

Vergaderjaar 2020–2021

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 508

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 november 2020

De jaarlijkse monitors van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker over 2019 zijn beschikbaar en treft u bij deze brief aan¹. Deze bevolkingsonderzoeken zijn goed lopende programma's die veel gezondheidswinst opleveren. Ze kennen wel een aantal aandachtspunten. Een daarvan is de heel langzaam teruglopende deelname. Dit vraagt om blijvende inzet. Daarnaast is er een voortdurende inzet op verbetering van de programma's, zodat deze in de pas blijven lopen met de wetenschappelijke ontwikkelingen. Met een goede inzet van informatietechnologie, moderne screeningsmethoden en met behulp van evaluaties worden deze uitdagingen aangepakt. Hieronder neem ik u mee in alle ontwikkelingen. Allereerst ga ik in op de monitors en de belangrijkste aandachtspunten daarin. Vervolgens ga ik op een aantal specifieke thema's in die binnen de bevolkingsonderzoeken spelen. Tot slot ga ik in op de grote invloed die de COVID-19 pandemie heeft op de bevolkingsonderzoeken.

Resultaten van de bevolkingsonderzoeken

Monitor Baarmoederhalskanker 2019

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker richt zich op cliënten van 30 tot 60 jaar. Cliënten in de doelgroep ontvangen periodiek een uitnodiging voor een onderzoek. Het onderzoek bestaat uit afname via een uitstrijkje en de test op de aanwezigheid van het hoog risico Humaan Papilloma Virus (hierna hrHPV). Alternatief voor deelnemers die moeite hebben met het afnemen van een uitstrijkje en aangegeven hebben hier prijs op te stellen is de zelfafnameset (hierna ZAS). Voor deelnemers met een testuitslag die hrHPV positief is, volgt een cytologisch onderzoek.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De belangrijkste resultaten die de monitor laat zien zijn:

- De deelnamegraad in 2019 was 56,0%. De deelnamegraad was daarmee lager dan in 2018 en 2017 (respectievelijk 57,6% en 57,0%).
- Van de deelnemers nam 8,6% deel door middel van een ZAS. Dit is een toename ten opzichte van vorig jaar (6,8%).
- Bij 9,8% van de deelnemers werd hrHPV gevonden. De meeste hrHPV positieve bevindingen werden gedaan bij de jonge deelnemers. Het percentage hrHPV positieve bevindingen loopt iets op vanaf 2017.
- In 2019 werden 13.500 deelnemers doorverwezen naar de gynaecoloog. Dit is 3% van het totaal aantal deelnemers en 31,0% op basis van alle hrHPV positieve deelnemers bij wie cytologie is uitgevoerd.
- Bij 5.000 personen werd een voorstadium van baarmoederhalskanker (CIN 2+) gevonden, dat is 1,1% van alle deelnemers.

Het jaar 2019 is het derde jaar dat het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is uitgevoerd. Net zoals in de twee voorgaande jaren laat de monitor zien dat de vernieuwing ertoe leidt dat relevante afwijkingen beter worden opgespoord. Dit verlaagt het risico op baarmoederhalskanker bij de deelnemers en levert extra gezondheidswinst op. Het gebruik van de ZAS neemt nog steeds toe. Het vervallen van de wachttijd voor het opsturen van de ZAS na het aanvragen daarvan zal hieraan bijgedragen hebben.

Op basis van de resultaten van het bevolkingsonderzoek van de afgelopen jaren is onderzocht hoe het aantal niet relevante doorverwijzingen teruggedrongen kan worden. Daarnaast blijft het langzaam maar gestaag teruglopen van het bereik een punt van zorg. Om dit tegen te gaan is onderzocht welke mogelijkheden er zijn om drempels voor deelname verder te verlagen door een verbreding van de inzet van de ZAS. Nu mogelijkheden voor verbetering van zowel de inzet van de ZAS als het verminderen van niet relevante doorverwijzingen in beeld zijn gebracht, ga ik de Gezondheidsraad vragen te adviseren over scenario's ter verbetering van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Aan de hand van het advies besluit ik over verdere maatregelen om onnodige drempels voor deelname weg te nemen. Deze kunnen worden uitgevoerd, zodra de nieuwe aanbestedingen (die nu van start gaan) afgerond zijn.

Monitor Borstkanker 2019

Voor het bevolkingsonderzoek borstkanker worden cliënten tussen 50 en 75 jaar om de twee jaar uitgenodigd om röntgenfoto's van hun borsten (mammografie) te laten maken. De röntgenfoto's worden beoordeeld door screeningsradiologen. Bij een afwijking op de foto worden deelnemers doorverwezen voor nader onderzoek in een ziekenhuis. De monitor voorziet in gegevens over zowel de deelname aan het bevolkingsonderzoek over de jaren 2018 en 2019, alsook over de (medische) uitkomsten van deelname over de jaren 2017 en 2018. Dit onderscheid is erin gelegen dat de tijd tussen een verwijzing na screening en het definitieve resultaat van vervolgonderzoek ertoe leidt dat collectieve gegevens over medische uitkomsten een jaar later beschikbaar komen.

De belangrijkste resultaten die de monitor laat zien zijn:

- De deelnamegraad blijft een lichte, maar constante daling vertonen van 78,8% in 2014 naar 75,7% in 2019.
- Het gemiddelde screeningsinterval is gestegen van 23,1 maanden in 2017 naar 25,1 maanden in 2019.
- Het verwijscijfer per 1000 deelnemers voor een vervolgonderzoek was 2,2% in 2018 en 2,4% in 2019.
- Het aantal fout-positieve uitslagen per 1000 gescreende deelnemers is licht gedaald van 16,3 in 2017 naar 15,7 in 2018 terwijl de voorspel-

lende waarde van de screening over deze jaren licht is gestegen van 29% naar 30%.

- Het eigenlijke detectiecijfer – het aantal gevonden kankers door de screening per 1.000 deelnemers – is nagenoeg gelijk gebleven: 6,6 per 1.000 gescreende deelnemers in 2017 en 6,7 in 2018. In absolute aantallen werd er 2017 door de screening bij 6.812 deelnemers kanker ontdekt (0,66% van de deelnemers); in 2018 was dit bij 6.519 deelnemers het geval (0,67% van de deelnemers).

Het percentage uitgenodigde cliënten is gedaald en de screeningsintervallen zijn toegenomen. Dit wordt grotendeels verklaard door een toenemend tekort aan screeningslaboranten, waardoor de capaciteit van de onderzoekscentra kleiner werd. Hierover heb ik uw Kamer op 9 september 2019² en 20 december 2019³ geïnformeerd. Daarnaast werd een nieuw ICT-systeem ingevoerd, waardoor onderzoekscentra ongeveer 2 weken niet operationeel waren.

Uit de monitor blijkt het belang van het blijven meedoen aan het bevolkingsonderzoek. Bij cliënten die voor de eerste keer meedoen zijn meer doorverwijzingen te zien (5,9%) dan bij de vervolgrondes (1,9%). Dit verschil wordt veroorzaakt doordat bij de eerste screening er nog geen beelden aanwezig zijn uit eerdere rondes. Beelden van eerdere rondes maken bij een volgende ronde een betere beoordeling mogelijk of doorverwijzen nodig is. De in dit verband relevante deelnamevrouw aan het bevolkingsonderzoek vertoont een minieme daling van 0,8% over de laatste 5 jaar, maar is met 91,0% nog steeds hoog te noemen.

Monitor Darmkanker 2019

Het bevolkingsonderzoek darmkanker is voor mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar. Zij ontvangen elke twee jaar een uitnodiging. Het bevolkingsonderzoek bestaat uit een ontlastingstest die bloed in de ontlasting meet. Bij een ongunstige testuitslag (een hoeveelheid bloed in de ontlasting die boven de afkapwaarde ligt) wordt de deelnemer uitgenodigd voor een intakegesprek en volgt er een kijkonderzoek van de darm (coloscopie).

De belangrijke resultaten die de monitor laat zien zijn:

- De deelnamegraad in 2019 aan het bevolkingsonderzoek was 71,5%. Er deden in totaal ruim 1,5 miljoen mensen mee.
- Van deze 1,5 miljoen deelnemers hadden 67.000 deelnemers (4,3%) een ongunstige uitslag van de ontlastingstest en werden doorverwezen voor het kijkonderzoek van de darm.
- Er werden ruim 3.000 darmtumoren en ruim 18.000 vergevorderde poliepen (advanced adenomen) gevonden. Dat is in totaal 36,7% van de deelnemers die na een ongunstige ontlastingstest een kijkonderzoek van de darm ondergingen.
- Per 1.000 deelnemers die een ontlastingstest deden, hadden 2 deelnemers darmkanker en 11,5 deelnemers een vergevorderde poliep.
- De wachttijd voor de intake van een kijkonderzoek van de darm was bij 94,7% van de deelnemers minder dan 15 werkdagen. Dit is een gunstige ontwikkeling ten opzichte van 2018 (73,7%).

Het bevolkingsonderzoek is in 2014 gestart en is gefaseerd ingevoerd. 2019 betreft het eerste jaar waarin de totale doelgroep kon worden uitgenodigd. De deelnemers in 2019 bestonden daarmee uit personen die

² Kamerstuk 32 793, nr. 445.

³ Kamerstuk 32 793, nr. 469.

voor het eerst een uitnodiging ontvingen en uit personen die voor een tweede of derde vervolgronde zijn uitgenodigd, voor een kleine groep betrof het de vierde keer. Er tekenen zich daarbij een aantal trends af, waarbij ook een onderscheid te maken valt tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen doen meer mee dan mannen, zowel naar verhouding als absoluut. In totaal namen in 2019 742.210 mannen en 826.301 vrouwen deel. Bij mannen bedroeg de deelnamegraad respectievelijk 62%, 68% en 74% voor de eerste, tweede en derde ronde. Bij vrouwen waren deze percentages respectievelijk 71%, 73% en 77%. De leeftijd speelt ook een rol bij de deelname. Binnen de leeftijdsgroep 55–59 jaar steeg de deelnamegraad van de eerste naar de tweede ronde; binnen de leeftijdsgroepen 65–69 jaar en 70–74 jaar steeg de deelnamegraad van de tweede naar de derde ronde. Voor de totale deelname is vanaf 2016 een lichte daling te zien van 73,2% naar 71,5% in 2019. Dit komt doordat met het uitrollen van het bevolkingsonderzoek steeds jongere groepen deelnemers aan de screeningsgroep zijn toegevoegd. Omdat de deelnamegraad lager ligt bij jongere personen is de deelname van de totale screeningsgroep gedaald.

Mannen worden meer doorverwezen voor een kijkonderzoek van de darm dan vrouwen. In 2019 werden in totaal 38.391 mannen verwezen, waarbij het verwijscijfer respectievelijk 5,1%, 5,1% en 5,3% bedroeg in de eerste, tweede en derde ronde. Het aantal doorverwezen vrouwen bedroeg 29.000, en met een stijgende lijn van verwijzing per ronde van respectievelijk 3,4%, 3,5% en 3,6%. Bij mannen wordt ook vaker een darmkanker of een vergevorderde poliep vastgesteld dan bij vrouwen. Per 1.000 mannen hebben er 17,5 darmkanker of een vergevorderde poliep; per 1.000 vrouwen betreft dat 9,9. Dit getal wordt het detectiecijfer genoemd.

Een vergelijking tussen de uitnodigingsrondes toont dat de zogenaamde «Positief Voorspellende Waarde» afneemt in latere rondes, ten opzichte van de eerste ronde. Dit houdt in dat het aantal deelnemers waarbij relevante bevindingen (darmkanker of vergevorderde poliepen) gevonden worden, ten opzichte van het totaal aantal deelnemers met een ongunstige uitslag van de ontlastingstest, daalt. Dit ligt in de lijn der verwachting: er worden minder afwijkingen gevonden in de vervolgrondes doordat deze in de eerdere uitnodigingsronde reeds gevonden en behandeld zijn.

Verbeteringen en ontwikkelingen in de bevolkingsonderzoeken

Deelname

De afgelopen jaren zien we een langzame daling in de deelname aan bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker. Voor darmkanker is het nog te vroeg om iets te kunnen zeggen over een eventuele trend in de deelname. Voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is naar aanleiding van de dalende deelnamegraad specifiek onderzocht wat redenen en ervaren barrières zijn. Over het algemeen zijn vrouwen zeer tevreden over de uitvoering van het bevolkingsonderzoek en hebben zij een heel hoge intentie tot deelname. De meest genoemde concrete redenen om toch niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek is dat het uitstrijkje vervelend lijkt, met angst voor gêne en pijn. Daarnaast wordt aangegeven «dat het er niet van komt» en dat men bang is voor de uitslag. De uitkomsten van het onderzoek worden meegenomen om de toegankelijkheid te verbeteren. Hierbij komt specifieke aandacht voor de eerst genodigden (30-jarigen), omdat hun deelname nu het laagste is.

Voor alle drie de bevolkingsonderzoeken geldt dat het kunnen maken van een goed geïnformeerde keuze om wel of niet deel te nemen voorop staat. Het is geen doel op zich om zo veel mogelijk mensen aan het bevolkingsonderzoek te laten deelnemen, al wordt dan wel op bevolkingsniveau de meeste gezondheidswinst behaald. Voor een individuele deelnemer kan het bevolkingsonderzoek groot voordeel hebben, indien kanker in een vroeg stadium wordt ontdekt en daardoor beter kan worden behandeld. Tegelijkertijd loopt een deelnemer wel een risico onnodig te worden doorverwezen en daardoor overbodige onderzoeken of behandelingen te ondergaan. De voorlichting rond de bevolkingsonderzoeken is erop gericht mensen te helpen een goede afweging te maken tussen de mogelijke voor- en nadelen, zodat ze een goed geïnformeerde keuze kunnen maken om wel of niet deel te nemen. Het RIVM verkent de komende periode of de communicatie over de bevolkingsonderzoeken naar kanker kan worden verbeterd om mensen beter te ondersteunen bij het maken van die keuze. Daarbij moet oog zijn voor de grote verschillen onder de deelnemers waar het gaat om persoonlijke omstandigheden en gezondheidsvaardigheden. Zo wordt specifiek materiaal ontwikkeld voor laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

Vernieuwing IT-systeem

Sinds medio 2019 zijn alle drie de bevolkingsonderzoeken aangesloten op hetzelfde IT-systeem ScreenIT. Aan dit systeem is ook een digitaal portaal gekoppeld waarin genodigden hun afspraken voor het bevolkingsonderzoek kunnen beheren. Via dit systeem kunnen deelnemers ook hun bezwaar aangeven tegen gebruik van hun screeningsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek om de bevolkingsonderzoeken te verbeteren. Voor het ontsluiten van de gegevens conform de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg is het nu mogelijk om dit aan te vragen bij de screeningsorganisaties. In 2021 wordt onderzocht wat nodig is om verder te kunnen aansluiten bij de landelijke ontwikkelingen zoals de persoonlijke gezondheidsomgeving.

MRI in het bevolkingsonderzoek borstkanker

Op 27 november 2019⁴ heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn verzoek aan de Gezondheidsraad voor een advies over de inzet van een MRI in bevolkingsonderzoek borstkanker voor cliënten met zeer dicht borstweefsel, aanvullend op de gebruikelijke mammografie. Aanleiding waren de verwachtingvolle resultaten uit de zogenaamde DENSE-studie. Gelijktijdig heb ik het RIVM opdracht gegeven om de uitvoeringsconsequenties in kaart te brengen. Op 6 oktober jl. heeft de Gezondheidsraad zijn advies uitgebracht⁵. De verkorte uitvoeringstoets van het RIVM is op dezelfde dag gepubliceerd. De Gezondheidsraad adviseert om het bevolkingsonderzoek borstkanker (nu) niet uit te breiden met MRI. Aanvullend gebruik van MRI bij cliënten met zeer dicht borstweefsel signaleert vaker borstkanker dan alleen mammografie, maar leidt ook tot meer foutpositieve uitslagen en tot meer overdiagnose en overbehandeling. De voordelen wegen daarmee voor de Gezondheidsraad nauwelijks op tegen de nadelen. De Gezondheidsraad ziet in de CEM-techniek (mammografie met een contrastmiddel) op korte termijn een eenvoudiger en goedkoper alternatief. De raad adviseert om daar een proefbevolkingsonderzoek voor op te zetten als onderdeel van een bredere samenhangende onderzoeksaanpak. Die zou niet alleen gericht moeten zijn op

⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 458.

⁵ Gezondheidsraad, MRI in bevolkingsonderzoek borstkanker, nr. 2020/21 Den Haag, 6 oktober 2020.

cliënten met zeer dicht borstweefsel, maar op alle cliënten in het bevolkingsonderzoek borstkanker. Tevens adviseert de Gezondheidsraad om binnen enkele jaren het volledige bevolkingsonderzoek naar borstkanker te evalueren. De verkorte uitvoeringstoets van het RIVM betreft in eerste instantie de gevolgen van invoering van MRI als aanvullende techniek. De toets bevat echter ook handzame informatie die relevant is indien het alternatief van de CEM-techniek verder wordt onderzocht. Mijn streven is om, conform uw verzoek, mijn standpunt op het advies aan uw Kamer te sturen voor het Algemeen Overleg Preventie van 3 december 2020. In mijn standpunt zal ik ook ingaan op de uitvoeringstoets van het RIVM.

Leeftijdsgrenzen bevolkingsonderzoek darmkanker

In mijn reactie op het advies van de Gezondheidsraad «Afkapwaarde in bevolkingsonderzoek darmkanker» dd. 2 september 2019⁶ heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn voornemen voor een integrale evaluatie van het bevolkingsonderzoek darmkanker. De Gezondheidsraad zal in 2021 met de evaluatie aan de slag gaan. In mijn antwoord op de vraag van het Kamerlid Hermans op 3 februari 2020 heb ik aangegeven dat deelnameleeftijd aan het bevolkingsonderzoek – waaronder een eventuele verlaging van 55 naar 50 jaar – ook onderdeel van deze evaluatie zal zijn. Op 8 september heeft de actiegroep «Red 1000 levens» een petitie aan uw vaste Kamercommissie VWS aangeboden om niet te wachten tot de evaluatie in 2021, maar de leeftijdsgrens zo snel als mogelijk tot 50 jaar te verlagen. Ik sta ervoor open de leeftijdsgrens te wijzigen, mits de voordelen in termen van geredde levens ook opwegen tegen de nadelen van overbodig vervolgonderzoek en behandeling. Een verlaging naar 50 jaar betekent uitbreiding van het programma met een groep van meer dan 1,2 miljoen personen.

Een mogelijke keuze voor een dergelijke majeure operatie wil ik kunnen nemen op basis van zorgvuldige afwegingen die het totaal van effectiviteit en de doelmatigheid van het programma betreffen. In de voorgenomen evaluatie zullen daartoe ook andere relevante aspecten worden betrokken – zoals de bovengenoemde afkapwaarde en de mogelijkheden tot risicostatificatie – en in samenhang met elkaar worden bekeken. De uitkomsten van de evaluatie en eventuele adviezen over het aanpassen van het huidige uitnodigingsbeleid kunnen in één worden gezien en eventueel doorgevoerd.

Actualiteiten

Nevenbevindingen bij bevolkingsonderzoek borstkanker

Het afgelopen jaar is verschillende keren met uw Kamer gecommuniceerd over nevenbevindingen bij het bevolkingsonderzoek borstkanker. Het meest recent is mij door middel van een motie van lid Ploumen van 24 juni 2020⁷ gevraagd te onderzoeken hoe ervoor kan worden gezorgd dat vrouwen met een implantaat, waarbij nevenbevindingen zijn die kunnen wijzen op (dreigende) gezondheidsschade, de gelegenheid wordt geboden dit met de huisarts te bespreken.

Op de eerste plaats is het een goed idee als vrouwen, waarbij in het bevolkingsonderzoek borstkanker een nevenbevinding is gevonden met betrekking tot een implantaat, die kan wijzen op dreigende gezondheidsschade, hierover in gesprek treden met de huisarts.

⁶ Kamerstuk 32 793, nr. 439.

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 1061.

Naar aanleiding van de motie heb ik overleg gevoerd met het RIVM. Het RIVM heeft overlegd met de betrokken beroepsgroepen. Mede in vervolg op de (maatschappelijke) aandacht die is besteed aan de problematiek van vrouwen met gezondheidsschade als gevolg van implantaten, hebben beroepsgroepen de Richtlijn Borstvergroting uit 2014 heroverwogen. Dit heeft geresulteerd in de publicatie van de herziene Richtlijn Borstprothesechirurgie op 16 oktober jl. De richtlijn is het initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie, en in samenwerking met betrokken beroepsgroepen maar ook met Patiëntenfederatie Nederland tot stand gekomen.

Eerder heb ik aangegeven dat het bevolkingsonderzoek borstkanker niet is bedoeld om afwijkingen van borstimplantaten op te sporen of te beoordelen⁸. De herziene richtlijn onderstreept dat de verantwoordelijkheid voor controle en begeleiding rondom een borstprothese en voor de initiatieven die daartoe genomen moeten worden, primair bij de verantwoordelijke plastisch chirurg en de vrouw ligt. Het bevolkingsonderzoek is geen controlemoment waarop zekerheid wordt geboden over de aanwezigheid en aard van mogelijke andersoortige afwijkingen. Op de mammografie die in het bevolkingsonderzoek wordt gemaakt, is namelijk vaak niet goed zichtbaar of er sprake is van een scheur en/of lekkage van de aanwezige implantaten, en ook niet of hierdoor gezondheidsschade kan ontstaan. De methode is daarmee niet geschikt om rupturen van de implantaten te onderzoeken. De screeningsradiologen zullen conform deze richtlijn handelen bij de beoordeling van borstfoto's, en zullen daarom nevenbevindingen met betrekking tot implantaten in principe niet melden.

Tegelijkertijd is het voorstelbaar dat als er wel iets wordt gezien dat mogelijk wijst op (dreigende) gezondheidsschade, dit van belang is voor de deelnemers. Daarom zal de beoordelende radioloog in het bevolkingsonderzoek borstkanker toch de huisarts informeren, indien de radioloog het zinvol acht dat er meer onderzoek naar een nevenbevinding wordt gedaan. De vrouw mag hierbij vertrouwen op de kennis en kunde van de radioloog. Vrouwen worden daarmee in de gelegenheid gesteld om met hun huisarts te overleggen over de gerapporteerde nevenbevinding. Conform mijn toezegging in de brief van 12 juni jl.⁹ is de informatie op de site van het RIVM aangepast. Er wordt nu helder uitgelegd wanneer vrouwen op de hoogte worden gebracht van een nevenbevinding, of wanneer de radioloog vindt dat de voordelen daarvan niet opwegen tegen de nadelen. Hiermee beschouw ik de motie van Kamerlid Ploumen¹⁰ als afgedaan.

Capaciteit binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker

Op dit moment geldt dat er in delen van Nederland een oplopend tekort is aan screeningslaboranten voor het maken van borstfoto's in het bevolkingsonderzoek borstkanker. Ik heb uw Kamer hierover op 20 september 2019 en 20 december 2019 geïnformeerd¹¹. Inmiddels is de Covid-19 epidemie gaande en dit heeft gevolgen voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (zie ook verder in deze brief). Na de herstart van dit bevolkingsonderzoek moeten bij het nemen van de foto's maatregelen genomen worden om te borgen dat deelnemers 1,5 meter afstand van elkaar kunnen houden, naast extra veiligheidsmaatregelen die eveneens de dagcapaciteit beïnvloeden. Daarnaast is het ziekteverzuim bij

⁸ Kamerstuk 32 793, nr. 469.

⁹ Kamerstuk 32 793, nr. 483.

¹⁰ Kamerstuk 29 689, nr. 1062.

¹¹ Kamerstuk 32 793, nr. 445 en Kamerstuk 32 793, nr. 469.

laboranten hoger dan normaal als gevolg van de afspraken dat iedereen met klachten thuisblijft, totdat met een negatieve test op Covid-19 is aangetoond dat er geen risico meer is op besmetting. Dit alles leidt ertoe dat het bevolkingsonderzoek borstkanker de komende tijd met een lagere capaciteit te maken heeft. De screeningsorganisaties streven ernaar 80–90% van de normale capaciteit te realiseren en regionale knelpunten op te lossen door over de grenzen van regio's heen te werken. Dit laatste kan betekenen dat laboranten verder reizen voor hun werk, maar ook dat deelnemers verder reizen om aan de screening te kunnen deelnemen. Dit is erop gericht te zorgen dat cliënten in Nederland een zo gelijkwaardig mogelijk aanbod aan screening hebben. Maar ook met deze maatregelen blijft het onmogelijk om cliënten die deel willen nemen om de twee jaar te screenen.

In overleg met het RIVM heb ik daarom besloten de screeningsorganisatie de mogelijkheid te bieden het uitnodigingsinterval tijdelijk te verruimen naar maximaal 3 jaar. Dit schept ruimte om de capaciteit zo gelijkwaardig mogelijk te verdelen. Daarnaast kan hiermee capaciteit vrij worden gemaakt om extra laboranten op te leiden, zodat op de langere termijn de capaciteit kan worden geborgd.

Ik vind het belangrijk dat de capaciteit aan laboranten zo effectief mogelijk wordt ingezet. Er zijn de afgelopen jaren een aantal ontwikkelingen geweest die van belang kunnen zijn voor een optimale inrichting van de screening. Nieuwe beeldvormende technieken en veranderingen in de incidentie en behandelbaarheid van de ziekte kunnen bijvoorbeeld aanleiding zijn om het programma in de toekomst anders in te richten. Ik zal de Gezondheidsraad vragen om mij te adviseren over optimalisatie van het programma, binnen de kaders van de beschikbare capaciteit aan zorgprofessionals.

Longkanker

In mijn brief van 8 juli 2020 over preventie longkanker¹² ben ik ingegaan op de resultaten van een onderzoek van het Erasmus MC waaruit zou blijken dat screening op longkanker bij rokers en ex-rokers nuttig kan zijn. Hoewel de uitkomsten inderdaad veelbelovend zijn, kent het uitbreiden van een dergelijk onderzoek tot een landelijk bevolkingsonderzoek enkele belemmeringen in de uitvoering. Zo het noodzakelijk dat de doelgroep goed kan worden afgebakend. Bij de NELSON-studie konden mensen meedoen die zelf aangaven een bepaalde hoeveelheid sigaretten per dag te roken of te hebben gerookt gedurende bijvoorbeeld 10 jaar. Het is lastig te bepalen wat te doen als mensen ook wel minder sigaretten hebben gerookt, of gedurende een jaar tijdelijk niet rookten. Waar we met de huidige bevolkingsonderzoeken naar kanker mensen uit leeftijdscategorieën uitnodigen, zouden we bij longkanker mensen uitnodigen louter op geleide van wat mensen zelf opgeven. Deze zelfopgave kan niet gecontroleerd worden terwijl de criteria ook niet goed afgebakend kunnen worden. Omdat deze belemmeringen voorlopig niet weggenomen kunnen worden, ligt invoering van een bevolkingsonderzoek longkanker niet voor de hand. Ik heb in genoemde brief aangegeven dat daarom vooral wordt ingezet op het ontmoedigen van roken als belangrijkste oorzaak van longkanker.

Bestuurlijke structuur bevolkingsonderzoeken kanker

In najaar 2019 is gestart met een traject tot een nieuwe bestuurlijke structuur van de bevolkingsonderzoeken naar kanker om deze meer toekomstbestendig te maken. Op 17 april 2019¹³ heb ik uw Kamer

¹² Kamerstuk 32 793, nr. 489.

¹³ Kamerstuk 32 793, nr. 376.

geïnformeerd over de achtergronden. Het afgelopen jaar hebben de betrokken partijen het Ministerie van VWS, het RIVM en de vijf regionale screeningsorganisaties gewerkt aan een contourendocument voor een gewenste taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en een daarbij behorende optimale onderlinge bestuursstructuur. Wezenlijk onderdeel daarbij is dat in de nieuwe bestuurlijke ordening de eigenlijke uitvoering van de bevolkingsonderzoeken gebeurt door één landelijke organisatie in plaats van de huidige vijf organisaties. Daartoe hebben de vijf regionale screeningsorganisaties een fusietraject ingezet. Dit heeft geleid tot de bestuurlijk gefuseerde landelijke organisatie «Bevolkingsonderzoek Nederland» per 1 september jl. De komende tijd zal de juridische fusie plaatsvinden. VWS en RIVM zullen met Bevolkingsonderzoek Nederland met concrete praktische afspraken invulling geven aan de contouren voor de onderlinge samenwerking. De verwachting is dat het hele traject voor de zomer van 2021 is afgerond.

Caribisch Nederland

Op 20 december 2019¹⁴ heb ik u geïnformeerd over de gestarte pilot borstkankerscreening en de verkenning door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM met een advies voor de uitvoering en de organisatiestructuur van de pilots bevolkingsonderzoeken op Caribisch Nederland. In de brief van 5 oktober jl.¹⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten en evaluatie van de pilot. Hierin heb ik ook een doorkijk gegeven naar de doelstellingen die ik de komende jaren wil bewerkstelligen door een opdrachtverlening aan het RIVM, namelijk om te komen tot het opzetten van een duurzame programmastructuur voor bevolkingsonderzoeken op Caribisch Nederland, waarvan de basis uiterlijk 2022 staat.

COVID-19 pandemie

De COVID-19 pandemie heeft grote invloed gehad op de bevolkingsonderzoeken en heeft dat nog steeds. U bent hierover op meerdere momenten geïnformeerd. De bevolkingsonderzoeken zijn op 16 maart jl. tijdelijk gestopt.¹⁶ Hiermee is de druk op de reguliere zorg door verwijzingen vanuit de bevolkingsonderzoeken tijdelijk verminderd. Zodra er weer ruimte in de reguliere zorg ontstond voor doorverwijzingen vanuit de bevolkingsonderzoeken zijn deze weer van start gegaan, met als inzet om zo snel mogelijk weer op volle sterkte te kunnen draaien.¹⁷ Randvoorwaarden hierbij waren de beschikbare capaciteit van de benodigde vervolgzorg en de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen om verantwoord te kunnen screenen.¹⁸ Ook wordt gewerkt aan het waar mogelijk inlopen van de ontstane achterstanden.¹⁹

Alle drie de bevolkingsonderzoeken zijn voor de zomer weer gestart. De bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en darmkanker worden inmiddels weer volledig uitgevoerd. Het bevolkingsonderzoek borstkanker is op halve kracht gestart, is tussentijds opgeschaald richting 75% en zal de komende tijd waar mogelijk verder opschalen (zie de alinea «Capaciteit binnen bevolkingsonderzoek borstkanker»). Het bevolkingsonderzoek darmkanker is inmiddels met de inhaalslag begonnen. Mits voldoende capaciteit in de zorg kunnen de achterstanden eind eerste

¹⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 469.

¹⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 498.

¹⁶ Kamerstukken 32 793 en 25 295, nr. 475.

¹⁷ Kamerstukken 32 793 en 25 295, nr. 480.

¹⁸ Kamerstuk 32 793, nr. 490.

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 543.

kwartaal 2021 zijn weggewerkt. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker werkt aan de inhaalslag, naar verwachting kan deze in 2021 plaatsvinden en loopt deze in ieder geval nog door in 2022. Gezocht wordt naar mogelijkheden om meer snelheid te maken.

Inmiddels komt de tweede COVID-golf over ons heen. Alles is erop gericht om te voorkomen dat de bevolkingsonderzoeken weer stil komen te liggen. Het RIVM heeft samen met de ketenpartners verschillende maatregelen uitgewerkt die kunnen worden ingezet wanneer de reguliere zorg onder zodanige druk komt te staan dat minder vervolgzorg beschikbaar is.

Dit geeft de mogelijkheid de bevolkingsonderzoeken bij te sturen om negatieve gevolgen zo beperkt mogelijk te houden. Met de tweede golf loopt ook de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker terug. Deelnemers lijken terughoudend te zijn om de huisarts te bezoeken om zich te laten screenen. Om dit te ondervangen krijgen deelnemers direct de zelfafnameset als alternatief voor het uitstrijkje aangeboden.

Het RIVM verwacht eind dit jaar de eerste inzichten te hebben over de gevolgen van het tijdelijk stopzetten van de bevolkingsonderzoeken. De monitors die volgend jaar uitkomen zullen een uitgebreider inzicht geven in de gevolgen van de COVID-19 pandemie voor de bevolkingsonderzoeken.

De COVID-19 pandemie heeft in 2020 directe en grote invloed gehad op de bevolkingsonderzoeken. Positief is dat ondanks de onrust die dit met zich mee bracht de inzet op verbetering en innovatie gewoon is doorgegaan. Ik heb grote waardering voor de inzet van alle partijen in de keten die dit mogelijk hebben gemaakt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis