Vlaams Parlement

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 220
van **MAAIKE DE RUDDER**
datum: 14 december 2020

---

aan **WOUTER BEKE**
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

Darmkankerscreening - Dashboard

Dokter Colemont pleitte vorige week in De Standaard om een darmkankerdashboard te installeren naar Nederlands voorbeeld. Hij is ervan overtuigd - zoals nog vele andere specialisten ter zake - dat de coronacrisis ertoe leidt dat darmkanker pas in een later stadium wordt opgespoord. Er worden 20 tot 30% minder kankers vastgesteld in deze periode in vergelijking met vorig jaar. Dat wil dus zeggen dat mensen wegblijven uit de ziekenhuizen, en dat onderzoeken worden uitgesteld. De verwachting is dan ook dat de cijfers van de darmkankerscreening in 2020 gedaald zullen zijn. We weten dat echter pas eind 2021, wat voor een levensbedreigende ziekte een eeuwigheid is. Vandaar het pleidooi van de dokter voor de installatie van een actueel darmkankerdashboard.

Het dashboard zou opvolgen hoeveel mensen deelnemen aan darmkankerscreening, hoeveel vaststellingen van kanker er geweest zijn en in welk stadium van de ziekte. Zo kan er snel gezien worden of bepaalde campagnes een effect hebben of dat er moet worden bijgestuurd.

De idee van een dashboard, met actuele informatie over allerlei maatschappelijke indicatoren, kwam ook terug in het maatschappelijke relancerapport. In Nederland werd dat blijkbaar al uitgebouwd. Het is eigenlijk de enige manier om snel zicht te krijgen op problemen die er zijn.

1. Is er interesse om werk te maken van een darmkankerdashboard naar Nederlands model?
2. Indien dat het geval is, zou het dan volgens de minister kunnen worden uitgebreid naar elk type kanker?

WOUTER BEKE
VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

ANTWOORD
op vraag nr. 220 van 14 december 2020
van **MAAIKE DE RUDDER**

---

1. Na navraag bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in Nederland blijkt dat dit dashboard voor dikkedarmkankerscreening momenteel nog niet bestaat en dat hier ook geen plannen voor zijn. Er zal wel een piloot opgezet worden waar 20 ziekenhuizen aan deelnemen om registratie van incidenties/stadia sneller beschikbaar te maken.

   Vanuit Vlaanderen beschikken wij momenteel over heel wat data om te rapporteren over de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

   Jaarlijks zijn de jaarrapporten beschikbaar waarbij gerapporteerd wordt over de respons in het jaar vooraf aan de publicatie. De reden waarom hier enkel jaarlijks over gerapporteerd wordt, is omdat binnen de Vlaamse werkgroep Monitoring de experten geadviseerd hebben dat wanneer we volledig en correct willen rapporteren over de participatie, we dienen gebruik te maken van de indicatoren respons en totale dekking. Deze laatste indicator houdt zowel rekening met respons als met uitnodigingsalgoritme en exclusiecriteria. Het heeft namelijk niet veel zin om continu over de respons te rapporteren zonder rekening te houden met de correcties die dienen te gebeuren voor het aantal exclusies. Deze exclusies worden ons via Stichting Kankerregister ter beschikking gesteld vanuit het InterMutualistisch Agentschap (IMA).

   Daarnaast beschikken we ook over de website https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/ die op regionaal niveau een gedetailleerd overzicht geeft over de lokale participatiecijfers. Zowel gemeenten als logo's kunnen deze informatie gebruiken om gericht actie te voeren.

   Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) beschikt daarnaast ook continu over de resultaten van de respons aangezien het labo deze resultaten dagelijks aan het CvKO bezorgt. Het heeft echter niet veel zin om deze continu te publiceren aangezien deze geen rekening houden met de exclusiecriteria en bijvoorbeeld de doelgroep in maand x niet dezelfde is als in maand y. Deze data worden bewust niet continu gerapporteerd aangezien wij van oordeel zijn dat deze geen volledig beeld van de participatie weergeven, rekening houdend met het advies van de experten uit de Vlaamse werkgroep Monitoring. Wel monitort CvKO sinds de start van de Coronacrisis deze cijfers continu en trachten zij op basis van deze resultaten via communicatiecampagnes de doelgroep te motiveren tot deelname.

   Voor wat betreft follow-up inclusief aantal gediagnosticeerde kankers, maakt Stichting Kankerregister (BCR) uitsluitend gebruik van de informatie die wordt aangeleverd via de laboratoria voor pathologische anatomie. Deze gegevensstroom omvat nieuwe diagnoses die microscopisch werden bevestigd, maar bevat geen informatie over de stadiëring van deze nieuwe kankergevallen. Een definitieve bevestiging van nieuwe kankerincidenties inclusief de stadiumverdeling kan pas worden bekomen na ontvangst van de gegevensstroom vanuit de ziekenhuizen (oncologische zorgprogramma's).
   Wat gegevens vanuit BCR betreft, kan de beschikbaarheid van bevestigde informatie over kankerdiagnoses en stadiëring gepercipieerd worden als laattijdig. Echter,

hoewel vaak naar Nederland wordt gerefereerd als voorbeeld, wordt Vlaanderen in Europa en daarbuiten zeker gerekend bij regio's die snel gegevens beschikbaar hebben op populatieniveau.
Een zekere vertraging in de ontvangst van de gegevens vanuit de zorgprogramma's is voor ons land inherent aan de wetgeving, waarin de zorgprogramma's ten laatste gegevens moeten aanleveren aan BCR op 1 juli van een bepaald jaar, voor de diagnoses met betrekking tot het voorafgaande jaar.
Binnen de context van de COVID-19 crisis realiseerde BCR desondanks in 2020 herhaalde versnelde aanleveringen vanuit de laboratoria, op basis waarvan de geschatte impact van COVID-19 op het aantal nieuwe kankerdiagnoses kon worden gerapporteerd (www.kankerregister.org). Ook daarbuiten levert het Kankerregister continu inspanningen om het interval tussen kankerdiagnose en rapportering te verkleinen. Zo is er op heden binnen het RIZIV een strategische oefening gaande rond herziening van het multidisciplinair oncologisch overleg (MOC) en de daaraan gekoppelde kankerregistratie, dewelke een snellere aanlevering vanuit de zorgprogramma's (binnen de 6-8 maanden na diagnose) mede zou mogelijk maken. Daarnaast beoogt BCR reeds verschillende jaren een continue doorstroom van gegevens via Healthdata, in eerste instantie voor de laboratoria en later ook voor de zorgprogramma's. De concrete implementatie daarvan laat omwille van technische problemen op het niveau van Healthdata op zich wachten.
Merk op dat voor een kwaliteitsvolle gegevensaanlevering toch enige tijd na de diagnose dient te worden gerespecteerd, dit om te garanderen te de gegevens correct en finaal zijn, en eventueel ook al rekening te houden met gegeven behandelingen.

Vanuit Vlaanderen zijn wij ook al sinds de start van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker vragende partij om een centraal coloscopieregister op te zetten en ligt daar onze prioriteit wat monitoring betreft. Dit register zou zorgen voor een meer accuraat faalveiligheidsbeleid en hogere kwaliteitsmonitoring. Samen met mijn federale collega's werd binnen de interministeriële conferentie door de technische werkgroep een voorstel uitgewerkt en goedgekeurd in 2019. Aan het Kankercentrum van Sciensano werd de opdracht gegeven een analyse te maken samen met alle betrokken partijen over de modaliteiten voor de oprichting van een colonoscopieregister binnen het kader van de opsporing van colorectalekanker. Tot op heden beschikken wij niet over informatie dat hier reeds vorderingen gemaakt zijn.

2. Zie bovenstaande antwoord.
Ik ben momenteel geen voorstander om dergelijk dashboard op te richten aangezien ik samen met het CVKO en BCR beschik over een accurate monitoring. Voor de andere bevolkingsonderzoeken naar kanker beschikken wij ook over analoge data.