

Evaluatie van maatregelen GENOMEN IN DE STRIJD TEGEN KANKER 2016

VOOR EEN DUURZAAM KANKERBELEID

Sciensano

OD Public Health & Surveillance
Kankercentrum

J. Wytsmanstraat 14
1040 Brussel | België

www.sciensano.be
www.e-cancer.be

Inhoud

1. INLEIDING	1
2. STAND VAN ZAKEN ACTIEPLAN	2
A. OVERZICHT VAN DOMEINEN	2
B. PRIMAIRE PREVENTIE	2
TABAK	3
RAADPLEGINGEN VOOR HULP BIJ TABAKSONTWENNING (A1M1)	3
STEUN AAN DE OPLEIDINGEN TABACOLOGIE (A1M3)	10
TOEZICHT OP HET NALEVEN VAN DE TABAKSWETGEVING (A1M2)	13
CONCLUSIE	14
KANKER EN VOEDINGSGEWOONTEN	16
VOEDING	16
ALCOHOL	17
KANKER EN LEEFMILIEU	18
GEZONDHEIDSPROMOTIE	19
GRATIS PREVENTIEVE GEZONDHEIDSCHECK-UP BIJ DE HUISARTS (A6M1)	19
OPLEIDING VAN ARTSEN INZAKE HET VOORKOMEN VAN GEZONDHEIDSRISICO'S (A6M2)	23
VACCINATIE	24
REFERENTIES	28
C. SCREENING	30
REFERENTIES	40
D. DIAGNOSE	41
GENETISCHE TESTEN	41
E. BEHANDELING	44
ORGANISATIE VAN DE ZORG: CONSULTS EN CONSULTATIES	44
VERPLICHT MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT (MOC) VOOR ALLE NIEUWE KANKERGEVALLEN (A8M1)	45
OPWAARDERING MET 5% VAN DE HONORARIA IN HET KADER VAN HET MOC (A8M2)	52
HERWAARDERING VAN DE SPECIFIEKE RAADPLEGINGEN VAN MEDISCH ONCOLOGEN, HEMATOLOGEN EN ENDOCRINOLOGEN (A8M3)	53
DE DEELNAME VAN HUISARTSEN AAN HET MOC BEVORDEREN (A8M4)	55
BIJKOMENDE ASPECTEN VAN DE MOC	56
CONCLUSIE MOC	56
INVOERING VAN EEN CONSULTATIE VAN LANGE DUUR VOOR DE MEDEDELING VAN DE DIAGNOSE (A7M1)	57
UITWERKEN VAN EEN MEDEDELINGSPROTOCOL (A7M3)	62

ORGANISATIE VAN DE ZORG: PERSONEEL	63
CONCLUSIE	71
ORGANISATIE VAN DE ZORG: ZORGTRAJECTEN	72
VOLWASSENEN	72
KINDEREN	74
CONCLUSIE	76
ORGANISATIE VAN DE ZORG: TOEGANKELIJKHEID EN FINANCIERING	77
TERUGBETALING VAN DE GENEESMIDDELEN TEGEN KANKER (A15M1)	77
TERUGBETALING VAN GENEESMIDDELEN TEGEN KANKER VOOR BORSTKANKER BIJ MANNEN (A15M2)	78
UNMET MEDICAL NEED (A15M3)	78
VERBETERING TERUGBETALING VOOR PATIËNTEN BIJ WIE HET STROTTENHOOFD IS WEGGENOMEN (A18M1)	83
VERBETERING TERUGBETALING VOOR MENSEN DIE DOOR EEN KANKERBEHANDELING HUN HAAR VERLIEZEN (A18M2)	84
VERBETERING TERUGBETALING VOOR MENSEN DIE EEN BORSTAMPUTATIE MOETEN ONDERGAAN (A18M3)	85
EVALUATIE VAN DE HAALBAARHEID VAN DE OPRICHTING VAN EEN HADRONTHERAPIE CENTRUM IN BELGIË (A30M1)	86
DE BETERE TERUGBETALING VAN ZORG- EN VERVOERSKOSTEN VAN KANKERPATIËNTEN VOOR HADRONTHERAPIE (A30M2)	86
REFERENTIES	88
F. REHABILITATIE	90
FYSISCHE EN PSYCHOLOGISCHE REVALIDATIE	90
1.2. DE SOCIALE HERINTEGRATIE	90
1.3. DE PROFESSIONELE REÏNTEGRATIE	90
VOOR DE PATIËNT HET BEROEPSLEVEN EN DE KANKER BETER MET ELKAAR VERZOENEN (A26M1)	93
VOOR DE OUDERS HET BEROEPSLEVEN EN DE KANKER BETER MET ELKAAR VERZOENEN (A26M2)	93
1.3.1.3. EEN GEMAKKELIJKERE EN AANGEPASTE FISCALE AFTREKPROCEDURE VOOR GIFTEN (A26M3)	93
REFERENTIES	94
G. PALLIATIEVE ZORG	95
BEHOEFSTUDIE ROND PALLIATIEVE ZORG (A25M1)	95
VERSTERKING VAN DE PERSONEELSFORMATIE VOOR DE PALLIATIEVE ZORGEN IN RUSTHUIZEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN (RVTS) (A25M2)	96
HERWAARDERING VAN ZORGFORFAITS IN HET KADER VAN DE PALLIATIEVE THUISVERPLEGING (A25M3)	96
PALLIATIEVE DAGZORGCENTRA (A25M4)	96
REFERENTIES	97
H. RESEARCH	98
NGS IN (HEMATO-) ONCOLOGIE	104
CONCLUSIE	106
REFERENTIES	107
I. MONITORING EN EVALUATIE	108
REFERENTIES	111

1. INLEIDING

Het kankerplan werd gelanceerd in 2008 met als doel de strijd tegen kanker te verbeteren. Acht jaar na de start van het kankerplan zijn een aantal acties uit het oorspronkelijke plan structureel geworden en hebben daarmee hun belang en doeltreffendheid bewezen; sommige acties werden of worden beëindigd binnen een vooraf gedefinieerde periode; andere acties worden verder geïmplementeerd; en enkele acties werden recent overgenomen door de deelstaten na het officieel in werking treden van de zesde staatshervorming op 1 juli 2014. Sinds 2015 werken we binnen het kankercentrum aan een meer gestructureerde en geïntegreerde opzet voor de ontwikkeling van een kankerbeleid en de opvolging van het kankerbeleid en het kankeronderzoek.

Dit rapport bevat nog een laatste maal een update van de 31 actiepunten uit het Kankerplan 2008. Deze 'Stand van Zaken' is dus een update van het rapport 'Stand van Zaken, 2014'. Echter, deze actiepunten worden reeds besproken volgens de nieuwe integrale structuur van de kankerbeleid, bestaande uit de 7 inhoudelijke domeinen van kankerbeleid. Deze indeling is gebaseerd op de structuur zoals voorgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de International Union Against Cancer (UICC) en onlangs door het European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC).

Bovendien, wordt er over de actiepunten en domeinen gereflecteerd in functie van een geïntegreerde kankerbeleidkankerbeleid. Op deze manier, evolueren we van een 'punctuelere' naar een meer 'universele' aanpak. Daarom wordt er ook een overzicht gegeven van de algemene 'Cancer Burden' in België aan het eind weergegeven om de huidige en toekomstige actiepunten te voorzien van belangrijk cijfermateriaal.

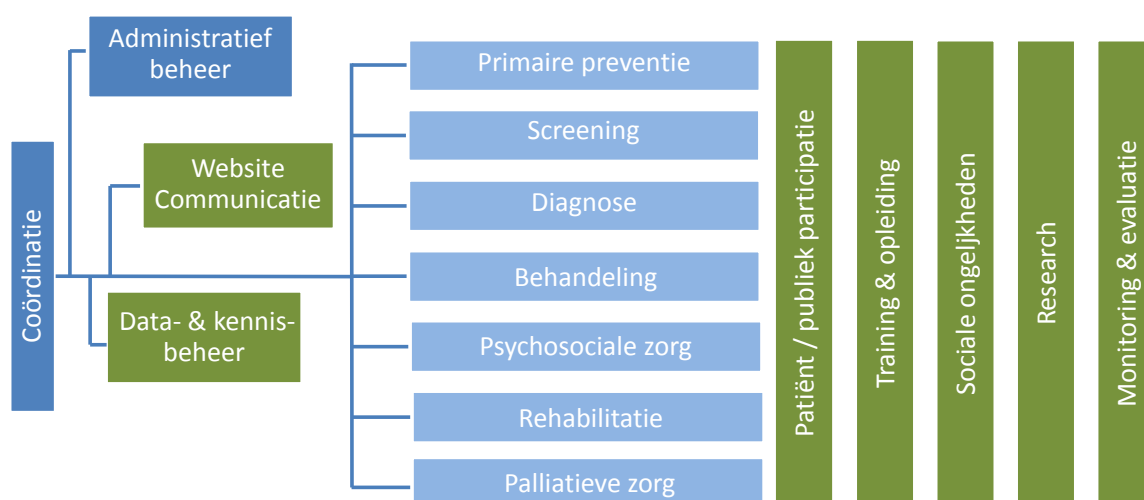
2. STAND VAN ZAKEN ACTIEPLAN

A. OVERZICHT VAN DOMEINEN

De nieuwe structuur van de 'Kankerbeleid' (Figuur 1) bestaat uit zeven inhoudelijke domeinen: primaire preventie, secundaire preventie (inclusief georganiseerde screening), diagnose, behandeling, psychosociale zorg, rehabilitatie en palliatieve zorg. Daarnaast zijn er een aantal overkoepelende, transversale domeinen, nl. participatie van patiënt & publiek, training & educatie, sociale ongelijkheden, research en monitoring & evaluatie. Voor het goed functioneren van het Kankercentrum is tevens nood aan communicatie via de website, ondersteuning van het data- en kennisbeheer, administratief beheer en coördinatie.

De stand van zaken van de 32 acties in het actieplan uit 2008 wordt opgemaakt volgens deze indeling.

Figuur 1 — Structuur kankerbeleid Belgisch Kankercentrum



B. PRIMAIRE PREVENTIE

Het kankerrisico van een individu wordt bepaald door de complexe interactie tussen onder meer genetische factoren enerzijds en risico- en beschermende factoren in levensstijl en leefomgeving van individuen anderzijds.

De Europese Code tegen kanker is gericht op het informeren van burgers over de acties die ze zelf kunnen ondernemen om het risico op kanker zo laag mogelijk te houden. Het is een initiatief van de Europese Commissie, en is opgesteld aan de hand van wetenschappelijke gegevens. Inmiddels is dit de 4e editie. De eerste werd gepubliceerd in 1987, de 4e werd gelanceerd in 2014. De Europese code bestaat uit 12 acties die betrekking hebben op roken, lichaamsbeweging, gezond lichaamsgewicht en gezonde voeding, alcoholgebruik, blootstelling aan de zon, bescherming tegen kankerverwekkende stoffen en radonconcentraties, borstvoeding, hormoon vervangende therapie, vaccinatieprogramma's en georganiseerde screeningsprogramma's. De code en alle (wetenschappelijke) informatie is terug te vinden op de website van het 'International Agency for Research on Cancer' (IARC): <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/nl/>.

Voor een succesvolle kankerpreventie is het essentieel dat deze individuele acties worden ondersteund door het overheidsbeleid en -maatregelen. In dit rapport gaan we verder in op de rol van tabaksgebruik, voedingsgewoonten, het leefmilieu, algemene preventie en vaccinatie aangezien er hierover specifieke acties werden geformuleerd in het Kankerplan. In de toekomst zullen ook de andere aspecten van primaire preventie hun verdiende aandacht krijgen.

— TABAK

Roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van kanker. Indien niemand zou roken, zouden we één kanker op vijf kunnen vermijden (Brawly et al. 2011; Ezzati et al., 2005). In het kankerplan 2008 werden 3 acties geformuleerd met betrekking tot roken met als doel het aantal rokers te doen dalen:

ACTIE 1: TERUGBETALING VAN DE RAADPLEGINGEN VOOR HULP BIJ TABAKSONTWENNING

- | | |
|----|---|
| 1. | Forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning |
| 2. | Strenger toezicht op het naleven van de tabakswetgeving |
| 3. | Steun aan de opleidingen tabakologie |

RAADPLEGINGEN VOOR HULP BIJ TABAKSONTWENNING (A1M1)

De terugbetaling van raadplegingen voor rookstopbegeleiding bij een arts of erkend tabakoloog gebeurt sinds 1 oktober 2009 (KB 19/07/2013). Over een periode van twee kalenderjaren kunnen maximaal acht sessies bij een arts of tabakoloog worden terugbetaald. De eerste sessie duurt minimaal 45 minuten en geeft recht op een forfait van 30€ . De opvolgconsultaties (2^e tot 8^e sessie) duren minimaal 30 minuten, en er wordt 20€ terugbetaald. Voor zwangere vrouwen blijft de verhoogde terugbetaling van 30€ gelden voor alle sessies.

De evaluatie van de opvolging van de consultaties voor rookstopbegeleiding gebeurt op basis van terugbetalingsgegevens van RIZIV voor de periode van 1 oktober 2009 tot en met 31 december 2014. Alle gegevens van zes nomenclatuurcodes werden geanalyseerd, nl. voor sessies voor tabaksontwenning, eerste zitting (nomenclatuurcode 740434 en 740445), volgende zitting (740456 en 740460) en zitting zwangere vrouwen (740471 en 740482).

1. Rookstopbegeleiding: totaal

Het aantal jaarlijkse consultaties voor rookstopbegeleiding in België vanaf de invoering van de maatregel (1/10/2009) tot eind 2014 wordt weergegeven in *Tabel 1*. Op basis van de eerste sessie (maximum één per persoon mogelijk) zien we dat in 2014 ongeveer 14.000 rokers individuele hulp zochten bij een arts of tabakoloog voor hun rookstop; gemiddeld volgden zij 1,8 opvolgessies per persoon binnen hetzelfde kalenderjaar (≈ 25.000 opvolgessies).

Om de cijfers beter in perspectief te plaatsen, werd het aantal eerste sessies en opvolgessies uitgedrukt per 100.000 inwoners in België, en per 10.000 rokers (*Tabel 1*). In 2014 waren er op 10.000 rokers ongeveer 54 rokers die de stap zetten naar hulp bij tabaksontwenning via de arts of tabakoloog. In 2014 werden ongeveer 1.000 sessies bij zwangere vrouwen geregistreerd (meerdere consultaties per persoon mogelijk). Voor de rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen is het deelnemingspercentage niet in te schatten om meerdere redenen: één zwangere vrouw kan meerdere sessies volgen; er werden geen cijfers teruggevonden van het aantal zwangere vrouwen per jaar of van het percentage rokers bij zwangere vrouwen in België. Via de gegevens van de FOD economie kennen we wel het aantal geboortes per jaar in België (nl. 127.198 geboortes in 2009). Per 10.000 geboortes werden in 2014 ongeveer 80 sessies voor rookstopbegeleiding gevolgd (*Tabel 1*).

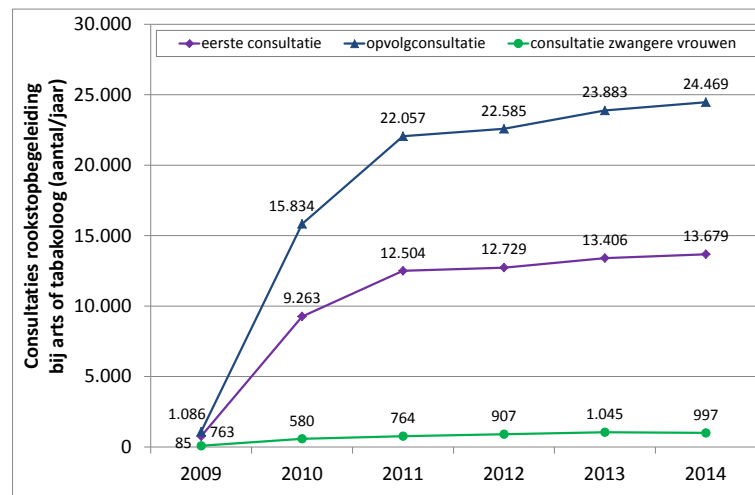
Tabel 1 — Consultaties voor rookstopbegeleiding bij arts of tabakoloog

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consultatie voor rookstopbegeleiding – eerste sessie						
N	763	9 263	12 504	12 729	13 406	13 679
N/100.000 inwoners	7	85	114	115	121	123
N/10.000 rokers	3	36	48	49	52	54
Consultatie voor rookstopbegeleiding – opvolgessie						
N	1.086	15.834	22.057	22.585	23.883	24.469
N/100.000 inwoners	10	146	201	205	215	219
N/10.000 rokers	4	61	85	88	93	97
Consultatie voor rookstopbegeleiding – sessies voor zwangere vrouwen						
N	85	580	764	907	1 045	997
N/10.000 geboortes	7	46	60	71	82	78

BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden.
 Bevolkingscijfers per jaar: FOD Economie; Percentage rokers: Gezondheidsenquête (Gisle, 2010; Gisle, 2014);
 Aantal geboortes per jaar: FOD Economie

De totale cijfers voor rookstofbegeleiding worden visueel weergegeven in *Figuur 1*. Na de opstartfase in 2009 en 2010 was er in de periode van 2011 tot 2014 nog een lichte jaarlijkse toename in het aantal consultaties, vooral voor de opvolgessies.

Figuur 1 — Aantal terugbetaalde consultaties per jaar voor rookstopbegeleiding bij arts of erkend tabakoloog

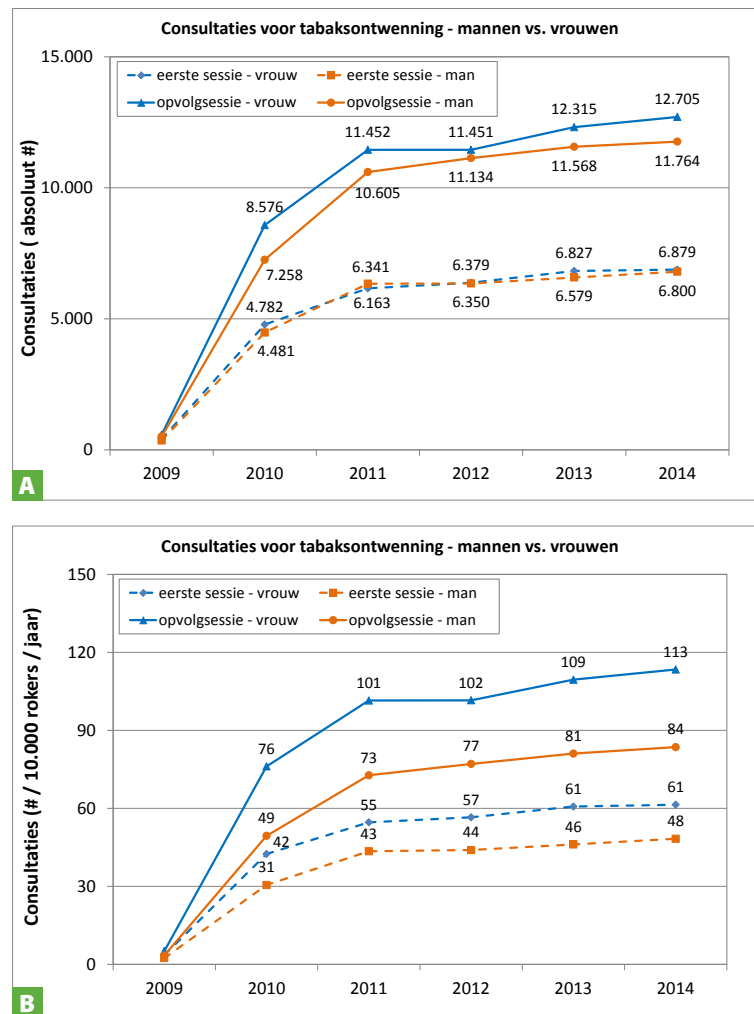


BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

2. Rookstopbegeleiding: mannen vs. vrouwen

Het aantal gevolgde sessies voor rookstofbegeleiding wordt vergeleken tussen mannen en vrouwen in *Figuur 3*. In absolute cijfers volgen mannen en vrouwen ongeveer evenveel 1^e sessies per jaar (≈ 6.800 sessies in 2014), terwijl het aantal opvolgessies iets hoger ligt bij vrouwen in vergelijking met mannen (≈ 12.700 vs. 11.700 in 2014) (*Figuur 2A*).

Figuur 2 — Aantal terugbetaalde consultaties voor rookstopbegeleiding per jaar (1^e sessie en opvolgessie), apart voor mannen en vrouwen. (A) absoluut aantal per jaar; (B) aantal consultaties per 10.000 rokers per jaar



BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

Om relatieve aantallen te berekenen wordt rekening gehouden met het bevolkingsaantal in België en met het aantal rokers in België. Het aantal 1^e gevolgde rookstopsessies in 2014 ligt hoger bij vrouwen (61 sessies per 10.000 vrouwelijke rokers) dan bij mannen (48 consultaties per 10.000 mannelijke rokers) (Figuur 2B). Voor de opvolgessie zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen nog meer uitgesproken, nl. respectievelijk 84 en 113 sessies per 10.000 mannelijke respectievelijk vrouwelijke rokers. Vrouwelijke rokers starten dus frequenter met consultaties voor rookstopbegeleiding, en volgen relatief gezien ook iets meer opvolgessies (ratio 'opvolgessie' / '1^e sessie' = 1,85) in vergelijking met mannelijke rokers (ratio = 1,73). De cijfers voor de periode 2011 tot 2014 zijn zeer vergelijkbaar.

3. Rookstopbegeleiding: vergelijking tussen gewesten

Tabel 2 geeft het absolute aantal consultaties voor rookstopbegeleiding per jaar, ingedeeld volgens gewest (Brussels hoofdstedelijk gewest, Vlaams gewest, Waals gewest) op basis van de woonplaats van de persoon. Na de opstartjaren (2009 en 2010) is er een status quo van het aantal consultaties in de periode 2011 tot 2014 voor Vlaanderen en Brussel. Enkel het aantal opvolgconsultaties neemt nog gradueel toe doorheen de tijd in Vlaanderen. In Wallonië is er voor de verschillende types van consultatie een continue stijgende trend.

Omwille van de verschillen in bevolkingsaantal en in aantal rokers tussen de drie gewesten worden de cijfers van de 1^e sessie en de opvolgessie opnieuw uitgedrukt in aantal consultaties per 10.000 rokers per jaar. Cijfers worden berekend op basis van het bevolkingsaantal en het percentage rokers per gewest. Vanuit de Gezondheidsenquête is het aantal rokers beschikbaar voor 2008 (Brussel: 27,3%; Vlaanderen: 22,8%; Wallonië: 27,1%) en voor 2013 (Brussel: 23,0%; Vlaanderen: 21,8%; Wallonië: 25,2%); de cijfers voor de overige jaren worden geëxtrapoleerd (Gisle, L., 2010; Gisle, L., 2014).

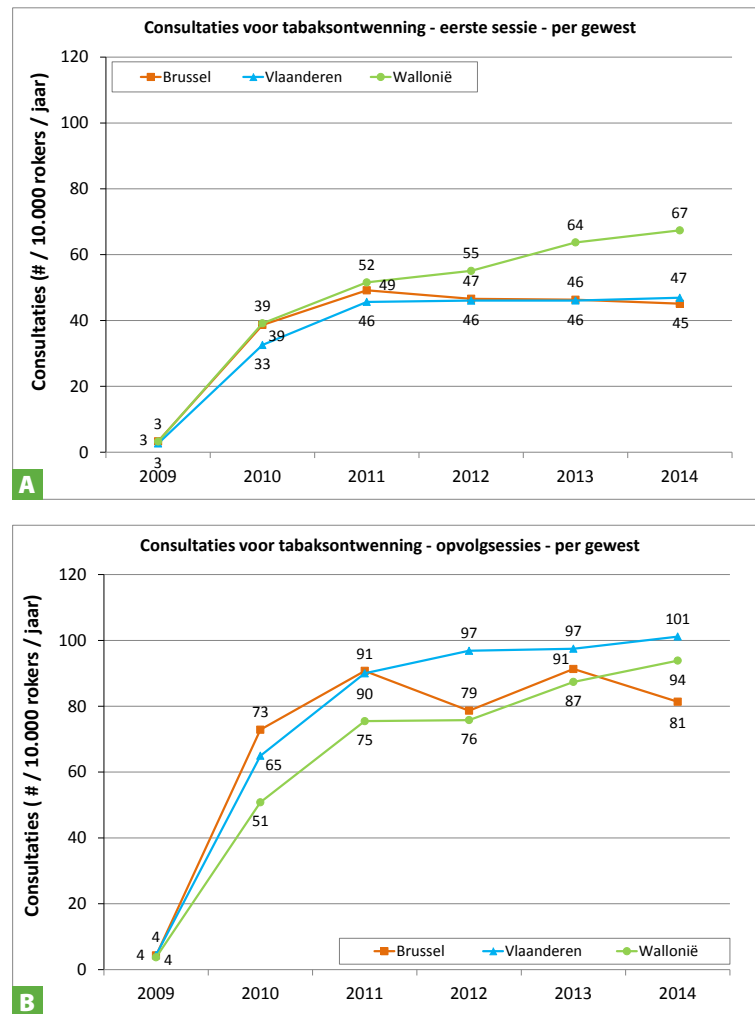
Tabel 2 — Jaarlijks aantal consultaties voor rookstopbegeleiding bij arts of tabakoloog per gewest

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consultatie voor rookstopbegeleiding – eerste sessie						
Brussel	93	1.077	1.360	1.266	1.230	1.162
Vlaanderen	370	4.562	6.390	6.433	6.408	6.495
Wallonië	300	3.607	4.721	4.996	5.720	5.981
Buitenland of ongekend	0	16	29	28	42	30
Consultatie voor rookstopbegeleiding – opvolgessie						
Brussel	121	2.031	2.510	2.137	2.425	2.096
Vlaanderen	619	9.097	12.601	13.532	13.560	14.008
Wallonië	346	4.683	6.907	6.875	7.847	8.332
Buitenland of ongekend	0	23	32	35	50	32
Consultatie voor rookstopbegeleiding – sessies voor zwangere vrouwen						
Brussel	4	83	146	107	109	118
Vlaanderen	39	205	277	350	266	270
Wallonië	42	292	338	447	662	596
Buitenland of ongekend	0	0	3	3	8	6

BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

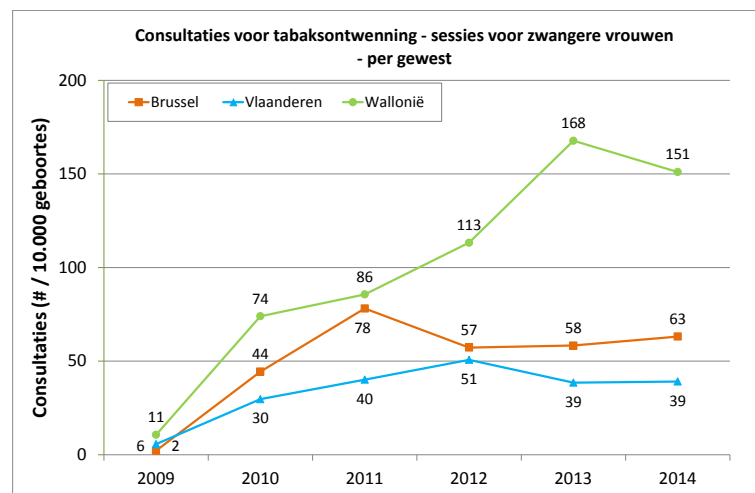
Figuur 3A geeft het aantal 1^e sessies per gewest. In 2011 waren er op 10.000 rokers ongeveer 50 personen (1 op 200) die startten met rookstopbegeleiding via de tabakoloog. Dit cijfer is in de volgende 3 jaar constant gebleven in Brussel en Vlaanderen, en is gradueel toegenomen in Wallonië tot 67 consultaties per 10.000 rokers in 2014. De opvolgessies nemen geleidelijk toe in de tijd in alle regio's en liggen in dezelfde grootteorde (*Figuur 3B*). Dit betekent dat er in Wallonië relatief minder opvolgessies gevolgd worden in vergelijking met Brussel en Vlaanderen. Waardoor dit verschil bestaat, is niet te achterhalen. De ratio tussen de 'opvolgessies' en de '1^e sessie' in 2014 bedroeg 1,39 in Wallonië, 1,80 in Brussel en 2,13 in Vlaanderen.

Figuur 3 — Aantal terugbetaalde consultaties voor rookstopbegeleiding in drie Belgische gewesten, uitgedrukt in aantal per 10.000 roker per jaar. (A) 1^e sessies; (B) opvolgessies



BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

Figuur 4 — Aantal terugbetaalde consultaties voor rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen in drie Belgische gewesten, uitgedrukt in aantal per 10.000 geboortes per jaar



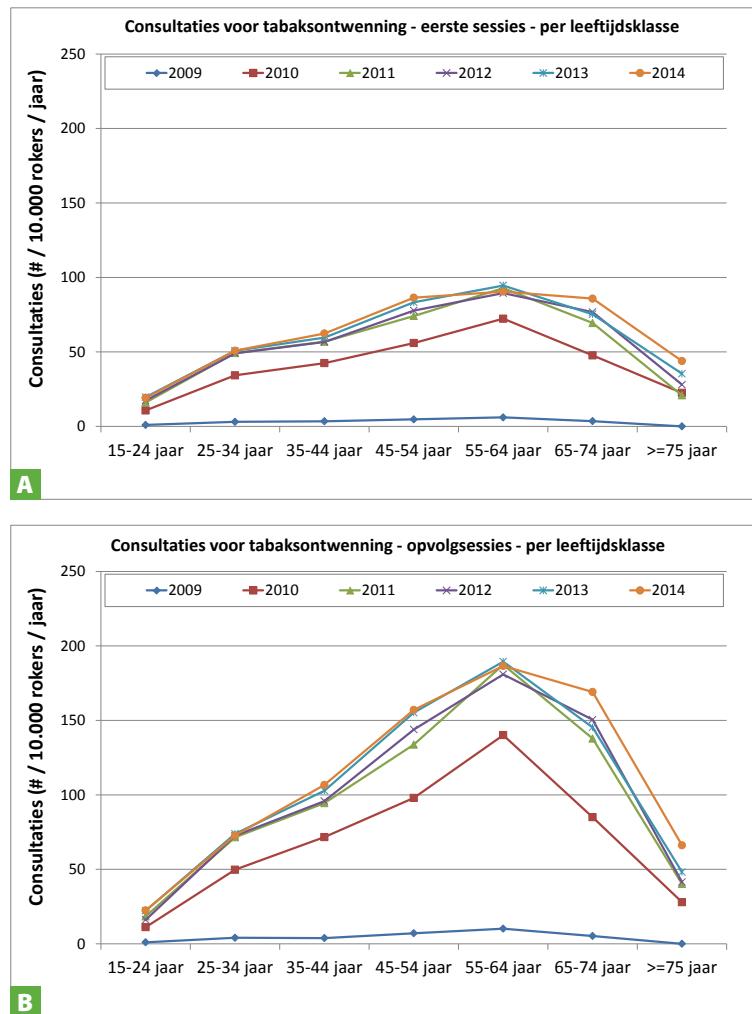
BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

Voor de interpretatie van de gewestelijke verschillen van de consultaties voor rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen werden de cijfers uitgedrukt per hoeveelheid geboortes per jaar. Het aantal geboortes in 2009 bedroeg 18.687 in Brussel, 69.045 in Vlaanderen en 39.466 in Wallonië (FOD Economie). Cijfers na 2009 zijn niet beschikbaar, daarom werden alle jaren gestandaardiseerd naar het cijfer van 2009. De gegevens over de terugbetaling van de rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen vanaf 2011 (*Figuur 4*) tonen dat er in het Vlaams gewest per 10.000 geboortes ongeveer 40 sessies bij de tabakoloog worden gevolgd; in het Brussels hoofdstedelijk gewest ligt het cijfer rond de 60 sessies per 10.000 geboortes. In het Waals gewest is er een duidelijke stijgende trend van 90 naar 150 sessies per 10.000 geboortes in de periode 2011-2014. Het gaat hier wel om sessies en niet om personen aangezien één zwangere meerdere sessies kan volgen. Bovendien is onbekend hoeveel zwangere vrouwen roken.

4. Rookstopbegeleiding: vergelijking tussen leeftijdsgroepen

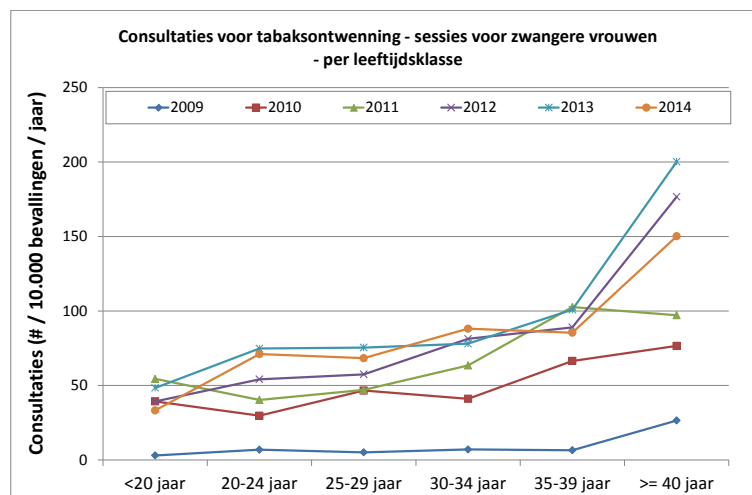
De gegevens over rookstopbegeleiding werden gerelateerd aan de leeftijd van de persoon. Voor de eerste sessies en de opvolgessies werden de gegevens ingedeeld volgens de leeftijdsklassen gebruikt in de analyses van de Gezondheidsenquête, zodat er rekening kon worden gehouden met leeftijdsspecifieke rookgewoonten. Het aantal relatieve consultaties voor de verschillende leeftijdsklassen wordt weergegeven in *Figuur 5*. In de jongste leeftijdsgroep (15-24 jaar) is het aantal consultaties zeer laag, nl. minder dan 25 personen per 10.000 rokers. De deelname stijgt met de leeftijd tot ongeveer 100 consultaties per 10.000 rokers voor de eerste sessie en 200 consultaties per 10.000 rokers voor de opvolgessies in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar. Bij de oudere groepen (65-74 jaar en 75+) is de deelname lager, maar het is enkel bij deze groepen dat er nog een toename is waar te nemen in de tijd. In de jongere leeftijdsgroepen is het aantal consultaties zeer stabiel voor de periode van 2011 tot 2014. Relatief gezien worden de meeste sessies voor rookstopbegeleiding gevolgd door oudere zwangere vrouwen (*Figuur 6*). In de oudste groep (40+) zijn de verschillen tussen de verschillende kalenderjaren vrij groot.

Figuur 5 — Aantal terugbetaalde consultaties voor rookstopbegeleiding per leeftijdsklasse, uitgedrukt in aantal per 10.000 roker per jaar. (A) 1^e sessies; (B) opvolgessies



BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

Figuur 6 — Aantal terugbetaalde consultaties voor rookstopbegeleiding bij zwangere vrouwen per leeftijdsklasse, uitgedrukt in aantal per 10.000 geboortes per jaar



BRON — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden

5. Rookstopbegeleiding: budget

Tabel 3 — Overzicht van totaal aantal consultaties voor rookstopbegeleiding bij arts of tabakoloog en het overeenkomstige budget

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAAL 2009-14
Aantal consultaties (N)							
Eerste sessie	763	9.263	12.504	12.729	13.406	13.679	62.344
Opvolgessie	1.086	15.834	22.057	22.585	23.883	24.469	109.914
Sessies zwangere vrouwen	85	580	764	907	1.045	997	4.378
TOTAAL AANTAL SESSIES (N)	1.934	25.677	35.325	36.221	38.334	39.145	176.636
Budget (euro)							
Eerste sessie	22.890	277.890	375.120	381.870	402.180	410.370	1.870.320
Opvolgessie	21.720	316.680	441.140	451.700	477.660	489.380	2.198.280
Sessies zwangere vrouwen	2.550	17.400	22.920	27.210	31.350	29.910	131.340
TOTAAL BUDGET (€)	47.160	611.970	839.180	860.780	911.190	929.660	4.199.940

Bron — RIZIV. 2009: gegevens vanaf 1/10/2009; 2010-2014: gegevens van 12 maanden.
Terugbetalingstarieven: eerste sessie: 30€ ; opvolgessie: 20€ ; sessie zwangere vrouwen: 30€

In het Kankerplan was een jaarlijks budget van 2,5 miljoen euro voorzien voor de rookstopbegeleiding. In totaal werd door de federale overheid over een periode van 6 jaar (2009-2014) in totaal 4,2 miljoen euro besteed aan raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning, waarvan 45% aan eerste sessies, 52% aan opvolgessies en 3% aan sessies voor zwangere vrouwen (Tabel 3). In 2014 (laatste beschikbare gegevens) werd 929.660€ besteed aan rookstopbegeleiding via de arts of tabakoloog.

STEUN AAN DE OPLEIDINGEN TABACOLOGIE (A1M3)

De opleiding van de tabacologen wordt binnen de Franse gemeenschap georganiseerd door het 'Fonds des Affections Respiratoires' (FARES) sinds 2001 en sinds 2002 ook in de Vlaamse gemeenschap door de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg (VRGT). De opleiding tot tabakoloog is een éénjarige interuniversitaire postgraduaatsopleiding; het certificaat is een vereiste voor de terugbetaling door het RIZIV van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning.

Sinds 2009 werd binnen het Kankerplan een jaarlijks budget van 65.000€ voorzien als ondersteuning voor de organisatie van de opleiding tabacologie. Op basis van de jaarlijkse activiteitenrapporten van FARES en VRGT, kunnen een aantal statistieken worden opgemaakt.

De Franstalige opleiding wordt georganiseerd door het FARES, in samenwerking met de ULB (Université libre de Bruxelles), ULg (Université de Liège), UCL (Université catholique de Louvain), SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) en de Stichting tegen Kanker. Initieel was de opleiding gebaseerd op de cursus zoals die in Frankrijk werd ontwikkeld en bestond het programma uit 49 uren les. Doorheen de jaren werd er meer aandacht besteed aan interactieve praktijksessies ('ateliers') en stages, en het huidige programma (2015-16) bestaat uit 63 uur les (theorie + praktijk) en minimum 24 uur observatiestage. Daarnaast dient er een proefschrift te worden verdedigd. Het programma kan over drie academiejaren gespreid worden. Het aantal medewerkers van de opleiding varieert in de tijd (Tabel 4): naast de 4-5 medewerkers van FARES, zijn er 29-38 externen (uit ziekenhuizen, universiteiten, Stichting tegen Kanker, enz...) die bijdragen tot de opleiding.

De Nederlandstalige opleiding wordt georganiseerd door de VRGT, in samenwerking met de UA (Universiteit Antwerpen), UGent (Universiteit Gent), VUB (Vrije Universiteit Brussel), KU Leuven (Katholieke Universiteit Leuven) en de stichting tegen Kanker. De permanente vorming wordt begeleid door een interuniversitaire stuurgroep. Het programma bestond initieel uit een lespakket met theorie en praktijksessies (49 uur in academiejaar 2008-09) en werd geleidelijk uitgebreid met stages en thuisopdrachten (63 uur in academiejaar 2015-16). Bij de opleiding waren doorheen de tijd 8-9 interne medewerkers en 17-21 externe medewerkers betrokken (Tabel 4).

De opleiding staat open voor laatstejaarsstudenten of afgestudeerden in de volgende opleidingen: arts, verpleegkunde, vroedkunde, farmacie, dieetleer, kinesitherapie, ergotherapie, klinische psychologie. Het totaal aantal studenten en de verdeling volgens diploma wordt gegeven in Tabel 4. Het aantal afgestudeerden per jaar schommelt sterk: tussen 19 en 35 afgestudeerden in de Franstalige, en 22 tot 53 afgestudeerden in de Nederlandstalige opleiding. In het Franstalige programma zijn op jaarbasis meer studenten ingeschreven, vermoedelijk omdat zij de opleiding spreiden over meerdere jaren. Op Belgische niveau wordt de opleiding het meest gevolgd door verpleegkundigen, vroedvrouwen en psychologen; in het Franstalige deel is de opleiding ook populair bij artsen.

Na het succesvol beëindigen van de opleiding kan men een erkenning als tabakoloog aanvragen. Bij wet is bepaald dat enkel de rookstopbegeleiding gevolgd bij een erkend tabakoloog gedeeltelijk kan worden terugbetaald. Inmiddels zijn er sinds 2008, 395 tabacologen afgestudeerd, die samen 13.679 1^e sessies, 24.469 2^e sessies en 997 sessies voor zwangere vrouwen hebben gegeven.

Tabel 4 — Aantal medewerkers en aantal studenten van de opleiding tabakologie voor de academiejaren 2008-09 tot en met 2015-16.

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
OPLEIDING TABACOLOGEN, GEORGANISEERD DOOR FARES								
Aantal medewerkers van opleiding								
intern	5	5	5	5	5	4	4	4
extern	29	29	38	38	38	32	32	32
Aantal studenten								
ingeschreven	37	55	56	62	55	48	33	49
geslaagd	22	19	32	35	35	16	23	-
beroepsgroepen								
– arts	11	11	15	12	14	10	6	10
– verpleegkundige	13	28	9	17	14	18	6	10
– psycholoog	10	13	21	22	16	12	13	14
– diëtist	1	1	2	4	4	3	3	5
– kine-/ergotherapeut	0	2	5	6	2	1	0	3
– apotheker	1	0	0	0	3	1	2	7
– tandarts	1	0	3	1	2	3	3	0
– anderen1	0	0	1	0	0	0	0	0

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
OPLEIDING TABACOLOGEN, GEORGANISEERD DOOR VRGT								
Aantal medewerkers van opleiding								
intern	9	9	9	9	9	9	8	8
extern	17	17	17	17	17	17	21	21
Aantal studenten								
ingeschreven	26	24	60	40	30	29	30	30
geslaagd	25	24	53	37	26	26	22	-
beroepsgroepen								
– arts	2	2	8	3	4	3	4	1
– verpleegkundige	10	6	22	5	5	4	5	8
– psycholoog	10	13	24	18	13	13	13	9
– diëtist	0	1	2	9	3	6	3	7
– kine-/ergotherapeut	1	0	2	2	2	1	3	1
– apotheker	3	0	0	0	3	1	1	4
– tandarts	0	1	0	1	0	0	1	0
– anderen¹	0	1	1	0	0	1	0	0
– missing	-	-	1	2	-	-	-	-

1 Anderen: master biologie, doctor in de biomedische wetenschappen, graduaat in de sociale agogiek, niet-zorgverlener.

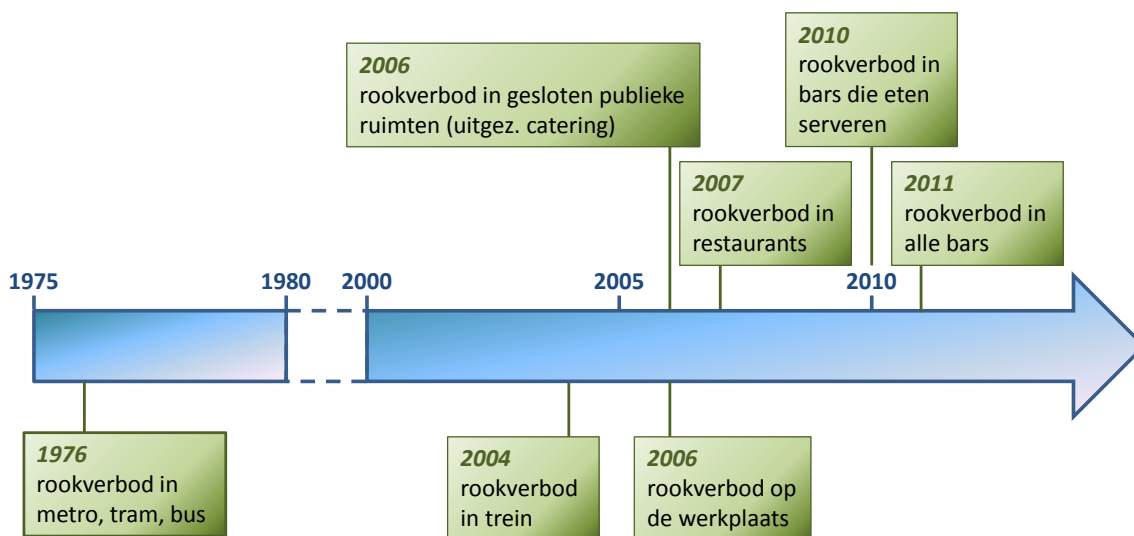
TOEZICHT OP HET NALEVEN VAN DE TABAKSWETGEVING (A1M2)

De tabakswetgeving in België behandelt verschillende aspecten:

- Wetgeving over rookvrije plaatsen, o.m. openbaar vervoer, werkplaats, publieke ruimten (culturele centra, bibliotheken, ziekenhuizen, scholen, ...) en de horeca.

In *Figuur 7* wordt een overzicht gegeven van de wetgeving die door de federale overheid werd opgesteld om roken in publieke ruimtes te verbieden. In sommige gevallen is er nog een rookkamer toegestaan, op voorwaarde dat dit gebeurt volgens de wettelijke bepalingen (Wet van 22/12/2009).

Figuur 7 — Chronologisch overzicht van de invoer van wetgeving i.v.m. roken op publieke plaatsen



- Reglementering van de reclame voor tabakswaaren via de wet van 10 december 1997.
- Gezondheidswaarschuwingen op sigarettenverpakkingen: de wet van 29 mei 2002 bepaalt dat er gezondheidswaarschuwingen in de drie landstalen moeten voorkomen op de verpakking van sigaretten.
- Sinds de wet van 31 mei 2007 geldt de verplichting om kleurenfoto's over de gezondheidsschade op de pakjes te plaatsen; sinds de wet van 1 januari 2011 moet het nummer van Tabakstop op de verpakking worden vermeld.
- Verkoopverbod van tabaksproducten aan jongeren onder de 16 jaar (wet van 19 juli 2004).
- KB van 29/12/2010 over de accijnzen op tabaksproducten.

De controles op naleving van de federale tabakswetgeving wordt uitgevoerd door het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) en door de FOD Volksgezondheid (FOD VGZ) (zie *Tabel 5*).

Tabel 5 — Aantal jaarlijkse controles op de naleving van het rookverbod, uitgevoerd door FOD Volksgezondheid en FAVV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FOD VGZ	10.605	9.626	9.305	11.704	9.336	9.565	9.599	10.695
FAVV	5.290	11.738	12.769	10.483	10.100	12.257	14.581	12.835
TOTAAL	15.895	21.364	22.074	22.187	19.436	21.822	24.180	23.530

CONCLUSIE

De genomen maatregelen rond tabakspreventie en tabaksontwenning hebben geleid tot een aantal zeer concrete resultaten:

- 395 tabacologen zijn opgeleid sinds 2009.
- De terugbetaling van de consultaties voor hulp bij tabaksontwenning is structureel.
- 1 op de 200 rokers hulp zoekt voor tabaksontwenning bij een arts of tabakoloog. Vrouwen maken meer gebruik van deze sessies dan mannen. In het Waals gewest werd meer gebruik gemaakt van het aanbod dan in het Vlaams of Brussels hoofdstedelijk gewest.
- Rookstopbegeleiding was het meest populair bij de leeftijdsklasse van 45 tot 75 jaar met een piek voor de leeftijdsklasse van 55-64 jaar.
- Jongeren maken nog maar heel weinig gebruik van rookstopbegeleiding. De deelname stijgt gradueel met de leeftijd.
- Per 10.000 geboortes werden er 80 consultaties per jaar gevolgd voor rookstopbegeleiding. Bij zwangere vrouwen waren het vooral de oudere vrouwen (40+) die hulp zochten.
- De totale kosten voor de vergoeding van consultaties van 2009-2014 bedraagt € 4.199.940.
- Het is onbekend wat het effect is van de opleiding tot tabakoloog en het volgen van de rookstopsessies op het uiteindelijke stoppen met roken. Hierover zijn geen cijfergegevens beschikbaar.

Deze maatregelen, zouden zich moeten weerspiegelen in een daling van het aantal rokers in België. Bij de lancering van het Kankerplan, in 2008, rookte 25% van de bevolking van 15 jaar en ouder. Mannen waren vaker rokers (28%) dan vrouwen (21%). In 2013, rookte nog 23% van de bevolking. Deze lichte daling is zowel zichtbaar bij de mannen (26% in 2013) als bij de vrouwen (20% in 2013). Het is echter belangrijk om apart de leeftijdsgroepen te bekijken. Bij mannen, daalt het aantal rokers vanaf 44 jaar. Bij vrouwen is dat slechts vanaf 65 jaar. Ook jongeren (15-24 jaar) roken minder in 2013 (21,8%) ten opzichte van 24,9% rokers in 2008. Als we kijken naar het aantal dagelijkse rokers, zien we diezelfde daling bij jongeren (17% in 2013 in vergelijking met 19% in 2008). Echter, enkel voor de jongens geldt deze daling (15% in 2013 in vergelijking met 21% in 2008). Bij meisjes is zelfs een stijging zichtbaar in het aantal rokers (18% in 2013 t.o.v. 17% in 2008) (Gisle, 2010; Gisle, 2014). Een fenomeen dat nog nooit eerder werd opgetekend.

Naast het rookgedrag, moet er ook gekeken worden naar de trends in incidentie en mortaliteit van tabaksgerelateerde kankers, nl. longkanker en hoofd- en halskanker (zie ook cancer burden). Bij mannen wordt sinds 2004 een dalende trend vastgesteld voor longkanker, zowel voor de incidentie als voor de mortaliteit (ESR incidentie: van 89,9 in 2004 naar 79,8/100.000 in 2013; ESR mortaliteit: van 77,4 in 2004 naar 62,3/100.000 in 2013). Uit een Europese prospectieve studie blijkt dat 82% van de longkankers zijn toe te schrijven aan het roken van sigaretten (Agudo et al, 2012). Deze dalende trend is waarschijnlijk voor een groot deel te verklaren doordat minder mannen roken. Ook verschillende types van hoofd- en halskanker (kankers van de lip, keel-, mond- en neusholte, middenoor en strottenhoofd) worden in verband gebracht met roken alsook met alcoholconsumptie, met een cumulatief effect voor gecombineerde blootstelling aan sigaretten en aan alcohol. Vooral larynxkanker (strottenhoofd) is sterk gerelateerd aan roken. Volgens de internationale literatuur zijn 84% van de gevallen van larynxkanker toe te schrijven aan roken (Agudo et al., 2012). Ook hier is er bij mannen een lichte daling vast te stellen in de incidentie én de mortaliteit voor hoofd- en halskanker. De incidentie (ESR) daalt van 35 in 2004 naar 30/100.000 in 2013; de mortaliteit (ESR) neemt af van 10,6 in 2004 naar 9,4/100.000 in 2013.

Projecties op basis van de geobserveerde kankerincidentie, voorspellen een daling bij mannen tegen 2025 voor longkanker en hals- en hoofdkankers (-2,67 tot -7,6%). De dalende trend van hoofd- en halskanker kan dus mogelijk verklaard worden door de daling van het aantal rokers bij mannen. Anderzijds is er wel een toename in alcoholconsumptie, zowel bij mannen als bij vrouwen.

Bij vrouwen, daarentegen, wordt een stijgende trend geobserveerd voor incidentie van longkanker (ESR: 23,1 in 2004 en 33,1/100.000 in 2013) en in mortaliteit (ESR: 17,2 in 2004 en 23,0/100.000 in 2013) (C). En deze trend wordt verwacht zich verder voort te zetten, met een stijging van maar liefst 14,4% longkankerdiagnoses bij vrouwen in 2025. Voor hoofd- en halskankers is er weinig verandering bij vrouwen opgetekend over een periode van 10 jaar tijd, nl. de incidentie (ESR) bedraagt 8,6 in 2004 en 8,7/100.000 in 2013; de mortaliteit (ESR) bedraagt 2,4/100.000, zowel in 2004 als in 2013. Er wordt een lichte stijging verwacht voor hals- en hoofdkankers (+1,4%) tegen 2025 bij vrouwen. Hoewel er de laatste jaren ook bij de Belgische vrouwen een lichte daling van het aantal rokers wordt vastgesteld, weerspiegelt de stijging in longkankers bij vrouwen vermoedelijk deels de hierboven vermelde stijging in rookgedrag bij vrouwen over een langere periode. Bovendien is de daling in het aantal rokers een stuk groter bij mannen dan bij vrouwen.

Belangrijk is op te merken dat de relatieve daling van tabaksgerelateerde kankers reeds zichtbaar was vanaf het moment van kankerregistratie in België (2004), dus reeds vóór de implementatie van de maatregelen van het kankerplan. Ook het rookgedrag begon reeds af te nemen vanaf 1997, toen werden 30% rokers geobserveerd (28% in 2004; 25% in 2008, 23% in 2013) (Gisle, 2010; Gisle, 2014). We zouden verder moeten onderzoeken in welke mate deze daling toe te schrijven is aan de genomen maatregelen. Ten slotte is het ook belangrijk mee te geven dat hoewel de relatieve incidentie daalt van tabaksgerelateerde kankers, het aantal absolute gevallen het komende decennium nog behoorlijk zal stijgen (30% voor longkanker en 15% voor hoofd-halskankers) (BCR, 2015).

In 2016 zal een ambitieuze federale strategie om tabaksgebruik beter te bestrijden worden gelanceerd. Als doelstelling wordt gesteld dat er minder dan 17% dagelijkse rokende volwassenen zijn tegen 2018 en niet tegen 2020 zoals aangegeven door de prognoses. Verschillende initiatieven zullen genomen worden om de Europese richtlijn van 2014 in de Belgische wetgeving om te zetten, hetgeen in 2016 is gerealiseerd: 1) het beperken van de vraag door verhoging van de accijnzen, 2) behandelingen laagdrempelig maken, 3) strengere regels rond tabaksproducten en invoering van de neutrale verpakking en 4) bescherming tegen passief roken door betere controles op de tabakswetgeving.

— KANKER EN VOEDINGSGEWOONTEN

VOEDING

Zoals vermeld in de vorige stand van zaken van januari 2014, bestaat er een duidelijke relatie tussen voeding en kanker, zoals geconcludeerd door de World Cancer Research Fund. In het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan België (NVGP-B) zijn deze bevindingen meegenomen om prioriteiten te stellen in de acties en maatregelen.

Een belangrijk instrument in de monitoring en opvolging van de voedselconsumptie en voedingsgedrag is de voedelconsumptiepeiling. Na de eerste afname in 2004-2005, is nu opnieuw een uitgebreide enquête afgerond in 2014-2015 (Lebacqz, 2015). Deze peiling, gefinancierd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid (EFSA) en gecoördineerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), is uitgevoerd in samenwerking met het Internationaal Agentschap voor Onderzoek naar Kanker (IARC, Lyon, Frankrijk) van de WGO en met de wetenschappelijke ondersteuning van de vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde van de UGent.

Dit eerste rapport van de Nationale Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 biedt een heel uitgebreid overzicht, verdeeld over 13 verschillende thematieken. Daaruit blijkt o.a. dat 45% van de Belgische bevolking tussen de 3 en 64 jaar een te hoge BMI heeft: 29% heeft overgewicht en 16% heeft obesitas. Dit ondanks het feit dat het merendeel van de Belgen regelmatig 3 maaltijden per dag eet, er een duidelijke toename is van de consumptie van biologische producten sinds 2004 en er bovendien meer bewogen wordt sinds 2004. Het gebruik van fruit en verse groente is niet expliciet benoemd. Het gebruik van gejodeerd zout is slechts 36%. In 2009 werd de campagne "Zout: top? Stop het zout!", gelanceerd. De campagne blijkt effectief, want de zoutconsumptie ligt inderdaad 10% lager in 2014, in vergelijking met 2007 wanneer de zoutconsumptie voor het eerst gemeten werd (Koppen et al., 2015).

De publieke opinie ten aanzien van voedingsbeleid lijkt over het algemeen zeer positief. Bijna de helft van de bevolking (47%) is immers gunstig gezind tegenover de heffing van taksen op ongezonde voeding en bijna drie op de vier personen (74%) beweren voorstander te zijn van maatregelen om gezonde voeding financieel te ondersteunen. 64% van de bevolking is ook gunstig gezind tegenover een regulering van de voedselreclames rond junk- en fastfood gericht op kinderen. Ook moet er aandacht besteed worden aan de voeding tijdens de behandeling van kankerpatiënten. Verder in dit rapport bespreken we de maatregelen die hiertoe genomen zijn: de financiering van diëtisten en het uitwerken van projecten rond cachexie.

ALCOHOL

De wet van 10 december 2009, die van kracht is gegaan per 10 januari 2010, houdende diverse bepalingen inzake gezondheid verbiedt de verkoop van wijn en bier aan minderjarigen jonger dan 16 jaar en de verkoop van sterke draken aan minderjarigen jonger dan 18 jaar. De inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid ziet toe op deze verbodsmaatregelen. Tevens wordt in overleg met de sector de gedragscode rond alcoholreclame herzien om kracht bij te zetten.

Uit het gegevens van de Belgische gezondheidsenquête van 2013 (Gisle, 2014b), blijkt dat 6 % van alle Belgen teveel alcohol drinkt. Dit staat gelijk aan het drinken van meer dan 14 glazen per week bij vrouwen, en meer dan 21 glazen per week bij mannen. Het aantal dagelijkse alcoholdrinkers is sterk gestegen sinds 1997, zowel bij mannen als bij vrouwen. In 1997 rapporteerden 10,9% van de mannen en 4,5% van de vrouwen dat ze dagelijks alcohol drinken; in 2013 zijn de respectievelijke cijfers 19,0% en 9,8%. Bij beide geslachten is er dus ongeveer een verdubbeling van het aantal dagelijkse alcoholgebruikers in een periode van 15 jaar tijd. Het zou goed kunnen dat Belgen wel steeds kleinere hoeveelheden drinken. In België, Frankrijk en Nederlanders drinken vaker, maar wel kleinere hoeveelheden dan het Europese gemiddelde, volgens de gegevens van de European Social Survey (Barbier, 2016). Inderdaad, de jaarlijkse hoeveel alcohol dat in België per persoon geconsumeerd daalde van 10.9 liter in 1997 tot 9.8 liter per persoon in 2012 (OECD, 2016).

Het alcoholverbruik bij jongeren baart zorgen: bijna één op drie minzestienjarigen drinkt regelmatig alcohol, en één of vijf doet dit zowel in de week als in het weekend (FOD VVVL, 2016). De risico's voor jongeren zijn nochtans veel groter, ook op lange termijn. De genomen acties en maatregelen lijken nog er nog niet in geslaagd om de alcoholconsumptie te doen verminderen, ook niet onder jongeren.

Een aantal kankers wordt geassocieerd met alcoholconsumptie, namelijk hoofd-hals tumoren en slokdarmkanker. Het is moeilijk om er precieze cijfers op te plakken, aangezien deze tumoren ook worden veroorzaakt door roken. Ongeveer 35% van de gevallen van slokdarmkanker zou te wijten zijn aan roken. Op basis van een meta-analyse (Corrao, 2004) werden relatieve risico's berekend voor het drinken van 25 gram alcohol/dag (~2,5 consumpties), 50 g/dag en 100g/dag ten opzichte van geen alcohol drinken. Het relatief risico op slokdarmkanker neemt exponentieel toe, nl. van 1,39 bij 2,5 consumpties, over 1,93 bij 5 consumpties naar 3,59 bij 10 consumpties. Net als de alcoholconsumptie, is ook de incidentie en mortaliteit van slokdarmkanker stabiel gebleven over de tijd (BCR, 2015). Bij mannen bedroeg de incidentie (ESR) 10,7 in 2004 en 10,3/100.000 in 2013; de respectievelijke cijfers bij vrouwen zijn 2,9 en 3,1. De mortaliteit (ESR in #/100.000 persoonsjaren) bedroeg 8,2 in 2004 en 8,3 in 2013 voor mannen en 2,1 in 2004 en 1,8 in 2013 voor vrouwen. De toename van de bevolking en de vergrijzing zal ervoor zorgen dat het aantal kankers dat o.a. aan alcoholconsumptie gerelateerd is (hoofd-hals tumoren en slokdarmkanker) in absolute aantallen zal stijgen tussen 2013 en 2025.

— KANKER EN LEEFMILIEU

1. Blootstelling aan UV-straling

Jaarlijks vindt er een campagne “veilig in de zon” plaats, voor de zomer. Het is een initiatief van het OIVO, DETIC, FEDIS en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Ook al blijft de mortaliteit ten gevolge van een melanoom over het laatste decennium gelijk, de relatieve incidentie stijgt met 5% per jaar (zie infra Cancer Burden). In 2013 werd de diagnose 2635 keren gesteld, men verwacht dat er in 2025, 4100 nieuwe gevallen van melanoom zullen zijn. 90% van de melanomen worden in een vroeg stadium gediagnosticeerd (stadium I en II), maar het stadium neemt wel toe met de leeftijd. Ouderen hebben dus vaker een verder gevorderd melanoom. Melanomen komen steeds vaker voor op de romp. Deze gegevens kunnen nuttig zijn bij de uitwerking van toekomstige campagnes (BCR, 2015).

2. Pesticiden

Het Federaal reductieprogramma voor pesticiden 2013-2017 vervangt het programma voor de reductie van pesticiden en biociden dat van toepassing was van 2005 tot 2012 (FOD VVWL, 2016).

Het federaal reductieprogramma voor pesticiden 2013-2017 omvat 38 acties, met als doel de volksgezondheid te beschermen. Er zijn onder meer acties gericht op het certificeren van de kennis van professionelen die werken met gewasbeschermingsmiddelen, de voorwaarden voor de verkoop van producten, de informatie van het brede publiek, inspectie betreffende de wijzen van verwerken van gbm, de beschermingsmaatregelen tegen gbm, enz. Aangezien het programma nog gaande is zullen de resultaten hierover vanaf 2018 beschikbaar zijn. Bepaalde van deze acties worden uitgevoerd in coördinatie met de deelstaten.

De relatie tussen pesticiden en kanker is voor vele types kankers aangetoond (oa. kanker van de blaas, nier, bot, hersenen bij kinderen en volwassenen, leukemie, lymfklierkanker en oogkanker) (Pesticides Induced diseases database). Het is niet gemakkelijk om aan te geven wat het aandeel van de pesticides is op het aantal nieuwe kankers per jaar in België. Desalniettemin lijkt het geen verwaarloosbaar aantal te zijn volgens deze uitgebreide publicaties. Het zou dus nuttig zijn om ook in België te trachten na te gaan welk aandeel deze schadelijke stoffen hebben op het aantal nieuwe kankergevallen/jaar en of de genomen maatregelen uiteindelijk hun gewenste effect hebben.

ACTIE 6: CONSULTATIE OM GEZONDHEIDSRISICO'S TE VOORKOMEN

- | | |
|----|---|
| 1. | Gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts |
| 2. | Opleiding van artsen inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's |

GRATIS PREVENTIEVE GEZONDHEIDSCHECK-UP BIJ DE HUISARTS (A6M1)

Personen van 45 tot 75 jaar met een Globaal Medisch Dossier (GMD) hebben één maal per jaar recht op een gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts. Deze preventiemodule werd ingevoerd op 1 april 2011 en is gebaseerd op een checklist, ingevoerd door het Verzekeringscomité op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, die haar voorstel formuleerde na advies van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. Afhankelijk van de internationale aanbevelingen en in functie van de leeftijd omvat de checklist volgende thema's bevatten: 1) criteria rond levensstijl (voeding, roken, alcohol, lichaamsbeweging, stress); 2) onderzoek van het cardiovasculair systeem; 3) screening (colorectale kanker, baarmoederhals- en borstkanker); 3) vaccinatie (difterie, tetanus, griep, pneumokokken); 4) biologische dosering (bloedsuikerspiegel, creatinine en proteïnurie, cholesterol). Concreet ontvangt een huisarts die de verzekeringsinstelling meedeelt dat er bij zijn patiënt een GMD een preventiemodule is gestart bovenop de honoraria voor het beheer van het GMD een forfaitair preventiehonoraarium van 10 Euro. De nomenclatuurcode werd geschrapt op 1 januari 2016, aangezien het werd geïntegreerd in het GMD.

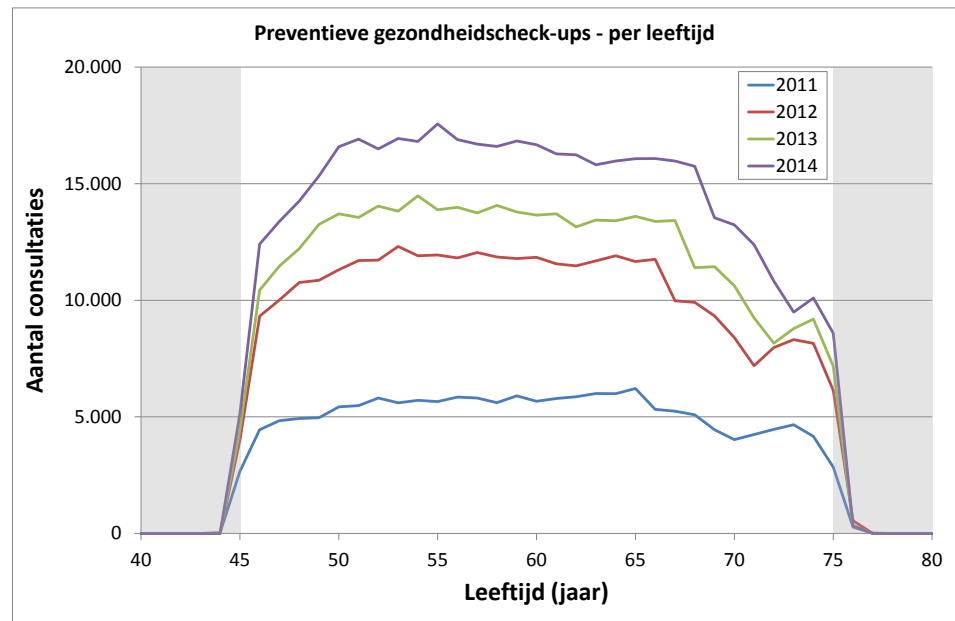
De opvolging van de preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts gebeurt op basis van terugbetalingsgegevens van RIZIV voor de periode van 1 april 2011 en beschikbaar tot en met 31 december 2014. Alle gegevens zijn gebaseerd op 1 nomenclatuurcode, nl. 'Supplement voor de realisatie van de preventiemodule in het kader van het GMD ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434)' (nomenclatuurcode 102395).

**1. Preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts:
totaal en per leeftijdsklasse**

Het totaal aantal preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts in de periode 2011-2014 wordt weergegeven in *Figuur 8* in en in *Tabel 6*. Over een periode van bijna 4 jaar hebben ongeveer 1,3 miljoen consultaties plaats gevonden. Het aantal consultaties neemt toe in de tijd, nl. van circa 160.000 in 2011 (periode van 8 maanden), over 320.000 in 2012, 375.000 in 2013 tot 450.000 in 2014 (*Tabel 6*).

Alhoewel de terugbetaling in principe beperkt is tot personen tussen 45 en 75 jaar, worden er ook data geregistreerd voor personen die jonger of ouder zijn (*zie grijs gearceerde zones in Figuur 8*), nl. over een periode van 4 jaar kregen ongeveer 50 personen jonger dan 45 jaar en 1.500 personen ouder dan 75 jaar een preventieve gezondheidscheck-up bij hun huisarts. In alle verdere analyses worden enkel de gegevens gebruikt van de doelgroep (45-75 jaar). Indien we het aantal consultaties uitdrukken per 100.000 inwoners van diezelfde leeftijdsgroep, zien we een duidelijke toename met de leeftijd in de drie gewesten (*Tabel 6*). De cijfers worden op deze manier uitgedrukt om de leeftijdsstructuur in acht te nemen, waardoor een correcte vergelijking tussen de drie gewesten mogelijk wordt.

Figuur 8 — Aantal terugbetaalde preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts per leeftijd voor de periode 2011-2014



BRON — RIZIV. 2011: gegevens vanaf 1/04/2011; 2012-2014: gegevens van 12 maanden

Tabel 6 — Aantal terugbetaalde preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts per leeftijdsklasse en per gewest, voor de periode 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Preventieve gezondheidscheck-ups bij huisarts – aantal consultaties				
Brussel; 45-54 jaar	1.934	4.479	5.078	6.019
Brussel; 55-64 jaar	2.117	5.099	5.714	6.870
Brussel; 65-75 jaar	1.839	4.453	5.192	6.045
Vlaanderen; 45-54 jaar	39.706	80.151	94.458	110.782
Vlaanderen; 55-64 jaar	46.301	89.918	105.736	126.210
Vlaanderen; 65-75 jaar	41.757	76.418	90.557	109.256
Wallonië; 45-54 jaar	8.164	19.103	21.680	27.204
Wallonië; 55-64 jaar	9.662	22.760	25.177	32.188
Wallonië; 65-75 jaar	7.081	17.829	20.477	26.472
Preventieve gezondheidscheck-ups bij huisarts – aantal / 100.000 inwoners van zelfde leeftijdsgroep				
Brussel; 45-54 jaar	1,4	3,1	3,5	4,1
Brussel; 55-64 jaar	2,0	4,7	5,2	6,2
Brussel; 65-75 jaar	2,4	5,6	6,5	7,4
Vlaanderen; 45-54 jaar	4,2	8,3	9,8	11,6
Vlaanderen; 55-64 jaar	5,8	11,2	13,0	15,3
Vlaanderen; 65-75 jaar	6,6	11,9	13,8	16,4
Wallonië; 45-54 jaar	1,6	3,7	4,2	5,3
Wallonië; 55-64 jaar	2,1	5,0	5,5	7,0
Wallonië; 65-75 jaar	2,3	5,7	6,3	7,8

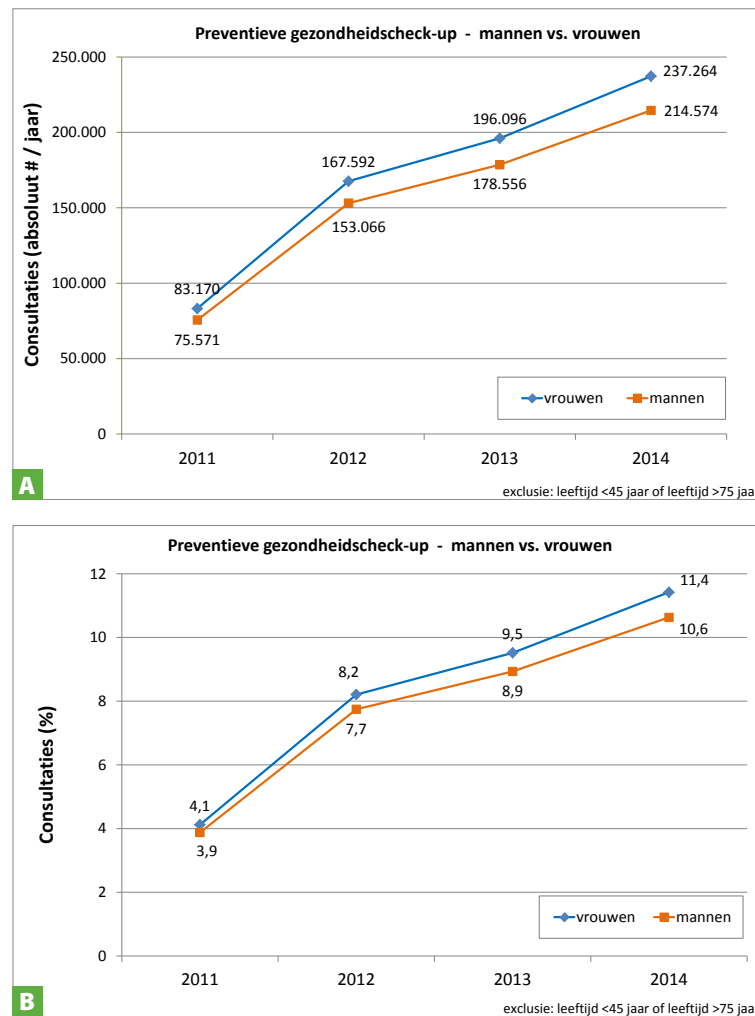
BRON — RIZIV. 2011: gegevens vanaf 1/04/2011; 2012-2014: gegevens van 12 maanden

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest nam het aantal consultaties toe bij de 45-54 jarigen van 1,4 tot 4,1; terwijl dit bij de 55-64 jarigen steeg van 2 tot 6,2 en bij de 65-75 jarige Brusselaars van 2,4 tot 7,4. De cijfers in Wallonië zijn heel erg gelijkaardig. In Vlaanderen zien we een gelijkaardige toename over de tijd en naargelang leeftijdsgroep.

2. Preventieve gezondheidscheck-up: mannen vs. vrouwen

Het aantal preventieve gezondheidscheck-ups - zowel in absoluut aantal, als uitgedrukt per % van de bevolking, ligt iets hoger bij vrouwen dan bij mannen (Figuur 9). Dit is consistent doorheen de tijd.

Figuur 9 — Aantal terugbetaalde preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts, apart voor mannen en vrouwen. (A) absoluut aantal per jaar; (B) aantal consultaties per 100 inwoners per jaar

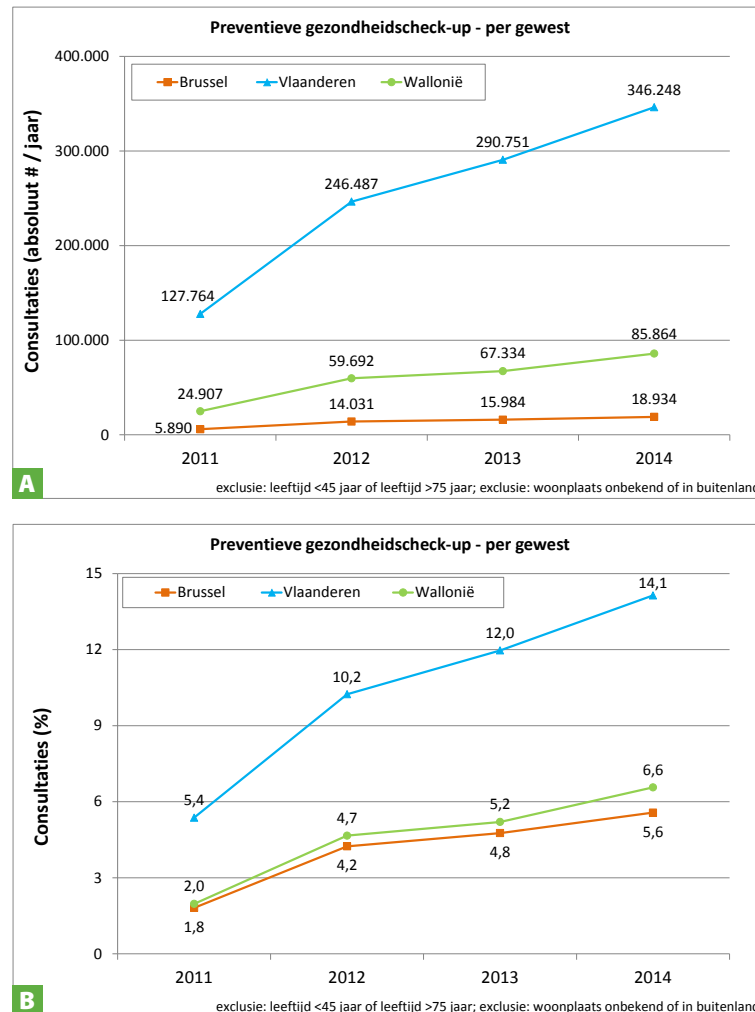


BRON — RIZIV. 2011: gegevens vanaf 1/04/2011; 2012-2014: gegevens van 12 maanden

3. Preventieve gezondheidscheck-up: vergelijking tussen gewesten

Het aantal preventieve gezondheidscheck-ups per gewest wordt weergegeven in *Figuur 10*, zowel in absolute aantallen als uitgedrukt in % van de bevolking. Relatief gezien, werden er meer gezondheidscheck-ups uitgevoerd in Vlaanderen in vergelijking met Wallonië of het Brussels hoofdstedelijk gewest, nl. in 2014 onderging ongeveer 14% van de bevolkingsgroep tussen 45 en 75 jaar in Vlaanderen een check-up, tegenover 6,5% in Wallonië en 5,5% in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Uit *Tabel 6* kunnen we afleiden dat dit verschillend gebruik opgaat voor de drie leeftijdsgroepen.

Figuur 10 — Aantal terugbetaalde preventieve gezondheidscheck-ups bij de huisarts, per gewest. (A) absoluut aantal per jaar; (B) aantal consultaties per 100 inwoners per jaar



BRON — RIZIV. 2011: gegevens vanaf 1/04/2011; 2012-2014: gegevens van 12 maanden

4. Preventieve gezondheidscheck-up: impact

Deze preventieve gezondheidscheck-ups, en een preventiebeleid in het algemeen zouden moeten leiden tot een betere algemene gezondheid en minder sterftegevallen ten gevolge van kanker. In de toekomst kunnen we bekijken of dergelijke beleidsmaatregelen een invloed hebben gehad op de mortaliteit. Verder in dit rapport gaan we in op de evolutie van de 'Cancer Burden' in België. Hier geven we alvast mee dat het WIV-ISP, een mandaat gekregen heeft van de Vlaamse en Franstalige gemeenschap om een software applicatie te ontwikkelen die het analyseren van vitale statistieken (populatie, geboorte en sterfte) voor België vergemakkelijkt. Deze software werd SPMA (*Standardized Procedures for Mortality Analysis*) gedoopt en is vrij beschikbaar.

Tabel 7 is een voorbeeld van zo'n analyse door SPMA, en geeft alvast een overzicht van het aantal sterfgevallen voor die leeftijdscategorieën waarvoor een preventieve gezondheidscheck-up werd gefinancierd.

Tabel 7 — Aantal sterfgevallen per leeftijdsklasse en per gewest, voor de periode 2011-2013

	Brussel Hoofdstedelijk gewest			Wallonië			Vlaanderen		
	45-54 j	55-64 j	65-74 j	45-54 j	55-64 j	65-74 j	45-54 j	55-64 j	65-74 j
2011	423	849	1.262	1.988	4.256	5.550	2.448	5.316	8.842
2012	439	893	1.432	1.992	4.273	5.703	2.452	5.188	9.155
2013	444	869	1.393	1.900	4.120	5.899	2.331	5.264	9.186

BRON GEGEVENS — ADSEI; interactieve weergave WIV-ISP (SPMA)

OPLEIDING VAN ARTSEN INZAKE HET VOORKOMEN VAN GEZONDHEIDSRISICO'S (A6M2)

De e-learning module rond de aanpak van overgewicht en obesitas werd ontwikkeld door vzw Eetexpert. Sinds september 2014, is deze e-learning module beschikbaar aangeboden via het leerplatform Dokeos en is terug te vinden in de e-learning bibliotheek van het Riziv: <https://inami-riziv.dokeosnet.com>.

De e-learning is in eerste instantie gericht op huisartsen, maar is ook toegankelijk voor andere artsen en kinesisten via hun RIZIV-nummer. Voor geïnteresseerde hulpverleners uit andere disciplines is er op dit moment de mogelijkheid om na registratie op bovenstaande website de e-learning te kunnen volgen, maar zonder accreditatie. De Nederlandstalige module is terug te vinden als "Overgewicht en obesitas". Er is ook een Franstalige versie van deze module ontwikkeld: "Surpoids et obésité".

Deze e-learning module heeft verschillende leerdoelen:

- De aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen in de eerste lijn verbeteren, door grondige identificatie, diagnosestelling, risicostratificatie en behandeling op maat in plaats van het standaard advies "eet minder, beweeg meer". - De focus op gewicht veranderen naar een focus op leefstijl bij de aanpak van overgewicht en obesitas.
- Het kunnen herkennen van de signalen van eetproblemen en eetstoornissen en het kunnen gebruik maken van korte screeningsinstrumenten om eetstoornissen te detecteren.
- Kennismaken met de ruimere EOSS stadiëring naast BMI als inschatting van ernst en deze kunnen toepassen.
- Het kunnen toepassen van de beschikbare handvatten om motivationeel te werken bij de aanpak van overgewicht en obesitas.
- Het kunnen inschatten van de meerwaarde van andere disciplines bij de aanpak van overgewicht en obesitas en waar aangewezen multidisciplinair werken.

Uit gegevens van het Riziv blijkt dat het gebruik van deze cursus in 2015, bijna 25% hoger ligt dan voor andere cursussen (die al in 2014 gestart zijn). Er werden een 400-tal cursisten geregistreerd voor deze obesitas module, in vergelijking met 300 cursisten voor andere topics op jaarbasis. Het aantal accreditaties voor obesitas (40% van de starters) ligt tussenin, bij de andere cursussen is dat 35%, 46% en 53%. Er zou verder moeten onderzoek worden wat de effecten van deze e-learning module zijn: hoe vaak artsen deze nieuwe inzichten toepassen en wat de ervaringen van patiënten hiermee zijn.

ACTIE 3: UITBREIDING VAN DE LEEFTIJDSGROEP VOOR DE INENTING TEGEN HET PAPILLOMAVIRUS TOT MEISJES VAN 12 TOT 18 JAAR (IN PLAATS VAN 12 TOT 15 JAAR)

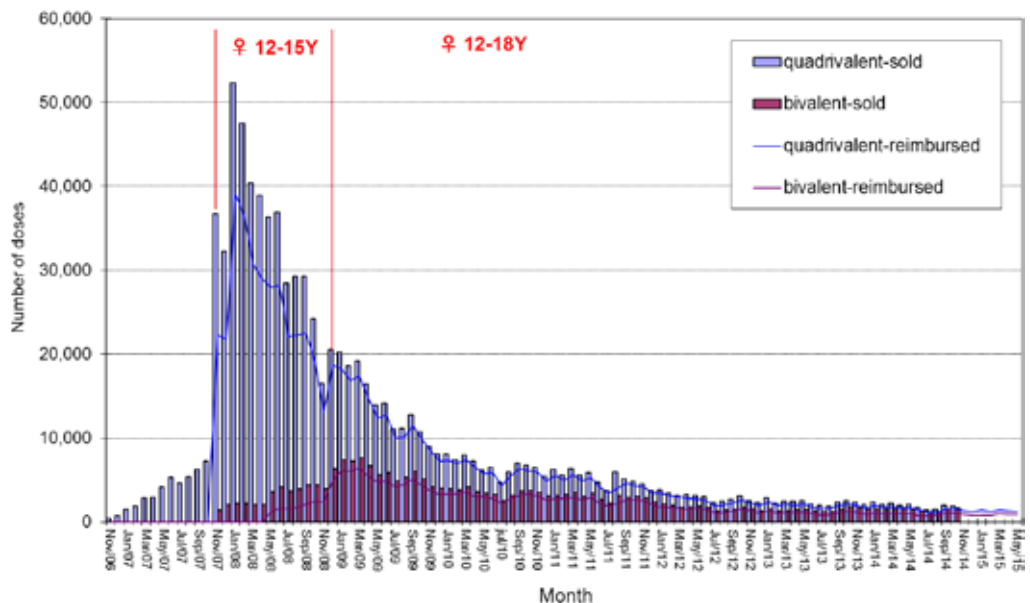
1. De terugbetaling van het anti-HPV vaccin tot 18 jaar uitbreiden
2. Campagne om meisjes van 12 jaar tegen het papillomavirus te vaccineren

1. Uitbreiding van de terugbetaling van het anti-HPV vaccin

Het HPV vaccin is te verkrijgen in Belgische apotheken sinds November 2006. Sinds November 2007 wordt het HPV vaccin partieel terugbetaald door het RIZIV, aanvankelijk voor meisjes van 12 tot 15 en vervolgens (vanaf november 2008) als gevolg van actie 3 van het Kankerplan, voor meisjes van 12 tot 18 jaar (Simoens et al., 2009; Arbyn, 2010). Oorspronkelijk werd alleen het quadrivalent vaccin terugbetaald maar vanaf november 2007 is dit ook het geval voor het bivalente vaccin. Kort na de invoering van de terugbetaling steeg het aantal verkochte dossissen spectaculair tot meer dan 50.000 per maand (januari 2008). Nadien daalde de consumptie van het vaccin progressief met de tijd tot 3.000 à 4.000 dossissen per maand sinds 2014. In 2014 werd 74% van de verkochte HPV vaccins partieel terugbetaald. Het aandeel van het bivalent vaccin in het totaal aantal verkochte HPV vaccins nam toe in de tijd (34% in 2014).

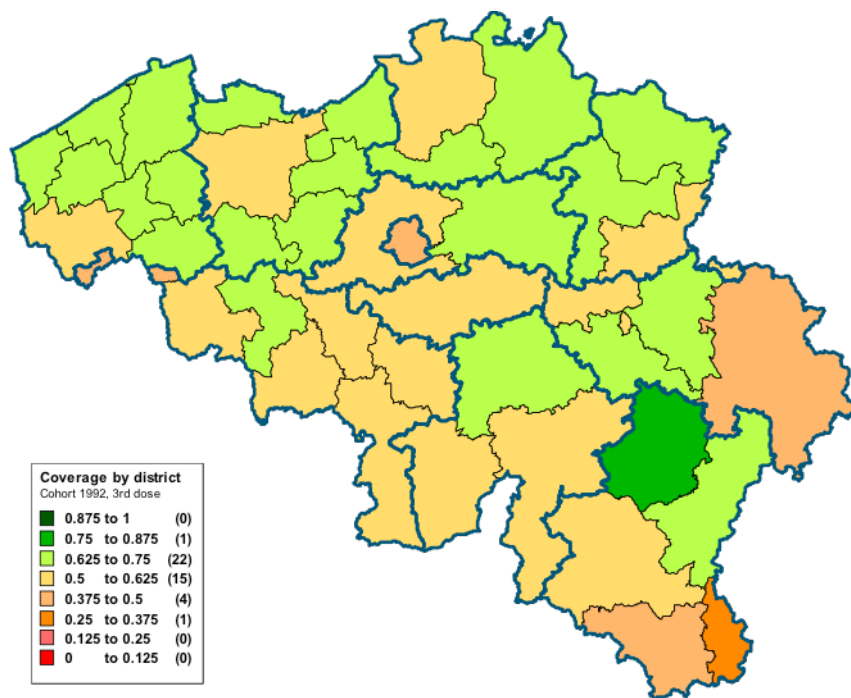
Er is een persoonlijke bijdrage van ongeveer 12€ per dosis (of 8 € voor sociaal zwakkere categorieën), terwijl de rest van de kost van het vaccin (ongeveer 110€ /dosis) door de ziekteverzekering word gedragen. *Figuur 11* bevat informatie over het maandelijks aantal verkochte en terugbetaalde dossissen van beide types van het HPV vaccin tussen 2006 en 2015. Dat zijn afkomstig van RIZIV/Farmanet (terugbetalingen) en IMS (International Marketing System, aantal verkochte dossissen).

Figuur 11 — Aantal verkochte (staafdiagram) en terugbetaalde (lijn curve) HPV vaccins per maand tussen november 2006 en mei 2015 (Updated van Arbyn et al., 2010)



Een schatting van de dekkingsgraad door deze opportunistische (terugbetaalde) vaccinatie tussen November 2007 en Mei 2012 kan gemaakt worden op basis van een dataset van individueel gepseudonymiseerde RIZIV gegevens (Arbyn, 2012). De dekkingsgraad voor drie dosissen varieerde per geboortecohorte (C) en daalde van 50% voor C1992, 46% voor C1993 tot 37% voor C1994 (Arbyn, 2012). De geografische variatie van de cumulatieve HPV vaccinatie graad wordt getoond in *Figuur 12* voor meisjes geboren in 1992. Deze varieerde tussen 34% (Aarlen) en 78% (Marche en Famenne) en was gemiddeld 61% voor België, 65% voor het Vlaams Gewest, 60% voor het Waals Gewest, en maar 43% voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Helaas kon de dekkingsgraad na mei 2012 niet meer geëvalueerd worden aan de hand van Farmanet/RIZIV data wegens wijzigingen in het datacodering.

Figuur 12 — *Cumulatieve dekkingsgraad voor 3 dosissen van het HPV vaccin, bereikt in mei 2012 voor meisjes geboren in 1992, per arrondissement*



2. HPV vaccinatie georganiseerd door de Gemeenschappen

Gratis HPV vaccinatie (3 dosissen van het quadrivalent vaccin) werd georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap vanaf het schooljaar 2010-11 voor meisjes van het eerste middelbaar of geboren in 1998. De dekking voor de drie dosissen bedroeg 81% en 79%, respectievelijk voor de schooljaren 2010-11 en 2011-12 (Top & Paeps, 2015). De meeste vaccins werden toegediend door de CLB's (93% in 2010-11 en 97% in 2011-12). De rest werd toegediend door de huisarts of pediater. In 2011-12 startte de Franse en Duitstalige Gemeenschap eveneens een gratis georganiseerde HPV vaccinatie (3 dosissen van het bivalent vaccin) voor meisjes van het tweede middelbaar of van 13 jaar. De dekkingsgraad voor 3 dosissen werd geschat op 29% voor het schooljaar 2012-13 (Vermeeren et al., 2014). In 2014, werd in beide gemeenschappen overgeschakeld naar een twee-dosis schema met het bivalente vaccin (Arbyn et al., 2016).

3. Surveillance van HPV vaccinatie effecten

In 2010-2014 werd de SEHIB studie uitgevoerd die als doel had de prevalentie van HPV en geassocieerde cervicale letsels te meten bij aanvang van HPV vaccinatie in België alsook het eerste effect van vaccinatie bij jonge vrouwen (18-29 jaar) te schatten. De SEHIB studie includeerde residueel materiaal van 6.000 continue cervix screeningstalen aangerijkt met 650 pathologische stalen uit vier perifere en vier universitaire Belgische laboratoria voor cytopathologie in de periode 2010-2014. Voor de stalen afgenomen in de universitaire centra werd tevens de HPV vaccinatie-status en ook bipten opgevraagd. HPV vaccinatie bood significante bescherming tegen HPV16 (vaccin effectiviteit: 67%, 95% CI: 48-79%) en HPV18 (67%, 95% CI: 48-79%) infectie bij vrouwen jonger dan 30 jaar. HPV vaccinatie beschermde tevens tegen cytologische en histologische letsels. Het absoluut risico verschil (prevalentie bij niet gevaccineerde vrouwen – prevalentie bij gevaccineerde vrouwen) was 1,6% (95% CI: 2.6% tot 0.7%), 0,3% (95% CI 0.6% tot 0,1%) voor respectievelijk milde en ernstige cervicale dysplasie. Bescherming tegen HPV16 en HPV18 infectie was significant in alle leeftijdsgroepen onder de 30 jaar. Maar geen bescherming tegen cytologische letsels te wijten aan HPV16/18 kon worden aangetoond in de groep 25-29 jaar. Meer gedetailleerde resultaten zijn te vinden in een recente publicatie (Arbyn et al, 2016). De SEHIB studie toont aan dat HPV genotypering van cytologische stalen van jonge vrouwen die deelnemen aan baarmoederhalskankerscreening kunnen aangewend worden voor de surveillance van de impact van HPV vaccinatie. De protectie geboden door het HPV vaccin geobserveerd bij vrouwen onder de 30 jaar in België was vergelijkbaar met de effecten in de ITT¹ analyse van gerandomiseerde studies. De geringe of afwezige effectiviteit bij vrouwen van 25-29 jaar is te verklaren door het feit dat minstens een deel van deze vrouwen reeds geïnfecteerd was met de HPV vaccin types voor vaccinatie. In de toekomst zullen proportioneel meer vrouwen de screeningsleeftijd bereiken die gevaccineerd waren voor blootstelling aan HPV. Men mag verwachten dat de protectiecijfers dan evolueren naar de per-protocol² observaties van de gerandomiseerde studies (Arbyn et al., 2015).

1 ITT: intenton-to-treat analyse. Deze analyse omvat alle vrouwen die deelnamen aan de gerandomiseerde vaccinatie studies, ook diegene die al geïnfecteerd waren met HPV vaccin types.

2 Per-protocol analyse. Deze analyse omvat enkel vrouwen die nog niet geïnfecteerd waren met de HPV vaccine types bij aanvang van de gerandomiseerde vaccinatie studies.

4. Toekomstplannen

Gezien in de nabije toekomst jonge vrouwen, die gevaccineerd zijn tegen HPV, de doelleeftijd voor screening zullen bereiken, is het eveneens nodig dat ook HPV vaccinatiegegevens worden verzameld.

Het Kankercentrum heeft in samenwerking met het Nationaal Referentie Centrum voor HPV een plan voor surveillance van effecten van HPV vaccinatie uitgewerkt. Dit voorziet collectie van gearhiveerd residueel cellulair materiaal van uitstrijkjes van vrouwen van 30 jaar en jonger die recentelijk deel hebben genomen aan baarmoederhalskankerscreening. Dit materiaal zal getest worden met een gevalideerde HPV genotyperingstest. Vervolgens zullen de data gelinkt worden aan HPV vaccinatiegegevens. Met de resultaten kan men de vraag beantwoorden of de prevalentie van infecties met vaccin HPV types en eventueel ook andere HPV types alsook van cervixletsels lager is dan bij niet-gevaccineerde vrouwen. Het surveillance plan houdt ook in dat biopten van patiënten met cervixkanker en andere HPV-gerelateerde tumoren zullen worden verzameld voor HPV genotypering. Het voorkomen van HPV-negatieve cervixkanker zal worden gemonitord. Deze HPV-negatieve kankers zullen worden geverifieerd met meerdere HPV testen, waaronder ook NGS (next generation sequencing) die verschillende virale genen detecteren.

— REFERENTIES

- Agudo A et al. (2012). Impact of cigarette smoking on cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *Journal of Clinical Oncology*; 30:4550-4557.
- Arbyn M, Simoens C, Van Damme P, et al. Introduction of HPV vaccination in Belgium, Luxembourg and the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest* 2010;70: 152-60.
- Arbyn M, Vanden Broeck D, Benoy I, et al. Surveillance of effects of HPV vaccination in Belgium. *Cancer Epidemiol* 2016;41: 152-8.
- Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PL, Markowitz L. A Cochrane Review on prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent HPV infection and cervical precancer. EUROGIN-2015 Conference: HPV Infection and Related Cancers: Translating Research Innovations into Improved Practice. 2015 Feb 7; Sevilla 2015.
- Arbyn M. HPV vaccination of teenage girls in Belgium. Annual Conference; Bredene (Belgium): Flemish Society of Obstetric and Gynaecology; 2012 p. 1-21.
- Barbier, S. (2016). Belgen drinken vaker alcohol dan de gemiddelde Europeaan. Geraadpleegd op 31 augustus 2016, via <https://www.kuleuven.be/pers/persberichten-2015/belgen-drinken-vaker-alcohol-dan-de-gemiddelde-europeaan>
- Brawley, O. W. (2011), Avoidable cancer deaths globally. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61: 67-68. doi:10.3322/caac.20108.
- Corrao G et al. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*; 38:613-9.
- Ezzati, M. et al. (2005) Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. *Int. J. Cancer*, 116, 963-971.
- FARES. <http://www.fares.be/fr/tabagisme/>
- Federaal reductieprogramma voor pesticiden 2013-2017. http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19079775/FRPP%20voor%20raadpleging%20PDF.pdf
- FOD Economie. Bevolkingsgegevens. <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/>
- FOD Economie. Geboorten. http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/geboorten_vruchtbaarheid/
- FOD VVVL (2016). <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/alcohol-tabak/alcohol>
- Gisle, L. (2010). Het gebruik van alcohol. In J. Van der Heyden, L. Gisle, S. Demarest, S. Drieskens, E. Hesse, & J. Tafforeau (Eds.), *Gezondheidsenquête, België 2008* (pp. 389- 467). WIV-ISP, Brussels, 2010.
- Gisle L. (2014). Alcoholgebruik. In: Gisle L, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl*. WIV-ISP, Brussel.
- Gisle L. (2014). Het gebruik van tabak. In: Gisle L, Demarest S (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl*. WIV-ISP, Brussel, 2014.
- Koninklijk Besluit van 29/12/2010 (Belgisch Staatsblad van 31/12/2010).
- Koninklijk Besluit van 19/07/2013 (Belgisch Staatsblad van 15/09/2009).
- Koppen, Paulussen et al. (2015). Estimation of salt intake by the Belgian population through analysis of sodium in 24-hour urine samples. Report number: 2015/MRG/R/0208.

Lebacqz T, Teppers E (ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP: Brussel, 2015.

OECD (2016), Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en (Accessed on 24 August 2016).

Pesticides induced diseases database. <http://beyondpesticides.org/resources/pesticide-induced-diseases-database/cancer>

Simoens C, Sabbe M, Van Damme P, Beutels P, Arbyn M. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination in Belgium, 2007-2008. *Eurosurveillance* 2009;14: pii=19407-.

Top G, Paeps A. Actualisering: HPV-vaccinatie in Vlaanderen – Resultaten van de eerste twee vaccinatiejaren 2010-2012. *Vlaams Infectiebulletin* 2015;81: 1-2.

Vermeeren A, Miermans MC, Swennen B. Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Brussels: PROVAC; 2014.

VRGT. <http://www.vrgt.be/tabakspreventie>

Wet van 10/12/1997. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1997121037&table_name=wet

Wet van 29/05/2002. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052930&table_name=wet

Wet van 19/07/2004. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2004071946

Wet van 31/05/2007. (http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/waarschuwingen_nl.pdf)

Wet van 22/12/2009. http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_22_12_2009_nl.pdf

C. SCREENING

In het Kankerplan werden acties opgezet ter verbetering van de vroegtijdige opsporing van borstkanker (Actie 4) baarmoederhalskanker (Actie 5) en colorectale kanker.

ACTIE 4: BETERE OPSPORING EN VROEGTIJDIGE DIAGNOSE VAN BORSTKANKER

1. Kwaliteitscontrole van de screeningapparatuur
2. Gratis bijkomende onderzoeken na een screening
3. Gratis screening voor vrouwen met een verhoogd risico

ACTIE 5: PROGRAMMA VOOR SYSTEMATISCHE OPSPORING VAN BAARMOEDERHALSKANKER

1. Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker bij vrouwen van 25 tot 64 jaar
2. Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken
3. Integratie van de testresultaten van de opsporingen in de gegevens van het Kankerregister

BIJKOMENDE ACTIE: CAMPAGNE OM COLORECTALE KANKER OP TE SPOREN

1. Programma om colorectale kanker op te sporen

Een uitgebreide dataset met informatie over screening naar kanker van de borst, dikke darm en baarmoederhals, opgesteld door de IARC (Arbyn et al., 2015), werd verzameld in samenwerking met de organisaties verantwoordelijk voor kankerscreening (Brussel, Vlaanderen, Wallonië, Stichting Kankerregister en Intermutualistisch Agentschap). Het is de bedoeling om deze operatie regelmatig te herhalen zodat de stand van zaken inzake kankerscreening kan opgemaakt worden aan de hand van een serie van pertinente kwaliteitsindicatoren. We geven hieronder een overzicht van de data verzameling.

1. Screening naar borstkanker in België

De screeningspolitiek voor België sluit aan bij Europese richtlijnen: één mammografie om de twee jaar bij vrouwen van 50-69 jaar, met dubbele lezing van de mammografie, kwaliteitscontrole van apparatuur en data (Perry et al., 2008). Er bestaan drie screeningsprogramma's die elk een gewest dekken (Vlaams, Waals en Brussel Hoofdstedelijk Gewest). De screeningsmammografie en dubbele lezing is gratis voor de betrokkene. De kost hiervan wordt gedragen door het RIZIV. Daarnaast bestaat er ook opportunistische screening of screening door "diagnostische mammografie" die niet gebonden is aan leeftijd, interval, of kwaliteitsprocedures.

Tabel 1 toont de deelname van vrouwen aan opportunistische en georganiseerde borstkankerscreening bij vrouwen van de doelleeftijdsgroep 50-69 jaar. In Vlaanderen is georganiseerde screening, de belangrijkste vorm van screening, terwijl in Wallonië georganiseerde screening nauwelijks 10% van de doelbevolking dekt. De dekkingsgraad gegenereerd door de diagnostische mammografische screening toont een belangrijke verschil per leeftijdsgroep met een dalende trend voor oudere vrouwen. Deze leeftijdsgradiënt is geringer of afwezig in de georganiseerde screening. Globaal zijn de verschillen tussen de Gewesten geringer als men kijkt naar het percentage vrouwen met een "diagnostische" of screeningsmammografie samen. Het Vlaams gewest heeft de hoogste globale dekking door mammografie (75%-53%), gevolgd door het Waals gewest (60%-51%) en Brussel (57%-49%).

Tabel 1 — Percentage vrouwen (50-69 jaar) die een mammografie (“diagnostische” of screening) lieten uitvoeren in de periode 2011-2012 (per 5-jaar leeftijdsgroep en gewest)

	Brussel	Vlaams gewest	Waals gewest
“Diagnostische” mammografie			
50-54 jaar (%)	47,9	20,8	54,2
54-59 jaar (%)	41,6	18,1	48,2
60-64 jaar (%)	41,7	17,7	46,5
65-69 jaar (%)	37,9	16,2	42,7
Screeningsmammografie, georganiseerd			
50-54 jaar (%)	9,0	53,7	5,7
54-59 jaar (%)	10,5	47,2	7,3
60-64 jaar (%)	10,8	49,4	7,8
65-69 jaar (%)	10,8	47,0	8,6
“Diagnostische” of screeningsmammografie			
50-54 jaar (%)	57,0	74,7	60,0
54-59 jaar (%)	52,2	65,3	55,5
60-64 jaar (%)	52,5	67,1	54,3
65-69 jaar (%)	48,6	63,1	51,3

BRON — IMA atlas

In Tabel 2 worden de cijfers getoond voor het jaar 2013 die werden verzameld voor deze IARC dataverzameling. De dekkingsgraad door uitnodiging is zeer goed voor alle regio's. Soms is deze coverage meer dan 100%. Dit is mogelijk omdat een screeningsronde twee jaar bedraagt en er een zekere overlap in de uitnodigingen is tussen de jaren van een screeningsronde. Er zijn echter frappante interregionale verschillen in het antwoord op deze uitnodigingsbrief. In Vlaanderen bedraagt de response rate 49%, terwijl dit in de twee andere gewesten minder dan 10% van de vrouwen zich laat screenen na een uitnodigingsbrief. Hoewel de participatie in Vlaanderen dus een stuk hoger ligt, is dit nog steeds minder dan het Europese streefdoel van 70%. De response rate verschilt weinig per leeftijdsgroep.

Tabel 2 — Georganiseerde borstkankerscreening in België in 2013

Doelbevolking (2013)				
Leeftijd (jaar)	Brussel	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
50-54	31.154	241.186	151.534	423.874
55-59	28.286	223.463	117.710	369.459
60-64	25.032	196.985	106.212	328.229
65-69	19.527	181.476	72.648	273.651
TOTAAL	104.000	843.110	448.104	1.395.214
Aantal vrouwen die een uitnodigingsbrief kreeg in 2013				
Leeftijd (jaar)	Brussel	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
50-54	14.549	133.650	75.767	223.966
55-59	16.324	96.126	58.855	171.305
60-64	14.570	93.917	53.106	161.593
65-69	13.056	83.215	36.324	132.595
TOTAAL	58.499	406.908	224.052	689.459

Het aantal uitgenodigde vrouwen in 2013 dat een screeningsmammografie kreeg <12 maanden na een uitnodiging

Leeftijd (jaar)	Brussel	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
50-54	1.198	61.736	3.793	66.727
55-59	1.412	48.239	3.831	53.482
60-64	1.228	47.516	3.519	52.263
65-69	1.267	40.384	2.820	44.471
TOTAAL	5.105	197.875	13.963	216.943

Dekkingsgraad voor uitnodiging (aantal uitnodigingen / doelbevolking / 2)

Leeftijd (jaar)	Brussel	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
50-54	93,4%	110,8%	100,0%	105,7%
55-59	115,4%	86,0%	100,0%	92,7%
60-64	116,4%	95,4%	100,0%	98,5%
65-69	133,7%	91,7%	100,0%	96,9%
TOTAAL	112,5%	96,5%	100,0%	98,8%

Response rate (% uitgenodigde vrouwen die een screeningsmammografie kreeg)

Leeftijd (jaar)	Brussel	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
50-54	8,2%	46,2%	5 0%	29,8%
55-59	8,6%	50,2%	6,5%	31,2%
60-64	8,4%	50,6%	6,6%	32,3%
65-69	9,7%	48,5%	7,8%	33,5%
TOTAAL	8,7%	48,6%	6,2%	31,5%

In het Brusselse gewest worden het vaakst positieve screeningsmammografieën die verder onderzoek vergen opgetekend, namelijk in 11,8 % van de gevallen, in vergelijking met 2,4% in Vlaanderen en 7,5% in Wallonië (zie Tabel 3). De detectiegraad (aantal vrouwen dat daadwerkelijk een maligniteit heeft op 1000 gescreenden) is afhankelijk van de leeftijd. Ze is hoger in Brussel (6,46) en Wallonië (6,37) dan in Vlaanderen (5,32). De positieve predictieve waarde, de proportie van de biopsieën met carcinoma in situ of invasieve kanker ten opzichte van het aantal opgevolgde vrouwen met een afwijkende mammografie, varieert eveneens tussen de gewesten (9,9% en 8,5% in respectievelijk Brussel en Wallonië, versus 22,6% in Vlaanderen) en neemt toe met de leeftijd. In Vlaanderen hebben vrouwen de grootste kans om een positieve biopsie te hebben na een afwijkende mammografie. Het lijkt dus dat in Vlaanderen de beoordeling van afwijkende mammografieën vaker een maligniteit "oplevert" dan in de andere gewesten. Regionale verschillen in het percentage positieve screeningstesten, het percentage afwijkingen die effectief wordt opgevolgd en de positief predictieve waarden vergen nader onderzoek. Er ontbreekt informatie over de intervalcarcinomen en dus nog geen sluitende conclusie over de gevoeligheid van screeningsmammografie geformuleerd worden.

Deze ontbrekende gegevens over de interval carcinomen, verhinderen ons om een volledige evaluatie van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uit te voeren. De impactfactoren zoals de detectiegraad moeten aan het % interval carcinomen worden gerelateerd om een vergelijking met de Europese richtlijnen te kunnen maken (Perry et al., 2006). Om die reden werd er in deze tabellen nog geen onderscheid gemaakt is tussen 1^e screening en een screening ter opvolging.

België heeft de hoogste incidentie van borstkanker in West-Europa (BCR, 2015 en zie supra bij Cancer Burden). Daarom is een nauwgezette evaluatie van screeningsgegevens van uiterst belang. Opportunistische mammografieën nemen nog steeds een zeer belangrijk deel in van het totaal pakket van mammografieën in alle gewesten maar vooral in Wallonië en Brussel. Deze opportunistische screening voldoet echter niet aan kwaliteitsvereisten voorzien in Europese richtlijnen.

Tabel 3 — *Follow-up, detectiegraad en positieve predictive value van screeningsmammografieën per gewest*

	Follow up								
	Aantal afwijkende mammografieën			% gescreende vrouwen met afwijkingen			% van afwijkende screeningsmammografieën dat een opvolging kregen		
	Br	VI	Wall	Br	VI	Wall	Br	VI	Wall
50-54 j	193	1 876	464	13,10%	2,90%	9,40%	-	91,50%	89,20%
55-59 j	195	1 209	330	11,50%	2,40%	6,90%	-	92,10%	87,30%
60-64 j	164	992	298	11,10%	2,00%	6,60%	-	91,80%	89,20%
65-69 j	158	902	262	11,40%	5,5	6,90%	-	91,80%	88,50%
TOTAAL	710	4 799	1 354	11,80%	2,40%	7,50%	-	91,70%	88,60%
Detectiegraad per 1000 gescreende vrouwen									
	CIS			Invasieve tumoren			Alle maligniteiten		
	Br	VI	Wall	Br	VI	Wall	Br	VI	Wall
50-54 j	1,36	0,87	0,61	4,74	3,52	1,62	6,1	4,39	2,22
55-59 j	0,59	0,98	1,46	3,54	3,69	3,96	4,13	4,67	5,42
60-64 j	1,35	1,05	1,33	6,07	4,8	6,89	7,42	5,85	8,22
65-69 j	0,72	1,11	1,31	7,94	5,78	9,46	8,66	6,9	10,78
TOTAAL	0,99	0,99	1,16	5,46	4,33	5,21	6,46	5,32	6,37
Positive predictive value (PPV)									
	Br	VI	Wall						
50-54 j	5,5	15	2,4						
55-59 j	6,7	22,6	7,9						
60-64 j	16,4	28,7	12,4						
65-69 j	20,3	31,6	15,6						
TOTAAL	9,8	22,6	8,5						

2. Screening naar baarmoederhalskanker

In heel België, wordt de 2008-versie van de Europese richtlijnen gevolgd (Arbyn et al., 2010). Deze voorziet screening om de drie tot vijf jaar bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 25-64 jaar. In België is het aangeraden screenings interval drie jaar.

Een derde IMA rapport werd opgesteld over de afname en lezing van cervicale uitstrijkjes in het kader van baarmoederhalskankerscreening, in samenwerking met IMA, het Kankerregister en het Kankercentrum (Van den Heede et al., 2015). Dit rapport beslaat de periode 2006-2012 en is een verderzetting van de twee vorige rapporten over de periode 1996-2006 (Arbyn et al., 2009; Arbyn et al., 2014). Tabel 4 en 5 geeft de grootte van de doelbevolking, het aantal gescreende vrouwen in 2012 en de dekkingsgraad, berekend zoals aanbevolen door de IARC. De dekkingsgraad was iets hoger in het Waals gewest (64%) dan in het Vlaams Gewest (60%) en Brussel (59%). Voor heel België bedroeg de dekkingsgraad 61%. Het leeftijdsprofiel is gelijkaardig in alle gewesten. De dekkingsgraad is vrij hoog voor vrouwen jonger dan 40 jaar (in België >70%) en daalt nadien progressief (tot 40% bij vrouwen van 60-64 jaar in België).

Tabel 4 — Doelpopulatie (vrouwen 25-64 jaar) en het aantal gescreende vrouwen op baarmoederhalskanker in 2012 (Van den Heede et al., 2015)

Leeftijd (in jaren)	Populatie				Aantal gescreende vrouwen			
	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België
25-29	184.547	46.960	102.707	334.214	43.385	9.730	2.785	78.900
30-34	198.257	46.919	104.344	349.520	48.949	10.149	26.273	85.371
35-39	191.997	39.815	108.523	340.335	45.137	8.561	26.585	80.283
40-44	215.477	36.084	118.785	370.346	48.068	7.477	27.456	83.001
45-49	233.452	32.822	123.336	389.610	48.268	6.686	26.987	81.941
50-54	231.428	31.368	124.301	387.097	41.820	5.814	24.715	72.349
55-59	210.649	28.566	117.934	357.149	31.287	4.633	19.413	55.333
60-64	188.901	25.400	111.212	325.513	23.848	3.548	16.104	43.500
TOTAAL	1.654.708	287.934	911.142	2.853.784	330.762	56.598	193.318	580.678

Tabel 5 — Dekkingsgraad voor screening op baarmoederhalskanker, per leeftijdsgroep en gewest (aantal gescreende vrouwen in 2012 / (populatie grootte / 3³)) (bevolkingsonderzoek.be, 2015)

Dekkingsgraad voor screening op baarmoederhalskanker				
Leeftijd (in jaren)	Vlaams gewest	Brussel	Waals gewest	België
25-29	70,5%	62,2%	75,3%	70,8%
30-34	74,1%	64,9%	75,5%	73,3%
35-39	70,5%	64,5%	73,5%	70,8%
40-44	66,9%	62,2%	69,3%	67,2%
45-49	62,0%	61,1%	65,6%	63,1%
50-54	54,2%	55,6%	59,6%	56,1%
55-59	44,6%	48,7%	49,4%	46,5%
60-64	37,9%	41,9%	43,4%	40,1%
TOTAAL	60,0%	59,0%	63,7%	61,0%

3 De doelpopulatie wordt gedeeld door 3 vermits dit het aangewezen screeningsinterval is.

In **Vlaanderen**, worden sinds juni 2013 vrouwen uitgenodigd om een uitstrijkje te laten nemen bij de huisarts of de gynaecoloog. Dit gebeurt op basis van een oproep en heroproepsysteem (call-recall systeem). De screeningstest is cervix cytologie aan een frequentie van 1 maal per 3 jaar in de doelgroep van vrouwen van 25-64 jaar, conform met de Europese aanbevelingen. Het Vlaams programma inviteert vrouwen van een beperkte groep voor wie een nieuw uitstrijkje nuttig is. Vrouwen die een diagnose van uterus kanker hebben gehad, een totale hysterectomie hebben ondergaan of die reeds een uitstrijkje hebben gehad minder dan drie jaar geleden worden niet uitgenodigd. Meer details zijn te vinden in het Vlaams jaarrapport 2015 (Bevolkingsonderzoek.be, 2015). Uit dit rapport werd de responsegraad afgeleid, dit is het percentage vrouwen die een uitnodiging kreeg in 2014 en die minder dan 12 maanden later een uitstrijkje heeft laten nemen. De responsegraad was globaal 11% (zie *Tabel 6*) en daalde met de leeftijd van 15% (bij vrouwen <35 jaar) tot 8% (bij vrouwen van 55 of ouder). Het moet opgemerkt worden dat het hier gaat om vrouwen die zich niet lieten screenen in de afgelopen drie jaar. In **Wallonië**, werd er geen georganiseerd screeningsprogramma opgezet over de laatste decennia. Nochtans is de dekkingsgraad niet lager dan in Vlaanderen.

Tabel 6 — Aantal Vlaamse vrouwen uitgenodigd in 2014, aantal en percentage die minder dan 12 maanden na de uitnodiging, een uitstrijkje hebben laten nemen (response rate)

Leeftijd (in jaren)	Uitgenodigd	Gescreende vrouwen die uitnodiging kregen	Responsegraad
25-29	51.931	7.634	14,7%
30-34	36.022	5.295	14,7%
35-39	35.240	4.863	13,8%
40-44	38.702	4.993	12,9%
45-49	43.533	5.006	11,5%
50-54	48.855	4.983	10,2%
55-59	54.907	4.612	8,4%
60-64	56.653	4.419	7,8%
TOTAAL	365.843	41.805	11,4%

Er zijn een aantal aandachtspunten voor de toekomst. De indicatoren voor follow-up van vrouwen met een positief screeningsresultaat konden nog niet worden opgenomen worden in de hierbovenvermelde dataverzameling van de IARC omwille van verschillen in de definitie. Voor een overzicht van gebruik van colposcopie, biopsie en conisatie kan verwezen worden naar eerdere IMA rapporten en het Vlaams jaarrapport in verband met kankerscreening (Bevolkingsonderzoek.be, 2015).

Europese richtlijnen (von Karsa et al., 2015) en een recent rapport van het Kenniscentrum (KCE Reports 238, 2015) bevelen aan om over te schakelen van de Pap test naar de HPV test voor primaire screening naar baarmoederhalskanker. Het recente protocol akkoord van 21 maart 2016 voor preventie voorziet een kader om een technische werkgroep op te richten met vertegenwoordigers van de Gemeenschappen en Gewesten, experts en ander stakeholders onder leiding van het Kankercentrum. Dit protocol is een akkoord tussen de federale overheid en de deelstaten over preventie dat werd opgesteld in het kader van de interministeriële conferentie van Volksgezondheid. Ondertussen is er nood aan verder onderzoek naar het voorkomen van HPV-negatieve kankers en de triage van HPV-negatieve vrouwen.

Het effect van uitnodiging op mogelijke verhoging van de dekkingsgraad is waarschijnlijk niet zo groot. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat aanbieding van kits voor zelfafname en HPV testing op deze zelf afgenomen vaginale stalen doorgaans effectiever is dan het uitsturen van uitnodigingen (Arbyn et al., 2014; Verdoodt et al., 2015). In Vlaanderen loopt momenteel een gerandomiseerd onderzoek om de effectiviteit van deze strategie na te gaan waarbij zelfafnamekits opgestuurd worden naar vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

Het kankercentrum zal onderzoek verder zetten op het gebied van de validatie van de HPV test en HPV-testing op zelf-afgenomen stalen en urine (VALGENT (Arbyn et al., 2016), en VALHUDES⁴ studies). Het Kankercentrum zal zijn expertise in verband met onderzoek over evidentie van nieuwe methoden van preventie en behandeling van HPV-gerelateerde kankers verder blijven ontwikkelen. Dit is ook belangrijk, gezien de afwezigheid van een experten groep met een Europees mandaat voor update van de richtlijnen voor cervical cancer screening.

3. Screening naar colorectale kanker

Er zijn twee georganiseerde screeningsprogramma's naar colorectale kanker in België. Het Vlaams programma werd opgestart in 2013 en richt zich tot mannen en vrouwen van 56-74 jaar wonend in het Vlaams Gewest. Zij krijgen om de twee jaar een iFOBT kit krijgen opgestuurd. Het tweede programma richt zich tot vrouwen en mannen van 50-74 jaar van Waals Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest die een aanbevelingsbrief krijgen om een gratis FOBT test te bekomen bij hun huisarts. De cijfers in *Tabel 7 en 8* zijn gebaseerd op data verzameld in het kader van de hierbovenvermelde IARC dataverzameling. Het moet opgemerkt worden dat er een verschil zit in de definitie van de noemers in de oorspronkelijke rapporten van de gemeenschappen met deze bepaald door de IARC. Ondanks deze voorzichtigheid omtrent de interpretatie, zien we een spectaculair verschil tussen in de responsegraad tussen Vlaanderen (ongeveer de helft) en Wallonië-Brussel (minder dan 1 op 20). De belangrijkste verklaring is zeker de inclusie van de afname kit in de uitnodigingsbrief in Vlaanderen versus de uitnodiging om een afname kit te bekomen bij de huisarts in Wallonië-Brussel. De keuze van de screeningstest verklaart ook een deel van het verschil: de iFOBT (in Vlaanderen) vereist slechts 1 afname terwijl voor de FOBT test [in Wallonië-Brussel] twee afnames nodig zijn.

4 VALHUDES: Validation of Human papilloma virus assays and collection DEvices for HPV testing on Self-samples. Het studie protocol is uitgewerkt maar de uitvoering van de studie hangt af van financiering.

Tabel 7 — Doelpopulatie voor colonkankerscreening, aantal verstuurd uitnodigingen in 2014, aantal screeningstesten uitgevoerd bij de uitgenodigden, en aantal uitgevoerde testen in 2014

Leeftijd (jaren)	Doelpopulatie (2014)					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54	.	.	146.612	153.610	.	.
55-59	277.112	291.404	148.660	147.720	425.772	439.124
60-64	299.344	309.202	134.950	130.596	434.294	439.798
65-69	247.332	253.028	121.444	113.052	368.776	366.080
70-74	177.678	163.284	83.946	73.692	261.624	236.976
TOTAAL	1.001.466	1.016.918	635.612	618.670	1.490.466	1..481.978

Leeftijd (jaren)	Aantal personen die een uitnodigingsbrief kregen in 2014					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54	.	.	73.306	76.805	.	.
55-59	82.471	84.655	74.330	73.860	156.801	158.515
60-64	106.463	107.602	67.475	65.298	173.938	172.900
65-69	67.468	66.531	60.722	56.526	128190	123.057
70-74	74.344	68.352	41.973	36.846	116.317	105.198
TOTAAL	330.746	327.140	317.806	309.335	575.246	559.670

Leeftijd (jaren)	Aantal uitgenodigde personen, die een screening test ondergingen in 2014					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54	.	.	2 958	2 900	.	.
55-59	Geen info	Geen info	3.200	2.883	.	.
60-64	Geen info	Geen info	3.367	2.934	.	.
65-69	Geen info	Geen info	3.339	2.900	.	.
70-74	Geen info	Geen info	1.952	1.763	.	.
TOTAAL	171.837	158.765	14.816	13.380	186.653	172.145

Leeftijd (jaren)	Aantal personen die een screening test ondergingen in 2014					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54	.	.	4.452	4.270	.	.
55-59	33.025	29.259	4.764	4.142	37.789	33.401
60-64	45.837	42.029	5.132	4 390	50.969	46.419
65-69	48.331	48.029	4.893	4212	53.224	52.241
70-74	36.807	34.203	2.815	2.420	39.622	36.623
TOTAAL	164.000	153.520	22.056	19.434	181.604	168.684

Tabel 8 — Colonkankerscreening: invitatiecoverage, response rate en dekkingsgraad voor de screeningstest

Leeftijd (jaren)	Dekkingsgraad voor uitnodiging (Uitgenodigden / Doelbevolking / 2)					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54			100,0%	100,0%		
55-59	59,5%	58,1%	100,0%	100,0%	73,7%	72,2%
60-64	71,1%	69,6%	100,0%	100,0%	80,1%	78,6%
65-69	54,6%	52,6%	100,0%	100,0%	69,5%	67,2%
70-74	83,7%	83,7%	100,0%	100,0%	88,9%	88,8%
TOTAAL	66,1%	64,3%	100,0%	100,0%	77,2%	75,5%

Leeftijd (jaren)	Response rate (% uitgenodigde vrouwen die een screening test kreeg)					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54			4,0%	4,0%		
55-59	Geen info	Geen info	4,3%	3,9%		
60-64	Geen info	Geen info	5,0%	4,5%		
65-69	Geen info	Geen info	5,5%	5,1%		
70-74	Geen info	Geen info	4,7%	4,8%		
TOTAAL	52,0%	48,5%	4,7%	4,3%	32,4%	30,8%

Leeftijd (jaren)	Dekkingsgraad door screening (% screening)					
	Vlaams Gewest		Waals Gewest & Brussel		België	
	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
50-54			6,1%	5,6%		
55-59	23,8%	20,1%	6,4%	5,6%	17,8%	15,2%
60-64	30,6%	27,2%	7,6%	6,7%	23,5%	21,1%
65-69	39,1%	38,0%	8,1%	7,5%	28,9%	28,5%
70-74	41,4%	41,9%	6,7%	6,6%	30,3%	30,9%
TOTAAL	32,8%	30,2%	6,9%	6,3%	24,4%	22,8%

In Tabel 9 wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van de gevonden resultaten van colonkankerscreening in het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk gewest. Voor Vlaanderen, zijn de gegevens hierover onvoldoende voor een overzicht.

Tabel 9 — Colonkankerscreening in het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk gewest, 2014 (test gFOBt), vrouwen en mannen samen (aantal en % screen-positieven, opvolging door colonoscopie, gedetecteerde tumoren en detectiegraad van vergevorderde adenomen en kankers)

		Leeftijdsgroep (in jaren)					TOTAAL
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
		Positieve test					
N		293	334	386	382	230	1.625
%		3,4	3,8	4,1	4,2	4,4	3,9
		FU scopie					
Complete scopie	N	195	215	253	272	138	1.073
	% van de totale scopieën	92,4%	90,0%	89,4%	93,1%	89,6%	91,0%
TOTAAL	N	211	239	283	292	154	1 179
	% van positieve testen	72,0%	71,6%	73,3%	76,4%	67,0%	72,6%
		Aantal gevonden tumoren % van de uitgevoerde colonoscopieën					
Adenomen	N	40	61	59	67	45	272
	%	19,0%	25,5%	20,8%	23,0%	29,2%	23,1%
Vergevorderde adenomen	N	25	43	49	49	22	188
	%	11,8%	18,0%	17,3%	16,8%	14,3%	16,0%
Invasieve kankers	N	7	10	21	26	15	79
	%	3,3%	4,2%	7,4%	8,9%	9,7%	6,7%
TOTAAL	N	72	114	129	142	82	539
	%	34,1%	47,7%	45,6%	48,6%	53,2%	45,7%
		Detectiegraad (per 1000 deelnemende mannen en vrouwen) van een vergevorderd adenoom of een invasiegekanker					
		3,7	6,0	7,4	8,2	7,1	6,4

— REFERENTIES

Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, et al. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009;48: 438-43.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition - Summary Document. *Ann Oncol* 2010;21: 448-58.

Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014;9: e92615.

Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 2014;15: 172-83.

Arbyn M, Depuydt C, Benoy I, et al. VALGENT: a protocol for clinical validation of human papillomavirus assays. *J Clin Virol* 2016;76 (Suppl 1): S14-S21.

Bevolingsonderzoek.be. Jaarrapport 2015. Brussels; 2016. Report No.: [https://www.bevolkingsonderzoek.be/media_processed/files/Jaarrapport2015_DEF\(met%20linken\).pdf](https://www.bevolkingsonderzoek.be/media_processed/files/Jaarrapport2015_DEF(met%20linken).pdf)

KCE Reports 238 (2015). Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening.

Perry et al. (2006). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening & diagnosis, 4th edition Luxembourg.

Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol* 2008;19: 614-22.

Van den Heede A, Fabri V, Haelens A, Francart J, Arbyn M. Baarmoederhalskankerscreening 2006-2012 (Derde IMA-rapport in samenwerking met de Stichting Kankerregister en het WIV). Brussels: IMA, Stichting Kankerregister; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2015.

Verdoodt F, Jentschke M, Hillemanns P, et al. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening program by offering self-sampling kits: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer* 2015;51: 2375-85.

von Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavir Res* 2015;1: 22-31.

D. DIAGNOSE

Een heel belangrijk aspect van kankerzorg is de snelle toegang tot een betrouwbare diagnose van kanker, in het geval er natuurlijk ook een behandeling kan worden opgestart. Verschillende elementen kunnen bijdrage tot zo'n snelle diagnose, waaronder het beperken van wachttijden, duidelijk gedefinieerde criteria en richtlijnen voor diagnostische testen, een goede samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorg en gespecialiseerde (kanker)zorg en een vlotte en veilige overdracht van belangrijke medische gegevens. Hieronder wordt gefocust op de opsporing en de begeleiding van patiënten met een genetische aanleg voor kanker (Actie 2 van het Kankerplan), maar dit is nog maar het begin. Ook de hierboven besproken screeningprogramma's voor borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker dragen bij tot een snelle diagnose voor deze types kanker.

— GENETISCHE TESTEN

ACTIE 2: OPSPORING EN BEGELEIDING VAN RISICOPERSONEN DIE EEN GENETISCHE AANLEG HEBBEN OM KANKER TE ONTWIKKELEN

1. Terugbetaling van nieuwe genetische tests
2. Herwaardering van genetische counseling
3. Terugbetaling van naar het buitenland gezonden DNA-tests

Binnen het kader van een haalbaarheidsstudie uitgevoerd door het Kankercentrum en het KCE (KCE rapport 240), werd door het Kankerregister een analyse uitgevoerd om het volume en het gespendeerde Belgische budget voor genetische en moleculaire diagnostiek bij kankerpatiënten in te schatten. Er worden hiervoor analyses uitgevoerd op een selectie van 6 types kanker, gediagnosticeerd in 2011-2012. Op aanvraag van het Kankercentrum, heeft het kankerregister deze analyses nu ook uitgevoerd voor de daaropvolgende periode. De resultaten van beide analyses werden hieronder samengebracht.

De onderzoekspopulatie werd geselecteerd uit de databank van het Belgisch Kankerregister en omvatte patiënten met een bepaald type kanker gediagnosticeerd in 2011-2013. Op basis van het patiënt-specifieke identificatienummer voor de Sociale Zekerheid (INSZ), werd deze databank gekoppeld aan de administratieve databases van de zorgverzekeraars, die door het Inter-mutualistisch Agentschap (IMA/ AIM) wordt samengebracht.

Om te vermijden dat ook medische handelingen die het gevolg zijn van andere kwaadaardige laesies in de analyses worden opgenomen, worden patiënten met bijkomende invasieve tumoren die gediagnosticeerd werden in de periode 6 maanden voor en 12 maanden na de incidentiedatum van de bestudeerde tumor (met uitzondering van non-melanoma huidkanker), uitgesloten. Aangezien de gegevens van het Kankerregister momenteel lopen tot het einde van 2013, kunnen voor sommige patiënten nog een aantal gegevens nog ontbreken. De volgende patiënten werden eveneens uitgesloten:

- Patiënten zonder een officiële Belgische woonplaats
- Patiënten met geen exacte incidentie datum voor de betrokken invasieve tumor
- Patiënten zonder een bekende INSZ
- Patiënten die niet konden worden gekoppeld aan de database van het IMA/ AIM

Alle nomenclatuurcodes werden geselecteerd uit de artikels 32 (anatomy-pathologie), 33 (genetica) en 33bis (moleculaire diagnostiek). Voor de betrokken patiënten, werden alle records die één van deze nomenclatuur codes bevatten binnen een tijdsbestek van 3 maanden vóór en 6 maanden na de incidentiedatum opgehaald uit de IMA/ AIM database.

Dit tijdsinterval rond de diagnose werd beschouwd als het meeste geschikte om de periode van diagnostisch onderzoek te omvatten.

De gegevens opgeleverd door het Kankerregister kunnen teruggevonden worden in *Tabel 1* en *2*. De details van de analyses zullen deel uit maken van een apart rapport.

Tabel 1 — *Samenvatting van de geselecteerde kankerpatiënten, de data en de tumortypes (periode 2012-2013)*

Tumor type	Initial aantal patiënten (BCR)	Aantal tumoren na koppeling*	Aantal tumoren na selectie code**	Aantal IMA/ AIM records na koppeling**
Borst-vrouw	21.977	21.131	20.906	74.827
Colon	12.061	11.305	7.233	12.259
Rectum	4.913	4.532	2.680	4.379
Long	16.274	15.358	13.231	31.043
Prostaat	16.160	15.047	9.865	11.859

* Beperkt tot die patiënten zonder een andere invasieve tumor (6 maanden voor en 12 maanden na de datum van incidentie van de bestudeerde tumor, en waarvoor koppeling met de IMA/AIM database mogelijk is.

** Beperkt tot die tumoren voor dewelke minstens 1 nomenclatuurcode werd opgetekend, in de periode van 3 maand voor en 6 maand na de datum van incidentie.

BRON — BCR-IMA data

Tabel 2 — *Medische prestaties, Percentage Patient-Tumoren, en terugbetaling voor vaste tumoren (2012-2013)*

	Borst (N = 21,131)			Colon (N = 11,305)			Rectum (N = 4,532)		
	Acts (N)	Tumors (%)	Budget (€)	Acts (N)	Tumors (%)	Budget (€)	Budget (N)	Tumors (%)	Budget (€)
32_a	112.047	97,6	2.679.849	26.851	55,9	664.027	9.619	50,6	233.750
32_b	64.750	88,4	4.699.942	312	1,4	23.486	112	1,2	8.327
33_a	39	0,2	17.808	27	0,2	12.270	10	0,2	4.557
33_b	9	0,0	2.605	5	0,0	1.443	-	-	-
33_c	5	0,0	912	9	0,1	1.606	1	0,0	175
33_d	-	-	-	1	0,0	175	-	-	-
33_e	-	-	-	1	0,0	584	-	-	-
33_f	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33_g	297	1,4	43.817	9	0,1	1.367	2	0,0	302
33_h	31	0,1	4.580	6	0,0	917	-	-	-
33_i	20	0,1	7.000	116	0,8	40.686	15	0,3	5.240
33_j	16	0,1	8.837	40	0,3	22.080	5	0,1	2.747
33_k	658	3,1	903.550	55	0,5	75.523	9	0,2	12.382
33_l	35	0,2	11.357	32	0,3	10.376	11	0,2	3.546
33_m	522	1,6	167.133	227	1,7	72.973	76	1,5	24.442
33b_f	137	0,6	16.594	1.298	7,8	157.927	416	5,9	50.470
33b_g	12.875	57,6	4.236.227	12	0,1	3.957	2	0,0	672
33b_i	1	0,0	324	1.988	17,1	657.008	722	15,4	237.977
ALLE	191.442	98,9	12.800.535	30.989	63,9	1.746.405	11.000	58,9	584.587

Tabel 2 — Medische prestaties, Percentage Patient-Tumoren, en terugbetaling voor vaste tumoren (2012-2013) (vervolg)

	Long (N = 15 358)			Prostaat (N = 15 047)			Hemato (N = 10 664)			Alle types	
	Acts (N)	Tumors (%)	Budget (€)	Acts (N)	Tumors (%)	Budget (€)	Acts (N)	Tumors (%)	Budget (€)	Acts (N)	Budget (€)
32_a	64.644	83,6	1.577.837	34.289	65,3	800.653	45.244	69,8	1.080.602	292.694	7.036.718
32_b	6.293	35,5	464.064	69	0,4	4.977	137	0,9	10.125	71.673	5.210.921
33_a	77	0,5	35.103	20	0,1	9.131	3.751	31,4	1.704.616	3.924	1.783.485
33_b	10	0,1	2.905	10	0,0	2.887	1.652	9,2	480.990	1.686	490.831
33_c	24	0,1	4.268	9	0,0	1.644	1.583	12,5	283.798	1.631	292.403
33_d	4	0,0	705	1	0,0	175	344	2,2	61.929	350	62.984
33_e	4	0,0	2.341	-	-	-	130	1,1	76.140	135	79.065
33_f	-	-	-	-	-	-	1	0,0	109	1	109
33_g	-	-	-	-	-	-	5	0,0	769	313	46.255
33_h	-	-	-	-	-	-	1	0,0	146	38	5.644
33_i	2	0,0	702	-	-	-	1	0,0	353	154	53.981
33_j	2	0,0	1.106	-	-	-	1	0,0	558	64	35.328
33_k	6	0,0	8.266	-	-	-	3	0,0	4.142	731	1.003.863
33_l	67	0,4	21.793	23	0,1	7.430	4.990	32,4	1.614.866	5.158	1.669.368
33_m	1.035	5,7	334.554	29	0,2	9.303	2.184	15,7	707.609	4.073	1.316.014
33b_f	8.860	28,0	1.070.833	22	0,1	2.666	172	1,1	20.871	10.905	1.319.361
33b_g	34	0,2	11.247	-	-	-	3	0,0	975	12.926	4.253.078
33b_i	73	0,5	24.012	3	0,0	998	4	0,0	1.296	2.791	921.615
ALLE	81.135	86,1	3.559.738	34.475	65,5	839.863	60.206	79,2	6.049.895	409.247	25.581.023

Figuur 1 — Overzicht van het veranderd gebruik binnen art. 32 en art.33bis voor testen relevant voor oncologie

	Prostate	9865*	Lung	25446*	Breast	40960*	Colon	13293*	Rectum	4979*	Hemato	18907*
		- 11%**		+ 4%**		+ 3%**		+ 2%**		+ 7%**		
	Totaal	Evolutie 2011-2013	Totaal	Evolutie 2011-2013	Totaal	Evolutie 2011-2013	Totaal	Evolutie 2011-2013	Totaal	Evolutie 2011-2013	Totaal	Evolutie 2011-2013
32_a	69159	-2%	122981	10%	205095	17%	46615	26%	16869	25%	87669	6%
32_b	89	71%	10995	25%	127837	3%	600	8%	212	11%	280	-4%
33b_f	31	59%	11194	74%	335	-45%	2772	-14%	991	-38%	270	43%
33b_g	0	-	48	59%	22786	23%	19	42%	2	100%	9	-100%
33b_i	3	100%	107	53%	2	0%	2544	72%	930	71%	6	50%

* totaal aantal tumoren waarvoor relevante codes teruggevonden werden binnen de tijdsperiode minus 3, plus 6 maanden van de incidentiedatum;

** evolutie van het aantal kankerincidenties in de periode 2011-2013

E. BEHANDELING

Kankerzorg wordt steeds complexer door het stijgend aantal disciplines dat betrokken wordt bij de diagnostische en therapeutische processen, de steeds ouder wordende bevolking (inclusief met chronische ziektes) en door de snelle vooruitgang die geboekt wordt door innovatief onderzoek. Al deze factoren samen maken de organisatie van de verlening van kankerzorg een uitdaging voor de gezondheidszorg, enerzijds op het gebied van de coördinatie van alle betrokken gezondheidswerkers en anderzijds op het niveau van tijdig in de loop van het diagnostisch en therapeutisch proces de juiste zorg bij de patiënt te brengen. Belangrijk hierbij zijn: de multidisciplinaire aanpak van het beheer van de kankerpatiënt; de doeltreffende integratie van de gezondheidszorg door de oprichting van expertisecentra of netwerken en van Nationale/Europese referentienetwerken voor de behandeling van complexe gevallen en van zeldzame vormen van kanker. Elementair hierbij is een strikte kwaliteitsbewaking van de zorg en tevredenheid van de patiënt.

Hieronder bespreken we een diverse groep van verschillende topics, namelijk belangrijke aspecten van de organisatie van zorg en zorgtrajecten, personeelsorganisatie, beeldvorming, toegankelijkheid en financiering. De verschillende acties uit het Kankerplan worden zo veel mogelijk gegroepeerd per thema. Maar het is belangrijk om te benadrukken dat er vaak ook een link is met andere domeinen, en dat de indeling dus enigszins kunstmatig is. Zo is er een grote overlap met de domeinen psychosociale zorg en rehabilitatie, en is er ook een duidelijke link met transversale domeinen zoals opleiding, sociale ongelijkheid en research.

— ORGANISATIE VAN DE ZORG: CONSULTS EN CONSULTATIES

Binnen de organisatie van de kankerzorg is het **Multidisciplinair Oncologisch Consult** (MOC) een belangrijk instrument. Een MOC is een vergadering waar verschillende specialisten betrokken bij eenzelfde (type) kanker samenkomen om een voor elke patiënt optimaal geïntegreerd diagnostisch, behandel- en opvolgingsplan uit te werken (KCE rapport 239, 2015). De nomenclatuur voor het MOC werd ingevoerd via het KB van 25 november 2002 en trad in werking op 1 februari 2003. Binnen het Kankerplan werd een aantal maatregelen genomen om het MOC op te waarderen.

ACTIE 8: OPWAARDERING VAN HET MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT (MOC)

- | | |
|----|---|
| 1. | Verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) voor alle nieuwe kankergevallen |
| 2. | Opwaardering met 5% van de honoraria in het kader van het MOC |
| 3. | Herwaardering van de specifieke raadplegingen van medische oncologen, hematologen en endocrinologen |
| 4. | De deelname van huisartsen aan het MOC bevorderen |

VERPLICHT MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT (MOC) VOOR ALLE NIEUWE KANKERGEVALLEN (A8M1)

Sinds 1 november 2010 werd de nomenclatuur van de MOC-prestatie aangepast (KB van 18 augustus 2010), en wordt er naast een 'eerste' MOC voor iedere nieuwe kankerdiagnose ook de mogelijkheid voorzien voor een 'opvolgings-MOC' en 'bijkomend MOC'. Een opvolgings-MOC wordt gedefinieerd als een multidisciplinair oncologisch consult (dus waarbij een multidisciplinaire beslissing noodzakelijk is) om de diagnose te herbekijken en/of het behandelplan te wijzigen en/of de bestralingsreeks te herhalen binnen de 12 maanden sinds de begindatum van de eerste reeks bestralingen. Een 'bijkomend MOC' wordt voorgeschreven om de diagnose of het behandelplan te laten bevestigen in een ander ziekenhuis, wanneer het eerste MOC geen definitieve diagnose of behandelplan heeft opgeleverd. Financiering voor een bijkomend MOC wordt enkel toegekend indien de naam van het ziekenhuis waarnaar de patiënt wordt doorverwezen is opgenomen in het verslag van het eerste MOC.

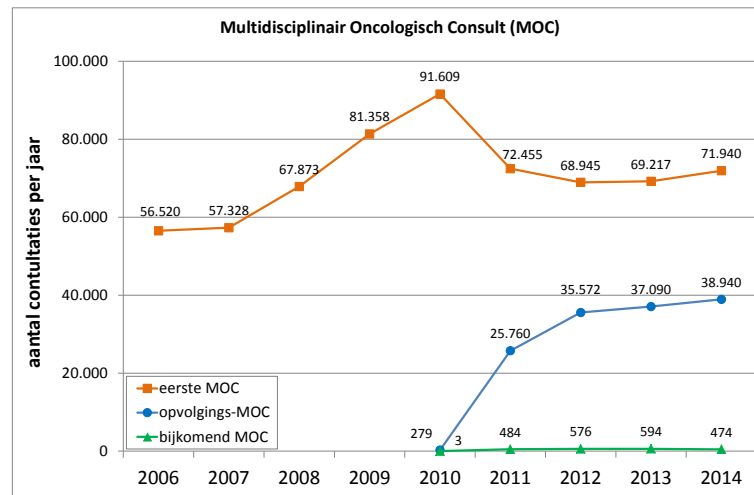
De opvolging van de MOC's gebeurt op basis van terugbetalingsgegevens van RIZIV voor de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2014. Gegevens over het 'eerste MOC' (nomenclatuurcodes 350372 en 350383) zijn beschikbaar voor de periode 2006-2014; gegevens over het 'opvolgings-MOC' (nomenclatuurcodes 350276 en 350280) en 'bijkomend MOC' (nomenclatuurcodes 350291 en 350302) zijn beschikbaar voor de periode van 1/10/2010 tot 31/12/2014.

Voor sommige analyses worden de cijfers uitgedrukt per aantal kankerpatiënten. Via de website van de Stichting Kankerregister werd het aantal nieuwe diagnoses opgezocht. Er werden jaarcijfers opgezocht voor de periode 2006 tot en met 2013, voor alle Belgen, voor mannen en vrouwen apart, per leeftijdsklasse, en per gewest. Voor 2014 zijn de cijfers van het Kankerregister nog niet beschikbaar, daarom werd het aantal consultaties in 2014 uitgedrukt ten opzichte van het aantal invasieve tumoren in 2013. RIZIV gegevens die niet beschikbaar zijn voor een volledig jaar (bijv. opvolgings-MOC en bijkomend MOC in 2010) werden niet mee opgenomen in de analyses.

1. Multidisciplinair oncologisch consult (MOC): totaal

Het totaal aantal MOC's voor de periode 2006-2014 wordt voorgesteld in *Figuur 1*. Ter vergelijking wordt in de *Tabel 1*, het totaal aantal invasieve tumoren per jaar gegeven. Tijdens de jaren 2008, 2009 en 2010 is het aantal multidisciplinaire consulten hoger dan het aantal nieuwe kankerpatiënten. Dit illustreert dat er meer nood was aan differentiatie, en bijkomende codes. Vanaf 2011 wordt dit ook duidelijk in de cijfers: het aantal eerste MOC's ligt in de buurt van het aantal nieuwe kankerpatiënten; het aantal opvolgings-MOC ligt op ongeveer de helft van het aantal nieuwe kankerpatiënten per jaar. Het aantal bijkomende MOC's is zeer beperkt en stabiel over de tijd, nl. ongeveer 500 per jaar.

Figuur 1 — Aantal terugbetaalde Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC's) voor de periode 2006-2014



BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2014: gegevens van 12 maanden.
Opvolgings-MOC & bijkomend MOC: 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

Tabel 1 — Incidentiecijfers per jaar voor België

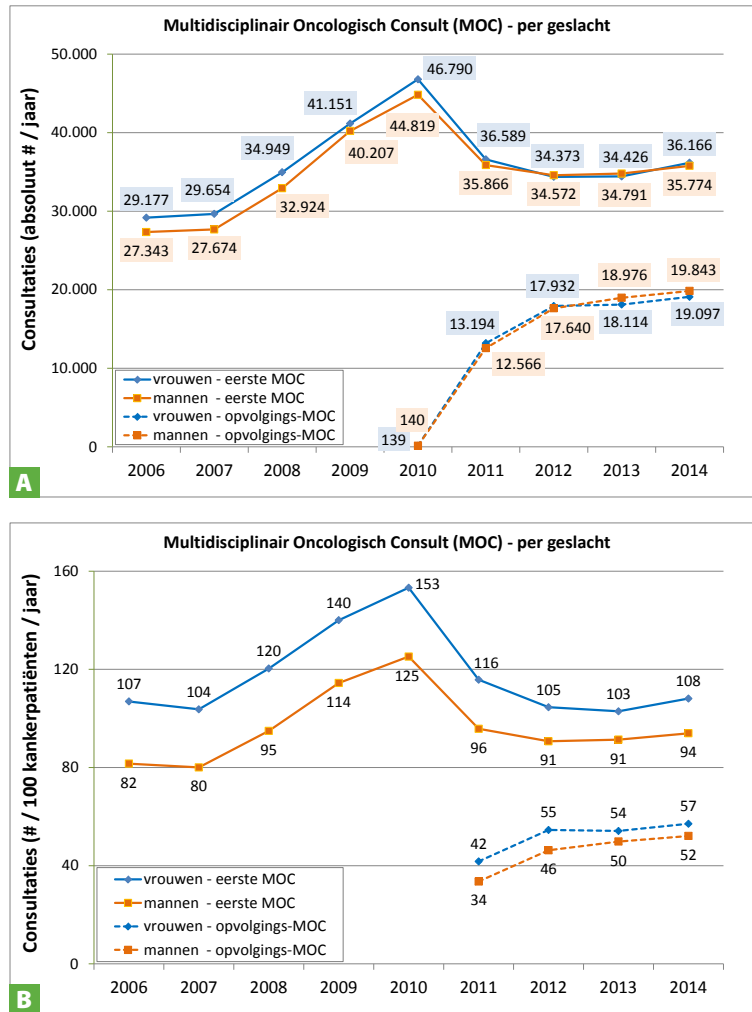
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totaal aantal invasieve tumoren per jaar	60.812	63.170	63.738	64.526	66.331	69.062	70.992	71.536	—
Aantal invasieve tumoren per jaar (excl. non-melanoma)	57.702	59.480	59.996	60.572	62.017	64.301	65.269	65.487	—

BRON — Belgisch Kankerregister. Cijfers voor 2014 nog niet beschikbaar.

2. Multidisciplinair oncologisch consult (MOC): mannen vs. vrouwen

Het aantal MOC's per jaar voor de periode 2006-2014 per geslacht wordt voorgesteld in *Figuur 2*. De tijdstrend is analoog bij mannen en vrouwen, nl. een stijging van het aantal eerste MOC's tot 2010; vanaf 2011 daalt het aantal eerste MOC's, en wordt deels vervangen door opvolgings-MOC's. In absolute aantallen (*Figuur 2A*), worden er ongeveer evenveel MOC's uitgevoerd bij mannen en vrouwen. Uitgedrukt in functie van het aantal kankerpatiënten (*Figuur 2B*), worden er bij vrouwen relatief meer MOC's uitgevoerd. Na 2011 ligt het aantal eerste MOC's per 100 nieuwe kanker gevallen op ongeveer 90 bij mannen, en op 105 bij vrouwen; het aantal opvolgings-MOC's schommelt rond de 50 per 100 kankerpatiënten bij mannen tegenover 55 per 100 bij vrouwen. Het aantal bijkomende MOC's wordt niet weergegeven in de figuur. Per jaar worden er, zowel bij mannen als bij vrouwen, ongeveer 270-280 bijkomende MOC's uitgevoerd. Dit komt neer op 7 consulten per 1000 nieuwe kankerpatiënten per jaar bij mannen en 8/1000/jaar bij nieuwe vrouwelijke kankerpatiënten.

Figuur 2 — Aantal terugbetaalde MOC's, apart voor mannen en vrouwen. (A) absoluut aantal per jaar; (B) aantal consulten per 100 nieuwe kankerpatiënten



BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2014: gegevens van 12 maanden.
Opvolgings-MOC: 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

3. Multidisciplinair oncologisch consult (MOC): per leeftijdsklasse

Het absoluut aantal MOC's per leeftijdsklasse, voor de periode 2006-2014, en apart per type MOC wordt gegeven in *Tabel 2*. In absolute termen worden de meeste MOC's uitgevoerd in de leeftijdsklasse 60-79 jaar, maar het is ook in deze groep dat de kankerincidentie het hoogst is.

Tabel 2 — Aantal terugbetaalde Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC's), per leeftijdsklasse voor periode 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Leeftijdsklasse	Eerste MOC								
< 20 jaar	635	558	580	903	912	689	500	506	496
20-39 jaar	2.129	2.098	2.779	3.380	4.035	3.633	3.466	3.597	3.624
40-59 jaar	14.943	14.799	17.377	20.320	22.502	17.568	16.628	16.220	16.580
60-79 jaar	30.680	30.967	36.108	43.011	48.085	37.332	35.406	35.436	37.425
≥ 80 jaar	8.133	8.906	11.029	13.744	16.075	13.233	12.945	13.458	13.815
TOTAAL	56.520	57.328	67.873	81.358	91.609	72.455	68.945	69.217	71.940
Leeftijdsklasse	Opvolgings-MOC								
< 20 jaar	—	—	—	—	1	456	399	381	332
20-39 jaar	—	—	—	—	10	854	1.165	1.214	1.231
40-59 jaar	—	—	—	—	78	6.513	8.878	8.963	9.324
60-79 jaar	—	—	—	—	158	14.372	19.935	20.724	21.806
≥ 80 jaar	—	—	—	—	32	3.565	5.195	5.808	6.247
TOTAAL	—	—	—	—	279	25.760	35.572	37.090	38.940
Leeftijdsklasse	Bijkomend MOC								
< 20 jaar	—	—	—	—	0	7	11	10	10
20-39 jaar	—	—	—	—	0	33	45	43	37
40-59 jaar	—	—	—	—	3	167	189	171	130
60-79 jaar	—	—	—	—	0	221	281	313	264
≥ 80 jaar	—	—	—	—	0	56	50	57	33
TOTAAL	—	—	—	—	3	484	576	594	474

BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2014: gegevens van 12 maanden.

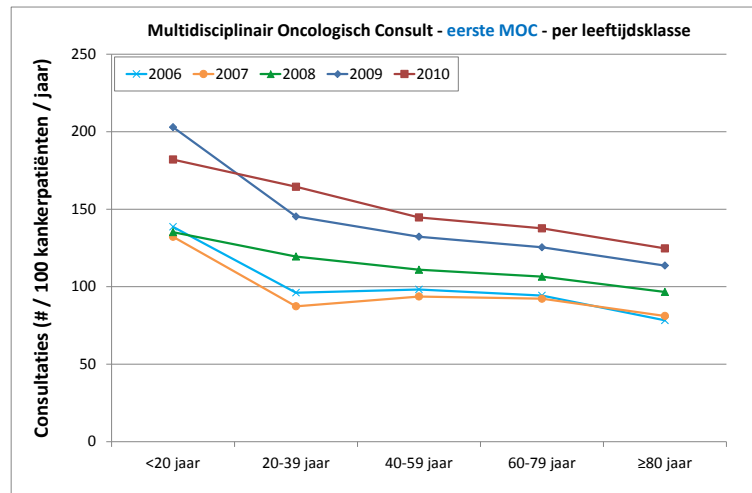
Opvolgings-MOC & bijkomend MOC: 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

De verdeling van de MOC's per leeftijdsklasse wordt ook bekeken in functie van het aantal kankerpatiënten. *Figuur 3* geeft het aantal 'eerste MOC's' voor de periode 2006 tot en met 2010. Het totaal aantal MOC's stijgt in de loop van de jaren, maar de trend per leeftijd is analoog voor de verschillende jaren, namelijk een dalende trend in het % MOC's met de leeftijd van de patiënt.

Figuur 4 geeft het aantal eerste MOC's, opvolgings-MOC's en bijkomende MOC's, uitgedrukt per 100 kankerpatiënten per jaar, voor de periode 2011-2014. Merk op dat de schaal in de y-as verschilt voor de drie figuren. Voor de eerste MOC's (Figuur 4A) ligt het aantal MOC's in alle opeenvolgende jaren kort in de buurt van 100 MOC's per 100 nieuwe kankerpatiënten voor de leeftijdsklasse '<20 jaar' (met uitzondering van het opstartjaar 2011), '40-59 jaar', '60-79 jaar' en '≥80 jaar'. Voor de leeftijdsklasse '20-39 jaar', daarentegen, ligt deze waarde consistent rond de 140 MOC's per 100 kankerpatiënten. De reden hiervoor is onduidelijk. De opvolgings-MOC's (Figuur 4B) worden vooral toegepast bij de jongere leeftijdsgroep en het minst bij de oudste leeftijdsklasse. Er worden duidelijk minder opvolgings-MOC's uitgevoerd in de leeftijdsgroep van '20-39 jaar' dan voor de leeftijdsgroep van '40-79 jaar'. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat er meer 'eerste MOC's' worden uitgevoerd in de klasse '20-39 jaar' of dat er, na doorverwijzing naar een andere centrum, opnieuw een 'eerste MOC's' wordt geregistreerd terwijl dit eigenlijk een opvolgings-MOC is voor de doorverwezen patiënt.

Bijkomende MOC's worden niet vaak toegepast (gemiddeld 1,1 MOC per 100 kankerpatiënten per jaar), maar er is wel een duidelijke trend volgens de leeftijd van de patiënt, nl. een hoger gebruik in de jongere leeftijdsgroepen (Figuur 4C).

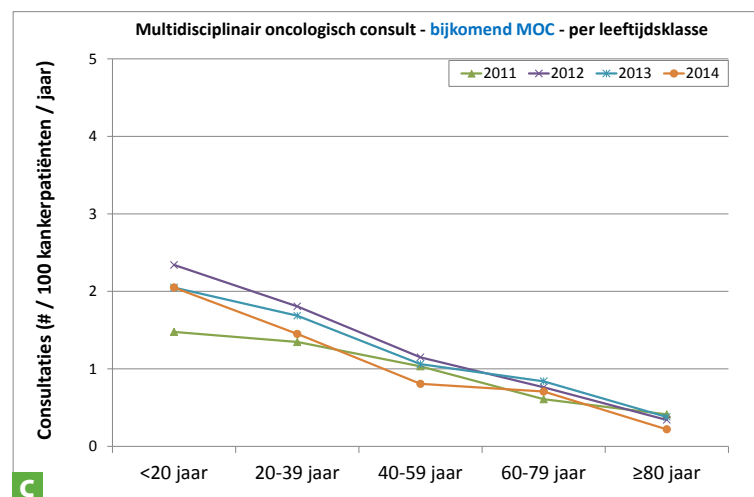
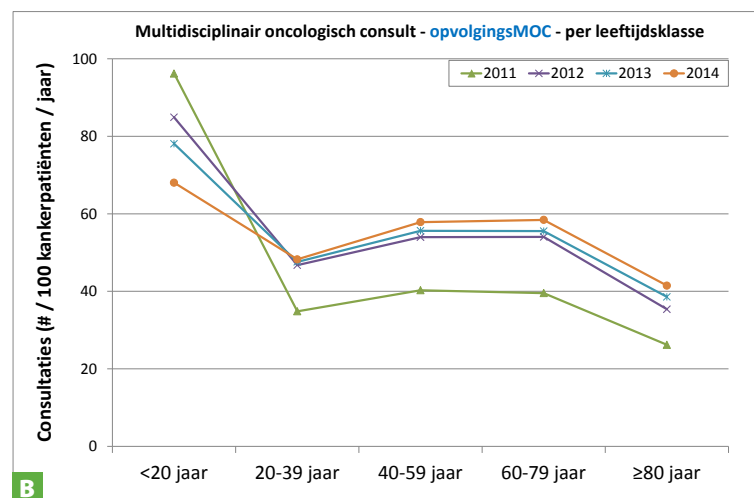
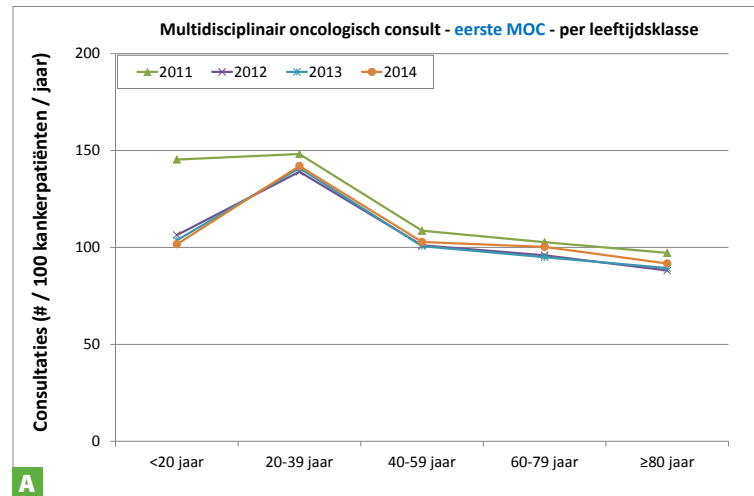
Figuur 3 — Aantal terugbetaalde Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC's) per leeftijdsklasse voor de periode 2006 tot en met 2010 (uitgedrukt in aantal consulten per 100 kankerpatiënten per jaar)



BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2010: gegevens van 12 maanden

Figuur 4 — Aantal terugbetaalde MOC's per leeftijdsklasse voor de periode 2011 tot en met 2014 (uitgedrukt in aantal consulten per 100 kankerpatiënten per jaar).

A. Eerste MOC; B. Opvolgings-MOC; C. Bijkomend MOC.

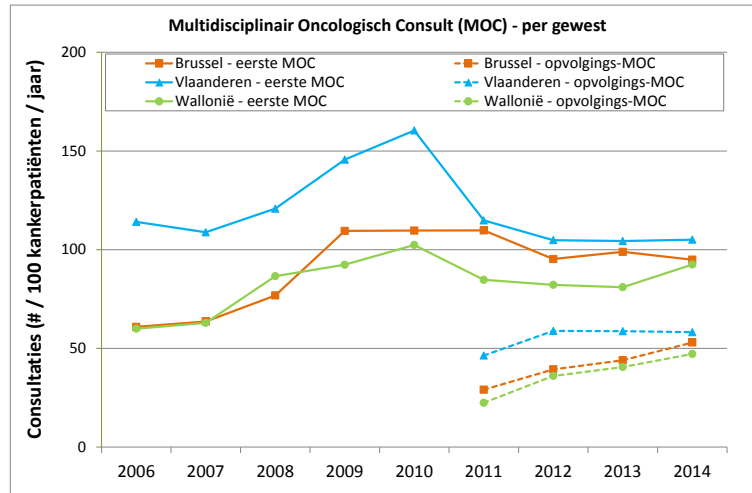


BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2014: gegevens van 12 maanden.
Opvolgings-MOC & bijkomend MOC: 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

4. Multidisciplinair oncologisch consult (MOC): per gewest

De jaarcijfers voor eerste MOC en opvolgings-MOC per gewest worden voorgesteld in *Figuur 5*. Om de regio's onderling te kunnen vergelijken worden de cijfers uitgedrukt per 100 nieuwe kankerpatiënten per jaar. Voor het eerste MOC is er alle drie de gewesten een toename van het aantal consulten tussen 2006 en 2010. Vanaf 2010 daalt het aantal eerste MOC's en is er een graduele toename van het aantal opvolgings-MOC's. Voor beide type MOC's en op ieder tijdstip liggen de cijfers hoger in Vlaanderen in vergelijking met Brussel en Wallonië.

Figuur 5 — Aantal terugbetaalde MOC's per gewest voor de periode 2006-2014 (uitgedrukt in aantal consulten per 100 kankerpatiënten per jaar): eerste MOC en opvolgings-MOC



BRON — RIZIV. Eerste MOC: 2006-2014: gegevens van 12 maanden.

Opvolgings-MOC & bijkomend MOC: 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

OPWAARDERING MET 5% VAN DE HONORARIA IN HET KADER VAN HET MOC (A8M2)

Sinds 1 maart 2010 gelden er twee nieuwe verrichtingen in het kader van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC):

- bijkomend honorarium voor de **coördinatie** van een MOC door de arts-specialist in de medische oncologie of door de arts-specialist met de bijzondere beroepstitel klinische hematologie of pediatrie hematologie (nomenclatuurcodes 350453 en 350464);
- bijkomend honorarium voor **deelname** aan een MOC door de arts-specialist in de medische oncologie of door de arts-specialist met de bijzondere beroepstitel klinische hematologie of pediatrie hematologie (nomenclatuurcodes 350475 en 350486).

De nomenclatuur voor deelname door een arts aan het MOC bestaat reeds sinds 1/2/2003, zowel voor artsen die deel uitmaken van de staf van ziekenhuisgeneesheren (nomenclatuurcodes 350394 en 350405), als voor artsen die geen deel uitmaken van de staf van ziekenhuisgeneesheren (nomenclatuurcodes 350416 en 350420).

In *Tabel 3* wordt een overzicht gegeven van honoraria en bijkomende honoraria voor MOC's die werden toegekend in de periode 2010-2014. Ter vergelijking wordt in dezelfde tabel ook een overzicht gegeven van het aantal MOC's (eerste, opvolgings- en bijkomend MOC) per jaar.

Tabel 3 — Aantal multidisciplinair oncologisch consulten (MOC's) en honoraria voor artsen voor deelname aan of coördinatie van MOC

	2010	2011	2012	2013	2014
Multidisciplinaire Oncologisch Consulten (MOC's)					
Eerste MOC	91.606 a	72.452	68.943	69.215	71.925
Opvolgings-MOC	279 b	25.760	35.572	37.087	38.927
Bijkomend MOC	3 b	484	576	591	472
Totaal aantal MOC's	91.888	98.696	105.091	106.893	111.324
Deelname aan MOC					
Arts die deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisgeneesheren	265.235 a	342.435	383.131	394.450	412.522
Arts die geen deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisgeneesheren	16.721 a	20.227	19.131	19.361	19.328
Totaal aantal artsen	281.956	362.662	402.262	413.811	431.850
Bijkomend honorarium voor arts-specialist in medische oncologie of arts-specialist met de bijzondere beroepstitel klinische hematologie of pediatrie hematologie					
Coördinatie van MOC	26.928 c	60.852	64.718	66.416	70.390
Deelname aan MOC	20.677 c	47.084	52.480	54.540	57.193

BRON — RIZIV. Cijfers voor 2010 vertegenwoordigen verschillende periodes: a 12 maanden (1/1/2010-31-12/2010); b 2 maanden (1/11/2010 tot 31/12/2010); c 10 maanden (1/3/2010 tot 31/12/2010); 2011-2014: gegevens van 12 maanden

We zien een lichte stijging in het aantal eerste MOCs sinds 2012 met 71.925 eerste MOCs geregistreerd in 2014. Ook het aantal opvolgings-MOCs blijft verder stijgen. Daaruit volgt, dat ook het uitgekeerde honorarium voor deelname aan de MOC verder is gestegen van € 362.662 in 2011 tot € 431.850 in 2014.

Het uitgekeerde honorarium voor artsen die geen deel uitmaken van de staf van het ziekenhuis blijft echter stabiel. De stijging is dus bijna volledig te wijten aan bijkomende prestaties door artsen die deel uitmaken van het ziekenhuispersoneel. In 2011, waren er gemiddeld 4,15 artsen $((36.2662+47.087)/98.696)$ aanwezig tijdens een MOC in 2011. Dit is licht gestegen tot 4,4 artsen in 2014 $((43.180+57.193)/111.324)$.

Er is noch informatie beschikbaar over het % opvolging van de adviezen gegeven tijdens de MOC noch concrete gegevens voor België over de toegevoegde waarde van deze adviezen. De artsen percipiëren wel dat de MOCs de kwaliteit van de zorg verbetert (KCE rapport 239A, 2015). Uit dit KCE rapport blijkt bovendien dat de honorering van de MOC zeer complex is. Om betaald te worden voor de bespreking van een patiënt op een MOC moeten immers vijf papieren documenten worden ingevuld en naar het ziekenfonds van de patiënt worden gestuurd, namelijk 1) Een brief van de behandelende specialist naar de MOC-coördinator, die de inschrijving van de patiënt op het MOC-programma aanvraagt; 2) Het registratieformulier van het Kankerregister ("bijlage 55"); 3) Het MOC-rapport, dat de conclusie van de besprekingen bevat en dat dus meer gedetailleerd moet zijn dan het document van het Kankerregister; 4) De lijst van de deelnemers aan de MOC die een betaling van honoraria aanvragen, met hun handtekeningen; 5) Een begeleidingsbrief bij de betalingsaanvraag voor honoraria voor de verzekeringsinstelling. (zie ook KCE rapport 239A) Er is nood aan een meer efficiënte administratieve afhandeling, bijvoorbeeld via digitalisering.

HERWAARDERING VAN DE SPECIFIEKE RAADPLEGINGEN VAN MEDISCH ONCOLOGEN, HEMATOLOGEN EN ENDOCRINOLOGEN (A8M3)

Naar aanleiding van de erkenning van arts-specialist in de medische oncologie, en binnen het kader van de herwaardering van de (pediatrisch) medisch oncologen en hematologen, werden sinds 1 maart 2010 nieuwe verrichtingen voor specifieke consultaties aan de nomenclatuur toegevoegd (KB van 18/12/2009; Belgisch Staatsblad van 28/01/2010). De nomenclatuurcodes maken telkens het onderscheid tussen niet-geaccrediteerde geneesheer-specialisten (102270 voor medisch oncoloog; 102314 voor klinisch hematoloog en 102351 voor pediatrisch hematoloog en oncoloog) en geaccrediteerde geneesheer-specialisten (102292 voor medisch oncoloog; 102336 voor klinisch hematoloog en 102373 voor pediatrisch hematoloog en oncoloog). Een overzicht van het totaal aantal consultaties door deze disciplines voor de periode 2010 tot en met 2014 wordt gegeven in *Tabel 4*.

Tabel 4 — Aantal consultaties bij medisch oncoloog, klinisch hematoloog en pediatrisch oncoloog of hematoloog

	2010	2011	2012	2013	2014
	Consultatie bij medisch oncoloog				
Raadpleging door geneesheer-specialist in de medische oncologie	23.219	32.236	32.020	31.691	32.474
Raadpleging door geaccrediteerd geneesheer-specialist in de medische oncologie	137.650	218.256	229.425	244.534	253.890
Totaal aantal consultaties bij medisch oncoloog	160.869	250.492	261.445	276.225	286.364

	2010	2011	2012	2013	2014
Consultatie bij klinische hematoloog					
Raadpleging door geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie	11.456	17.577	20.901	25.115	27.732
Raadpleging door geaccrediteerd geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie	87.155	146.474	153.524	157.588	167.706
Totaal aantal consultaties bij klinisch hematoloog	98.611	164.051	174.425	182.703	195.438
Consultaties bij pediatriesch hematoloog of pediatriesch oncoloog					
Raadpleging door geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere beroepstitel in de pediatrische hematologie en oncologie	0	0	1	1	58
Raadpleging door geaccrediteerd geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere beroepstitel in de pediatrische hematologie en oncologie	0	0	0	1	9.122
Totaal aantal consultaties bij pediatriesch hematoloog of oncoloog	0	0	1	2	9.180

BRON — RIZIV. Cijfers voor 2010: vanaf 1/03/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

Het aantal consultaties bij de medische oncoloog neemt toe tot 286.364 consultaties in 2014. Na de grote sprong in 2011 (250.492 in vergelijking met 160.869 in 2010), neemt het aantal met ongeveer 10.000 consultaties per jaar toe. De toename is bijna uitsluitend te wijten aan de verhoging van het aantal consultaties bij geaccrediteerde geneesheer-specialisten in de medische oncologie. Het aantal consultaties bij de klinische hematoloog volgt een gelijkaardige trend. Het aantal consultaties verdubbelde bijna tussen 2010 (98.611) en 2014 (195.438). In tegenstelling tot consultaties bij de medisch oncoloog, is de stijging hier zichtbaar bij zowel geaccrediteerde als niet-geaccrediteerde geneesheren-specialisten. Het aantal consultaties bij pediatriesch hematologen of pediatriesch oncologen bedroeg 9180 in 2014, en gebeurden bijna uitsluitend bij geaccrediteerde geneesheer-specialisten. Deze sterke toenames zijn niet recht evenredig met de toename van het aantal absolute kankerpatiënten.

DE DEELNAME VAN HUISARTSEN AAN HET MOC BEVORDEREN (A8M4)

Het KCE heeft de opdracht van het RIZIV gekregen om 10 jaar na introductie van de financiering van de MOCs de balans op te maken (KCE rapport 239As). Dit onderzoek geeft weer dat de participatie van de huisartsen laag is (zie Figuur 6). Wel blijkt dat de participatie in perifere en kleine ziekenhuizen hoger is dan in universitaire centra, waarschijnlijk omdat deze kleinere ziekenhuizen meer de lokale zone bedienen en zich dichterbij de woonplaats van de huisarts bevinden.

— Frequentie van deelname van huisartsen aan MOC, zoals aangegeven door MOC deelnemers, niet-huisartsen (België, 2014)



BRON — KCE rapport 239As

Daarnaast toont het QUALICOPC-onderzoek (Willems, 2014) aan dat 58% van de Franstalige huisartsen niet van het bestaan van de MOC afweet en 20% van de Nederlandstalige huisartsen.

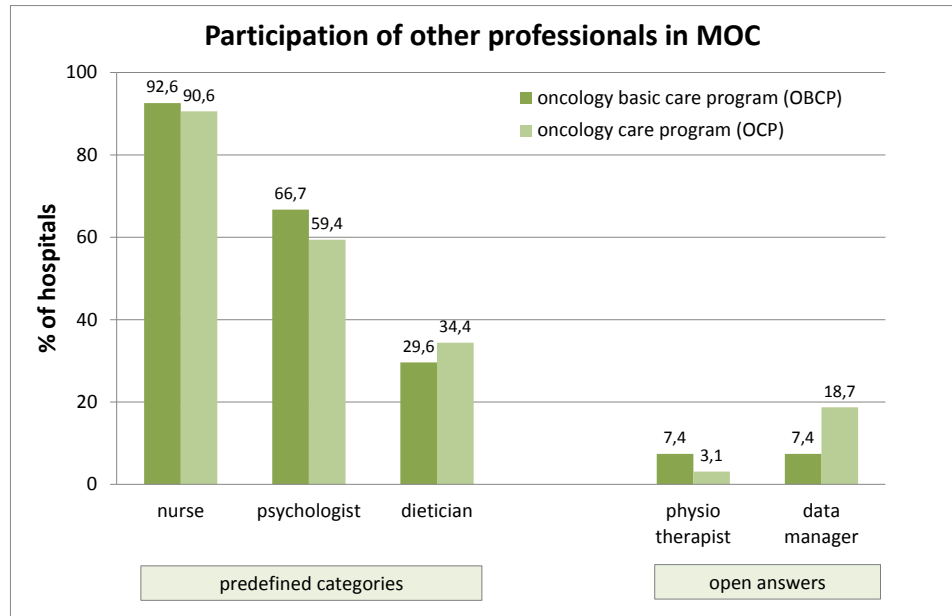
Het College Voor Oncologie heeft zelf ook een enquête uitgevoerd om na te gaan of de OZPs en de OBZPs de voorwaarden en de kwaliteitscriteria volgen die werden vastgelegd in het KB van 21 maart 2003. Een vragenlijst werd opgestuurd naar alle ziekenhuizen in België om hun compliance met deze opgelegde (kwaliteits)vereisten te evalueren. De resultaten tonen aan dat ziekenhuizen een iets hogere deelname van de huisartsen aan de MOC rapporteren dan weergegeven in het KCE rapport (Masterthesis van A. Van Steirtegen, 2013). In 19% van de ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma (OZP) wordt een zeer lage participatie van de huisarts van minder dan 1% gerapporteerd. Het grote merendeel van deze ziekenhuizen (69%) geven aan dat huisartsen aanwezig zijn in 1 tot 20% van de MOCs. In 12% van de ziekenhuizen met een OZP, nemen huisartsen vaker deel aan de MOCs (20-40%). Van de ziekenhuizen met een erkend oncologische basiszorgprogramma (OBZP), geeft 30% aan dat een huisarts nooit deelneemt aan de MOC, in 50% van deze ziekenhuizen is een huisarts in 1-20% van de MOCs aanwezig, 20% van deze ziekenhuizen rapporteren een participatie van de huisarts in meer dan 20% van de MOCs.

In het KCE rapport (KCE rapport 239As) worden vele praktische hindernissen gemeld zoals de laagtijdige uitnodiging, het tijdstip van de vergadering, de afstand tot het ziekenhuis, de relatie tot de specialist, het gevoel erkend te worden als waardevolle professionele partner en dat allemaal voor 1 patiënt en een bespreking van hoogstens 10min. Er worden ook verschillende creatieve oplossingen opgenoemd om de betrokkenheid en de mening van de huisarts mee te laten spelen in het oordeel over welke therapieën het beste zijn voor de patiënt.

BIJKOMENDE ASPECTEN VAN DE MOC

Uit deze enquête van het College voor Oncologie blijken ook andere professionals regelmatig deel te nemen aan de MOC (zie Figuur 7). Dit komt de kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn of haar naasten, en het zorgtraject zeker ten goede.

Figuur 6 — Deelname van andere zorgprofessionals aan de MOC, zoals aangegeven door de ziekenhuizen (enquête college voor oncologie)



In het KCE rapport (239As) worden nog andere duidelijke belemmeringen geïdentificeerd voor een efficiënte MOC vergadering zoals: chaotische vergadering (33%), onmogelijke timing (30%), afwezigheid van sleutelfiguren (29%), onaangepaste financiering (28%) en gebrek aan voorbereidingstijd (26%). Videoconferencing wordt genoemd als de oplossing voor mobiliteitsproblemen van deelnemers en ook ter bevordering van de deelname van huisartsen. Echter, het oplossen van deze organisatorische dilemma's, zal een voorwaarde zijn om videoconferencing succesvol te kunnen gebruiken als vergadermethode.

Een ander punt dat vermeld wordt, is dat de codering van de gegevens uit de MOC door de datamanager onvoldoende is voor een optimaal gebruik door het Kankerregister. Hier kan de vraag gesteld worden of deze gegevens ook alleen gebaseerd moeten worden op de MOC vergadering of dat ze ook op alternatieve wijzen verzameld kunnen worden.

Ten slotte, de financiering van de MOC's vormen de basis voor extra personeel in de zorgprogramma's (zie infra). Het aantal VTE dat dit extra personeel vertegenwoordigt, wordt berekend op basis van het jaarlijkse aantal door het ziekenhuis gefactureerde MOCs. Echter, de definitie en de financiering van sommige functies zijn niet altijd duidelijk. De onduidelijkheden over de competenties voor en de rol van deze functie komen tot uiting in de veelheid aan benamingen en functietitels die in de enquête van het KCE werden opgegeven.

CONCLUSIE MOC

Het aantal patiënten- ongeacht de tumorsoort- dat wordt voorgesteld en besproken in een eerste MOC en in een opvolgings-MOC is duidelijk gestegen. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen, doch dit is niet onderzocht: de toenemende complexiteit van de diagnostiek en van de behandelingen, mede in het licht van de stijgende leeftijd van de kankerpatiënt, meer patiënten met chronische ziektes en met meerdere kankers...

Het absoluut aantal artsen die deelgenomen heeft aan een MOC is eveneens gestegen. Deze stijging is vooral toe te schrijven aan de verhoogde deelname van artsen die deel uitmaken van het ziekenhuispersoneel. Uit de enquête van het College Voor Oncologie blijken ook andere professionals regelmatig deel te nemen aan de MOC, hetgeen de kwaliteit van leven voor de patiënt en naasten en het zorgtraject zeker ten goede komt.

Ongeveer de helft van de patiënten wordt een tweede keer besproken in een opvolgings-MOC. Niet alle patiënten worden in de MOCs besproken. Er is een afname te constateren bij patiënten ouder dan 80 jaar bijvoorbeeld. Het is mogelijk dat het niet organiseren van een MOC samenhangt met de complexiteit en de ongeneeslijkheid van de kanker. Patiënten met bepaalde vormen van kanker worden minder vaak besproken dan andere (bijvoorbeeld prostaat, hoofd-hals, zeldzame tumoren). Het ontbreken van MOCs voor deze zeldzame aandoeningen zou een van de redenen kunnen zijn voor dit verminderd aantal MOCs bij patiënten ouder dan 80 jaar (KCE rapport 239A, 2015 & KCE rapport 219, 2014).

De impact van deze multidisciplinaire overlegmomenten wordt algemeen als erg positief beschouwd (KCE rapport 239A) en de MOCs maken deel uit van de routine van het merendeel van de Belgische ziekenhuizen. Er zijn wel nog verbeterpunten mogelijk, zoals de deelname van de huisarts en organisatorische zaken. Het KCE suggereert een herziening van de wettelijke regelingen met betrekking tot de MOCs, de organisatie en de honorering ervan. Zeker in het kader van de enorme toename van de te verwachten kankerpatiënten tussen nu en 2025. Het KCE geeft daartoe enkele aanbevelingen.

ACTIE 7: SPECIFIEKE STEUN OP HET MOMENT VAN DE MEDEDELING DAT KANKER WERD VASTGESTELD

1. Invoering van een consultatie van lange duur voor de mededeling van de diagnose
3. Uitwerking van een mededelingsprotocol

INVOERING VAN EEN CONSULTATIE VAN LANGE DUUR VOOR DE MEDEDELING VAN DE DIAGNOSE (A7M1)

De langdurige consultatie voor de mededeling van de kankerdiagnose wordt sinds 1 november 2010 terugbetaald, en wordt uitgevoerd door de behandelende huisarts en/of de behandelende arts-specialist. De patiënt krijgt gedurende een consultatie van lange duur uitleg over de diagnose, de voorgestelde bijkomende onderzoeken en het behandelingsplan, zoals beschreven in het verslag van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) dat hieraan moet voorafgaan, en waaraan de arts die het langdurig consult uitvoert heeft meegewerkt. De consultatie wordt volledig terugbetaald (aan ongeveer 58 Euro), en kan slechts één maal worden uitgevoerd, enkel na een eerste MOC.

De analyses betreffende de opvolging van de consultaties van lange duur door de huisarts of arts-specialist gebeurt op basis van terugbetalingsgegevens van RIZIV. Deze zijn beschikbaar voor de periode van 1 november 2010 en tot en met 31 december 2014 voor de nomenclatuurcodes 350232 (huisarts) en 350254 en 350265 (arts-specialist).

Voor sommige analyses werden de cijfer uitgedrukt per aantal kankerpatiënten. Via de website van de Stichting Kankerregister werd het totaal aantal invasieve tumoren (incl. non-melanoma) opgezocht. Er werden jaarcijfers opgezocht voor de periode 2010 tot en met 2013, voor alle Belgen, voor mannen en vrouwen apart, per leeftijdsklasse, en per gewest. Voor 2014 zijn nog geen cijfers beschikbaar, daarom werd het aantal consultaties in 2014 uitgedrukt ten opzicht van de cijfers voor 2013. De cijfers van 2010 werden niet mee opgenomen in de analyses omdat het aantal consultaties enkel beschikbaar is voor een periode van 2 maanden en het aantal invasieve tumoren enkel voor een periode van 12 maanden.

1. Consultatie van lange duur voor toelichting van diagnose en behandelingsplan: totaal

Het totaal aantal consultaties van lange duur voor toelichting van de diagnose en het behandelingsplan bij de huisarts of de arts-specialist in de periode 2010 tot 2014 wordt weergegeven in *Tabel 5*. De cijfers van het opstartjaar 2010 zijn verwaarloosbaar omdat ze slechts een periode van 2 maanden bestrijken; vanaf 2011 is er een geleidelijke toename van het aantal consultaties van lange duur, tot ongeveer 25.500 consultaties in 2014. Met ongeveer 65.000 nieuwe kankergevallen per jaar, betekent dit dat in 2014 grosso modo 40% van de nieuwe kankerpatiënten een consultatie van lange duur kreeg. In de periode 2010-2014 vonden in totaal 83.599 consultaties van lange duur plaats; het totale budget hiervoor bedroeg 4,87 miljoen Euro (*Tabel 5*).

De consultaties voor lange duur vonden vooral plaats bij de arts-specialist. Het aantal consultaties bij de huisarts is beperkt, en daalt nog doorheen de tijd, nl. 3,1% van het totaal aantal consultaties in 2011; 2,4% in 2012; 1,5% in 2013 en 2014. In alle verdere analyses worden de consultaties voor lange duur samen geanalyseerd (geen onderscheid tussen huisarts en arts-specialist).

Tabel 5 — Overzicht van aantal consultaties van lange duur voor mededeling van de kankerdiagnose en het behandelingsplan bij huisarts of arts-specialist

	2010	2011	2012	2013	2014	2010-14
	Aantal consultaties (N)					
Bij huisarts	11	416	488	339	380	1.634
Bij arts-specialist	347	12.900	20.220	23.261	25.237	81.965
TOTAAL AANTAL CONSULTATIES (N)	358	13.316	20.708	23.600	25.617	83.599
	Budget (€)					
Bij huisarts	624	23.754	28.255	19.798	22.496	94.926
Bij arts-specialist	19.675	736.590	1.170.738	1.358.442	1.494.030	4.779.476
TOTAAL BUDGET (€)	20.299	760.344	1.198.993	1.378.240	1.516.526	4.874.402

BRON — RIZIV. 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden. Gemiddelde tarief voor terugbetaling: 56,7€ in 2010; 57,1€ in 2011; 57,9€ in 2012; 58,4€ in 2013; 59,2€ in 2014

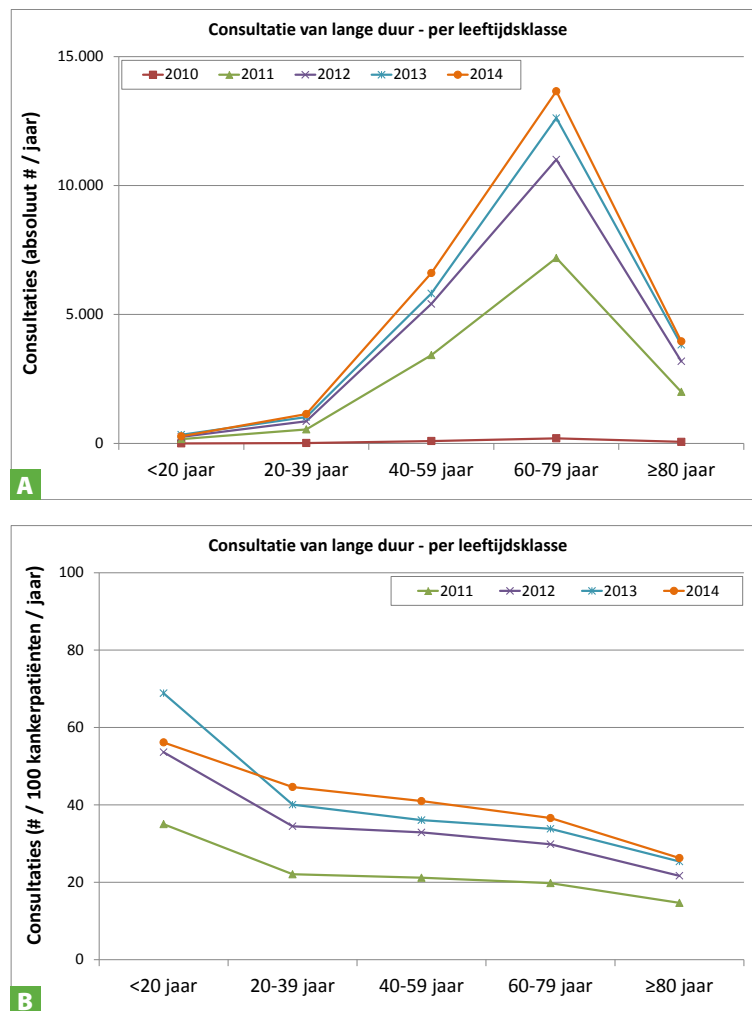
Uit de gegevens van de enquête van het College voor Oncologie, blijkt dat in de ziekenhuizen met een OZP of een OBZP iedere patiënt een individueel behandelplan krijgt. In een beperkt aantal ziekenhuizen wordt aangegeven dat een aantal aspecten van de richtlijnen zoals beschreven in het multidisciplinair oncologisch handboek dat elk ziekenhuis met een OBZP dient te gebruiken om erkend te worden, niet wordt gevolgd. Indien het individueel behandelplan afwijkt van de richtlijnen, geeft een aantal ziekenhuizen aan dat ze: 1) geen MOC organiseren (10,8% in OBCP en 17,1% in OCP), en 2) geen schriftelijk verslag toevoegen aan het patiëntendossier (5,7% in OBCP en 21,4% in OCP).

2. Consultatie van lange duur voor toelichting van diagnose en behandelingsplan: per leeftijdsklasse

Het aantal consultaties van lange duur per leeftijdsklasse van 20 jaar wordt gegeven in *Figuur 8*. In absolute aantallen (*Figuur 8A*) is er een toename van het aantal consultaties met de leeftijd, tot de leeftijd 60-79 jaar. Het aantal consultaties is gerelateerd aan het aantal kankerpatiënten, en dit varieert met de leeftijd. *Figuur 8B* toont dat het aantal consultaties van lange duur, uitgedrukt als percentage van het aantal kankerpatiënten, het hoogst is in de jongste leeftijdsklasse (<20 jaar) en daalt met de leeftijd.

Gemiddelde gezien over de periode 2012-2014, kregen 60% van de min-20-jarigen een consultatie van lange duur; 40% van de 20-39-jarigen; 38% van de 40-59-jarigen; 36% van de 60-79-jarigen en 30% van de plus-80-jarigen.

Figuur 7 — Aantal terugbetaalde consultaties van lange duur voor mededeling van de kankerdiagnose en het behandelingsplan per leeftijdsklasse. (A) absoluut aantal consultaties per jaar; (B) aantal consultaties per 100 kankerpatiënten per jaar

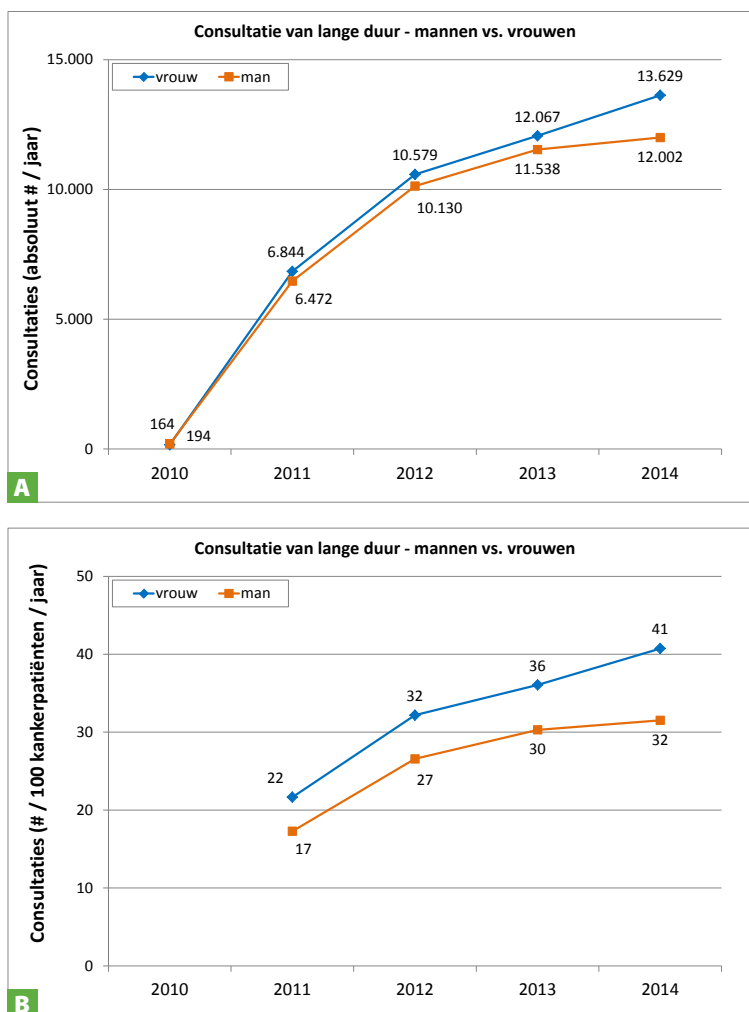


BRON — RIZIV. 2010: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

3. Consultatie van lange duur voor toelichting van diagnose en behandelingsplan: mannen vs. vrouwen

Het aantal consultaties van lange duur, apart voor mannen en vrouwen, wordt gegeven in *Figuur 9*, zowel in absolute aantallen (*Figuur 9A*) als uitgedrukt per 100 kankerpatiënten (*Figuur 9B*). Aangezien het aantal consultaties in 2010 geen volledig jaar dekt, worden deze cijfers niet gegeven in panel B.

Figuur 8 — Aantal terugbetaalde consultaties van lange duur voor mededeling van de kankerdiagnose en het behandelingsplan per geslacht. (A) absoluut aantal consultaties per jaar; (B) aantal consultaties per 100 kankerpatiënten per jaar



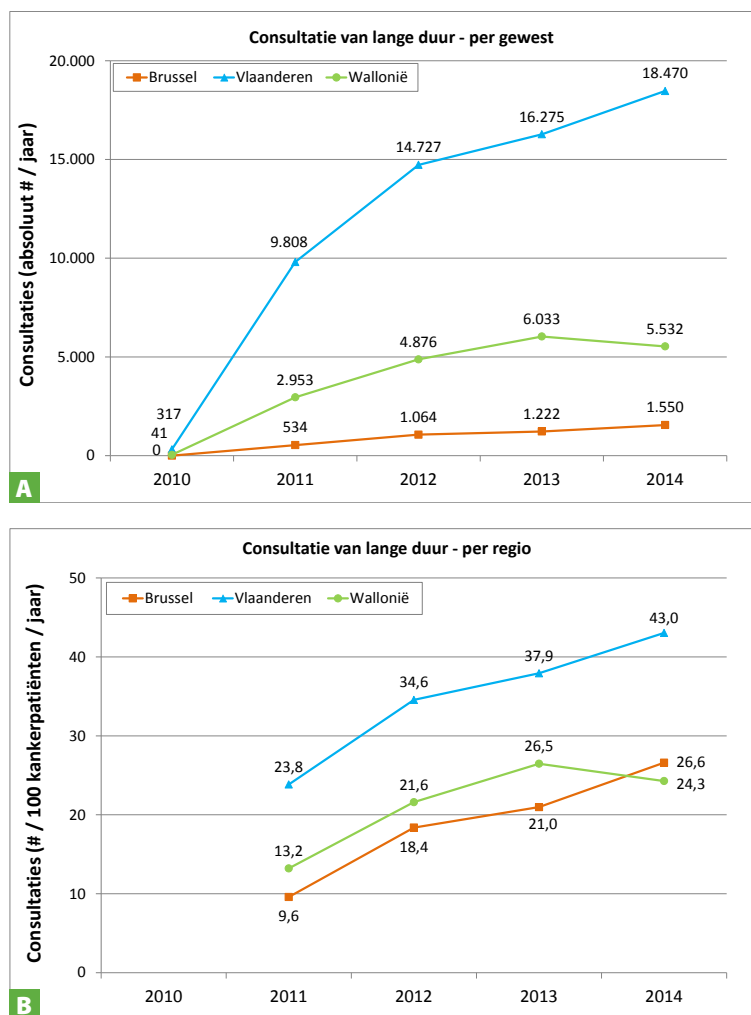
BRON — RIZIV: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

Het percentage kankerpatiënten dat een consultatie van lange duur krijgt stijgt met de tijd, zowel bij mannen als bij vrouwen, maar is systematisch hoger bij vrouwen (35-44% voor periode 2012-2014) dan bij mannen (29-35% voor periode 2012-2014).

4. Consultatie van lange duur voor toelichting van diagnose en behandelingsplan: vergelijking tussen gewesten

Het aantal consultaties voor lange duur per gewest wordt gegeven in *Figuur 10*. In Vlaanderen en Brussel is er een duidelijke toename van het aantal consultaties in de tijd; in Wallonië is er een stijging in de periode 2010-2013, maar ligt het aantal consultaties lager in 2014 (*Figuur 10A*). Indien het aantal consultaties wordt gerelateerd aan het aantal nieuwe kankerpatiënten, liggen de cijfers duidelijk hoger in Vlaanderen dan in Wallonië (*Figuur 10B*): het percentage kankerpatiënten dat een consultatie van lange duur ontvangt is in Vlaanderen op ieder moment ongeveer het dubbele van de percentages in Brussel of Wallonië. In 2014 kreeg bijna 50% van de nieuw gediagnosticeerde patiënten in Vlaanderen een langdurige consultatie met toelichting bij diagnose en behandeling; in Brussel bedroeg dit percentage 29% en in Wallonië 26%.

Figuur 9 — Aantal terugbetaalde consultaties van lange duur voor mededeling van de kankerdiagnose en het behandelingsplan per gewest. (A) absoluut aantal consultaties per jaar; (B) aantal consultaties per 100 kankerpatiënten per jaar



BRON — RIZIV: gegevens vanaf 1/11/2010; 2011-2014: gegevens van 12 maanden

5. Consultatie van lange duur voor toelichting van diagnose en behandelingsplan: besluit

Het aantal consultaties van lange duur voor het mededelen van de diagnose en het informeren over de behandelmogelijkheden is over de jaren heen toegenomen, zowel in absolute als in relatieve zin.

Deze consultatie van lange duur wordt voornamelijk gevoerd bij jongere personen en neemt stelselmatig af naargelang de leeftijd. Zo krijgt 60% de kankerpatiënten jonger dan 20 jaar een consultatie van lange duur, terwijl dit bij 80 plussers slechts in 30% van de gevallen meer is. Uit de gegevens van het RIZIV blijkt bovendien dat dergelijke consultaties dubbel zo vaak in Vlaanderen gevoerd worden dan in het Brussel of Wallonië. Echter uit de gegevens van de enquête van het College voor Oncologie blijkt dat nagenoeg elk ziekenhuis met een erkend OZP en OBZP voor elke patiënt een individueel behandelingsplan opstelt. Het is mogelijk dat de specialisten niet allemaal de administratieve stappen nemen voor de financiering van deze vorm van consultatie. Dit zou een deel van de verschillende resultaten van beide gegevensbronnen kunnen verklaren.

Met de toename van het aantal absolute kankerpatiënten het komende decennium, de toename in verscheidenheid aan behandelmogelijkheden en de verbetering van de implementatie van deze consultatievorm, is te verwachten dat het aantal consultaties, en de daarmee samenhangende kosten, aanzienlijk zal toenemen.

UITWERKEN VAN EEN MEDEDELINGSPROTOCOL (A7M3)

Een werkgroep van het College voor Oncologie deed in september 2010 een voorstel rond een mededelingsprotocol voor het overbrengen van de diagnose en van slecht nieuws tijdens de behandeling. Momenteel wordt de uitwerking ervan verder bestudeerd, met het oog op het de toepasbaarheid bij andere chronische ziektes.

Om het proces van diagnosemededeling te onderzoeken bij chronisch zieken, werd in opdracht van de FOD Volksgezondheid in 2015 een studie uitgevoerd waarin aanbevelingen voor de mededeling van de diagnose opgenomen werden.

— ORGANISATIE VAN DE ZORG: PERSONEEL

Sinds 1 juli 2008 worden ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma (OZP), financieel gesteund door het Kankerplan. Dit gebeurt via het financieren van extra personeel: verpleegkundigen, oncopsychologen en sociale werkers (Actie 10 van het Kankerplan); data managers (Actie 11 van het Kankerplan). Sinds januari 2011 werd dit uitgebreid met de diëtisten. Het realiseren van goede zorg is onlosmakelijk verbonden aan het voorzien van (permanente) opleiding aan zorgverleners. Hierbij worden alle acties uit het Kankerplan die gerelateerd zijn aan de opleiding, erkenning en financiering van het (para-) medische personeel samen besproken.

Het oncologische zorgprogramma (OZP) waarbinnen acties 10 en 11 zich situeren, is een zorgprogramma dat zich richt op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling en de opvolging van oncologische aandoeningen van patiënten van 16 jaar of ouder. Om erkend te worden als OZP of als oncologisch basiszorgprogramma (OBZP) dienen onder meer de richtlijnen en/of verwijfsafspraken van het multidisciplinair oncologisch handboek gevolgd te worden, zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt (KB van 21 maart 2003, hoofdstuk III, afdeling 1 – artikel 133).

Uit de gegevens van de enquête van het College voor Oncologie (zie *Tabel 6*), kunnen we afleiden dat de erkenningsnormen zoals vastgelegd in het KB van 21 maart 2003 (gepubliceerd op 25 april 2003), zeer goed opgevolgd worden in de ziekenhuizen met een OBZP (97,4%) en in 40 van de 51 ziekenhuizen met een OZP (78,4%). De norm waarvan het vaakst wordt afgeweken (43 van de 53 ziekenhuizen met een OZP) is deze dat men permanent beroep moet kunnen doen op een radiotherapeut, in het geval van verschillende vestigingsplaatsen.

Tabel 6 — *Geneesheren-specialisten in oncologie in de OZP en OBZP: naleving van de erkenningsnormen van het KB van 21/03/2003*

Medisch Personeel	
ONCOLOGISCH BASIS ZORG PROGRAMMA (OBZP)	N = 38
Medische coordinatie door een geneesheer-specialist, met minimum 3 jaar ervaring in kankerbehandeling.	97,4% (37/38)
Normen voor medisch personeel in het OBZP: Medische coordinatie door een geneesheer-specialist, met minimum 3 jaar ervaring in kankerbehandeling.	Naleving van de normen: 97,4% (37/38)
ONCOLOGISCH ZORGPROGRAMMA	N = 54
– minstens 1 oncoloog, full time	92,6% (50/54)
– minstens 1 radiotherapeut	96,3% (52/54)
– chirurgen, gespecialiseerd in oncologie of met minstens 3 jaar ervaring	96,3% (52/54)
– minstens 1 klinisch hematoloog	92,6% (50/54)
– specialisten in inwendige geneeskunde: minstens 3 van de volgende 4 specialismen: gastro-enterologie, pneumologie, gynaecologie, urologie	92,6% (50/54)
– permanent bereikbare geneesheren-specialisten: pathologische anatomie	98,1% (53/54)
– permanent bereikbare geneesheren-specialisten: klinische biologie	100% (54/54)
– permanent bereikbare geneesheren-specialisten: radiotherapie	100% (51/51) (m.v. : N=3)
Normen voor bezetting medisch personeel in OZP	Naleving van de normen¹: 78,4% (40/51)
– in het geval van verschillende vestigingsplaatsen: permanentie van een medisch oncoloog	96,2% (51/53) (m.v. : N=1)
– in het geval van verschillende vestigingsplaatsen: permanentie van geneesheer met nodige deskundigheid voor oncologische noodgevallen	100% (54/54)
– in het geval van verschillende vestigingsplaatsen: permanentie van een radiotherapeut	81,1% (43/53) (m.v. : N=1)
Normen voor permanentie medisch personeel in OZP in geval van verschillende vestigingsplaatsen	Naleving van de normen¹: 78,8% (41/52)

¹ De naleving is enkel berekend op de volledige records. (m.v. = missing values)

Het KB van 21/03/2003 definieert ook criteria over andere medische en paramedische beroepsgroepen. Het naleven van de normen voor het andere medisch en paramedisch personeel is als volgt: normen m.b.t. erkende verpleegkundigen (90,6% in OBZP en 57,1% in OZP), normen met betrekking tot de minimale vereisten van het pluridisciplinair psychosociaal supportteam (51,4% in OBZP en 78,4% in OCP) en naleving van de normen m.b.t. de minimale vereisten van andere omkadering (97,3% in OBZP en 100% in OZP).

ACTIE 10: PSYCHOSOCIALE STEUN VOOR DE PATIËNTEN IN HET KADER VAN HET ONCOLOGISCH ZORGPROGRAMMA (OZP)

1. Financiering van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen in de oncologische zorgprogramma's

De budgetten van financiële middelen aan de ziekenhuizen (BMF) (KB april 2002, art 64) Actie 10 voorziet de financiering van extra verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers in de OZPs om de gehospitaliseerde kankerpatiënten beter te omringen en te verzorgen. Onderstaande *Tabel 7* geeft per jaar het totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten (VTE) weer voor elke beroepscategorie (verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers). Het aantal is sinds 2012 stabiel gebleven: 330 verpleegkundigen, 330 psychologen en 165 maatschappelijk werkers.

Tabel 7 — Totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten voor verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers, per jaar

Financiering	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Verpleegkundigen	215	266	319	330	330	330	330
Psychologen	215	266	319	330	330	330	330
Maatschappelijk werkers	108	133	159	165	165	165	165

De financiering gaat naar ziekenhuizen met een erkend OZP. Zoals vermeld in het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt de financiering van deze extra krachten berekend a rato van het aantal MOCs die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald. De financiering wordt berekend op basis van deze geboekte gegevens. Het einde van het jaar is niet opgenomen in de geboekte gegevens, daarentegen bevatten ze enkel prestaties van één tot maximaal twee jaar voordien. Het bekomen aantal vanuit de geboekte gegevens kan variëren naargelang een aantal factoren: effectieve terugbetaling door de ziekenfondsen, interne facturatie in de ziekenhuizen,... Voor 2011 is de berekening zoals bepaald in het hierboven vermelde KB van 25 april 2002 (art 64, §1 en 2), gebeurd op basis van de in het RIZIV geboekte gegevens 2009. In het kader van de herziening van het budget van financiële middelen wordt die financiering vanaf 2008 tot 2010 jaarlijks en vervolgens alle drie jaar herzien op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reële aantal MOCs van het beschouwde jaar.

Op basis van het aantal MOCs wordt bepaald hoeveel VTEs een ziekenhuis krijgt, volgens deze formule: : 1 VTE verpleegkundige/ 250 MOCs - 1 VTE oncopsycholoog/ 250 MOCs - 1 VTE maatschappelijk werker/ 500 MOCs. De berekening van het aantal VTE op basis van de uitbetaalde MOCs door het RIZIV voor het desbetreffende boekjaar (n-2) heeft tot nadeel dat bij vermindering of wegvallen van VTEs er op termijn geen garantie kan geboden worden op vlak van directe patiëntenzorg.

In deze maatregel van actie 10 werd niet bepaald welk type verpleegkundige dienst geïmplementeerd te worden. Hierdoor blijft het nog steeds onduidelijk welke verpleegkundige functies er 'extra' ingezet werden in de psychosociale zorg voor kankerpatiënten. De huidige praktijk toont aan dat er verschillen bestaan bij de inzet van verpleegkundigen in het kader van deze actie. Sommige ziekenhuizen hebben gekozen voor een aanvullende inzet van 'advanced practice nurses' in de oncologie (verpleegkundig consulenten – de zogenaamde 'oncocoaches' - en verpleegkundig specialisten). Andere instellingen hebben geopteerd om deze financiële middelen te gebruiken voor de inzet van oncologieverpleegkundigen op de verschillende afdelingen in het zorgprogramma oncologie. Deze verpleegkundigen worden in de meeste gevallen niet vrijgesteld om een specifieke taak op te nemen in de psychosociale begeleiding van de patiënt en kunnen dus ook niet beschouwd worden als advanced practice nurses in de oncologische zorg.

Het ontbreken van een duidelijke functiebeschrijving van de 'oncocoach' heeft aanleiding gegeven tot de oprichting van een werkgroep. Deze werkgroep vond onderdak bij de Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO) en één van hun hoofddoelstellingen is de functie van 'onco-coach' uit te bouwen tot een volwaardige, uniforme en volwaardige functie binnen het ziekenhuislandschap. Deze werkgroep stelde reeds een conceptnota 'Verpleegkundige specialisten en consulenten in de oncologische zorg' op, waarin ze aangeven dat de praktijk momenteel een onevenwichtige verhouding ervaart tussen het aantal gefinancierde verpleegkundigen. Psychosociale hulp is een heel belangrijk onderdeel in de oncologische zorg, maar onderzoek (NCCN guideline distress management) toont aan dat een minderheid (30%) van patiënten met kanker professionele psychosociale hulp krijgen. In de eerste plaats moeten verpleegkundigen en artsen een belangrijke rol spelen in het verlenen van psychosociale zorg en het adequaat doorverwijzen van patiënten met een psychosociale problematiek naar psychologen en sociaal werkers. Met behulp van een goede distress-screening door de verpleegkundig consulenten in de oncologie kunnen de psychologen en de sociaal werkers op de tweede lijn de gepaste psychosociale hulp verlenen.

ACTIE 14: ERKENNING VAN DE TITEL VAN VERPLEEGKUNDIGE IN DE ONCOLOGIE

1. Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie

Tabel 8 — Aantal erkenningen van verpleegkundigen gedomicilieerd in België, van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie, volgens gemeenschap en jaar

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Nederlandstalig	7	265	369	566	255	288	1.785
Franstalig	49	210	235	210	156	83	985
TOTAAL	56	475	604	776	411	371	2.770

Het ministerieel besluit van 28 januari 2009 definieert de criteria voor de erkenning van bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie. Deze beroepstitel wordt voor onbepaalde duur toegekend. Om de beroepstitel te kunnen behouden moet de verpleegkundige permanente vorming volgen om bijgeschoold te worden inzake de nieuwe evoluties in de oncologische verpleegkunde (minimum 60 uren in een periode van 4 jaar) en minimum 1.500 uren gewerkt hebben bij oncologische patiënten in een periode van 4 jaar. Sinds de 6e staatshervorming is de erkenning een bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar de normering blijft een federale aangelegenheid. *Tabel 8* geeft een overzicht van het aantal erkende verpleegkundigen in België.

Tot op heden werd nog niet nagekeken of de titelhouders de voorgeschreven permanente vorming volgen. In Vlaanderen, is het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid momenteel bezig met de samenstelling van de nieuwe erkenningscommissies voor de erkenning van bijzondere beroepstitels in de verpleegkunde. Wellicht krijgt de nieuwe erkenningscommissie de opdracht om de controles op permanente vorming uit te voeren.

In de conceptnota 'Verpleegkundige specialisten en consulenten in de oncologische zorg' worden specifieke aanbevelingen geformuleerd, zoals het gebruik van eenduidige terminologie (gespecialiseerde verpleegkundige in de oncologie versus advanced practice nurse in de oncologie (= verpleegkundig specialist en verpleegkundig consulent); het organiseren van aangepaste opleiding voor de verpleegkundige specialist en verpleegkundig consulent, etc. Deze aanbevelingen geven handvaten om de functie van 'onco-coach' beter uit te bouwen.

ACTIE 11: FINANCIERING VAN EEN DATAMANAGER IN HET KADER VAN DE ONCOLOGISCHE ZORGPROGRAMMA'S (OZP)

1. Financiering van datamanagers in het kader van de OZP's

Actie 11 voorziet in de financiering van datamanagers om de kwaliteit van de OZPs en van de behandelingsresultaten van de kankerpatiënten te volgen. De datamanagers moeten de gegevens van kankergevallen registreren en nagaan of de beslissingen van de MOC's en de aanbevelingen uit het handboek van oncologie worden nageleefd. *Tabel 9* geeft het aantal gefinancierde datamanagers weer per jaar.

Tabel 9 — Totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten datamanagers, per jaar

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Datamanagers	54	66	79	82	82	82	82

Het KB van 25 april 2002 en het KB van 21 maart 2003 bevatten belangrijke elementen over de functiebeschrijving en de aanstellingsvoorwaarden van datamanagers, namelijk dat een datamanager de MOC's dient bij te wonen, actief betrokken dient te zijn in de kankerregistratie, moet nagaan of het oncologisch handboek gevolgd wordt en de MOC-beslissingen in acht worden genomen. Daarnaast is het volgen van een basisopleiding evenals voortgezette opleidingen, georganiseerd door de Stichting Kankerregister, verplicht. Gezien het KB van 20 september 2009, rond het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen een vergoeding van 1 VTE van universitair niveau per 1000 MOC's wordt voorzien voor de datamanagers, kan men afleiden dat een datamanager een universitaire opleiding dient genoten te hebben. Datzelfde KB stelt dat de financiering kan herzien worden op basis van de effectieve toewijzing van deze datamanagers, hun kwalificatie, ervaring en de specifieke voorwaarden waaraan moet worden voldaan om van de financiering te kunnen genieten. Het KB van 02 april 2014 rond de normen voor Zorgprogramma's voor pediatrische hemato-oncologie vermeldt dan weer heel specifiek dat de persoon die voor de kankerregistratie van deze zorgprogramma's dient in te staan overeen master of een bachelor dient te beschikken.

Registratiemedewerker, datamanager kankerregistratie, datamanager Oncologie, datamanager oncologische registratie zijn enkele namen waarmee eenzelfde functie in verschillende ziekenhuizen wordt omschreven. Verenigd door een nochtans uniforme kankerregistratie zijn niettemin ontelbare (verschillende) registratietoepassingen in gebruik. Gesteund door de bestaande wetgeving en de huidige onoverzichtelijke situatie onstond in het voorjaar van 2012 vanuit een aantal datamanagers het idee om een werkgroep op te richten. Hiermee ontstond de Werkgroep Datamanagers Oncoregistratie (WeDO).

Deze werkgroep vond onderdak bij de VVRO en heeft als doelstelling in de eerste plaats een bijdrage te leveren tot het realiseren van een kwaliteitsvolle en uniforme kankerregistratie en MOC-organisatie. Aansluitend engageert de WeDO zich tot het behartigen van de noden en belangen van alle kankerregistratiemedewerkers om het beroep van Datamanager Oncoregistratie te helpen uitbouwen tot een volwaardige en uniforme functie binnen het ziekenhuis.

Het is belangrijk om nu na te gaan in welke mate de aanbevelingen die WeDO formuleerde verder kunnen geïmplementeerd worden. Zo formuleerden ze de volgende aanbevelingen gebaseerd op actuele knelpunten: 1) een goede oncoregistratie kenbaar maken binnen ziekenhuis, niet alleen omwille van het financieel aspect registreren, 2) kwaliteit zichtbaar kunnen maken of zwaktes in kaart brengen en als een uitdaging zien, 3) één duidelijke database binnen ziekenhuis i.p.v. 20 verschillende overlappende programma's die naast elkaar werken of elkaar als concurrentie zien (voornamelijk bij grotere ziekenhuizen), 4) dossiers voor de mutualiteiten vereenvoudigen en niet meer op papier laten registreren, 5) terugbetalingen via mutualiteiten herbekijken, 6) meer vervolgoedingen organiseren, 7) opstellen van een officiële functieomschrijving van de datamanager, dewelke verder gaat dan registreren alleen, 8) controle op de functie datamanager, het MOC en de registratie met eventuele sancties ter motivatie, 9) verdeling van de gelden herbekijken, aanpassen aan de werkelijke noden en structureel maken, en 10) plaats maken voor input van de datamanager binnen de oncologische commissie van het ziekenhuis en binnen de organisatie van het MOC.

ACTIE 7: SPECIFIEKE STEUN OP HET MOMENT VAN DE MEDEDELING DAT KANKER WERD VASTGESTELD

2. Opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving + Opleiding psycho-oncologie

Om de kwaliteit van het diagnosegesprek te waarborgen, werd er ook in een financiering van een opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving voorzien. Na een oproep tot kandidaatstelling in juli 2008, heeft de FOD Volksgezondheid een consortium van 29 experts opgericht om voorstellen van opleidingen te doen. Het consortium bezorgde in juli 2009 een voorstel van een opleiding communicatie voor de artsen en het verzorgend personeel in de ziekenhuizen met oncologische patiënten én een opleiding in de psycho-oncologie voor psychologen die werken in het kader van een OZP.

Actie 7.2 voorziet in de organisatie en de financiering van twee opleidingen op een structurele basis : 1) een opleiding over communicatie in de oncologie voor artsen en het verzorgend personeel in de ziekenhuizen die contact hebben met oncologische patiënten, en 2) een gecertificeerde twee jaar durende interuniversitaire opleiding in de psycho-oncologie voor alle psychologen die in het kader van een OZP werken. De twee organiserende instituten zijn onafhankelijk maar gefinancierd door tussenkomst van ziekenhuizen, via een "B4"-contract: het Cédric Hèle Instituut (CHI) in samenwerking met UZ Brussel aan de Nederlandstalige kant en het Centre Psycho-Oncologie (CPO) in samenwerking met het Instituut Jules Bordet aan Franstalige zijde.

De doelstellingen van de opleidingen zijn: 1) 'communicatie': zorgen voor een betere communicatie tussen de zorgverleners (artsen, verpleegkundig en paramedisch personeel) en hun patiënten met kanker en, 2) 'psycho-oncologie': de theoretische kennis verbeteren, de communicatiestrategieën en de psychotherapeutische competenties verbeteren en hen in staat stellen om zich te verdiepen over wat ze ervaren hebben op het vlak van de relaties die werden opgebouwd met de patiënten, hun omgeving en de verzorgers.

Sinds 2011 ontvangen het CPO en het CHI, 169.000,- euro voor de financiering van de opleiding psycho-oncologie. De opleiding communicatie ontvangt een forfaitaire financiering van € 50.000 voor de opleiding per jaar. Er worden ongeveer 150 deelnemers beoogd.

1. Opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving (30 uren, voor artsen: 6 uren)

Tabel 10 — Totaal aantal inschrijvingen aan het CHI en CPO voor de opleiding 'Communicatie in oncologie' per kalenderjaar en per beroepscategorie

Vormingsinstelling	Beroepscategorie	2010	2011	2012	2013	2014
CHI	Arts	70	27	15	5	10
	Verpleegkundige	76	90	95	99	56
	Maatschappelijk werker	12	29	17	11	8
	Andere	4	32	20	21	5
	TOTAAL	162	178	147	136	79
CPO	Arts	22	4	10	18	12
	Verpleegkundige	122	145	141	152	149
	Maatschappelijk werker	-	-	14	-	3
	Andere	31	1	-	10	10
	TOTAAL	175	150	165	180	174
CHI + CPO		337	328	312	316	253

Zowel het CHI als het CPO kennen een moeilijke rekrutering van artsen voor de opleiding communicatie (zie *Tabel 10* voor een overzicht van de inschrijvingen). Bij het CPO is er echter een lichte stijgende trend van inschrijving van artsen waarneembaar, wat mogelijks te wijten is aan de volgende factoren: het aanbieden van een pluridisciplinaire opleiding à la carte, afgestemd op de noden van de artsen, een proactieve en telefonische contactopname van de artsen en het sneeuwbaaleffect.

2. Opleiding psycho-oncologie (2 jarig, 26 opleidingsdagen CHI en 22 opleidingsdagen CPO)

Tabel 11 — Totaal aantal inschrijvingen voor de opleiding 'Psycho-oncologie' per academie jaar

Vormingsinstelling	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
CHI	33	27	46	20	23
CPO	47	43	47	50	47
TOTAAL	80	70	93	70	70

Tabel 11 geeft een overzicht van het aantal inschrijvingen voor de opleiding georganiseerd door het CHI en het CPO. Het minimum aantal inschrijvingen voor de opleiding psycho-oncologie wordt niet altijd gerespecteerd en dat door een gebrek aan belangstelling bij vele psychologen die reeds over een grote ervaring in de oncologie beschikken. De vormingsinstellingen moeten dus alles in het werk stellen om zoveel mogelijk deelnemers te overtuigen, onder andere via communicatiecampagnes en dergelijke.

We moeten er eveneens op toezien dat de twee centra prioriteit verlenen aan de beroepsbeoefenaars die gefinancierd worden door het Kankerplan en niet aan externen of studenten in de psychologie.

Veel van de ingeschrevenen voor de opleiding onco-psychologie zijn niet werkzaam in de onco-psychologie. Een reden hiervoor is dat het ziekenhuispersoneel onvoldoende dienstvrijstelling krijgt om de opleiding te kunnen volgen. Het CHI en het CPO hebben daarom het initiatief genomen om de opleiding onco-psychologie voor educatief verlof te laten erkennen. Voor de openbare ziekenhuizen is dat echter niet mogelijk. De FOD Volksgezondheid heeft in 2014 een brief gestuurd aan de ziekenhuisdirecties om hen aan te sporen om hun personeelsleden die in contact komen met oncologische patiënten en die tewerkgesteld zijn in het kader van het OZP aan te moedigen om aan deze gratis opleidingen deel te nemen.

Een andere reden voor het gebrek aan inschrijvingen van psychologen die reeds werkzaam zijn in de onco-psychologie, is art. 1 van het KB van 30 augustus 2013 tot wijziging van het KB van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend. Dat artikel bepaalt namelijk dat een psycholoog van het pluridisciplinair psychosociaal supportteam minstens 5 jaar ervaring met patiënten met oncologische aandoeningen moet hebben of een opleiding van minstens dertig uur moet hebben gevolgd in de onco-psychologie.

De nieuwe kennis en inzichten vanuit de projecten van actie 21-22 dienen geïntegreerd te worden in de wetenschappelijke vorming van de psychologen en binnen het huidige vormingsaanbod van CHI en CPO. Deze acties waren erop gericht om de psychosociale begeleiding van patiënten en hun naasten te verbeteren en het wetenschappelijk onderzoek naar psychosociale zorg in de oncologie te ondersteunen.

De opleidingen worden opgevolgd via jaarlijkse activiteitenrapporten en begeleidingscomités. Het overleg in het begeleidingscomité vergemakkelijkt de onderlinge communicatie van de inhoud van de opleidingen en het waarborgen van de uniformiteit van de opleidingen in Vlaanderen en in Wallonië. Uniformiteit in de wijze waarop beide vormingsinstellingen vandaag hun opleidingen evalueren is eveneens een werkpunt.

Om de (inter)nationale profilering van beide vormingsinstellingen te bevorderen dienen deze te werken aan het verspreiden van (nationale) richtlijnen over effectieve interventies voor de psycho-sociale begeleiding van kankerpatiënten en hun omgeving. Hiervoor kan men ten rade gaan bij de International Psycho-Oncology Society (IPOS) die reeds richtlijnen publiceerde maar waarvoor een vertaalslag naar het Belgische zorglandschap nodig is.

Deze aangebrachte werkpunten zijn belangrijk om mee aan de slag te gaan en dit om de opgebouwde expertise te valideren voor de toekomst. Het Kankercentrum richtte recent de werkgroep 'psycho-oncologie' op waarin samen met vertegenwoordigers van het CHI en CPO wordt nagedacht over een plan van aanpak voor deze werkpunten.

BIJKOMENDE ACTIE (36) BETERE BEHANDELING INZAKE VOEDING VAN KANKERPATIËNTEN

1. Financiering van diëtisten in de oncologische zorgprogramma's
2. Oproep voor projecten rond cachexie

Sinds 1 januari 2011 worden tussen de één en de vier voltijdse diëtisten gefinancierd in de ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma. Het specifieke aantal werd berekend op basis van het aantal terugbetaalde multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC).

Deze diëtisten spelen een belangrijke rol in het omgaan met cachexie. Dit is een latente pathologie bij kankerpatiënten die vaak pas in een laattijdige fase wordt gedetecteerd. Cachexie wordt gedefinieerd als een multifactorieel syndroom, gekarakteriseerd door een progressief verlies van skeletspiermassa (met of zonder verlies van vetmassa). Het verlies aan skeletspiermassa is niet volledig omkeerbaar door voedingsinterventie en leidt tot progressieve functionele achteruitgang. Tot slot wordt cachexie gekenmerkt door een negatieve eiwit- en energiebalans tengevolge van een variërende combinatie van een verminderde voedselinname en een abnormaal metabolisme (Fearon, Kenneth, et al. 2011). Om de preventie, diagnose en de behandeling van oncologische patiënten die hierop een risico lopen of eraan lijden, te verbeteren, werden 11 proefprojecten uitgevoerd door een multidisciplinair team.

Om de voeding van mensen met kanker te verbeteren, is begin 2011 een initiatief genomen als onderdeel van het Kankerplan om financiële steun te verlenen aan innovatieve en originele projecten voor oncologische patiënten met een verhoogd risico of lijden aan cachexie.

De geselecteerde projecten werden vanaf juli 2011 over een periode van 2 jaar gefinancierd voor een totaal forfaitair bedrag van € 150.000 per project. Twee projecten waaraan minstens drie ziekenhuizen hebben meegewerkt, zijn voor een bedrag van € 160.000 gefinancierd. In totaal is € 1.670.000 toegewezen aan deze projecten (€ 835.000 per jaar). Het is niet gemakkelijk om een aantal algemene conclusies te trekken, gezien de grote verschillen tussen de projecten. Toch hebben de pilootprojecten zelf een aantal aanbevelingen geformuleerd.

- Vastleggen van een duidelijke definitie van cachexie.
- Verschillende projecten wijzen erop dat de niet-terugbetaling van diëtconsulten en voedingssupplementen een belemmering vormt voor de behandeling van veel patiënten.
- Vroege detectie wordt aanbevolen zodra de diagnose is gesteld. De diëtist moet worden betrokken zodra de diagnose of bij het begin van de behandeling. En eveneens bij de planning voor follow-up en latere tijdstipmomenten bij een langdurige follow-up van risico patiënten.
- Systematisch voor elke nieuwe start van behandeling een gesprek met gebruik van BIA, handgrip-meting en bloedonderzoek. Indiase BIA in Handgrip argumenten wordt toegepast in dagdagelijkse praktijk wat de gemiddelde tijdsduur van een consultatie tot ongeveer 1 uur verlengt.
- Monitoring van patiënten door impedancemetrie door de diëtist. Dit is ook een aanbeveling van ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*).
- Richtlijnen, specifiek voor oncologische patiënten, moeten worden vastgesteld voor diëtisten, evenzo een klinisch pad van nutritionele ondersteuning van de oncologische patiënt vanaf de diagnose of het begin van de behandeling tot het einde van de behandeling.
- De energiebehoeften moeten worden geobjectiveerd via indirecte calorimetrie en sensewear technologie. Dit vereist het hebben van de juiste apparatuur.
- De SNAQ-score lijkt een interessant hulpmiddel, snel en gemakkelijk te gebruiken om in een populatie van kankerpatiënten, diegenen met anorexia en vooral diegenen die onvoldoende calorie- en eiwitinname hebben om in behoeften te voorzien, te identificeren.
- Het type chemotherapie en interrupts moeten ook in overweging worden genomen, omdat deze variabelen de voedingsstatus van de patiënt kunnen beïnvloeden.
- Ontwikkelen van nieuwe handige tools voor het verzorgen van opleiden in de eiwitcalorieverrijking van de voeding.
- Het belang van de multidisciplinaire aanpak en het belang van de aanwezigheid van voldoende diëtisten om patiënten te monitoren.

CONCLUSIE

De stand van zaken inzake de organisatie van het zorgpersoneel leert ons dat er heel wat professionalisering gerealiseerd is via het Kankerplan.

In de toekomst, zullen volgende acties zeer belangrijk zijn om de huidige professionalisering van onco-zorgpersoneel nog te verbeteren: evaluatie van erkenningsnormen van gespecialiseerd onco-zorgpersoneel; het werken aan een registratie en herregistratiesysteem in functie van de erkenning van bijzondere beroepstitels; het uitschrijven van een functieprofiel van een onco-coach en een data-manager; de evaluatie van het takenpakket van onco-zorgpersoneel in functie van een betere onderlinge afstemming van hun zorgverlening; het evalueren van het huidige psycho-oncologie- en communicatie-opleidingsaanbod, en het bijsturen van dit aanbod op basis van noden in de praktijk en nieuwe wetenschappelijke inzichten.

ACTIE 9: INVOEREN VAN ZORGTRAJECTEN VOOR KANKERPATIËNTEN

- | | |
|----|---|
| 1. | De deelname van de huisarts aan het verloop van de kankerbehandeling bevorderen |
| 2. | Definitie van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten |

Om de kwaliteit van de zorg te garanderen en te optimaliseren is de samenwerking met andere zorgprogramma's essentieel. Daarom bepaalt het Koninklijk besluit van 21 maart 2003 de schriftelijke samenwerkingsverbanden tussen zorgprogramma's. Deze samenwerkingsverbanden zijn verplicht voor de oncologische basiszorgprogramma's (OBZP) en sterk aanbevolen voor oncologische zorgprogramma's (OZP). Een samenwerkingsverband houdt onder andere in dat er effectieve doorverwijzingen en terugverwijzingen moeten zijn, zoals bepaald in het multidisciplinair oncologisch handboek. Een ziekenhuis dat over een oncologisch (basis)zorgprogramma beschikt, moet bovendien deel uitmaken van een palliatief samenwerkingsverband.

De gegevens van de enquête van het college voor oncologie, tonen aan dat er inderdaad een zeer grote samenwerking is tussen de zorgprogramma's (zie *Tabel 12*). Zoals vastgelegd in de wet, hebben alle OBZP schriftelijke samenwerkingsverbanden met OZP. Meer dan 90% van de OZP heeft een samenwerkingsverband met ofwel een andere OZP of een OBZP. Ook de doorverwijzingen en terugverwijzingen van patiënten binnen de samenwerkingsverbanden vinden zeer vaak plaats. Hoewel de wet het verplicht, hebben 5 van de 39 OBZP nog geen palliatief zorgprogramma en dit is ook het geval voor 1 (van de 55) OZP.

Tabel 12 — Samenwerkingsverbanden, doorverwijzingen en palliatieve zorgprogramma's

	OBZP N = 39	OZP N = 55
Schriftelijke samenwerkingsverbanden		
Schriftelijk samenwerkingsverband tussen OBZP en OZP	100% (N = 39/39)	72,7% (N = 40/55)
Schriftelijk samenwerkingsverband tussen OZP en OZP	-	87,0% (N = 47/54; m.v. = 1)
Schriftelijk samenwerkingsverband tussen een OZP en een OBZP of ander OZP	-	90,9% (N = 50/55)
Verwijzingen binnen samenwerkingsverband		
Verwijzingen binnen samenwerkingsverband	100% (N = 39/39)	96% (n = 48/50)
Systematische registratie van verwijzingen	68,7% (N = 22/32; m.v. = 7)	60,5% (N = 26/43; m.v. = 5)
Terugverwijzingen binnen samenwerkingsverband	89,7% (N = 35/39)	100% (N = 49/49; m.v. = 1)
Systematische registratie van terugverwijzingen	70,4% (N = 19/27; m.v. = 8)	61,9% (N = 26/42; m.v. = 7)
Palliatief zorgprogramma		
Deel van samenwerkingsverband	86,5% (N = 32/37; m.v. = 2)	96,4% (N = 53/55)
Interne palliatieve zorgenheid?	33,3% (N = 13/39)	65,4% (N = 36/55)
Palliatief zorgprogramma, via samenwerking of interne eenheid	87,2% (N = 34/39)	98,2% (N = 54/55)

De plaats van de huisarts in het traject, werd niet nagegaan. Uit het KCE rapport 239A (2015) en de enquête van het College voor Oncologie (zie A8) blijkt dat de participatie van de huisarts in de MOC over het algemeen maar matig is. De vraag is hoe de feedback van het ziekenhuis naar de huisarts plaatsvindt. Als de huisarts tijdig en adequaat op de hoogte wordt gehouden van de besluiten en de behandelingen (inclusief de te verwachten bijwerkingen) op een ander wijze dan via de MOC, dan kan de huisarts zijn functie als rode draad in de coördinatie van het zorgtraject uitoefenen. Wel blijken andere professionals zoals verpleegkundigen, psychologen en diëtisten te participeren in de MOCs (zie supra). Dit is positief voor de communicatie en het zorgtraject binnen het ziekenhuis zelf en deze van en naar het verwijzend ziekenhuis.

ACTIE 13: BEHANDELING VAN ZELDZAME TUMOREN

1. Lancering door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van een studie die de kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor de behandeling van zeldzame tumoren zal moeten vastleggen

Deze studie werd gestart in 2013 en moest de definitie van zeldzame en complexe kankers vastleggen. De studie werd ondertussen gepubliceerd (KCE rapport 219, 2014). In de studie wordt een **zeldzame kanker** gedefinieerd als een kanker waarvan jaarlijks minder dan 6 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners worden vastgesteld. Deze drempel is gebaseerd op een Europese definitie (RARECARE) (Gatta et al., 2011).

Een **kanker die een complexe zorg vereist**, wordt gedefinieerd als a) een kanker op een zeer specifieke en uiterst moeilijk bereikbare anatomische plaats (bijv. bepaalde hersentumoren, een oogtumor), of b) een kanker die voorkomt bij specifieke omstandigheden (bijv. tijdens de zwangerschap), of c) een kanker waarvan de adequate diagnose en/of behandeling een hoog kwalificatie- en expertiseniveau vereisen (bijv. sarcoom van de weke delen, slokdarmkanker), of d) een kanker waarvoor een hoogtechnologise of dure infrastructuur vereist is (bijv. hypertherme intraperitoneale chemotherapie voor buikvlies tumoren).

Om de organisatie van de zorg van patiënten met een zeldzame of complexe kanker te verbeteren zou België kunnen leren van de verschillende Europese initiatieven. Verschillende Europese landen (Nederland, Verenigd Koninkrijk, Denemarken) beschikken reeds over een gedifferentieerd model waarbij volwassenen met zeldzame kankers worden doorverwezen naar referentiecentra. De doelstellingen daarbij zijn universeel: de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren en de patiënt de weg wijzen naar gespecialiseerde zorginstellingen die betere resultaten hebben. Uit het KCE rapport 219, 2014 blijkt eveneens dat een continue kwaliteitsbewaking via audits, accreditaties en "benchmarking" van essentieel belang is om de constante kwaliteit van de zorgverlening te garanderen.

Uit de gegevens van het Belgische Kankerregister blijkt dat er in België naar schatting 4.000 volwassenen per jaar een zeldzame vorm van kanker (volgens de RARECARE definitie) hebben (KCE rapport 219A, 2014). Voor een belangrijk aantal van deze kankertypes zijn er minder dan 100 patiënten per jaar. Echter deze patiënten worden vooralsnog in ieder ziekenhuis in België gediagnostiseerd en behandeld. We moeten er naar streven de gespecialiseerde zorg minder te spreiden. Er kan niet gegeneraliseerd worden, maar er bestaat een zekere relatie tussen een hoog volume en betere zorguitkomsten, ook al hangen deze uitkomsten van vele factoren af. Bijvoorbeeld, het KCE rapport 200, 2013 heeft aangetoond dat de zorgvolumes van slokdarm- en maagkanker per ziekenhuis erg laag waren in België. Het zorgvolume kan duidelijk in verband worden gebracht met zowel een verminderde sterfte na een operatie (slokdarmkanker) als de vijfjaarsoverleving (slokdarm- en maagkanker) (KCE rapport 200, 2013).

ACTIE 12: DEFINITIE EN FINANCIERING VAN EEN ONCOLOGISCH ZORGPROGRAMMA IN DE PEDIATRIE

1.	Erkenning van de huidige centra voor pediatrie oncologie
2.	Financiële steun voor de synergieën tussen de centra voor pediatrie oncologie
3.	Uitvoering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie
4.	Financiering vanaf 2009 van een versterking met 2 VTE's voor de paramedische omkadering

Een hemato-oncologisch zorgprogramma in de pediatrie (HOP) dient een kwaliteitsvolle omkadering te garanderen voor kinderen met kanker opgenomen in centra voor pediatrie oncologie. Het Kankerplan ondersteunt de samenwerkingen tussen deze centra zodat elk kind met kanker een gespecialiseerde behandeling kan krijgen.

Dankzij de inzet van een werkgroep van deskundigen uit de centra voor pediatrie oncologie werd een voorstel geformuleerd voor erkenningsnormen voor de pediatrie hemato-oncologische zorgprogramma's. Dit voorstel is verder geïntegreerd in een KB. Het KB van 2 april 2014 bepaalt de normen waaraan het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie en het satellietzorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie moeten voldoen om te worden erkend. Dit KB beschrijft binnen hoofdstuk 2, afdeling 1, artikel 3 de algemene doelstellingen van een HOP zijnde: "Het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrie hemato-oncologie is gericht op de diagnose, de multidisciplinaire behandeling, de revalidatie, de opvolging van late effecten en de palliatieve zorgen voor alle patiënten onder de 16 jaar met hemato-oncologische aandoeningen of ernstige niet-oncologische hematologische aandoeningen, die mogelijk een stamceltransplantatie noodzaken. Hierbij worden de richtlijnen en verwijzingsafspraken tussen ziekenhuizen die beschreven zijn in het multidisciplinair handboek pediatrie hemato-oncologie zoals bedoeld in artikel 28 gerespecteerd en dit zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt." De erkenning is een bevoegdheid van Gemeenschappen/ Gewesten. Op dit moment zijn er nog geen erkenningen van de zorgprogramma's pediatrie hemato-oncologie. De financiering wordt verdergezet door middel van contracten met 7 ziekenhuizen.

Om het klinisch onderzoek te stimuleren en te coördineren, werd een coördinatief voor wetenschappelijk onderzoek tussen de verschillende centra aangesteld. Het Kankerregister neemt deel aan de uitvoering van dit initiatief om een aangepaste registratie van pediatrie tumoren uit te werken. De coördinatief heeft 3 doelstellingen: 1) het redigeren van een handboek kinderoncologie, 2) het coördineren en voorbereiden van klinische trials in de kinderoncologie in de verschillende behandelcentra in België, en 3) het samenwerken met het Kankerregister om de registratie van kinderoncologische aandoeningen uit te breiden en te verbeteren.

3. Kankerregister

Op het kankerregister is voor de BSPHO 1 FTE werkzaam (Nancy Van Damme). Zij staat in voor de contacten met de diensten kinderoncologie in het kader van de registratie. Hierbij wordt de specifieke registratie opgevolgd, wordt kwaliteitscontrole en feedback uitgevoerd. Zij staat ook in voor de rapportering en het bieden van technisch-inhoudelijke ondersteuning aan de registratiemedewerkers. Specifieke vragen naar data uit het kankerregister verlopen via deze weg.

Project 'Lange termijn opvolging': kwaliteit van overleven bij kinderen met Kanker: voorbereiding van project om de dataset die geregistreerd wordt bij diagnose van pediatrie kanker uit te breiden, met name met parameters die inzicht zullen geven in de lange termijn toxiciteit van de aandoeningen en hun behandeling. Dit project wordt mede ondersteund door Kom op tegen Kanker. Voor dit project worden internationale contacten onderhouden met o.m. Pancare, ENCCA en SIOPE.

ACTIE 23: STRUCTURELE FINANCIERING VAN DE KETEN VAN PEDIATRISCHE ZORGEN 'VOORTGEZETTE ZORG KINDEREN'

1. Oprichting van een pediatrie verbindingsfunctie

In België wordt pediatrie palliatieve zorg verleend via 5 gespecialiseerde pediatrie liason- of verbindingsteams (2 Nederlandstalige en 3 Franstalige) welke gesitueerd zijn binnen universitaire ziekenhuizen. Het KB van 15 november 2010 beschrijft de missie en de personeelssamenstelling van deze teams. Dit KB geeft aan dat deze teams continuïteit en kwaliteit van zorg moeten garanderen aan zowel ziekenhuis- als thuiszorgpatiënten met een levensbeperkende ziekte en dit via een interdisciplinair zorgteam (4,0 fte verpleegkundigen, 0,5 fte psycho-sociale zorgverlener, 0,5 fte arts en 0,5 fte administratief assistent) dat zowel curatieve-, palliatieve-, levenseinde- als rouwzorg verleent.

Aan ieder liason team werd door de FOD Volksgezondheid gevraagd om een jaarlijks activiteitenrapport in te vullen. De activiteitenrapporten van 2010 tot en met 2014 van alle liason teams leren ons het volgende: in totaal werden er in de periode van 2010-2014, 3.607 kinderen opgevolgd door de 5 pediatrie teams. Van deze groep patiënten had 47% een leeftijd tussen 1-10 jaar, 25% was jonger dan 1 jaar, 25% was tussen de leeftijd van 11 en 20 jaar, en 3% was ouder dan 20 jaar. Ter illustratie, de activiteitenrapporten van 2014 geven aan welke patiënten deze teams toen opvolgden: 50% met een kankeraandoening, 27% met een neurologische aandoening, genetische afwijking, metabolische of degeneratieve aandoening en 23% van een groep van 'andere aandoeningen' welke cardiologische-, immunologische-, gastro-enterologische-, pneumologische- nefrologische- of perinatale aandoeningen omvatten. Van het totaal van 3.607 van opgevolgde patiënten stierven er 51% patiënten thuis, 41% in ziekenhuizen, en 8% in respijtzorg diensten of in instellingen voor patiënten met een handicap. Ieder jaar werden er meer dan 40 gevallen van thuis sterven door deze liason teams begeleid.

Er is nood aan een blijvende systematische registratie van de activiteiten van deze liason teams. Om deze registratie uit te werken kan hetgeen er in de activiteitenrapporten gerapporteerd diende te worden als basis fungeren, maar met aanvullingen over kwaliteit van zorg metingen, uniforme classificatie van aandoeningen en andere palliatieve zorg gerelateerde structuur-, proces- en product-outcomes.

De overlegmomenten die actie 23 met zich meebrachten bracht een groep van gemotiveerde pediatrie palliatieve zorgverleners samen. Dit resulteerde in de oprichting van de Belgian Paediatric Palliative Care (BPPC) groep welke als een gemeenschap van pediatrie palliatieve zorgverleners kan beschouwd worden waarin aan de creatie van richtlijnen voor de verlening van Belgische pediatrie palliatieve zorg wordt gewerkt. De einddoelstelling van de BPPC groep is om tegen eind 2017 richtlijnen te ontwikkelen voor de volgende thema's: definiëring van een pediatrie palliatieve zorg patiënt; symptoomcontrole; advanced care planning; organisatie van de Belgische pediatrie palliatieve zorg, en levenseindebeslissingen. Het Kankercentrum verleent inhoudelijke en organisatorische ondersteuning aan deze werkgroepen.

De Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg maakt om de 2 jaren een evaluatierapport voor de Kamer op. Een nieuw rapport is in voorbereiding. Bijzonder in vergelijking met de vorige evaluatierapporten is dat de Evaluatiecel vertegenwoordigers van de Belgische Pediatrie Palliatieve Zorg hebben gevraagd om een specifieke sectie inzake de stand van zaken over de pediatrie palliatieve zorg te schrijven.

CONCLUSIE

Nagenoeg ieder ziekenhuis met een oncologische (basis)zorgprogramma voldoet aan de wettelijke minimumvoorwaarden. De MOC is geïmplementeerd, de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling worden gebruikt en een opvolgings-MOC wordt regelmatig gebruikt bij vervolgvragen.

Vooralsnog wordt de zorg van patiënten met een zeldzame vorm van kanker of een complexe kanker in ieder ziekenhuis met een OBZP en OZP gegeven. Door deze versnippering wordt de expertise voor deze vormen van kanker niet optimaal ingezet in België. Het KCE (rapport 291) doet enkele aanbevelingen ter verbetering, waaronder het creëren van netwerken rondom een referentiecentrum, dewelke regelmatig geëvalueerd dient te worden. Het verder uitwerken voor zorgtrajecten van patiënten met een zeldzame of complexe vorm van kanker kan een aanzet zijn om alle zorgtrajecten verder uit te werken en te evalueren, ook in functie van patiententevredenheid.

Om de werking van de pediatische liasonsteams goed te kunnen opvolgen en de workload te kunnen bewaken, dient er werk gemaakt te worden van een registratie systeem. Dit systeem dient naast gegevens per team, over het aantal nieuwe patiënten per jaar ook informatie te verzamelen over bepaalde outcomes voor de patiënt (bijvoorbeeld levenskwaliteit meting).

ACTIE 15: BETERE DEKKING DOOR DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING VAN DE GENEESMIDDELEN TEGEN KANKER

1.	Terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker
2.	Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker voor borstkanker bij mannen
3.	Snelle toegang tot geneesmiddelen voor de 'unmet medical needs'-analyse
4.	Snellere terugbetaling voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie

TERUGBETALING VAN DE GENEESMIDDELEN TEGEN KANKER (A15M1)

De inspanningen voor de terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker worden verdergezet. In 2014 (zie *Tabel 13*) werden 4 bijkomende geneesmiddelen van klasse 1 terugbetaald, 6 geneesmiddelen van klasse 2 en 3 geneesmiddelen van klasse 3. Bovendien werden de indicaties bij 8 geneesmiddelen uitgebreid. In 2015 (zie *Tabel 14*), worden bijkomend 1, 3 en 8 geneesmiddelen terugbetaald voor respectievelijk klasse 1, 2 en 3 geneesmiddelen. In 2015, werden de indicaties uitgebreid voor 3 geneesmiddelen. Ook een extra aantal weesgeneesmiddelen werden opgenomen voor terugbetaling: 5 in 2014 en 4 in 2015.

Tabel 13 — Aantal terugbetalingen van kankermedicatie in 2014

Wees-geneesmiddel	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Wijzigingen (uitbreiding indicaties)
JAKAVI	ZALTRAP	AMELUZ	CAPECITABINE ACCORD	ALIMTA
BOSULIF	PERJETA	AMSIDINE	CAPECITABINE SANDOZ	AVASTIN
ADCETRIS	ERIVEDGE	GIOTRIF	PACLITAXEL SANDOZ	ERBITUX
	KADCYLA	HERCEPTIN (forme SC)		LEVACT
		MABTHERA		MABTHERA
		TAFINLAR		TYVERB
				VECTIBIX
				VELCADE
TOTAAL : 3	TOTAAL : 4	TOTAAL : 6	TOTAAL : 3	TOTAAL : 8

Tabel 14 — Aantal terugbetalingen van kankermedicatie in 2015

Wees-geneesmiddel	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Wijzigingen (uitbreiding indicaties)
IMBRUVICA	ZYDELIG	ZELBORAF	OXALIPLATIN SANDOZ	AVASTIN
GAZYVARO		STIVARGA	PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE	MABTHERA
OFEV		ALIMTA	TOPOTECAN SANDOZ	SPRYCEL
LYNPARZA			CYCLOPHOSPHAMIDE SANDOZ	
			ETOPOSIDE ACCORD HEALTHCARE	
			FLUDARABINE ACCORD HEALTHCARE	
			DOXORUBICIN ACCORD HEALTHCARE	
			MITOXANTRONE ACCORD	
TOTAAL : 4	TOTAAL : 1	TOTAAL : 3	TOTAAL : 8	TOTAAL : 3

TERUGBETALING VAN GENEESMIDDELEN TEGEN KANKER VOOR BORSTKANKER BIJ MANNEN (A15M2)

In 2013 werd bij 83 mannen borstkanker vastgesteld in België. Bij gebrek aan automatische terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering, neemt het Bijzondere Solidariteitsfonds van het RIZIV de terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker voor de zeldzame gevallen borstkanker bij mannen voor zijn rekening. Het Bijzondere Solidariteitsfonds ontvangt echter maar zeer weinig van dergelijke aanvragen. Elke aanvraag leidt tot een studie van de wetenschappelijke 'state of the art'. Helaas, is de effectiviteit van de behandelingen die gewoonlijk aan vrouwen worden toegediend, zoals aromatase-remmers, nog niet aangetoond bij mannen. Hormonale verschillen tussen mannen en vrouwen zorgen voor deze verschillende werking en wetenschappelijke waarde.

Wel is de terugbetaling van het geneesmiddel tamoxifène (Nolvadex) structureel geworden bij borstkanker bij zowel mannen als vrouwen.

UNMET MEDICAL NEED (A15M3)

Als onderdeel van het 'Unmet Medical Need'-project is de mogelijkheid gecreëerd om in te grijpen in de kosten van medische zorg, met name de farmaceutische zorg, voor patiënten met bewezen medische behoeften, d.w.z. medische behoeften die niet of onvoldoende kunnen worden geholpen met het bestaande (en terugbetaalbare) therapeutische arsenaal, nog voordat het geneesmiddel in kwestie een handelsvergunning heeft gekregen (registratie).

De beslissing over de interventie – elke keer op individuele basis – zal worden genomen door het College van de Medische directies. Voor dit doel zal het college gebaseerd zijn op 'cohortbeslissingen', d.w.z. 'principiële' beslissingen voor wel-gedefinieerde doelgroepen en onder welomschreven voorwaarden, die vooraf door het college op voorstel van de adviescommissie zijn genomen in het geval van een tijdelijke interventie in het gebruik van een geneesmiddel.

Deze voorstellen voor cohortbeslissingen worden gedaan op basis van verzoeken van de farmaceutische bedrijven of de minister, op voorwaarde dat de betreffende geneesmiddelen een onbeantwoorde medische behoefte hebben, meer specifiek, van een van de indicaties die aanwezig zijn op de lijst van onvervulde medische behoeften, zoals bepaald door de Algemene Raad tegen 31 oktober van elk jaar.

Hieronder (Tabel 15) staat de lijst van onvervulde medische behoeften op het gebied van kanker van 2016, opgesteld door de Algemene Raad, op basis van de adviezen van de CAIT en het College van geneesheren-directeuren. In de nabije toekomst zullen besluiten over terugbetaling van geneesmiddelen worden genomen met expliciete aandacht voor de meningen en voorkeuren van burgers en patiënten. (KCE-rapporten 272A).

Tabel 15 — Lijst van de medische behoeften in het kankerdomein

UMN lijst 2016*	
Recidiverend glioblastoom	Glioblastome récurrent
Pancreaskanker BRCA+	Cancer du pancréas BRCA+
Mesothelioom (2L)	Mésothéliome (L2)
Acute lymfoblastische leukemie (ALL)	Leucémie lymphoblastique aiguë (ALL)
Metastatic uveal melanoma	Mélanome uvéal métastatique
Acute myeloïde leukemie (AML) FLT3 positieve	Leucémie myéloïde aiguë (AML) FLT3 +
Gemetastaseerd niet kleincellig longkanker T790m+	Cancer du poumon non à petites cellules métastasé T790m+
Recidiverend en/of gemetastaseerd plaveiselcelkankers van het hoofd-halsgebied (SCCHN)	Carcinome à cellules squameuses de la tête et du cou récurrent et/ou métastatique (SCCHN)
Gemetastaseerd gevorderd maagkanker HER2 positief (2L en +)	Cancer gastrique métastasé et avancé HER2 + (L2 et)
Niet kleincellig longkanker ALK + met progressie na crizonitib	Cancer du poumon non à petites cellules ALK + ayant progressé après crizonitib
Gemetastaseerd borstkanker ER+/HER2-	Cancer du sein métastatique ER+/HER2-
Niet kleincellig longkanker PD-L1+ (3L)	Cancer du poumon non à petites cellules PD-L1+ (L3)
Gemetastaseerd borstkanker BRCA+	Cancer du sein métastatique BRCA+
Recidiverende of refractaire Chronische Lymfatische Leukemie met 17p deletiemutatie (17p del R/R CLL)	Leucémie Lymphatique Chronique récidivante ou réfractaire avec mutation délétion 17p (17p del R/R CLL)
Niet kleincellig longkanker KRASm+	Cancer du poumon non à petites cellules KRASm+
Niet kleincellig longkanker (L2)	Cancer du poumon non à petites cellules (L2)
Non-Hodgkin lymfoom (1L)	Lymphome non hodgkinien (L1)

ACTIE 16: ONDERSTEUNEN VAN RADIOTHERAPIE EN ONCOLOGISCHE BEELDVORMING

1	Kwaliteitscontrole van alle screeningsapparatuur
2	Nieuwe programmatie indien gewenst
3	Financiering in het Budget van Financiële middelen van de ziekenhuizen (BMF)

In het kader van Actie 16 heeft de FOD Volksgezondheid verschillende initiatieven genomen om de kwaliteit in de Belgische radiotherapie en oncologische beeldvorming te verbeteren. Uit de analyse van de activiteitenrapporten (rapport FOD VVVL), blijkt dat bijna de helft van de deelnemende projecten (12 op 25) al een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) had op de dienst **radiotherapie** voor aanvang van de financiering door het kankerplan. Van diegenen waar dat nog niet het geval was, hebben de meeste al in het 1^{ste} jaar van financiering een KMS geïmplementeerd. De ziekenhuizen die al over een KMS beschikten voordat ze gefinancierd werden door het kankerplan (n= 12) geven in hun jaarrapporten vooral aan dat de middelen van het kankerplan hebben geleid tot een meer dynamisch, uitgebreid en gestructureerd kwaliteitsbeleid. Vaak is er werk gemaakt van het actualiseren/ invoeren van procedures en het oprichten van nieuwe coördinatie- en/of overlegstructuren (zie *onderstaande tabel*). Ook de aanstelling van de kwaliteitsmanager wordt door ruim de helft als een meerwaarde beschouwd. De instellingen zonder KMS voor aanvang van de financiering van het kankerplan hebben allemaal (op één na) een KMS ingevoerd. Dat ging bij alle ziekenhuizen gepaard met het invoeren/actualiseren/harmoniseren van de procedures. Andere belangrijke veranderingen bij deze ziekenhuizen zijn het oprichten van coördinatie- en/of overlegstructuren, de implementatie van een documentbeheersysteem en de invoering van een registratiesysteem voor (bijna)-incidenten. In mindere mate vermelden ze ook het opstellen van (kwaliteits)-indicatoren/risicoanalyse, de aanstelling van de kwaliteitsmanager en het aanpassen van het patiëntendossier.

De meeste ziekenhuizen geven aan dat ze sinds de financiering door het kankerplan hun registratiesysteem voor incidenten of bijna-incidenten uitgebreid of verbeterd hebben of een systeem hebbe, ingevoerd als het nog niet bestond. Het gebruik van Prisma-RT is eveneens een frequent gerapporteerde verandering (16/25 ziekenhuizen halen dat aan in hun jaarrapport). Het doel van dit project is om incidenten op een uniforme manier te registreren in een centrale nationale database. Op deze manier kunnen de echte oorzaken van incidenten beter worden onderzocht. Het Prisma-RT project (<http://www.prisma-rt.be/>), werd sinds 2010 via het kankerplan gefinancierd. Alle 25 radiotherapeutische diensten in België maken nu deel uit van het netwerk.

In de deelnemende ziekenhuizen hebben zowel interne als externe audits plaatsgevonden. Het College van Geneesheren voerde vanaf 2011 elk jaar, systematisch 5 externe audits uit. Maar deze audits zijn niet de enige externe audits die hebben plaatsgevonden. Het kankerplan financierde de BeldART – projecten (1 & 2), die gezorgd hebben voor een 4-tal dosimetrie-audits. Daarnaast hebben in 9 ziekenhuizen nog andere externe audits plaatsgevonden door in totaal 9 verschillende instanties, waarvan er 7 certificaten afleverden. Het betreft zowel audits voor dosimetrie en mechaniek als (vaak ziekenhuisbrede) audits voor zorgkwaliteit/kwaliteitsmanagement/patiëntveiligheid. Uit de jaarverslagen van 2014 blijkt dat de meerderheid van de ziekenhuizen gevolg geeft aan de resultaten van de interne en externe audits, al blijft de beschrijving van wat ze precies doen meestal vrij algemeen.

Lievens et al. (2015) publiceerde in het kader het HERO-project (Health Economics in Radiation Oncology), dat België, net als Denemarken en Noorwegen, over de meeste radiotherapie megavoltapparatuur beschikt per 1 miljoen inwoners. Daar staat tegenover dat er relatief minder personeel per apparaat aanwezig is. Uitgerekend per radiotherapie zitting, zit België net onder de middenmoot in het gebruik van de apparatuur (B= <400 zittingen / apparaat; median 438, range 262-1061), de hoeveelheid zittingen per radiotherapeut per jaar (B=225

zittingen per radiotherapeut; median 208.9, range 99.9-348.8), per klinisch fysicus (B=200 zittingen/klinisch fysicus, median 303.3 range 85-757.7) en per radiotherapeutisch laborante (B=70 zittingen /jaar / radiotherapeutisch laborant; median 76,8 range 25.7-156.8). Naast deze gegevens is het belangrijk te weten of de indicatie tot het geven van radiotherapie wel optimaal is. Borrás et al. (2015) hebben dit onderzocht en hebben een model ontwikkeld aan de hand van gegevens van Europese landen. Dit model biedt de mogelijkheid om te berekenen hoeveel patiënten bestraald hadden moeten worden indien radiotherapie optimaal gebruikt wordt, en vervolgens ook het aantal megavolt apparatuur die nodig is om deze behandelingen mogelijk te maken.

In het kader van het gebruik van **medische beeldvorming** is de actieve bewustmakingscampagne voortgezet. Het doel ervan is de professionals én de patiënten bewust te maken van het feit dat het maken van röntgen foto's geen "familie kiekjes" zijn aangezien ze ook nadelige gevolgen hebben. Een internetsite (www.zuiningmetstraling.be) geeft de bezoekers uitleg over het belang van een goed gebruik en de risico's van medische beeldvorming. Uit studies was namelijk gebleken dat het gebruik van dergelijke apparatuur in België erg hoog was in vergelijking met de rest van Europa. Daarom werd in 2010 het BELMIP (Belgium Medical Imaging Platform) opgericht. In dit platform werken de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, de FANC en de sector samen aan verschillende kwaliteitsinitiatieven.

Naast de hierbovenvermelde bewustmakingscampagne, werden ook richtlijnen voor medische apparatuur ontwikkeld in 2010 (www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beeldvorming). Het gebruik ervan wordt gepromoot door de vzw 'Focus on Medical Imaging'. Deze vzw publiceert periodiek de gelijknamige brochures waarin het goed gebruik van medische beeldvorming gepromoot wordt. BELMIP werkt momenteel ook aan een gestandaardiseerd kwaliteitssysteem voor radiologie gebaseerd op kwaliteitscriteria van het IAEA (International Atomic Energy Agency).

ACTIE 17: STRUCTURELE STEUN AAN DE CELBANKEN EN DE EENHEDEN CELTHERAPIE VOOR BLOEDVORMENDE STAMCELLEN EN NAVELSTRENGBLOED

1. Structurele basissteun voor bloedvormende stamcel- en navelstrengbloedbanken

Uit cijfers van het Kankerregister blijkt dat er een duidelijke stijging is in de incidentie van de onco-hematologische ziekten. Het aantal gevallen nam tussen 2004 en 2011 met gemiddeld 4% per jaar toe (Mores et al., 2014). Een stamceltransplantatie kan levensreddend zijn voor patiënten met een hematologische kanker (leukemie en lymfomen). Het vinden van een geschikte donor is hierbij cruciaal.

Sinds 1 januari 2009 genieten de ziekenhuizen met een hematopoïetische stamcelbank van een structurele financiering. Een bijkomende financiering wordt ook toegekend aan de navelstrengbloedbanken. Deze financiering moet de werkingskosten van de banken dekken, zowel de kwaliteitscoördinatie voor de optimale bewaring van het materiaal als de kosten gelinkt aan de voorbereiding en de opslag van de stalen.

Er werd een thematische werkgroep samengesteld onder leiding van het Kankercentrum (WIV-ISP) om het Belgische overheidsbeleid ten aanzien van stamceldonatie en het beheer van stamcellen te evalueren. Hierin werden voorstellen ontwikkeld op het niveau van het stamcelregister en de donorrekrutering, ten aanzien van de navelstrengbloedbankactiviteiten, evenals hervormingsvoorstellen voor een verbetering van de financiering. Deze voorstellen werden in 2015 opgenomen door het beleid.

In vergelijking met de buurlanden, heeft België vele stamcel- en navelstrengbloedbanken. Daarom wordt momenteel een strategie uitgewerkt die moet leiden tot meer synergie en concentratie. Dit om de efficiëntie en kwaliteit te garanderen en deze op termijn nog te verbeteren.

ACTIE 27: OPRICHTING VAN EEN TUMORBANK

1. Financiering van tumorbanken

De universitaire ziekenhuizen of gelijkgestelde ziekenhuizen die over een tumorbank met een gecentraliseerd beheer beschikken, worden sinds 1 januari 2009 structureel gefinancierd. Dit blijft ongewijzigd.

Doelstelling van actie 27 is het faciliteren van translationeel kankeronderzoek door het opzetten van een Virtuele Tumorbank. Het Kankerregister kreeg de opdracht in 2008 om dit op te zetten. Het initiatief groeide uit tot een interuniversitaire samenwerking. Sinds de opstart werken elf instellingen, waaronder alle universitaire ziekenhuizen, mee (zie Figuur 11).

De tumorbanken leveren op regelmatige tijdstippen hun gegevens aan het Kankerregister via een webbased registratiemodule. Het Kankerregister is verantwoordelijk voor de opslag, de kwaliteitscontrole en de validatie van deze gecentraliseerde gegevens die in de online catalogus gepubliceerd worden. Onderzoekers raadplegen deze catalogus om informatie over stalen terug te vinden voor wetenschappelijk onderzoek. Einde 2015 bevatte deze catalogus reeds meer dan 42.000 tumorstalen.

Op regelmatige tijdstippen vergadert het Steering Committee van de 'Belgian Virtual Tumor Bank' (BVT) over de stand van zaken van het project en het bespreken van (nieuwe) activiteiten. Tussen 2013 en 2015 werd de focus gelegd op de kwaliteit van de gegevens in de centrale databank en op het instellen van standaardprocedures hiervoor. De registratiemodule werd hiervoor grondig aangepast.

Momenteel worden initiatieven genomen om de zichtbaarheid van de BVT en de inter-universitaire uitwisseling van stalen te bevorderen. Bijkomende informatie is te vinden op www.virtualtumourbank.be

Figuur 10 — Samenwerkingsverband aan de virtuele tumorbank



ACTIE 18: VERBETERING VAN DE TERUGBETALING VAN BIJKOMENDE KOSTEN DIE VERBONDEN ZIJN AAN KANKERBEHANDELINGEN

1. Voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen (laryngectomie)
2. Voor mensen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen (alopecia)
3. Voor mensen die een borstampuatie (mastectomie) moeten ondergaan

VERBETERING TERUGBETALING VOOR PATIËNTEN BIJ WIE HET STROTTENHOOFD IS WEGGENOMEN (A18M1)

De veiligheidsmarge op de stemvervangende implant wordt sinds 1 november 2009 terugbetaald. Gezien de vervangingsfrequentie van de stemvervangende implant (2 à 3 keer per jaar) en van de onderhoudskit voor de laryngectomie (4 à 5 keer per jaar) en de hoogte van de afleveringsmarge, wordt deze marge ten laste genomen door de verplichte ziekteverzekering. Hieronder bespreken we de aantal terugbetaalde afleveringsmarges per leeftijdsklasse, per geslacht en per gewest.

1. Aantal terugbetaalde afleveringsmarges: totaal en per leeftijdsklasse

Uit Tabel 16, kunnen we afleiden dat het totale aantal afleveringsmarges steeg van 2009 tot 2013 wanneer 1.788 afleveringsmarges terugbetaald werden. Daarna daalde het aantal terug tot 1.292 terugbetalingen in 2014. Er zijn weinig patiënten jonger dan 40 jaar die hiervoor een terugbetaling kregen. Het grootst aantal terugbetalingen gebeurt voor patiënten tussen de 60 en 79 jaar.

Het verwijderen van het strottenhoofd (de larynx) gebeurt bij patiënten met strottenhoofdkanker. De gegevens van het Kankerregister tonen inderdaad aan dat de incidentie van deze vorm van kanker gedaald is tussen 2004 en 2013 bij mannen. De daling in het aantal laryngectomieën is waarschijnlijk een combinatie van een daling in incidentie en het gebruik van lasertherapie ter behandeling van strottenhoofdkanker.

De incidentie bij vrouwen blijft ongeveer stabiel over de jaren heen, maar is in het algemeen ongeveer 6 keer lager bij vrouwen dan bij mannen. De gevonden leeftijdsverdeling, komt overeen met de gemiddelde leeftijd waarop strottenhoofdkanker gediagnosticeerd wordt, bij mannen is dit tussen de 50 en 70 jaar terwijl dit bij vrouwen vaak 5 tot 10 jaar eerder gebeurt.

Tabel 16 — Aantal terugbetaalde afleveringsmarges voor spraakprothesen per jaar (2009*: sinds 1/07/2009): per leeftijdsgroep

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 20 jaar	0	2	1	0	0	0
20-39 jaar	0	0	1	0	6	6
40-59 jaar	81	252	278	340	398	315
60-79 jaar	153	658	842	1.066	1.271	888
≥ 80 jaar	8	88	79	114	113	83
TOTAAL	242*	1.000	1.201	1.520	1.788	1.292

2. Aantal terugbetaalde afleveringsmarges: mannen vs vrouwen

De meeste afleveringsmarges voor spraakprothesen worden terugbetaald aan mannen, met een piek in terugbetalingen in 2012 en waarna de hierboven besproken daling zich inzet (zie Tabel 17). De man/vrouw ratio varieert over de tijd (11.1 in 2009; 10.9 in 2010; 7.1 in 2011; 5.4 in 2012; 9.2 in 2013 en 5.8 in 2014).

Tabel 17 — Aantal terugbetaalde afleveringsmarges voor spraakprothesen per jaar (2009*: sinds 1/07/2009): vrouwen vs mannen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vrouwen	20	84	148	236	165	191
Mannen	222	916	1.053	1.284	1.523	1.101
TOTAAL	242*	1.000	1.201	1.520	1.788	1.292

3. Aantal terugbetaalde afleveringsmarges: per gewest

In Tabel 18 worden het aantal terugbetalingen weergegeven per gewest. Wat opvalt is dat het aantal een stuk hoger ligt in Brussel in vergelijking met Wallonië tot in 2012, ondanks de kleinere bevolking van het Brusselse gewest. Vanaf 2013 vinden meer terugbetalingen plaats in Wallonië in vergelijking met Brussel.

Tabel 18 — Aantal terugbetaalde afleveringsmarges voor spraakprothesen per jaar (2009*: sinds 1/07/2009): per gewest

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brussel	82	281	319	403	383	307
Vlaanderen	110	458	581	747	891	521
Wallonië	50	258	297	368	513	463
Buitenland of ongekend	0	3	4	2	1	1
TOTAAL	242*	1.000	1.201	1.520	1.788	1.292

VERBETERING TERUGBETALING VOOR MENSEN DIE DOOR EEN KANKERBEHANDELING HUN HAAR VERLIEZEN (A18M2)

De verhoging van de forfaitaire tegemoetkomingen voor een haarprothese voor personen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen werd op 1 februari 2009 van kracht (KB van 19/12/2008).

1. Aantal terugbetaalde haarprothesen: totaal en per leeftijdsklasse

Tabel 19 — Aantal terugbetaalde haarprothesen bij kaalheid t.g.v. radio-of chemotherapie: per leeftijd

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 20 jaar	37	28	35	41	46	39
20-39 jaar	420	430	441	381	425	385
40-59 jaar	2.818	2.696	2.825	2.751	2.745	2.585
60-79 jaar	3.323	3.412	3.612	3.528	3.615	3.610
≥ 80 jaar	259	266	302	334	305	349
TOTAAL	6.857	6.832	7.215	7.035	7.136	6.968

Het totaal aantal terugbetaalde haarprothesen is redelijk stabiel tussen 2009 en 2014 (zie Tabel 19). Het vaakst worden deze terugbetalingen toegekend aan patiënten tussen 40 en 79 jaar.

2. Aantal terugbetaalde haarprothesen: mannen vs vrouwen

Tabel 20 — Aantal terugbetaalde haarprothesen bij kaalheid t.g.v. radio- of chemotherapie: mannen vs vrouwen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vrouwen	6.702	6.685	7.102	6.889	7.003	6.853
Mannen	155	147	113	146	133	115
TOTAAL	6.857	6.832	7.215	7.035	7.136	6.968

Het aantal terugbetaalde haarprothesen ligt ongeveer 50 keer hoger bij vrouwen dan bij mannen (zie Tabel 20). Er zijn eigenlijk maar heel weinig mannen die hiervan gebruik maken.

3. Aantal terugbetaalde haarprothesen: per gewest

Uit Tabel 21 blijkt dat de verschillen in aantal terugbetalingen tussen de gewesten stabiel blijven tussen 2009 en 2014, net zoals dat het geval was voor de totale aantallen. In verhouding met de bevolking, gebeuren de terugbetalingen wel vaker in Vlaanderen dan in Wallonië (ratio terugbetaling = 2 vs. ratio bevolking = 1,78). Zowel Vlaamse als Waalse patiënten genieten verhoudingsgewijs ook een stuk vaker van deze terugbetaling in vergelijking met Brussel (ratio terugbetaling VI/Br = 9,5 vs ratio bevolking VI/Br = 5,63; ratio terugbetaling Wall/Br = 4,7 vs. ratio bevolking Wall/Br = 3,15) (cijfers bevolking: FOD economie).

Tabel 21 — Aantal terugbetaalde haarprothesen bij kaalheid t.g.v. radio- of chemotherapie: per gewest

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brussel	456	440	490	488	436	454
Vlaanderen	4.286	4.252	4.437	4.397	4.517	4.285
Wallonië	2.109	2.133	2.274	2.138	2.170	2.212
Buitenland of ongekend	6	7	14	12	13	17
TOTAAL	6.857	6.832	7.215	7.035	7.136	6.968

VERBETERING TERUGBETALING VOOR MENSEN DIE EEN BORSTAMPUTATIE MOETEN ONDERGAAN (A18M3)

Sinds 1 december 2008 is er een betere terugbetaling van borstreconstructies, met inbegrip van de terugbetaling voor de meest recente technieken. Sinds 1 januari 2009 zijn er twee bijkomende maatregelen van kracht: 1) tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor externe borstprothese bij unilaterale agenesie en 2) tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor 2 externe borstprothesen na amputatie van de tweede borst. In 2016 beogen de Nationale Commissie Artsen en Ziekenfondsen (medico-mut) een akkoord te bereiken bevattend een betere terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel na mastectomie ten gevolge van kanker of ter preventie ervan.

ACTIE 30: GEBRUIK VAN DE HADRONTHERAPIE IN BELGIË

1. Haalbaarheidsstudie over de oprichting van een hadrontherapiecentrum in België
2. Betere terugbetaling van zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die hadrontherapie nodig hebben

EVALUATIE VAN DE HAALBAARHEID VAN DE OPRICHTING VAN EEN HADRONTHERAPIE CENTRUM IN BELGIË (A30M1)

In dit kader heeft de Stichting "Belgian Hadrontherapy Center Project" (BHTC) een studievoorstel uitgewerkt om de haalbaarheid van een dergelijk project in België te analyseren. De FOD Volksgezondheid onderzocht de voorwaarden van het studieproject en gaf zijn goedkeuring om vanaf juli 2011 met dit onderzoek van start te gaan. Op het begeleidingscomité van 23 oktober 2012 werd een tussentijds rapport besproken. In mei 2013 werd het finale rapport voorgesteld. Er werden een aantal risico's geformuleerd, alsook de beperkingen die sluitende conclusies over de haalbaarheid en kosteneffectiviteit onmogelijk maken.

In oktober 2015, hebben de KU Leuven en UCL aangekondigd dat ze investeren in een gloednieuw onderzoeks- en behandelcentrum voor protontherapie. Dit doen ze met steun van UZ Gent en in samenwerking met een partner uit de industrie. Onderzoekers en experts uit de industrie zullen in het nieuwe centrum samenwerken rond de verdere ontwikkeling van proton- en koolstof-ion-behandelingen. De bedoeling is dat ook andere universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen kunnen meestappen in dit project.

Specialisten van zowel het Universitair Ziekenhuis Saint-Luc als van UZ Leuven staan in voor de werking van het centrum voor protontherapie. Het centrum krijgt een plaats op campus Gasthuisberg van UZ Leuven. Met meer dan 5000 nieuwe patiënten per jaar is dit het grootste kankercentrum van België en internationaal een referentiecentrum, net als het 'Centre du Cancer' van Saint-Luc dat is in het Franstalig landsgedeelte (UZ Leuven, 2016).

DE BETERE TERUGBETALING VAN ZORG- EN VERVOERSKOSTEN VAN KANKERPATIËNTEN VOOR HADRONTHERAPIE (A30M2)

Hadrontherapie wordt momenteel nog niet aangeboden in België. Patiënten die in aanmerking komen voor hadrontherapie kunnen doorverwezen worden naar centra in het buitenland, zoals Orsay (Frankrijk), PSI (Zwitserland), Munchen en Heidelberg (Duitsland) en Pavia (Italië). In 2007 werd door het KCE aan het RIZIV aangegeven dat voldoende evidentie voorhanden is om een terugbetaling voor hadrontherapie te voorzien voor welbepaalde klinische indicaties. Een standaardprocedure binnen een wettelijk kader is de meest aangewezen procedure (KCE studie 67A, 2007).

Het koninklijk besluit van 18 juni 2013 beschrijft een wettelijk kader voor een standaardprocedure voor terugbetaling van een behandeling met hadrontherapie in een gespecialiseerd centrum. Dit besluit treedt in werking vanaf 25 juli 2013 en is geldig tot en met 30 september 2017. De conventies met de verwijzende centra lopen dus nog tot september 2017. Hierna zal wellicht een aanpassing van de procedure nodig zijn, mede in het licht van een of meerdere protontherapie centrum/centra in België die worden voorzien, zoals hierboven beschreven. Voor koolstofionen bestraling zal verwijzing naar het buitenland wellicht nodig blijven.

BIJKOMENDE ACTIE: TERUGBETALING VAN VERVOERSKOSTEN VAN KANKERPATIËNTEN

1.	Vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure voor vervoerskosten
2.	Wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden tijdens de ziekenhuisopname van een kind met kanker

Naast medische kosten hebben kankerpatiënten een heleboel niet medische kosten, zoals de vervoerskosten van en naar het ziekenhuis. Patiënten kunnen een tussenkomst van het ziekenfonds krijgen in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Sinds 1 juli 2008, is er een vereenvoudigde procedure voor de terugbetaling van (een deel) van de individuele verplaatsingskosten van en naar de plaats van behandeling of van een controle nadien. Er wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen openbaar vervoer en individueel vervoer. Ook de maximumafstand is verdwenen. Ook de terugbetalingsvoorwaarden voor de verplaatsingskosten van de ouders of voogden van gehospitaliseerde minderjarige patiënten, werden gewijzigd sinds 1 augustus 2008 (KB van 30/06/2008 (Belgisch Staatsblad van 14/07/2008). Om deze terugbetaling te vorderen, dient een formulier te worden ingediend te worden bij het ziekenfonds.

In de praktijk is het echter doorgaans niet mogelijk voor patiënten (met kanker of andere chronische ziekte) om zich met een eigen vervoersmiddel naar het ziekenhuis te begeven. Vaak wordt dit op medisch advies ook afgeraden. Indien de patiënt toch zelf dit initiatief neemt, dan zal de verzekering niet tussenkomen in geval van ongeval. Het openbaar vervoer wordt amper gebruikt door patiënten. Doorgaans maken ze tijdens hun behandeling gebruik van mantelzorgers in de ruime zin of van vervoerdiensten. Nog ongepubliceerde resultaten van een onderzoek van de Stichting tegen Kanker identificeren nog een aantal verbeterpunten met betrekking tot deze maatregel. Ten eerste, is er een gebrek aan een wetgevend kader inzake de voorwaarden van vervoerdiensten voor niet-dringend niet-liggend ziekenvervoer (oa. noodzakelijke hygiëne, prijszetting, kwaliteit dienstverlening, praktische organisatie). Hierdoor kan tegemoet worden gekomen aan de grote verschillen die bestaan tussen bedrijven en het onoverzichtelijke aanbod voor patiënten en begeleidende sociaal assistenten. Ten tweede, verdient de administratieve procedure een herziening. Afhankelijk van het ziekenhuis en soms ook de mutualiteit dient de administratie al dan niet door de patiënt zelf in orde gebracht te worden (het bovenvermelde formulier). Bovendien zijn de modaliteiten van de aanvullende ziekteverzekering vaak onduidelijk en bestaan er hierover regionale verschillen binnen hetzelfde ziekenfonds. Ten derde, lopen de vervoerskosten vaak snel op. De studie van de Stichting zal hier indicaties over kunnen aanleveren. Samen met de kosten van de behandeling vormen ze zo een risicofactor voor armoede tengevolge van kanker en een ongelijke drempel voor levensnoodzakelijke zorg (voorpublicatie uit rapport Stichting tegen Kanker, 2016).

— REFERENTIES

Belgium Medical Imaging Platform. <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19103329.pdf>

Borras JM et al. (2015) The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries: An ESTRO-HERO analysis. *Radiotherapy & Oncology*, 116 (1), 38–44.

Borras JM et al. (2015). The impact of cancer incidence and stage on optimal utilization of radiotherapy: Methodology of a population-based analysis by the ESTRO-HERO project. *Radiotherapy and Oncology*. 116 (1), 45–50.

Enquête van het college voor oncologie (ongepubliceerde resultaten).

FOD VVVL. Compilation des rapports scientifiques finaux des projets-pilotes cachexie financés par le Plan Cancer de 2011 à 2013.

FOD VVVL. Rapport Actie 16: Kwaliteitsmanagementsysteem in de radiotherapie. Resultaten activiteitenrapporten 2010-2013.

Fearon, Kenneth, et al. «Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus.» *The Lancet Oncology* 12.5 (2011): 489-495.

Gatta G, Van Der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, et al. Rare cancers are not so rare: The rare cancer burden in Europe. *European Journal of Cancer*. 2011;47(17):2493-511.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2008121951

KCE rapport 67 (2007). Hadrontherapie. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/hadrontherapie#V2lLka8rN8>

KCE rapport 200 (2013). Kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-slokdarm-en-maagkanker#V1Z56eQ8rN8>

KCE rapport 219 (2014). Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-van-de-zorg-voor-volwassenen-met-een-zeldzame-of-complexe-kanker#V1VmOeQ8rN8>

KCE rapport 239A (2015). 10 jaar multidisciplinaire oncologische consulten: balans en vooruitzichten. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/10-jaar-multidisciplinaire-oncologische-consulten-balans-en-vooruitzichten#VvUpLeLhBD8>

Koninklijk Besluit van 25/04/2002 (Belgisch Staatsblad van 30/05/2002) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002042549&table_name=wet

Koninklijk Besluit van 25/11/2002 (Belgisch Staatsblad van 13/12/2002) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002112531&table_name=wet

Koninklijk Besluit van 21/03/2003 (Belgisch Staatsblad 25/04/2003) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003032133&table_name=wet

Koninklijk Besluit van 19/12/2008 (Belgisch Staatsblad van 31/12/2008)

Koninklijk Besluit van 20/09/2009 (Belgisch Staatsblad van 06/10/2009) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2009092015&table_name=wet

Koninklijk Besluit van 18/12/2009 (Belgisch Staatsblad van 28/01/2010)

Koninklijk Besluit van 18/08/2010 (Belgisch Staatsblad van 24/09/2010) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010081826

Koninklijk Besluit van 15/11/2010 (Belgisch Staatsblad van 30/12/2010) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010111514&table_name=wet

Koninklijk besluit van 30/08/2013 (Belgisch Staatsblad van 02/10/2013) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2013083049

Koninklijk Besluit van 02/04/2014 (Belgisch Staatsblad van 18/04/2014) http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl

Masterthesis van A. van Steirtegen: " De Organisatie van Oncologie in België, Anno 2013". Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Academie jaar 2013-2014.

Ministerieel besluit van 28 januari 2009 (Belgisch Staatsblad van 18/02/2009) <http://www.fnbv.be/wp-content/uploads/downloads/2012/06/Criteria-BBT-Oncologie.pdf>

Ministerieel besluit van 28 januari 2009 (Belgisch Staatsblad van 18/02/2009) <http://www.fnbv.be/wp-content/uploads/downloads/2012/06/Criteria-BBT-Oncologie.pdf>

Lievens, Dunscombe, P., Defourny, N., Gasparotto, C., Borrás, J. M., & Grau, C. (2015). HERO (Health Economics in Radiation Oncology): A Pan-European project on radiotherapy resources and needs. *Clinical Oncology*, 27(2), 115-124.

Mores et al. (2014). Thematic Working Group 3 Stem cell and umbilical cord blood donation and banking. WIV-ISP: Brussel.

Prisma-RT project. Website: <http://www.prisma-rt.be/>

Richtlijnen Medische Apparatuur. www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beedvorming

Sara Willems (2014). Presentatie van de resultaten van het QUALICOPC-onderzoek op 25/03/2014 voor de "Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie - Conseil National de la Promotion de la qualité" (NRKP-CNPO) (RIZIV-INAMI).

UZ Leuven (2016) <https://www.uzleuven.be/radiotherapie-oncologie/news/14/02/20/nieuw-centrum-voor-protontherapie-in-strijd-tegen-kanker>

F. REHABILITATIE

Volgens het Kankerregister waren er op 31 december 2010 428.349 mensen in België die kanker hadden in de afgelopen 20 jaar (BCR, 2015). De herintegratie van deze burgers in de samenleving en in hun dagelijkse leven is een groot probleem. Revalidatie na kanker is een veld met 3 hoofdcomponenten: (1) fysiologische en psychologische revalidatie; (2) sociale re-integratie en (3) professionele herintegratie.

— FYSISCHE EN PSYCHOLOGISCHE REVALIDATIE

De bijwerkingen op korte, middellange en lange termijn van kanker en de behandeling van kanker kunnen bijzonder zwaar en invaliderend zijn. De wetenschappelijke literatuur toont aan dat hun snelle detectie, evaluatie en management een beter beheer en controle van deze symptomen mogelijk maken. Deze ondersteuning vereist de implementatie van gepersonaliseerde programma's voor fysiologische revalidatie en psychosociale en professionele ondersteuning. Momenteel bestaat het aanbod in ons land, maar het is niet systematisch, noch georganiseerd noch evenredig verdeeld. Daarom moet een monitoringplan voor de lange termijn opgesteld worden.

— 1.2. DE SOCIALE HERINTEGRATIE

Het handhaven van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten houdt het handhaven of herintegreren van hen in hun dagelijkse activiteiten in. Onderwijs, huishoudelijk werk, seksualiteit en voortplanting, sport, culturele activiteiten, enz. zijn essentieel, vooral voor de meest kwetsbare patiënten, zoals kinderen, ouderen en gehandicapten. Dit omvat adequate schoolbewaking en toegang tot verzekeringen en hypotheek. Het is nodig om snel obstakels voor reïntegratie te identificeren en manieren voor te stellen om deze te overwinnen.

— 1.3. DE PROFESSIONELE REÏNTEGRATIE

De stopzetting van de activiteiten op korte, middellange of lange termijn is een belangrijke sociale en economische last voor patiënten, hun families en ons gezondheidszorgsysteem. Het blijven werken of wedertewerkstelling van werknemers, moeten voor de patiënten beter gegarandeerd/voorzien/gefaciliteerd worden om hun uitsluiting van de arbeidsmarkt te voorkomen en de duurzaamheid van onze sociale zekerheid te verzekeren.

Twee studies van het Kankercentrum pogen de terugkeer naar het werk te kwantificeren (voorlopige resultaten).

1. De longitudinale studie van een cohorte (2006-2011) uitgevoerd op basis van de permanente steekproef (EPS) toonde aan dat 5 jaar na de diagnose, ongeveer 50% van de patiënten de weg naar werk terugvindt (27% is gestorven, 13 % in invaliditeit en 10% werklozen).
2. Een analyse van de gegevens werknemers invalide na kanker, geeft na 7 jaar (2007-2013), 35% werkenden, 32% gestorven, 31% invalide en 2% gepensioneerd.

Een koppeling van gegevens uit de kankerregistratie en de Kruispuntbank zal het Kankercentrum toelaten deze resultaten te verfijnen en het pad van deze patiënten te identificeren (via hun sociaal-economische positie). Het presenteren en bespreken van deze resultaten met de relevante autoriteiten zal strategische beslissingen mogelijk maken.

ACTIE 19: DE FUNCTIONELE REVALIDATIE VAN DE KANKERPATIËNT ONTWIKKELEN

1. Proefproject om het soort multidisciplinaire revalidatiezorgprogramma's te bepalen die nodig zijn om de genezen of herstellende patiënten hun plaats in de maatschappij weer te laten innemen

Sinds september 2013 loopt in 15 Belgische ziekenhuizen een research project *“Verbetering van de kwaliteit van het leven en de reïntegratie van vrouwen met borstkanker, na adjuvante therapie, fysieke training en coaching lifestyle”*. Het Universitair Ziekenhuis Gent coördineert dit door het RIZIV gefinancierde project.

De interventie omvatte een 12 weken durend revalidatieprogramma georganiseerd binnen de deelnemende centra bestaande uit fysieke training (48 uur) en psycho-educatieve sessies (24 uur). Aan het programma namen maximum 15 patiënten per revalidatiecyclus deel. De controlegroep volgde geen oncologisch revalidatieprogramma.

In totaal werden 1.341 patiënten opgenomen in de analyses waarvan 477 in de controlegroep en 864 in de interventiegroep. Voor 13 van de 15 subschalen/items van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit scoorde de interventiegroep op T1 slechter. Ook voor vermoeidheid (FACIT-Fatigue), de subschalen angst (HADS) en depressie (HADS) en toestandsangst (STAI) en angstdispositie (STAI) scoorde de interventiegroep significant slechter op T1 in vergelijking met de controlegroep.

De absolute en relatieve piek zuurstofopname (lager in de interventiegroep), de absolute en relatieve piek belasting (lager in de interventiegroep) en de aangegeven subjectieve belasting (bij 40 watt en 60 watt) gemeten tijdens een maximale progressieve inspanningstest waren significant slechter in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Ook voor de aangegeven subjectieve belasting gemeten tijdens de 6-minuten wandeltest, vetpercentage, lenigheid en handknijpkracht scoorde de interventiegroep slechter.

Na 3 maand oncologische revalidatie (T2) zien we een sterke inhaalbeweging (verbetering) voor 12 van de 15 subschalen/items van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit van de interventiegroep tegenover de controlegroep (geen oncologische revalidatie). Ook voor vermoeidheid (FACIT-Fatigue), de subschalen angst (HADS) en depressie (HADS) en toestandsangst (STAI) en angstdispositie (STAI) zien we een inhaalbeweging van de interventiegroep tegenover de controlegroep. Na 12 weken fysieke training zien we binnen de interventiegroep een verbetering van nagenoeg alle fysieke parameters.

Voor de controlegroep zien we een positieve, doch kleinere evolutie tussen T1 en T2 voor 9 van de 15 subschalen/items van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, vermoeidheid (FACIT-Fatigue) en toestandsangst (STAI). Voor de controlegroep zien we enkel een toename van de relatieve piek zuurstofopname en de 6-minuten wandelafstand na 12 weken.

Ondanks de positieve evolutie tussen T1 en T2 scoort de interventiegroep vergeleken met de controlegroep na 3 maand (op T2) nog steeds zwakker voor 10 van de 15 subschalen/items van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, vermoeidheid (FACIT-Fatigue), angst (HADS), depressie (HADS), toestandsangst (STAI) en angstdispositie (STAI). Na 12 weken fysieke training scoort de interventiegroep significant beter tegenover de controlegroep voor de absolute en relatieve piek zuurstofopname, de absolute en relatieve piek belasting en de 6-minuten wandelafstand. Voor de handknijpkracht rechts scoorde de interventiegroep nog steeds slechter in vergelijking met de controlegroep.

Voor de interventiegroep merken we tussen T2 en T3 geen verdere veranderingen meer op met uitzondering van 1 subschaal/item van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit. Ook voor de controlegroep merken we tussen T2 en T3 geen verandering meer op met uitzondering van 1 subschaal/item van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en een lichte afname van de angstdispositie (STAI). Op T3 verschillen interventie- en controlegroep nog steeds van elkaar voor 11 van de 15 subschalen/items van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, vermoeidheid (FACIT-Fatigue), angst (HADS), depressie (HADS), toestandsangst (STAI) en angstdispositie (STAI). Het project wordt in 2016 afgerond.

ACTIE 20: DE VOORWAARDEN VASTLEGGEN VOOR DE ERKENNING VAN EEN HANDICAP ALS GEVOLG VAN EEN KANKERBEHANDELING

1. Snellere behandelingsprocedure van de aanvragen voor een uitkering voor mensen met een handicap

De aanvraag voor erkenning van een handicap maakt geen onderscheid naargelang het type pathologie dat de handicap creëert (of heeft gecreëerd). In de toekomst zal het Kankercentrum, om de impact van kanker op fysieke beperkingen (en dus sociale en professionele uitsluiting) te meten, fysieke beperkingen nauwkeuriger moeten onderzoeken en die beperkingen specifiek voor kanker identificeren.

Volgens de resultaten van de gezondheidsenquête van 2013 (Van der Heyden & Charafeddine, 2014): “meer dan één op vier mensen van 15 jaar en ouder, melden dat ze lijden aan een chronische ziekte, zoals gedefinieerd in de gezondheidsenquête als langdurige ziekte, langdurige aandoening of een handicap.”

Uit de cijfers van de FOD Sociale Zekerheid, AD Personen met een handicap, kan afgeleid worden dat:

- in 2014 115.574 evaluatie-aanvraagdossiers werden verwerkt met verwerkingstijd van gemiddeld van 3 maanden en 5 maanden voor de verwerking van allocatierechten (in totaal een gemiddelde van 8 maanden voor de behandeling van een dossier);
- sinds 2008 het aantal verzoeken is toegenomen van 113.253 tot 144.392 (in 2014);
- in 2014 170.687 mensen in België baat gehad hebben van een vervangende inkomensaf trek. Hiervan zijn 141.597 ≤ 64 jaar (83%), 70.888 (50%) mannen en 70.709 (50%) vrouwen.

ACTIE 26: INITIATIEVEN TE NEMEN IN SAMENSpraak MET DE BEVOEGDE MINISTERS OP FEDERAAL NIVEAU

1. Voor de patiënt het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen
2. Voor de ouders het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen
3. Een gemakkelijkere en aangepaste fiscale aftrekprocedure voor giften

VOOR DE PATIËNT HET BEROEPSLEVEN EN DE KANKER BETER MET ELKAAR VERZOENEN (A26M1)

Professionele reïntegratie na kanker gaat verder dan de bevoegdheden van de gezondheids- en socialezekerheidsautoriteiten. De sociale partners, de werkgelegenheidsautoriteiten (regionaal en federaal) moeten met elkaar overleggen om te komen tot maatregelen ter bevordering van de beroepsreïntegratie na kanker (of na een lange afwezigheid, ongeacht de pathologie in kwestie).

Het Kankercentrum heeft een werkgroep opgericht die sinds november 2015 op dit thema werkt. De implementatie van een piloot-onderzoek naar "Capaciteitsbeoordeling en communicatie" is aan de gang en zou in het eerste kwartaal van 2017 van start moeten gaan.

VOOR DE OUDERS HET BEROEPSLEVEN EN DE KANKER BETER MET ELKAAR VERZOENEN (A26M2)

We kunnen voorlopig nog niet precies weten hoeveel ouders van deze maatregelen hebben geprofiteerd (verlenging van de verlofperiode, vervanging door een andere onafhankelijke contractant), om specifiek voor hun kind te zorgen met kanker.

In het algemeen hebben echter in 2015, 28.801⁵ werknemers van deze maatregelen geprofiteerd:

- ze waren tussen 19 en 66 jaar oud (gemiddeld 47 jaar oud);
- de duur varieerde van 1 tot 48 maanden (gemiddeld 13 maanden);
- 41% vroeg om een halftijdse, 36% een 4/5 en 23% een volledige reductie;
- 70% vrouwen en 30% mannen;
- 89% in het Vlaamse Gewest, 9% in het Waalse Gewest en 2% in Brussel;
- 70% zijn werknemers.

Het gebruik van deze maatregel in Wallonië is minder voorkomend in vergelijking met Vlaanderen, wat meer in detail zou moeten bekeken worden.

1.3.1.3. EEN GEMAKKELIJKERE EN AANGEPASTE FISCALE AFTREKPROCEDURE VOOR GIFTEN (A26M3)

De procedure van fiscale aftrekbaarheid van donaties is gefaciliteerd en aangepast om de associatieve wereld in staat te stellen beter van deze hulp te genieten. Sinds 1 januari 2011 is het minimumbedrag aan fiscale aftrekbaarheid verhoogd van 30 tot 40 euro als gevolg van indexering.

5 Ces chiffres nous sont parvenus via l'ONEM.

— REFERENTIES

Belgian Cancer Registry (BCR) (2015). Cancer Burden in Belgium 2004-2013. Brussels. http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2016_revisededition.compressed.pdf

FOD Sociale Zekerheid (2016): <https://handicap.fgov.be/sites/5030.fedimbo.belgium.be/files/explorer/fr/form-evaluation-handicap.pdf>

Van der Heyden J, Charafeddine R. (éd.) Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats D/2014/2505/53 – référence interne : PHS Report 2014-031.

G. PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg is een belangrijk onderdeel van kankerzorg. Het is een aanpak die de kwaliteit van leven van patiënten en hun familie geconfronteerd met de problemen geassocieerd met de levensbedreigende (kanker)aandoening verbetert via de preventie en de verlichting van het lijden door middel van vroegtijdige identificatie, assessment en behandeling van pijn en andere impactvolle problemen zoals vermoeidheid, misselijkheid, anorexia, constipatie enz. Hieronder bespreken we de acties die genomen werden om het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten in België te verbeteren (actie 25), namelijk een behoeftestudie een versterking van het zorgaanbod in rusthuizen en rustverzorgingstehuizen, bij de patiënt thuis en in palliatieve dagzorgcentra.

ACTIE 25: HET AANBOD PALLIATIEVE ZORGEN VOOR KANKERPATIËNTEN VERBETEREN

1.	Behoeftestudie rond palliatieve zorg
2.	Versterking van de personeelsformatie voor de palliatieve zorgen in rusthuizen en RVT
3.	Herwaardering van zorgforfaits in het kader van de palliatieve thuisverpleging
4.	Palliatieve dagzorgcentra

BEHOEFTESTUDIE ROND PALLIATIEVE ZORG (A25M1)

Het KCE publiceerde in oktober 2009 een studie over de situatie van de palliatieve patiënten in België, in samenwerking met de Federaties Palliatieve Zorg en universitaire teams (KCE rapport 115, 2009). Het KCE benadrukt dat het statuut van de palliatieve patiënt zou moeten worden erkend op basis van de aanwezige behoeften van de persoon, veeleer dan op basis van zijn levensprognose.

In de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg zetelen vertegenwoordigers van 3 Belgische palliatieve zorgfederaties, van de verzekeringsinstellingen en van de commissie Euthanasie. Deze Evaluatiecel heeft onder meer de opdracht om een advies te formuleren dat de aanbevelingen uit de studie van het KCE verder uitwerkt. Deze moet de volgende kwesties behandelen: de definitie van de palliatieve patiënt, de overeenstemming van de definitie met de huidige regelgeving; de continuïteit en transmurale palliatieve zorg; de registratie van palliatieve zorg, en de programmering van de Sp(gespecialiseerde)-bedden voor palliatieve zorg. Er werd beslist om vertegenwoordigers van bepaalde adviesraden en ingevolgde de overdracht van bevoegdheden, de vertegenwoordigers uit de betrokken administraties, uit te nodigen om aan de vergaderingen van de Evaluatiecel Palliatieve Zorg deel te nemen.

De Evaluatiecel stelde de definiëring van de palliatieve patiënt als prioriteit. De Federale Evaluatiecel in samenwerking met de FOD Volksgezondheid heeft aan Prof. De Smedt M. (UCL) de opdracht gegeven voor een studie over de definiëring van de palliatieve patiënt. Het onderzoek was gebaseerd op een Engelstalig instrument, 'het Supportive & Palliative Care Indicators Tool' (SPICT). Het instrument werd vertaald en aangepast aan de Belgische situatie en resulteerde in een nieuw aangepast instrument: de Palliative Indicators Tool (PICT). Dit instrument werd in december 2015 gevalideerd. Het PICT-instrument bevat een matrix die – afhankelijk van de plaats waar de palliatieve patiënt verblijft en zijn palliatief statuut (eenvoudig, verhoogd en volledig palliatief statuut) – het palliatieve zorgaanbod definieert waarvoor de patiënt in aanmerking komt. Het instrument werd ruim uitgetest in verschillende zorgsettings, namelijk de thuiszorg, het ziekenhuis en in de rustoorden.

Het eindrapport van deze studie, dat een haalbaarheidsstudie en prevalentiestudie omvatte, werd overgemaakt aan de Minister, vergezeld met een advies van de Federale Evaluatiecel. Eerder werd een advies overgemaakt met betrekking tot de programmatie van de Sp-bedden voor palliatieve zorg. De Minister heeft dit advies van de Federale Evaluatiecel en bijkomende beleidsvragen overgemaakt aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, deze zal voor het einde van 2016 hierover advies uitbrengen.

VERSTERKING VAN DE PERSONEELSFORMATIE VOOR DE PALLIATIEVE ZORGEN IN RUSTHUIZEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN (RVTS) (A25M2)

Deze maatregel ging van kracht op 1 juli 2008. Sinds 1 juli 2014 werden alle bevoegdheden voor deze materie, ingevolgde de overdracht van de bevoegdheden zoals voorzien in de Zesde staatshervorming, overgedragen naar de Gewesten en Gemeenschappen (wetteksten met betrekking tot de staatshervorming: Belgisch Staatsblad 22/8/2012, 31/1/2014).

HERWAARDERING VAN ZORGFORFAITS IN HET KADER VAN DE PALLIATIEVE THUISVERPLEGING (A25M3)

De herwaardering van de zorgforfaits ondersteunt een betere thuiszorg voor palliatieve patiënten. De thuisverpleging ontlast de familie van de patiënt, in het bijzonder op het moment dat de familieleden hun professionele activiteiten terug opnemen. Het forfait voor palliatieve zorg is een specifieke en aan voorwaarden verbonden tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen die nodig zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten. De herwaardering met 15% van het forfait voor palliatieve zorg werd op 1 maart 2009 van kracht. Het forfait verhoogde van 512,44 euro naar 589,31 euro (Koninklijk besluit van 12/02/2009). Sedert 2015 bedraagt dat forfait 647,16 euro. *Tabel 1* geeft per jaar het aantal palliatieve thuiszorgforfaits weer.

Tabel 1 — *Aantal uitbetaalde palliatieve thuiszorgforfaits, per jaar*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Forfait palliatieve thuiszorg	19.752	20.464	20.728	21.072	22.638	22.639	22.640	22.641

PALLIATIEVE DAGZORGCENTRA (A25M4)

Een centrum voor dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte biedt overdag opvang en verzorging aan palliatieve patiënten. Het centrum maakt het voor een aantal mensen met een levensbedreigende aandoening mogelijk om thuis te blijven en dus niet in een ziekenhuis of rusthuis te moeten worden opgenomen. Deze palliatieve zorgsetting biedt ook een oplossing voor het toedienen van korte behandelingen zoals ontlastende puncties of parenterale voeding.

Ook deze materie werd, in uitvoering van de Zesde Staatshervorming, overgedragen aan de Gewesten en Gemeenschappen. Zij staan sedert 1/1/2015 in voor de programmatie, de erkenning, de regelgeving en de financiering (wetteksten met betrekking tot de staatshervorming: Belgisch Staatsblad 22/8/2012, 31/1/2014).

— REFERENTIES

KCE rapport 115 (2009). De organisatie van palliatieve zorg in België. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-van-palliatieve-zorg-in-belgi%C3%AB#.V2ucO6l8rN8>

Koninklijk besluit van 12/02/2009 (Belgisch Staatsblad van 25/02/2009). http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2009021234

H. RESEARCH

Onderzoek naar de achterliggende mechanismen bij de ontwikkeling van kanker is cruciaal voor de verdere ontwikkeling en ontdekking van effectieve wijzen om kanker te genezen, of nog beter, om kanker te helpen voorkomen. Recente ontwikkelingen geven hoop voor de toekomst. Hieronder bespreken we de opgezette projecten binnen het Kankerplan rond de begeleiding van specifieke subgroepen zoals kinderen en adolescenten, gezinsleden en geriatrische patiënten, evenals de initiatieven genomen ter bevordering van het translationeel onderzoek. Bovendien wordt hier ingegaan op het project rond de introductie van de nieuwe technologie van 'Next-generation-sequencing' (NGS).

ACTIE 21: STEUN AAN OUDERS VAN KINDEREN MET KANKER

ACTIE 22: TOEGANG TOT PSYCHOLOGISCHE STEUN OF DEELNAME AAN PRAATGROEPEN OF ONDERSTEUNINGSACTIVITEITEN

1. Oproep voor projecten die ouders en kinderen ondersteunen en begeleiden
2. Oproep voor projecten die de patiënten (volwassenen, adolescenten of kinderen) en/of hun gezinsleden psychologische bijstand of begeleiding bieden

Om de ondersteuning en de psychosociale begeleiding van patiënten en hun naasten in het omgaan met de ziekte te versterken, hen een betere levenskwaliteit te kunnen bieden, en om het psychosociaal onderzoek in de oncologie te faciliteren, werd in 2008 een gezamenlijke projectoproep voor de initiatieven 21 en 22 van het Kankerplan uitgebracht. In het kader van deze actie werden er tussen 2009 en 2011, 49 projecten voor psychosociale ondersteuning gefinancierd. Na de eerste periode heeft de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid een tweede projectoproep voor de periode 2012 tot 2015 gelanceerd. Dit resulteerde in de selectie van 65 projecten ingedeeld in drie luiken. De 25 projecten van luik A waren gericht op "de organisatie van lotgenotencontacten"; de 23 projecten van luik B voorzagen in "begeleidingsruimtes voor kinderen", en de 17 projecten van luik C focussen zich op "innovatieve benaderingen in de psychosociale aanpak". Deze projecten zijn afgerond en de resultaten werden gepresenteerd in eindrapporten welke gepubliceerd en beschikbaar zijn op de website van de FOD Volksgezondheid (<http://www.health.belgium.be/nl/publicaties-en-onderzoek>). In deze eindrapporten wordt de volgende informatie over de projecten meegegeven: voorstelling en analyse van de projecten (a.d.h.v. een Sterktes-Zwaktes-Opportunities-Bedreigingen-analyse); de begeleidingsacties; de activiteitenrapporten; de evaluatie van de projecten, en de aanbevelingen voor toekomstige projecten van het wetenschappelijk team dat werd aangesteld voor de opvolging en begeleiding van de projecten.

De evaluatie van de projecten was moeilijk en complex, voornamelijk veroorzaakt door het heterogeen karakter van de projecten. De projecten werkten nl. met erg verschillende benaderingen, die varieerden afhankelijk van de doelstellingen (ontvangst, preventie, vroegtijdige detectie, psychotherapie), de doelgroep (volwassenen, kinderen of ouders/naasten of patiënten) en het interventiekader (open of gesloten groepen). Het gebruik van eenzelfde tool voor projecten die zo uiteenlopend zijn liet geen adequate evaluatie van de projecten toe. Ondanks de complexiteit qua evaluatie van de projecten brachten deze projecten zeer belangrijke geleerde lessen en aanbevelingen met zich mee. Specifieke aanbevelingen werden in de eindrapporten geformuleerd en formuleren het belang van een betere samenwerking tussen ziekenhuizen om de verbetering en echte innovatie op het vlak van psychosociale ondersteuning in oncologie te realiseren, alsook 'goede praktijken' te ontwikkelen. Eenzelfde samenwerking zou ook gestimuleerd moeten worden tussen de verschillende zorgverleners die buiten de ziekenhuizen werken. Uiteindelijk zullen deze aanbevelingen toelaten om de expertise te verspreiden in België, de resultaten van de projecten te valoriseren en zo een betere begeleiding van kankerpatiënten en hun naasten mogelijk te maken.

Qua valorisatie dienen de kennis en inzichten van de projecten geïntegreerd te worden in de wetenschappelijke vorming van de psychologen en binnen het huidige opleidingsaanbod van CHI en CPO opgenomen te worden. Een plan van aanpak voor deze valorisatieoefeningen wordt uitgewerkt tijdens een werkgroep 'psycho-oncologie' georganiseerd door het Kankercentrum met vertegenwoordigers van CHI en CPO uitgewerkt.

ACTIE 24: ONDERSTEUNING VOOR PROEFPROJECTEN INZAKE KLINISCHE ONCOGERIATRIE

1. Oproep voor projecten oncogeriatrie

Na de 15 pilootprojecten tussen 2009-2011, werd een volgende reeks van 17 projecten ondersteund voor de periode van 2012-2015. Naast een nieuwe projectoproep rond de "Optimale aanpak van de oncogeriatrie patiënt" werd tevens een wetenschappelijk team aangesteld voor de wetenschappelijke begeleiding en evaluatie van de projecten. Het wetenschappelijk team bestond uit vertegenwoordigers van het UZ Leuven, UZ Brussel en UCL Saint Luc. Uit deze projecten, zijn verschillende wetenschappelijke publicaties gevolgd en werd in september 2015 een symposium georganiseerd met als titel: "Ouderen met kanker: oncogeriatrie zorg in België".

In totaal hebben 36 Belgische ziekenhuizen een specifieke aanpak georganiseerd voor oudere patiënten met kanker. Eén project had als doel de haalbaarheid te evalueren van een oncogeriatrie patiëntenboekje. De zestien overige projecten hebben een specifiek klinisch traject opgezet voor oudere patiënten met kanker in de deelnemende ziekenhuizen met optimalisatie van de samenwerking tussen het oncologisch en het geriatrie zorgprogramma. De meeste projecten hebben een coördinator in de oncogeriatrie aangesteld om de link te maken tussen de twee zorgprogramma's. Zestien van de zeventien projecten wensen hun oncogeriatrie activiteiten verder te zetten omdat zij ervan overtuigd zijn dat de zorg van oudere patiënten met kanker hierdoor significant werd verbeterd.

Over het algemeen, wordt het gebruik van een geriatrie screeningsinstrument aanbevolen, en meer bepaald het G8 screeningsinstrument (Hamaker et al., 2014). Indien dit geriatrie screeningsinstrument abnormale resultaten aantoont, raden alle projecten een verdere geriatrie evaluatie (GE) aan en het rekeninghouden met de resultaten bij de beslissingen over de oncologische behandeling. Over de essentiële follow-up van de algemene toestand van de patiënt worden verschillende voorstellen gelanceerd om de praktische regeling te verbeteren. De meerderheid van de projecten raadt aan om de resultaten van de screening en de GE snel ter beschikking te stellen via het elektronisch medisch dossier. De resultaten van een in het kader van het project uitgevoerde "survey" tonen aan dat de behandelende kankerspecialisten niet altijd op tijd over de resultaten van de screening en de GE beschikken. De GE binnen oncologie dient vroegtijdig in het klinisch traject van de patiënt te gebeuren opdat alle gegevens beschikbaar zijn op het ogenblik van de therapiebeslissing. Alle projecten raden aan dat de resultaten van de GE beschikbaar zouden zijn op de MOC. De aanbevelingen voor de optimalisatie van de implementatie van screening en geriatrie evaluatie in de dagdagelijkse praktijk zijn meervoudig en verschillend.

De survey die in 2013 werd afgenomen, onthulde verschillende barrières en mogelijkheden van de implementatie van GE in de dagdagelijkse oncologische praktijk. De meeste barrières waren van organizationele aard: hoge werkdruk, te weinig tijd of financiële problemen of personeelstekort. De samenwerking wordt als cruciaal ervaren voor een succesvolle implementatie: het inbedden van GE in andere geriatrie zorgstructuren (zoals de geriatrie interne liaison teams), de waardering van de GE door alle betrokkenen en de motivatie van betrokken zorgprofessionals.

Er wordt geconcludeerd dat de implementatie van een GE van oudere kankerpatiënten haalbaarder zou kunnen zijn wanneer men met een sub-populatie zou starten in plaats van met alle patiënten. Het aantal geïmplementeerde aanbevelingen kan ook nog worden verbeterd.

Na de survey van 2015 wordt er aanbevolen om de samenwerkingen tussen de verschillende (kleine) proefprojecten verder te stimuleren. Hierdoor zullen betere vergelijkingen mogelijk zijn tussen de verschillende studies. De financiering van de systematische GE voor alle oudere kankerpatiënten die een risico lopen (na afname van G8), zou moeten uitgewerkt worden, ook voor ambulante patiënten.

ACTIE 28: STRUCTURELE FINANCIERING VAN DE COÖRDINATIE VAN HET TRANSLATIONEEL ONDERZOEK IN DE ZIEKENHUIZEN

1. Structurele financiering van coördinatiecellen translationeel onderzoek

De universitaire of gelijkgestelde ziekenhuizen die beschikken over een fundamentele expertise op het vlak van translationeel onderzoek kunnen sinds 1 januari 2009 een beroep doen op een structurele financiering voor de coördinatie van onderzoek. Er wordt in een budget van 1,4 miljoen euro voorzien. Zeven ziekenhuizen die aan de financieringscriteria voldoen krijgen een structurele financiering voor een coördinatiecel voor translationeel onderzoek.

Elke cel bestaat uit een 1) een arts-coördinator van het translationeel onderzoek in het ziekenhuis, 2) een VTE secretariaat voor de administratieve en logistieke ondersteuning van de arts-coördinator en 3) een VTE datamanager als hulp bij het coderen van de gegevens.

In maart 2014 werd een 2-daagse workshop over klinisch onderzoek georganiseerd door het UZ Brussel. Een aantal algemene conclusies werden geformuleerd. Eerst en vooral, is er nood aan meer samenwerking op het vlak van wetenschappelijk onderzoek. Zeker gezien het klein aantal experts in België in sommige domeinen, onder andere in de genetische sequëntiering. Er is zoveel te ontwikkelen rond genetisch sequëntiering dat concurrentie geen zorg zou mogen zijn. Het zal echter nodig zijn om duidelijk te bepalen wie wat doet.

Deze toename van de samenwerking is een grote uitdaging voor de toekomst, ook voor de industrie. Het project ClinicoBru heeft onder andere als doel het faciliteren van de uitwisseling van informatie tussen Brusselse ziekenhuizen.

Er werd ook een nationale website ontwikkeld voor samenwerking in het kader van klinisch onderzoek, www.clinicaltrials.be. Het kabinet van de Minister van Volksgezondheid werd reeds gecontacteerd betreffende het beheer van deze website. Wie uiteindelijk verantwoordelijk zal zijn voor het beheer en onderhoud van de website is nog niet beslist.

Er zijn nog mogelijkheden voor samenwerkingen, onder andere rond het Europees project ERANET. De projectverantwoordelijken van actie 28 gaan akkoord om een netwerk op te richten en te onderhouden voor de uitwisseling van informatie. Dr Jalal Vakili van Institut Bordet stelt voor om zelf dit initiatief op te starten. De leden van dit begeleidingscomité zouden om de beurt belast worden met de coördinatie ervan (afwisseling elk jaar, nog te bevestigen). De eerste overwogen actie is om een nieuwsbrief op te starten waarin informatie over de lopende onderzoeksprojecten, de georganiseerde workshops en andere, gepubliceerd zou worden en verspreid in de groep.

ACTIE 29: STEUN AAN HET TRANSLATIONEEL ONDERZOEK

1. Projecten translationeel oncologisch onderzoek

De actie "Ondersteuning van het translationeel onderzoek" binnen het Kankerplan: heeft tot doel projecten voor translationeel onderzoek in de oncologie te ondersteunen. Om enerzijds de doelgroepen van de kankertherapieën beter af te lijnen en anderzijds het gebruik van nieuwe diagnosemethodes en/of therapieën te exploreren, werd in 2008 en in 2011 een projectoproep gelanceerd voor translationeel oncologisch onderzoek.

'Translationeel onderzoek' is onderzoek dat zich toelegt op de vertaling van nieuwe inzichten of hypotheses (hetzij verworven uit klinische waarnemingen of uit fundamenteel basis en/of strategisch onderzoek) in nieuwe of verbeterde preventieve, diagnostische of therapeutische toepassingen (cfr advies 120 van de Vlaamse Raad voor Wetenschapsbeleid (2008), met aanpassing). 'Translationeel onderzoek' vormt aldus de brug tussen basisonderzoek en routine toepassing binnen een klinische context. Patiënt-gerichtheid staat centraal en het onderzoek heeft altijd een maatschappelijke en/of economische finaliteit in de (mogelijke) verbetering van preventieve of curatieve geneeskundige praktijk. Het uiteindelijke doel van het translationeel onderzoek is om de kans op genezing of remissie te maximaliseren, de toxiciteit van de behandeling te beperken en de uitgaven van de gezondheidszorg zo goed mogelijk te beheersen. Deze actie ondersteunde in het bijzonder ambitieuze onderzoeksprojecten met als doel de patiënt zo snel mogelijk voordeel te laten ondervinden van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen, en een nieuwe dynamiek te geven aan de samenwerkingsprojecten binnen dit domein. Ten slotte is dit de gelegenheid om onderzoek te ondersteunen dat als doel heeft de genezings- of remissiekansen te vergroten, de toxiciteit van de behandelingen te verkleinen en de kosten voor de gezondheidszorg beter te beheersen.

In een eerste fase, van 2009 tot 2011, werden in het kader van deze actie 29 pilootprojecten ondersteund. Voor de tweede fase van de uitvoering van Actie 29, van 2012 tot 2015, werden opnieuw 31 pilootprojecten ondersteund. Om een inzicht te krijgen in welke onderwerpen binnen het kader van deze actie aangepakt werden, heeft het Kankercentrum een systematische analyse van de projecten en hun resultaten uitgewerkt.

De analyse bestaat uit 5 stappen:

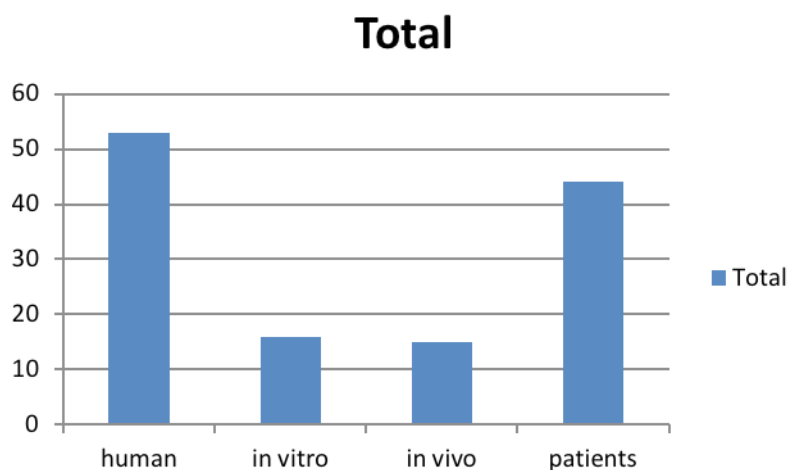
- 1: Verzameling van de projectdata (aanvraag, interim rapport(en), eindrapport)
- 2: Samenvattende beschrijving van de respectievelijke projecten (project ID, coördinator, organisatie, abstract)
- 3: Classificatie van de respectievelijke projecten (domein, type(s) kanker, type(s) testmateriaal, onderzoeksthema(s)...))
- 4: Verzameling van de gegenereerde valorisatie items binnen de verschillende projecten (toepassingen, publicaties, posters, doctoraten,...)
- 5: Monografie met een samenvattend verslag van de activiteiten

Beide projectoproepen zullen eerst apart geanalyseerd worden en naderhand zal een geaggregeerde analyse uitgevoerd worden op basis van de bevindingen uit de separate analyses. De analyses zullen worden uitgevoerd door het Kankercentrum in nauwe samenwerking met de FOD-VVVL en de betrokken partijen.

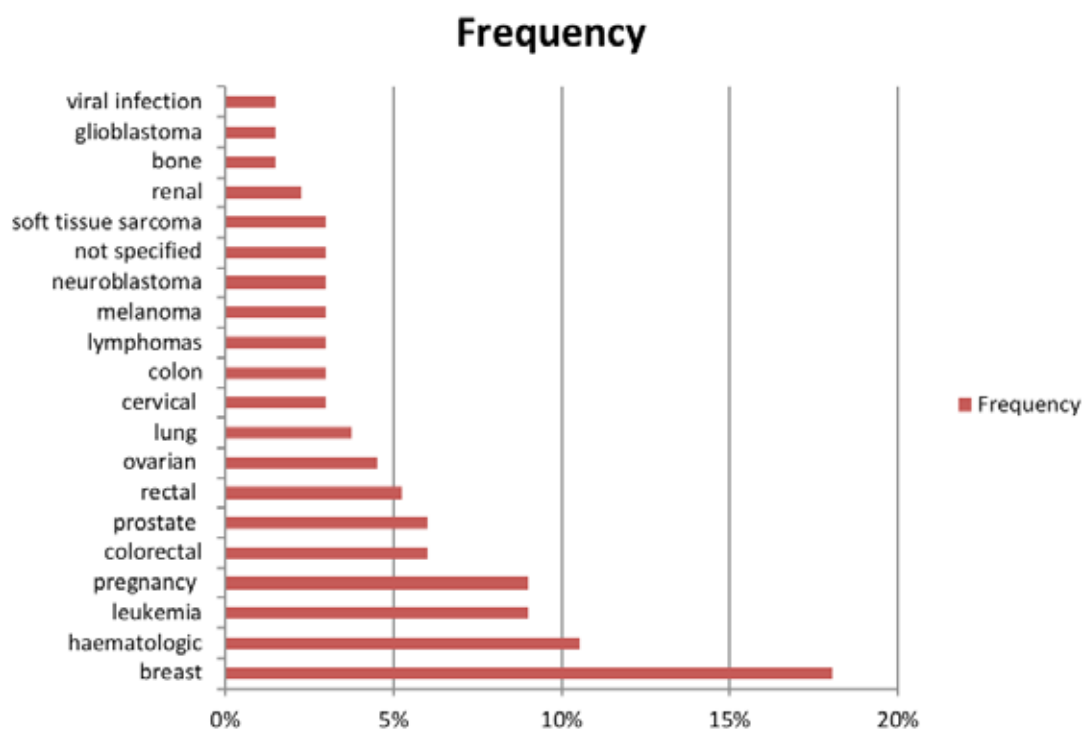
De FOD VVVL en het KC hebben alle gegevens van elk project van de eerste oproep (2009-2011) samengebracht. Een eerste analyse van de projecten geeft aan dat:

- de projecten duidelijk gericht zijn op toepassingen waarin de patiënt betrokken is (zie Figuur 1);
- de projecten zich focussen op de meest frequente kankers (zie Figuur 2);
- zowel beeld-, immuno- als moleculaire technieken aan bod kwamen in de projecten binnen deze eerste oproep (zie Figuur 3).

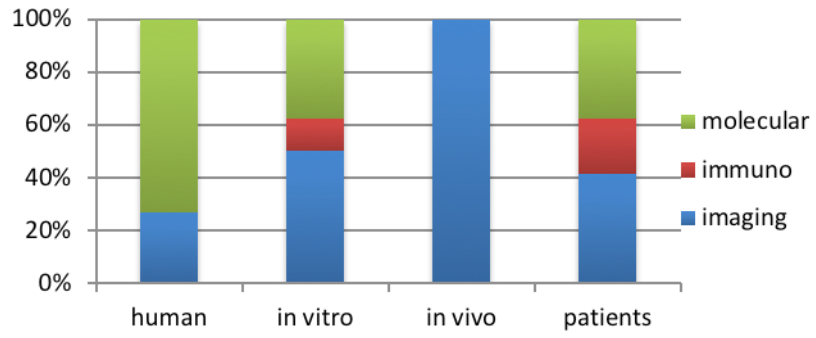
Figuur 1 — Type testmateriaal aangewend binnen de projecten



Figuur 2 — Type kankers bestudeerd binnen de projecten (nota: 'pregnancy' staat voor 'kanker tijdens de zwangerschap')



Figuur 3 — Type testen aangewend in de verschillende types testmateriaal



— NGS IN (HEMATO-) ONCOLOGIE

In 2015 heeft het Kankercentrum samen met het KCE, een haalbaarheidsstudie gepubliceerd rond de introductie van 'Next-Generation-Sequencing' (NGS) binnen de moleculaire diagnostiek in de Belgische medische laboratoria (KCE rapport 240, 2015). De opkomst van deze geavanceerde moleculaire technologie maakt het nu mogelijk om in een aantal gevallen een behandeling te optimaliseren door rekening te houden met de individuele, moleculaire DNA-kenmerken van de tumor en van de patiënt zelf. Moleculaire detectie vormt nu reeds een integraal deel binnen de klinische diagnostiek in de oncologie. De introductie van deze innovatieve NGS aanpak in de moleculaire diagnostiek in oncologie vereist echter een grondige voorbereidende fase zowel op het terrein als op beleidsniveau.

1. Korte toelichting bij een aantal acties opgestart eind 2015

Opstarten van het CTG-TGR platform binnen het RIZIV. Om een betere afstemming te bekomen tussen enerzijds de terugbetaling van de (gerichte) geneesmiddelen en de daarbij horende diagnostische testen, werd in het RIZIV een nieuw overlegplatform opgericht dat leden van de CTG en de TGR samenbrengt binnen één platform. Het platform CTG-TGR komt driemaandelijks samen. Om een goede afstemming te bekomen tussen het platform CTG-TGR en de hieronder beschreven ComPerMed is één vertegenwoordiger van elk in de onderlinge commissies vertegenwoordigd.

Installeren van de 'Commissie Gepersonaliseerde Geneeskunde' (ComPerMed). Deze nieuwe Commissie heeft in eerste instantie als taak advies te verlenen aan de bevoegde instanties rond nieuwe bevindingen waarin genoom-profilering een centrale rol speelt o.a. gerichte therapieën in oncologie. Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door het Kankercentrum die ook een aantal algemene wetenschappelijke taken op zich neemt (b.v. opstellen van discussie documenten, evaluatie van de voorgestelde evidentie, ...). Het Kankercentrum werkt ook een deontologische code uit voor het ComPerMed.

Daarnaast werd een beheercommissie (of 'management board') geïnstalleerd met als leden, vertegenwoordigers van alle betrokken instanties (zie *Tabel 2*). De beheercommissie heeft als hoofdtak jaarlijks het werkplan van de ComPerMed vast te leggen en de finale rapporten van de projecten van de ComPerMed goed te keuren. Tenslotte wordt de ComPerMed bijgestaan door een wetenschappelijke raad (of 'scientific board') waarin vertegenwoordigers van het terrein, experts en belangengroepen opgenomen zijn die rechtstreeks betrokken zijn bij de introductie van deze nieuwe technologie binnen onze medische zorg. Een eerste vergadering van de beheercommissie van het ComPerMed vond plaats op 07 december 2015.

ComPerMed Wergroep 'NGS guidelines voor oncologie'. De ComPerMed zal richtlijnen uitwerken voor het gebruik van gerichte NGS analyses in de (hemato) oncologie die zullen aangewend worden als basis voor de erkenning van de medische laboratoria en de accreditatie door BELAC. Een voorbereidend document ter discussie werd opgemaakt door het Kankercentrum en zal nu in de komende maanden doorwerkt worden met de wetenschappelijk raad.

ComPerMed WG : 'NGS genepanels voor solide en hematologische kankers'. De ComPerMed zal de samenstelling van de NGS genepanels voor (hemato) oncologie die terugbetaalbaar zijn via de nomenclatuur uitwerken en voorleggen aan de werkgroep CTG-TGR van het RIZIV. Een voorbereidende analyse ter discussie werd opgemaakt door het Kankercentrum en zal nu in de komende maanden doorwerkt worden met de wetenschappelijk raad.

Benchmarking studie voor NGS laboratoria. Om na te gaan welke labo's momenteel al in staat zijn om op een adequate wijze NGS voor oncologie uit te voeren zal het WIV een 'benchmarking' studie organiseren samen met het Sanger Institute (UK). Het contract hiervoor wordt momenteel gefinaliseerd en de studie zou gestart worden in mei-juni 2016.

Data-management: Blueprint ontwikkeling in samenwerking met WIV-Healthdata.

In overleg met WIV-Healthdata wordt een praktische uitwerking van de datatransfer en de stockage van de NGS gegevens uitgewerkt. Een eerste ontwerp zou voorgesteld worden in maart 2016. De IT en Healthdata oplossingen die hier uitgewerkt worden zullen niet alleen toegepast kunnen worden in de oncologie maar ook grotendeels bruikbaar zijn in andere medische domeinen (o.a. zeldzame ziekten, genetica, enz.)

Netwerkstructuren. Het Kankercentrum ondersteunt de oprichting van NGS netwerken binnen de oncologie en neemt hiervoor, op vraag van de betrokkenen, actief deel aan lokale overlegvergaderingen (o.a. in Antwerpen en Brussel). Een eerste impressie lijkt aan te geven dat bij velen de wil bestaat om netwerken op te richten maar dat er een duidelijker, al dan niet wettelijk, kader geschapen zou moeten worden.

Overleg met Plan 'Zeldzame ziekten'. Het Kankercentrum werkt nauw samen met de onderzoeksgroepen binnen het WIV die instaan voor de uitwerking van een aantal acties binnen het Plan 'Zeldzame ziekten'. Synergiën worden zoveel mogelijk uitgebouwd o.a. bij het ontwikkelen van een datatransfer en stockage model, principes voor kwaliteitsbepaling in de genetische centra, enz. Regelmatige overlegvergaderingen vinden hiervoor plaats op het WIV.

Overleg met de industriële belangengroepen. NGS en 'omics' technologie in het algemeen is een moleculaire diagnostiek die sterk gedragen wordt door industriële partners, zowel in de wereld van de diagnostiek als in de ICT. Het lijkt dan ook nodig met deze beide branches een manier van samenwerking uit te bouwen. Daarnaast is er nood aan een samenwerkingsmodel met de farmaceutische sector zodat kankerpatiënten maximaal kunnen genieten van de voordelen van de introductie van deze nieuwe technologie.

Voor elk van deze branches zal een overkoepelende initiële gesprekspartner geïdentificeerd worden.

— CONCLUSIE

Actie 29 heeft 61 projecten rond translationeel onderzoek in kanker gefinancierd over een periode van 5 jaar. De maatschappelijke valorisatie is momenteel nog moeilijk in te schatten maar in een aantal gevallen zijn projecten reeds klaar voor transfer naar de patiënt (bijvoorbeeld voor leukemiepatiënten). Verdere opvolging van de initiatieven en resultaten van deze projecten is echter aangewezen. Een aantal pistes die veelbelovend lijken dienen opgenomen worden voor verdere ontwikkeling binnen een gepast kader.

Het NGS pilootproject beoogt de introductie van het gebruik van genoom-informatie op een gestructureerde wijze in te bouwen in onze gezondheidszorg. De eerste stappen zijn gezet in nauwe samenwerking en overleg met alle belanghebbenden.

Het is echter essentieel dat nu een grondig debat gestart wordt rond de waarde en het belang van het gebruik van genomische informatie voor onze gezondheidszorg, maar ook rond de risico's en hoe we vooropstellen deze te vermijden. Vragen rond privacy, toegankelijkheid en betaalbaarheid, duurzaamheid, lange-term gegevensbeheer, etc vormen hierin enkele belangrijke onderwerpen.

— REFERENTIES

Hamaker, M. E., Mitrovic, M., & Stauder, R. (2014). The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with a haematological malignancy. *Annals of hematology*, 93(6), 1031-1040.

KCE rapport 240 (2015). Next generation sequencing gene panels for targeted therapy in oncology and haemato-oncology. https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_240_NGS_targeted_therapy_Report.pdf

I. MONITORING EN EVALUATIE

Voor de monitoring en de evaluatie van de beleidsmaatregelen en andere maatschappelijke evoluties op kanker, zijn de data van de Stichting Kankerregister van cruciaal belang. In het Kankerplan werden dan ook initiatieven genomen ter versterking van deze data-registratie.

ACTIE 31: DE STICHTING KANKERREGISTER VERSTERKEN

1.	Oprichting via koninklijk besluit van de Stichting van openbaar nut Kankerregister
2.	Oprichting van een raadgevend comité van de gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister.
3.	Financiering van de Stichting Kankerregister

1. Evolutie van de activiteiten van het Kankerregister: 2013-2016

Kankerregistratie levert belangrijke informatie op voor zorgverleners, onderzoekers, studenten, beleidsmakers, industrie, pers en het algemene publiek. Op basis van de gegevens worden de kenmerken van de verschillende vormen van kanker, de trends in de tijd en in de ruimte, inclusief predicties, op regelmatige basis beschreven. Tijdens de academische zitting in december 2015 ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van het Kankerregister werd de publicatie 'Cancer Burden in Belgium, 2004-2013' (BCR, 2015) voorgesteld.

Daar waar de kankerregistratie in de eerste jaren van zijn bestaan zorgde voor de opzet van het registratienetwerk en het meten en analyseren van de incidentie, prevalentie en overleving, speelt zij de laatste jaren een essentiële rol in de evaluatie van de kwaliteit van zorg. De kankerregistratie bevat een schat aan gegevens, mede dankzij bijkomende klinisch georiënteerde registratieprojecten en koppelingen met administratieve data bases. Dit laat toe de resultaten van de behandeling te evalueren, de introductie van nieuwe richtlijnen en technologieën, dure medicatie en wijzigingen in de organisatie van de zorg voor de kankerpatiënt op te volgen. Ook neemt het Kankerregister, dankzij de cyto-histologische data base, afkomstig van de pathologen, actief deel aan de organisatie en de evaluatie van het bevolkingsonderzoek (opsporing van borst, baarmoederhals- en dikkedarmkanker).

2. Evolutie van de wettelijke basis van het Kankerregister: 2013-2016

Een mijlpaal in de geschiedenis van het Kankerregister is de publicatie van het Protocolakkoord van 24 juni 2013, afgesloten tussen de Federale Overheid en de Overheden bevoegd voor het Gezondheidsbeleid over de activiteiten en financiering van het Kankerregister. Het RIZIV, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de Vlaamse Gemeenschap (het Agentschap Zorg en Gezondheid), de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest, de COCOF, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Duitstalige Gemeenschap financieren de globale werking van het Kankerregister.

Het Raadgevend Comité, opgericht via Koninklijk Besluit, is onder meer belast met de supervisie en de evaluatie van de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de tumorregistratie en met het formuleren van voorstellen om de registratie en de analyse van de gegevens te optimaliseren. Op 29 januari 2014 verscheen het Ministerieel besluit van 16 december 2013 tot aanwijzing van de leden van het raadgevend comité van gebruikers van de gegevens van de stichting van openbaar nut van het Kankerregister in het Belgisch Staatsblad.

ACTIE 32: OPRICHTING VAN EEN REFERENTIECENTRUM VOOR KANKER

1. Oprichting van het Kankercentrum

Het Kankercentrum werd op 1 september 2008 opgericht door een overeenkomst tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het RIZIV. De overeenkomst voor de financiering van het Kankercentrum werd verlengd tot eind 2020. Het Kankercentrum, dat een autonome afdeling van het WIV is, bestaat momenteel uit een 12-tal medewerkers.

De belangrijkste opdrachten van het Kankercentrum zijn: inventariseren, aanbevelen en evalueren. Het vergemakkelijkt de samenwerking tussen de actoren, evalueert de inspanningen op het vlak van de strijd tegen kanker en adviseert op basis van wetenschappelijke gegevens en de verzamelde expertise uit het terrein.

In 2013 heeft het Kankercentrum 5 thematische werkgroepen opgestart en de resultaten de werkzaamheden samengevat in afzonderlijke rapporten:

TWG 1: "Rehabilitatie en socio-professionele re-integratie: uw carrière is niet verloren"

TWG 2: "Brug tussen het hospitaal en de thuiszorg »

TWG 3: "Het beleid stamceldonatie en stamcelbanken onder de loep"

TWG 4: "Kwaliteitssysteem in Oncologie"

TWG 5: "De gepersonaliseerde geneeskunde in de praktijk: NGS in the clinic"

Deze rapporten werden voorgelegd aan het coördinatieplatform en besproken op 25 november 2014. Het coördinatieplatform kon de bevindingen en voorstellen van drie van deze werkgroepen nu reeds ondersteunen: TWG1, TWG3 en TWG5. Voor TWG2 en TW4 was men van oordeel dat nog verder uitdiepen, overleg en concretisering nodig was om tot mature voorstellen te komen.

Daarnaast heeft het Kankercentrum binnen de Technische werkgroep van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de resultaten van de verschillende borstkanker bevolkingsonderzoeken voor België samengebracht, werd gestart met het opzetten van een pilootstudie voor de bevordering van de socio-professionele re-integratie van kankerpatiënten, met het uitwerken van een model voor opvolging en predictie van rookstopmaatregelen en een methodologie voor analyse van de onderzoeksprojecten binnen het kankerplan.

Ook speelt het Kankercentrum sinds februari 2013 een sleutelrol in de nieuwe Joint Action 'Cancon', waar het instaat voor het uitwerken van de finale deliverable 'An European Guide for Quality Improvement of Cancer Control'. Binnen de Europese context leverde het Kankercentrum bovendien reeds een belangrijke bijdrage aan de publicatie van de 'European Guide on National Cancer Plans' van de vorige Joint action 'European Partnership Action Against Cancer'. Dit document bevat de leidraad voor het verder omkaderen van de activiteiten rond kanker, ook in België.

Begin 2014 werd de website van het Kankercentrum gelanceerd, die functioneert als een portaalsite voor kankerinfo die zowel voor professionele als de burger belangrijk is. 2015 was voor het kankercentrum zowel een jaar van evolutie als een jaar van continuïteit. Evolutie van een punctuele aanpak naar een geïntegreerde strategie. Zoals hierboven in de inleiding beschreven, zal er geleidelijk worden afgestapt van de punctuele opvolging van het kankerplan uit 2008 om te komen tot een meer overkoepelende aanpak van de activiteiten in het kankerbeleid. Deze structuur behelst enerzijds 7 elementaire, inhoudelijke domeinen: primaire preventie; screening; diagnose; behandeling; psychosociale zorg; rehabilitatie; palliatieve zorg en anderzijds 5 transversale thema's: participatie van patiënt en publiek; training en opleiding; sociale ongelijkheden; research; monitoring en evaluatie.

Deze allesomvattende structuur zal de basis vormen voor de werking van het kankercentrum en voor de rapporteren van de 'Stand van Zaken'. Ze wordt de basis voor de nieuwe website, voor de 'Stand van zaken' en evaluatie van het kankerbeleid, en voor de ondersteuning van het uitwerken van de kankerbeleid voor België.

Daarnaast werden de conclusies van de thematische werkgroepen (TWG) in 2015 verder uitgewerkt.

- In het domein van de rehabilitatie (TWG 1) werden verschillende projecten geïnitieerd rond socio-professionele re-integratie van kankerpatiënten en de optimale condities voor werkhervatting in nauwe samenwerking met het terrein.
- De conclusies van de TWG3 ('Stem cell donors') werden door het huidige beleid weerhouden en worden momenteel geïmplementeerd.
- Het kankercentrum vormt een drijvende kracht achter het samenbrengen van de Belgische expertise rond 'Gepersonaliseerde geneeskunde' (TWG 5). Zie ook hierboven bij research.
- De expertise rond screening – in het bijzonder baarmoederhalsscreening – die aanwezig is binnen het kankercentrum wordt continu verder uitgebouwd via samenwerkingen in nationale en internationale onderzoeks- en beleidsondersteunende projecten.
- Het Kankercentrum speelt nu ook ten volle zijn rol als expert-facilitator in de Joint Action 'CanCon', en werkt daarnaast samen met verschillende gerenommeerde internationale groepen mee aan beleidsaanbevelingen in het kankerbeleid.
- Tenslotte werd de basis gelegd om burgers en patiënten beter te betrekken bij de kankercare en de activiteiten van het Kankercentrum.

— REFERENTIES

Belgian Cancer Registry (BCR) (2015). Cancer Burden in Belgium 2004-2013. Brussels. http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2016_revisededition.compressed.pdf

