeld minder zware behandelingen, verlaagt de druk op de zorg en redt levens), zullen ze de bevolkingsonderzoeken actiever uitdragen.

Antwoord:

Zorgprofessionals worden betrokken in de verschillende werkgroepen, waaronder de werkgroep sensibilisering, die erop is gericht om communicatie naar alle actoren te stroomlijnen. Daarnaast wordt er in elk jaarplan rekening gehouden met het ontwikkelen van materialen of versterken van bestaande acties naar zorgprofessionals. Er worden heel wat inspanningen geleverd om de huisarts te betrekken (zie o.a. hierboven over de acties binnen het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker en Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker). Dit is echter te ver in detail om op te nemen in een actieplan van een gezondheidsdoelstelling. Het is tevens van belang te benadrukken dat het uitwisselen van informatie over al dan niet deelnemen aan de bevolkingsonderzoeken met zorgverleners uitsluitend kan plaatsvinden binnen de grenzen van de toepasselijke AVG-regelgeving en de daarmee samenhangende wettelijke bepalingen inzake gegevensbescherming. Hierdoor is het in de praktijk vaak niet haalbaar om dergelijke informatie systematisch door te geven.

- **Actie 3.1:** De raad is erg tevreden met het engagement om de toegang tot de bevolkingsonderzoeken (o.a. financiële, geografische, socioculturele, taal, informatieve en digitale) te verbeteren. In een actieplan verwacht de raad echter dat verder wordt gegaan dan een engagement. Hoe zal de minister drempels concreet aanpakken?

Antwoord:

In het kader van de informatieverstrekking wordt gebruik gemaakt van het principe van gelaagde informatie en van proportioneel universalisme. Gelaagde informatie houdt in dat de uitnodigingsbrief de meest essentiële informatie bevat, terwijl de begeleidende folder aanvullende toelichting biedt en verder verwijst naar de website voor meer diepgaande informatie. Alle teksten worden opgesteld op taalniveau B1 om de begrijpbaarheid te verhogen.

Proportioneel universalisme (PU) binnen de bevolkingsonderzoeken betekent dat de dienstverlening universeel toegankelijk is voor iedereen, maar dat de intensiteit en de aanpak proportioneel worden aangepast aan de noden van verschillende groepen. Kwetsbare groepen ontvangen hierbij extra ondersteuning en een intensievere benadering,

met het oog op het verminderen van gezondheidsongelijkheden, aangezien zij doorgaans meer drempels tot deelname ervaren. In tegenstelling tot een benadering die zich voornamelijk richt op de 'gemiddelde burger', zoals traditioneel het geval kan zijn, richt PU zich op alle burgers, met een sterke nadruk op maatwerk en inclusie. Dit vertaalt zich onder meer in gedifferentieerde communicatiestrategieën of aanvullende begeleiding voor personen voor wie deelname minder vanzelfsprekend is (zie oa het voorbeeld van de verteltas hierboven). Daarnaast zijn er andere acties gericht naar bijzonder doelgroepen lopend of gepland.

In een kleinschalige haalbaarheidsstudie onderzoekt het CvKO in welke mate het aanbieden van een zelfafnameset de deelname aan het bevolkingsonderzoek kan verhogen voor vrouwen met een verstandelijke beperking.

In het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker zal worden nagegaan of een pre-invitatatie of vooraankondiging (digitaal) voor de effectieve uitnodiging impact heeft op deelname. Bovendien zal er in 2026 een aparte communicatiestrategie en -campagne uitgewerkt worden voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker, specifiek gericht op de doelgroep mannen 50-55 jaar. Tot slot verwijzen we naar acties 1.3 bij elk BVO in het actieplan, waar duidelijk vermeld staat dat per doelgroep de uitnodigingsstrategieën worden geanalyseerd. Vanuit deze actie (die eveneens subdoelgroepen vermeldt) is er een focus op het verhogen van de participatie, inclusief kwetsbare doelgroepen.

De raad vraagt te expliciteren dat de toegang en uiteindelijke deelname ook bepaald worden door de mate waarin mensen voldoende gezondheidsvaardig zijn om 'de weg te vinden' naar het screeningsaanbod. Het verhogen van de gezondheidsvaardigheden is dan ook een belangrijk middel voor een meer effectief screeningsbeleid, met een groter bereik doorheen de hele bevolking. Gezien het ruimer belang van gezondheidsvaardigheden voor ieders gezondheid en welzijn en voor het gebruik van zorg en ondersteuning, zal de raad hierover op eigen initiatief een meer uitgebreid advies formuleren.

In het kader van voorliggend advies vraagt de raad alvast om de bevolkingsonderzoeken zo te organiseren dat iedere burger, meer of minder gezondheidsvaardig, een gelijke kans heeft om aan de onderzoeken deel te nemen. Extra inspanningen zullen dan nodig zijn ten aanzien van mensen met lagere gezondheidsvaardigheden (bv. via aangepaste sensibilisering, communicatie en uitnodigingen of met extra ondersteuning).

Antwoord:

Hiervoor verwijzen we graag naar de reeds geformuleerde antwoorden hierboven. Daarnaast is er een versterkte samenwerking tussen de Vlaamse overheid en Gezondheid en Wetenschap

Subdoelstelling wetenschappelijk Onderzoek

- **Actie 1.1: De raad meent dat de Vlaamse overheid, als inrichter van de bevolkingsonderzoeken, er voor moet zorgen dat haar screeningsprogramma's de wetenschappelijke aanbevelingen volgen.** De raad is hierin stellig: afwijken van wetenschappelijke standaarden betekent gezondheidsverliezen in de bevolking. Indien de overheid om budgettaire redenen toch van deze aanbevelingen afwijkt bij het bepalen van wie moet worden gescreend, met welke methode en hoe vaak, dan is het haar verantwoordelijkheid om de bevolking breed te informeren zodat ieder zelf een

geïnformeerde keuze kan maken over het al dan niet preventief laten screenen buiten het screeningsaanbod van de overheid.

Antwoord:

Wij volgen hierin het standpunt van de raad. De Vlaamse overheid organiseert uitsluitend bevolkingsonderzoek op basis van wetenschappelijke evidentie en beschikbare richtlijnen (zie ook het antwoord op pagina 2 en 3). Meer nog, de Vlaamse overheid weerstaat de (maatschappelijke) druk om screeningsprogramma's op te zetten voor aandoeningen waarvoor die evidentie niet beschikbaar is.

In Vlaanderen is er regelgeving die deze visie ondersteunt, namelijk het besluit van de Vlaamse Regering van 12/12/2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie. Dit besluit geeft uitvoering aan artikel 31 in het preventiedecreet. In essentie wordt gesteld dat een bevolkingsonderzoek of screeningsprogramma slechts kan worden georganiseerd als het bijdraagt aan gezondheidswinst, rekening houdend met iedereen in de doelgroep. Om gezondheidswinst te realiseren is het noodzakelijk dat de voordelen van een screeningsprogramma opwegen tegen de nadelen, op populatieniveau, en dat kwaliteit wordt gegarandeerd in alle organisatorische stappen van een screeningsprogramma. Het louter aanbieden van een wetenschappelijk onderbouwde screeningstest volstaat m.a.w. niet om als overheid te investeren in een bevolkingsonderzoek. Zo is het niet wenselijk een screeningsprogramma op te starten als niet iedereen in de doelgroep gelijke toegang heeft tot de screening of als er onduidelijkheid is over capaciteit, toegankelijkheid, diagnose en behandeling.

In de regelgeving zijn criteria opgenomen om screeningsinitiatieven te beoordelen. Deze criteria zijn gebaseerd op de internationaal erkende criteria van Wilson en Jungner. Een werkgroep van onafhankelijke experts (Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek) adviseert de minister over screeningsinitiatieven op basis van deze criteria.

- **De raad wijst ook op de complexe situatie in Brussel**, waar het bijzonder belangrijk is dat de verschillende bevoegde overheden samen werken aan een geïntegreerd beleid met oog op moeilijk bereikbare doorgroepen. Met name de samenwerking met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Vivalis en BruPrev ligt voor de hand.

Antwoord:

De gemeenschappen zijn bevoegd voor het organiseren van bevolkingsonderzoek. De Vlaamse overheid organiseert geen screeningsprogramma's in Brussel. Er is wel overleg als dat nodig is om af te stemmen of expertise te delen.

Op basis van protocolakkoorden draagt de Vlaamse Gemeenschap bij aan screeningsprogramma's in Brussel.

Subdoelstelling Monitoring

- **Actie 2.1: De raad adviseert om meer gericht terug te koppelen over de monitoring.** De resultaten van de indicatoren voor de bevolkingsonderzoeken worden gemonitord en jaarlijks gepubliceerd. Het is aangewezen dit niet louter in een rapport of een jaarverslag te doen, maar bijvoorbeeld ook naar en op maat van de brede bevolking ter sensibilisering voor deelname.

Antwoord:

Dit wordt gedaan. Jaarlijks worden jaarfiches opgesteld, gepubliceerd en indien relevant wordt hier een persmoment aangekoppeld. Deze jaarfiches staan zichtbaar op de website van het CvKO (bevolkingonderzoek.be) en kunnen door iedereen geraadpleegd worden, ook

burgers:

<https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bk/literatuur-bk>

<https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk>

<https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/ddk/literatuur-ddk>

Ook zijn er ontwikkelingen gaande om cijfers inzichtelijke en meer begrijpelijk te maken. In 2026 wordt een module doorontwikkeld binnen het ICT - programma dat de cijfers voorziet voor de Bevolkingsonderzoeken naar Kanker (In Cijfers). Hierdoor kunnen gemakkelijk rapporten, grafieken en tabellen gemaakt worden en de indicatoren inzichtelijk worden gepresenteerd. Dit biedt mogelijkheden voor externe gebruikers – waaronder ELZs, gemeentebesturen, maar ook individuen – om de cijfers beter te begrijpen. De resultaten kunnen bovendien eenvoudig online gedeeld worden, wat de communicatie, naar de bevolking toe, vergemakkelijkt en versterkt.

Hierbij willen we benadrukken dat het louter delen van monitoringscijfers aan de bevolking minder effectief is om de sensibilisatie te versterken en dat meer op de bevolking afgestemde acties nodig zijn om de burger geïnformeerd te motiveren tot deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

- **Actie 2.3: De raad vindt dat hier meer ambitie mag worden getoond inzake populatie-management.** Een minimale doelstelling zou moeten zijn dat actoren op het mesoniveau (eerstelijnszones) feedback met benchmarking krijgen.

Antwoord:

Voor Vlaanderen worden jaarlijks de meest recente deelnamecijfers gepubliceerd op <https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/>. Dit platform laat aan de gebruiker toe om zelf de cijfers te bekijken binnen verschillende functionaliteiten, bijv. per statistische sector. In de jaarrapporten wordt voor elk bevolkingsonderzoek de totale dekking gerapporteerd die tevens zichtbaar zijn op genoemd online platform.

Daarnaast communiceert het CvKO de jaarlijkse cijfers naar gemeentebesturen en de ELZs en maakt hen bewust van de cijfers in hun regio t.o.v. de Vlaamse cijfers. Dit heeft als doel om de eerstelijnsactoren en gemeentes te motiveren - in specifiek die regio's - waar deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker achterlopen en deze meer onder de aandacht gebracht zouden kunnen worden. Dit gebeurt idealiter samen met de gezondheidsmakers.

- De raad vraagt een bijkomende actie te formuleren die gericht is op het aanspreken van de lokale besturen om op basis van de ter beschikking zijnde cijfers een meer actief beleid te voeren voor de sensibilisering, promotie en toeleiding naar de bevolkingsonderzoeken bij hun burgers (zie ook deel 1 van dit advies).

Antwoord:

We zijn het eens met de Raad dat lokale besturen een sleutelrol kunnen spelen. Jaarlijks worden er gemeenterapporten gemaakt, die ook beschikbaar zijn in de 'incijfers' module. De lokale besturen beschikken daarmee over de informatie m.b.t een noodzaak in verhoogde deelname. Echter, er is vaak onduidelijkheid over welke activiteit ze kunnen organiseren om de deelname te verhogen. Recent zijn aanbevelingen gedaan rond beste-praktijken aan de mutualiteiten, en voor 2026 worden er afspraken gemaakt met de Gezondheidsmakers. De Vlaamse overheid vraagt aan de Gezondheidsmakers om het preventiebeleid in zijn geheel (m.i.v. de bevolkingsonderzoeken) bekend te maken bij lokale besturen. Die lokale besturen beslissen zelf wat ze ermee doen en waar ze prioriteit op leggen. Engagement van de lokale besturen omtrent de bevolkingsonderzoeken naar kanker is louter o.b.v. goodwill.

Subdoelstelling kwaliteit

- **Actie 4.1:** Het is goed dat er gewerkt zal worden aan het optimaliseren van de resultaats-mededeling. De raad vraagt om te preciseren dat indien er een positief screeningsresultaat is, het niet wenselijk is om hier schriftelijk over te informeren.

Antwoord:

Wij zijn het eens met het standpunt van de Raad dat ingrijpend nieuws, zoals een afwijkend screeningsresultaat, bij voorkeur persoonlijk gebracht wordt. Daarom wordt bij een afwijkend resultaat de arts van de deelnemer geïnformeerd zodat hij of zij op maat en persoonlijk de deelnemer kan informeren. Het bleek in het verleden dat het geen goede praktijk is om de persoon in kwestie te laten wachten terwijl de arts het resultaat al heeft. Enerzijds ervaren deelnemers het als betuttelend om in het donker gehouden te worden, en anderzijds blijken artsen door hun enorme werklast ook niet altijd onmiddellijk tijd te hebben voor een gesprek. Daarom is er voor een middenweg gekozen: zowel arts als deelnemer worden geïnformeerd, maar er wordt bij de arts op aangedrongen zo snel mogelijk contact met de deelnemer op te nemen.

Voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker loopt er een RCT waarbij een folder wordt toegevoegd aan de afwijkende resultaatsbrief voor de deelnemer, om ongerustheid zoveel mogelijk te beperken en ook de opvolggraad verder te verhogen.

Naast de bestaande faalveiligheidsprocedure, ontvangen huisartsen voor dit bevolkingsonderzoek ook jaarlijks een rapport met eigen opvolggraad én lijst patiënten met een afwijkende stoelgangtest zonder een correcte opvolging. Hierdoor kunnen zij deze patiënten alsnog motiveren om een vervolgonderzoek in te plannen.

- **Actie 5.1:** Wanneer het gaat om de nazorg bij een afwijkend screeningsresultaat herhaalt de raad zijn standpunt dat *'elke indicatie van kanker gevolgd zou moeten worden door toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning. De raad wijst de minister op de situatie van kwetsbare mensen voor wie een vervolgonderzoek en eventuele behandeling nodig is maar voor hen financieel niet haalbaar is'*.

Antwoord:

Wij zijn het ermee eens dat vervolgonderzoek betaalbaar, kwalitatief, en tijdig moet blijven voor de deelnemer. Hoewel nazorg buiten de bevoegdheid van de screeningsprogramma's valt, en door haar curatieve aard zelfs een federale kwestie is, wordt er maximaal ingezet op informatie verstrekking. Er is namelijk vaak een gebrek aan transparantie en duidelijkheid over de kost van dit vervolgonderzoek, wat – zeker bij kwetsbare groepen – zorgt voor een lagere opvolggraad na afwijkende screening. Op de website van het CvKO staat een overzicht van kostprijs coloscopie (zie <https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/ddk/wat-kost-een-coloscopie>). Er werd, samen met KOTK in 2025 een projectaanvraag ingediend bij KCE m.b.t. transparantie en betaalbaarheid vervolgonderzoek (niet weerhouden), en momenteel lopen er gesprekken met CvKO, KOTK en betrokken beroepsgroepen of er bereidheid is om kost van coloscopie n.a.v. deelname in het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker te herzien.