



Faciliteren
Inventariseren
Adviseren

Evaluatie van het Kankerplan 2008-2010: Identificatie van een methodologie

Prof. dr. Elke Van Hoof
Eline Remue, PhD
Ir. Liesbeth Lenaerts, PhD
Ellen De Wandeler
Benoit Mores
Jelle Goolaerts

Depotnummer: D/2011/2505/76

Doelstelling

Dit document beschrijft de methodologie gehanteerd in het kader van de evaluatie van de implementatie van het Kankerplan.

Binnen de evaluatie van de implementatie van het kankerplan 2008-2010 werd in verschillende fasen gewerkt:

1. Evaluatie van het kankerplan 2008-2010: identificatie van een methodologie
2. Evaluation of the implementation of the Cancer Plan 2008-2010: literature review.
3. Evaluation of the implementation of the Cancer Plan 2008-2010: feasibility analysis of the indicators identified in preparation of the evaluation of the Cancer Plan 2008-2010.
4. Evaluatie van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010: Resultaten 2011
5. Evaluatie van de implementatie van het kankerplan 2008-2010: kwalitatieve evaluatie aan de hand van Lymesurvey
6. Evaluatie van de implementatie van het kankerplan 2008-2010: samenvatting

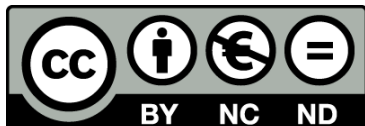
Alle rapporten zijn ter beschikking via onze website www.ekanker.be of in elektronische vorm verkrijgbaar via mail (BelgiancancerCentre@wiv-isp.be).

Author: Prof. dr. Elke Van Hoof

Hoe refereren naar dit document?: VAN HOOFF, E. 2011. Evaluatie van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010: identificatie van een methodologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Kankercentrum, xxp.

Copyright statement

Dit werk is gelicenseerd onder een Creative Commons Naamsvermelding-Niet Commercieel-Geen Afgeleide Werken 2.0 België. Dit houdt in dat het werk verspreid/gekopieerd/doorgegeven mag worden, indien de naam van de auteurs wordt vermeld (1), het werk niet voor commerciële doeleinden gebruikt wordt (2) en het werk niet bewerkt wordt (3). Bezoek <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/be/> om een kopie te zien van de licentie.



Externe validatoren:

Gemma Gatta and Camilla Amati (Istituto Nazionale dei Tumori), Renée Otter (NKP monitor Nederland), Joseph Borrás (Institut Català d'Oncologia), Herman Van Oyen, Françoise Renard (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) en de Stichting Kankerregister.

Bedankingen:

Het Kankercentrum dankt CRESCENDO (Geert Silversmit & Alain Visscher) en Renée Otter (NKP monitor Nederland) voor hun input en ondersteuning in de opbouw van deze methodologie.

AFKORTINGEN

Abbreviation		Dutch	French
A1M1	Action 1 Measure 1 in the Belgian Cancer Plan	-	-
BCR	Belgian Cancer Registry	BKR	RCB
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia	-	-
CT	Computer Tomography	-	-
EPAAC	EPAAC - European Partnership for Action Against Cancer	-	-
EU	European Union	EU	UE
FAMHP	Federal Agency for Medicines and Health Products	FAGG	AFMPS
FASFC	Federal Agency for the Safety of the Food Chain	FAVV	AFSCA
FPS	Federal Public Service	FOD	SPF
GD	General Director	DG	DG
GDP	Gross Domestic Product	-	-
GIT	Gastrointestinal Tract	-	-
GMF	Global Medical File	GMD	DMG
GNP	Gross National Product	BNP	PNB
GP	General practitioner	-	-
HCQI	Health Care Quality Indicators	-	-
HIS	Health Interview Survey	-	-
HPV	Human Papilloma Virus	-	-
IARC	International Agency for Research on Cancer	-	-
IMA	Inter Mutualistic Agency	IMA	AIM
INSZ	Identification Numbre Belgian Social Security	-	-
KCE	Belgian Healthcare Knowledge Centre	-	-
LINAC	Linear Accelerator	-	-
MCI	Medical Council for Invalidity	GRI	CMI
MESH	Medical Subject Headings	-	-
MOC	Multidisciplinary Oncological Consult	MDT	RCP
MRI	Magnetic Resonance Imaging	-	-
NCCP	National Cancer Control Programme	-	-
NCP	National Cancer Plan	NKP	PCN
NIHDI	National Institute for Health and Disability Insurance	RIZIV	INAMI
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	OESO	OCDE
OIVO / CRIOC	Centre de Recherche et d'information	OIVO	CRIOC
PET	Positron Emission Tomography	-	-

PUBmed	US National Library of Medicine	-	-
QOL	Quality Of Life	-	-
SD	Standard Deviation	-	-
SES	Social Economic Status	SES	SSE
SIOPE	European Society for Paediatric Oncology	-	-
SIPH	Scientific Institute of Public Health	WIV	ISP
TNM	Tumour, lymph Node, Metastasis	-	CIN
VIGEZ	Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie en Ziektepreventie	VIGEZ	-
VLK	Vlaamse Liga tegen Kanker	VLK	VLK
WHO	World Health Organisation	WGO	OMS
WP	Work Package	-	-
WSR	World Standard Population	-	-

INHOUDSTAFEL

INLEIDING.....	3
AFKORTINGEN.....	5
INHOUDSTAFEL.....	7
1. EVALUATIE VAN HET BELEID INZAKE KANKER	8
2. RICHTLIJNEN VOOR EEN GOED KANKERPLAN	10
2.1. WHO	10
2.2. EU	12
3. EVALUEREN VAN HET KANKERPLAN.....	14
4. EVALUEREN VAN DE IMPACT VAN DE IMPLEMENTATIE VAN HET KANKERPLAN 2008-2010	15
4.1. DOELSTELLINGEN.....	16
4.2. PROCEDURE	16
4.3. EVALUATIE VAN DE IMPLEMENTATIE VAN HET KANKERPLAN 2008-2010.....	54

1. EVALUATIE VAN HET BELEID INZAKE KANKER

Het uitvoeren van de evaluatie van het Kankerplan behoort tot de opdracht van het Kankercentrum. In onze conventie “Nota CGV 2008/256corr “ tussen het RIZIV en het WIV staat “*Het uitgangspunt voor de opdracht van het Kankercentrum bestaat er in dat het een stimulerende, coördinerende en een ondersteunende rol speelt in de onderzoeksopdracht die het Kankercentrum moet toelaten om de activiteiten van kankerpreventie, behandeling en/of opvang van kankerpatiënten en wetenschappelijk onderzoek in verband met kanker voor gans België in kaart te brengen op basis van verzamelde en verwerkte gegevens waaruit relevante rapporten kunnen voortvloeien die de overheid moet toelaten om een rationeel kankerbeleid te voeren dat zoveel mogelijk gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie en weloverwogen keuzes*”. De opdracht beschreven in de conventie wordt vertaald naar 10 doelstellingen (zie bijlage 1). Zo refereert doelstelling 2 naar de evaluatie van het Kankerplan: “*Evaluatie van de inspanningen in de strijd tegen kanker in België: samenbrengen van de nodige gegevens, analyseren en opmaken van beleidsgeoriënteerde conclusies*”.

Om te komen tot deze evaluatie dient men enerzijds *alle relevante literatuur i.v.m. de stand van zaken met betrekking tot de vijf pijlers van het Kankerplan*¹ (doelstelling 5 uit de conventie), op te lijsten. Deze evaluatie zou dan idealiter *leiden tot de nodige impulsen voor nieuwe initiatieven* (doelstelling 6).

Op basis van de bovenstaande doelstellingen, kan men afleiden dat het Kankercentrum gevraagd wordt het kankerbeleid² in België te evalueren. Het kankerbeleid bestaat immers uit meer dan alleen het Kankerplan.

Desalniettemin dient een evaluatie in een methodologisch verantwoorde setting. Het is belangrijk om resultaten steeds in hun context te kunnen plaatsen. In dit kader is gekozen om zich in eerste instantie te richten op de evaluatie van het Kankerplan.

Het Kankerplan bestaat uit 32 initiatieven verdeeld over 3 domeinen. Een initiatief kan uit meerdere maatregelen bestaan. Bijvoorbeeld: Initiatief 1 “*Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning*” bestaat uit 3 maatregelen:

1. Terugbetaling van een forfait van 30 EUR voor alle rokers voor een eerste raadpleging inzake hulp bij het ontwennen van tabaksverslaving door een tabakoloog.
2. Daarna terugbetaling van een forfait van 20 EUR per sessie, met een maximum van 8 raadplegingen. Voor zwangere vrouwen zal de terugbetaling 30 EUR bedragen.

¹ In de conventie wordt gesproken over 5 pijlers van het Kankerplan, namelijk (1) primaire preventie van kanker door reductie van blootstelling aan risicofactoren; (2) secundaire preventie door vroegtijdige opsporing en behandeling van kanker; (3) behandeling van kankerpatiënten; (4) opvang van de psychosociale noden van de kankerpatiënt en zijn/haar omgeving, in het bijzonder speciale zorg in verband met levenseinde; en (5) wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling en evaluatie van nieuwe methoden van preventie, diagnose en behandeling van kanker. In het Kankerplan 2008-2010 wordt echter steeds gewag gemaakt van 3 domeinen, namelijk preventie en screening; zorg voor patiënten en onderzoek en innovatie.

² Hiermee doelt men op alle beleidskeuzes met een impact op de kankerbestrijding.

3. In het kader van een algemene versterking van de controles en ter aanvulling van de aanhoudende controles door het FAVV, zullen de diensten van de FOD Volksgezondheid belast worden met het uitvoeren van gerichte controles over het respecteren van de tabakswetgeving.

In de evaluatie van het Kankerplan worden de 32 geïdentificeerde initiatieven van het Kankerplan als structuur gebruikt waarbinnen de verschillende maatregelen geëvalueerd worden.

2. RICHTLIJNEN VOOR EEN GOED KANKERPLAN

2.1. WHO

Volgens de WHO is een Kankerplan “*a well-conceived, well-managed national cancer control programme*” dat de kankerincidentie positief beïnvloedt en de levenskwaliteit van de patiënten optimaliseert, ongeacht de middelen waarover een land beschikt.

Een nationaal kankerbestrijdingsprogramma is een volksgezondheidsprogramma dat opgezet is om het aantal kanker- en sterfgevallen te beperken en de levenskwaliteit van kankerpatiënten te verbeteren door de systematische en billijke toepassing van empirisch onderbouwde strategieën voor preventie, vroegtijdige opsporing, diagnose, behandeling en palliatieve zorg, en door de beschikbare middelen zo goed mogelijk te benutten.

Een uitgebreid nationaal kankerprogramma evalueert de verschillende manieren om de ziekte te beheersen en past enkel die toe welke het meest kosteneffectief en meest gunstig zijn voor het grootste deel van de bevolking. Het legt de nadruk op kankerpreventie of de vroege opsporing van kankergevallen zodat ze genezen kunnen worden, evenals op de verschaffing van een zo groot mogelijk comfort aan patiënten met een vergevorderde kanker³.

De bevordering van nationale kankerbestrijdingsprogramma's (NCCP) is een belangrijke strategie van de WHO in haar wereldwijde strijd tegen kanker. De WHO helpt lidstaten hun capaciteit om doeltreffende programma's te plannen en uit te voeren uitbouwen en versterken. In dit verband wordt de ontwikkeling van een systematisch capaciteitsonderzoek voor NCCP's als noodzakelijk beschouwd om de hiaten en sterke punten vast te stellen en om de voortgang van kankerbestrijdingsplannen en -programma's op regionaal, nationaal en internationaal niveau op te volgen. Het capaciteitsonderzoek voor NCCP's zal deel uitmaken van een breder toezichtstelsel voor niet-overdraagbare aandoeningen dat in ontwikkeling is.

Belangrijke instructies voor mensen die bij de planning en uitvoering van kankerprogramma's betrokken zijn:

- Een geïntegreerde en uitgebreide kankerbestrijdingsstrategie leidt tot een meer evenwichtig, efficiënt en eerlijk gebruik van de beperkte middelen;
- Voor een slimme planning van de kankerbestrijding moet je de context begrijpen, ervaringen uit het verleden begrijpen en continu willen bijleren;
- Een kankerbestrijdingsplan dat doelgericht, realistisch en zorgvuldig door participatie voorbereid is, maakt meer kans om effectief uitgevoerd te worden;
- In situaties met minder beschikbare middelen zal een plan dat in primaire gezondheidszorg en in een geleidelijke uitvoering van enkele haalbare en kosteneffectieve maatregelen voorziet meer kans maken om effectief in de praktijk gebracht te worden⁴.

³ <http://www.who.int/cancer/nccp/en/>

⁴ <http://www.who.int/cancer/nccp/planning/en/index.html>

De WHO publiceerde in 2011 een evaluatieformulier om landen of deelstaten te ondersteunen in de evaluatie van een Kankerplan. Dit instrument bestaat uit 2 formulieren en 5 delen:

Formulier I: Evaluatieformulier voor NCCP:

Deel 1: Kankerbestrijdingplan

Deel 2: Lopende kankerdiensten/-activiteiten met betrekking tot het continuüm van kankerbestrijding

Deel 3: Lopende kankerdiensten/-activiteiten en middelen met betrekking tot het algemene beheer van het kankerbestrijdingprogramma

Deel 4: Huidige obstakels en troeven in kankerbestrijding

Formulier II: Voornaamste auteurs en medeauteurs:

Deel 5: Identificeren van het land en betrokkene(n)

Dit evaluatieformulier (bijlage 2) bouwt verder op een eerdere publicatie van WHO, namelijk “*Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes*”⁵

Voor de evaluatie van het Kankerplan werden de volgende 8 vragen uit het evaluatieformulier opgenomen: (Voor de leesbaarheid werd de nummering uit de WHO publicatie behouden.)

1. *Grondigheid van het plan (kankerpreventie en -bestrijding): Bevat het schriftelijke kankerbestrijdingplan doelen, doelstellingen en prioritaire empirisch onderbouwde maatregelen met betrekking tot de volgende onderdelen van het kankercontinuüm – preventie, vroegtijdige opsporing, diagnose en behandeling, palliatieve zorg? (1.5. uit evaluatieformulier)*

2. *Cruciale delen van het plan: Bevat het schriftelijke kankerbestrijdingsplan de volgende delen: beoordeling van het kankerprobleem en de risicofactoren van kanker, beoordeling van de prestaties op het vlak van kankerbestrijding, doelen en meetbare doelstellingen op korte, middellange en lange termijn, actieplan om de empirisch onderbouwde doelstellingen te verwezenlijken, betaalbaarheid en billijkheid, activiteiten op het vlak van bestaande programma's voor chronische ziekten en andere verwante programma's, prioritaire onderzoeksgebieden ter ondersteuning van de uitvoering van het plan, ontwikkeling van een informatiesysteem om de prioriteiten op te volgen en te beoordelen, duidelijke proces- en resultaatindicatoren om evaluaties op te volgen en tot slot het kostenplaatje van het actieplan en noodzakelijke middelen voor de uitvoering ervan? (1.6. uit evaluatieformulier)*

3. *Evaluatie van de verleende diensten/verrichte activiteiten: Bestaat er een regelmatige uitgebreide evaluatie van de verleende diensten/verrichte activiteiten op basis van proces- en resultaatindicatoren? (3.1.1 uit evaluatieformulier)*

4. *Beheer van kankerbestrijding: Is er op nationaal niveau een persoon bevoegd voor de coördinatie van algemene kankerbestrijdingsactiviteiten? (3.5 uit evaluatieformulier)*

⁵ <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>

5. *Adviescomité voor kankerbestrijding (3.6. uit evaluatieformulier)*

6. *Hoe beoordeelt u de beschikbaarheid van de volgende middelen voor kankerbestrijding in uw land: beleidslijnen, financiële en personele middelen, middelen om kankerdiensten op tertiair niveau te ondersteunen, middelen om kankerdiensten op secundair niveau te ondersteunen, middelen om kankerdiensten op primair niveau te ondersteunen, middelen om communautaire programma's te ondersteunen en middelen om het onderzoek ter verbetering van kankerbestrijding te ondersteunen? (3.8. uit evaluatieformulier)*

7. *Nationale richtsnoeren: Beschikt het land over actuele empirisch onderbouwde nationale richtsnoeren? (3.9. uit evaluatieformulier)*

8. *Overeenkomst met bepalingen betreffende kankerbestrijding: algemeen bewustzijn van het kankerprobleem en mogelijke oplossingen, sterke en passende betrokkenheid van de gemeenschap bij de strijd tegen kanker, stigmatisering van kanker bestaat niet of bijna niet, sterke of passende politieke steun voor de aanpak op het vlak van de volksgezondheid, sterk of passend nationaal/regionaal leiderschap inzake kankerbestrijding, besluitvorming is over het algemeen gebaseerd op bewijzen, billijkheid en betaalbaarheid, kankerbestrijdingsactiviteiten worden goed gecoördineerd en in de gezondheidssector opgenomen, een evenwichtig en efficiënt gebruik van middelen in het hele kankercontinuüm, voldoende financiële middelen om de belangrijkste activiteiten te ondersteunen, passende gezondheidsinfrastructuur op alle zorgniveaus en gelijke toegang tot goede kankerzorg? (4 uit evaluatieformulier)*

Naast deze beschrijvende items uit het evaluatieformulier van WHO, dient men ook initiatief-specifieke items te identificeren ten einde de impact van de implementatie van een specifiek initiatief op het terrein te kunnen evalueren.

2.2. EU

Het aantal kankergevallen bij ouderen neemt toe en steeds meer patiënten zijn goed geïnformeerd, mondig en assertief als het op hun rechten en wensen aankomt. Tegelijkertijd is kanker een groep van ziekten die intensief steunt op de gezondheidssector en zwaar weegt op de financiële en personele middelen van meerdere gezondheidsdiensten – van primaire preventie tot palliatieve zorg en rehabilitatie. Hoewel Europese overheden deze uitdagingen – met nu eens groot, dan weer matig succes – aanpakken, is het duidelijk dat er nu dringender dan ooit in het hele continent doeltreffende en kosteneffectieve beleidslijnen voor kankerbestrijding nodig zijn.

Onder de bescherming van de Europese Commissie werd het Europees partnerschap voor kankerbestrijding (EPAAC, European Partnership for Action Against Cancer) opgericht om een lacune op het vlak van samenwerking en uitwisseling van ervaringen tussen landen met gelijkaardige

behoeften en verschillende ervaringen op te vullen. Het initiatief loopt drie jaar (van 2011 tot 2014) en is gebaseerd op de ervaringen en expertise van uiteenlopende deelnemers, waaronder politieke leiders, universitaire onderzoekers, zorgverleners en patiënten. De activiteiten en studies zullen ingaan op de belangrijkste uitdagingen van kankerbestrijding in Europa en de lidstaten, o.a. onderzoek, dienstverlening, human resources en maatregelen van de gezondheidssector. Het Europees partnerschap voor kankerbestrijding is er onder andere op gericht EU-lidstaten te helpen bij de ontwikkeling, uitvoering, evaluatie en verbetering van nationale kankerbestrijdingsprogramma's (NCCP's).

In dit kader handelt werkpakket 10 (WP10) in het bijzonder over nationale kankerbestrijdingsplannen. Gedurende drie jaar (2011-2014) zullen deze nationale strategieën door deelnemers aan het werkpakket en door lidstaten zelf geanalyseerd worden. Vervolgens zal dit geheel aan informatie de basis vormen voor conclusies over de doeltreffendheid van de plannen en voor aanbevelingen.

In WP10 (met betrekking tot nationale Kankerplannen) en WP 9 (met betrekking tot informatie en data) poogt men de nodige indicatoren te identificeren teneinde de impact van de implementatie van Kankerplannen, te evalueren. Het werk is echter nog niet afgerond⁶.

In WP 10 vergelijkt men de verschillende bestaande kankerplannen en/of strategieën van de verschillende Europese landen plus IJsland en Noorwegen om te komen tot aanbevelingen voor een efficiënt kankerplan en/of –strategie. Naast aanbevelingen poogt WP 10 ook de nodige afgeleide indicatoren te identificeren die specifieke doelstellingen van een kankerplan en/of –strategie kunnen opvolgen. In WP 9 probeert men beleidsondersteunende indicatoren te ontwikkelen of te identificeren die de verschillende landen kunnen gebruiken om hun kankerbeleid en/of –strategie te evalueren of op te volgen. Hiervoor maakt men in eerste instantie gebruik van reeds bestaande indicatoren.

Voor de evaluatie van het kankerplan 2008-2010 heeft men tijdens de identificatie van de initiatief-specifieke items, rekening gehouden met de vooruitgang in WP 10 en WP 9 van epaac.

⁶ www.epaac.eu

3. EVALUEREN VAN HET KANKERPLAN

Voor de evaluatie van het Kankerplan werden in eerste instantie 3 onderverdelingen geïdentificeerd:

1. Opmaken en opvolgen van de stand van zaken inzake de implementatie/ operationalisatie van een welbepaalde maatregel/initiatief;
2. Evalueren van de acties en maatregelen van het Kankerplan zoals gelanceerd door de bevoegde Minister(s);
3. Evalueren van het kankerbeleid op de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

Deze onderverdeling werd gemaakt omwille van:

- De veelheid aan mogelijk bruikbare gegevens op verschillende niveaus, gaande van de stand van zaken (bv. het aantal gefinancierde psychologen binnen het Kankerplan) tot de evaluatie van het kankerbeleid (aan de hand van bv. de verbetering van subjectief ervaren levenskwaliteit van patiënten);
- De inclusie van verschillende soorten acties met elk specifieke finaliteiten gaande van zeer specifieke acties zoals initiatief 8 “herwaardering van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)” tot initiatief 21-22 “pilotprojecten mbt de opvang van kankerpatiënten en hun familie”;
- De noodzaak een visie/beleid te evalueren inzake kankerbestrijding die niet te vatten is in concrete acties aangezien een beleid meer inhoudt dan de opgenomen acties in het Kankerplan;
- Het gebrek aan causale relaties tussen de initiatieven van het Kankerplan en de (outcome-) indicatoren zoals ze op de dag van vandaag bekend zijn⁷;
- De noodzaak een coherent verhaal te brengen naar alle actoren op het terrein.

Aangezien het Kankerplan gelanceerd werd in maart 2008 en men voor de evaluatie van het kankerbeleid, het Kankerplan meerdere jaren dient op te volgen alvorens uitspraken te kunnen doen over de eventuele effecten ervan op de gezondheidszorg en de volksgezondheid, werd de opdracht verder afgelijnd.

De evaluatie van het Kankerplan werd omschreven als de evaluatie van de impact van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010. Hierdoor worden de twee eerste punten van de 3 geïdentificeerde onderverdelingen geïncorporeerd; namelijk het opmaken en opvolgen van de stand van zaken inzake de implementatie/ operationalisatie van een welbepaalde maatregel/ initiatief én het evalueren van het Kankerplan zoals gelanceerd door de bevoegde Minister(s).

Er werd een werkgroep opgericht waar deze onderverdeling mee werd afgetoetst⁸. In deze werkgroep zetelen de volgende personen: Saskia Van den Bogaert (FOD DG1), Raf Mertens (KCE), Liesbeth

⁷ Zoals mortaliteit, incidentie en kwaliteitsindicatoren

Van Eycken (Kankerregister), Herman Van Oyen (WIV), Denise Francoise (WIV), Pascal Meeus (RIZIV), Denise Walckiers (WIV), Françoise Renard (WIV), Ri De Ridder (RIZIV), Vinciane Quoidbach⁹ (Kabinet Minister Onkelinx), Isabelle Van der Brempt (FOD DG1), Margareta Haelterman (FOD DG1), Elke Van Hoof (Kankercentrum), Eline Remue (Kankercentrum), Liesbeth Lenaerts (Kankercentrum) en Ellen De Wandeler (Kankercentrum).

Françoise Renard en Denise Walckiers werden aangeduid als contactpersonen ten einde de afstemming van de evaluatie van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010 met het project dat de performantie van het Belgisch Gezondheidssysteem in kaart brengt. In dit project wordt een overzicht gegeven van de inspanningen die België momenteel levert op het vlak van de evaluatie van de performantie van de gezondheidszorg. Die inspanningen vormen het onderwerp van een basisrapport "Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem" dat in juli 2010 is gepubliceerd¹⁰.

De doelstellingen van dit rapport:

- Enerzijds nagaan hoe een systeem voor de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem kan worden uitgewerkt
- Anderzijds de mogelijke toepassing ervan in België onderzoeken door een eerste reeks indicatoren samen te stellen en te bepalen.

Het rapport is er gekomen onder de verantwoordelijkheid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De administraties die met Sociale Zaken en Volksgezondheid te maken hebben, ongeacht of ze gewestelijk, gemeenschappelijk of federaal zijn, zijn ook bij het project betrokken.

In opvolging van het eerste rapport, wordt momenteel gewerkt aan het identificeren van de nodige indicatoren om de performantie van de 5 domeinen - de gezondheidspromotie, de preventieve zorg, de curatieve zorg, de verzorging op lange termijn en de palliatieve zorg- van de gezondheidszorg in kaart te brengen.

De werkgroep wordt vooral ingezet tijdens de identificatie van de nodige en relevante indicatoren voor de evaluatie van het kankerbeleid teneinde de werklust van iedereen te bewaken. De werkgroep zal tevens ingezet worden om van alle indicatoren waarvan blijkt dat er een gebrek aan gegevens is om de specifieke indicatoren te berekenen, een lijst met prioriteiten, op te stellen. Tot slot zal de werkgroep de indicatoren gepubliceerd op de website van het Kankercentrum, valideren.

4. EVALUEREN VAN DE IMPACT VAN DE IMPLEMENTATIE VAN HET KANKERPLAN 2008-2010

⁸ Tijdens een meeting op 3 maart 2011 werd de methodologie uiteen gezet en besproken (verslag ter beschikking in het Kankercentrum).

⁹ Voor 20/02/2012 Céline Leto

¹⁰ Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C, Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports vol 128A (D/2010/10.273/25)

4.1. Doelstellingen

De evaluatie van de impact van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010 wenst de volgende vragen te beantwoorden:

1. Zijn de doelstellingen gelieerd aan het Kankerplan bereikt?
2. Zijn de specifieke doelstellingen van de initiatieven bereikt?
3. Wat is de situatie waarin bepaalde initiatieven werden geïdentificeerd?
4. Wat is de impact van de implementatie van een initiatief genomen in het Kankerplan?¹¹
5. Wat is de score van het Kankerplan 2008-2010 op de geselecteerde vragen uit het evaluatieformulier van de WHO (zie hoofdstuk 2)?

4.2. Procedure

4.2.1. Literatuuroverzicht mbt de identificatie van reeds bestaande indicatoren

Vooraleer over te gaan tot de evaluatie van de impact van de implementatie van het Kankerplan, werd de (wetenschappelijke) literatuur nagegaan ten einde de noodzakelijke en relevante indicatoren te identificeren. De reeds bestaande expertise en kunde inzake indicatoren voor een Kankerplan werden opgelijst. Er werd m.a.w. nagegaan welke reeds bestaande en gepubliceerde indicatoren in de literatuur te vinden zijn; In eerste instantie werd in PUBMED (tot 11/2011) gezocht naar “indicators” en “national cancer control program” en “national cancer plan” en “cancer plan” en “evaluation” wat weinig resultaten opleverden. Er werden bijgevolg nieuwe zoektermen gezocht.

In PubMed werd (tot 11/2011) gezocht naar gepubliceerde en gevalideerde kwaliteitsindicatoren voor kankerzorg aan de hand van de trefwoorden ‘kwaliteitsindicatoren’ en ‘gezondheidszorg’ in combinatie met termen voor ‘kanker’ uit de Medical Subject Headings (MeSH). Enkel publicaties met een Engelse samenvatting waarvan de volledige tekst gratis beschikbaar was en algemene kwaliteitsindicatoren met betrekking tot kankerzorg werden opgenomen (indicatoren voor de beoordeling van technische aspecten van kankerzorg of de prestaties van de artsen vallen buiten het bestek van dit overzicht). We zochten tevens naar richtsnoeren en andere grijze literatuur (d.w.z. literatuur die niet gepubliceerd werd in bladen die door vakgenoten beoordeeld worden) op websites van beroepsorganisaties en voegden relevante indicatoren toe aan de lijst met indicatoren uit de vakliteratuur. Het selectieproces werd door 2 onderzoekers afzonderlijk uitgevoerd.

Het resultaat van deze review wordt weergegeven in “*Evaluation of the implementation of the cancer plan 2008-2010: Literature review*”.

Deze literatuurreview geeft een overzicht van de bestaande kennis en expertise mbt de identificatie van indicatoren gebruikt in het kader van de evaluatie van de kankerbestrijding. Het viel echter op dat deze lijst weinig of geen affiniteit had met de specifieke initiatieven en maatregelen genomen in het kader van het Kankerplan 2008-2010. Deze affiniteit is wel nodig wanneer men de impact van de

¹¹ Aangezien de implementatie van de verschillende acties op verschillende tijdstippen plaatsvond, kunnen we van de resultaten 2011 in bepaalde gevallen enkel een baselinemeting weergeven. Deze baselinemeting garandeert echter wel een verdere monitoring.

implementatie van specifieke initiatieven wenst te evalueren. Bijgevolg werd er naast deze top-down benadering obv de reeds bestaande (wetenschappelijke) literatuur, ook een bottom-up benadering gehanteerd waarbij gestart werd vanuit de lijst van geselecteerde acties genomen in het Kankerplan 2008-2010 om zodoende pragmatische indicatoren te bepalen.

4.2.2. Pragmatische indicatoren

Om te komen tot pragmatische indicatoren die een weerspiegeling zijn van welbepaalde acties van het Kankerplan, werden eerst doelstellingen per actie geïdentificeerd¹². De identificatie van de doelstellingen laat toe om indicatoren te bepalen op basis waarvan de doelstelling in kaart kan worden gebracht. De identificatie van de doelstellingen gebeurde door 2 onderzoekers en werd voorgelegd aan onafhankelijke externe validatoren.

Het overzicht van de acties en geassocieerde doelstellingen genomen in het Kankerplan 2008-2010 wordt weergegeven in **Tabel 1**.

LET OP: In 2011 werd een actie inzake colorectale kanker alsook een actie inzake voeding en kanker, toegevoegd.

¹² Bij de lancering van het kankerplan 2008-2010 werden geen expliciete doelstellingen gepubliceerd. Desalniettemin was het mogelijk om op basis van de beschrijving van de acties en maatregelen, de beoogde doelstellingen te expliciteren.

Tabel 1: Een overzicht van de acties en geassocieerde doelstellingen van het Kankerplan 2008-2010

Actie	Doelstellingen
Domein 1: Preventie en screening	
Actie 1: terugbetaling van consultaties voor rookstophulp	Daling van het aantal rokers (A1M1, A1M3)
	Daling van het aantal gevallen van door roken veroorzaakte ziekten (A1M1, A1M2, A1M3)
	Betere naleving van de wet (A1M2) ¹³
Actie 2: opsporing en counseling van risicopersonen met een genetische aanleg voor kanker ¹⁴	Betere toegang tot de best mogelijke <u>zorg</u> bij de opsporing van risicopersonen (A2M1, A2M2, A2M3)
	Betere toegang tot de best mogelijke zorg bij de <u>opsporing</u> en counseling van risicopersonen
Actie 3: uitbreiding van de leeftijdsgroep voor vaccinatie tegen baarmoederhalskanker (HPV) voor meisjes van 12 tot <u>18</u> jaar oud ¹⁵	Daling van het aantal infecties met subtypes van HPV (A1M1, A1M2)
	Vermindering van het aantal gevallen van baarmoederhalskanker ¹⁶ (A1M2)
	Daling van de sterftcijfers voor baarmoederhalskanker
Actie 4: verbetering van de opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van borstkanker (A4M1, A4M2)
	Daling van de sterftcijfers ¹⁷ voor borstkanker door vroegtijdige opsporing (A4M1, A4M2, A4M3)
Actie 5: systematische screening van baarmoederhalskanker	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van baarmoederhalskanker (A5M1)

¹³ Het is belangrijk te controleren of het ministerie van Volksgezondheid alles altijd op dezelfde manier registreert; zo niet zijn de registraties nutteloos.

¹⁴ Beperkt tot kankers waarvan genetisch risico/aanleg en/of verband bekend is

¹⁵ Aanbeveling voor screening => geen screening zonder geldig registratiesysteem dat toezicht vereenvoudigt

¹⁶ Resultaten beschikbaar in *Arbyn et al. (2010) Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies and surgery to the uterine cervix (2002-2006)*.

¹⁷ Invloed op sterftcijfers pas duidelijk na 15 jaar

	Daling van het aantal gevallen van baarmoederhalskanker
	Daling van de sterftcijfers voor baarmoederhalskanker (A5M1, A5M2)
Actie 6: consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen	Groter bewustzijn over het verband tussen risicofactoren en kanker bij huisartsen (A6M1)
	Groter bewustzijn over het verband tussen risicofactoren en kanker bij het grote publiek (A6M1)
Screening op darmkanker	Daling van de sterftcijfers voor darmkanker
	Daling van het aantal gevallen van darmkanker
	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van darmkanker
Domein 2: Zorg, behandeling en ondersteuning van patiënten	
Actie 7: specifieke ondersteuning van de patiënt bij het horen van zijn diagnose	Waarborging van een multidisciplinaire en patiëntgerichte communicatie (A7M1, A7M2)
Actie 8: herbeoordeling van het MDT	Waarborging van de best mogelijke behandeling (A8M1, A8M2, A8 bijkomende actie)
	Vereenvoudiging van de samenwerking
Actie 9: invoering van zorgpaden voor kankerpatiënten ¹⁸	Waarborging van de best mogelijke zorg
Actie 10: psychosociale ondersteuning in kankerzorgprogramma's ¹⁹	Waarborging van de best mogelijke psychosociale ondersteuning in kankerzorg (A10M1, A10M2)
Actie 11: financiering van datamanagers in kankerzorgprogramma's	Waarborging van hoogkwalitatieve gegevens bij de Stichting Kankerregister
Actie 12: definiëring en financiering van kankerzorgprogramma voor kinderen	Waarborging van de best mogelijke zorg voor kinderkankers ²⁰

¹⁸ Nakijken of het KCE onderzoek heeft over waar en wanneer de borstkankerpatiënten hun borstreconstructie laten doen => samenwerking? Richtlijnen?

¹⁹ Landelijke registratie voor psychologen

²⁰ Richtsnoeren van SIOPE

	Waarborging van deelname aan klinische studies
Actie 13: behandeling van zeldzame kankers	Waarborging van de best mogelijke zorg
Actie 14: officiële erkenning van de functie van oncologisch verpleegkundige	Vergroting van de aantrekkelijkheid van de functie
Actie 15: betere dekking door de verplichte ziekteverzekering van kankergeneesmiddelen	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg ²¹
Actie 16: ondersteuning van radiotherapie en oncologische beeldvorming	Waarborging van de best mogelijke zorg
	Waarborging van de veiligheid van de patiënt
Actie 17: structurele ondersteuning van banken en units voor celtherapie met hematopoëtische stamcellen en navelstrengbloed	Waarborging van een toegankelijke therapie
	Vereenvoudiging van onderzoek
Actie 18: Betere terugbetaling van extra kosten van kankerbehandelingen	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg
Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg
Actie 19: functionele revalidatie van kankerpatiënten in remissie	Waarborging van de best mogelijke levenskwaliteit na de primaire kankerbehandeling
	Vermindering van het aantal subjectief ervaren bijwerkingen
Actie 20: bepaling van de vereisten voor de erkenning van invaliditeit ten gevolge van een kankerbehandeling	Beperking van de administratieve rompslomp voor de patiënt en zijn familie
Actie 21: steun aan ouders van kinderen met kanker	<i>Cf. A22</i>
Actie 22: toegang tot psychosociale ondersteuning of deelname	Waarborging van de best mogelijke psychosociale zorg

²¹ Tijd nodig voor de terugbetaling kan je in kaart brengen door de ziekenhuizen te bevragen over de tijd nodig om een terugbetaling te verkrijgen voor bepaalde geneesmiddelen (+ vragen hoeveel patiënten ze hebben om het in perspectief te zetten)

aan zelfhulpgroepen	
	Betere levenskwaliteit voor patiënten en hun familie
	Vereenvoudiging van het psychosociale aspect in kankeronderzoek
Actie 23: structurele financiering van de kindergeneeskundige zorg onder de noemer "continued care for children"	Waarborging van de best mogelijke zorg
Actie 24: ondersteuning van pilootprojecten in klinische oncogeriatric	Waarborging van de best mogelijke oncogeriatric zorg
	Vereenvoudiging van onderzoek in oncogeriatric
Actie 25: beschikbare palliatieve zorg voor kankerpatiënten	Waarborging van de best mogelijke palliatieve zorg
Actie 26: initiatieven tot dialoog met bevoegde federale ministers	Ondersteuning van de mantelzorger
	Vereenvoudiging van de herintegratie op de arbeidsmarkt
Betere voeding voor kankerpatiënten	Waarborging van de best mogelijke zorg
	Vermindering van het aantal gevallen van cachexie
Domein 3: Onderzoek, innovatieve technologie en evaluatie	
Actie 27: oprichting van een tumorbank	Vereenvoudiging van onderzoek
	Verbeterde doeltreffendheid van behandelingen
Actie 28: structurele financiering van de coördinatie van translatorisch onderzoek in ziekenhuizen	Vereenvoudiging van translatorisch onderzoek
	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen
Actie 29: ondersteuning van translatorisch onderzoek	Vereenvoudiging van translatorisch onderzoek
	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen

Actie 30: toepassing van hadrontherapie in België	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen
Actie 31: versterking van de basis van het kankerregister	Waarborging van hoogkwalitatieve gegevens
	Waarborging van toegankelijke gegevens
Actie 32: oprichting van een referentiecentrum voor kanker	Waarborging van steun voor het beheer van de kankerzorg ²²

²² Via een nationale kankerstrategie

Na de identificatie van de doelstellingen werd overgegaan tot de opmaak van de pragmatische indicatoren. Met pragmatische indicatoren worden die indicatoren bedoeld die op dat moment niet noodzakelijk opgenomen zijn in de “evidence-based” indicatoren zoals incidentie, mortaliteit en bepaalde kwaliteitsindicatoren. Bijgevolg kan men ook spreken van afgeleide indicatoren.

Deze pragmatische indicatoren reflecteren wel de actie en geassocieerde doelstellingen en laten bijgevolg toe om de impact van de implementatie van een welbepaalde actie, te evalueren.

De selectiecriteria voor de pragmatische indicatoren zijn:

- Weergave van de actie genomen in het Kankerplan;
- Weergave van de doelstelling geassocieerd met een welbepaald initiatief van het Kankerplan;
- Weerspiegeling van de context waarbinnen een bepaald initiatief werden genomen;
- Baselinemeting van de indicatoren voor de implementatie van een welbepaalde initiatief²³.

Er werd in de finale lijst tevens gestreefd naar een evenwicht tussen de reeds aanvaarde indicatoren zoals mortaliteit en incidentie en deze nieuwe pragmatische indicatoren.

De oefening werd uitgevoerd door 3 experts; 2 experts binnen het Kankercentrum en één externe expert ten einde de inter-rater bias te minimaliseren. Alle experts lijkten obv de initiatieven en doelstellingen de nodige indicatoren op. Nadien werden de lijsten naast elkaar gelegd en vergeleken. Bij onenigheid werd overleg gepleegd en eventueel een bijkomend advies gevraagd.

De overwegend pragmatische indicatoren en de reeds bestaande indicatoren werden opgelijst in enerzijds indicatoren die direct gerelateerd zijn aan een specifiek initiatief en die indicatoren die niet rechtstreeks gelieerd zijn aan een bepaald initiatief. **Tabel 3** geeft een overzicht van de uiteindelijke lijst indicatoren op basis van het literatuuroverzicht en de pragmatische bottom-up procedure.

Na de oplijsting werd nagegaan welke indicatoren in kaart konden worden gebracht. Met andere woorden, de beschikbare data en gegevens werden nagegaan. Op basis van deze analyse werden bepaalde indicatoren verwijderd uit de lijst aangezien men hiervoor op dit moment geen pertinente gegevens voorhanden heeft. Deze indicatoren worden in **tabel 3** doorstreept.

Deze tweede oplijsting werd ter review en nazicht voorgelegd aan een aantal (inter)nationale experts ter zake. De keuze van de experts werd gemaakt op basis van:

1. Wetenschappelijke ervaring met indicatoren ;
2. Klinische ervaring binnen kanker ;
3. Ervaring in kankerbeleid ;
4. Ervaring in Europese initiatieven inzake indicatoren.

²³ Het kan hier tevens ook gaan om een eerste meting na de implementatie. Dit zal steeds duidelijk gespecificeerd worden.

De volgende mensen hebben de uiteindelijke lijst van de (pragmatische) indicatoren doorlopen:

- Larry Von Karsa (IARC),
- Gemma Gatta en Camilla Amati (Istituto Nazionale dei Tumori),
- Renée Otter (NKP monitor Nederland),
- Joseph Borrás (Catalan Institute of Oncology)
- De werkgroep indicatoren opgesteld door het Kankercentrum²⁴, en tot slot,
- Afstemming met de aanwezige experts binnen het WIV.

Op basis van hun opmerkingen en suggesties werd de lijst geoptimaliseerd.

²⁴ Françoise Renard (WIV) nam deze taak op zich.

Tabel 3: Oplijsting indicatoren op basis van het literatuuroverzicht en de pragmatische bottom-up procedure

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Domein 1: Preventie en screening			
Actie 1: terugbetaling van consultaties voor rookstophulp	Daling van het aantal rokers (A1M1, A1M3)	Evolutie van het % rokers dat de voorbije 2 jaar stopte met roken na een consultatie bij een rookstopbegeleider Evolutie van het aantal consultaties bij rookstopbegeleiders om te stoppen met roken (jongeren-volwassenen-zwangere vrouwen) Aandeel van terugbetaling gebruikt voor consultaties bij rookstopbegeleiders in verhouding tot andere producten/methoden/ondersteuning ²⁵ om te stoppen met roken	Prevalentie van rokers, evolutie Prevalentie van roken bij zwangere vrouwen Aandeel personen die aan door roken veroorzaakte kankers sterven²⁶ tegenover aandeel personen die aan door roken veroorzaakte aandoeningen sterven Aandeel personen die aan door roken veroorzaakte kankers sterven Blootstelling aan rook onder de 16 jaar Incidentie van longkanker Aantal rokers op scholen ²⁷
	Betere naleving van de wet (A1M2)	Totaal aantal controles op naleving van de tabakswetgeving m.i.v. verkoop aan minderjarigen (-16 j), reclameverbod en rookverbod Aandeel overtredingen van tabakswetgeving	

²⁵ Met inbegrip van vrij verkrijgbare producten

²⁶ Aandeel van de populatie die lijdt aan door roken veroorzaakte aandoeningen? (verschil tussen kanker en andere aandoeningen mogelijk?)

²⁷ Proxy-indicator voor rookgedrag bij kinderen

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 2: opsporing en counseling van risicopersonen met een genetische aanleg voor kanker	Betere toegang tot de best mogelijke <u>zorg</u> bij de opsporing van risicopersonen (A2M1, A2M2, A2M3)	Aantal naar het buitenland gestuurde genetische tests Aantal terugbetalingen voor in België uitgevoerde genetische tests Terugbetaling van transportkosten, gemiddeld budget per test Aandeel kosten voor naar het buitenland gestuurde genetische tests tegenover aandeel voor een genetische test naar het buitenland gestuurde personen Aantal patiënten boven 50 jaar => controleren of hun gevraagd werd een genetische test te ondergaan	Incidentie van kankers met familiaal / genetisch risico ²⁸ Aandeel kankers met genetische achtergrond Aandeel families met aanleg voor kanker Kosten voor genetische aandoeningen / tests
	Betere toegang tot de best mogelijke zorg bij de <u>opsporing</u> en counseling van risicopersonen	Aandeel patiënten die in de verschillende kankerzorgprogramma's behandeld worden ²⁹ => beschikbaarheid van genetische counseling (aandeel betreffende kankergevallen) Beschikbaarheid van richtsnoeren	Patiëntentevredenheid % patiënten die volgens de standaardprocedures behandeld worden (huisarts en specialisten)

²⁸ Aandeel kankergevallen (en incidentie) ter ondersteuning van de actie (m.a.w. waarom is het belangrijk om een extra actie te ondernemen).

²⁹ Aangezien kankers met een genetisch risico of families met een grote vatbaarheid voor kanker speciale aandacht kunnen vergen, zou er geoordeeld kunnen worden dat enkel gespecialiseerde centra deze patiënten kunnen behandelen. Bijgevolg kan het interessant zijn om de spreiding van deze specifieke kankerpopulatie te bestuderen.

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 3: uitbreiding van de leeftijdsgroep voor vaccinatie tegen baarmoederhalskanker (HPV) voor meisjes van 12 tot <u>18</u> jaar oud ³⁰	Daling van het aantal infecties met subtypes van HPV (A1M1, A1M2)	Dekking van vaccinatie voor meisjes in de leeftijdsgroep van 12-18 jaar Aandeel volledige vaccinaties Totaal aantal gegeven vaccins per apotheek en leeftijd	Gebruik van condooms Gemiddelde leeftijd bij eerste seksuele contact Langdurige opvolging van gevaccineerde personen (bv. over aantal vaccinaties en leeftijdscategorie, aantal zwangerschappen, leeftijd bij eerste seksuele contact, aantal seksuele partners, gebruik van condooms, roken, alcoholgebruik, (passieve) blootstelling aan rook ...)
	Vermindering van het aantal gevallen van baarmoederhalskanker (A1M2)	Aandeel gevallen van invasief cervixcarcinoom, evolutie Aandeel HPV-positieve bloedtests in pathologische laboratoria Incidentie van baarmoederhalskanker	Deelname aan vaccinatieprogramma Aandeel volledig gevaccineerde vrouwen die aan het screeningprogramma deelnemen Relatieve 5-jaarsoverleving voor baarmoederhalskanker
	Daling van de sterftecijfers voor baarmoederhalskanker	Relatieve 5-jaarsoverleving voor baarmoederhalskanker	

³⁰ Aanbeveling voor screening => geen screening zonder geldig registratiesysteem dat toezicht vereenvoudigt

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 4: verbetering van de opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van borstkanker (A4M1, A4M2)	Deelnamegraad aan georganiseerde borstscreening, evolutie Aandeel screenings tegenover opportunistische mammografie Stadium bij diagnose: verdeling van borstkankertumoren per TNM-stadium en leeftijdsgroep + evolutie	Kostenefficiëntie van borstkankerscreeningprogramma's³⁴ Bestaande verschillen in kwaliteitscriteria tussen screening en opportunistische mammografie Evolutie van borstkanker in de leeftijdscategorie tot 50 jaar en het verband met genetische tests³²
	Daling van de sterftcijfers ³³ voor borstkanker door vroegtijdige opsporing (A4M1, A4M2, A4M3)	Trends in de incidentie van borstkanker	Sterftcijfers voor borstkanker (gescreende tegenover niet-gescreende populatie) Relatieve 5-jaarsoverleving voor borstkanker, per stadium en leeftijdsgroep Aandeel gevallen van remissie op 5 jaar voor borstkankerpatiënten

³¹ Bepaald als de mogelijke winst (in kosten van technische prestaties) indien alle personen van de doelpopulatie aan een screeningprogramma zouden deelnemen overeenkomstig de Europese richtsnoeren voor elk van deze screeningprogramma's.

³² Er zou zich een duidelijke en plotse stijging moeten voordoen op het moment dat genetische tests ook voor vrouwen onder 50 jaar ingevoerd worden.

³³ Invloed op sterftcijfers pas duidelijk na 15 jaar

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 5: systematische screening van baarmoederhalskanker	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van baarmoederhalskanker (A5M1)	<p>Deelnamegraad aan georganiseerde screening van baarmoederhalskanker</p> <p>Deelnamegraad aan opportunistische screening van baarmoederhalskanker</p> <p>Opvolging na uitslag PAPIIB bij screening van baarmoederhalskanker (doorverwijzing)</p> <p>Aandeel personen van doelpopulatie die werkelijk binnen de aanbevolen termijn gescreend werden</p> <p>Evolutie van aandeel deelnemende vrouwen in verhouding tot de doelpopulatie (indeling naar SES)³⁴</p> <p>Stadium bij diagnose: verdeling van baarmoederhalskankertumoren per TNM-stadium en leeftijd + evolutie</p> <p>Trends in incidentie</p>	<p>Kostenefficiëntie van screeningprogramma's</p> <p>Aandeel vrouwen die een hysterectomie ondergaan bij CIN</p> <p>Huidige situatie op het vlak van baarmoederhalskankerscreening³⁵</p>
	Daling van het aantal gevallen van baarmoederhalskanker	Cf. actie 3	Cf. actie 3
	Daling van de sterftcijfers		Sterftcijfers voor baarmoederhalskanker

³⁴ Toegankelijkheid en billijkheid

³⁵ Arbyn et al., 2009: resultaten van 1996-2000. De dekking van baarmoederhalskankerscreening wordt bepaald als het aandeel van de doelpopulatie (vrouwen van 25-64 jaar) die binnen de 3 jaar een uitstrijkje heeft laten nemen. Dekking van baarmoederhalskankerscreening bedroeg in de periode 1998-2000 op nationaal niveau 59% voor de doelgroep van 25-64 jaar. De verschillen tussen de 3 regio's waren klein. Het verschil lag tussen 39 en 71%. Dekking bedroeg 64% voor 25-29 jaar, 67% voor 30-39 jaar, 56% voor 50-54 jaar. Het modelinterval voor screening bedroeg 1 jaar. Dekking bereikte slechts 59% maar het aantal uitstrijkjes was voldoende om meer dan 100% van de doelpopulatie te dekken. Structurele vermindering van overgebruik en uitbreiding van dekking zijn gegarandeerd => artikel kan dienstdoen als context waarin de actie wordt genomen + Arbyn et al. (2010).

	voor baarmoederhalskanker (A5M1, A5M2)		(gescreende tegenover niet-gescreende populatie) Relatieve 5-jaarsoverleving voor baarmoederhalskanker, per stadium en leeftijd
--	--	--	--

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 6: consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen	Groter bewustzijn over het verband tussen risicofactoren en kanker bij huisartsen (A6M1)	Aandeel personen van doelpopulatie die GMD+ gebruiken Vershil tussen artsen die de module gebruiken³⁶	
	Groter bewustzijn over het verband tussen risicofactoren en kanker bij het grote publiek (A6M1)	Mate van bewustzijn bij doelpopulatie Aantal personen die op consultatie gingen ter preventie van gezondheidsrisico's	Aandeel personen die zeggen niet te roken Aantal personen die zeggen geen cannabis te gebruiken Aandeel personen die zeggen geen andere drugs te hebben gebruikt in de voorbije 12 maanden Aandeel personen die zeggen te veel alcohol te drinken Aandeel personen die een problematisch alcoholgebruik lijken te kennen Aandeel personen met een gezondheidsrisico door een gebrek aan lichaamsbeweging Aandeel personen die zeggen dagelijks minstens 2 porties fruit te eten Aandeel personen die zeggen dagelijks minstens 200 gram groenten te eten

³⁶ Met bijkomende risicoaanpassing voor leeftijd, comorbiditeiten ...

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 34: Screening op darmkanker	Daling van de sterftcijfers voor darmkanker		Sterftcijfers bij gescreende en niet-gescreende populatie Verdeling van de stadia van kanker naargelang de diagnosemethode Relatieve 5-jaarsoverleving voor darmkanker
	Betere opsporing of vroegtijdige diagnose van darmkanker	Deelnamegraad aan georganiseerde screening van darmkanker Incidentie van darmkanker Stadium bij diagnose: verdeling van darmkankertumoren per TNM-stadium, leeftijd en geslacht + evolutie Evolutie van incidentie van darmkanker per postcode ³⁷	Kostenefficiëntie van screeningprogramma's

³⁷ Bijgevolg zien we geen verschil tussen de regio's die een screeningprogramma opgestart zijn en de andere regio's (bijzondere aandacht voor de regio met een pilootproject in Vlaanderen).

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Domein 2: Zorg, behandeling en ondersteuning van patiënten			
Actie 7: specifieke ondersteuning van de patiënt bij het horen van zijn diagnose	Waarborging van een multidisciplinaire en patiëntgerichte communicatie (A7M1, A7M2)	Tevredenheid van patiënten met communicatie van de zorgverlener Aantal langdurige consultaties bij de specialist Aantal langdurige consultaties bij de huisarts Aandeel verpleegkundigen en artsen in de kankerzorgprogramma's die op basis van A7M2 in communicatievaardigheden opgeleid zijn	
Actie 8: herbeoordeling van het MDT	Waarborging van de best mogelijke behandeling (A8M1, A8M2, A8 bijkomende actie)	Aandeel MDT's verspreid over de kankerzorgprogramma's³⁸ Aandeel kankers die in MDT's besproken worden per tumorgroep en TNM-stadium Stadium bij diagnose per TNM WHO score in MDT-verslag (prestatiescore van de patiënt op het moment van de diagnose) % patiënten die volgens de standaardprocedures behandeld worden (huisarts en specialisten) Professionele registratie van complicaties Termijn van doorverwijzing (huisarts naar	Relatieve 5-jaarsoverleving (4 meest voorkomende kankers)

³⁸ Welk soort patiënten en wanneer worden ze besproken (vóór een chirurgische ingreep of nadien?) + welk soort kankers => dit zou inzicht bieden in de variabiliteit en maakt het mogelijk de organisatie van het ziekenhuis te controleren + onderscheid maken tussen de verschillende soorten kankerzorgprogramma's (basiszorg tegenover kankerzorg).

		<p>specialist)</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste behandeling</p> <p>Tijd tussen eerste bezoek aan huisarts/specialist en diagnose</p> <p>Gemiddeld aantal MDT's per patiënt</p> <p>Evolutie van consistentie in behandelingsmogelijkheden gemeten per verstrekking van de optimale behandeling (combinatie van een chirurgische ingreep, radiotherapie en chemotherapie indien de patiënt de diagnose in een vroeg gelokaliseerd stadium krijgt)³⁹</p> <p>Aandeel gevallen van MDT's in klinische studies</p> <p>Aandeel gevallen van MDT's die naar psychosociale diensten doorverwezen worden</p> <p>Vershil in organisatie van een MDT per kankerzorgprogramma (handboek van kankerzorgprogramma's)</p> <p>Levenskwaliteit (QoL)</p>	
	Vereenvoudiging van de samenwerking	<p>Aantal doorverwijzingen door MDT</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste behandeling</p> <p>Verstrekking van de optimale behandeling (combinatie van een chirurgische ingreep, radiotherapie en chemotherapie)</p> <p>Samenstelling van MDT: aandeel</p>	

³⁹ Indicator voor overeenstemming met klinische richtsnoeren

		aanwezig per discipline	
--	--	-------------------------	--

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 9: invoering van zorgpaden voor kankerpatiënten	Waarborging van de best mogelijke zorg	<p>Beschikbaarheid van richtsnoeren</p> <p>Patiënttevredenheid</p> <p>Professionele registratie van complicaties</p> <p>Stadium bij diagnose: gevallen met een metastatische test</p> <p>WHO-score in MDT-verslag (prestatiescore van de patiënt op het moment van de diagnose)</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste behandeling</p> <p>Aantal zorgcoördinatoren</p> <p>Aandeel MDT's waarin een huisarts aanwezig is</p> <p>Doerverwijspatronen (handboeken van de kankerzorgprogramma's)</p> <p>Aantal medisch oncologen per 100.000 personen</p>	<p>Verstrekking van de optimale behandeling (combinatie van een chirurgische ingreep, radiotherapie en chemotherapie indien de patiënt de diagnose in een vroeg gelokaliseerd stadium krijgt)</p> <p>Aantal kankerzorgprogramma's per kankergeval</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste terugval (4 meest voorkomende kankers)</p> <p>Maatregelen ter bevordering van relatie volume-uitkomst⁴⁰</p> <p>Aantal kankerzorgprogramma's die feedback aan het BKR vroegen</p>

⁴⁰ Zoals besproken in verslagen van het KCE

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 10: psychosociale ondersteuning in kankerzorgprogramma's	Waarborging van de best mogelijke psychosociale ondersteuning in kankerzorg (A10M1, A10M2)	<p>Aantal verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers in de verschillende kankerzorgprogramma's</p> <p>Aantal oncopsychologen per 100.000 personen</p> <p>Aantal oncologisch maatschappelijk werkers⁴¹ per 100.000 personen</p> <p>Aanwezigheid en gebruik van richtsnoeren</p> <p>Aanwezigheid en gebruik van signalering van behoeften (beschikbaarheid en gebruik van instrumenten om behoefte aan gespecialiseerde psychosociale hulp te beoordelen)</p> <p>% patiënten die volgens de richtsnoeren behandeld worden</p> <p>Patiëntentevredenheid</p> <p>Levenskwaliteit</p> <p>Aandeel psychologen die opgeleid worden in het werken met kanker</p> <p>Verskil in organisatie van psychosociale zorg in kankerzorgprogramma's</p>	

⁴¹ Definitie = maatschappelijk werker werkzaam in een erkend kankerzorgprogramma

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 11: Financiering van een datamanager in de kankerzorgprogramma's	Waarborging van hoogkwalitatieve gegevens bij de Stichting Kankerregister	<p>Aanwezigheid van een kwaliteitssysteem binnen het BKR (evolutie in aandeel gegevens die "gezuiverd" moesten worden)</p> <p>Aantal datamanagers die een door het BKR georganiseerde basisopleiding gevolgd hebben, per kankerzorgprogramma</p> <p>Aantal door de FOD gefinancierde datamanagers⁴² per kankerzorgprogramma</p> <p>Aandeel tumoren die via het klinisch netwerk geregistreerd werden tegenover zij die via het pathologisch netwerk geregistreerd werden</p>	
Actie 12: definiëring en financiering van kankerzorgprogramma voor kinderen	Waarborging van de best mogelijke zorg voor kinderkankers ⁴³	<p>Beschikbaarheid van richtsnoeren</p> <p>Patiënttevredenheid</p> <p>Professionele registratie van complicaties</p> <p>Stadium bij diagnose: verdeling van TNM-stadia van kinderkankertumoren</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste behandeling</p> <p>Tijd tussen eerste bezoek (huisarts/specialist) en diagnose</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste terugval</p> <p>Kinderoncologen per nieuwe pediatrische</p>	<p>Incidentie van kinderkankers per ICCC-3</p> <p>Relatieve 5-jaarsoverleving: 4 meest voorkomende kinderkankers</p> <p>Aantal gevallen van kinderkankers per kinderkankercentrum</p> <p>Volume-uitkomst⁴⁴</p>

⁴² FOD = Federale Overheidsdienst

⁴³ Richtsnoeren van SIOPE

⁴⁴ Zoals besproken in verslag van het KCE

		<p>gevallen per jaar</p> <p>WHO-score in MDT-verslag (prestatiescore van de patiënt op het moment van de diagnose)</p> <p>Aanwezigheid en gebruik van signalering van behoeften (beschikbaarheid en gebruik van instrumenten om behoefte aan gespecialiseerde psychosociale hulp te beoordelen)</p> <p>Doorverwijspatroon (handboeken van kankerzorgprogramma's)</p>	
	<p>Waarborging van deelname aan klinische studies</p>	<p>Aantal patiënten in klinische studies tegenover totale patiëntenpopulatie⁴⁵</p>	

⁴⁵ Via SIOPE

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 13: behandeling van zeldzame kankers	Waarborging van de best mogelijke zorg	<p>Beschikbaarheid van richtsnoeren</p> <p>Patiënttevredenheid</p> <p>% patiënten die volgens de standaardprocedures behandeld worden (huisarts en specialisten)</p> <p>Professionele registratie van complicaties</p> <p>% patiënten die volgens specifieke richtsnoeren behandeld werden (MDT-verslag)</p> <p>Stadium bij diagnose: TNM-stadia van zeldzame tumoren</p> <p>WHO-score in MDT-verslag (prestatiescore van de patiënt op het moment van de diagnose)</p> <p>Basis van diagnose van zeldzame kankers</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste behandeling</p> <p>Tijd tussen eerste bezoek (huisarts/specialist) en diagnose</p> <p>Tijd tussen diagnose en eerste terugval</p> <p>Doorverwijspatronen (handboeken van kankerzorgprogramma's)</p>	<p>Belang van zeldzame kankers in België</p> <p>Relatieve 5-jaarsoverleving van verwante kankers</p> <p>Spreiding van zeldzame kankers binnen de kankerzorgprogramma's⁴⁶</p> <p>Volume-uitkomst</p>

⁴⁶ Zie ook verslag 149A van het KCE

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 14: officiële erkenning van de functie van oncologisch verpleegkundige	Vergroting van de aantrekkelijkheid van de functie	<p>(Evolutie van) Aandeel gediplomeerde verpleegkundigen tegenover het aantal in oncologie actieve verpleegkundigen</p> <p>Aandeel gediplomeerde verpleegkundigen tegenover aantal kankerpatiënten</p> <p>(Evolutie van) Aantal oncologisch verpleegkundigen per nieuwe kankergevallen per jaar</p> <p>Aandeel patiënten die op het moment van hun primaire behandeling voor counseling naar een verpleegkundige doorverwezen worden</p> <p>Evolutie van personeelsverloop in oncologie</p> <p>Aantal oncologisch verpleegkundigen die werken in ambulante zorg tegenover zij die werken in residentiële zorg</p>	
Actie 15: betere dekking door de verplichte ziekteverzekering van kankergeneesmiddelen	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg	<p>Vooruitgang op het vlak van de beschikbaarheid van “nieuwe” geneesmiddelen in België tegenover andere landen</p> <p>Klinisch gebruik⁴⁷ van innovatieve kankergeneesmiddelen zoals Herceptin (trastuzumab), Avastin (bevacizumab), Aromasin (exemestaan), Femara (letrozol),</p>	<p>Overheidsuitgaven aan kankergeneesmiddelen</p> <p>Totale nationale gezondheidsuitgaven</p> <p>Niet-conventionele geneesmiddelen</p> <p>Indirecte kosten</p> <p>Gini-index/odds-ratio betreffende SES/sociale gradiënt</p> <p>Gebruik van het solidariteitsfonds (RIZIV) tegenover SES</p>

⁴⁷ HCQI-enquête van het OESO over kankerzorgsystemen

		Arimidex (anastrozol), Evista (raloxifene), Erbitux (cetuximab), Eloxatin (oxaliplatine), Camptosar (irinotecan) en Xeloda (capecitabine)	Kosten van kankerzorg
--	--	--	-----------------------

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 16: ondersteuning van radiotherapie en oncologische beeldvorming	Waarborging van de best mogelijke zorg	Aantal radiotherapeutische centra per 100.000 kankerpatiënten⁴⁸ Niveau van deelname in de centra tegenover uitkomst⁴⁹ Aantal radiotherapeuten per kankerpatiënt Aandeel patiënten die naar radiotherapeutische centra gaan Aanwezigheid van actuele wetgeving Evolutie van aantal incidenten Aandeel incidenten in alle radiotherapeutische centra Aantal kwaliteitslabels	Aantal bestralingssystemen per 100.000 personen ⁵⁰ Aantal CT-scanners (computerized tomography-scanners) per 100.000 personen Aantal CT-scanners (computerized tomography-scanners) per bbp PET-scanners (positron emission tomography-scanners) per 100.000 personen MRI-scanners per 100.000 personen Aantal LINAC's per 100.000 personen Aantal LINAC-behandelingen per jaar Brachytherapiebehandelingen per jaar
	Waarborging van de veiligheid van de patiënt	Evolutie van aantal incidenten Aandeel incidenten in alle radiotherapeutische centra Aantal kwaliteitslabels	
Actie 17: structurele ondersteuning van banken en units voor celtherapie met hematopoëtische stamcellen en navelstrengbloed	Waarborging van een toegankelijke therapie	Aandeel transplantaties met Belgische kankerpatiënten als donorgever en -ontvanger Aantal stamceldonoren in het Belgische register Tijd tussen diagnose en start van eerste	Welke kankers, verschil tussen kankerzorgprogramma's? Conditionele overleving voor specifieke kankers

⁴⁸ Op dit moment 25 erkende radiotherapeutische diensten (cf. Programmatie op 9 juli 2000)

⁴⁹ Met vereiste risicoaanpassing

⁵⁰ De dichtheid van uitrusting voor bestralingstherapie ligt niet altijd op één lijn met de dichtheid van technologische diagnostische middelen

		behandeling	
	Vereenvoudiging van onderzoek	Evolutie in verwant onderzoek	

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 18: Betere terugbetaling van extra kosten van kankerbehandelingen	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg	Aantal patiënten die baat hebben bij deze maatregel tegenover totaal aantal patiënten	Totale nationale gezondheidsuitgaven Indirecte kosten tegenover terugbetaalde vervoerskosten
Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten	Waarborging van een toegankelijke/betaalbare zorg	Indirecte kosten tegenover terugbetaalde vervoerskosten Aantal patiënten die dit voordeel genieten tegenover totaal aantal patiënten	
Actie 19: functionele revalidatie van kankerpatiënten in remissie	Waarborging van de best mogelijke levenskwaliteit na de primaire kankerbehandeling		Aandeel patiënten die aan oncorevalidatie doen in verhouding tot doelpopulatie Financieringsbedrag per kankerrehabilitatie per patiënt Aandeel personen die na kankerdiagnose weer gaan werken Levenskwaliteit Gekwalificeerde prevalentie ⁵¹ Aantal rehabilitatieprogramma's
	Vermindering van het aantal subjectief ervaren bijwerkingen	Aantal patiënten met symptomen van chronische vermoeidheid	
Actie 20: bepaling van de vereisten voor de erkenning van invaliditeit ten gevolge van een kankerbehandeling	Beperking van de administratieve rompslomp voor de patiënt en zijn familie	Tijd tussen aanvraag en erkenning van kankergerelateerde invaliditeit Aantal invalide tegenover niet-invalide kankerpatiënten	Percentage werkhervatting Aandeel werkenbekwaamheid

⁵¹ Genezen patiënten tegenover aandeel patiënten die binnen het jaar sterven tegenover personen die na 1 jaar sterven

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 21: steun aan ouders van kinderen met kanker	Cf. A22		
Actie 22: toegang tot psychosociale ondersteuning of deelname aan zelfhulpgroepen	Waarborging van de best mogelijke psychosociale zorg	Patiënttevredenheid Aanwezigheid en gebruik van signalering van behoeften (om zorg op maat te evalueren) Aantal zorgpaden met lopende projecten	
	Vereenvoudiging van het psychosociale aspect in kankeronderzoek	Aantal onderzoekers in psychosociaal onderzoek elk jaar Aantal publicaties in 10 beste (oncologische) psychosociale tijdschriften elk jaar Totaal budget voor psychosociaal onderzoek in het kankerplan	
Actie 23: structurele financiering van de kindergeneeskundige zorg onder de noemer "continued care for children"	Waarborging van de best mogelijke zorg	Beschikbaarheid van richtsnoeren Oudertevredenheid Patiënttevredenheid Professionele registratie van complicaties Aantal pediatrie patiënten in thuiszorg tegenover aantal ziekenhuisopnames Aandeel gebruik van pediatrie verbindingssteam tegenover totaal aantal doelpatiënten	(statistisch gemengd model => behoefte) Relatieve 5-jaarsoverleving Aandeel kinderen met kanker die thuis sterven tegenover zij die in het ziekenhuis sterven

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 24: ondersteuning van pilootprojecten in klinische oncogeriatric	Waarborging van de best mogelijke oncogeriatric zorg	Percentage zwakke patiënten in verhouding tot doelpopulatie⁵² Percentage kwetsbare patiënten in verhouding tot doelpopulatie Aanwezigheid en gebruik van signalering van behoeften en beoordeling van deze behoeften elk jaar	Percentage cachexie % patiënten die niet langer onafhankelijk zijn ten gevolge van de kankerbehandeling (hoewel dat niet het geval zou mogen zijn) Gekwalificeerde prevalentie⁵³ Incidentie van geriatric kankers Stadium bij diagnose: verdeling van tumoren bij 70+-patiënten per TNM-stadium Relatieve 5-jaaroverleving Aantal oncogeriatric gevallen per 100.000 personen
	Vereenvoudiging van onderzoek in oncogeriatric	Percentage patiënten in klinische studies tegenover totaal aantal doelpatiënten Aantal publicaties in 10 beste (oncogeriatric gerelateerde) tijdschriften elk jaar Percentage onderzoeksbudget voor oncogeriatric in het kankerplan	

⁵² Percentage beoordelingen (cga)

⁵³ Genezen patiënten tegenover aandeel patiënten die binnen het jaar sterven tegenover personen die na 1 jaar sterven

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; linemetingen analyse van behoeften)
Actie 25: beschikbare palliatieve zorg voor kankerpatiënten	Waarborging van de best mogelijke palliatieve zorg	Aantal eenheden morfine per kankerpatiënt Aantal bestelde eenheden morfine per specialist Aandeel kankerpatiënten die thuis sterven tegenover zij die in het ziekenhuis sterven tegenover zij die elders sterven Gemiddelde duur in palliatieve toestand vóór overlijden Aantal patiënten in palliatieve toestand Gemiddeld aantal ziekenhuisbezoeken van de patiënten tijdens de laatste 2 weken vóór overlijden Gebruik van thuiszorg in de laatste 6 maanden van het leven van de kankerpatiënt Gemiddeld aantal consultaties bij de huisarts in de laatste 2 weken van het leven van de kankerpatiënt Toegang tot geneesmiddelen ter ondersteuning van stervende patiënten⁵⁴ Aandeel professionele zorgverleners die een gespecialiseerde opleiding volgden Aandeel vrijwilligers die een gespecialiseerde opleiding volgden Bestaan van een beleid inzake palliatieve	Gekwalificeerde prevalentie ⁵⁵

⁵⁴ europall

⁵⁵ Genezen patiënten tegenover aandeel patiënten die binnen het jaar sterven tegenover personen die na 1 jaar sterven

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 26: initiatieven tot dialoog met bevoegde federale ministers	Ondersteuning van de mantelzorger		Percentage ziekteverlof bij thuisverzorgers (familieleden)
	Vereenvoudiging van de herintegratie op de arbeidsmarkt	Percentage werkhervatting Aandeel werkonbekwaamheid Aandeel invaliditeit	
Betere voeding voor kankerpatiënten	Waarborging van de best mogelijke zorg	Aanwezigheid en gebruik van richtsnoeren Aanwezigheid en gebruik van signalering van behoeften (beschikbaarheid en gebruik van instrumenten om behoefte aan gespecialiseerde psychosociale hulp te beoordelen) % patiënten die volgens de richtsnoeren behandeld worden Patiëntentevredenheid Levenskwaliteit (Evolutie van) Aantal voedingsdeskundigen in alle kankerzorgprogramma's	
	Vermindering van het aantal gevallen van cachexie	Evolutie van het aantal gevallen van cachexie	Percentage ondergewicht Percentage cachexie

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Domein 3: Onderzoek, innovatieve technologie en evaluatie			
Actie 27: oprichting van een tumorbank	Vereenvoudiging van onderzoek	Gebruik van tumorbanken en voor welke doeleinden Beschrijving van vooruitgang in tumorbanken Aantal publicaties in 10 beste tijdschriften elk jaar Aantal doctoraalstudenten die aan onderzoek rond tumorbanken werken	
Actie 28: structurele financiering van de coördinatie van translatorisch onderzoek in ziekenhuizen	Vereenvoudiging van translatorisch onderzoek	Aantal onderzoekers in translatorisch kankeronderzoek elk jaar Aantal Belgische publicaties ⁵⁶ in 10 beste fundamentele tijdschriften elk jaar Aantal Belgische publicaties in 10 beste klinische oncologische tijdschriften elk jaar Aantal doctoraalstudenten die aan translatorisch onderzoek werken	Percentage bbp voor kankeronderzoek tegenover translatorisch onderzoek elk jaar
	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen	Aandeel kankerpatiënten in klinische studies	

⁵⁶ Belgische publicaties verwijst naar alle internationale publicaties waarin Belgische onderzoekers als (mede)auteur vermeld worden.

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 29: ondersteuning van translatorisch onderzoek	Vereenvoudiging van translatorisch onderzoek	Aantal onderzoekers in kankeronderzoek elk jaar Aantal Belgische publicaties in 10 beste fundamentele tijdschriften elk jaar Aantal Belgische publicaties in 10 beste klinische oncologische tijdschriften elk jaar Totale uitgaven aan kankeronderzoek in kankerplan	Percentage bbp voor kankeronderzoek tegenover translatorisch onderzoek elk jaar
	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen	Aantal patiënten in klinische studies	
Actie 30: toepassing van hadrontherapie in België	Waarborging van toegankelijke innovatieve behandelingen	Aantal terugbetalingen via het solidariteitsfonds (RIZIV) in het buitenland Aantal patiënten die met hadron behandeld worden (per tumor)	
Actie 31: versterking van de basis van het kankerregister	Waarborging van hoogkwalitatieve gegevens	Totale uitgaven voor populatiegebonden registers	Gegevens van het BKR online
	Waarborging van toegankelijke gegevens	Aantal onderzoekstoepassingen elk jaar Aantal gegevensbestanden die aan onderzoekers openbaar gemaakt worden Aantal vermeldingen van Belgisch kankerregister in onderzoek	

Actie	Doelstellingen	Indicatoren (m.b.t. actie)	Indicatoren (niet m.b.t. kankerplan; baselinemeting en analyse van behoeften)
Actie 32: oprichting van een referentiecentrum voor kanker	Waarborging van steun voor het beheer van de kankerzorg ⁵⁷	<p>invoering van een uitgebreid nationaal kankerbestrijdingsprogramma (NCCP)⁵⁸, vaststelling van kankerspecifieke doelen, terbeschikkingstelling van extra financiering om deze doelen te bereiken, aanduiding van de voor het toezicht op de uitvoering verantwoordelijke persoon/organisatie, opzet van kwaliteitsborgingmechanismen voor kankerzorg, coördinatie van zorg en ontwikkeling van netwerken voor dienstverlening, bepaling van de belangrijkste mijlpalen en termijnen, toezicht op de vooruitgang, aanduiding van verantwoordelijke indien doelen niet behaald worden + evaluatiecriteria van WHO</p>	

⁵⁷ Via een nationale kankerstrategie

⁵⁸ Aan de hand van definities van het OESO "beheer van kankerzorg"

4.2.3. Haalbaarheidsanalyse

Na de identificatie van de indicatoren (zie tabel 3) werd een haalbaarheidsanalyse uitgevoerd. In deze analyse werd de definitie (nominator/denominator), meeteenheid, relevante dimensies en subgroepen en beschikbare gegevens nagegaan. Op basis van deze informatie werd bepaald of een indicator al dan niet bruikbaar was. De indicatoren die niet bruikbaar zijn omwille van de afwezigheid van gegevens om deze indicatoren te berekenen, werden reeds doorstreept in tabel 3. In de haalbaarheidsanalyse krijgt u echter een overzicht van waar mogelijke andere knelpunten liggen. Een overzicht van de resultaten van deze haalbaarheidsanalyse wordt in een apart document weergegeven: *“Evaluation van de implementatie van de Kankerplan 2008-2010: feasibility analysis of the indicators identified in preparation of the evaluation of the Cancer Plan 2008-2010”*.

4.2.4. Afstemming met de verantwoordelijken voor de gegevens

In de laatste fase werd contact opgenomen met de verantwoordelijken en bronnen voor welbepaalde data. Er werden o.a. afspraken gemaakt binnen de werkgroep “stand van zaken”. Er werd tevens een samenwerking opgestart met de Stichting Kankerregister.

4.3 Evaluatie van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010

Op basis van de haalbaarheidsanalyse en de verdere concrete uitwerking met de verantwoordelijken voor bepaalde data, werd een lijst opgesteld van gegevens die worden opgenomen in het eindrapport “resultaten 2011”.

Sommige gegevens voor bepaalde indicatoren konden nog niet vergaard worden. Het is de bedoeling om elk jaar een aantal onderwerpen te selecteren om verder uit te werken. De lijst van mogelijke onderwerpen voor verdere evaluatie zal worden voorgelegd aan de leden van het Begeleidingscomité van het Kankercentrum.

De resultaten van de berekeningen op basis van de indicatoren van de evaluatie van de implementatie vindt u in het document: *“Evaluatie van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010: resultaten 2011”*.

De resultaten worden samengevat in het document *“Evaluatie van de impact van de implementatie van het Kankerplan 2008-2010”*.

Het Kankercentrum streefde 10 algemene doelstellingen na, zoals was bepaald in de oprichtingsovereenkomst afgesloten tussen het RIZIV en het WIV (2008-2010):

1. Precieze afbakening van de opdracht van het Kankercentrum in gemeenschappelijk overleg met alle actoren betrokken bij de kankerbestrijding om overlap te vermijden.
2. Evaluatie van de inspanningen in de strijd tegen kanker in België: samenbrengen van de nodige gegevens, analyseren en opmaken van beleidsgeoriënteerde conclusies.
3. Coördinatie van de wetenschappelijke ondersteuning van het federaal beleid inzake kanker en de wetenschappelijke ondersteuning van de interministeriële conferentie.
4. Ondersteuning van de verschillende overheden betrokken bij het Kankerplan; ondersteunen van de verschillende acties van het Kankerplan en samenwerken met de verschillende actoren. Elk van de partners realiseert hierbij zijn deel van het Kankerplan.
5. Opvolgen van de stand van de wetenschap door opvolging van de vakliteratuur met betrekking tot de 3 domeinen van het Kankerplan.
6. Op basis van wetenschappelijke gegevens de nodige impulsen geven voor nieuwe initiatieven.
7. Opvolging en overdracht van Europese en internationale richtlijnen, aanbevelingen en initiatieven.
8. Bijdrage bij coördineren, evalueren, optimaliseren van programma's, structuren en zorgtrajecten op het gebied van kanker met specifieke aandacht voor de eerste lijn en rol van de eerste lijn (o.a. huisarts, psychosociale ondersteuning).
9. Inventariseren van academisch, translationeel en evaluatief onderzoek in de oncologie; aanzwengelen van onderzoeksinitiatieven; verlening van ondersteuning bij applicatie naar onderzoeksfondsen en waar nodig bijkomend zelf bijkomend onderzoek verrichten.
10. Uitwerken van een voorstel dat kan leiden tot toekomstige kankerplannen in samenwerking met de partners betrokken in de strijd tegen kanker.

WHO-IAEA
National Cancer Control
Programmes
Core Capacity Self-Assessment
Tool
(NCCP core self-assessment tool)
NCCP core self-assessment tool
<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

National cancer control programmes : core capacity self-assessment tool : (NCCP core self-assessment tool)

1.Neoplasms - prevention and control. 2.National health programs - organization and administration. 3.Self-evaluation programs. 4.Planning techniques. 5.Health policy. 6.Questionnaires. I.World Health Organization. II.International Atomic Energy Agency. III.Title:NCCP core self assessment tool.

ISBN 978 92 4 150238 2 (NLM classification: QZ 200)

© **World Health Organization 2011**

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on [the WHO web site \(www.who.int\)](http://www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO web site (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).