

Verslag hoorzitting

Verslag van de hoorzitting van de Commissie Bevolkingsonderzoek, gehouden op vrijdag 14 april 2023.

Aanwezig van de commissie:

- De heer prof. dr. O.M. Dekkers, *voorzitter*
- De heer dr. E.M.M. Adang
- Mevrouw prof. dr. M.J.M. Broeders
- De heer prof. dr. R.M.M. Crutzen
- 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 prof. dr. S.C. Linn
- Mevrouw mr. dr. M.C. Ploem
- Mevrouw dr. J.J. van Tol-Geerdink
- De heer prof. dr. J.W.R. Twisk
- De heer prof. dr. J.T. Annema
- Mevrouw dr. M. Dorrius
- Mevrouw mr. M.G. Kleefkens, *waarnemer VWS*
- Mevrouw R. Thöene, *waarnemer RIVM-CvB*
- Mevrouw dr. C.A. Aitken, *secretaris*
- Mevrouw dr. J. van der Berg, *secretaris*

Aanwezig van de genodigden:

- Mevrouw L. Barberio, Longkanker Nederland
- Mevrouw L. Franke, Longkanker Nederland
- Mevrouw W. de Kanter, Stichting Rookpreventie Jeugd
- Mevrouw D. Franke, Stichting Rookpreventie Jeugd
- De heer H. de Koning, onderzoeksgroep NELSON-trial/4-IN-THE-LUNG-RUN-trial, Erasmus MC
- Mevrouw C. van der Aalst, onderzoeksgroep NELSON-trial/4-IN-THE-LUNG-RUN-trial, Erasmus MC
- De heer M. van den Heuvel, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
- De heer L. van den Toorn, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
- De heer A. Brandenburg, KWF Kankerbestrijding
- Mevrouw M. de Boer, KWF Kankerbestrijding
- Mevrouw A. van Deursen, Nederlands Huisartsen Genootschap
- De heer L. van Rossum, Nederlands Huisartsen Genootschap
- De heer J. von der Thüsen, Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- De heer E. Thunnissen, Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Mevrouw R. Vliegthart, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Mevrouw H. Gietema, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- De heer W. Veldkamp, Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
- De heer R. van Engen, Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica

- De heer M. van der Vlies, Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
- Mevrouw A. Vegter, Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie
- Mevrouw L. Minnema, Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie
- De heer J. Zaat, huisarts

Opening

De voorzitter opent de bijeenkomst en verwelkomt de deelnemers. 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 commissieleden. Er zal geen discussie worden gevoerd en deelnemers mogen niet op elkaar reageren. Het is niet toegestaan om beeld- of geluidsopnamen te maken voor eigen gebruik. 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 11 sprekers die een presentatie geven. Voor Longkanker Nederland spreekt een nabestaande; haar man is recent overleden aan longkanker. Ze vertelt over het verlies en de missie die haar man had om screening naar longkanker in Nederland te introduceren. Er wordt ingegaan op hoe normaal roken vroeger was, dat vroegtijdige opsporing van longkanker de overlevingskansen vergroot en kosten kan besparen, en dat er meer ingezet moet worden op rookpreventie.

Naast Longkanker Nederland zijn er verschillende andere organisaties voorstander van een bevolkingsonderzoek naar longkanker. Er zijn echter ook organisaties die tegen een bevolkingsonderzoek pleiten. Daarnaast zijn er organisaties die geen standpunt innemen, maar die wel wijzen op relevante onderwerpen, mocht er een bevolkingsonderzoek worden ingevoerd. De onderwerpen die in verschillende presentaties genoemd zijn, staan hieronder opgesomd.

- Effectiviteit van screening

Een aantal sprekers laten data van de NELSON-trial zien, waaruit een gunstig effect van screening op sterfte aan longkanker blijkt. Tumoren worden door screening eerder ontdekt, waardoor behandeling in een eerder stadium mogelijk is en de overlevingskansen toenemen. Daarnaast worden gegevens getoond die suggereren dat longkankerscreening kosteneffectief kan zijn. Anderen wijzen er op dat, hoewel de sterfte aan longkanker afneemt door screening bij hoog-risicogroepen, er in de NELSON-trial geen effect te zien is op algemene sterfte, en dat een gunstig effect ook in hele grote studies niet te verwachten is. Een bevolkingsonderzoek heeft volgens de sprekers weinig toegevoegde waarde als mensen in dezelfde periode sterven aan een andere ziekte (veroorzaakt door het roken). Ook zijn er bij een aantal sprekers twijfels over de kosteneffectiviteit, omdat bijvoorbeeld nog niet duidelijk is wat het screeningsinterval zou moeten zijn en wat het effect is op de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren.

- Nadelen van screening

Het is bekend dat aan screening nadelen verbonden zitten, zoals fout-positieve uitslagen en overdiagnose en overbehandeling. Er zijn sprekers die van mening zijn dat deze nadelen beperkt zijn, terwijl anderen het percentage fout-positieve uitslagen en de mate van overdiagnose hoog vinden. Er bestaat daarnaast onduidelijkheid de definitie van invasieve tumoren, over wat het vervolgonderzoek na screening zou moeten zijn en in hoeverre de diagnose ook histologisch bevestigd moet worden. De mate van overbehandeling kan mogelijk verminderd worden als histologische bepalingen onderdeel zouden zijn van het vervolgonderzoek na screening. Een ander nadeel van screening zijn nevenbevindingen, omdat

die in de meeste gevallen niet klinisch relevant zijn. Het is nog onduidelijk hoe hiermee omgegaan zou moeten worden bij een bevolkingsonderzoek.

- Rookpreventie

Verschillende sprekers wijzen op het belang van interventies gericht op het voorkomen van roken en het stoppen met roken. Dergelijke interventies zouden naast het bevolkingsonderzoek moeten bestaan. Centrale registratie van rookgedrag of tabaksverslaving is daarbij belangrijk, ook omdat roken een grote risicofactor is voor andere ziektes, zoals hart- en vaatziekten en andere vormen van kanker. Ook wordt gewezen op het gunstige effect dat screening zou kunnen hebben op het stoppen met roken. Anderzijds wordt aangegeven dat screening ook een negatief effect zou kunnen hebben op roken; negatieve testuitslagen zouden kunnen leiden tot schijnveiligheid, waardoor het roken niet wordt ontmoedigd. Screening zou roken mogelijk kunnen promoten wanneer alleen zware rokers worden uitgenodigd.

- Uitvoerbaarheid

Bij verschillende sprekers zijn er zorgen over de uitvoerbaarheid van screening. Er wordt gewezen op de zorgcapaciteit die nodig is wanneer een bevolkingsonderzoek wordt ingevoerd. Hierbij gaat het zowel om zorg bij huisartsen als in de ziekenhuizen. Voor een aantal sprekers is dit één van de redenen om te pleiten tegen invoering van een bevolkingsonderzoek, terwijl anderen denken dat hierin een weg gevonden kan worden, bijvoorbeeld door het toepassen van strakke protocollen, de inzet van kunstmatige intelligentie en laboranten bij de beoordeling van CT-scans, en langere intervallen tussen vervolgschans.

- Doelgroep en deelname

Er wordt gewezen op het verschil in rookgedrag tussen verschillende SES-groepen en daarmee het verschil in risico op longkanker. Er zijn vragen in hoeverre de juiste groepen bereikt kunnen worden. Gegevens uit het lopende 4-IN-THE-LUNG-RUN-onderzoek suggereren dat het wel mogelijk is de doelgroep voor screening (zware (ex)-rokers) te bereiken. Ook rijst de vraag welke inclusiecriteria er gebruikt zouden moeten worden voor deelname aan screening (zoals in welke mate (duur en omvang) er gerookt moet zijn) en of deze informatie op betrouwbare wijze verkregen kan worden.

- Stralingsdosis

Een aantal sprekers vraagt aandacht voor het risico van straling op het ontstaan van kanker. Mogelijke reductie van dit risico kan worden verkregen door ultra-lagedosis-scans. Ook zal in het geval van een bevolkingsonderzoek bepaald moeten worden wat de diagnostische referentieniveaus van de stralingsdosis bij longkankerscreening zouden moeten zijn en zal de beeldkwaliteit van de CT-scans gewaarborgd moeten worden.

Afsluiting

De voorzitter bedankt de deelnemers voor hun informatieve presentaties. Er zal een verslag worden gemaakt dat wordt gedeeld met alle deelnemers. Dat verslag wordt gelijktijdig met het advies gepubliceerd, tot die tijd dient dat wat er besproken is vertrouwelijk te worden behandeld. Tegen het einde van het adviesproces zal een conceptversie van het advies worden gedeeld voor een commentaarronde. Deze ronde zal rond het einde van het jaar plaats vinden, en is ook vertrouwelijk. De voorzitter dankt de aanwezigen nogmaals en sluit de hoorzitting af.