

---

## De adviesaanvraag

---

Brief van 27 november 2008 (kenmerk PG/ZP 2.895.635) van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Gezondheidsraad.

Hierbij verzoek ik u mij te adviseren over de mogelijkheid en wenselijkheid van invoering van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

### Historie

Op 15 mei 2006 heeft mijn voorganger een voorlopige standpuntbepaling over darmkankerscreening aan de Tweede Kamer (Kamerstukken 2005-2006, 22 894, nr. 85) gestuurd. De brief geeft de koers aan om tot uiteindelijke besluitvorming over bevolkingsonderzoek naar darmkanker te komen. Kernboodschap van de brief is dat de invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker serieuze overweging verdient. Echter, er waren op dat moment nog te veel onzekerheden en vragen om een weloverwogen en verantwoord definitief besluit (over de invoering van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker) te kunnen nemen. Besluitvorming werd verder gecompliceerd door de snelheid waarmee de screeningsmogelijkheden zich ontwikkelen en verbeterd worden.

De brief omvat een overzicht van de belangrijkste vraagstukken waar nog een antwoord op moet komen middels proefprojecten en haalbaarheidsonderzoek in eigen land. Ook bevat de brief een overzicht van de stappen die daarvoor gezet moeten worden met de bijbehorende termijnen en een rolverdeling voor verschillende betrokken partijen.

---

Een belangrijk onderdeel van dit stappenplan is het vragen van uw advies over mogelijkheid en wenselijkheid van de invoering van een bevolkingsonderzoek, mede op basis van de uitgevoerde onderzoeken. Uw Raad heeft al eerder advies uitgebracht omtrent de vergunningverlening in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) voor deze proefbevolkingsonderzoeken.

### **Huidige ontwikkelingen**

De uitkomsten van de relevante proefbevolkingsonderzoeken zijn reeds of komen binnenkort beschikbaar. Daarnaast wijs ik u op het rapport dat de werkgroep ‘invoering screening dikke darmkanker’ van het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK) in voorbereiding heeft. Zodra dit rapport beschikbaar is zal ik het u toesturen.

Ik beschouw het NPK als een platform waar rondom de mogelijke invoering en uitrol van een bevolkingsonderzoek darmkanker relevante informatie, signalen, en ontwikkelingen vanuit met name de praktijk bijeengebracht kunnen worden. Immers, niet alleen de besluitvorming over invoering zelf is complex en vereist zeer zorgvuldige afwegingen en keuzes, maar ook de voorbereiding van de invoering is heel ingewikkeld en verloopt alleen succesvol wanneer betrokken partijen daarin landelijk, regionaal en lokaal samenwerken en hun verantwoordelijkheid nemen.

Ook de expertise die het RIVM de afgelopen jaren heeft opgebouwd vanuit zijn verantwoordelijkheid bij de regie op de uitvoering van het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek is daarbij onontbeerlijk. Het gaat bijvoorbeeld om de opbouw van een infrastructuur en organisatie afhankelijk van de gekozen test, deskundigheidsbevordering, de beschikbaarheid van capaciteit in de zorg, ketenafspraken in verband met de aansluiting van screening en zorg, ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, tarieven, evaluatie en monitoring van het programma en het maken van afspraken over de daarvoor benodigde dataverzameling, de ontwikkeling van de laboratoriumfunctie en landelijke kwaliteitsbewaking daarvan, investeringen in (eventueel benodigde) apparatuur, etc.

### **Adviesvraag**

Ik vraag u mij te adviseren over de mogelijkheid en wenselijkheid van de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Vanzelfsprekend vormen de criteria van Wilson en Jungner, waarover u in uw advies ‘Screening: tussen hoop en hype’ van 1 april 2008 heeft geoordeeld dat deze nog actueel zijn, hiervoor het uitgangspunt. Daarnaast verwacht ik dat u de internationale ontwikkelingen voor zover van betekenis voor de Nederlandse situatie betreft, evenals het eerder genoemde rapport van het NPK.

In de proefbevolkingsonderzoeken worden verschillende screeningsmethoden onderzocht en vergeleken. Ik vraag u in uw advies deze verschillende methoden, naar de laatste stand van de wetenschap, te beoordelen. Van belang zijn hierbij vooral:

- de resultaten (gezondheidswinst), de kosten en de kosten per gewonnen levensjaar;
- de te screenen doelgroep;
- de acceptatie en deelname;
- het optimale screeningsinterval;
- de benodigde capaciteit (mensen, middelen) in de zorg.

Ik beseft dat de verschillende methoden in verschillende fasen van wetenschappelijke onderbouwing verkeren, maar verzoek u in uw advisering in het bijzonder aandacht te geven aan het volgende:

- 1 Welke veelbelovende nieuwe testmethoden voor darmkankerscreening zijn op middellange (5 à 7 jaar) termijn te verwachten en welke innovaties van bestaande methoden zijn op deze termijn toepasbaar? De achterliggende vraag is of het te voorzien is of deze ontwikkelingen zullen leiden tot een wijziging in de infrastructuur van de uitvoering.
- 2 Het screenen van hoog risicogroepen op basis van andere risicofactoren dan leeftijd. In ons land bevordert en coördineert de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET) op landelijk niveau het periodieke onderzoek van familieleden die een verhoogd risico hebben op erfelijke vormen van onder meer darmkanker. Is het zinvol om in het bevolkingsonderzoek aandacht te geven aan de groep mensen die weliswaar buiten de doelgroep van de STOET vallen, maar op basis van andere risicofactoren dan leeftijd een hoger risico hebben op dikkedarmkanker? Betrek hierbij indien mogelijk de mogelijkheden van screening op darmkanker via individuele risicoprofielen.
- 3 De methode van invoeren van een eventueel bevolkingsonderzoek. Gelet op de eerder gesignaleerde capaciteitsproblemen kan een gefaseerde invoering de druk op de zorg verlichten. Wat zijn voor- en nadelen van een gefaseerde invoering? Is het mogelijk dan wel wenselijk om verschillende testmethoden naast elkaar te gebruiken in verschillende regio's?

Ik verzoek u mij te adviseren in het voorjaar van 2009.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
w.g. dr. A. Klink