Verslag hoorzitting

Gezondheidsraad

Verslag van de hoorzitting van de Commissie Bevolkingsonderzoek, gehouden op vrijdag 21 januari 2022.

Aanwezig van de commissie:

- De heer prof. dr. O.M. Dekkers, *voorzitter*
- Mevrouw prof. dr. M.C. Cornel, *vicevoorzitter*
- De heer dr. E.M.M. Adang
- Mevrouw prof. dr. M.J.M. Broeders
- Mevrouw prof. dr. H.H.J. Das
- Mevrouw dr. mr. Y.M. Drewes
- De heer dr. A. Krom
- Mevrouw prof. dr. I.M. van Langen
- Mevrouw mr. dr. M.C. Ploem
- Mevrouw dr. J.J. van Tol-Geerdink
- De heer prof. dr. J.W.R. Twisk
- De heer dr. D.J. Bac, *incidenteel geraadpleegd deskundige*
- Mevrouw dr. M.A.M. Frasa, *incidenteel geraadpleegd deskundige*
- Mevrouw R. Thöene, *waarnemer RIVM-CvB*
- Mevrouw I. Seriese, *waarnemer RIVM-CvB*
- Mevrouw M. van Wieren, *waarnemer RIVM-CvB*
- De heer P. ten Broeke, *waarnemer VWS*
- Mevrouw dr. J. van der Berg, *secretaris*
- Mevrouw H. Puttenstein, *stagiair GR*

Aanwezig van de genodigden:

- De heer A. Brandenburg, KWF Kankerbestrijding
- Mevrouw K. Kruijt, KWF Kankerbestrijding
- Mevrouw K. Apelt, Maag Lever Darm Stichting
- De heer R. van der Ploeg, Maag Lever Darm Stichting
- Mevrouw prof. dr. V. Spaander, Nederlandse Vereniging Maag Darm Leverartsen
- De heer dr. J. van Bergeijk, Nederlandse Vereniging Maag Darm Leverartsen
- Mevrouw L. de Vries, Stichting Darmkanker Nederland
- Mevrouw P. Kellerhuis, Stichting Darmkanker Nederland
- De heer dr. L. Colemont, Vereniging zonder winstoogmerk Stop Darmkanker, België
- De heer W. Spijker, Bevolkingsonderzoek Nederland
- Mevrouw dr. R. Vossen, FIT laboratoria
- De heer prof. dr. G. Beets, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Mevrouw ir. M. Zimmerman, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Mevrouw dr. H. Quarles van Ufford, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Mevrouw S. Roothaan, Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Mevrouw prof. dr. I.D. Nagtegaal, Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Mevrouw A. Reijm, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Mevrouw L. van Gestel, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Mevrouw dr. M. Nielsen, Vereniging Klinische Genetica Nederland

Opening
De voorzitter opent de bijeenkomst en verwelkomt de deelnemers aan de hoorzitting. Voordat de hoorzitting start worden de spelregels toegelicht. De belangrijkste zijn dat elke organisatie 5 minuten spreektijd krijgt en dat er daarna 5 minuten tijd is voor vragen van de commissie. Er zal geen discussie worden gevoerd en deelnemers mogen niet op elkaar reageren. Er wordt een verslag op hoofdlijnen gemaakt, dat aan de deelnemers zal worden voorgelegd. Het verslag zal gelijk met het advies worden gepubliceerd.

Presentaties
Er zijn 12 organisaties die een presentatie geven. De organisaties geven aan blij te zijn dat er een landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker bestaat. Ook is men in het algemeen zeer tevreden over de prestaties van het bevolkingsonderzoek. Er wordt benoemd dat de deelnamegraad hoog is en dat er sinds de invoering veel darmkankers en gevorderde adenomen zijn ontdekt. Dit heeft geleid tot een afname in de incidentie van darmkanker en de verwachting is dat de sterfte aan darmkanker op termijn ook zal afnemen.

Naast de positieve geluiden over het bevolkingsonderzoek, noemen de verschillende organisaties ook verbeterpunten. Deels zijn het punten die gaan over de opzet van het bevolkingsonderzoek, deels gaat het over de uitvoering.

- Leeftijdsgrenzen
  Veel organisatie pleiten voor een leeftijdsverlaging naar 50 jaar. Er wordt gewezen op de Europese richtlijn waarin de aanbeveling staat te screenen in de leeftijd 50 tot met 74 jaar. Nederland zou bij de invoering van het bevolkingsonderzoek alleen vanwege de beperkte capaciteit in colonoscopiecentra gekozen hebben voor een leeftijdsgrens van 55 jaar. Er worden geen aanvullende argumenten gegeven waarom de leeftijd precies 50 jaar zou moeten zijn. Wel zou screening vanaf 50 jaar kosteneffectief zijn.
- Risicostratificatie
  Verschillende organisaties wijzen op risicostratificatie binnen het bevolkingsonderzoek. Zo zouden mensen met een hoger risico op darmkanker anders gescreend kunnen of moeten worden dan mensen met een laag risico. Een voorbeeld dat genoemd wordt is de aanpassing van het interval tussen screeningsrondes afhankelijk van de Hb-concentratie, leeftijd of geslacht. Specifieke screeningstrategieën zouden ook toegepast kunnen worden in gevallen waarbij genetische factoren het risico op darmkanker verhogen. Bij elke vorm van risicostratificatie moet ook nagedacht worden over de uitvoerbaarheid daarvan. Implementatie zal moelijker zijn wanneer er gegevens gebruikt gaan worden die nu nog niet geregistreerd zijn.
- Screeningsmethode
  Een andere verbetermogelijkheid is het aanpassen van de screeningsmethode door met de eerste test niet alleen te kijken naar Hb-concentratie, maar ook bepaalde eiwitten of aminozuren te bepalen. Mogelijk kan hiermee het aantal fout-positieve testuitslagen worden gereduceerd. Er is echter nog veel onderzoek nodig om te bepalen welke biomarkers hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. Trapsgewijze screening biedt mogelijk ook een oplossing voor het hoge aantal fout-positieven. Zo kan een 2^{e} FIT of een andere, specifiekere test na een FIT met een uitslag vlakbij de afkapwaarde, onnodige colonoscopieën voorkomen. Ook het verlagen van de afkapwaarde wordt genoemd als

manier om meer darmkankers op te sporen, alleen zou dat tot meer fout-positieve testuitslagen leiden.

- Interval
  Een aantal organisaties gaat ook in op de mogelijkheid om in specifieke gevallen het interval tussen screeningsrondes te verkorten. Er is een groep deelnemers met een positieve FIT en een negatieve colonoscopie. In de huidige situatie worden zij na 10 jaar opnieuw uitgenodigd voor een screeningsronde. De vraag is of die periode niet te lang is en een korter interval nodig is. Er is subsidie aangevraagd om hier onderzoek naar te doen. Daarnaast zou een korter interval overwogen kunnen worden wanneer de uitslag van de FIT net onder afkapwaarde zit. Ook hier wordt onderzoek naar gedaan.
- Poliepen en endeldarmkanker
  In de huidige situatie is tijdens een colonoscopie niet vast te stellen welke poliepen kwaadaardig worden en welke niet. Gevolg is dat alle poliepen verwijderd worden, grotendeels onnodig. In de toekomst komen er mogelijk manieren beschikbaar om vooraf in te schatten welke poliepen een hoog risico hebben. Ook zou er gezocht moeten worden naar manieren om endeldarmkanker beter vroegtijdig te kunnen detecteren, omdat met de FIT deze vorm van kanker minder goed te detecteren is.
- Colonoscopie
  Colonoscopie is een ingrijpende ingreep, die ook redelijk kostbaar is. Voor deelnemers bij wie er sprake is van een contra-indicatie of een incomplete colonoscopie, biedt CT-colografie mogelijk een oplossing. CTC heeft momenteel geen plaats in het bevolkingsonderzoek (geen accreditatie of auditprogramma), maar onderzocht zou moeten worden of CTC als alternatief voor colonoscopie een onderdeel van het bevolkings-onderzoek kan worden, bijvoorbeeld ook bij deelnemers die geen colonoscopie willen ondergaan. Een ander aspect dat genoemd werd is het aantal colonoscopieën dat in de toekomst nodig zal zijn, de regionale verschillen in capaciteit en de bijbehorende kosten van het bevolkingsonderzoek in de komende jaren. Mogelijk kan in de toekomst gebruik gemaakt worden van andere technieken dan colonoscopie of kunnen verpleegkundigen worden opgeleid voor het uitvoeren van colonoscopieën. Ook komen er mogelijk andere behandelingsopties beschikbaar wanneer er sprake is van tumoren die in de huidige situatie chirurgisch moeten worden verwijderd.
- Deelnamegraad bevolkingsonderzoek en colonoscopie
  Hoewel de deelnamegraad hoog is, zijn er toch bepaalde groepen die achterblijven wat betreft deelname. Er zijn verschillende organisaties die graag meedenken of ideeën hebben over hoe deze groepen beter te bereiken zijn. Er zou bijvoorbeeld voor bepaalde groepen in de communicatie meer nadruk op de noodzaak van het bevolkingsonderzoek gelegd kunnen worden. Ook zou een andere test dan de FIT mogelijk de deelname kunnen verbeteren, omdat door sommige groepen de FIT wordt ervaren als onprettig en moeilijk uit te voeren.
  Voor met name werkende deelnemers zou een digitale intake voor de colonoscopie klantvriendelijker zijn. Daarnaast is het voor deelnemers met comorbiditeit aan te bevelen hen in het eigen ziekenhuis te behandelen, vanwege beschikbaarheid van hun gezondheidsgegevens.
- Data
  Verschillende organisaties staan stil bij de problemen die zij ervaren ten aanzien van databeheer en het delen van data. Er wordt aangegeven dat er geen koppeling mogelijk is tussen verschillende systemen, zoals die van de MDL-artsen en de afdeling pathologie,

waardoor het bevolkingsonderzoek minder efficiënt is dan het zou kunnen zijn. Ook spelen er discussies over welke data in welke situatie aan welke andere organisaties aangeleverd moeten en kunnen worden, zowel vanuit technisch als juridisch en ethisch oogpunt. Soortgelijke issues spelen bij de intake voor colonoscopie. Doordat er relatief weinig gegevens van deelnemers bekend zijn, wordt relatief laat duidelijk dat een colonoscopie niet nodig is en duurt een intake langer.

Afsluiting

De voorzitter bedankt de deelnemers voor hun informatieve presentaties en de vergaderdiscipline. Er zal een verslag worden gemaakt, dat wordt gedeeld met alle deelnemers. De voorzitter sluit de hoorzitting af.