

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1993-1994

29 MAART 1994

BELEIDSBRIEF

Kankerpreventie in **Vlaanderen** — 1994

ingediend
door mevrouw L. Detiège,
Vlaamse minister van Tewerkstelling
en Sociale Aangelegenheden

INHOUD

	Blz.
WOORD VOORAF	5
1. ENKELE EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS	
1.1. Algemene incidentiegegevens	6
1.2. Kankersterfte	6
1.3. Conclusies	7
2. PRIMAIRE PREVENTIE VAN KANKER	
2.1. Algemeen	8
2.2. Specifieke terreinen van acties	8
2.3. Beleidsinitiatief op het vlak van de primaire kankerpreventie	9
3. SECUNDAIRE PREVENTIE VAN KANKER	
3.1. Definiëring secundaire preventie en screening	9
3.2. Operationalisering van de baarmoederhalskankeropsporing	
3.2.1. Inleiding	11
3.2.2. Europese aanbevelingen	11
3.2.3. Implementatie in Vlaanderen	12
3.3. Pilootproject borstklierkankeropsporing	
3.3.1. Epidemiologische gegevens	13
3.3.2. Risicofactoren	13
3.3.3. Borstkankeropsporing door screeningsmammografie	13
3.4. Pilootproject prostaatklierkankeropsporing	13
4. ACTOREN OP HET VLAK VAN KANKERPREVENTIE	
4.1. Integrale Kankerstichtingen	14
4.2. De Vereniging voor Kankerbestrijding	14
4.3. Het Belgisch Werk tegen Kanker	14
4.4. De Vlaamse Kankerliga	15
4.5. Kom op tegen Kanker	1 5
4.6. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie	15
4.7. De Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie en de erkende Centra voor Kankerpreventie	15
5. KANKERREGISTRATIE	
5.1. Beschrijving van het Nationaal Kankerregister	16
5.2. Knelpunten in de bestaande kankerregistratie	16
5.3. Mogelijke alternatieven	17
5.4. Beperkingen van een communautaire kankerregistratie	17
5.5. Beleidslijn i.v.m. registratie	17
6. KANKERPREVENTIE IS EEN EUROPESE CONTEXT : EEN KORT OVERZICHT	17

7. BESLUIT	
7.1. Algemene bedenkingen	18
7.2. Concrete beleidslijnen	
7.2.1. Primaire kankerpreventie	19
7.2.2. Secundaire preventie en vroegopsporing	19
8. BUDGETTAIRE GEGEVENS	20
NAWOORD	20
VERKLARING VAN DE AFKORTINGEN	21
BIJLAGEN	23

WOORD VOORAF

In de beleidsbrief preventieve gezondheidszorg **1993-1997**, gericht aan de Vlaamse Raad (stuk 314 1992-1993 nr. 1, zitting van 14 april 1993) werd een nieuwe visie op bevordering van de gezondheid weergegeven. Hierbij aansluitend is de kankerpreventie als prioritair deelgebied aangeduid. (p. 26-28).

In de hierna volgende beleidsbrief wordt dit gegeven verder uitgewerkt. Hierbij wordt uitgegaan van een epidemiologisch overzicht dat, waar mogelijk, steunt op zo recent mogelijke gegevens.

Vervolgens wordt aangegeven welke de belangrijkste concrete beleidsopties zijn, en dat zowel voor de primaire als voor de secundaire preventie. Tevens worden de concrete actoren vermeld, waarop **het** beleid een beroep kan doen om zijn doelstellingen te realiseren.

De inspanningen van de Vlaamse **Overheid** zijn te kaderen in een Europese context. Daarom wordt een kort overzicht gegeven van de Europese initiatieven. Per specifiek onderwerp zullen, waar mogelijk, de Europese aanbevelingen worden vermeld.

De Vlaamse Raad heeft de verhoging van het budget voor kankerpreventie van 61 mio naar 98 mio

op 17/12/1993 goedgekeurd; Hierdoor is het **licht** op groen gezet voor een aantal vernieuwende initiatieven.

Tegelijkertijd zijn aanzetten gegeven tot **vernieuwing** in de Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie, die het beleid verder zal moeten adviseren en, waar nodig, via de verschillende actoren, enthousiasmerend moet werken teneinde de verschillende doelstellingen te realiseren.

In deze beleidsbrief wordt **verder** de problematiek van de kankerregistratie belicht.

Tenslotte wordt het V.A.C.K.-budget 1994 toegelicht. In het besluit worden enkele algemene evoluties i.v.m. kankerpreventie aangegeven en gewezen op de hinderpalen bij het realiseren ervan.

Bij het opmaken van deze beleidsbrief is gedacht aan het convergerend karakter die initiatieven uit diverse hoeken kunnen hebben. Samenwerking tussen overheden op vlak van Gemeenschap, Provincies, lokale besturen met de organisaties voor gezondheidspromotie vormt een rode draad.

Leona DETIEGE

De Vlaamse minister van **Tewerkstelling** en Sociale Aangelegenheden,

[Handwritten signature]

1. ENKELE EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op gegevens van het Nationaal Kankerregister van het Belgisch Werk tegen Kanker. (Dr. G. Haeltermann), cijfers van de Administratie. Gezondheidszorg, rapport 'Kankerregistratie in de provincie Antwerpen' (Integrale Kankerstichting Antwerpen), rapporten 'Registratie Bronchuscarcinoom' 1990 en 1991 van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding en rapport 'de huisartsen als evaluatie-instrument voor hart-, cervix-, prostaat-, huid- en colorectale kankerpreventie in Vlaanderen' van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen en het Vlaams Huisartseninstituut.

1.1. Algemene incidentiegegevens

In de periode 1987-1989 werden $\pm$ 100.000 nieuwe gevallen van kanker geregistreerd : 51.072 mannen en 48.412 vrouwen.

Als men rekening houdt met de distributie van deze kankergevallen over de verschillende leeftijdscategorieën kan men de cumulatieve incidentie berekenen (dit is de probabiliteit om een maligne gezwel te ontwikkelen). Tussen de leeftijd van 0 -74 jaar ontwikkelt de ziekte zich bij 1 man op 4 en bij 1 vrouw op 5. Hieruit valt af te leiden dat kanker over het algemeen meer bij mannen dan bij vrouwen voorkomt.

Deze brutocijfers moeten evenwel worden gerelativeerd.

Bij mannen komt kanker vooral voor op oudere leeftijd (long- en tracheakanker, prostaatkanker) terwijl bij vrouwen de gynaecologische en borsttumoren eerder voorkomen tussen 20 en 55 jaar. In deze leeftijdsgroep komt kanker zelfs meer voor bij vrouwen dan bij mannen.

De frequentieverdeling van de tumoren verschilt voor beide geslachten. Bij mannen komt longkanker op de eerste plaats (28 %), gevolgd door colon- en rectumtumoren (13 %) en prostaatkanker (12 %). Bij vrouwen is de meest voorkomende kanker borstklierkanker (33 %) gevolgd door colon- en rectumtumoren (15 %) en (andere) gynaecologische tumoren ($\pm$ 15 %). Longkanker maakt 4 % van alle kankergevallen bij vrouwen uit.

Uit de gegevens van de huisartsenpraktijken (Dr. J. Vanderveken, Vlaams Huisartseninstituut) blijkt tijdens de registratieperiode 1985-1992 een significante toename van de incidentie van prostaatkanker, en een dalende trend voor colo-rectale kanker bij vrouwen. Voor andere lokalisaties zijn de fluctuaties in de incidentie niet significant.

Uit het rapport "Registratie Bronchuscarcinoom" van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding blijkt dat voor het incidentiejaar 1990 op 1063 geregistreerde gevallen er 954 voorkomen bij mannen en 109 bij vrouwen (man/vrouw ratio : 8,75/1).

De piek ligt zowel bij mannen als bij vrouwen tussen de 60 en de 69 jaar. De 'Registratie Bronchuscarcinoom' is, hoewel onvolledig, toch bruikbaar om diagnostische en therapeutische hypothesen te toetsen.

In 1991 werden in dit register 1302 gevallen van bronchuscarcinoom geregistreerd. De man/vrouw ratio bedraagt hier 7,7/1. De bronchuscarcinoom komt volgens de registratie in 1991 opnieuw het meest voor tussen 60 en 69 jaar.

Volgens incidentiegegevens van het B.W.K. (1989) ligt de incidentiepiek voor bronchuscarcinoom voornamelijk in de groep tussen 70 en 90 jaar.

1.2. Kankersterftegegevens

In 1988 stierven 16.005 mannen en 11.353 vrouwen aan kanker, wat 26 % van de totale sterfte uitmaakt (mannen : 30 % en vrouwen 22 %). De proportionele kankersterfte varieert op basis van de leeftijd. Zo zien we dat de sterftegevallen bij mannen tussen de 15 en de 64 jaar voor 33 % te wijten zijn aan kanker.

Bij vrouwen bedraagt dit 45 %. Boven de 65 jaar is dat 29 % bij mannen en 19 % bij vrouwen. Deze gegevens verlopen parallel met de incidentiegegevens. Daar er mortaliteitsgegevens beschikbaar zijn sinds 1955 is het mogelijk trends waar te nemen. Zo kon bij mannen een duidelijke stijging van de mortaliteit aan kanker worden waargenomen, en dit tot ongeveer 1985. Bij vrouwen daarentegen treedt een lichte daling op. Vooral het stijgend aantal sterftegevallen door longkanker bij mannen is hiervoor verantwoordelijk.

Dit blijkt ook uit de trendanalyse van de kankersterfte 1960-1987 (studie van Prof. Em. Dr. R. Beckers, Integrerend Kankercentrum West-Vlaanderen).

Hij komt tot de volgende conclusies :

- de totale kankersterfte daalt tot de leeftijd van 45 jaar bij de mannen en stijgt op oudere leeftijd. Bij de vrouwen daarentegen daalt de totale kankersterfte in alle leeftijdscategorieën ;
- de longkankersterfte steeg tot 1987 in alle leeftijdsgroepen, zowel bij mannen als bij vrouwen ;
- er is in alle leeftijdsgroepen een duidelijke vermindering van de sterfte aan maag- en colorectale kanker, zowel bij mannen als bij vrouwen ;
- de sterfte aan leukemie daalt op jongere leeftijd, maar stijgt vanaf 45 jaar, vooral bij mannen ;
- de sterfte aan cervixcarcinoom daalt in de periode 1960-1987 voor alle leeftijdsgroepen ;
- er is echter in dezelfde periode een duidelijke en significante stijging van de sterfte aan mammacarcinoom ;

Uit de cijfers van de Administratie Gezondheidszorg kunnen voor de periode 1987-1990, voor

Vlaanderen de volgende, voorlopige conclusies worden getrokken :

- de sterfte aan colo-rectale kankers, bij mannen 'en vrouwen blijft stationair ;
- de sterfte aan **cervixcarcinoom** daalt verder met ongeveer 8 % per jaar ;
- de sterfte aan borstkanker blijft Stationair ;
- de sterfte aan longcarcinoom bij vrouwen stijgt met ongeveer 5 % per jaar ;
- de sterfte aan longcarcinoom bij mannen blijft stationair ;
- de sterfte aan prostaatacarcinoom stijgt met ongeveer 3 % per jaar. Op te merken valt dat deze sterfte zich vooral situeert op hogere leeftijd.

Uit de cijfers van het Nationaal Instituut voor de Statistiek leren we dat in 1988 194 Belgen stierven aan maligne melanoom van de huid.

Opmerkelijk is dat Jensen e.a. **België** situeren bij de drie landen met de hoogste kankerincidentie (Jensen e.a., E.J.C. 1990).

1.3. Conclusies

Met' het oog op de prioriteitenbepaling voor het beleid, kunnen uit deze gegevens volgende belangrijke conclusies getrokken worden.

1. Bij vrouwen onder de 60 jaar is de voornaamste kanker de borstklierkanker. Baarmoederhalskanker neemt af. Dit kan te maken hebben met verhoogde screeningsactiviteit, maar ook met verbeterde seksuele hygiëne.
Colorectale kanker bij vrouwen blijft stationair. Longkanker neemt toe.
2. Bij mannen is longkanker het voornaamste probleem, zij het op latere leeftijd dan borstkanker bij de vrouw. Deze longkanker wordt voor minstens 70 % geïnduceerd door roken.
Prostaatkanker neemt toe, maar dan op hogere leeftijd.
Colorectale kanker blijft stationair.

Hoewel cijfers over de evolutie van huidkanker ontbreken in dit epidemiologisch overzicht, mag het probleem niet worden onderschat. Toenemende blootstelling aan zonlicht en W-licht zal wellicht het aandeel van deze kanker doen toenemen.

Een aantal van deze kankers kunnen vroegtijdig worden opgespoord. Voornamelijk borst- en baarmoederhalskanker kunnen door middel van respectievelijk screeningsmammografie en baarmoederhalsuitstrijkje in een zeer vroeg stadium worden ontdekt en, in principe, behandeld.

Colo-rectale kanker neemt een relatief belangrijk aandeel in. Men is het er over eens dat deze kanker bevorderd wordt door vezelarme voeding.

Ook scheikundige elementen in bv. het beroeps- **en** leefmilieu kunnen kankerverwekkend zijn. Het

effect op **incidentie** van **kanker** en **sterfte** eraan zijn echter moeilijker in te schatten.

Volgens Prof. M. Van Sprundel (U.I.A.) sterven in België jaarlijks meer dan duizend mensen aan beroepskankers, hoofdzakelijk, veroorzaakt door scheikundige stoffen (vb. aabest, benzeen). Dit betekent dat vier op de honderd gevallen van kanker direct of indirect samenhangt met het arbeidsmilieu. Anderzijds is slechts een beperkt aantal werknemers in het arbeidsmilieu aan kankerverwekkende stoffen blootgesteld. Als dan de bijdrage van de beroepsfactoren in het optreden van kanker vier procent bedraagt, betekent dit dus dat in een blootgestelde groep werknemers **dit** risico veel hoger ligt.

Een bijkomende moeilijkheid is dat men in het **individuele** geval, blootstelling door het beroep niet enkel als enige risicofactor kan aanduiden. Individuele risicogewoontes zoals genetische factoren, roken en inadequate voeding spelen **hier** immers ook mee.

Dit geldt eveneens voor de carcinogene stoffen in het leefmilieu. Hoewel in het buitenland is aangetoond dat wonen in de buurt van bepaalde chemische industrieën, meer risico inhoudt op voorkomen van bepaalde kankers, is dit in België en in Vlaanderen **moeilijker** aan te tonen -gezien de spreiding van de industriële activiteit,

Daarenboven kan niet altijd worden uitgemaakt of de carcinogene stoffen in de lucht het **gevolg** zijn van industriële activiteit, of dat het om emissies gaat veroorzaakt door verkeer en verwarming.

Nog onduidelijker is het carcinogene effect van elektromagnetische straling. Internationale onderzoeken zijn hier controversieel over. Zo is in de Karolinska-onderzoek in Zweden een verhoging van leukemie bij kinderen vastgesteld. Andere onderzoeken wijzen op een verhoging van hersentumoren. Nog andere studies kunnen geen verband tussen electromagnetische straling en kanker leggen.

Uit deze gegevens **blijkt** het priniordiale belang van de kankerpreventie, zowel secundaire (vroeg opsporing) als primaire preventie. Hiermee worden maatregelen bedoeld zoals : rookgedrag **beïnvloeden**, alcoholverbruik minderen, voeding optimaliseren, overgewicht tegengaan en gezonde arbeidsomstandigheden creëren. Ook de zorg voor het leefmilieu is van belang.

Men vindt deze aanbevelingen terug in de Europese Code Tegen Kanker. Op te merken valt dat deze aanbevelingen niet alleen preventief werken tegen kanker, maar ook tegen andere aandoeningen (hart- en bloedvatenziekten, zwaarlijvigheid, diabetes e.a.). Vroegopsporing van borst- en baarmoederhalskanker wordt aanbevolen. Vroegopsporing van prostaat-, colon- en huidkanker moet verder worden onderzocht.

2. PRIMAIRE PREVENTIE VAN KANKER:.

2.1. Algemeen

Men kan primaire preventie van kanker **definiëren** als "alle acties en maatregelen die tot doel hebben de inwerking van kankerverwekkende stoffen of agentia op het lichaam te vermijden".

Deze enge definitie is enigszins voorbijgestreefd en moet worden verruimd.

Primaire preventie van kanker kan o.m. het weren van kankerverwekkende stoffen in het leef- en werksmilieu inhouden. Hier staat men reeds op een eerste reeks probleemvelden.

- In welke mate is een stof kankerverwekkend of kankerbevorderend ?
- Welke concentraties kunnen aanvaard worden ?
- Welke maatregelen kan men nemen ?
- Zijn deze maatregelen maatschappelijk en economisch aanvaardbaar ?

In elk geval vergt primaire kankerpreventie in het leef- en werksmilieu een aanpak die de sectoren overschrijdt.

Bijvoorbeeld : de vermindering van de emissies van benzene door het stadsverkeer veronderstelt een veelvoud van maatregelen op het vlak van de urbanisatie, de uitbouw van het openbaar vervoer, de bouw van motoren, de arbeidsorganisatie, enz...

Primaire kankerpreventie situeert zich ook in de sfeer van de gezondheidspromotie. Dit houdt meer in dan het vermijden van kankerverwekkende stoffen. In het proces van gezondheidsbevordering houdt men rekening met alle factoren die de gezondheid beïnvloeden : omgevingsfactoren, leefstijlaspecten waaronder rook-, eet- en drinkgewoonten evenals biologische en genetische factoren.

Hierdoor moet een geheel van acties worden ondernomen die verder reiken dan de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Er moet terdege rekening worden gehouden met socio-culturele achtergronden, inkomen, arbeidsomstandigheden en persoonlijke vaardigheden om een gezonde leefstijl te kunnen bewerkstelligen.

Primaire preventie in de zin van een gezondheidsbevorderend proces vraagt een inwerken op alle determinanten van een bepaalde leefstijl. Het voorlichting geven over risicogewoonten is hier een onderdeel van.

Daarenboven moet worden opgemerkt dat positieve beïnvloeding zijn effect zal hebben op het vermijden van een aantal aandoeningen zoals hart- en bloedvatziekten, overgewicht, suikerziekte en gewrichtsaandoeningen.

Winst aan levensjaren

Het resultaat van medische interventies en preventie kan zich o.a. uitdrukken in het aantal gewonnen levensjaren. Gezondheidseconomen kunnen de maatschappelijke kost, in geld uitgedrukt, per

gewonnen levensjaar berekenen. Voor een coronaire bypass operatie situeert dit zich' rond de 100.000 F.. Een gewonnen levensjaar als gevolg van goede **borstkankerscreening** (secundaire preventie) kost ongeveer 100.000 F. Een gewonnen levensjaar als gevolg van primaire preventie-acties (bv. strijd tegen tabak) zou rond de 6.000 F. kosten (De Coninck, Rotterdam). De kost van het gewonnen levensjaar via preventie of curatie is echter zeer complex. Het drukt ook niet de optie levenskwaliteit uit en moet dus omzichtig worden gehanteerd.

2.2 Specifieke terreinen van acties

Als voorbeeld van specifieke terreinen van acties worden tabakspreventie en gezonde voeding vermeld.

Tabakspreventie

Veruit de belangrijkste risicofactor i.v.m. kanker is roken. **Op** zijn minst 80 % van de patiënten die overlijden aan longkanker zijn rokers. Roken heeft een multiplicatief effect op sommige beroepskankers. Zo is geweten dat blaaskanker, veroorzaakt door aniline in het beroepsmilieu, bevordert wordt door roken.

De associatie roken en overmatig alcoholverbruik wordt in verband gebracht met larynx- en slokdarmkanker.

Rokers zijn meestal mannen van 35 tot 54 jaar. Qua leeftijd bestaan de rokers uit mensen die voor 33 % **tussen** 15 en 34 jaar zijn, voor 39 % tussen 35 en 54 jaar en 27 % is ouder dan 55 jaar. In deze leeftijdsklassen roken mannen respectievelijk 38 %, 51 % en 35 %. Vrouwen houden het bij 29 %, 28 % en 18 % (cijfers van het V.A.D.).

Sommige bronnen wijzen op een lichte afname van het roken bij de mannen. Bij de vrouwen daarentegen is een toename vast te stellen, vooral in de jongere leeftijdsgroep.

Men weet dat minder of niet roken ook nog een gunstig effect heeft op coronair hartlijden, beroerte, chronische bronchitis, perifeer vaatlijden en laag geboortegewicht. Er moeten dan ook belangrijke inspanningen worden gedaan om het aanbod van en de vraag naar sigaretten op een efficiënte wijze te doen afnemen.

De Vlaamse overheid kan maatregelen nemen om het effect van Federale en/of Europese richtlijnen te versterken o.a. door een verbod op tabaksreclame, verhoogde accijnzen op tabaksproducten, reglementering van het rookverbod in openbare plaatsen, van roken in het werkmilieu, enz...

Naast deze maatregelen is ook de gezondheidseducatieve en gezondheidsbevorderende aanpak uitermate belangrijk.

In de eerste plaats moet de gezondheidsopvoeding in het onderwijs samen met een gezondheidsbevorderende schoolomgeving verder worden geoptimaliseerd.

Tabakspreventie moet, zich eveneens situeren in het werkmilieu. Aan werkgevers moeten positieve maatregelen worden voorgesteld om de arbeidsplaats rookarm en liefst rookvrij te maken.

Gezonde voeding

Uit het rapport van een expertencommissie van de Wereldgezondheidsorganisatie over de relatie voeding en gezondheid (de W.H.O. Study Group betreffende 'Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases' (1990) en uit het nationaal rapport dat de Belgische Nationale Raad voor de Voeding opmaakte blijkt duidelijk dat er in het wetenschappelijk milieu een consensus aanwezig is betreffende de belangrijke invloed van het voedingspatroon op de gezondheidsstatus van een populatie. Uit de rapporten blijkt dat een voedingspatroon dat gekenmerkt wordt door een grote inname van energierijke voedingsmiddelen met een hoog vet- en suikergehalte, maar met een tekort aan complexe koolhydraten, duidelijk gerelateerd is aan een aantal chronische aandoeningen: hart- en vaatziekten, diverse vormen van kanker, diabetes, cariës, galstenen, gastro-intestinale aandoeningen en diverse beender- en gewrichtsaandoeningen.

Voedingsgewoonten en voedingskeuze zijn in belangrijke mate cultureel bepaald. Voorts spelen arbeidsomstandigheden (bv. ploegenwerk), inkomen, gezinsstructuur, smaak, aanbod en reclame een belangrijke rol.

Gedragbeïnvloeding i.v.m. voeding, is niet enkel van belang voor kankerpreventie. Het moet kaderen in een algemener beleid. Initiatieven op het terrein van gezonde voeding en kankerpreventie kunnen hierin een plaats vinden, maar eigenlijk moet gestreefd worden naar een coherent beleid terzake.

In Vlaanderen moet hierover op een gecoördineerde manier worden nagedacht.

Dit overleg moet daarenboven intersectorieel gebeuren o.m. op vlak van landbouw, volksgezondheid, onderwijs, media, wetenschapsbeleid en 'ontwikkelingssamenwerking.

Aangezien sommige sectoren tot de federale bevoegdheid behoren zal dit overleg zich ook tot de federale overheid moeten kunnen richten (wetgeving en reglementering, opleiding, prijzenpolitiek, het bevorderen van het ter beschikking komen van 'gezonde' producten, gezondheidslabel voor 'gezonde' producten).

In een eerste fase moet het beleid zich toespitsen op van de gezondheidsvoorlichting inzake voeding. Ook op vlak van primaire kankerpreventie is gezonde voeding een belangrijk gezondheidsvoorlichtingsthema.

2.3. Beleidsinitiatief op het vlak van de primaire kankerpreventie

Tot op heden heeft de Vlaamse regering op het vlak van de primaire kankerpreventie slechts enkele verspreide initiatieven genomen. Zo heeft de V.A.C.K. in de periode 1983-1987 reeds enkele

richtingen aangegeven in dewelke primaire preventie moet evolueren. Via andere budgetten worden organisaties zoals K.K.A.T., V.R.G.T. en V.A.D. betaald. Deze organisaties zijn ook actief op het vlak van primaire kankerpreventie. In 1993 zijn initiatieven betaald zoals rookvrij maken van de werkplaats, is het "Witboek Tabakspreventie" mee gefinancierd en het opmaken van een tentoonstelling 'rond secundaire preventie van baarmoederhals- en borstkanker ondersteund.

De vereisten voor een goed beleid zijn op zijn minst **drieërlei**.

Vooreerst moet het thema van de interventies goed onderbouwd worden. Daarna moet voor een verantwoorde strategie worden gekozen. Vervolgens moet een structuur worden uitgebouwd die het verwezenlijken van de doelstellingen mogelijk maakt. In elk geval moet de samenwerking met de diverse organisaties voor gezondheidspromotie de rode draad vormen.

Concreet wordt gedacht aan een samenwerking tussen de Vlaamse Kankerliga, de V.A.C.K. en organisaties die deel uitmaken van het V.I.G.-netwerk (o.m. W.V.V.H., K.K.A.T., V.A.D., mutualiteiten).

De keuze voor de Vlaamse Kankerliga kan gemotiveerd worden door het brede maatschappelijke draagvlak van deze organisatie. De V.K.L. is gedragen door een grote groep van gezondheidswerkers (huisartsen, oncologen, gynecologen, verpleegkundigen en maatschappelijke werkers) en socio-culturele verenigingen. De V.K.L. beschikt over provinciale afdelingen en samenwerkingsverbanden die goede contacten kunnen ontwikkelen met de lokale overheden. De V.K.L. is een partner in verschillende provinciale platformen en werkt samen met de huisartsencoördinatoren van de lokale preventieprojecten (L.P.P.).

Binnen de V.A.C.K. zal een commissie Primaire Kankerpreventie worden geïnstalleerd die in samenwerking met de V.K.L. en andere organisaties actief op het vlak van de primaire kankerpreventie, concrete thema's en strategieën zal voorstellen.

De interventie van de overheid kan er in bestaan middelen aan te reiken voor verdere structurering van dit samenwerkingsinitiatief.

3. SECUNDAIRE PREVENTIE VAN KANKER

3.1. Definiëring secundaire preventie en screening

Onder secundaire preventie kan het volgende worden verstaan: alle middelen en strategieën om een aandoening in een vroege fase op te sporen of te onderkennen, en passende maatregelen te nemen zodanig dat deze aandoening zich niet verder ontwikkelt, op zijn minst onder controle gehouden wordt of zelfs helemaal verdwijnt.

Screening kan worden gedefinieerd als "elke preventieve activiteit waarin aan de hand van een test

of gestandaardiseerd onderzoek **patiënten** worden **geselecteerd die** in aanmerking komen voor een speciale interventie". (definitie van de U.S. preventieve Service Tasks Force van 1989). Deze interventie bestaat meestal uit verder diagnostisch onderzoek en eventueel behandeling.

Op zichzelf is screening een nuttige activiteit en zou voor heel wat aandoeningen kunnen worden gebruikt. Er stellen zich wel enkele problemen.

De eerste voorwaarde voor screening is dat de aandoening zich in een preklinische fase bevindt.

Er moet aangenomen worden dat deze preklinische fase (waarin nog geen! manifeste ziektekenen zijn) zal uitmonden in ziekte. De relatie tussen het preklinische stadium en de klinische manifestatie van de ziekte is niet eenduidig. De tijdduur is wisselend, vaak extra lang. Veel aandoeningen die zich in dit preklinische stadium bevinden, zullen zich in de loop van het leven nooit ontwikkelen tot manifeste ziekten. De effectiviteit van screening naar deze aandoeningen zal dus beperkt zijn.

De vroegtijdige opsporing leidt, niet altijd tot een effectieve behandelingsmogelijkheid. De overlevingsduur na diagnose kan schijnbaar langer zijn doordat de diagnose op een eerder tijdstip gesteld is. De effectiviteit van de opsporing kan daardoor foutief te hoog worden geschat, dit is het probleem van de 'leadtime bias'.

Een derde probleem is dat van de "lengthtime bias". De duur van de ontwikkeling van een zelfde type kanker (bv. prostaatkanker) kan erg variëren. Een trager evoluerend tumortype zal in een eerste fase het meest opgespoord worden. De sneller evoluerende types worden hierdoor meer in volgende screeningsrondes aangetroffen, waardoor de indruk kan ontstaan dat vroegtijdige opsporing minder baat brengt, want de sneller evoluerende types geven in de regel meer aanleiding tot vroege sterfte.

Tenslotte moet erop gewezen worden dat geen enkel screeningsinstrument perfect is. Elke test kan immers een aantal vals- positieve en vals-negatieve resultaten opleveren.

Vals-positieve resultaten geven aanleiding tot onnodige en soms mutilerende behandelingen.

Een vals-negatief resultaat betekent dat een **patiënt** verkeerdelijk wordt gerustgesteld.

Een screening is effectief als de test op adequate manier een onderscheid maakt tussen personen met en personen zonder ziekte.

Daarenboven moeten de verdere diagnostische en therapeutische interventies een belangrijke winst in levensjaren of winst in kwaliteit van het leven **opleveren**.

De voor- en nadelen van screeningsactiviteit voor de Volksgezondheid moeten in macro-economisch perspectief afgewogen worden in een kosten-baten-analyse.

Bij screening moet men **overtuigd** zijn van het nut van eventuele daaropvolgende **interventies**. De

screening mag geen schade berokkenen. Het individu moet autonoom kunnen beslissen of hij of zij zich laat screenen en er moet rekening gehouden worden met de kosten voor de gezondheidszorg.

Men moet zich ook afvragen hoe de screening het best georganiseerd wordt. Hierbij staan twee modellen tegenover mekaar : de georganiseerde screening en de opportunistische screening. De eerste veronderstelt een structuur waarin de screening wordt georganiseerd. Daarenboven dient het hele proces, in zijn diverse stappen, op zijn kwaliteit te worden beoordeeld. Het vergt een goede registratie van de bekomen testresultaten, een duidelijke populatie-afbakening, een exacte timing, goede oproepsystemen en goed afgesproken richtlijnen voor follow-up. Het spreekt vanzelf dat enkel kan gescreend worden naar aandoeningen waarvan de prevalentie voldoende hoog is en die aanleiding geven tot hoge letaliteit of invaliditeit.

De opportunistische screening, ook "wilde" screening genoemd, is in Vlaanderen meer gangbaar. Dit is deels het gevolg van de organisatie van onze gezondheidszorg, meer bepaald van de honorering per prestatie.

Met opportunistische screening wordt het niet-gesystematiseerd aanbieden van opsporing aan individuen bedoeld, meestal ter gelegenheid van een consultatie bij de huisartsen/of specialist. Soms kan dit ook zijn op aanraden van een locale preventiecampagne.

Naar aanleiding van deze opportunistische screening kunnen aandoeningen in een vroeg stadium worden ontdekt. De gangbare term hiervoor is 'case finding'.

Georganiseerde screening wordt momenteel beschouwd als een gemeenschapsbevoegdheid, maar de Gemeenschappen hebben te weinig financiële armslag om ze degelijk te ontwikkelen.

Opportunistische screening bv. door huisartsen kan zijn nut hebben, als door middel van scholing de artsen een duidelijk concept ontwikkelen. Dit behelst afspraken over welke aandoeningen kunnen worden gescreend, de manier waarop en het tijdstip van de screening.

Een reëel gevaar van opportunistische screening is echter dat het proces moeilijk kan geëvalueerd worden of dat doelmatigheidscriteria moeilijker kunnen gehanteerd worden.

Deze inleidende begrippen over nut en gevaren van screening zijn noodzakelijk om de hierna gestelde beleidsopties te kunnen kaderen.

Volgens de actuele wetenschappelijke inzichten is vroegopsporing door screening effectief bij baarmoederhalskanker en borstkanker bij vrouwen. Over opsporing van prostaatkanker bestaat discussie. Screening van longkanker blijkt niet erg succesvol te zijn. Mogelijk zullen nieuwe ontwikkelingen, bv. op het vlak van de genetische markers, nieuwe screeningsstrategieën mogelijk maken. Gezien de techniciteit wordt hierop niet verder ingegaan.

In wat volgt wordt ingegaan op enkele beleidsinitiatieven op het vlak van opsporing van baarmoederhalskanker, borstklierkanker bij vrouwen en prostaatkanker.

3.2. Operationalisering van de baarmoederhalskankeropsporing

3.2.1. Inleiding

In 1987 overleden in België nog **484** vrouwen aan baarmoederhalskanker, van wie 242 in Vlaanderen.

Bij trendanalyse van de sterfte aan baarmoederhalskanker voor de periode 1960-1987 stelt men een significante daling vast. Deze daling zet zich verder in de periode 1987-1990 (gegevens van de Administratie Gezondheidszorg). Deze daling, is echter minder uitgesproken dan in andere Europese landen, o.m. in Nederland en de U.K. Voor een groot deel is de daling toe te schrijven aan het meer en meer ingeburgerd raken van het nemen van uitstrijkjes. Daarbij vertonen huisartsen en gynaecologen wel eens de neiging om deze uitstrijkjes te frequent uit te voeren zodat ook hier, net als bij mammografiescreening, de opsporing niet efficiënt gebeurt. Bovendien worden andere vrouwen, vooral uit de meer kansarme milieu's ofwel niet regelmatig (om de 3 jaar) ofwel niet onderzocht.

Algemeen wordt aangenomen dat een adequaat georganiseerde vroegopsporing van baarmoederhalskanker de morbiditeit en mortaliteit van invasief cervixcarcinoom aanzienlijk vermindert, daar effectieve behandelingsmethoden voorhanden zijn.

De effectiviteit van populatiescreening blijkt uit talrijke Europese onderzoeken waaruit een significante daling van de incidentie van en de sterfte aan deze kanker naar voren komt. In de Verenigde Staten is het sterftecijfer aan deze kanker tijdens de laatste veertig jaar gedaald met 70 %. De meerderheid van invasieve kankers komt voor bij vrouwen die zich niet routinematig laten screenen.

3.2.2. Europese aanbevelingen

Om de screeningsactiviteit in goede banen te leiden is het goed om de Europese aanbevelingen voor ogen te houden (recommendations of the committee of cancer experts on cervix uteri cancerscreening, 6 april 1992).

1. Effectiviteit

De effectiviteit van goed georganiseerde screeningsprogramma's in de zin van morbiditeits- en mortaliteitsreductie is bewezen. Idealiter baseert men zich op bevolkingsregister om de vrouwen uit te nodigen en weer op te roepen.

Daarnaast moet de kwaliteit van de uitstrijkjes, het cytologische onderzoek en de organisatie van de follow-up voortdurend geëvalueerd worden. Screening op uitnodiging moet worden bevorderd. In Vlaanderen stelt zich hier het probleem van de financiering van de **screening**. De terugbetaling van het bezoek bij de arts en de terugbetaling van de laboratoriumtest gebeuren door het **RIZIV** en zijn federaal georganiseerd.

Het RIZIV staat weigerachtig t.o.v. georganiseerde screening maar niet t.o.v. van opportunistische screening.

De organisatie van de gezondheidszorg, met vrije keuze van de huisarts en de gynecoloog, belet eveneens een centraal georganiseerde screening.

Sinds de recente wetgeving terzake is de toegang tot de bevolkingsregisters niet meer zo evident, wat een bijkomend probleem vormt. In de stuurgroep "cervixkankeropsporing" zullen de juridische aspecten verder worden bestudeerd.

Een essentiële stap is het opgang brengen van een al dan niet gepersonaliseerd register van de cytopathologische bevindingen. Door, met inachtneming van de privacy, deze gegevens te relateren aan de bevolkingsregisters kan worden nagegaan welke groep vrouwen weinig of niet bereikt worden. Naar deze vrouwen toe kunnen gerichte sensibiliserende acties worden opgezet.

2. Ongelijkheden

Er bestaan ongelijkheden zowel wat betreft het risico op baarmoederhalskanker als wat de gebruikmaking van het screeningsaanbod betreft. Het Europees comité van kankerexperts legt er de nadruk op de screening vooral op vrouwen met lagere socio-economische status te richten.

3. Doelpopulatie

Meestal wordt het screenen van de bevolkingsgroep tussen 35 en 60 jaar aangeraden. Aangezien baarmoederhalskanker de neiging vertoont op steeds jongere leeftijd te ontstaan, is het beter de bevolkingsgroep tussen 25 en 65 jaar te screenen. Op die wijze kunnen ook de voorstadia nog meer worden ontdekt.

4. Informatie en participatie

De effectiviteit van een screeningsactiviteit verhoogt met een betere participatie van de doelpopulatie die op haar beurt in de hand wordt gewerkt door een individuele uitnodiging.

Daarbij moet aan de vrouwen praktische informatie aangeboden worden over de aard van de kanker, de oorzaken ervan en het doel van de screening. Informatieverspreiding via pers, televisie, artsenwachtkamers, socio-culturele vrouwenverenigingen is hierbij is zeer nuttig.

5. Professionele training

Gedetailleerde informatie over de screening moet gericht worden aan de beroepsgroepen (huisartsen, gynecologen, anatomopathologen), zodat zij hun cliënten optimaal kunnen informeren.

De aanbevolen methode is de 'pap smear' en beoordeling van het uitstrijkje volgens Papanicolaou. De kwaliteit van zowel afname als lezing moet worden bewaakt. Trainingsprogramma's tijdens de opleiding en navorming zijn noodzakelijk. Er moet een uniforme cytologische en histopathologische nomenclatuur worden uitgewerkt, ook op Europees vlak.

6. Screeningsinterval

De Europese experts raden een screeningsinterval van drie tot vijf jaar aan. Hogere frequentie van uitstrijkjes is slechts noodzakelijk wanneer bepaalde verdachte bevindingen voorkomen. Ook hieromtrent moeten aanbevelingen naar de beroepsgroep toe te worden uitgewerkt.

7. Follow-up van de abnormale uitstrijkjes

Ook hier moet een gedetailleerd protocol worden uitgewerkt hoe gevolg kan worden gegeven aan een afwijkend uitstrijkje. Dit protocol bevat de acceptabele diagnostische en therapeutische interventies. Chirurgische therapie moet altijd door een biopsie vooraf worden gegaan.

8. Monitoring

Continue monitoring van de screeningsresultaten en de opkomst zal evaluatie en eventueel bijsturing van het screeningsprogramma mogelijk maken.

Er kan een fail-safe mechanisme worden ingebouwd. Mogelijk kunnen vals-negatieve resultaten opnieuw bekeken worden teneinde de kwaliteit van de cytologische benadering te verbeteren.

9. Uitwisseling van informatie

De Europese experts raden aan om de resultaten de screeningsactiviteit van de diverse lokale centra te vergelijken.

In Vlaanderen is op het niveau van de Gemeenschap, en in samenwerking met het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, een stuurgroep geïnstalleerd waar de verschillende provinciale centra qua participatie, qua registratie en qua follow-up hun resultaten zullen kunnen vergelijken.

Uit de bekomen gegevens moet uiteindelijk ook een globale evaluatie, onder meer op het vlak van kosten-effectiviteit, resulteren.

10. Optimaal gebruik van de beschikbare middelen

De Europese experts raden jaarlijkse screening af. Jaarlijks alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar screenen is veel te duur in verhouding tot de resultaten.

Deze Europese aanbevelingen sluiten aan bij het beleid om in Vlaanderen de baarmoederhalsscreening te implementeren.

De doelstelling van deze beleidslijn is de mortaliteit met 15 tot 20 % te verminderen.

3.2.3. Implementatie in Vlaanderen

Sinds 1965 lopen in Vlaanderen een aantal pilootprojecten rond baarmoederhalskankeropsporing. Dit resulteerde in een consensus omtrent afname-

Voor het implementeren van de baarmoederhalsscreening is gekozen voor een provinciale intermediair. Dit geeft enkele evidente voordelen :

- op provinciaal niveau zijn preventieplatforms actief, zowel op het vlak van primaire als van secundaire preventie. De provincie is een goede trefplaats voor de beroepsgroepen, socio-culturele verenigingen en de beleidsverantwoordelijken op gemeentelijk niveau ;
- daarenboven hebben de meeste provincies structuren ter beschikking die zij financieren ;
- voor screeningsactiviteit is een territoriale afbakening een voordeel.

Boven deze provinciale structuren is reeds op niveau van de Vlaamse Gemeenschap een stuurgroep "cervixkankeropsporing" geïnstalleerd. Deze stuurgroep formuleert voorstellen voor richtlijnen aangaande screeningstechniek, follow-up en registratie. Zij verzamelt de provinciale gegevens en bewaakt de kwaliteit van het proces.

In Vlaanderen (1987) stierven niettegenstaande een opportunistische screening, nog 250 vrouwen aan deze aandoening.. Uit onderzoek blijkt dat vooral vrouwen die een hoger risico voor deze aandoening vertonen, minder goed bereikt worden (kansarme vrouwen, vrouwen op hogere leeftijd, vrouwen met een lagere opleiding, werkloze vrouwen, vrouwen zonder een vaste huisarts of gynaecoloog).

Het is deze groep die preferentieel moet worden benaderd.

Intermediaire doelstellingen :

Na het 1^o jaar : aanvang maken met de registratie, uittesten van de uitwisseling tussen de provinciale units, goede kwaliteitsbewaking o.m. op vlak van afnametechniek en labobeoordeling.

Na het 2^o jaar : in staat zijn de, minder bereikte groepen te definiëren en specifieke strategieën naar deze groep toe ontwikkelen.

Na het 3^o jaar : meten van het impact van deze preventie en de strategie. In welke mate wordt de risicogroep bereikt ? In hoeveel gevallen zijn voorstadia van baarmoederhalskanker ontdekt ?

Het hele project moet doorlopend op het vlak van kwaliteit worden bewaakt. Deze bewaking betreft alle elementen van het programma. De uiteindelijke evaluatie gebeurt na 5 tot 10 jaar door na te gaan of een significante daling is opgetreden van deze kanker.

Vanuit provinciale units zal 'de screeningsactiviteit van de curatieve sector (huisartsen, gynaecologen) via laboratoriumuitslagen geregistreerd worden.

3.3. pilootproject borstklierkankeropsporing

3.3.1. *Epidemiologische gegevens*

Borstkanker is bij vrouwen de meest voorkomende kanker (33 % van alle kankers bij vrouwen). Deze kanker treft vooral een jongere groep vrouwen tussen de 20 en de 55 jaar.

Eén op 13 vrouwen wordt ermee geconfronteerd. In België komen jaarlijks $\pm$ 6.000 nieuwe gevallen voor. In 1988 stierven in België 2.374 vrouwen aan borstkanker, waarvan 1.311 in Vlaanderen.

Uit de cijfers voor de periode 1960-1987 blijkt een gestage toename van deze sterfte. In de periode 1987-1990 neemt de sterfte niet meer significant toe. In 1990 stierven nog 1.366 Vlaamse vrouwen aan borstkanker.

3.3.2. *Risicofactoren*

De leeftijdsdistributie van borstkanker ~~laat~~ vermoeden dat er verschillende ontstaansmechanismen zijn voor pre- en postmenopauzale borstkanker.

Erfelijkheid zou meer predominerend zijn bij premenopauzale borstkanker. Verder zouden voedingsgewoonten en reproductieve factoren een rol spelen bij het ontstaan van borstkanker.

3.3.3. *Borstkankeropsporing door screeningsmammografie*

Van de drie mogelijke screeningsmethoden (zelf-onderzoek van de borsten, borstsonderzoek door een arts; mammografie) blijkt enkel een regelmatig uitgevoerde mammografie resultaten op te leveren.

Aangenomen wordt dat vroege opsporing van borstkanker door middel van een tweejaarlijkse mammografie bij vrouwen van 50 tot 69 jaar in het kader van een georganiseerd opsporingsprogramma, uitgevoerd in optimale omstandigheden, en waarbij dezelfde methode wordt gebruikt als bij de in Nederland, Zweden en Finland uitgevoerde wetenschappelijke trials, uiteindelijk moet resulteren in een daling van de mortaliteit met 30 - 40 %. Bij jongere vrouwen geldt dit niet: de incidentie is lager, het borstweefsel is denser zodat kleine kwaadaardige gezwellen moeilijker te detecteren zijn op mammografie en de tumor is agressiever. Daarom lijkt het vooralsnog niet mogelijk te besluiten dat mammografisch onderzoek bij deze groep vrouwen aangewezen is.

In Nederland is vanaf 1990 een landelijk screeningsprogramma voor de hele doelpopulatie opgestart. Het wordt gefaseerd ingevoerd en verwacht wordt dat het in 1994 volledig operationeel zal zijn. In Vlaanderen lopen momenteel een viertal projec-

Een probleem hierbij is dat het R.I.Z.I.V. geen terugbetaling voorziet voor de screeningsmammografie.

Hierover zal overleg moeten worden opgestart met de Federale overheid.

Binnen de V.A.C.K. lopen momenteel enkele pilootprojecten. In dit verband is opdracht gegeven aan de V.A.C.K. een aantal onderzoeksvragen te beantwoorden.

Deze vragen behelzen zowel de techniciteit van het onderzoeksmodel als de te volgen strategie, de kwaliteitsbewaking van deze screening evenals de financiering. De onderzoeksvragen zijn als bijlage toegevoegd.

Aan de universitaire onderzoekscentra is gevraagd om in de periode 1994-1997 de diverse aspecten te onderzoeken in een multi-centeronderzoek.

Een subgroep borstklierkankeropsporing binnen de V.A.C.K. zal deze inspanningen coördineren.

Na drie jaar dient een voorstel te worden geformuleerd over hoe de Vlaamse Gemeenschap deze veelbelovende screening kan implementeren ten bate van de hele Vlaamse bevolking at risk.

Deze beleidslijn, in Vlaanderen is mede door een Europese aanbeveling **geïnspireerd**. In deze aanbeveling wordt benadrukt dat een screeningsmammografie moet kunnen aangeboden worden aan elke vrouw in de leeftijdsgroep van 50 tot 69 jaar.

3.4. Pilootproject prostaatklierkankeropsporing

Zoals vermeld in de algemene incidentiegegevens maakt prostaatkanker 12 % uit van alle mannelijke kankers. Uit de analyse van de sterftcijfers voor prostaatkanker in Vlaanderen (1987 : 841 sterftegevallen, 1988 : 933 sterftegevallen, 1989 : 942 sterftegevallen, 1990 : 946 sterftegevallen) kan men voorzichtig besluiten dat de sterfte aan deze kanker met ongeveer 3 % per jaar toeneemt.

Deze tendens blijkt ook uit het literatuuroverzicht van M. Matthysen, K.U. Nijmegen (1992).

Het voorkomen van deze kanker, en de sterfte eraan, situeert zich voornamelijk in de leeftijdsgroep boven de 70 jaar. Een andere vaststelling in het literatuuroverzicht van M. Matthysen is dat "het prevalentie- en incidentiecijfer toeneemt, terwijl het sterftcijfer vanaf ongeveer 1980 constant is". Anderzijds wijzen de sterftcijfers in Vlaanderen (1987 tot 1992) op een toenemende trend.

Het probleem bij prostaatklierkankeropsporing is dat bij screening zowel de progressieve, snel evoluerende tumoren, als de latente, traag groeiende tumoren worden opgespoord. Een tweede probleem vormt de hoge leeftijdsgroep met "high

Binnen de V.A.C.K. loopt momenteel een **piloot**-project "prostaatziekten". In dit project **moet de** waarde van de screeningstest worden aangetoond.

Deze test is een combinatie van digitaal rectaal onderzoek, transrectale ultrasonografie en bepaling van het P.S.A. (prostaatspecifiek antigeen) in het bloed.

De complexiteit van de vroege opsporing van prostaatkanker ligt op drie vlakken.

1. De drie aangewezen tests moeten afzonderlijk en in combinatie geëvalueerd worden. De validiteitsevaluatie van de testresultaten is daarvoor meer belast dan bij andere vroegopsporingen.
2. De baten van het onderzoek worden niet enkel bepaald door een specifieke daling van de mortaliteit maar ook, en meer zelfs, door een verbetering van de levenskwaliteit.
3. Prostaatkanker in het Vlaamse project wordt geëvalueerd in het kader van prostaatziekten waarbij de benigne prostaat hyperplasie een endemisch karakter heeft (50 % van alle mannen boven 60 jaar hebben klachten). Dit gegeven wordt o.m. uitgewerkt door de W.V.V.H. en hun preventiekaart. Deze preventiekaart houdt een check-list in van mogelijke preventieve onderzoeken, waaronder het speuren naar prostaataandoeningen.

Het Vlaamse VACK-project voor vroegopsporing van prostaatziekten is een trendsetter geworden voor de pan-Europese studie die in 1994 zal georganiseerd worden. Na twee jaar pilootstudie in het kader van Europa tegen Kanker komen nu Rotterdam, Cardiff, Milaan, Kopenhagen, Madrid en Lissabon zich bij het onderzoek voegen om een cohorte van 180.000 mannen op te bouwen. In de pilootfase heeft het project zich reeds laten opmerken door :

1. de samenwerking van alle gelederen en organisaties die belangstelling tonen voor het prostaatonderzoek ;
2. het nader uitwerken en valideren van vragenlijsten omtrent prostaatklaarten die voornamelijk in de huisartsenpraktijk nuttig kunnen zijn ;
3. het nader uitwerken van een onderzoeksprogramma voor screening met een vereiste randomisatieprocedure ;
4. het verstrekken van informatie over de benigne prostaatziekten aan de controlegroep ;
5. een opvolgingsprogramma met o.m. nagaan van de mortaliteitstrends ;
6. een kosten-baten analyse van de behandeling van prostaatziekten in België.

4 ACTOREN OP HET VLAK VAN KANKER-PREVENTIE

secundaire, preventie, registratie en (toegepast) wetenschappelijk onderzoek.

In dit bestek wordt niet gesproken over curatieve zorg en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, hoewel hier raakvlakken zijn. Zo kan bijvoorbeeld de kankerscreening, met een uitgesproken preventief opzet niet losgekoppeld worden van de organisatiestructuur van de curatieve zorgverlening en financiering.

De hierna volgende opsomming is niet exhaustief. Sommige initiatieven zijn immers zeer kleinschalig of komen maar éénmaal voor en worden hier niet vermeld.

Een aantal organisaties hebben een zeer breed actieterrein : **zowel** zorg, preventie, registratie en fondswerving.

Een aantal organisaties daarentegen beperken zich tot zorg, preventie of registratie.

4.1. Integrale Kankerstichtingen

Deze organisaties zijn op provinciaal niveau georganiseerd. Zij hebben als doel de kankerbestrijding per regio te bevorderen door coördinatie van de inspanningen op vlak van preventie, behandeling en onderzoek. Dit gebeurt o.m. door steunen van samenwerkingsverbanden gericht op kankerbestrijding, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek en het deelnemen van nationale **internationale** studies. Ook willen deze stichtingen patiëntenzorg optimaliseren door het geven van informatie aan de beroepsgroep, bijscholingen organiseren en publieksvoorlichting aanbieden.

Een belangrijke functie is het opstarten van provinciale kankerregisters, dienstig voor epidemiologische evaluatie en toetsen van diagnostische strategieën. Deze integrale kankerstichtingen zijn voornamelijk actief in de provincies Antwerpen en Limburg (I.K.S.A. en L.I.K.A.S.).

In de overige provincies leiden **zij een** eerder sluimerend bestaan.

4.2. De Vereniging voor Kankerbestrijding

Voornaamste activiteiten : publieksvoorlichting in verband met kanker, sterk georganiseerde **fondswerving**, sociale bijstand onder de vorm van rechtstreekse hulp aan individuele kankerpatiënten, steun aan kinderoncologische centra, steun aan zelfhulpgroepen, ondersteunen van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, groene lijn (telefonisch advies).

De Vereniging werkt mee aan het Europa tegen Kanker-programma.

.. Het Belgisch Werk tegen ..

Vlaamse Kankerliga. Het nationale B.W.K. beheert wel verder het Nationale Kankerregister.

44 De Vlaamse Kankerliga (V.K.L.)

De recent opgerichte V.K.L. stelt zich tot doel :

1. ondersteunen, stimuleren en coördineren van alle activiteiten om en rond :
 - bestrijding, voorlichting en preventie van kanker ;
 - psychosociale opvang en hulp aan kankerpatiënten en hun onmiddellijke omgeving ;
 - ondersteuning wetenschappelijk onderzoek ;
 - initiatieven voor palliatieve hulp aan kankerpatiënten ;
2. het organiseren van de solidariteit in Vlaanderen om deze doelstellingen te realiseren.

De Vlaamse Kankerliga werkt samen met "Kom op tegen Kanker" inzake fondswerving en kan rekenen op een lokale, provinciale werking, vaak in samenwerking met de integrale kankerstichtingen. Het maatschappelijke draagvlak kan hierdoor breed worden genoemd.

45. Kom op tegen Kanker

Sinds een aantal jaar is deze organisatie in samenwerking met de BRTn actief met inzamelen van fondsen. Zij zet zelf geen activiteiten op, tenzij een mediacampagne, maar verdeelt de bekomen gelden onder de diverse initiatieven zoals wetenschappelijk onderzoek, huisartsenprojecten, G.V.O.-projecten, palliatieve zorgen en projecten van de Vlaamse Kankerliga.

46. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (V.L.G.)

Het V.I.G. is een nieuwkomer in de wereld van de preventie, opgericht door de Vlaamse Gemeenschap in 1991. Het V.I.G. stelt zich tot doel alle initiatieven inzake gezondheidspromotie en leefstijl-beïnvloeding te coördineren en te bevorderen.

Binnen het V.I.G. zijn enkele organisaties voor gezondheidspromotie opgenomen die werkzaam zijn op het vlak van leefgewoonten die kankerbevorderend kunnen zijn : K.K.A.T. (Koördinatiekomit  Algeme Tabakspreventie), de V.A.D. (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen), de V.R.G.T. (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding). Rond de topic gezonde voeding zijn organisaties in oprichting en projecten in de maak.

Om de samenwerking van het V.I.G. met de organisaties voor kankerpreventie te verhogen, zal het V.I.G. als waarnemend lid in de V.A.C.K. zetelen.

47. De Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie (V.A.C.K.) en de erkende Centra voor Kankerpreventie

Voorlopers van de V.A.C.K. zijn de "Nationale Commissie voor Kanker" en vervolgens de "Hoge Raad voor Kankerbestrijding".

De V.A.C.K. is opgericht in 1983 (Besluit Vlaamse Executieve 30 maart 1983) met de volgende opdrachten :

- a. alle vraagstukken i.v.m. kanker bestuderen en adviezen, voorstellen of aanbevelingen hieromtrent te formuleren ;
- b. coördineren van de vroegtijdige opsporing ;
- c. registratie van onderzoek, opsporing, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, sociaal-medisch toezicht en revalidatie, epidemiologie ;
- d. primaire preventie.

De V.A.C.K. is samengesteld uit vertegenwoordigers van de universiteiten, de zes erkende centra voor kankeropsporingen de huisartsenwereld.

Aan de zes centra wordt in een Besluit van de Vlaamse Executieve (eveneens van 30 maart 1983) opdracht gegeven taken uit te voeren die hun in het kader van de kankerpreventie kunnen worden toevertrouwd. Deze zes centra zijn : K.U.L., R.U.G., V.U.B., KAPELLEN, BRUGGE en U.I.A.. De activiteiten van het centrum Kapellen (Limburg Antwerpen) zijn evenwel stopgezet.

De huidige activiteiten van deze centra situeren zich voornamelijk op het vlak van de opsporing (baarmoederhalskanker, borstklierkanker). Rond prostaatcancer wordt een onderzoek uitgevoerd in Antwerpen. De V.U.B. en de sinds enige tijd betrokken W.V.V.H. bestuderen hiernaast ook de inbreng van de huisartsen in het opsporingsproces. Het V.A.C.K.-budget is voor het begrotingsjaar 1994 door de Vlaamse Raad opgetrokken van 61 mio naar 98 mio.

Tot nu toe zijn de activiteiten van de V.A.C.K. nogal toegespitst op het terrein van de activiteiten van de erkende kankercentra.

De opdracht van de V.A.C.K. moet teruggebracht worden naar zijn oorspronkelijk opzet : het onpartijdig advies uitbrengen over alle zaken die met kankerpreventie te maken hebben. Dit vergt een samenwerking met meerdere organisaties die tot nu toe niet in de adviescommissie zetelen.

In 1994 moet het besluit van 30 maart 1983 in deze zin worden aangepast. Intussen zijn een aantal organisaties als waarnemend lid uitgenodigd : de Vlaamse Kankerliga, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, de Limburgse integrale Kankerstichting en de Unie van Huisartsenkringen. De V.A.C.K. kan experts ad hoc uitnodigen.

De V.A.C.K. moet een uitwisselingsforum worden van ervaringen die men in de verschillende pilootprojecten opdoet. Meer en meer moet gestreefd worden naar gemeenschappelijke doelstellingen. Een mooi voorbeeld hiervan is het op gang bren-

gen van een interuniversitair pilootproject, rond borstklierkankeropsporing.

Op het vlak van primaire preventie heeft de V.A.C.K. tot nu toe weinig initiatieven ontwikkeld. Het verhogen van het kankerbudget 1994 van 61 mio naar 98 mio laat toe hieromtrent beleidsinitiatieven te nemen.

Het opnemen van het V.I.G. en de V.K.L. als waarnemer in de V.A.C.K. moet in dit licht worden gezien.

De initiatieven rond primaire preventie moeten de overheid toelaten gerichte initiatieven te nemen naar structurering van dit veld, en gelijkvormige boodschappen naar het publiek toe uit te zenden.

Ook rond overheidsinitiatieven zoals de implementatie van de baarmoederhalskankeropsporing, zal de V.A.C.K. verder blijven adviseren. Binnen de V.A.C.K. worden drie commissies opgericht, rond implementatie van de baarmoederhalskankeropsporing, rond borstklierkankeropsporing (coördineren van de interuniversitaire samenwerking) en rond primaire kankerpreventie.

5. KANKERREGISTRATIE

5.1. Beschrijving van het Nationaal Kankerregister

Kankerregistratie vormt een essentieel onderdeel van een programma voor kankerpreventie. Het is een noodzakelijk instrument voor de planning van de preventieve actie en voor een grondige evaluatie van de kankerscreening.

Een kankerregister is meer dan enkel de registratie van kankergevallen. De taken van een kankerregistratie omvatten onder meer het verzamelen, het beheren, het verwerken en het interpreteren van kankergegevens van een bevolking. Deze gegevens slaan in de eerste plaats op incidentie en overleving. Op basis van deze informatie kan de prevalentie van kanker in de bevolking bepaald worden. Naast deze morbiditeitsgegevens zou een kankerregister ook informatie betreffende de kankersterfte kunnen bijhouden. Al deze gegevens zijn noodzakelijk om op een continue wijze de impact van kanker op de gemeenschap te bepalen en te bestrijden, nl.:

- monitoring van de kankermorbiditeit in de bevolking (incidentie, prevalentie) ;
- ondersteuning van gezondheidsdiensten: planning van curatieve noden en promotie van preventie ;
- evaluatie van gezondheidsdiensten: curatief en preventief (secundaire: bv. kankerscreening) ;
- informatie voor de arts ;
- beter begrijpen van het natuurlijke verloop van een kanker: basis voor epidemiologische en laboratoriumonderzoekingen ;
- evaluatie van primaire preventie.

Sinds 1983 werd een nieuw kankerregistratiesysteem ingevoerd. De landsbonden van de Mutualiteiten, aangesloten bij het R.I.Z.I.V.-stelsel en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering verzamelen informatie betreffende deze ziekte bij hun leden: Op deze wijze omvat het systeem van registratie bijna 99 % van de Belgische bevolking. Dit gebeurt doordat de behandelende arts of verzorgingsinstelling documentatie i.v.m. hospitalisatieaanvragen of verlenging ervan aan de geneesheer-adviseur (federatieniveau) van de betrokken landsbond doorstuurt. Deze gegevens worden centraal (thv. landsbond) verzameld, gecodeerd en in een databank ingevoerd. Jaarlijks wordt de informatie aan het Belgisch Werk tegen Kanker (B.W.K.) doorgegeven. Het B.W.K. is verantwoordelijk voor het beheer en de analyse van deze gegevens en publiceert regelmatig de aldus bekomen informatie in een brochure "Kanker in België". Elkeen kan ook informatie bij het B.W.K. opvragen (geografische spreiding, gedetailleerde lokalisatieverdeling, histologische types, diagnostisch middel, enz...).

5.2. Knelpunten in de bestaande kankerregistratie

- * Hoewel bijna 99 % van de Belgische bevolking gedekt is door het R.I.Z.I.V.-stelsel voor wat betreft zijn gezondheidszorgvoorzieningen, worden voornamelijk gehospitaliseerde patiënten (voor diagnose en behandeling) geregistreerd. Met dit registratiesysteem worden ambulante diagnoses of behandelingen (dermatologische tumoren, laserbehandeling voor cervix carcinoom) minder efficiënt geregistreerd. Deze selectieve onderregistratie is bevestigd in de evaluatie van het register.
- * De administratieve behandeling in de Mutualiteiten kan soms 2 tot 3 maanden duren.
- * Het motiveren en opleiden van het administratief en medisch personeel van de federaties van de Mutualiteiten is tevens noodzakelijk zodat zij alert blijven om medische documenten met betrekking tot kanker op te sporen en naar de centrale registratieëenheid door te zenden.
- * Voor het beleid is een kankerregister zowel voor de curatieve aspecten van de kankerbestrijding als voor de preventieve gezondheidszorg erg belangrijk. Preventief gezondheidszorg is een gemeenschapsbevoegdheid. Curatieve zorg is in belangrijke mate een federale bevoegdheid. De federale overheid, bevoegd voor de kankerregistratie, heeft haar rol i.v.m. de registratie ter discussie gesteld. Dit leidt tot een onzekerheid i.v.m. het voortbestaan van het register. De subsidiëring van het Nationaal Kankerregister (N.K.R.) wordt daarboven ontoereikend geacht, waardoor de vlotheid van de verwerking van de gegevens en het doorspelen van informatie naar het publiek toe in het gedrang komen.

5.3. Mogelijke alternatieven

Twee mogelijke alternatieven van kankerinformatie zijn de sterftcijfers en de ontslaginformatie uit verzorgingsinstellingen. Het kankersterftcijfer is in de eerste plaats een combinatie van twee processen, nl. de incidentie van de kanker en de overleving met de kanker. Er is echter geen voor de hand liggende relatie tussen deze twee processen wat de interpretatie van de kankersterftcijfers naar de incidentie toe bemoeilijkt.

Verder geeft het cijfer slechts een onvolledig beeld. Zo is het duidelijk dat niet alle kankerpatiënten hieraan ook sterven. Specifieke anatomopathologische gegevens zijn ook niet vervat in de sterfteinformatie.

Ontslaginformatie uit verzorgingsinstellingen t.t.z. de minimaal klinische gegevens (m.k.g.) kan geen onderscheid maken tussen de nieuwe en de reeds bestaande gevallen van kanker.

Beide bronnen kunnen dus ten hoogste als aanvulling beschouwd worden.

De waarde van de gegevens bekomen via het R.I.Z.I.V. kan versterkt worden door informatie van anatomopathologische diensten.

Het verbinden van de gegevens uit sterftestatistieken, minimaal klinische gegevens en anatomopathologische diensten is slechts mogelijk wanneer door middel van identificatie van het individu dubbele registratie kan voorkomen worden.

Dit stelt problemen op vlak van confidentialiteit van de gegevens. Daarenboven moet aan de Federale overheid gevraagd worden een reglementaire verplichting tot het ter beschikking stellen van gegevens aan het N.K.R. uit te werken.

5.4. Beperkingen van een communautaire kankerregistratie

De opgedane ervaring met de sterftestatistieken sinds de communautarisering ervan, laat ons toe een genuanceerde houding hieromtrent aan te nemen. Indien gekozen wordt voor een communautaire of provinciale registratie zal zich de vraag stellen naar de volledigheid van de registratie. Het R.I.Z.I.V. en verzekeringssysteem, evenals de vrije keuze van patiënt en arts maken het mogelijk dat patiënten behandeld worden in andere provincies of over de taalgrens. Daardoor kan de populatie 'at risk' moeilijk worden afgelijnd en heeft deze vorm van registratie ook de beperkingen eigen aan een ziekenhuisregistratie. Indien er geen continue geografische registratie over het hele land kan gegarandeerd worden zal deze optie ongetwijfeld leiden tot een foutieve registratie: een onder- of overschatting van specifieke kankers door selectie. De richting van de fout kan niet bepaald worden, aangezien de selectiefactoren niet controleerbaar zijn en bepaald worden door het kankertype en de diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Het behouden en verder uitbreiden van het bestaande kankerregister biedt daarentegen de garantie van een vollediger registratie en de mogelijkheid om lokale, provinciale en regionale verdelin-

gen, trends of evaluaties van preventiecampagnes te analyseren.

55. Beleidslijn i.v.m. registratie

Kankerregistratie is zowel nuttig op curatief, als op preventief vlak. Om de kankerregistratie te optimaliseren is overleg nodig tussen alle beleidsinstanties die gezondheid onder hun bevoegdheid hebben. Dit overleg kan worden georganiseerd door een interministeriële conferentie.

In elk geval moet de optimalisering van het N.K.R. worden bewerkstelligd door het ter beschikking stellen van ruimere werkmiddelen en het creëren van mogelijkheden om meer informatiebronnen te betrekken bij de registratie.

De Vlaamse Regering heeft een studie besteld bij het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, om na te gaan op welke manier bijkomende informatiebronnen nuttig kunnen zijn en hoe deze kunnen worden gerelateerd aan het N.K.R.

6. KANKERPREVENTIE IS EEN EUROPESE CONTEXT : EEN KORT OVERZICHT

Het is duidelijk dat alle regionale preventieprogramma's zich moeten situeren in de grotere lijnen van de nationale en supranationale entiteiten.

Op supranationaal vlak hebben de twee actieplannen van Europa tegen Kanker een belangrijke rol gespeeld hebben in de sensibilisatie van de Europese bevolking naar primaire en secundaire kankerpreventie.

Enkele van de grootste Europese kankerorganisaties hebben hun zetel te Brussel, zoals de Europese Organisatie voor Onderzoek en Behandeling van Kanker, de Europese Kankerpreventie Organisatie, de Europese Vereniging voor Kankerchirurgie, de Europese School voor Oncologie en de belangrijke Federatie der Europese Kankerverenigingen en de Europese Vereniging voor Radiotherapie.

Deze verenigingen stimuleren internationale samenwerking en organiseren postgraduaat symposia die aanleiding geven tot talrijke publicaties.

De V.A.C.K. heeft in het recente verleden verschillende internationale symposia georganiseerd en moet zeker met deze traditie doorgaan.

In maart 1994 zal in samenwerking en onder de auspiciën van de V.A.C.K. een werkvergadering "Consensus over Screenen naar Prostaatziekten" te Antwerpen georganiseerd worden. In deze werkvergadering zullen experts van de Union Internationale Contre le Cancer, de Amerikaanse Kankervereniging en het programma Europa tegen Kanker samengebracht worden.

Deze internationale visie moet in de toekomst zeker worden verdergezet.

7. BESLUIT

7.1. Algemene bedenkingen

Uit deze beleidsbrief kan worden opgemaakt dat Vlaanderen reeds een zekere traditie heeft opgebouwd op vlak van kankerpreventie.

De Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie (V.A.C.K.) heeft sinds 1983 de overheidsinspanningen terzake gecoördineerd. Zo is o.m. ernstig werk gemaakt van pilootprojecten rond secundaire preventie.

In deze beleidsbrief wordt aangegeven in welke richting de kankerpreventie verder moet evolueren.

Hierbij moet rekening gehouden worden zowel met verschillende evoluties in het denken rond preventieve gezondheidszorg als met mogelijke hinderpalen.

Deze evoluties kunnen als volgt geduid worden :

1. in de historische evolutie van het geneeskundig denken heeft curatief handelen een grote vlucht gekend. Dit curatief handelen brengt, hoe goed bedoeld ook, geen substantiële meerwaarde op vlak van levensverwachting en op vlak van winst aan kwaliteitsvolle levensjaren. In het geneeskundig denken winnen de begrippen preventie, gezondheidspromotie, leefstijl, vroegopsporing van behandelbare stadia meer en meer veld ;
2. het begrip gezondheidspromotie raakt meer en meer ingevuld. Waar vroeger dit gegeven herleid werd tot gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, ziet men nu in dat gezondheidspromotie inhoudt dat met alle determinanten van gezondheid moet rekening gehouden worden. Bij beïnvloeding naar gezonde leefstijl toe moet rekening gehouden worden met socio-culturele achtergronden, inkomen, arbeidsomstandigheden, persoonlijke vaardigheden, genetische factoren en milieufactoren. Dit houdt in dat het streven naar gezonde leefomstandigheden een sectoroverschrijdende aangelegenheid wordt ;
3. het publiek wordt zich in toenemende bewust van gezondheidsbedreiging door milieu, arbeidsomstandigheden, voeding, roken, zonlicht, alcoholverbruik, slechte huisvesting, gebrek aan recreatie voorzieningen, enz... Dit uit zich bv. door grote interesse voor gezondheidsmagazines in pers, televisie en radio. Het ecologisch denken van individu en populatie richt zich niet enkel naar milieufactoren maar ook meer en meer naar bekommernissen over bedreiging van het "heel eigen" milieu, nl. het eigen bestaan, het eigen geestelijk fysisch, sociaal en psychisch welzijn ;
4. op vlak van preventie, meer specifiek op vlak van kankerpreventie zijn organisaties actief die momenteel onvoldoende bij het beleid worden betrokken. Deze organisaties zijn actief op vlak

5. internationale en nationale onderzoekers stellen dat er een toenemende sociale ongelijkheid groeit inzake ziekte en gezondheid.

Zo kan verondersteld worden dat er een sociale ongelijkheid bestaat i.v.m. gevoeligheid voor kanker. Leefstijlfactoren die kanker bevorderen zijn in elk geval bepaald door socio-economische factoren. Ook wordt een sociale ongelijkheid vastgesteld in het gebruikmaken van het screeningsaanbod.

Deze beleidsbrief is geschreven, rekening houdend met deze evoluties. Nochtans blijven er nog belangrijke hinderpalen :

1. de financiering van de gezondheidszorg is historisch gegroeid vanuit curatieve imperatieven. Daarenboven moeten de laatste jaren ingrijpende maatregelen worden voorgesteld om deze zorg betaalbaar te houden.

Met de optie gezondheidspreventie wordt weinig rekening gehouden. In de discussie over de toekomst van de sociale zekerheid en de ziekten en invaliditeitsverzekering vinden we deze notie bijna niet terug.

Als voorbeeld van dyscongruentie tussen preventieve gezondheidsinspanningen en curatieve benadering kunnen de budgetten voor beiden vergeleken worden.

Voor de federale curatieve gezondheidszorg wordt ± 400 miljard uitgegeven. De gezondheidspreventie in Vlaanderen moet het met circa 1,3 miljard waar maken. Hierin is de organisatie van het Medisch Schooltoezicht (M.S.T.) reeds goed voor ± 0,9 miljard. Rest dus ± 400 miljoen voor gezondheidspreventie, waarvan een kleine 100 miljoen voor kankerpreventie ;

2. een goed gezondheidsbeleid vertrekt idealiter vanuit de besluiten die worden getrokken uit de gezondheidsindicatoren. Dit geldt in de eerste plaats voor preventieve acties. Alhoewel de Vlaamse overheid inspanningen doet om deze visie meer en meer mogelijk te maken blijken er over het algemeen te weinig **financiële** middelen om dit optimaal te laten werken.

De beschouwingen over het Nationaal Kankerregister moeten in dit licht gelezen worden ;

3. niettegenstaande een verhoogde interesse van het publiek voor gezondheidspromotie en meer specifiek voor kankerpreventie, stelt men toch een verwarring vast bij dit publiek omtrent de boodschappen die her en der worden gegeven. Daarenboven blijkt er concurrentie te bestaan tussen diverse organisaties werkzaam op vlak van kankerpreventie. Dit vergemakkelijkt geenszins het naar voor brengen van unanieme boodschappen naar het publiek toe ;

4. een vierde hinderpaal in een preventiebeleid vormt het feit dat de Vlaamse overheid momenteel geen reglementaire verplichtingen kan

tair kader om vroegopsporing te ten volle te organiseren,

De financiële en reglementaire hefboomen om dit te realiseren, bevinden zich **nog** steeds op Federaal vlak. De Vlaamse overheid moet dus noodzakelijkerwijs steunen op heel wat goede wil bij, beroepsgroepen, provinciale en lokale overheden, socio-culturele vereniging, gezondheidspreventie-organisaties en bevolking, wil zij aanzetten geven tot een toekomstgerichte gezondheidspreventie.

In deze beleidsbrief staan een aantal initiatieven vermeld welke de overheid moet nemen ter optimalisering van de kankerpreventie. Deze initiatieven kunnen gekaderd worden in een globaal project van gezondheidspromotie. Het beleid rekent hierbij sterk op de inbreng van de kankerpreventie-organisaties, de gezondheidswerkers, de lokale en provinciale overheden.

De Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie kan hierbij een ontmoetingsforum worden. De beleidsinspanningen richten zich naar de totale bevolking, met veel aandacht voor achteropgestelde groepen.

7.2. Concrete beleidslijnen

7.2.1. Primaire kankerpreventie

In de V.A.C.K. wordt **een commissie** primaire kankerpreventie **genstalleerd**. Deze moet in 'samenwerking met de Vlaamse Kankerliga en de organisaties van het netwerk van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (K.K.A.T., V.R.G.T., V.A.D., W.V.V.H.) thema's en strategieën voorbereiden.

Er worden financiële middelen aangereikt om in samenwerking met 'de V.K.L. het veld te structureren. Concreet 'wordt gedacht aan provinciale preventiewerkers die ondersteunend kunnen werken naar lokale, gemeentelijke initiatieven en provinciale preventieplatforms..

Hiervoor wordt een budget van circa 13 miljoen voorzien.

7.2.2. Secundaire preventie en vroegopsporing

7.2.2.1. Baarmoederhalskankeropsporing

In samenwerking met de provinciale overheden wordt een actie op het getouw gezet ter implementering van deze screening. Hierbij wordt vooral de aandacht gericht naar inspanningen om de groep vrouwen, die meestal geen gebruik maken van de opsporingsmogelijkheden, te bereiken. Deze groep is te situeren in de kansarme middens. Ook oudere vrouwen worden momenteel te weinig bereikt.

De concrete screening wordt niet centraal georganiseerd maar overgelaten aan de huisartsen en de gynecologen. Door middel van registratie van anatomopatologische gegevens en van de participatie en vergelijking met de bevolkingsregisters moet

men in staat zijn deze groep vrouwen te omschrijven.

Een -stuurgroep op niveau van de Vlaamse Gemeenschap zal deze inspanningen **coördineren** en richtlijnen uitwerken. De Vlaamse Regering zal hiervoor 18 mio uittrekken, bedrag dat moet aangevuld worden door inspanningen van de provincies, die hun medewerking hebben toegezegd. Dit brengt het functioneel budget op ± 5 mio per provincie.

7.2.2.2. Pilootprojecten Borstkankeropsporing

In de beleidsbrief is uitgebreid gewezen op de preventieve waarde van de screeningsmammografie of het radiologisch onderzoek van de borsten.

Vooraf in de groep vrouwen tussen 50 en 70 jaar worden resultaten verwacht.

Er is evenwel gewezen op de noodzaak tot verder onderzoek in het kader van een **interuniversitair** pilootproject 'borstkankeropsporing'.

Een subcommissie van de VACK bestudeert momenteel enkele pertinente vragen. De diverse pilootprojecten rond opsporing moeten intens samenwerken om na te gaan, over een periode van een drietal jaar, of deze screening kan veralgemeend worden.

Het onderzoek is toevertrouwd aan de Universitaire Kankeropsporingscentra.

Het budget van deze Kankeropsporingscentra bedraagt gezamenlijk 52 mio.

7.2.2.3. Pilootproject Prostaatziekten

Dit pilootproject wordt verdergezet, en moet' in een Europese context de haalbaarheid van deze screening nagaan.

Er is een budget voorzien van 6 mio.

7.2.2.4. Overige projecten

a. Samenwerking met de huisartsen

De huisartsen hebben in het geheel van de kankerpreventie een belangrijke rol te vervullen. Hun inspanningen liggen op verschillende niveaus :

- tijdens het individuele consultatiemoment hebben zij de gelegenheid om preventieve akten in te bouwen, ook op vlak van kankerpreventie. Dit kan inhouden dat zij adviezen geven 'over leefstijl, maar ook preventieve kankeronderzoeken aanbieden : bv. baarmoederhalsstrijkje, borstsonderzoek, prostaatonderzoek ;
- de huisartsen kunnen ingeschakeld worden in preventieve acties op lokaal niveau. Hiervoor hebben zij het model 'locale preventieprojecten' uitgewerkt ;
- de huisartsenverenigingen worden betrokken bij de VACK en de drie subcommissies (rond baarmoederhalskankeropsporing, borstkliekkankeropsporing en primaire preventie). Zij moeten betrokken worden bij de provinciale initiatieven.

Hun budget wordt opgetrokken van 3,5 mio naar 6 mio.

b. Kennis over kanker en kankerpreventie bij de bevolking.

Om gerichte acties inzake kankerpreventie te ondernemen is het noodzakelijk weet te hebben van de kennis over kanker en kankerpreventie bij de bevolking. Vorig jaar (1993) is hierover in de dienst Gezondheidswetenschappen van de V.U.B. een studie opgezet. Deze studie wordt verdergezet in 1994. De resultaten van deze studie zullen dienstig zijn om verder inspanningen op vlak van kankerpreventie te richten.
Budget 1994 : 3 mio.

c. Kankerregistratie

Een goed kankerregister is een noodzakelijk instrument op curatief en preventief vlak. Met de Federale overheid en de Franse Gemeenschapsregering moet overlegd worden op welke manier dit gegeven kan geoptimaliseerd worden.

8. BUDGETTAIRE GEGEVENS

Totaal budget : 98 mio

a) Implementatie van de opsporing van baarmoederhalskanker :

Financiering per Provincie en budget voor de Stuurgroep Cervixkankeropsporing op niveau van de Vlaamse Gemeenschap

totaal : 18 mio.

Co-financiering door de Provincies laat toe een budget van ± 5 mio per Provincie te veronderstellen. Bij het I.H.E. is voor het jaar 1994 daarenboven 1,5 mio gereserveerd voor de werkzaamheden van de Stuurgroep Cervixkankeropsporing.

b) Initiatieven rond primaire preventie

voorzien budget : 13 mio.

c) Initiatieven van huisartsen

voorzien budget : 6 mio.

d) Initiatieven rond secundaire preventie :

1. de projecten van opsporing van borstklierkanker : deze pilootprojecten worden uitgevoerd in de erkende (universitaire) Kankerpreventiecentra

voorzien budget : 52 mio

2. project prostaatziektenopsporing (regio Antwerpen)

voorzien budget : 6 mio

e) Project 'meten van kennis i.v.m. kanker en kankerpreventie'

voorzien budget : 3 mio

NAWOORD

Bij het opstellen van deze beleidsbrief en het budget is gedacht aan het convergerend karakter die initiatieven uit diverse hoeken kunnen hebben. Samenwerking tussen overheden op vlak van gemeenschap, provincies en lokale besturen met organisaties zoals de Vlaamse Kankerliga, de provinciale preventieplatformen, integrale kankerstichtingen, socio-culturele verenigingen, gezondheidspromotievoorzieningen en beroepsgroepen moeten ongetwijfeld een duidelijke meerwaarde met zich meebrengen.

In afwachting van een duidelijkere consensus met de Federale overheid over de financiering preventieve gezondheidszorg wil de Vlaamse Regering toch een ernstige inspanning m.b.t. de kankerpreventie leveren. Preventie is inderdaad niet helemaal los te koppelen van een algemeen gezondheidsbeleid en moet daarenboven rekening houden met evoluties op Europees- en wereldvlak.

Deze inspanningen moeten gestructureerd verlopen. Dit houdt o.m. in dat pilootprojecten binnen een bepaalde termijn moeten worden afgewerkt.

Ik wijs er tenslotte op dat kankerpreventie een arbeidsintensief proces is dat door goed opgeleid en gespecialiseerd personeel moet worden bewerkstelligd.

Leona DETIEGE

De Vlaamse minister van Tewerkstelling
en Sociale Aangelegenheden

VERKLARING VAN DE AFKORTINGEN

V.A.C.K.	: Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie
B.W.K.	: Belgisch Werk tegen Kanker
I.K.S.A.	: Integrale Kankerstichting Antwerpen
L.I.K.A.S.	: Limburgse Integrale Kankerstichting
V.R.G.T.	: Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
U.I.A.	: Universitaire Instelling Antwerpen
V.U.B.	: Vrije Universiteit Brussel
K.U.L.	: Katholieke Universiteit Leuven
U.G.	: Universiteit Gent
V.I.G.	: Viaams Instituut voor Gezondheidspromotie
V.A.D.	: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
W.H.O.	: World Health Organisation
W.V.V.H.	: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
K.K.A.T.	: Koördinatiekomité Antitabak
V.K.L.	: Vlaamse Kankerliga
L.P.P.	: Locale Preventie Projecten
I.H.E.	: Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie
R.I.Z.I.V.	: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
N.K.R.	: Nationaal Kankerregister
M.S.T.	: Medisch Schooltoezicht

de VACK (Voorlichtings- en Adviescommissie Kanker) is opgericht op 1 januari 1993. De VACK is een adviescommissie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De VACK is opgericht om de Minister te adviseren over de bestrijding van kanker.

De VACK is een adviescommissie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De VACK is opgericht om de Minister te adviseren over de bestrijding van kanker.

BIJLAGEN

1. Samenstelling van de VACK (Ministerieel Besluit)	24
2. Onderzoeksvragenlijst borstkankeropsporing	26
3. Illustratieve tabellen en grafieken	28

BIJLAGE 1

Ministerieel besluit houdende benoeming van de voorzitter,
ondervoorzitter en leden van de Vlaamse Adviescommissie
voor Kankerpreventie

DE VLAAMSE MINISTER VAN TE WERKSTELLING EN SOCIALE AANGELEGENHEDEN,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Executieve van 30 maart 1983 houdende oprichting van een Vlaamse adviescommissie voor kankerpreventie, gewijzigd bij besluit van de Vlaamse Executieve van 6 juli 1988;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Executieve van 20 oktober 1992 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Executieve, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Executieve van 7 april 1993 en bij het besluit van de Vlaamse regering van 7 oktober 1993 ;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Executieve van 20 oktober 1992 tot delegatie van beslissingsbevoegdheden aan de leden van de Vlaamse Executieve, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Executieve van 20 januari 1993 en bij het besluit van de Vlaamse regering van 7 oktober 1993 ;

BESLUIT :

Artikel 1

Worden benoemd tot leden van de Vlaamse adviescommissie voor kankerpreventie overeenkomstig artikel 3, § 1, van het besluit van de Vlaamse Executieve van 30 maart 1983 houdende oprichting van een Vlaamse adviescommissie voor kankerpreventie :

- Dr. Jan SCHRIJVERS — directeur-generaal bij de administratie gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap ;
- Dr. Ivan VAN DER MEEREN — vertegenwoordiger van de Vlaamse regering ;
- Prof. Dr. Guy DE BACKER — hoogleraar in de sociale geneeskunde (RUG) ;
- Prof. Dr. Wim BETZ — hoogleraar in de huisartsgeneeskunde (VUB)
- Dr. Nic VAN LAERE BEKE — expert in de carcinogenese (RUG)
- Dr. Robert SACRE — vertegenwoordiger van het kankerpreventiecentrum VUB ;
- Dr. Joost WEYLER — vertegenwoordiger van het kankerpreventiecentrum UIA ;
- Dr. André VAN STEEN — vertegenwoordiger van het kankerpreventiecentrum KUL ;
- Dr. Vera DE GROOF — vertegenwoordiger van het kankerpreventiecentrum RUG ;
- Dr. Dirk BURIE — vertegenwoordiger van het kankerpreventiecentrum West-Vlaanderen ;
- Dr. Tony SWINNEN — vertegenwoordiger van de Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen.

Artikel 2

§ 1. Wordt benoemd tot voorzitter overeenkomstig artikel 3, § 1, 1° van hetzelfde besluit :

- Dr. Louis DENIS — professor in de urologie (WB - A/Z Middelheim).

§ 2. Wordt benoemd tot ondervoorzitter overeenkomstig artikel 3, § 1, 1^o van hetzelfde besluit :

Prof. Dr. André VAN ASSCHE - verantwoordelijke van de dienst vroegtijdige kankeropsporting (KUL).

Artikel 3

Dit besluit treedt in werking op

Brussel,

***De Vlaamse minister van Tewerkstelling
en Sociale Aangelegenheden,***

L. DETIEGE

BIJLAGE 2

Werkgroep "Borstkankerscreening" - VACK
 Vragenlijst borstkankeropspoelingsprogramma's

Vragen die direct beantwoord dienen te worden :

- Vraag 1. Welke methode dient te worden gevolgd : double shot of single shot mammografie ?
- Vraag 11. Hoe zit het met de kwaliteitsbewaking ?
- IIa. Welke criteria gelden voor de technische kwaliteitscontrole' van de screeningsapparatuur en het gebruik ervan ?
- IIb. Welke criteria gelden voor de kwaliteit van de beoordeling van de mammogrammen : sensitiviteit, specificiteit, predictieve waarden, detectiecijfer, aantal intervalcarcinomen ?
- IIC. Welke criteria kunnen worden geformuleerd voor de kwaliteit van nadere diagnostiek en behandeling ?
- Vraag 111. Hoe situeren de Vlaamse projecten zich in een Europese context ?
- Vraag IV. Welke leeftijdscategorie moet worden afgebakend ?

Onderzoeksvragen die op basis van de projectvoorstellen beantwoord dienen te worden :

- Vraag V. Met welk uitnodiging- en onderzoeksmodel wordt de grootste participatie van de betrokken bevolking bekomen waarbij tevens goede kwaliteit en efficiënte organisatie van de screening gewaarborgd zijn ?
- Vraag VIa. Dient gewerkt te worden met nieuw op te richten screeningseenheden die voldoen aan de kwaliteitseisen of kan de screeningsmammografie worden toevertrouwd aan radiologen ?
- VIb. Kunnen radiologen in Vlaanderen met in achtnaam van de EG normen worden ingeschakeld in een georganiseerd bevolkingsonderzoek naar borstkanker ? Welke organisatorische en technische voorwaarden moeten hierbij vervuld worden ?
- VIC. Zijn er in Vlaanderen te weinig, voldoende of te veel vaste, mobiele en semi-mobiele mammografietoestellen (die voldoen aan de gestelde eisen) beschikbaar voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker ? Wat is de verhouding tussen het beschikbaar aantal mammografietoestellen en het aantal benodigde vaste, mobiele en semi-mobiele eenheden.
- Vraag VIIa. Op welke manier kunnen de dubbele lezing en de technische kwaliteitscontrole het beste georganiseerd worden wanneer het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door een centraal georganiseerde screeningsunit respectievelijk in geval van screening door radiologen die werken volgens de kwaliteitsnormen ,
- VIIb. Op welke manier kan de follow-up met betrekking tot diagnostiek en therapie het beste georganiseerd worden wanneer het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door een centraal georganiseerde screeningsunit respectievelijk in geval van screening door radiologen die werken volgens de kwaliteitsnormen ?
- Vraag VIIa. Welke weg in verband met diagnostiek bewandelen de screeningtestposities in het medische circuit in geval van centraal georganiseerde screening die aan kwaliteitseisen voldoet in vergelijking met de situatie waarin niet-georganiseerde screening naar borstkanker plaatsvindt ? Zijn de Belgische medische specialisten vertrouwd met de methoden voor diagnostische oppuntstelling van bij screening ontdekte verdachte afwijkingen ?
- VIIb. Welke weg in verband met therapie bewandelen de screeningtestposities in het medische circuit in geval van centraal georganiseerde screening die aan kwaliteitseisen voldoet in vergelijking met de situatie waarin niet-georganiseerde screening naar borstkanker plaatsvindt ?

- Zijn de Belgische medische specialisten vertrouwd met de behandeling van de bij screening in een vroegtijdig stadium ontdekte borstkankers ?
- Vraag IXa. In welke mate treden nadelige effecten van borstkankerscreening op wanneer deze volgens de kwaliteitsnormen binnen de Belgisch-Vlaamse gezondheidszorg wordt georganiseerd ? (beschrijven en kwantificeren van het optreden van nadelige effecten)
- Ixb. In welke mate treden nadelige effecten van borstkankerscreening op wanneer deze niet volgens de kwaliteitsnormen wordt georganiseerd binnen de Belgisch-Vlaamse gezondheidszorg ? (beschrijven en kwantificeren van het optreden van nadelige effecten)
- IXC. In hoeverre kunnen deze respectievelijke nadelige effecten de vergelijking met internationale standaarden doorstaan ?
- Vraag Xa. In welke mate treden positieve effecten van borstkankerscreening op wanneer deze volgens de kwaliteitsnormen binnen de Belgisch-Vlaamse gezondheidszorg wordt georganiseerd ? (beschrijven en kwantificeren van het optreden van positieve effecten)
- Xb. In welke mate treden positieve effecten van borstkankerscreening op wanneer deze niet volgens de kwaliteitsnormen binnen de Belgisch-Vlaamse gezondheidszorg wordt georganiseerd ? (beschrijven en kwantificeren van het optreden van positieve effecten)
- XC. In hoeverre' voldoen deze respectievelijke positieve effecten aan de betreffende internationale standaarden ?
- Vraag XI. Wat is de interactie van de volgens de kwaliteitsnormen georganiseerde screening met de (helaas) steeds toenemende niet volgens de kwaliteitsnormen georganiseerde screening ?
- XIa. In welke mate vindt mammografisch onderzoek plaats in de gezondheidszorg ? Wat is het aandeel van niet volgens de kwaliteitseisen georganiseerde screening hierin ?
- XIb. Wat zijn de diagnostische, therapeutische, psychosociale en financiële effecten van niet volgens de kwaliteitseisen georganiseerde screening ?
- Vraag XII. Wat zijn de bestaande mogelijkheden voor kwaliteitsbewaking in Vlaanderen (bijvoorbeeld mogelijkheden om informatie te achterhalen betreffende non-participanten, intervalekankers en screeningstestposities) en welke veranderingen zijn hierbij nodig om kwaliteitsbewaking optimaal te kunnen toepassen ?
- Vraag X111. Hoe zal een veralgemeende screening worden gefinancierd ?

Extra **aandachtspunten**

Bij deze vragenlijst kunnen drie belangrijke opmerkingen gemaakt worden :

1. Om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden is een sluitende registratie van borstkankerpatiënten onmisbaar.
2. De verschillende pilootprojecten zouden de mogelijkheid moeten hebben om ook klinische parameters, risico-anamnese en kenmerken van de vrouw te evalueren.
3. Hoewel de vragenlijst gericht is op de borstkankerscreening zou binnen de verschillende beroepsgroepen ook aandacht besteed moeten worden aan onderzoek naar de primaire preventie van borstkanker, zodat in de toekomst meer inzicht wordt verkregen in eventuele mogelijkheden om borstkanker te voorkomen.

BIJLAGE 3 .

Kankermortaliteit in Vlaanderen (1987-1990)

Colorectaal (153-154)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
Mannen					
< 60 jaar	134	128	120	146	géén
60 - 79 jaar	593	565	589	577	géén
80 jaar	282	321	267	284	géén
Totaal	1.009	1.014	976	1.007	géén
Vrouwen					
< 60 jaar	102	117	115	109	géén
60 - 79 jaar	472	501	469	383	– 6,3 %
80 jaar	400	426	462	407	géén
Totaal	975	1.044	1.046	899(1)	onreg.

Baarmoederhals (179-180)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
C 60 jaar	59	71	53	52	géén
60-79 jaar	122	129	105	82	– 12.4 %
80 jaar.	71	48	65	63	géén
Totaal	252	248	223	197	- 8 %

Borstkanker (174)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
< 60 jaar	440	461	467	445	géén
60 - 79 jaar	617	651	678	622	géén
80 jaar	254	237	271	299	+ 6.6 %
Totaal	1.311	1.349	1.416	1.366	géén

Prostaatkanker (185)

Leeftijdgr .	'87	'88	'89	'90	Trend
< 60 jaar	35	34	32	25	géén
60 - 79 jaar	460	500	475	481	géén
80 jaar	346	399	435	440	+8.2%
Totaal	841	933	942	946	+ 3.6 %

Longkanker (162)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
Mannen					
< 60 jaar	648	600	629	572	géén
60 - 79 jaar	2.162	2.334(2)	2.220	2.202	géén
80jaar	527	526	498	537	géén
Totaal	3.460	3.347	3.347	3.311	géén

Vrouwen

< 60 jaar	81	96	91	113	+ 10 %
60 - 79 jaar	215	216	208	237	géén
80jaar	77	65	88	85	géén
T o t a a l	373	377	387	435	+ 5 %

Leucemie (200-208)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
Mannen					
< 60 jaar	144	133	128	128	géén
60 - 79 jaar	262	303	266	296	géén
80 jaar	131	119	118	126	géén
Totaal	537	555	512	550	géén

Vrouwen

< 60 jaar	92	123(2)	80	78	géén
60 - 79 jaar	211	206	229	190	géén
80 jaar	140	148	158	140	géén
Totaal	443	477	467	408	geen

Kanker totalen (140-239)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend.
Mannen					
< 60 jaar	1.702	1.631	1.671	1.647	géén
60 - 79 jaar	5.388	5.715(2)	5.460	5.443	géén
80 jaar	2.017	2.112	2.106	2.180	+ 2.3 %
Totaal	9.107	9.458(2)	9.237	9.270	géén
Vrouwen					
< 60 jaar	1.233	1.337	1.285	1.285	géén
60 - 79 jaar	3.080	3.152	3.162	2.930(1)	géén
80 jaar	1.934	1.898	2.110	2.113	+ 3.8 %
Totaal	6.247	6.387	6.557(2)	6.328	géén

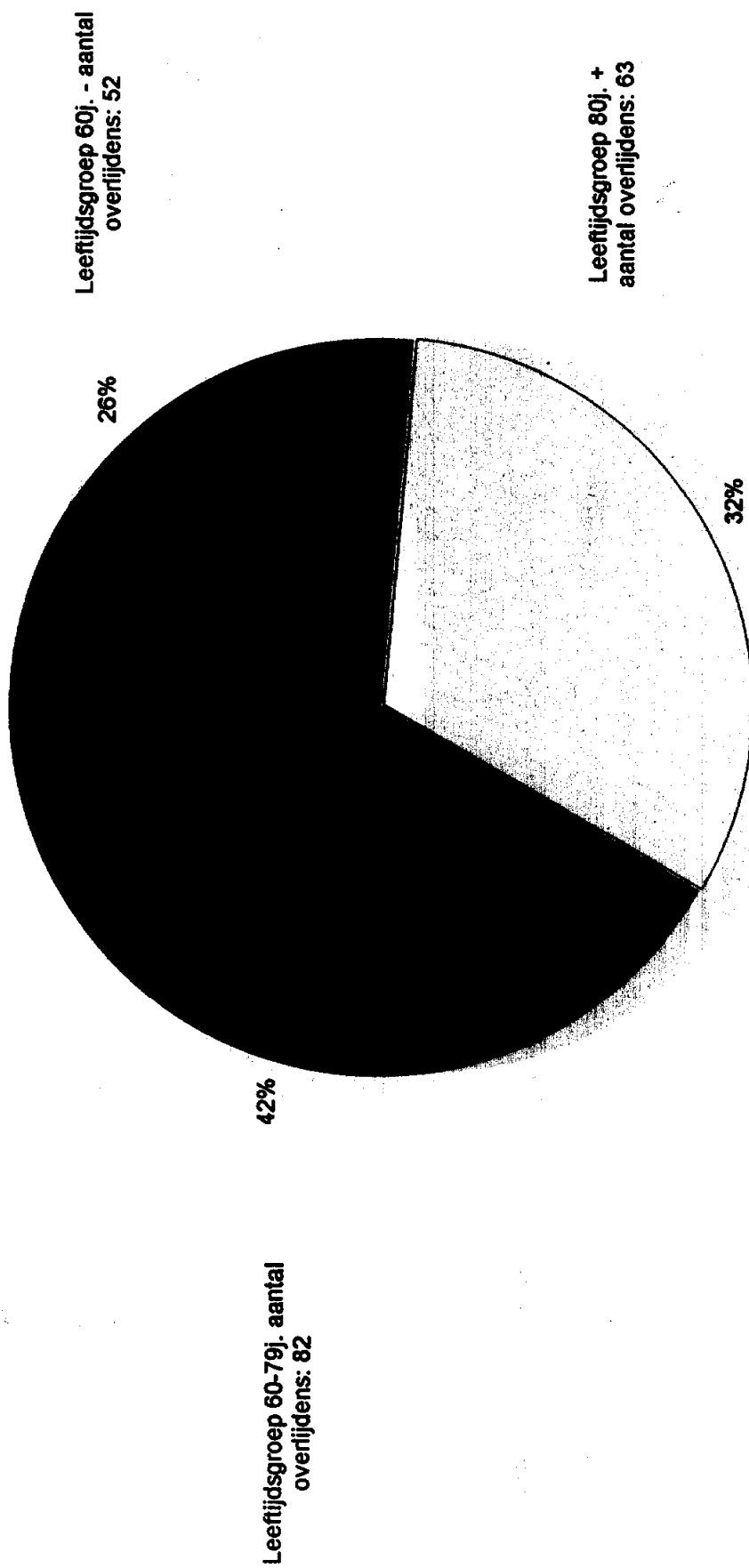
Totaal : alle doodsoorzaken (+ 1 jaar)

Leeftijdgr.	'87	'88	'89	'90	Trend
Mannen					
< 60 jaar	5.562	5.341	5.223	5.197	- 2.2 %
60 - 79 jaar	15.255	15.342	15.186	14.887	- 0.83 %
80 jaar	8.663	9.063	9.862(2)	9.811	stijgend
Totaal	29.480	29.766	30.271	29.895	+ 0.59 %
V r o u w e n					
< 60 jaar	2.871	2.842	2.770	2.784	géén
60-79jaar	10.411	10.516	10.217	9.811	dalend
80 jaar	13,743	13.834	15.071(2)	15.056	stijgend
Totaal	27.025	27.192	28.058(2)	27.651	stijgend

(1) : excessief laag.

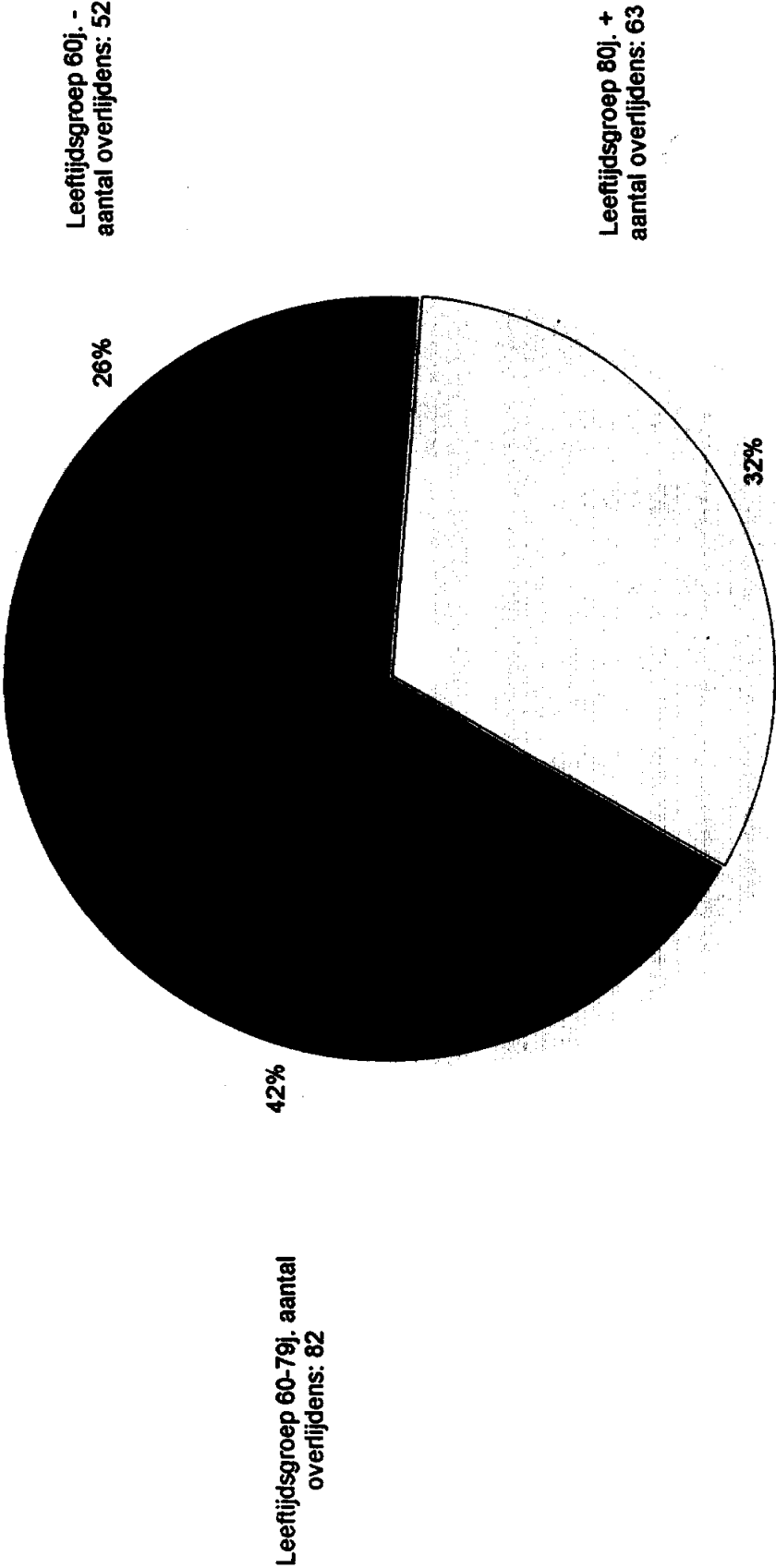
(2) : excessief hoog.

Leeftijdverdeling BAARMOEDERHALSKANKER (1990)



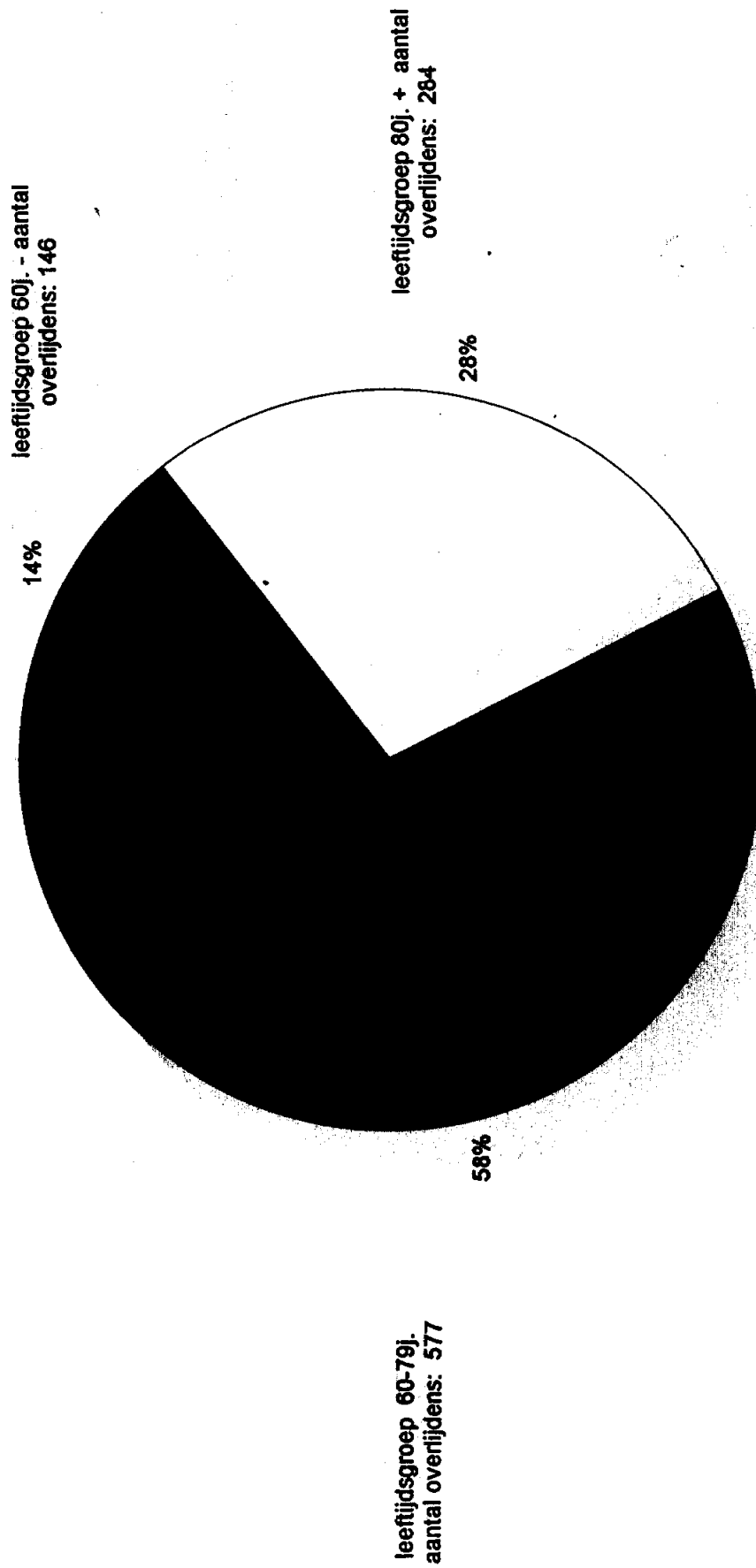
**Adm. Gezondheidszorg,
Gezondheidsindicatoren**

Leeftijdverdeling BAARMOEDERHALSKANKER (1990)

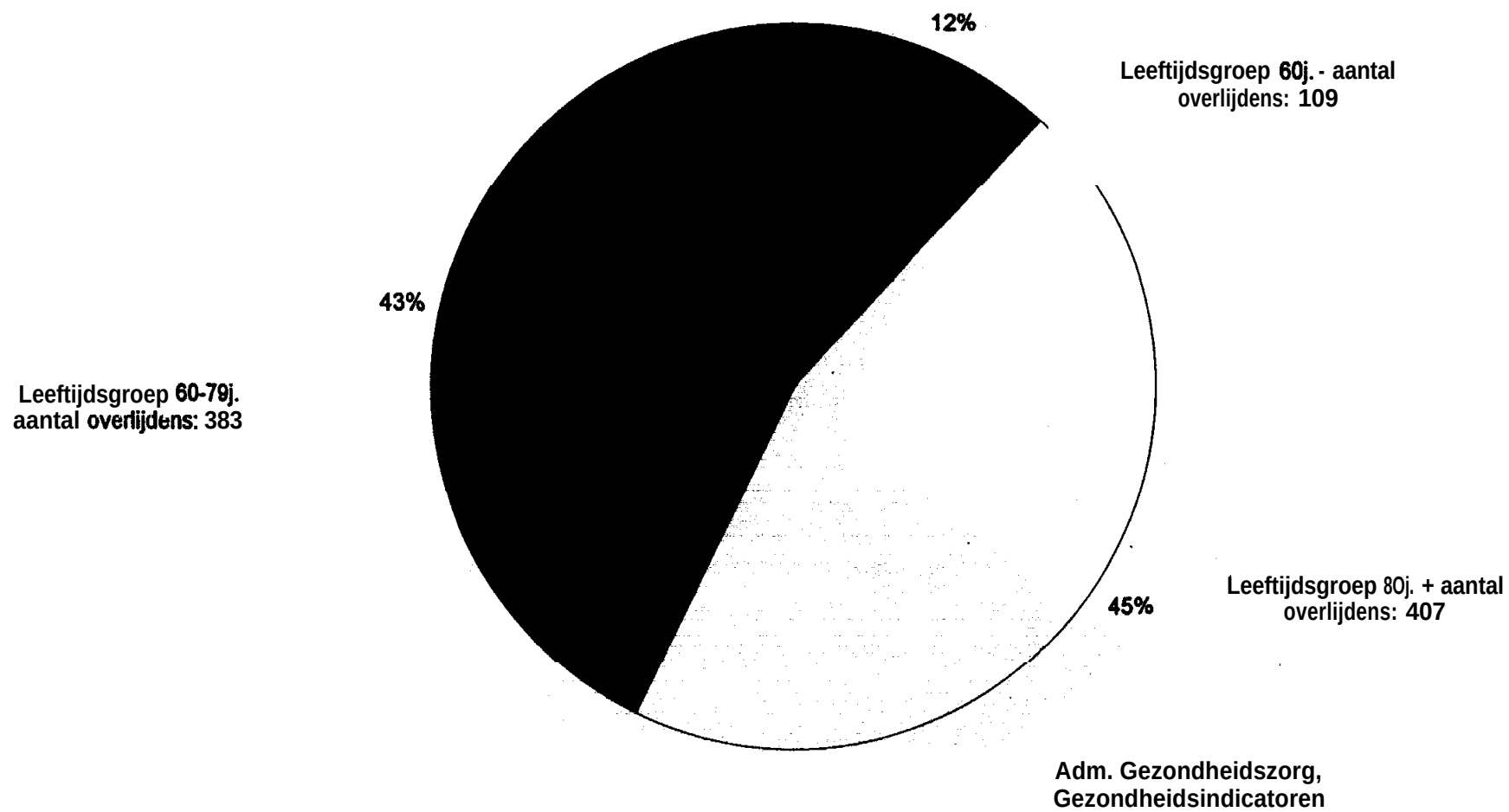


Adm. Gezondheidszorg,
Gezondheidsindicatoren

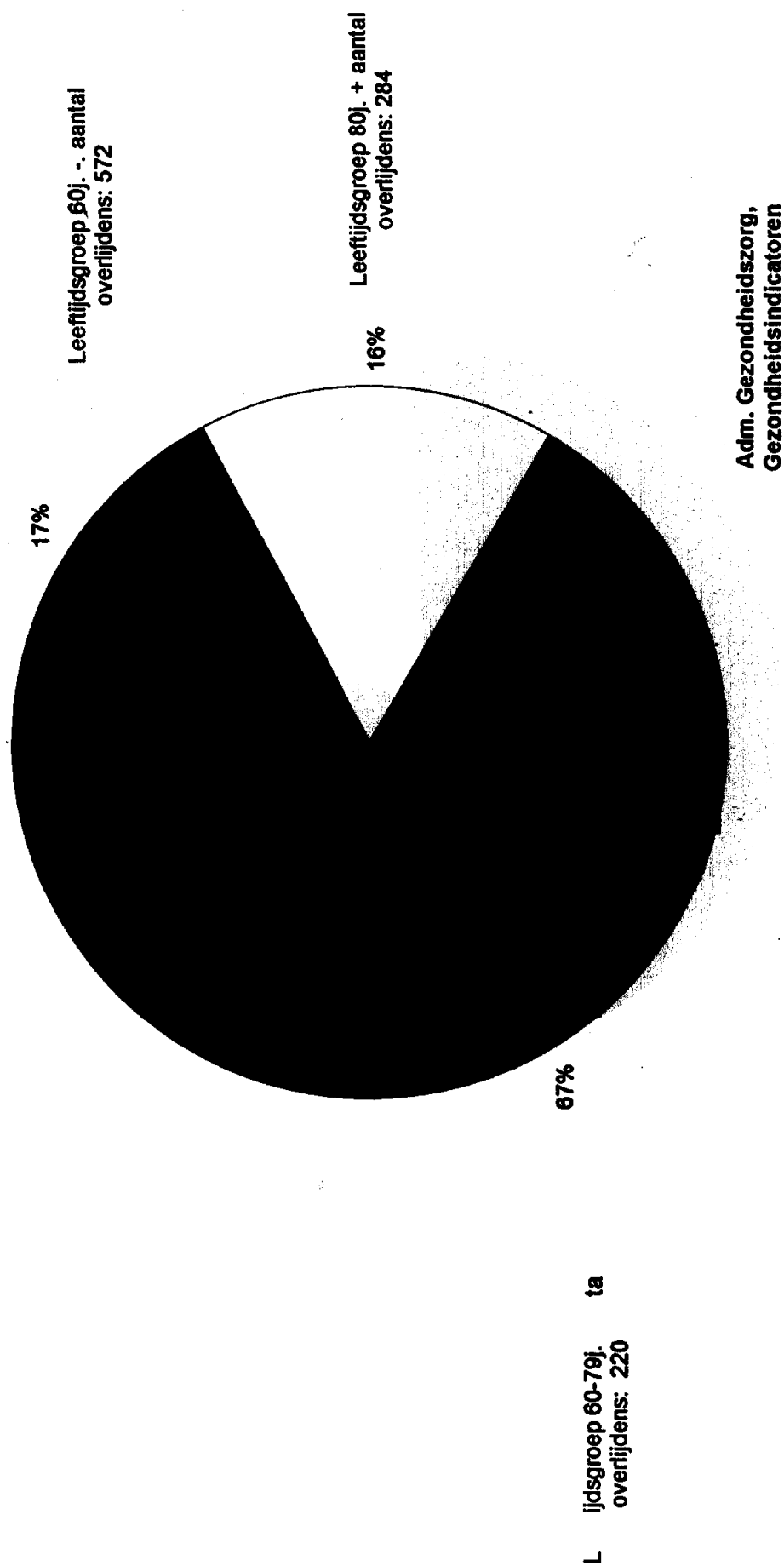
Leeftijdverdeling COLORECTALE KANKER Mannen 1990



Leeftijdsverdeling COLORECTALE KANKER Vrouwen (1990)



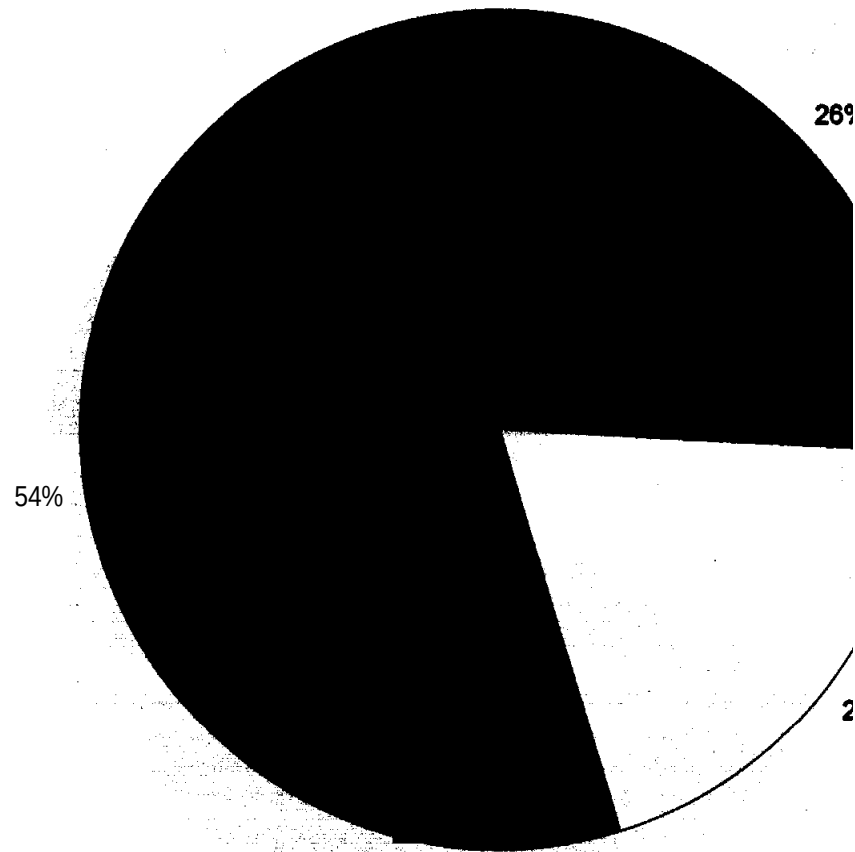
Leeftijdverdeling LONGKANKER Mannen (1990)



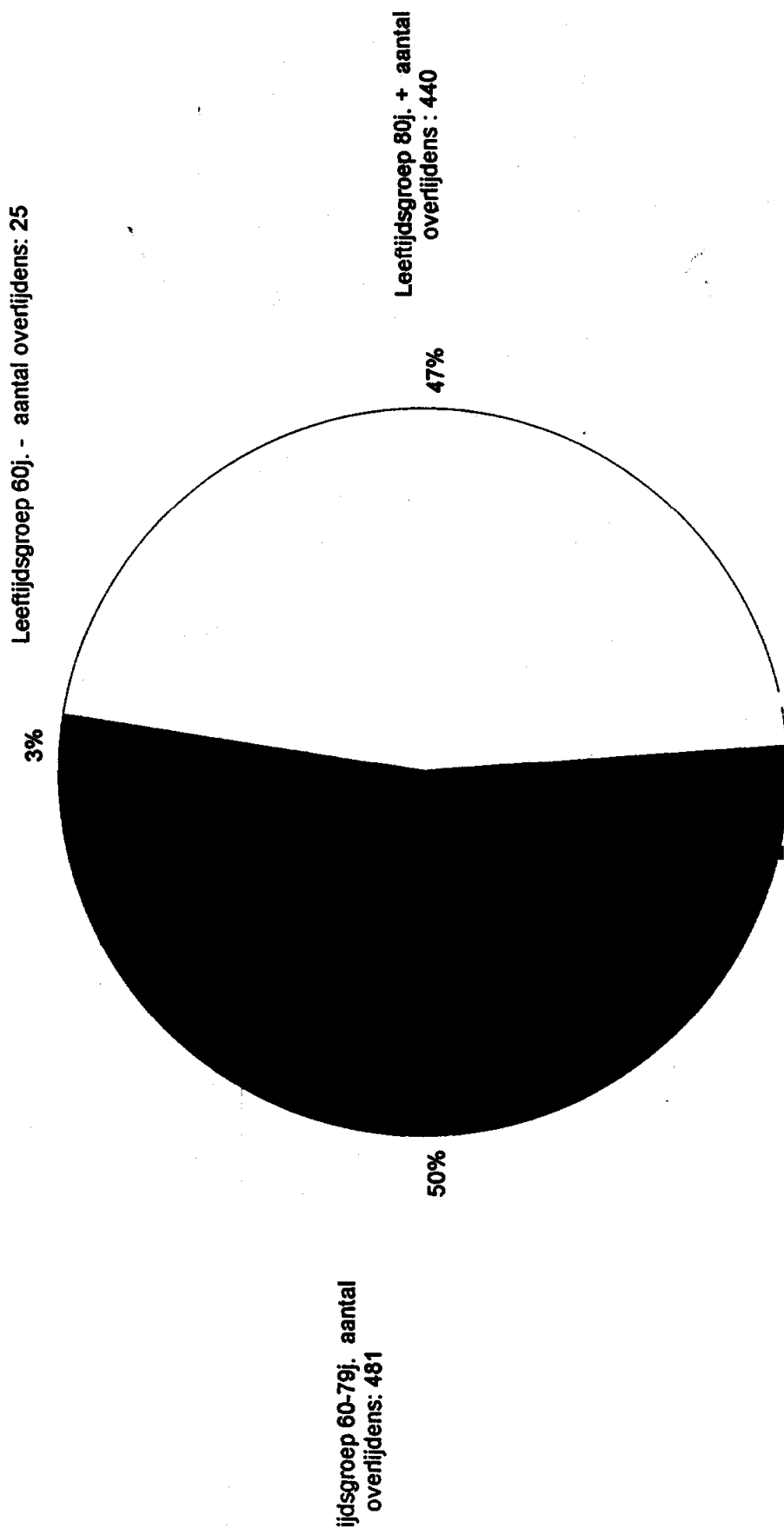
Leeftijdsverdeling LONGKANKER Vrouwen (1990)

Leeftijdsgroep 60-79], aantal
overlijdens: 237

Adm. Gezondheidszorg.
Gezondheidsindicatoren

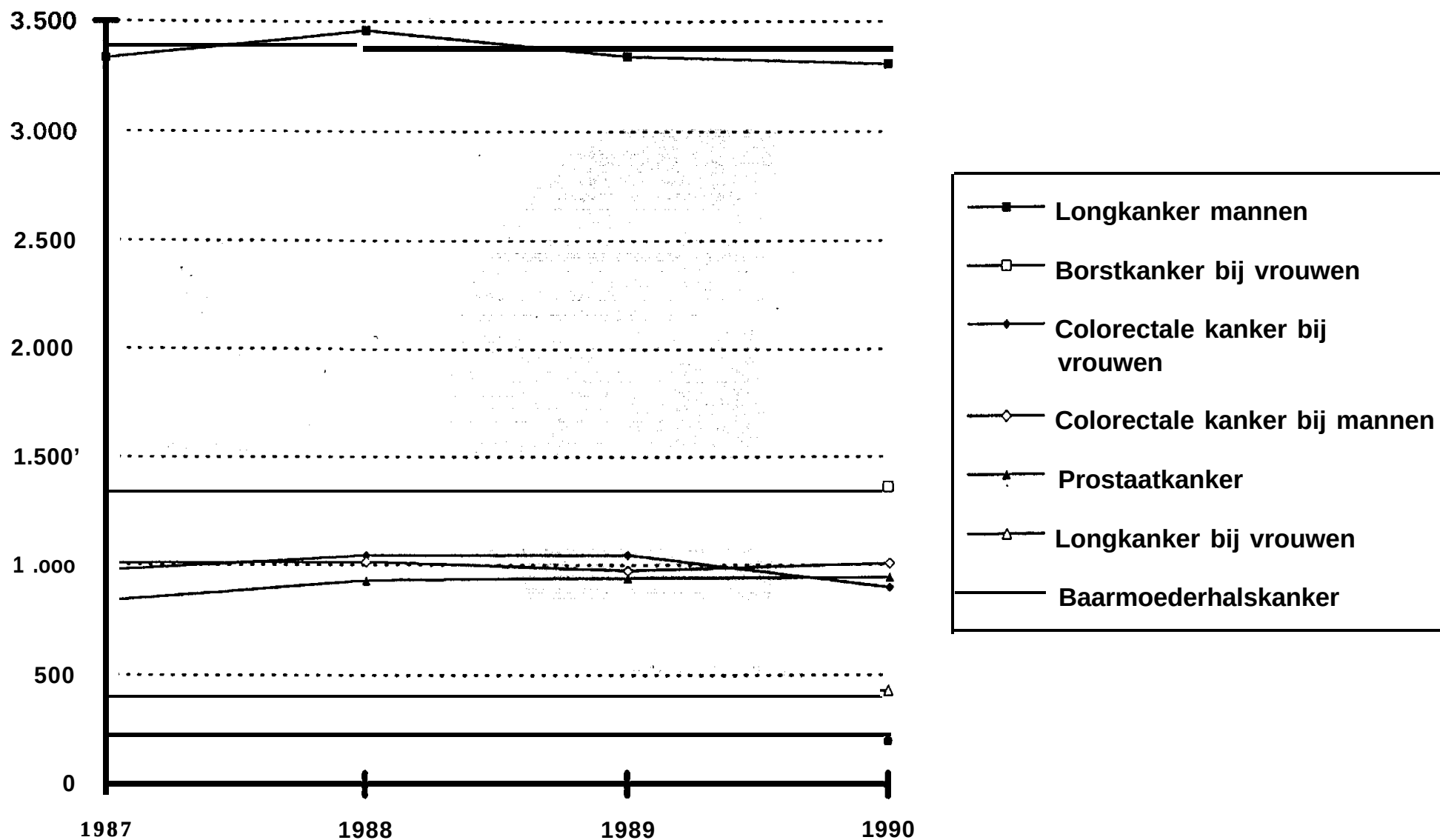


Leeftijdsverdeling PROSTAATKANKER (1990)



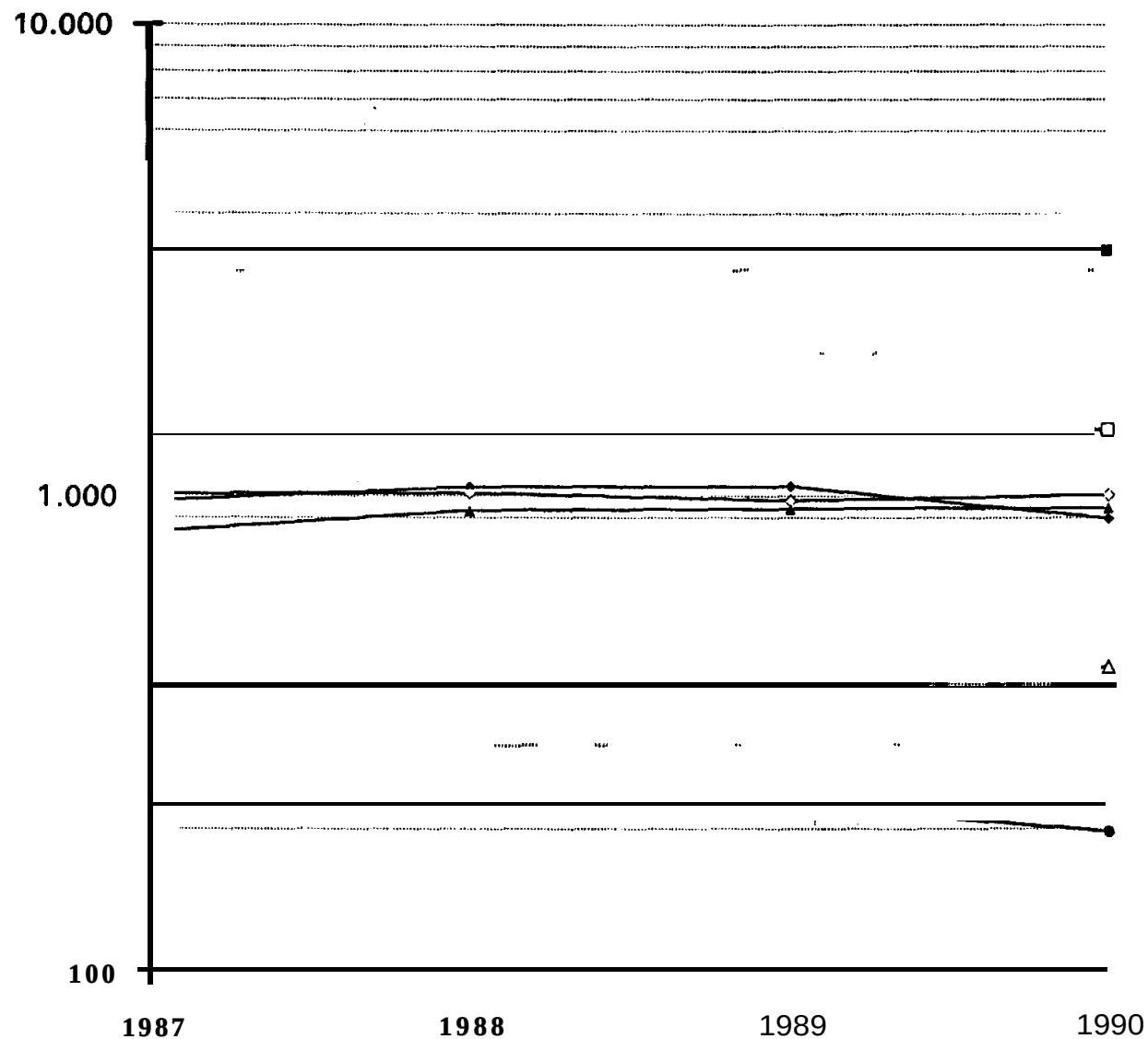
**Adm. Gezondheidszorg,
Gezondheidsindicatoren**

Evolutie van enkele kankers - Vlaanderen 1987-1990



Bron: Adm. Gezondheidszorg, Gezondheidsindicatoren.

Evolutie van enkele kankers - Vlaanderen 1987-1990



Bron: Adm. Gezondheidszorg, Gezondheidsindicatoren.

KANKERMORTALITEIT IN VLAANDEREN (1987-1990)*

* (aantekeningen bij de tabel)

Trend : log linear time trend model.

Colorectaal vrouwen :

60-79 j. : geen zuiver lineaire trend wel $-1.5 \text{ \%/jaar}^2$;

Totaal : onregelmatig (jaar 1990 duidelijk afwijkend naar beneden toe).

Baarmoederhalskanker :

De mortaliteit daalt met $12.4 \text{ \%/jaar}$ in de leeftijdsgroep 60-79 jaar. Dit kan te maken hebben met het resultaat van (wilde) screening.

Longkanker vrouwen :

60j.- : mortaliteit stijgt met $10 \text{ \%/jaar}$;

Totaal : mortaliteit stijgt met $5 \text{ \%/jaar}$ (vooral het gevolg van toename bij vrouwen 60j. -).

Borstkanker vrouwen :

80j. + : mortaliteit stijgt met $6.6 \text{ \%/jaar}$ (maar de algemene mortaliteit in die leeftijdsgroep is eveneens stijgend).

Prostaatkanker :

80j. + : mortaliteit stijgt met $8.2 \text{ \%/jaar}$ (maar de algemene mortaliteit in die leeftijdsgroep is eveneens stijgend).

Alle kankers mannen & vrouwen :

80j.+ : mortaliteit stijgt met respectievelijk $2.3 \text{ \%}$ en $3.8 \text{ \%}$ per jaar. (Maar de algemene mortaliteit in die leeftijdsgroep stijgt eveneens).

Alle doodsoorzaken :

Mannen : 60 j. - : dalende trend $2.2 \text{ \%/jaar}$;
 : 60-79 j. : dalende trend $0.83 \text{ \%/jaar}$;
 : 80 j. + : onregelmatig stijgend ;
 : Totaal : lichtjes stijgend $0.59 \text{ \%/jaar}$.

Vrouwen : 60-79 j. : onregelmatig dalend ;
 : 80 j. + : onregelmatig stijgend ;
 : Totaal : onregelmatig stijgend.

Er heerste in december 1989 een belangrijke griep epidemie met uitgesproken overmortaliteit, die vooral de oudere leeftijdsgroepen trof zodat dit de stijgende trend in de alle doodsoorzakenmortaliteit misschien beïnvloedde.