

Vergaderjaar 2005–2006

**22 894**

## **Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 106**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 10 augustus 2006

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 15 mei 2006 inzake standpuntbepaling bevolkingsonderzoek darmkanker (22 894, nr. 85).

De op 20 juni 2006 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 10 augustus 2006 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (Groep Nawijn), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GL), Koşer Kaya (D66), Van der Sande (VVD) en Vacature (algemeen).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Vacature (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Van Eggershot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD) en Hermans (LPF).

## Vragen CDA-fractie

1

*Het KWF Kankerbestrijding en ZonMw dringen aan op snelle invoering van een bevolkingsonderzoek met de FOB-test (fecal occult blood). In Engeland is men in april 2006 gestart met een nationaal programma voor de FOB-test. Waarom worden de uitkomsten van onderzoek uit Engelse studies niet overgenomen en worden vergelijkbare onderzoeken in Nederland wederom opgestart waardoor screening op darmkanker op z'n vroegst in 2010 in Nederland kan worden uitgevoerd?*

De invulling van een landelijk bevolkingsonderzoek is voor ieder land anders. Vandaar dat in Nederland aanvullend onderzoek nodig is dat is toegespitst op de Nederlandse gezondheidszorg. Denk hierbij aan de organisatie van een bevolkingsonderzoek, de kosteneffectiviteit en de acceptatie van verschillende tests door de Nederlandse bevolking. Uitkomsten die universeel toepasbaar zijn of als basis voor vertaling naar bevolkingsonderzoek binnen Nederland geschikt zijn, worden wel gebruikt. Overigens is het niet zo dat in het buitenland alle vragen over bevolkingsonderzoek al zijn beantwoord: zo loopt bijvoorbeeld ook in Engeland nog vergelijkend onderzoek naast het bevolkingsonderzoek. Zie verder ook de beantwoording van vraag 6.

2

*De minister kan op dit moment nog geen besluit nemen over implementatie van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Toch wordt nu gestart met een traject op basis waarvan voorzien wordt in implementatie per 2010. Tegelijkertijd wordt gesteld dat de vereiste capaciteit en kwaliteit van vervolgonderzoek (scopie) en behandeling op dit moment ontbreekt. Wil de minister duidelijk maken waarom op dit moment geen plan van aanpak wordt gepresenteerd op basis waarvan voldoende capaciteit aanwezig komt om in 2010 dit bevolkingsonderzoek te implementeren?*

Los van de mogelijke invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt gewerkt aan de oplossing voor capaciteitsproblemen. Zie hierover ook mijn antwoord op vraag 3. Binnen het stappenplan voor besluitvorming over de implementatie van bevolkingsonderzoek naar darmkanker is een belangrijk deel ingeruimd voor het opbouwen van de infrastructuur. Zonder goede afspraken met de reguliere zorg en ruimte voor vervolgonderzoek en behandeling kan een bevolkingsonderzoek niet aangeboden worden.

3

*Op dit moment zijn er al wachtlijsten voor colonoscopie, ook voor de hoogrisicogroepen (familiaire darmkanker). Er zal, aldus de minister, allereerst een oplossing voor dit capaciteitsprobleem moeten worden gevonden. Wil de minister aangeven op welke wijze dit capaciteitsprobleem, speciaal voor deze hoogrisicogroepen, zal worden opgelost? Welk financieel beslag zal dit met zich meebrengen voor de begroting 2007?*

Allereerst wil ik benadrukken dat er geen wachtlijsten bestaan voor patiënten die met spoed een colonoscopie moeten ondergaan. Bij hoogrisico patiënten zijn de wachttijden vaak te herleiden tot logistieke problemen. Met stroomlijning van de organisatie kunnen de wachttijden tot een aanvaardbaar niveau worden teruggebracht. Het project Sneller Beter laat daarvan goede voorbeelden zien. Zo heeft het Atrium Medisch Centrum te Heerlen de wachttijden voor een colonoscopie weten terug te brengen van 13 weken naar 11 dagen.

4

*Volgens het KWF en ZonMw consensus rapport 2005 zou aan alle criteria die voor het bevolkingsonderzoek van belang zijn worden voldaan, dan wel binnen twee à drie jaar kunnen worden voldaan. Kan nader worden gemotiveerd waarom het door de minister gekozen tijdspad (2010) zo veel langer moet duren?*

Op dit moment wordt nog niet aan alle criteria voldaan voor de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Er moeten nog veel vragen worden beantwoord, bijv. met betrekking tot de screeningsmethode, doelgroep, organisatie en capaciteit voor vervolgonderzoek en behandeling. Daarom zijn verschillende proefbevolkingsonderzoeken gestart of gepland. De uitkomsten van die proefbevolkingsonderzoeken worden pas in 2008 verwacht. Op basis van die uitkomsten en een advies van de Gezondheidsraad wordt de uiteindelijke beslissing genomen. In bijlage 2 bij de brief is een stappenplan opgenomen over de implementatie van bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

5

*De totale kosten van dit bevolkingsonderzoek zullen ongeveer 30 miljoen euro op jaarbasis bedragen. Wil de minister de Kamer informeren welke kosten op dit moment worden gemaakt bij de diagnostiek op darmkanker c.q. welk onderdeel van de 30 miljoen is toe te schrijven aan (vroeg-) diagnostiek door huisarts en specialist?*

In mijn brief van 15 mei 2006 schat ik de totale kosten van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker met de Fecaal Occult Bloed Test (FOBT) op € 23 tot 30 miljoen per jaar (prijspeil 2005). Dit is een globale schatting. De hoogte van de kosten zijn mede afhankelijk van keuzes over omvang doelgroep, methode van screening en wijze van organisatie. In het stappenplan is een studie van het UMC Rotterdam opgenomen over onder meer de kosteneffectiviteit. Daarbij zullen niet alleen de kosten maar ook de baten in ogenschouw worden genomen.

#### **Vragen PvdA-fractie**

6

*Hoe komt het dat in tal van landen, waaronder Canada, Duitsland, Tsjechië, Israël, Noorwegen, Finland, Frankrijk, Polen, Italië en de VS, vergelijkbare cijfers over sterfte hebben geleid tot introductie van bevolkingsonderzoek naar darmkanker en dat in Nederland eerst weer een nieuw onderzoek moet worden afgewacht, terwijl de incidentie van darmkanker in vergelijking met andere Europese landen hoog is? Wat zijn de ervaringen van deze landen?*

Het is niet juist dat in al deze landen bevolkingsonderzoek naar darmkanker breed is ingevoerd. In Duitsland bijvoorbeeld heeft men besloten bevolkingsonderzoek niet in te voeren, maar individuele burgers via het verzekerde pakket te laten kiezen of zij ofwel vanaf hun 50e jaar een FOBT laten doen, ofwel dat zij (vanaf 56 jaar) een colonoscopie laten uitvoeren. In Engeland loopt de uitrol van het darmkankerscreeningsprogramma, die begin april dit jaar van start zou gaan, ernstige vertraging op. In Frankrijk wordt in een aantal departementen gewerkt aan geleidelijke invoering van darmkankerscreening.

Aangezien dit alles nog in de kinderschoenen staat, kunnen nog geen ervaringen over volledig werkende screeningsprogramma's gemeld worden.

Voor de vraag waarom in Nederland weer een nieuw onderzoek moet worden afgewacht, verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 1.

7

*Kan worden aangegeven wat precies de kosten zijn van het te laat ontdekken van darmkanker (chemotherapie, operaties, aanvullende medicatie)?*

In 2003 bedroegen de totale kosten van de zorg aan patiënten met darmkanker 232 miljoen euro (RIVM, Kosten van Ziekten, cijfers 2003).

8

*Hoe vaak komt het voor dat poliepen, een mogelijk voorstadium van darmkanker, worden opgespoord met de FOB-test?*

Bij een verwachte opkomst van circa 50 procent bij een FOBT om de twee jaar voor mensen tussen 50 en 75 jaar worden jaarlijks 1 miljoen mensen gescreend. Daarvan krijgen naar schatting 20 000 mensen als uitslag «verhoogde kans». De aldus gevonden 20 000 gevallen moeten dan een colonoscopie ondergaan. Hierbij wordt bij 2 000 mensen een darmtumor gevonden, bij 6 000 één of meer poliepen.

9

*In hoeverre spelen de bestaande wachtlijsten voor colonoscopie een rol in de beslissing van de minister om niet over te gaan tot invoering van een bevolkingsonderzoek? Betekent het feit dat er nu al wachtlijsten voor colonoscopie bestaan dat mensen die medisch geïndiceerd zijn en waarbij het vermoeden dus bestaat dat er sprake kan zijn van darmkanker, moeten wachten op verdere diagnostiek voordat zij daadwerkelijk behandeld kunnen worden? Wat zijn hiervan de gevolgen voor deze mensen en wat betekent dit voor de kosten van behandeling?*

De capaciteitsbeperkingen voor vervolgonderzoek vormen een van de vele onzekerheden die hebben geleid tot mijn besluit om nu niet tot invoering van een bevolkingsonderzoek over te gaan. De andere onzekerheden betreffen de screeningsmethode, de keuze van de doelgroep (leeftijdsgrenzen en deelnamegraad), de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek en behandeling en de kosteneffectiviteit. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 3 heb aangegeven, wordt er gewerkt aan het oplossen van de wachtlijsten.

10

*Wat is de huidige capaciteit aan colonoscopisten, wat is het tekort, hoeveel colonoscopisten zijn nu nodig en hoeveel bij invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek? Wat zijn de kosten van het benodigde aantal colonoscopisten? Is de minister bereid hiervoor geld vrij te maken op de lopende en komende begroting om het tekort zo snel mogelijk weg te werken?*

Deze informatie is noch bij VWS noch bij de landelijke koepels van ziekenhuizen bekend. Conform het stappenplan voor besluitvorming over de implementatie van het bevolkingsonderzoek zal de Gezondheidsraad in 2008 een advies uitbrengen over mogelijkheid en wenselijkheid van de screening. Aan de hand van het uit te brengen nadere advies zal de minister van VWS een besluit nemen over de invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek en de bijbehorende financiële gevolgen. Daarbij zullen vragen over het beschikbare aantal colonoscopisten en het benodigde aantal bij invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek en de daarmee gemoeide kosten worden betrokken.

11

*Wat weegt voor de minister zwaarder, het aantal foutpositieven of het te laat ontdekken van darmkanker met alle gevolgen van dien? Welk criterium is in deze afweging voor de minister het meest belangrijk?*

De genoemde afweging ligt in feite genuanceerd. Voorop staat dat pas besloten wordt tot de invoering van een bevolkingsonderzoek als alle voor- en nadelen zeer zorgvuldig zijn afgewogen. Het kunnen beschikken over een goede test is een van de voorwaarden. Daarnaast is het een gegeven dat zolang er (nog) geen landelijk bevolkingsonderzoek functioneert er bij de beoogde doelgroep van de screening ook (nog) geen winst geboekt kan worden door het opsporen van risico's of potentiële ziektegevallen.

12

*Bedoelt de minister in de brief met FOB-test de IOBT (immunochromatographic fecal occult blood test), ook FOB-test genoemd of de GOBT (de standaard guaiac-based fecal blood test)? Klopt het dat de meest recente onderzoeken uitwijzen dat de FOB-test (IOBT) significant veel betrouwbaarder is dan de GOBT? Klopt het dat de IOBT een gevoeligheid heeft van 50% voor de opsporing en vaststelling van gevorderde darmkanker van het type adeno, 100% voor dikke darmkanker en 58% voor gevorderde neoplasia (kwaadaardige poliepen), bevestigd via colonoscopie? Overweegt de minister bevolkingsonderzoek met IOBT in te voeren? Zo neen, waarom niet?*

Met FOBT bedoel ik een fecaal occult bloedtest. De huidige standaardtest is inderdaad gebaseerd op guajakhars, maar er zijn ook immunochemische tests (IOBT) beschikbaar die mogelijk een grotere gevoeligheid of specificiteit hebben of gebruiksvriendelijker zijn. De eerste wetenschappelijke resultaten van de IOBT zijn herfst vorig jaar gepresenteerd. In het onderzoek in Nijmegen/Amsterdam worden drie varianten van de FOBT (GOBT en twee immunochemische tests) vergeleken. In Maastricht wordt de FOBT vergeleken met colonoscopie en sigmoïdoscopie. Pas als de uitkomst van deze onderzoeken bekend is, kan ik een uitspraak doen over de beste testmethode, waarbij ik dan ook dan beschikbare internationale gegevens in mijn afweging zal betrekken.

13

*Aan welke criteria van Wilson en Jungner en aan welke WHO-criteria ten aanzien van ethische en praktische aspecten voldoet screening op darmkanker nu, aan welke criteria binnen twee à drie jaar? Welke stappen moeten nog gezet worden om aan alle criteria te voldoen en hoe snel is dit mogelijk? Waarom vindt de minister dat deze toetsing alleen nog maar «serieuze overweging» van landelijke invoering van bevolkingsonderzoek naar darmkanker verdient? Wat moet precies nog overwogen worden en hoe en wanneer gaat de minister dat doen?*

Aan de volgende criteria is voldaan:

1. het gaat om een belangrijk gezondheidsprobleem;
  2. er voldoende kennis is over het natuurlijk beloop van de ziekte;
  3. de ziekte een herkenbaar latent of vroegsymptomatisch stadium heeft;
  4. duidelijk is wie wel en wie niet doorverwezen zou moeten worden voor behandeling.
  5. de eerdere diagnose tot een betere prognose van de patiënt leidt
- Over de volgende criteria is nog geen duidelijkheid:
6. wat is de meest geschikte screeningstest is;
  7. of deze test voor de bevolking aanvaardbaar is (hangt samen met de gekozen test);
  8. of er voldoende faciliteiten zijn voor diagnose en behandeling (hangt samen met de gekozen test);
  9. de kosteneffectiviteit (hangt samen met de gekozen test);

Over onderstaande criteria moet ook nog helderheid komen, dan wel deze punten moeten te zijner tijd geregeld worden in het kader van voorbereiding en implementatie:

10. toegankelijke publieksinformatie, zonder morele druk tav deelname
11. goede voorlichting aan potentiële deelnemers
12. screening organiseren als continu proces
13. goede inbedding en follow-up in de zorg
14. goede infrastructuur/oproepsysteem
15. protocollering van de procedures
16. goede organisatorische en bestuurlijke structuur

Over de criteria 6 t/m 16 moet helderheid zijn vóórdat kan worden besloten tot invoering.

De pilots die thans lopen moeten daar duidelijkheid over verschaffen. In bijlage 2 bij mijn brief van 15 mei jl. staat het verwachte stappenplan vanaf het moment dat de beoordeling van de uitkomsten van de pilots tot aan de definitieve besluitvorming over invoering uitgewerkt.

14

*De consensus development meeting geeft aan dat er consensus is bij cruciale partijen over invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker binnen twee à drie jaar. Over welke extra informatie beschikt de minister, anders dan de informatie waarover specialisten op dit terrein beschikken, die maakt dat de minister geen uitspraak wil doen over invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker?*

In mijn optiek ligt mijn beleid in het verlengde van wat de consensus development meeting heeft geconcludeerd. Ook de meeting heeft geconcludeerd (zie het rapport, tabel 1) dat er nog een aantal belangrijke stappen nodig is voordat een bevolkingsonderzoek kan starten. Zo wordt nog wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk geacht naar de effectiviteit van verschillende FOBT-methoden, naar de capaciteit en kwaliteit van de vervolgdiaagnose en follow-up in de zorg, de kosteneffectiviteit, voorlichting, etc.

Vanuit mijn verantwoordelijkheid als minister van VWS acht ik het pas verantwoord om een definitieve beslissing te nemen over invoering van bevolkingsonderzoek als over dergelijke essentiële punten helderheid is verkregen. Ik meen bovendien dat meer tijd nodig is om deze duidelijkheid te verkrijgen dan de 2 à 3 jaar die in het rapport staat genoemd. Hiervoor verwijs ik u naar de bijlage bij de brief van 15 mei jl. Ik verwijs u ook naar het antwoord op vraag 13.

15

*Wordt de mening gedeeld dat het feit dat de minister niet bereid is nu aan te sluiten bij de consensusopvatting dat binnen twee à drie jaar overgegaan moet worden tot een bevolkingsonderzoek naar darmkanker, maar in plaats daarvan pas over drie jaar een beslissing wil nemen en (op zijn vroegst) over vier jaar wil overgaan tot implementatie, voor duizenden mensen betekent dat zij niet in een vroeg stadium behandeld kunnen worden en daarmee een kans hebben te genezen van deze ziekte? Is de minister er zeker van dat als pas over drie jaar een beslissing wordt genomen er over vier jaar gestart kan worden of moet in dat geval rekening gehouden worden met verdere vertraging? Zo ja, vindt de minister dat verantwoord?*

Een zorgvuldig beleid staat voor mij voorop. Immers screenen heeft niet alleen voordelen, maar ook nadelen. Mensen worden onnodig ongerust wanneer er een afwijking wordt gevonden, die later niet ernstig blijkt te zijn of juist onterecht gerust gesteld omdat een afwijking kan worden gemist: testen kunnen niet alles ontdekken. Daarnaast is het onderzoek mogelijk risicovol bijvoorbeeld vanwege complicaties bij de uitvoering. Dat geldt soms ook voor de vervolgdiaagnostiek als er een afwijking in het eerste onderzoek wordt gevonden. Tot slot kan dergelijk onderzoek leiden tot onnodige medicalisering: mensen die horen dat iets niet helemaal

goed is kunnen zich opeens patiënt gaan voelen. Ik verwacht dat in 2008 een principebesluit genomen kan worden over invoering. Ook de voorbereiding van de invoering moet zorgvuldig gebeuren en dat betekent dat niet een jaar later daadwerkelijk gestart kan worden. Ik verwijs naar verder naar mijn antwoord op vraag 13 en bijlage 2 bij de brief van 15 mei jl.

### Vragen VVD-fractie

16

*De ontwikkelingen in de preventieve geneeskunde gaan onverstoort door. De minister maakt in de voorliggende brief de afweging over het wel of niet invoeren van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Deze afweging zou niet ad hoc genomen moeten worden maar zou onderdeel moeten uitmaken van een bredere visie op preventie in de toekomst. De Kamer heeft daarom tijdens het algemeen overleg over preventie d.d. 5 april 2006 gevraagd om een integraal toetsingskader bevolkingsonderzoek. Kan de minister aangeven wanneer de Kamer nadere informatie over dit toetsingskader kan verwachten? En zal dit, zoals tijdens het betreffende overleg is gevraagd, onderdeel uitmaken van de toekomstvisie op preventie? Wanneer denkt de minister deze toekomstvisie gereed te hebben?*

Op 16 juni jl. heb ik u mijn antwoorden gezonden op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van een schriftelijk overleg naar aanleiding van mijn brief van 14 april 2006 inzake de schriftelijke afhandeling van openstaande vragen, gesteld tijdens het algemeen overleg over het preventiebeleid van 5 april 2006 (22 894, nr. 80). In het antwoord op vraag 18 staat dat ik tijdens het AO preventie heb toegezegd een visie over screeningsbeleid en bevolkingsonderzoek in een aparte brief toe te zenden. Ten gevolge van vervroegde verkiezingen zal dit kader door het nieuwe kabinet gepresenteerd moeten worden.

17

*De minister geeft in zijn brief aan dat het screenen op darmkanker recentelijk tijdens een consensus development meeting is getoetst aan de internationale criteria voor het verantwoord invoeren van een bevolkingsonderzoek, de criteria van Wilson en Jungner. Darmkankerscreening voldoet nu al aan een aantal van deze criteria. Op grond van deze toetsing concludeert de minister dat de invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek naar darmkanker serieuze overweging verdient. Aan welke criteria voldoet deze screening nu al wel en aan welke nog niet? Aan welke criteria moet minstens voldaan zijn wil een bevolkingsonderzoek verantwoord ingevoerd kunnen worden? Zullen deze criteria onderdeel uitmaken van het integrale toetsingskader bevolkingsonderzoek? Zo neen, waarom niet?*

Bevolkingsonderzoek is alleen verantwoord als de deelnemers een veel grotere kans hebben om er voordeel van te hebben dan om er nadeel van te ondervinden. Dat vereist een zeer zorgvuldige afweging. De tien criteria die Wilson en Jungner in 1968 formuleerden zijn inmiddels aangevuld tot 14 breed aanvaarde criteria waaraan elk bevolkingsonderzoek in elk geval moet voldoen.

In het rapport van de consensus development meeting worden 16 criteria genoemd. Al deze criteria vormen de basis van het algemene toetsingskader. Ik verwijs verder naar het antwoord op vraag 13.

18

*Gezien een aantal onzekerheden ten aanzien van onder andere de kosteneffectiviteit van het onderzoek, kan de minister op dit moment nog geen beslissing nemen over de invoering van een bevolkingsonderzoek naar*

*darmkanker. Wel acht de minister het van belang om een «koers» aan te geven om zodoende richting te geven aan de besluitvorming over implementatie van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Acht de minister het niet nuttiger eerst «koers» uit te zetten om zodoende richting te kunnen geven aan preventie in de toekomst en de rol van bevolkingsonderzoeken daarbinnen?*

Mijn voorlopige standpunt of koers houdt in dat ik de randvoorwaarden van een bevolkingsonderzoek darmkanker nader wil (laten) verkennen. Er is namelijk behoefte aan bouwstenen voor een definitieve beslissing over bevolkingsonderzoek darmkanker, onder andere op het punt van kosten-effectiviteit.

Uiteraard is er een relatie met mijn visie op preventie in de toekomst en de rol van bevolkingsonderzoeken daarbinnen.

Maar omdat in mijn stappenplan een verantwoorde voorbereiding van de besluitvorming over het bevolkingsonderzoek darmkanker voorzien is tot 2010, vind ik het niet verantwoord om eerst de discussie over preventie te voeren en dan pas die over darmkankerscreening te starten. Bovendien spelen dezelfde afwegingscriteria een rol.

19

*Een ander belangrijk punt van nader onderzoek is het beslag dat een landelijk bevolkingsonderzoek gaat leggen op de reguliere zorg in casu de vereiste capaciteit en kwaliteit van vervolgonderzoek en behandeling. Zal de uitslag van dit onderzoek ook betrokken worden bij de opzet van het integrale toetsingskader bevolkingsonderzoek en dus bij de toekomstvisie preventie?*

Ja.

#### **Vragen SP-fractie**

20

*Op de consensus development meeting was consensus dat darmkankerscreening voldoet of op korte termijn kan voldoen aan alle strenge criteria en dat binnen twee tot drie jaar het opzetten van een bevolkingsonderzoek met de FOBT-methode haalbaar is. De minister is van mening dat er nog te veel onzekerheden zijn om nu een beslissing te nemen, hij acht invoering op z'n vroegst over vier jaar haalbaar. Vanwaar dit verschil?*

Zie mijn antwoord op vraag 4.

21

*Op de consensusmeeting is darmkankerscreening getoetst aan de criteria van Wilson en Jungner, enkele WHO-criteria en enkele criteria ten aanzien van ethische en praktische aspecten. Darmkankerscreening zou nu al voldoen aan een aantal van de genoemde criteria, dan wel binnen twee à drie jaar. Aan welke criteria voldoet darmkankerscreening nog niet? Van welke criteria wordt verwacht dat darmkankerscreening er binnen twee à drie jaar aan voldoet? Welke zijn de WHO-criteria en de criteria ten aanzien van ethische en praktische aspecten?*

Zie voor het eerste deel van de vraag mijn antwoord op vragen 13 en 17. De tien oorspronkelijke criteria die in 1968 door Wilson en Jungner zijn geformuleerd, zijn door de WHO aangevuld. De Gezondheidsraad heeft in haar advies van 19 december 1994 met betrekking tot genetische screening enkele ethische criteria gegeven met betrekking tot goede voorlichting zonder morele druk en «informed consent». In het onderzoek van A.G.J.M. Hanselaar, «Criteria for organized cervical Screening Programs; Special emphasis on the Netherlands program», zijn nog enkele prakti-



sche criteria geformuleerd met betrekking tot kwaliteitscontrole en organisatorische randvoorwaarden.

22

*Het is nog niet duidelijk welke de beste opsporingsmethode of screeningsstrategie is. Hoe kan de minister dan toch een koers aangeven waarin wordt gekozen voor de FOB-test? Wanneer zijn de onderzoeken afgerond die FOB-testen en sigmoidoscopie onderzoek vergelijken? Met andere woorden wanneer denkt de minister een besluit te kunnen nemen over de opsporingsmethode?*

Bij het bepalen van de koers houd ik rekening met die screeningsmethode die op korte termijn de beste testmethode lijkt te zijn op basis van de relatieve eenvoud en de in andere landen aangetoonde kosteneffectiviteit. Dat betekent niet dat ik nu al kies voor FOBT. In twee van de proef-bevolkingsonderzoeken worden FOBT en sigmoidoscopie of colonoscopie vergeleken. De resultaten van de onderzoeken worden in 2008 verwacht en dan verwacht ik, op basis van een advies van de Gezondheidsraad, een besluit te kunnen nemen over de opsporingsmethode.

23

*In verschillende landen worden verschillende leeftijdsgroepen gescreend. Waarom is in Engeland gekozen voor de leeftijdsgroep van 60–69 jaar? Heeft dat te maken met enerzijds de lagere incidentie van dikke darmkanker op jongere leeftijd en anderzijds met het feit dat bij oudere mensen de kanker zich voor kan doen zonder dat zij hier problemen van onder vinden? Om welke redenen kiest de consensusgroep voor een leeftijd van 50–75 jaar?*

Het klopt dat darmkanker op jongere leeftijd minder vaak voorkomt en op latere leeftijd minder problemen oplevert. Bovendien is in het buitenland gebleken dat de deelname bij mensen jonger dan 55 of ouder dan 70 veel lager ligt. In Engeland is ervoor gekozen om mensen in de leeftijdsgroep van 60–69 jaar elke twee jaar een FOBT aan te bieden, omdat acht van de tien mensen bij wie darmkanker wordt geconstateerd, ouder zijn dan zestig. Wie jonger is, wordt naar de reguliere zorg (op indicatie) verwezen, ouderen kunnen op eigen verzoek deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

Bij het invoeren van een screeningsprogramma wordt gekeken naar nationale omstandigheden en worden onderzoeksresultaten uit het buitenland niet zondermeer overgenomen. De consensusgroep heeft aanbevolen om op basis van verder onderzoek de exacte leeftijdscategorie vast te stellen. Binnen de proef-bevolkingsonderzoeken wordt daarom een brede leeftijdscategorie, inclusief de categorie 50–55 jaar en 70–75 jaar, meegegenomen.

24

*Darmkankerscreening voldoet in elk geval nog niet aan het criterium dat er voldoende voorzieningen voorhanden moeten zijn om de (vervolg-) diagnose te stellen. In het KWF-rapport wordt voorgesteld hiertoe gespecialiseerde verpleegkundige endoscopisten op te leiden. Wat vindt de minister van dit advies en wordt dit opgevolgd?*

Het KWF stelt de inzet voor van gespecialiseerde verpleegkundige endoscopisten in het geval de darmkankerscreening gaat plaatsvinden met behulp van endoscopie. Ook de Gezondheidsraad geeft aan dat dit mogelijk is. Voor het vervolgonderzoek (door middel van colonoscopie) bij gebruik van FOBT is echter (volgens GR) de inzet van ervaren scopisten en systematische kwaliteitsbewaking noodzakelijk. Daar waar binnen de gezondheidszorg taakherschikking mogelijk en wenselijk is, moet dat

worden nagestreefd. Het is aan het management van het ziekenhuis om te beslissen hoe zij hun zorgverlening vormgeven en dus ook over de inzet van gespecialiseerde verpleegkundige endoscopisten. Het is vervolgens aan het veld om de capaciteit aan gespecialiseerde verpleegkundige endoscopisten af te stemmen op de inzet in de praktijk.

25

*De FOB-test is het meest eenvoudig en ingrijpend, hier is ook consensus over in de bovengenoemde bijeenkomst. Met de FOBT-methode zouden er al 15 tot 20% minder mensen overlijden. De methode is niet perfect, maar goed genoeg om mee aan de slag te gaan vonden de deelnemers aan de bijeenkomst. De minister wil vergelijkend onderzoek met andere methoden afwachten. Vanwaar dit verschil? Heeft de minister het kiezen voor de FOBT-methode met gelijktijdig ruimte voor kleinschalige experimenten met andere methodieken overwogen?*

Er is nog niet voldaan aan alle criteria voor de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker. De vraag naar de beste opsporingsmethode is slechts één van de vragen die onder andere in de proefbevolkingsonderzoeken beantwoord moet worden, zoals ook wordt geadviseerd in het consensusrapport. Ik heb gekozen voor het laten uitvoeren van verschillende pilots om een gedegen besluit te kunnen nemen. Bij een mogelijke invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker op basis van de FOBT is bijvoorbeeld een heel andere infrastructuur nodig dan bij een bevolkingsonderzoek op basis van sigmoïdoscopie. Op deze beslissing wil ik niet vooruitlopen.

26

*Het aantal foutnegatieve en het aantal foutpositieve uitslagen van de FOB-test is inderdaad hoog. Dat betekent dat veel mensen onterecht ongerust gemaakt worden en onnodig met verder onderzoek worden belast. Dit betekent ook dat veel personen ten onrechte worden gerustgesteld. Toch kiest de minister al voor de FOB-test. Is de minister van mening dat indien de sigmoïdoscopie screening, die meer belastend en wellicht minder kosteneffectief is, blijkt veel minder foutpositieven en foutnegatieven op te leveren, hier toch de voorkeur aan gegeven moet worden? Wat is hierover (foutpositief/foutnegatief) nu bekend bij sigmoïdoscopie onderzoek? Wat zijn de nadelen van de laatste methode ten opzichte van de FOB-test?*

Het is niet juist dat ik al gekozen heb voor gebruik van de FOBT bij een mogelijke invoering van darmkankerscreening. In mijn brief aan u hierover heb ik gesteld dat ik nu nog geen besluit kan nemen, omdat er nog te veel onzekerheden zijn, juist ook wat betreft de methode van screening. Ik volg daarmee mede de adviezen die de Gezondheidsraad hierover heeft uitgebracht. Wat betreft sigmoïdoscopie het volgende. Op dit moment wordt door het Academisch ziekenhuis Maastricht onderzoek uitgevoerd naar screening met sigmoïdoscopie, en andere alternatieven voor FOBT. De resultaten en kosten van screenen met colonoscopie (op dit moment de «gouden standaard» voor screenen) worden vergeleken met screenen met sigmoïdoscopie of FOBT. Ook het effect van eenmalige colonoscopische screening op het aantal ziekte- en sterfgevallen van darmkanker op langere termijn wordt onderzocht. Tenslotte wordt nagegaan of er screeningstests ontwikkeld kunnen worden die zich richten op DNA of eiwitten in bloed of ontlasting. Ik wil eerst de resultaten van dit en andere onderzoeken, zoals genoemd in bijlage 1 van mijn brief, afwachten alvorens tot verdere besluitvorming inzake darmkankerscreening over te gaan.

27

*Veel foutpositieve uitslagen betekent veel onnodige vervolgdagnostiek terwijl er nu al wachtlijsten zijn. Welke plannen zijn er om deze wachtlijsten op te lossen? Deelt de minister de mening dat gewone endoscopische vroegdiagnostiek bij mensen met (vage) klachten laagdrempelig moet blijven?*

Voor de vraag over de wachtlijsten verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 3.

Het is niet aan de minister om over de toegang tot endoscopie uitspraken te doen. De beroepsgroepen dienen in hun richtlijnen vast te leggen onder welke omstandigheden endoscopie aangewezen is.

28

*In welke mate worden de hoogrisicogroepen nu al gescreend? Hoe is het deelnamepercentage?*

*Hoe komt het dat bepaalde hoogrisicogroepen nog niet allemaal worden gescreend? Klopt het dat hier colonoscreening wordt gedaan en wat zijn de resultaten daarvan?*

Er zijn drie hoogrisicogroepen te onderscheiden:

- 1) Mensen met een erfelijke predispositie voor dikkedarmkanker zoals HNPCC. Het risico daadwerkelijk darmkanker te krijgen varieert van 60 tot 100 procent. Hiervoor bestaat sinds twintig jaar een registratie, opgezet door de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (StOET). Er zijn ruim 700 families bekend. De deelname aan colonoscopische screening is hoog, 90 procent. Intensieve screening leidt bij HNPCC tot een reductie van dikkedarmkanker met 60 procent.
- 2) Mensen met familieleden (eerstegraads) met dikkedarmkanker. Het risico om kanker te krijgen is voor hen vier tot zes keer zo hoog in vergelijking met de algemene bevolking: 20 tot 30 procent. Dat betekent dat circa 100 000 Nederlanders in de leeftijd van 45 tot 70 jaar dit verhoogde risico lopen. Advies is dan om eens in de vijf jaar colonoscopie te laten verrichten. Het deelnamepercentage is onbekend. De StOET onderzoekt thans de opbrengst van deze vorm van screening voor deze groep, en kijkt wat het aangewezen protocol moet zijn. Alle huisartsen en maagleverdarmartsen zijn geïnformeerd over deze studie (FACTS-studie).
- 3) Mensen met colitis ulcerosa of colitis als gevolg van de ziekte van Crohn, of met dikkedarmpoliepen of dikkedarmkanker in de voorgeschiedenis. Ook zij worden volgens richtlijnen regelmatig onderzocht door middel van colonoscopie. De effectiviteit van dit onderzoek staat voor wat betreft personen met dikkedarmpoliepen vast, echter niet voor personen met colitis. De exacte deelnamegraad is niet bekend.

29

*De incidentie van darmkanker in Nederland is hoog vergeleken met de incidentie in andere Europese landen. Vooral onder Nederlandse vrouwen komt darmkanker vaker voor dan onder andere Europese vrouwen. De sterfte aan darmkanker ligt in Nederland iets hoger dan in de EU gemiddeld. Hoe zijn deze drie verhoogde cijfers te verklaren?*

Bij het ontstaan van darmkanker zijn vele factoren betrokken, waarbij in individuele gevallen het genetische patroon een vooraanstaande rol speelt. Daarover is op dit moment echter nog onvoldoende bekend om al conclusies te kunnen trekken met betrekking tot incidentie. Een mogelijke verklaring voor de relatief hoge incidentie in Nederland van darmkanker is de hoge levensverwachting, vooral ook van vrouwen. Darmkanker is immers vooral de ziekte van de oude dag. Circa driekwart van de mensen

die aan darmkanker overlijden, is 75 jaar of ouder, met het zwaartepunt bij de groep boven de 85 jaar (CBS, Doodsoorzaakstatistiek, cijfers voor 2002).

30

*Indien de testen worden aangeboden door de huisartsen zouden veel meer mensen meedoen. Vindt de minister dan ook dat de screening via de huisartsen moet en is dat voor baarmoederhalskanker niet ook het geval? Is de minister wat dit laatste betreft bekend met het recente promotie-onderzoek van Margot Tackern aan de Radboud Universiteit in Nijmegen?*

Een zo hoog mogelijke deelnamegraad is een belangrijke factor voor het succes en de kosteneffectiviteit van een bevolkingsonderzoek. Dat een uitnodiging via de huisarts een positief effect kan hebben, is mij bekend, evenals het proefschrift van Margot Tacken. Maar het is niet de enige overweging bij de organisatie van een bevolkingsonderzoek. In Engeland heeft men bijvoorbeeld wel onderzoek gedaan de oproep voor screening via de huisarts, maar deze uiteindelijk geen rol gegeven in het bevolkingsonderzoek. Aansluiting bij het systeem van programmatische preventie zoals mij voor ogen staat en vooral een goede aansluiting met de reguliere zorg zijn bij screening op darmkanker van belang. Binnen de proefbevolkingsonderzoeken wordt gekeken naar verschillende oproepmethodes en de acceptatie door de deelnemer. Deze informatie wordt door mij meegenomen bij de uiteindelijke beslissing.

31

*Uit een peiling najaar 2004 blijkt dat slechts 51% van de huisartsen voor darmkankerscreening is en slechts 30% zich persoonlijk zou laten screenen. Hoe komt het dat de mening van de huisartsen zo verschilt met die van de consensusmeeting? Indien de minister besluit de screening door huisartsen te laten uitvoeren, wat vanwege het hoge deelnamepercentage een goed idee is, gaat de minister zich dan de komende jaren inspannen om ook met de huisartsen consensus te bereiken?*

De deelnemers aan de consensusmeeting waren afkomstig uit verschillende velden. 23% had expertise op het gebied van screening, kanker of organisatorische aspecten; 42% was afkomstig uit de medische/technische wereld en de overige 35% vertegenwoordigde patiënten, organisaties of de overheid. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap was slechts één van die deelnemers, wat het verschil zou kunnen verklaren. Indien ik besluit tot invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker, zal dat op basis van gedegen onderzoek zijn. Ik verwacht dat de onderzoeksresultaten ook de huisartsen in grote(re) meerderheid zullen overtuigen van het nut van een bevolkingsonderzoek, ongeacht of zij dit uitvoeren.

32

*Ook de deelname van allochtonen wordt onderzocht. In welk onderzoek gebeurt dit en wanneer zijn de resultaten bekend?*

In alle onderzoeken wordt mede gekeken naar het deelnamepercentage naar afkomst. De resultaten worden in 2008 verwacht.