



DRAAIBOEK BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARMKANKER

JANUARI 2026

1.	Gezondheidsdoelstelling	2
2.	Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen	3
2.1.	Incidentie	3
2.2.	Prevalentie in Vlaanderen	3
2.3.	Sterfte in Vlaanderen	6
3.	Europese richtlijnen	7
4.	Vlaamse regelgeving en afspraken met de federale en andere overheden (protocolakkoorden)	7
4.1.	Preventiedecreet	7
4.2.	Preventieprotocol	7
5.	Toelating voor de Bevolkingsonderzoeken Kanker door de WG BVO	7
5.1.	Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker (10/07/2024).....	7
5.2.	Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (10/06/2011)	7
5.3.	Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker (5/5/2011).....	8
5.3.1.	Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek.....	8
5.3.2.	Aanvullend advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bij advies nr.110-03 over ‘een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker’ (13/09/2011) 10	
6.	Goed bestuur	12
6.1.	Algemene taakomschrijving (actieplan)	12
6.2	Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.....	15
6.3	Overzicht kwaliteitsindicatoren met berekeningswijze en verantwoordelijke actoren	16
6.4	Klachtenprocedure	16
7.	Procedure gegevensregistratie -en uitwisseling	17
8.	Participatie	19
8.1.	Informatie- en sensibiliseringsplan.....	19
8.2	Procedure taaladvies.....	20
8.2.1	Taaladvies: toegankelijkheid van de aangeboden informatie	20
8.2.2	Wat is toegankelijke informatie?	20
8.3.	Materialen	22
9.	Kwaliteit Bevolkingsonderzoek kanker	23
9.1.	Doelgroepselectie en uitnodiging	23

9.1.1 Procedure bepalen exclusie- en uitnodigingsbestand (CvKO en BCR)	23
9.1.2 Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten.....	31
9.1.3 Jaarplanning uitsluitingslijsten.....	35
9.2. Procedure verzenden uitnodigingsbrieven (CvKO).....	38
9.2.1 Het uitnodigingsbestand en de uitnodigingsstrategie	38
9.2.2 Procedure van verzending	40
9.2.3 Procedure van stockbeheer en bestelling afnamesets.....	42
9.2.5 Procedure afmeldingen en weigeringen	43
9.3. Toepassen screeningsinstrument	45
9.3.1 Procedure bestelling en levering iFOBT's en reagentia (Departement Zorg).....	45
9.3.2 Procedure gebruik iFOBT-test.....	45
9.4 Analyse en beoordeling.....	45
9.4.1 Richtlijnen voor analyse van de iFOBT-test	45
9.4.2 Procedure voor evaluatie en remediëring van het labo.. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
9.5. Resultaatsmededeling.....	48
9.6 Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat.....	49
9.6.1 Kwaliteitscriteria voor coloscopieën	49
9.6.2 Procedure faalveiligheidssysteem opzetten en monitoren.....	49
9.6.3 Screengedetectede kankers en intervalkankers voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.....	51
9.6.4 Follow-up-gegevens na een afwijkende iFOBT	53

1. Gezondheidsdoelstelling

Van 2025 tot 2035 realiseren we maximale gezondheidswinst voor de bevolking in Vlaanderen door een passend, kwaliteitsvol en wetenschappelijk onderbouwd screeningsaanbod op maat van de doelgroep voor borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker en volgen we nieuwe ontwikkelingen nauwgezet op

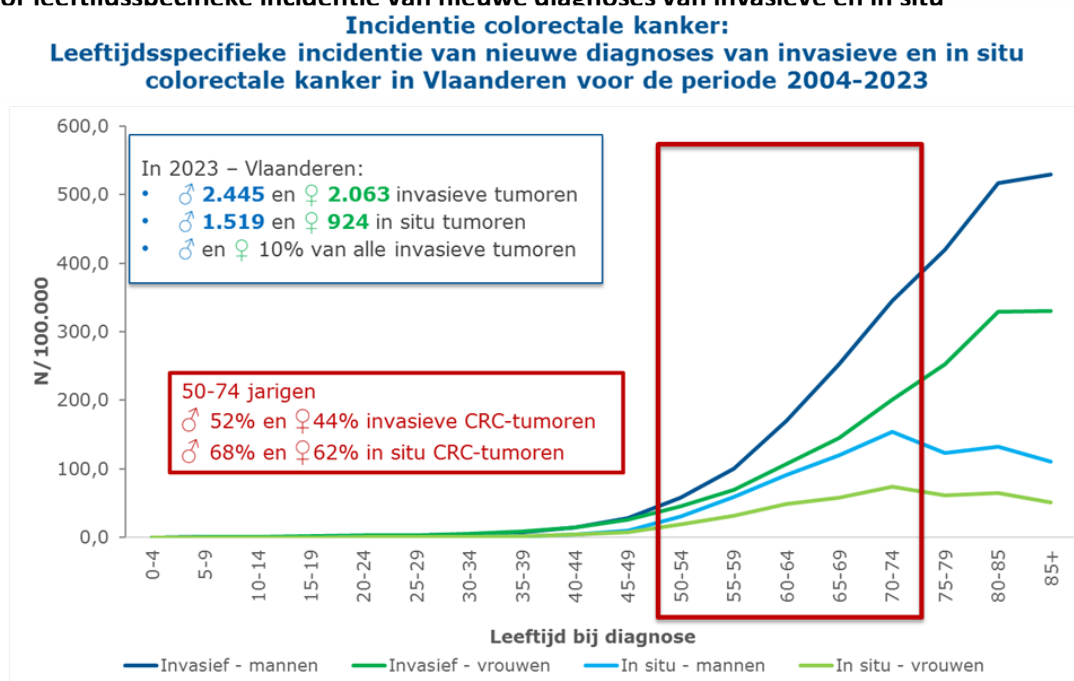
<https://www.departementzorg.be/nl/gezondheidsdoelstelling-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker>

2. Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen

2.1. Incidentie

In figuur 1 is de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen weergegeven per geslacht, zowel voor de invasieve als de in situ dikkedarmkanker. In 2023 werden er in Vlaanderen bij mannen 2.445 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 1.519 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 52% en 68% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 74 jaar valt. In 2023 werden er in Vlaanderen bij vrouwen 2.063 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 924 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 44% en 62% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 74 jaar valt. Dikkedarmkanker vormt 10% van alle invasieve tumoren bij mannen en vrouwen.

Figuur 1: Voor leeftidsspecifieke incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve en in situ colorectale kanker



CR: De crude rate wordt verkregen door het absolute aantal diagnoses (N) te delen door de bijbehorende risicopopulatie (N/100.000). Bron: [Belgian Cancer Registry](#)

2.2. Prevalentie in Vlaanderen

De prevalentie van kanker omvat alle personen die nog in leven zijn op een bepaalde datum en bij wie in een voorbije periode een vorm van kanker is vastgesteld. Kankerprevalentie wordt zowel bepaald door de kankerincidentie als de kankeroverleving. Zo zullen kankers met een hoge incidentie en een goede overleving een hoge prevalentie hebben, terwijl kankers met hoge incidentie maar met een slechte overleving een lage prevalentie hebben. Op basis van beschikbare kankerincidentie- en overlijdensgegevens werd de 1-, 5-, 10- en 15-jaars prevalentie van (invasieve) kankers in Vlaanderen berekend. De 1-, 5-, 10- en 15-jaarsprevalentiecijfers op 31/12/2023 voor alle invasieve dikkedarmkankers voor mannen en vrouwen in het Vlaamse Gewest zijn weergegeven in tabel 5. Deze prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er op 31/12/2023 nog in leven zijn en in de periode van 1, 5, 10 of 15 jaar hieraan voorafgaand dikkedarmkanker kregen.

Tabel 1: Prevalentie van invasieve dikkedarmkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden per geslacht en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2023) (ICD-10 C18-C20)

Geslacht		1- Jaar	5-Jaar	10- Jaar	15- Jaar
Mannen	Aantal mannen (N)	2155	8759	16355	21018
	Proportie (N per 100.000)	63,8	259,3	484,2	622,3
Vrouwen	Aantal vrouwen (N)	1827	7398	13394	17340
	Proportie (N per 100.000)	53,0	214,8	388,9	503,4

Bron: [Belgian Cancer Registry](#)

De 5-jaarsprevalentie voor invasieve dikkedarmkanker is 259 per mannelijke populatie van 100.000 en 215 vrouwen per vrouwelijke populatie van 100.000. Dit wil zeggen dat 0,3% van de Vlaamse mannen en 0,2% van de Vlaamse vrouwen in de periode van 5 jaar voorafgaand aan 31/12/2023 de diagnose van invasieve dikkedarmkanker kreeg en nog steeds in leven is op die datum (zie tabel 1 hierboven). De 1-, 5-,10- en 15-jaarsprevalentiecijfers voor invasieve dikkedarmkanker op 31/12/2023 voor het Vlaamse Gewest per leeftijdsgroep en geslacht zijn weergegeven in tabel 2 en 3 hieronder.

Tabel 2: Geobserveerde 1-, 5-, 10- en 15-jaar prevalentie van invasieve dikkedarmkanker bij mannen in Vlaanderen, per leeftijdsgroep (situatie op 31/12/2023) (ICD-10 C18-C20)

Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal mannen (N)	273	1081	1551	1776
	Proportie (N per 100.000)	58,7	232,6	333,7	382,1
60-69 jaar	Aantal mannen (N)	531	2122	3782	4553
	Proportie (N per 100.000)	122,6	489,9	873,2	1051,2
70-74 jaar	Aantal mannen (N)	353	1360	2741	3491
	Proportie (N per 100.000)	212,5	818,8	1650,3	2101,8

Bron: [Belgian Cancer Registry](#)

Tabel 3: Geobserveerde 1-, 5-, 10- en 15-jaar prevalentie van invasieve dikkedarmkanker bij vrouwen in Vlaanderen, per leeftijdsgroep (situatie op 31/12/2023) (ICD-10 C18-C20)

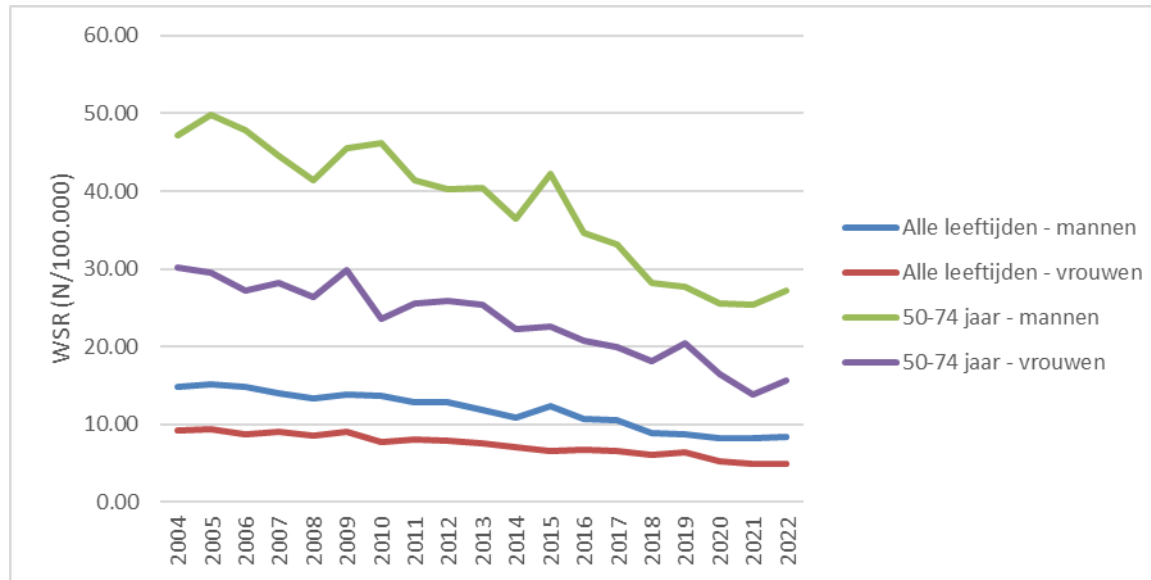
Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal vrouwen (N)	199	849	1307	1558
	Proportie (N per 100.000)	43,8	186,7	287,5	342,7
60-69 jaar	Aantal vrouwen (N°)	388	1465	2671	3267
	Proportie (N per 100.000)	88,5	334,2	609,3	745,2
70-74 jaar	Aantal vrouwen (N)	246	954	1848	2358
	Proportie (N per 100.000)	138,9	538,6	1043,3	1331,2

Bron: [Belgian Cancer Registry](#)

2.3. Sterfte in Vlaanderen

De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit door dikkedarmkanker in Vlaanderen is weergegeven in figuur 2 voor alle leeftijden.

Figuur 2: Evolutie van de sterfte door dikkedarmkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden en voor de leeftijdscategorie 50-74 jaar, voor vrouwen en mannen, (2004-2022)



WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren), Bron: www.statbel.fgov.be

3. Europese richtlijnen

[European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis](#)

Nieuwe Europese richtlijnen zijn in aanmaak, maar nog niet gepubliceerd op 26/01/2025. Zie hieronder voor stand van zaken:

<https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=289&usertype=282>

Belgische richtlijn i.s.m. Domus Medica: [Aanbevelingen | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

4. Vlaamse regelgeving en afspraken met de federale en andere overheden (protocolakkoorden)

4.1. Preventiedecreet

Specifiek artikel 68/1 betreffende de organisatie van de bevolkingsonderzoeken naar kanker:

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1012025¶m=inhoud&AID=1357303>

4.2. Preventieprotocol

[Protocolakkoord](#)

5. Toelating voor de Bevolkingsonderzoeken Kanker door de WG BVO

5.1. Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker (10/07/2024)

https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2024-08/24-02_WG_BVO_HPV-screening.pdf

5.2. Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (10/06/2011)

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%2011-05.pdf>

5.3. Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker (5/5/2011)



Vlaamse werkgroep
Bevolkingsonderzoek

05/05/2011

ADVIES nr. 11-03

Betreft: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

https://res.cloudinary.com/deueykgii/image/upload/v1738761192/11-03_WG_BVO_Vlaams_Bevolkingsonderzoek_naar_dikkedarmkanker_w96lfs?_a=DATAg1AAZAA0

5.3.1. Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

In 1999 stelde het Raadgevend comité voor kankerpreventie van de Europese Unie aanbevelingen voor aan de lidstaten rond de screening naar onder andere colorectale kanker. De aanbeveling bestond erin om, indien men een screeningsprogramma zou implementeren, de screening uit te voeren aan de hand van het opsporen van bloed in een stoelgangstaal bij alle inwoners van 50 tot en met 74 jaar. Deze aanbeveling werd in 2003 uitgebreid met een beschrijving van kwaliteitsvereisten waaraan screeningsprogramma's naar kanker in Europa zouden moeten voldoen. In het voorjaar van 2011 verschenen Europese aanbevelingen over screening bij colorectale kanker.

In 2008 besliste de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om in Vlaanderen met behulp van een pilootproject de haalbaarheid te onderzoeken van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen. De resultaten van dit pilootproject werden midden februari 2011 voorgesteld. Minister Vandeurzen vroeg de werkgroep Darmkankeropsporing om een adviesvraag voor te bereiden op basis waarvan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek hem kan adviseren in het nemen van de beslissing om al dan niet een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen op te starten.

De werkgroep adviseert om bij de verdere implementatie van het bevolkingsonderzoek in elk geval rekening te houden met de volgende punten:

1. In informatiefolders en uitnodigingen moeten becijferde gegevens over de te verwachten voor- en nadelen van screening (m.i.v. screeningscolonoscopies) van meet af aan evenwichtig aan bod komen: o.a. het aantal levens dat kan worden gered door screening en het aantal deelnemers dat er geen baat bij zal hebben, wat de kans is om een afwijkend resultaat te hebben en wat de risico's zijn verbonden aan het vervolgonderzoek. Beschikbaar stellen van een 0-800 lijn of website met meer informatie, is belangrijk.
2. Het is vaak dezelfde subgroep van de bevolking die niet deelneemt aan preventie-initiatieven. De klassieke communicatietechnieken werken niet voor die groep. Folders en website veronderstellen immers een hoge graad van geletterdheid. Extra aandacht voor en inspanningen naar kwetsbare groepen is daarom nodig bij elk bevolkingsonderzoek – en bij uitbreiding bij alle beleidsinitiatieven. Dit gebeurt idealiter door samenwerking tussen meerder beleidsdomeinen en door de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg te verbeteren.
Dit houdt ook in dat de initiatiefnemer van het bevolkingsonderzoek van bij de start van het bevolkingsonderzoek minstens een aantoonbare en evalueerbare inspanning moet leveren om iedereen uit de doelgroep via aangepaste sensibilisatie en uitnodigingen te bereiken. Op welke manier sommige kwetsbare groepen wel bereikt kunnen worden, kan via een aantal pistes in een pilootformat worden uitgetest.
3. De doelstelling op vlak van te bereiken participatie moet duidelijker zijn.
4. Bij de implementatie van dit bevolkingsonderzoek zullen huisartsen een belangrijke rol hebben, o.a. wat betreft het correct informeren en verwijzen van patiënten naar het bevolkingsonderzoek en in te staan voor doorverwijzing naar colonoscopie bij een afwijkend screeningsresultaat. Op basis van gegevens in het medisch dossier (voorgeschiedenis, familiale antecedenten, resultaten eerdere onderzoeken) en anamnestiche gegevens kan het nodig zijn af te wijken van het bevolkingsonderzoek en een meer passend aanbod voor te stellen. Het is hierbij belangrijk maximaal gebruik te maken van informatie die aanwezig is in het medisch dossier, en om dit dossier correct aan te vullen.
5. Voor personen die aan bepaalde criteria voldoen (o.a. hoogrisicogroepen) is het gebruikte screeningsinstrument niet het meest geschikt. Aan hen wordt in het informatie- en sensibiliseringsmateriaal aangeraden contact op te nemen met de behandelend arts. Het is niet uitgesloten dat deze personen toch deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Het zal moeilijk zijn hen te identificeren bij de evaluatie van het bevolkingsonderzoek.
6. De analyse van een iFOBT is relatief eenvoudig en goed te standaardiseren. De reden om de labotaak te centraliseren, is kosteneffectiviteit. Het gebruikte toestel is duur en investeren in meerdere toestellen voor meerdere settings is moeilijk te verantwoorden. De werkgroep vindt dit een goed uitgangspunt.
7. Er is momenteel geen georganiseerde kwaliteitscontrole voor colonoscopies. De werkgroep pleit ervoor onmiddellijk (van bij de start van het bevolkingsonderzoek) over een colonoscopieregister te beschikken.

Registratie is echter slechts één aspect om de kwaliteit te bewaken. Het is belangrijk om van bij de start van het bevolkingsonderzoek duidelijk kwaliteitscriteria te formuleren (op basis van de EU-aanbeveling) en verifieerbare kwaliteitsnormen op te leggen.

Een zwakke schakel m.b.t. kwaliteit is het feit dat een colonoscopie kan worden uitgevoerd door alle gastro-enterologen in Vlaanderen en dat geen minimale colonoscopie-activiteit of andere kwaliteitsvoorwaarden worden geëist. Het feit dat de Vlaamse overheid, in tegenstelling tot mammografische eenheden in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, gastro-enterologen geen speciale erkenning geeft voor het uitvoeren van een colonoscopie, en dus ook geen maatregelen kan nemen bij slechte kwaliteit, is daarbij een aandachtspunt.

In de adviesvraag wordt gesteld dat, 'wat kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken betreft, in overleg met de sector bekeken wordt welke opties mogelijk zijn in Vlaanderen'. Dit is te vrijblijvend.

De werkgroep vindt het aangewezen dit bevolkingsonderzoek, drie jaar na de opstart ervan, opnieuw te evalueren.

5.3.2. Aanvullend advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bij advies nr.110-03 over 'een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker' (13/09/2011)

https://res.cloudinary.com/deueykgii/image/upload/v1738760512/11-07_WG_BVO_Vlaams_Bevolkingsonderzoek_naar_dikkedarmkanker_wigb2r?_a=DATAg1AAZA_A0



Vlaams Agentschap
Zorg & Gezondheid

Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek
13/09/2011

Vorbereitung ADVIES nr. 11-07

Betreft: aanvullend advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bij advies nr. 110-03 over 'een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker'

5.3.2.1. Algemeen

Op 31 mei 2011 formuleerde de werkgroep een advies (nr. 11-03) over een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. In dit advies werden een aantal strikte voorwaarden

opgenomen te vervullen voordat een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker kan geïmplementeerd worden. Het betreft onder andere de garantie op kwaliteitsbewaking van de colonoscopies na een afwijkend screeningsresultaat.

Sinds het formuleren van dit advies, werd een initiatief van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker bij werknemers van BASF ingediend (zie advies nr. 11-06). Het is in geen enkel opzicht de bedoeling van de werkgroep om aan initiatieven door derden m.b.t. opsporen van dikkedarmkanker minder strenge eisen te stellen dan aan het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Anderzijds, de gestelde voorwaarden in advies nr. 11-03 zijn niet evident te realiseren. Ze laten, ondanks de evidentie voor het organiseren van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker, niet toe om relatief snel een dergelijk bevolkingsonderzoek op te starten.

5.3.2.2. Advies

De werkgroep nuanceert het eerder advies nr. 11-03 over het Vlaams bevolkingsonderzoek:

1. De voorwaarde rond kwaliteitsbewaking voor colonoscopies, nodig voor implementatie van een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker (advies nr. 11.03) “Er is momenteel geen georganiseerde kwaliteitscontrole voor colonoscopies. De werkgroep pleit ervoor onmiddellijk (van bij de start van het bevolkingsonderzoek) over een colonoscopieregister te beschikken.” wordt genuanceerd: De ontwikkeling van een optimaal colonoscopieregister, inclusief het verkrijgen van het nodige draagvlak bij de beroepsgroep en het bepleiten van een verplicht karakter door koppeling aan de nomenclatuur is noodzakelijk om de kwaliteit te bewaken, maar zou de start van (elk) bevolkingsonderzoek ter zake voor lange tijd uitstellen. Streven naar opstarten met een minimaal vrijwillig register is aanvaardbaar en wordt gezien als een eerste stap in een verbetertraject dat uiteindelijk moet kunnen resulteren in een meer uitgebreid verplicht register.
2. Voor elk initiatief van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker waarvoor, in afwachting van het implementeren van een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker een toestemming wordt gevraagd en verleend, gelden bij voorbaat de volgende voorwaarden:
 - een aanvraag voor toestemming moet ingediend worden met het formulier ‘aanvraag voor toestemming voor bevolkingsonderzoek’ (<https://bevolkingsonderzoek.be/nl/bvo/procedure-om-toestemming-aan-te-vragen-voor-een-bevolkingsonderzoek>)
 - In afwachting van implementatie van een Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker moet het verloop van het initiatief, de registratie en de evaluatie op zo veel mogelijk punten op gelijke wijze uitgewerkt worden zoals in het pilootproject ‘bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker’ van het Centrum voor Kankerpreventie van de Universiteit Antwerpen), en minstens wat betreft:
 - de doelgroep;
 - het screeningsinstrument en screeningsinterval;
 - kwaliteitsvereisten voor het behandelen van het staal en analyse van het staal;
 - het screeningsbeleid t.a.v. de hoog risico-groep;
 - de methodieken en materialen voor informeren en sensibiliseren;

- In de communicatie naar de bevolking, Gezondheidsmakers en zorgaanbieders moet duidelijk zijn dat het initiatief niet gekoppeld is aan (geen vervolg is op) het pilootproject ‘bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker’.
 - het initiatief kan alleen een toestemming krijgen voor bepaalde duur, en met name maximaal 2 jaar; nadien moet opnieuw een toestemming worden gevraagd;
 - bij implementatie van een Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker moet het initiatief, onmiddellijk en volledig afgestemd worden op de organisatie van het Vlaams bevolkingsonderzoek.

6. Goed bestuur

6.1. Algemene taakomschrijving (actieplan)

Figuur 3 geeft een overzicht van de belangrijkste verbanden tussen de actoren, opgesplitst per functie. Zoals deze figuur toont, zijn de relaties tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker redelijk complex. De complexiteit is te verklaren door de veelheid van organisaties en actoren die nodig zijn om de uitvoering van alle stappen in de bevolkingsonderzoeken tot een goed einde te brengen, en, in mindere mate, door de bevoegdheidsverdeling tussen federaal en gemeenschaps- en gewestniveau. De kleuren van de blokjes wijzen op de betrokkenheid bij de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker:

	actor die rechtstreeks betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (qua beleid of bij uitvoering)
	actor die indirect betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (vooral omwille van federale bevoegdheden)
	actor die indirect betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (vooral op het lokale niveau)
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

De pijlen wijzen op een eenrichtingsrelatie (→) of wederzijdse relaties (↔) en de kleuren naar de taak van de actor(en) binnen deze relatie:

→	financiering door Vlaamse overheid voor uitvoering van het bevolkingsonderzoek, gekoppeld aan rapportering over financiële stand van zaken
→	erkenning voor taken in uitvoering van het bevolkingsonderzoek
→	overleg & samenwerking in het kader van het bevolkingsonderzoek (meestal via CvKO)
→	overleg & samenwerking in het kader van Belgische gezondheidszorg
→	advies & feedback

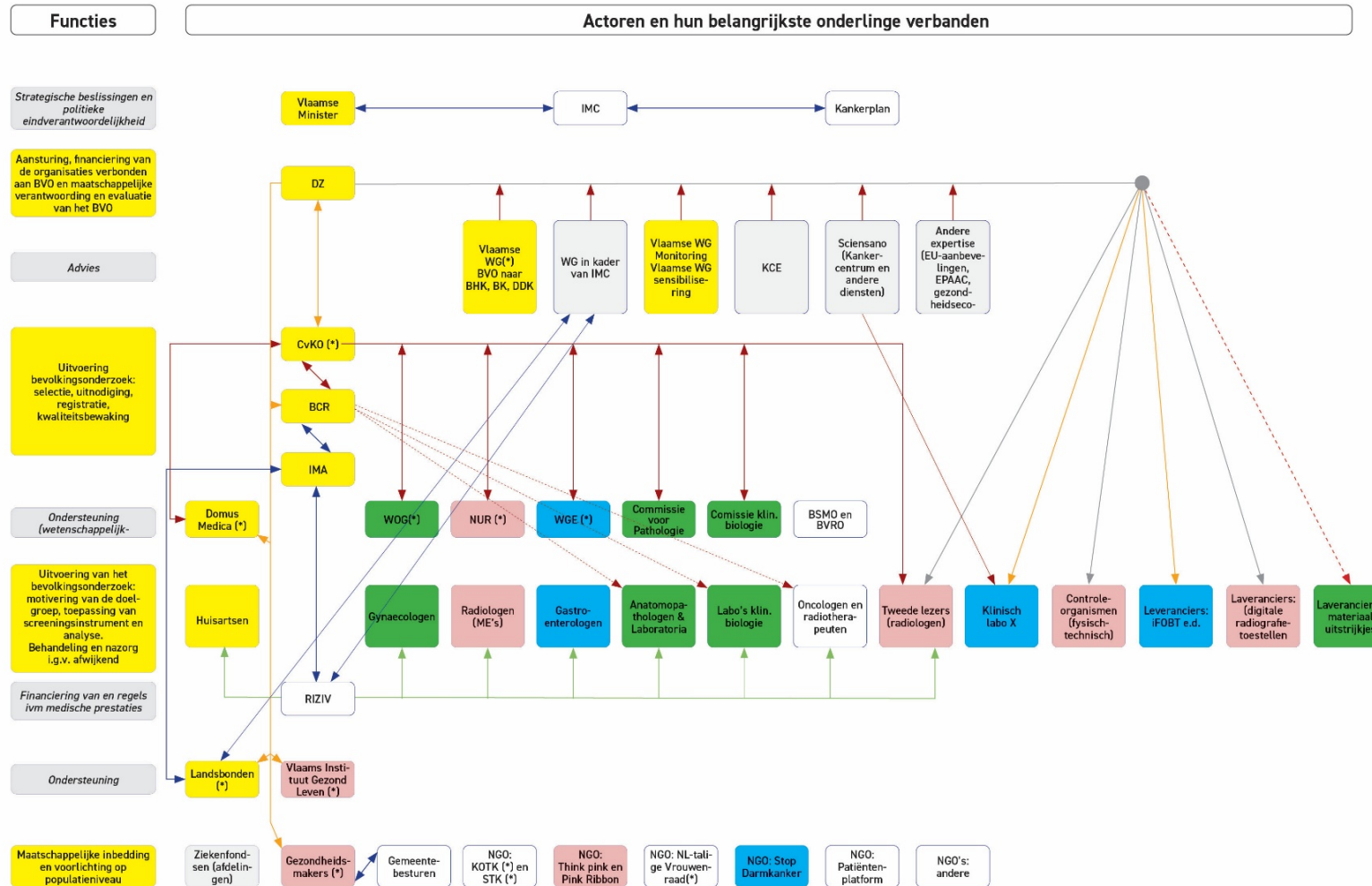
→ betaling voor medische prestaties.

* duidt aan dat de organisatie een afvaardiging in één van de Vlaamse werkgroepen heeft.

Meer toelichting bij de invulling van deze taken en verbanden wordt hieronder gegeven¹. De specifieke actoren en hun taken per bevolkingsonderzoek zijn opgelijst in de desbetreffende werkteksten over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst-, en dikkedarmkanker, die ook werden voorbereid in aanloop naar de Gezondheidsconferentie.

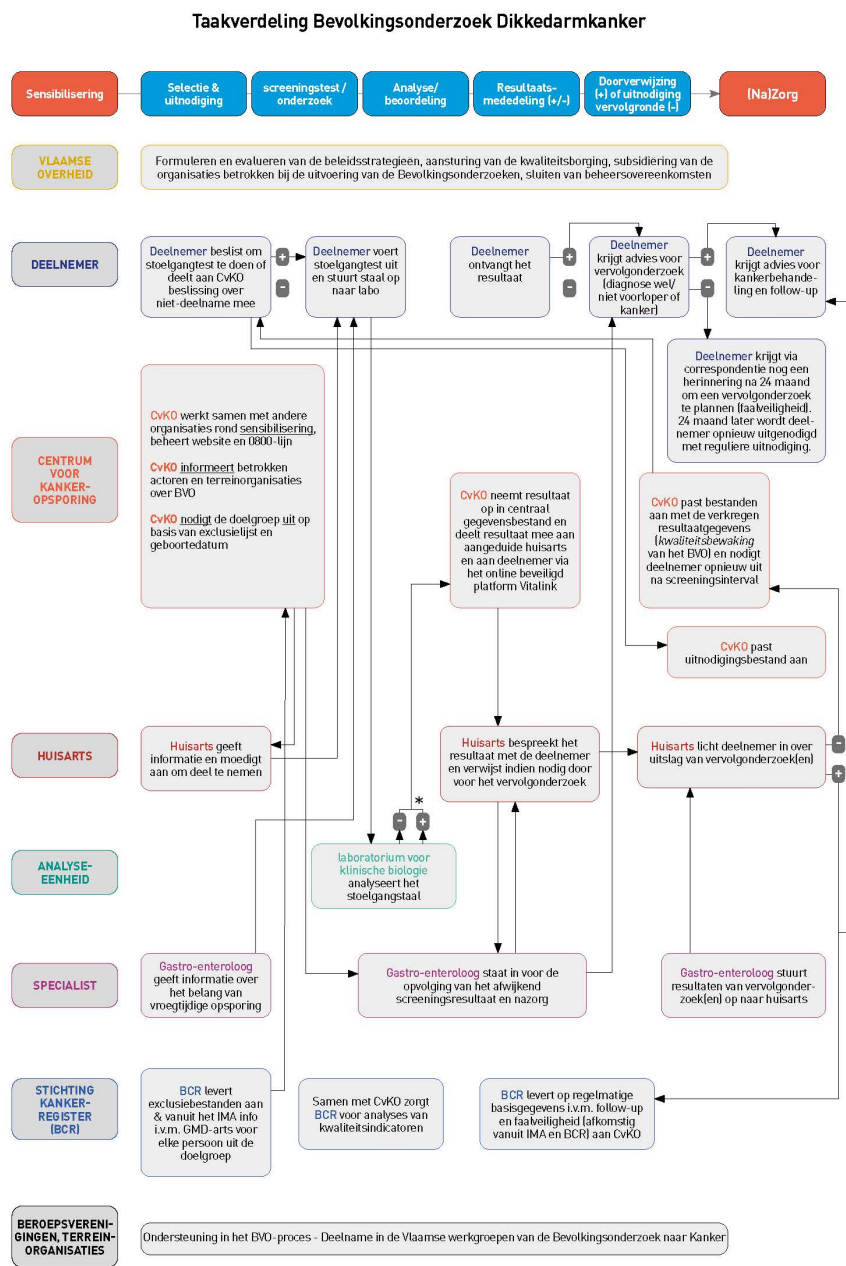
¹ De pijl tussen Sciensano en het geselecteerde labo voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker wijst op de accreditatie van laboratoria waarvoor Sciensano verantwoordelijk is.

Figuur 4: Organisatiestructuur van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker



6.2 Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Figuur 5: Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker



* error recall in labo wordt ook doorgegeven aan CvKO, en CvKO bezorgt deelnemer nieuwe afnameset met melding soort error recall

6.3 Overzicht kwaliteitsindicatoren met berekeningswijze en verantwoordelijke actoren

Jaarlijks wordt een rapport gepubliceerd, door CvKO en BCR, met de belangrijkste kwaliteitsindicatoren, en hun berekeningswijze. Zie hiervoor [deze link](#).

Daarnaast worden de belangrijkste indicatoren m.b.t. totale dekking en responsgraad ook transparant weergegeven via de website InCijfers: <https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be>

6.4 Klachtenprocedure

Met een uniform, gestandaardiseerd registratieformulier bevolkingsonderzoeken worden de binnenkomende meldingen in een centraal onlinesysteem geregistreerd. Een melding wordt in 4 categorieën onderverdeeld:

- Een **klacht**: gedefinieerd als een ontevredenheid over iets. Een klacht ontstaat wanneer de verwachting van de deelnemer niet overeenkomt met de werkelijk beleefde toestand. De persoon ondervindt hinder van hetgeen zij meldt. Bijvoorbeeld: "Ik ontving geen resultaat".
- **Melding**: iets waarop men de aandacht vestigt, feedback over een onderdeel van het bevolkingsonderzoek. De aanmelder ondervindt geen hinder van hetgeen zij meldt. Bijvoorbeeld 'bevolkingsonderzoek is een zinloos.'
- **Suggestie**: een voorstel tot verbetering. Bijvoorbeeld 'Het zou beter de brief vermeld of men de afspraak al dan niet moet bevestigen.'
- **Vraag**: een verzoek om een inlichting of actie. Bijvoorbeeld: 'Kan ik wel deelnemen want ik heb borstprothesen?'

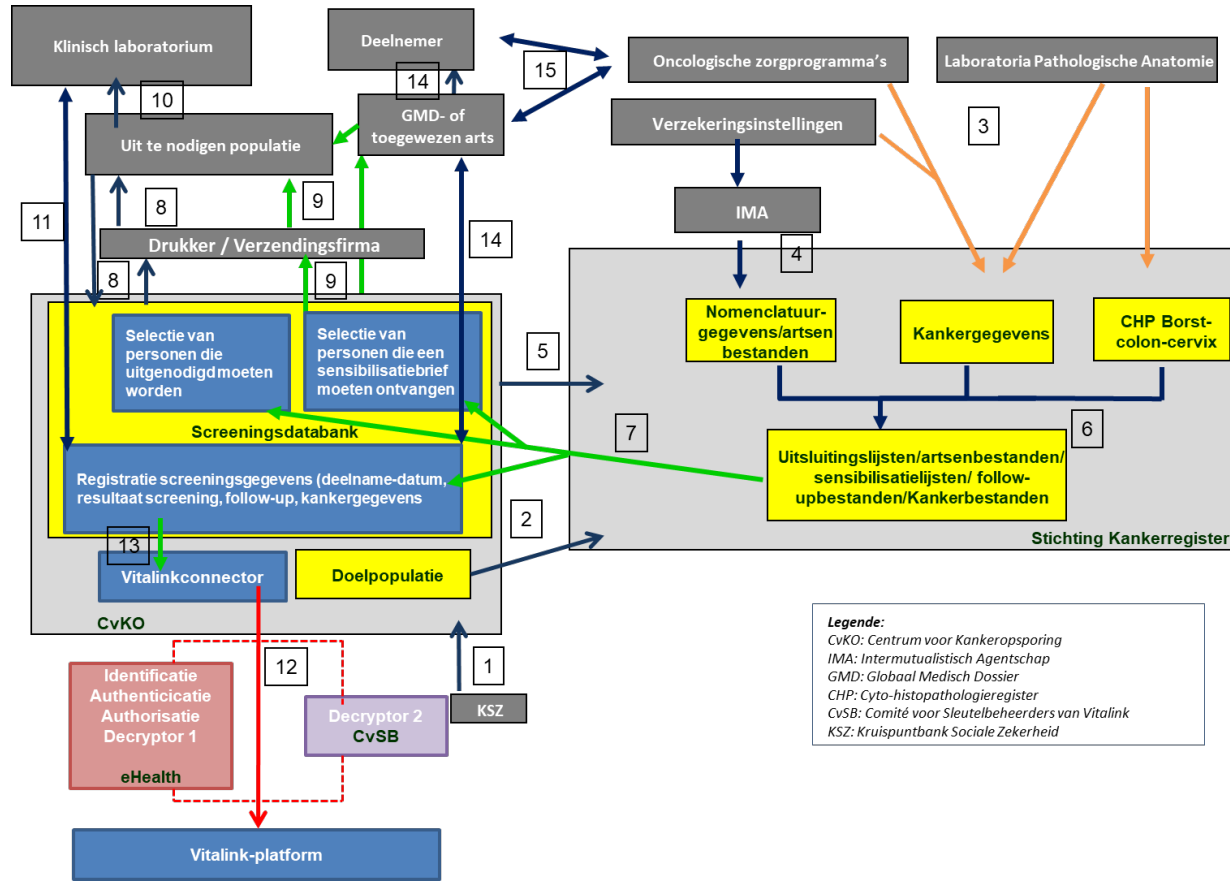
Elke categorie krijgt ook een bepaalde prioriteit toegewezen: een melding kan bijvoorbeeld een klacht zijn, maar prioriteit 'notification' hebben. Een persoon die heel erg kwaad is omdat zij geen uitnodiging krijgt voor bv. dikkedarmkanker aangezien zij 75 jaar is (klacht dus over leeftijdsgrenzen), kan als prioriteit 'notification' hebben aangezien het CvKO naar aanleiding van deze melding de uitnodigingsstrategie niet zal aanpassen. Hieronder een overzicht van welke mogelijke prioriteiten aangewezen worden.

- Major: Programmawijziging kan klachten in de toekomst vermijden. Onder programmawijziging wordt verstaan: een wijziging in het huidige screeningprogramma waartoe het CvKO bevoegd is (bijvoorbeeld: voor DDK, inhoud brief afwijkend is verwarrend)
- Minor: Probleem kan niet verholpen worden door programmawijziging, maar wordt verder opgevolgd (bijvoorbeeld: factuur BHK)
- Notification: Gewone melding (bijvoorbeeld : nog geen uitnodiging gehad door weigering of uitsluiting)

Ongewenste intimiteiten: Het CvKO neemt meldingen van ongewenste intimiteiten zeer ernstig. Er is een interne procedure opgesteld die beschrijft hoe hiermee moet worden omgegaan.

7. Procedure gegevensregistratie -en uitwisseling

Figuur 6: Overzicht van de gegevensstromen voor het Bevolkingsonderzoek Dikgedarmkanker



Stichting Kankerregister=Belgian Cancer Registry

1. Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) ontvangt identificatie- en administratieve gegevens van de doelpopulatie vanuit de Kruispuntbank Sociale Zekerheid KSZ, via de Vlaamse Dienstenintegrator MAGDA. Voor deze gegevens worden voor de verdere doeleinden van de bevolkingsonderzoeken (uitnodiging, resultaatsmededeling, opvolging afwijkend resultaat) mutaties verwerkt via de RR Consult-service van eHealth.²
2. Overdracht van de Uitnodigingsbestanden vanuit het CvKO naar BCR voor het opstellen van uitsluitingslijsten /sensibilisatielijsten
3. Overdracht van alle kankerdiagnoses en testresultaten van stalen afgenomen ter hoogte van de borst, het colon en de baarmoederhals vanuit de oncologische zorgprogramma's en/of de laboratoria voor pathologische anatomie (wettelijk kader BCR)
4. Overdracht van nomenclatuurgegevens vanuit de verzekeringsinstellingen, via IMA, naar BCR
5. Doorgeven van de screeningsgegevens (resultaten en data van de screeningsonderzoeken) vanuit CvKO naar BCR
6. Koppeling van de uitnodigingsbestanden voor de bevolkingsonderzoeken en van de screeningsgegevens met de Kankerregistratiedatabank, het CHP en de IMA-gegevens voor het opstellen van uitsluitingslijsten, sensibilisatielijsten, artsenbestanden, follow-upbestanden, faalveiligheid en kankerbestanden
7. Het doorgeven van uitsluitingslijsten/sensibilisatielijsten/artsenbestanden/follow-upbestanden/faalveiligheid/Kankerbestanden vanuit BCR aan het CvKO
8. Het selecteren van personen die een uitnodiging moeten ontvangen en het verzenden van uitnodigingsbrieven via een externe drukker. Het ontvangen van informatie met betrekking tot (niet)-deelname aan het bevolkingsonderzoek vanuit de uitgenodigde populatie, door het CvKO
9. Het selecteren en contacteren van personen die in aanmerking komen voor individuele sensibilisatie/informatieverstrekking al dan niet via hun GMD-arts
10. Het verzenden van de FIT vanuit de deelnemers naar het centraal klinisch laboratorium waar de FIT geanalyseerd wordt
11. Overdracht van de resultaten van de FIT vanuit het klinisch laboratorium naar het Centrum voor Kankeropsporing en registratie in de screeningsdatabank; rapporteren van kwaliteitsparameters vanuit het Centrum voor Kankeropsporing naar het klinisch laboratorium
12. Door het CvKO worden volgende gegevens over de bevolkingsonderzoeken gedeeld via het Vitalink-platform:
 - a. het type bevolkingsonderzoek

² Zoals gemachtigd in de Beslissing 041/2025 van de dienst Toegang tot het Rijksregister.

- b. het kalenderjaar van het bevolkingsonderzoek – jaartal van de datum deelname, of indien geen deelname, jaartal van de datum uitnodiging
 - c. de datum waarop de persoon is uitgenodigd tot deelname aan het bevolkingsonderzoek
 - d. het type uitnodiging dat verzonden is naar de persoon
 - e. de datum van deelname aan het bevolkingsonderzoek
 - f. het resultaat van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker
 - g. de indicatie of er bijkomend onderzoek noodzakelijk is
 - h. de omschrijving van het aangeraden bijkomend onderzoek
 - i. de indicatie of er goedkeuring is door de deelnemer om bijkomende gegevens te verzamelen en te verwerken
 - j. een indicatie en reden van de vermoedelijke volgende uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek
13. Het gebruik van informatie uit de uitsluitingslijsten voor het doorgeven van een aantal gegevens uit stroom, namelijk:
- a. de indicatie en reden voor de datum van de vermoedelijk volgende uitnodiging rekening houdend met uitsluitingen
14. Resultaatsmededeling vanuit het Centrum voor Kankeropsporing naar de deelnemer en naar de opgegeven/GMD (+) arts

Communicatie tussen verwijzende/ opgegeven/GMD (+) arts, de deelnemer en oncologische zorgprogramma's: doorverwijzing na afwijkende stoelgangtest, resultaatsmededeling na vervolgonderzoek.

Deze gegevensstromen werden gemachtigd door het Informatieveiligheidscomité en haar voorgangers via onderstaande beraadslagingen:

- Beraadslaging nr. 13/091 van 17 september 2013, en laatst gewijzigd op 2 juli 2019 met betrekking tot de mededeling van persoonsgegevens door de laboratoria voor pathologische anatomie en de ziekenfondsen aan Belgian Cancer Registry, met het oog op het opzetten van het colorectaal cyto-histopathologieregister en het gebruik ervan in het kader van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker door de Vlaamse gemeenschap
- Het gebruik van het Rijksregisternummer en de toegang tot de gegevens van het Rijksregister voor alle bevolkingsonderzoeken naar kanker werden gemachtigd in Beslissing 041/2025 van de dienst Toegang tot het Rijksregister, en uitgebreid voor alle types INSZ'en in Beraadslaging nr. 25/228 van het Informatieveiligheidscomité.

8. Participatie

8.1. Informatie- en sensibiliseringsplan

In 2015 werd een informatie- en sensibiliseringsplan uitgewerkt in opdracht van het Departement Zorg. De instellingen die van Departement Zorg subsidies ontvangen voor ondersteuning van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker motiveren tot deelname en bieden hierbij voldoende informatie (communicatiestijl 'geïnformeerde motivatie').

8.2 Procedure taaladvies

8.2.1 Taaladvies: toegankelijkheid van de aangeboden informatie

Alle mannen en vrouwen binnen Vlaanderen die in aanmerking komen voor één van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker, én ook hun omgeving, hebben recht op toegankelijke informatie. Enerzijds veronderstelt dit dat zij gebruik kunnen maken van alle ter beschikking gestelde informatiekkanalen en anderzijds dat de informatie zelf begrijpelijk is qua inhoud.

8.2.2 Wat is toegankelijke informatie?

Toegankelijkheid is de mogelijkheid om op een zelfstandige manier toegang te hebben tot de aangeboden informatie. Bij toegankelijke informatie zijn niet alleen de inhoud en de vorm van belang.

Criteria

Binnen het CvKO wordt er rekening gehouden met vier aspecten waarop de toegankelijkheid van informatie beoordeeld dient te worden:

- Inhoudelijke toegankelijkheid: is de informatie begrijpelijk voor alle gebruikers uit de doelgroep en beheersen zij de techniek om toegang te krijgen tot het medium (eenvoudig en leesbaar)?
- Fysieke toegankelijkheid: is de doelgroep in staat het medium te gebruiken (lezen, horen, bedienen)?
- Materiële toegankelijkheid: zijn de mensen uit de doelgroep in de gelegenheid om toegang tot het medium te krijgen?
- Mentale toegankelijkheid: herkennen mensen uit de doelgroep het medium als een voor hen waardevolle mogelijkheid. Mentale toegankelijkheid geeft het gevoel dat er rekening gehouden is met mensen met een beperking.

Werkwijze

Binnen het CvKO zijn er twee publicaties die steeds voor ogen gehouden worden bij het uitwerken van teksten.

- De publicatie van de taaltelefoon 'In duidelijk Nederlands spreken en schrijven voor iedereen' (zie bijlage 1).
- De publicatie 'Elkaar vinden', gebaseerd op het onderzoeksrapport 'Overheidscommunicatie voor kansarme doelgroepen' (zie bijlage 2).

Toegankelijk schrijven

Inhoudelijk toegankelijke informatie is begrijpelijk en overzichtelijk voor iedereen. Eenvoudig en leesbaar is prettig voor alle lezers, maar zeker voor mensen met een beperking. Informatie is beter te begrijpen met korte zinnen, gemakkelijke woorden, zonder vaktermen of woorden in een andere taal, en door het vermijden van onduidelijk en vaag taalgebruik en ingewikkelde zinnen.

Om de informatie zo toegankelijk mogelijk aan te bieden, wordt er vanuit het CvKO steeds eerst gestart met het bepalen van de doelgroep en de doelstelling van de teksten. Vervolgens wordt binnen dit kader de nodige expertise ingewonnen (redactiegroep, copywriter, focusgroepen) om te komen tot een passend informatiekader voor de desbetreffende doelgroep.

Toegankelijk vormgeven

Ook al is een tekst eenvoudig te begrijpen, een slechte vormgeving kan de informatie toch ontoegankelijk maken.

Vanuit het CvKO wordt er steeds rekening gehouden met de bepalende factoren van een duidelijke vormgeving:

- Duidelijk lettertype met een minimale grootte van 11pt.
- Een goed contrast tussen de achtergrond en de tekst.
- Voldoende rustpunten binnen de opmaak.
- Een zichtbare structuur in de tekst, met korte zinnen.
- Geen afleiding binnen de vormgeving, dus geen gebruik van elementen die niets te maken hebben met het onderwerp.

Toegankelijke kanalen

Kan de doelgroep de kanalen gebruiken? Bereiken de middelen de doelgroep?

Vanuit elk ontwikkeld instrument, wordt er naast een duidelijke afbakening van doelgroep en doelstelling, ook telkens een gedetailleerd implementatieplan opgesteld. Vervolgens wordt dit plan van aanpak afgetoetst met de betrokken partnerorganisaties binnen de diverse werkgroepen. Zij hebben immers vaak de meeste expertise hierover om zo te komen tot een sluitende aanpak.

Materiële toegankelijkheid

Is de doelgroep in de mogelijkheid om de informatie te verkrijgen? Kan men de informatie vinden?

Alle materiaal wordt ter beschikking gesteld voor iedereen die informatie wenst te bekomen één van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Dit kan aangevraagd worden door alle lokale organisaties of instanties via de Gezondheidsmakers.

Voor de informatiedoorstroming naar de professionelen wordt door het CvKO ook de nodige inspanningen geleverd via de diverse koepelorganisaties.

Toegankelijke bijeenkomsten

Hoe maak ik mijn bijeenkomst begrijpelijk?

Vanuit het CvKO wordt de ondersteuning en vorming geboden aan de sprekers om te garanderen dat elke bijeenkomst op een zo duidelijk mogelijke manier gebeurt, met volledige afstemming op het aanwezige publiek. Om ervoor te zorgen dat de inhoud echter gegarandeerd blijft, wordt er vanuit het CvKO een presentatie ontwikkeld op basis waarvan de spreker kan werken.

Toegankelijk internet

De website vormt het hart van de communicatie rond de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Het CvKO heeft de opbouw van de website volledig afgestemd op het ontwikkelde Informatie- en sensibilisatieplan, rekening houdend met de gelaagdheid van informatie. De website werd zo

ontworpen dat ze bruikbaar en begrijpelijk is voor iedereen, vanaf eender welk toestel (ook mobiel).

De webteksten werden opgesteld volgens de algemeen geldende voorwaarden van een goede website, zijnde:

- Beknopt.
- Informatie in gelaagdheid.
- Overzichtelijk.
- Duidelijke navigatie met herkenbare termen.
- Eén scherm.

Faciliteitengemeenten

Vlaanderen is Nederlandstalig. Openbare besturen moeten dus in het Nederlands communiceren met de burgers. Dat staat in de taalwetgeving, voluit de ‘Gecoördineerde wetten op het gebruik van talen in bestuurszaken’ (van 18 juli 1966). Dit geldt ook voor het CvKO. In de faciliteitengemeenten gelden echter andere regels, zijnde:

- Enkel op vraag van de inwoner mag de informatie aangeboden worden in het Frans.
- De boodschap moet in de eerste plaats in het Nederlands bestaan. De geschreven anderstalige boodschap is slechts een vertaling van die Nederlandse tekst.
- Bij de vertaalde tekst dient steeds vermeld te worden ‘Vertaling uit het Nederlands’.
- Origineel en vertaling hebben dezelfde vormgeving.
- Een vertaalde boodschap bevat niet meer informatie dan het Nederlandse origineel.

8.3. Materialen

Het CvKO stuurt uitnodigingsbrieven met deelnameformulier, samen met een stoelgangtest met opvangpapier, gebruiksaanwijzing (met op de achterkant ook de productinformatie), een folder en een bubbel-envelop (port reeds betaald) om het staal gratis naar het centrale laboratorium te sturen. Wanneer we 10 weken na de uitnodiging geen staal ontvangen hebben, wordt er een herinneringsbrief (zonder afnameset) gestuurd (per e-mail indien e-mailadres beschikbaar). 4 weken na de herinnering (per email of per post) wordt er ook een digitale tweede herinnering gestuurd (indien e-mailadres beschikbaar en toestemming om deze te gebruiken). Sinds 03/2021 ontvangen personen met minstens drie opeenvolgende niet-deelnames een aangepaste uitnodigingsbrief zonder stoelgangtest en zonder herinnering.

[Uitnodigingsbrief voor mensen die voor de eerste keer uitgenodigd worden \(instappers\)](#)

[Uitnodigingsbrief voor mensen die voor de laatste keer uitgenodigd worden \(uitstappers\)](#)

[Standaard uitnodigingsbrief](#)

[Folder](#)

[Gebruiksaanwijzing](#)

[Uitgebreid deelnameformulier](#)

[Herinneringsbrief](#)

[Uitnodigingsbrief als de persoon drie opeenvolgende rondes niet deelnam \(zonder stoelgangtest\)](#)

[Labo recall-brief](#)

9. Kwaliteit Bevolkingsonderzoek kanker

9.1. Doelgroepselectie en uitnodiging

9.1.1 Procedure bepalen exclusie- en uitnodigingsbestand (CvKO en BCR)

Mannen en vrouwen van 50 tot en met 74 jaar die in Vlaanderen wonen, ontvangen per post een uitnodigingspakket met uitnodigingsbrief, afnameset, gebruiksaanwijzing (met op achterkant productinformatie) en een folder. Er wordt een kostenefficiënt call-recall uitnodigingsmodel opgezet zodat enkel die personen uitgenodigd worden die effectief in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek. Om dit te realiseren wordt het doelgroepbestand uitgezuiverd via de uitsluitingslijsten. Deze lijsten bevatten aldus alle personen die tot de doelgroep behoren maar waarvoor het niet aangewezen is om nu deel te nemen aan het Bevolkingsonderzoek. Ze worden 4 keer per jaar opgesteld door de Stichting Kankerregister (*Belgian Cancer Registry*, BCR) op basis van uitsluitingscriteria en overgemaakt aan het CvKO. Het CvKO organiseert het versturen van de uitnodigingen.

Doelgroepbestand

- Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) ontvangt van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid, via de Vlaamse dienstenintegrator MAGDA, dagelijks een bestand met personen die in het komende jaar zullen instromen in de doelgroep. De KSZ selecteert deze als volgt: personen met een hoofdverblijfplaats in Vlaanderen en met een leeftijd tussen 49 en 74 jaar oud.
- Personen kunnen ook toegevoegd worden wanneer het bestand van deelnames aan het BVO DDK wordt geïmporteerd. Als BCR het CvKO een rijksregisternummer bezorgt dat niet gekend is in de databank van het CvKO, wordt deze persoon toegevoegd, indien deze man of vrouw in de leeftijdsgroep 49 t.e.m. 74 jaar valt, en in Vlaanderen woont.
- Dit doelgroepbestand wordt door het CvKO aan het BCR doorgegeven om als basis voor het opstellen van de uitsluitingslijsten (exclusiebestand) te gebruiken.

Exclusiebestand

Om uitsluitingslijsten op te stellen wordt gebruik gemaakt van verschillende databanken aanwezig op Belgian Cancer Registry, nl. de kankerregistratiedatabank, het Cyto-histopathologieregister (verder CHP) en de IMA-databank voor Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

Cyto-histopathologie register (CHP)

Alle stalen van de dikke darm die afgenomen worden in België, worden geregistreerd in het CHP van Belgian Cancer Registry. Dit CHP bevat alle testresultaten van colorectale stalen, ongeacht de diagnose. Personen met een registratie van dikkedarmkanker in het CHP worden opgenomen in de uitsluitingslijsten en 3 jaar uitgesloten, tot bevestiging van deze kanker via de kankerregistratiedatabank.

Inclusiecriteria

Voor de extractie van de dataset (uit de databank van de laboratoria voor pathologische anatomie) met betrekking tot de dikke darm wordt een selectie gemaakt van: alle testresultaten van stalen afgenomen ter hoogte van het colon en het rectum, inclusief normale stalen, goedaardige letsels, adenomen en (pre)maligne stalen.

Variabelen opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie

De laboratoria voor pathologische anatomie bezorgen aan BCR een bestand met de gegevens van alle analyses in het kader van de vroegtijdige diagnose van dikkedarmkanker, alsook de bijhorende protocols.

Specifieke beschrijving van de dataset die wordt opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie

De huidige versie van de dataset bevat 17 variabelen en is terug te vinden in tabel 4.

Tabel 4: Dataset voor het CHP-colon

Nationaal nummer (INSZ)
Familienaam (indien geen INSZ)
Voornaam (indien geen INSZ)
Geslacht
Geboortedatum
Overlijdensdatum (O)
Postcode
Landcode
Staalnummer
Datum staalname
Aanvragend ziekenhuis (O)
Diagnostische procedure (O)/(HR)
Orgaancode
Letselcode
Zekerheidsgraad (O)
RIZIV-nummer van de aanvrager
Nomenclatuurcodes (O)

Voor er analyses kunnen uitgevoerd worden op de gegevens van de laboratoria, moeten die gegevens eerst verwerkt worden. Dit gebeurt met een automatisch verwerkingssysteem. Tijdens deze verwerking, worden de testresultaten onderverdeeld in verschillende letselcategorieën op basis waarvan o.a. de outcome van een vervolgonderzoek geanalyseerd kan worden. Alle mogelijke letselcategorieën zijn weergegeven in onderstaande Tabel 5.

Tabel 5: Letselcategorieën van het CHP-colon

Categorie	Betekenis
INVA	Invasieve tumor
ADIS	Adenocarcinoma in situ (adenoma met hooggradige dysplasie = ernstige dysplasie)
SQIS	Squameus carcinoma in situ
OTHIS	Andere en niet gespecificeerde in situ tumoren/carcinoma
AD	Typisch colorectaal adenoma (geen vilieuze component): tubulair adenoma, adenomateuze poliep en serrated adenoma
VLAD	Typisch colorectaal adenoma (met vilieuze component): vilieus, tubulovilleus en adenovilleus adenoma
DYSPL	Laaggradige dysplasie (= milde/matige dysplasie)
POLCOL	Polyposis coli
BETUM	Goedaardige tumor, geen adenoma (beperkt tot M-8/9xxx0/1, uitgezonderd AD en VLAD)
NSPOL	Niet gespecificeerde poliep, adenoma niet uit te sluiten
OTHLES	Ander letsel dan hierboven beschreven
NORM	Normaal staal
NODIAGN	Geen diagnose over de histologie van het staal (dwz echt geen diagnose of enkel macroscopische bevindingen)
MOLTEST	Resultaat van een moleculaire test of immunohistochemische analyse

De CHP-databank wordt telkens in de loop van de maand juni afgesloten, zodat de dikkedarmgegevens van het jaar 20xx beschikbaar zijn vanaf juli 20xx+1. Sinds de COVID pandemie zijn er 2 extra aanleveringen van testresultaten van stalen afgenomen in respectievelijke eerste en tweede tertaal van het jaar.

Frequentie van de opvraging van de colorectale gegevens

De gegevens worden driemaal per jaar aangeleverd vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie. In de toekomst wordt gezocht naar mogelijkheden om deze gegevensverzameling sneller en idealiter continu te laten verlopen.

Evaluatie van de aangeleverde colorectale gegevens door de laboratoria voor pathologische anatomie

Na elke aanlevering wordt een mini-feedback aan de pathologen gestuurd over de aangeleverde gegevens m.b.t. technische vereisten, de kwaliteit van het aangeleverde bestand en de gewenste variabelen.

Omwille van het gebruik van dit CHP voor het tijdelijk uitsluiten van personen met een dikkedarmkanker, het evalueren van follow-up na afwijkende screening en het doorgeven van screengedetectede en intervalkankers wordt jaarlijks voor elke laboratorium een feedbackrapport opgesteld. Twee uitgebreide feedbackrapporten en 7 updates werden reeds naar alle laboratoria verzonden, met daarin volgende aandachtspunten en telkens een vergelijking t.o.v. andere laboratoria:

- Tijdige aanlevering van bestanden
- Volledigheid (C)HP op basis van IMA gegevens voor poliepectomie en chirurgische ingreep, geassocieerd met IMA gegevens voor histologische analyse
- Evaluatie van de gebruikte letselcodes (% ontbrekende letselcodes, % officiële letselcodes)

- Frequentie gebruik specifieke orgaancodes
- Procentuele verdeling van de histologiediagnoses

Deze feedbackrapporten hebben als doel de laboratoria te informeren en indien nodig enkele richtlijnen te bezorgen voor mogelijke verbeteringen. Op deze manier kan de kwaliteit van de aangeleverde gegevens en bijgevolg deze van het CHP registratie-technisch geoptimaliseerd worden.

Kankerregistratiedatabank

De Belgian Cancer Registry beschikt over een databank (CIB – Cancer in Belgium) met alle nieuwe kankerdiagnoses en tumorkarakteristieken vanaf incidentiejaar 1999 voor Vlaanderen. De kankerregistratiedatabank wordt jaarlijks afgesloten. Nieuwe incidentie gegevens voor het incidentiejaar 20xx zijn beschikbaar in de zomerperiode van het jaar 20xx+2. De kankerregistratiedatabank wordt gebruikt voor het berekenen van kwaliteitsindicatoren (bv. kankerdetectiegraad, intervalkankergraad, sensitiviteit, positief predictieve waarde) in het kader van de kwaliteitsevaluatie van het bevolkingsonderzoek. Daarnaast wordt deze databank gebruikt voor de uitsluitingslijsten. Personen die dikkedarmkanker hebben (gehad), worden voor 10 jaar uitgesloten van het bevolkingsonderzoek.

IMA databank voor Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

De colorectale IMA databank bevat de facturatiegegevens van alle terugbetaalde medische prestaties die relevant zijn voor dikkedarmkankeropsporing. Deze nomenclatuur-databank bevat onder meer facturatiegegevens van stoelgangstesten (buiten het bevolkingsonderzoek), coloscopieën, andere darmonderzoeken en medische prestaties die relevant zijn voor de behandeling en opvolging van dikkedarmpathologie (o.a. wegname van de dikkedarm, poliepectomie, ...). Deze databank bevat geen medische diagnose. De nomenclatuurgegevens zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2013. Gegevens met betrekking tot het wegnemen van de dikke darm of volledige coloscopie zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2002 (enkel de nomenclatuurcodes 473174, 473185; overige codes voor volledige coloscopie zijn beschikbaar vanaf 01/01/ 2006) en met betrekking tot een stoelgangstest vanaf 2010. Personen voor wie een totale verwijdering van de dikkedarm plaatsvond, worden definitief uitgesloten. Personen met een volledige coloscopie worden voor 10 jaar uitgesloten en deze met een virtuele coloscopie voor 4 jaar. Personen met een kanker in het CHP worden 3 jaar uitgesloten en personen met een stoelgangstest buiten het Bevolkingsonderzoek worden 2 jaar uitgesloten. Let op: enkel stoelgangstesten met een nomenclatuurnummer (dus via de huisarts of specialist, en geen zelftesten uit apotheek) worden geregistreerd en dus opgenomen als tijdelijke exclusiereden.

De nomenclatuurcodes aanwezig in de IMA-databank zijn per categorie samengevat in onderstaande Tabel 6.

Tabel 6: Overzicht van de nomenclatuurcodes aanwezig in de colorectale IMA databank

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
Stoelgangtest	120713-120724	Opzoeken van bloed in faeces door huisarts of specialist
	125716, 125720	Opzoeken van bloed in faeces door specialist
Volledige coloscopie	473174-473185	Volledige coloscopie, d.w.z. tot de rechterhoek van het colon of de ileo-coecale klep (vanaf 1/1/2002)
	473955-473966	Bijkomend honorarium voor volledige resectie van één of meerdere poliepen ter gelegenheid van een volledige coloscopie (473174-473185) (vanaf 1/1/2006)
	473432-473443	Ileoscopie (vanaf 1/1/2006)
	473756-473760	Ileoscopie met verwijderen van tumoren en/of coagulatie van letsels (vanaf 1/1/2006)
	473211-473222	Volledige resectie met diathermische lus van één of meerdere poliepen van het colon naar aanleiding van een coloscopie links of van een volledige coloscopie (vanaf 1/1/2006)
Andere onderzoeken dikkedarm	472452-472463	Rectosigmoidoscopie of coloscopie links
	472511-472522	Rectoscopie
	244311-244322	Resectie, langs natuurlijke weg, van een tumor villosus uit rectum
	244355-244366	Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het rectum, inclusief de rectoscopie, per zitting
	244370-244381	Verwijderen van goedaardige tumoren of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting
Virtuele coloscopie	458452-458463	Toeslag bij een computergestuurde tomografie van het abdomen bij middel van een multidetectorCT met minimum 4 detectoren, na CO2-in- sufflatie, met virtueel dubbelcontrastbeeld in minstens twee verschillende houdingen en endo 3D-beelden van minstens drie verschillende segmenten van het colon
Verwijdering totale dikkedarm	243014-243025	Totale proctocolectomie of totale colectomie met rectale mucosectomie en modelleren van een ileumreservoir met of zonder proximale ileostomie
	243036-243040	Totale colectomie met ileostomie ileostomie of ileorectale anastomose
	244753-244764	Restauratieve proctocolectomie of colectomie met constructie van een ileumreservoir, aanleggen van een ileo-anaale anastomose met of zonder een tijdelijke proximale ileostomie
Andere ingrepen dikkedarm	243051-243062	Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoidresectie of partiële rectumresectie met herstel continuïteit
	243073-243084	Segmentaire colectomie met dubbele colostomie
	243176-243180	Terminale ileo- of colostomie
	243191-243202	Laterale ileo- of colostomie
	243331-243342	Ingrep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
	243596-243600	Ingreep wegens abdominale hemorrhagie
	243611-243622	Ingreep wegens perforatie van een ander abdominaal orgaan dan de appendix
	243633-243644	Exploratieve laparotomie
	244016-244020	Ingreep type Miles (abdomino-perineale rectumamputatie met definitief stoma = APRA)
	244031-244042	Anterior rectumresectie met behoud van de sfincter en colo-anele anastomose (type TME)
	244053-244064	Operatie van Hartmann
	244075-244086	Perineale amputatie van het rectum
	244930-244941	Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor (III) (totale hysterectomie, colon- of dundarmresectie al dan niet met herstel van de continuïteit, omentumresectie, resectie peritoneale metastasen, retroperitoneale exploratie met lymfadenectomie)
	244952-244963	Volledige chirurgische behandeling met wegnemen van het omentum, resectie van alle tumorgeïnvadeerde organen en een minutieuze cytoreductieve debulking van het peritoneum
	473675-473686	Coaguleren van een angiodysplasie van het spijsverteringskanaal
Beeldvorming	451474-451485	Radiografie van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	451511-451522	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	451710-451721	Radiografie van het colon inclusief eventueel de ileocecale streek met bariumlavement, na vulling, evacuatie en eventueel insufflatie, minimum vier clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	451754-451765	Radiografie van het colon, inclusief eventueel de ileocecale streek, met bariumlavement, na vulling, evacuatie en insufflatie, volgens de dubbelcontrasttechniek, minimum acht clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	458452-458463	Toeslag bij een computergestuurde tomografie van het abdomen bij middel van een multidetectorCT met minimum 4 detectoren, na CO2-insufflatie, met virtueel dubbelcontrastbeeld in minstens twee verschillende houdingen en endo 3D-beelden van minstens drie verschillende segmenten van het colon
	462512-462523	Radiografie van de oesofagus (minimum 4 clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum 6 clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocecale streek en het colon (minimum 6 clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
	462711-462722	Radiografie van het colon inclusief eventueel de ileocecale streek met bariumlavement, na vulling, evacuatie en eventueel insufflatie, minimum 4 clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	462755-462766	Radiografie van het colon, inclusief eventueel de ileocecale streek, met bariumlavement, na vulling, evacuatie en insufflatie, volgens de dubbelcontrasttechniek, minimum acht clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	459410-459421	NMR-onderzoek van de hals of van de thorax of van het abdomen of van het bekken, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager
	459572-459583	Computergestuurde tomografie van het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 15 coupes, voor het hele onderzoek
	459616-459620	Computergestuurde tomografie van de thorax en het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 30 coupes voor het hele onderzoek
	459631-459642	Computergestuurde tomografie van de hals, de thorax en het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 30 coupes voor het hele onderzoek
Histologische analyse voor alle patiënten waarvoor één van bovenstaande nomenclatuurcodes voorkomen	588011-588022	Honorarium voor het pathologisch-anatomische onderzoek door inclusie en coupe met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek
	588254-588265	
	588276-588280	
	588291-588302	
	588033-588044	Peroperatoir pathologisch-anatomisch onderzoek (vriesmethode)

Het IMA werkt per boekhoudkundige periodes van drie maanden. Nieuwe gegevens zijn dus steeds na het afwerken van een kwartaal beschikbaar. Er dient wel rekening gehouden te worden met een zeker tijdsdelay nodig voor administratieve verwerking. Omdat medische prestaties tot twee jaar na de prestatiedatum kunnen terugbetaald worden door de verzekeringsinstellingen en er een zekere tijd nodig is voor de administratieve afhandeling, zal de IMA databank voor een bepaald prestatiejaar pas volledig zijn 30 maanden na afloop van dat prestatiejaar. De beschikbaarheid van de IMA gegevens per boekhoudkundig kwartaal zijn gedetailleerd weergegeven in onderstaande Tabel 7.

Tabel 7: Algemeen schema van de theoretische beschikbaarheid van de IMA gegevens en de delay time per kwartaal

Beschikbaar	Prestatiejaren						Levering op boekhoudkundige periode	Afsluiten van prestatie-jaar	Update van prestatie-jaren	Gegevens van nieuw prestatie-jaar
	20yy-3	20yy-2	20yy-1	20yy	20yy+1	20yy+2				
Juni 20yy	x	x	x				20yy-1 Q4	20yy-3	20yy-2	NVT

Beschikbaar	Prestatiejaren						Levering op boekhoudkundige periode	Afsluiten van prestatie-jaar	Update van prestatie-jaren	Gegevens van nieuw prestatie-jaar
	20yy-3	20yy-2	20yy-1	20yy	20yy+1	20yy+2				
									20yy-1	
September 20yy		x	x	x			20yy Q1	NVT	20yy-2 20yy-1	20yy
December 20yy		x	x	x			20yy Q2	NVT	20yy-2 20yy-1 20yy	NVT
Maart 20yy+1		x	x	x			20yy Q3	NVT	20yy-2 20yy-1 20yy	NVT
Juni 20yy+1		x	x	x			20yy Q4	20yy-2	20yy-1 20yy	NVT
September 20yy+1			x	x	x		20yy+1 Q1	NVT	20yy-1 20yy	20yy+1
December 20yy+1			x	x	x		20yy+1 Q2	NVT	20yy-1 20yy 20yy+1	NVT
Maart 20yy+2			x	x	x		20yy+1 Q3	NVT	20yy-1 20yy 20yy+1	NVT
Juni 20yy+2			x	x	x		20yy+1 Q4	20yy-1	20yy 20yy+1	NVT
September 20yy+2				x	x	x	20yy+2 Q1	NVT	20yy 20yy+1	20yy+2
December 20yy+2				x	x	x	20yy+2 Q2	NVT	20yy 20yy+1 20yy+2	NVT

Naast de facturatiegegevens bezorgt het IMA ook gegevens over de GMD-arts/toegewezen arts aan BCR. Op basis van deze gegevens kan BCR deze artsen koppelen aan de INSZen in het uitnodigingsbestand. Dit artsenbestand wordt samen met elke uitsluitingslijst doorgegeven aan het CvKO. Zo kan de arts reeds voorgedrukt worden op het deelnameformulier.

De IMA gegevens worden 4 keer per jaar, telkens nadat een afgesloten boekhoudkundig kwartaal beschikbaar is, overgemaakt aan BCR. Eenmaal per jaar worden daarbij ook de artsengegevens meegeleverd.

9.1.2 Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten

De criteria voor uitsluiting van het bevolkingsonderzoek worden vastgelegd in de Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

De uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker zijn:

- Definitieve uitsluiting:
 - totale colectomie
- Tijdelijke uitsluiting voor 10 jaar:
 - dikkedarmkanker
 - volledige coloscopie
- Tijdelijke uitsluiting voor 2 jaar:
 - stoelgangstest buiten het bevolkingsonderzoek
 - deelname aan het bevolkingsonderzoek
- Tijdelijke uitsluiting voor 3 jaar
 - kanker in CHP
- Tijdelijke uitsluiting voor 4 jaar
 - virtuele coloscopie

Tabel 8: Uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Uitsluitingscriterium	Op basis van	Type uitsluiting	Duur uitsluiting
Totale colectomie	IMA-nomenclatuur: 243014, 243025, 243036, 243040, 244753, 244764	Definitief	Definitief

Volledige coloscopie	IMA-nomenclatuur: Volledige coloscopie: 473174, 473185, Ileoscopie (sinds april 2015): 473432, 473443, 473756,473760, Poliepectomie: 473211*, 473222*, 473955*, 473966*	Tijdelijk	10 jaar
Virtuele coloscopie**	IMA-nomenclatuur: 458452-458463	Tijdelijk	4 jaar
Dikkedarmkanker in CIB§	Kankerregistratiedatabank CIB	Tijdelijk	10 jaar
Stoelgangstest buiten bevolkingsonderzoek	IMA-nomenclatuur: 120713, 120724, 125716, 125720	Tijdelijk	2 jaar
Dikkedarmkanker in CHP§,***, ****	Op basis van de lestelcategorieën INVA-ADIS-SQIS-OTHIS in het CHP	Tijdelijk	3jaar
Deelname aan bevolkingsonderzoek	Heracles-databank CvKO	Tijdelijk	2 jaar

*Sinds juni 2017 worden deze nomenclatuurcodes niet langer beschouwd als uitsluitend geassocieerd met een volledige coloscopie en zijn ze niet langer een geldig exclusie criterium

**Sinds juni 2017 wordt het ondergaan van een virtuele coloscopie als exclusie criterium toegevoegd

*** Sinds juli 2017 wordt kanker in het CHP toegevoegd als exclusie criterium

**** Sinds maart 2019 wordt een patiënt met een registratie in het CHP die wijst op een kanker, voortaan 3 jaar uitgesloten van het bevolkingsonderzoek i.p.v. 2 jaar.

§Sinds maart 2022 worden personen met een appendix tumor (zonder volledige of virtuele coloscopie) niet meer automatisch uitgesloten van het bevolkingsonderzoek.

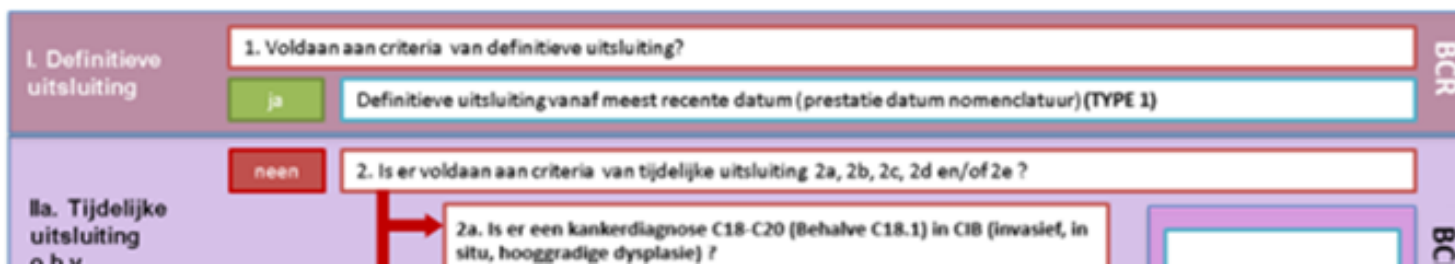
Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten wordt een vast algoritme gebruikt.

Eerst wordt op basis van de IMA-databank nagegaan of een persoon een totale colectomie heeft gehad. In dat geval wordt hij/zij definitief

uitgesloten van het bevolkingsonderzoek. Daarna wordt op basis van de IMA gegevens, het CHP-colon en de kankerregistratiegegevens nagegaan of er voor deze persoon een nomenclatuur voor een volledige coloscopie, virtuele coloscopie, of stoelgangstest, een maligne staal in het CHP-colon of een incidentiedatum van dikkedarmkanker in CIB kan gevonden worden. Indien er meerdere data gevonden worden, wordt de langste uitsluiting weerhouden. Deze uitsluitingslijst wordt doorgegeven aan CvKO die voor de overige personen in de doelpopulatie nagaat of een eerdere deelname aan het bevolkingsonderzoek, een afmelding of een weigering werd geregistreerd.

Het volledige algoritme wordt schematisch weergegeven in figuur 7.

Figuur 7: Algoritme voor het opmaken van uitsluitingslijsten



9.1.3 Jaarplanning uitsluitingslijsten

De jaarplanning voor de opvraag van gegevens, het gebruik ervan in de het opstellen van de uitsluitingslijsten en de doorgifte naar CvKO, wordt weergegeven in figuur 8. De groene pijlen geven de deadlines aan voor het aanleveren van de gegevens vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie. De paarse pijlen geven aan wanneer de kankerincidentiegegevens beschikbaar zijn. De gele pijlen geven de tijdstippen aan waarop het IMA de nomenclatuur gegevens aanlevert. Jaarlijks wordt de kankerregistratie databank afgesloten en worden de cijfers vrijgegeven in de zomerperiode. Nieuwe incidentie cijfers m.b.t. 20xx worden na afsluiting van de databank in 20xx+2 opgenomen in de uitsluitingslijsten.

Figuur 8: Overzicht van jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten

DATA IN: binnenkomende gegevens

- Groen: opvraag colongegevens bij de laboratoria voor pathologische anatomie (CHP) (3 x per jaar)
- Paars: Incidentiegegevens van invasieve tumoren beschikbaar van vermeld incidentiejaar (CIB)
- Geel: opvraag IMA nomenclatuur gegevens (4x per jaar)
- Oranje: GMD-artsenbestand vanuit IMA (1x per jaar)

DATA UIT: opstellen van de uitsluitingslijsten en doorgifte naar CvKO (4 x per jaar)

- Blauw: o.b.v. update IMA gegevens
- Roze: o.b.v. update van IMA gegevens en CIB
- Bordeaux: Artsenbestanden: In maart, juni en september op basis van het GMD-artsenbestand van 20xx-1. In december op basis van het GMD-artsenbestand van 20xx



Legende: CHP: Cyto-Histopathologie register
CIB 20xx: Cancer in Belgium, kankerregistratie gegevens, incidentiejaar 20xx
IMA: Intermutualistisch Agentschap
T: tertiaal
T1: eerste tertiaal (januari-april)
T2: tweede tertiaal (mei-augustus)
T3: derde tertiaal (september-december)

Er wordt 4 keer per jaar een uitsluitingslijst opgemaakt en overgedragen aan CvKO. De tijdstippen van overdracht zijn weergegeven in figuur 8. Deze lijsten zijn opgemaakt o.b.v. de meest recente beschikbare gegevens IMA gegevens en de kankerregistratiegegevens van BCR. Drie lijsten worden opgesteld na een update van nieuw ontvangen IMA gegevens (blauwe pijlen figuur 8). Eén lijst wordt opgesteld op basis van een update van zowel IMA en Kankerregistratiedatabank (roze pijl figuur 8).

Beschrijving van de structuur van de uitsluitingslijsten

- Het bestand heeft een .txt extensie.
- CSV formaat met ‘;’ als delimiter.
- De header row moet aanwezig zijn en ingevuld met volgende labels in onderstaande volgorde:

INSZ;type uitsluiting;datum start uitsluiting;datum einde uitsluiting

1. INSZ

- Verplicht ingevuld
- Getal
- 11 cijfers

2. Type uitsluiting

- Verplicht ingevuld
- Enumeratie
- Mogelijke waarden:
 - ‘0’ = 2 jaar uitgesloten o.b.v. stoelgangtest
 - ‘1’ = 3 of 10 jaar of definitief uitgesloten
 - ‘2’ = 4 jaar uitgesloten
 - 3’ = 10 jaar uitgesloten o.b.v. volledige coloscopie

3. Datum start uitsluiting

- Verplicht ingevuld
- Datum
- Formaat dd/mm/yyyy
- Datum van de incidentiedatum van kankerdiagnose, de datum van staalname of de prestatiedatum die aanleiding geeft tot uitsluiting

4. Datum einde uitsluiting

- Ingevuld tenzij definitief uitgesloten
- Datum
- Formaat dd/mm/yyyy
- Uiterste uitsluitingsdatum op basis van algoritme

- Elke INSZ mag maar 1 keer voorkomen.
- Op elke regel komen de gegevens behorend bij 1 INSZ.
- Als er geen informatie aanwezig is voor een INSZ, wordt dit INSZ niet opgenomen in het uitsluitingsbestand.

Beschrijving van de structuur van het artsenbestand

- Het bestand heeft een .txt extensie in CSV formaat met delimiter ‘;’.
- De header row moet aanwezig zijn en ingevuld met volgende labels in onderstaande volgorde: **INSZ; riziv; jaar**

1. INSZ

- Verplicht ingevuld. INSZ'en die niet gekoppeld worden met de IMA GMD-lijst zitten ook in het bestand.
- Elk INSZ mag maar één keer voorkomen
- Getal
- 11 cijfers
- Verplicht ingevuld. INSZ'en die niet gekoppeld worden met de IMA GMD-lijst zitten ook in het bestand.
- Elk INSZ mag maar één keer voorkomen
- Getal
- 11 cijfers

2. RIZIV

- RIZIV nummer van de meest recente GMD-arts indien een GMD-arts gekend is. Indien geen of geen unieke GMD-arts gekend is, blijft het veld leeg.
- Getal
- 8 cijfers

3. Prestatiejaar

- Ingevuld als GMD-arts gekend is.
- Meest recente prestatiejaar voor GMD-nomenclatuur

Indien een unieke (meest recente) GMD-arts gekend: INSZ wordt doorgegeven in artsenbestand, meest recente GMD-arts ingevuld en meest recente prestatiejaar wordt meegegeven.

Indien meer dan 1 GMD-arts in meest recente prestatiejaar: INSZ wordt doorgegeven in artsenbestand, geen GMD-arts ingevuld en geen prestatiejaar ingevuld. Voor deze personen worden alle meest recente GMD-artsen en prestatiejaren doorgegeven in een apart bestand ('dubbels').

9.2. Procedure verzenden uitnodigingsbrieven (CvKO)

9.2.1 Het uitnodigingsbestand en de uitnodigingsstrategie

De **volledige** doelgroep voor het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker bestaat uit alle vrouwen en mannen van 50 t.e.m. 74 jaar met een domicilieadres in Vlaanderen. Op basis van de Belgische bevolkingsregisters (aangeleverd door de Kruispuntbank Sociale Zekerheid) wordt, rekening houdend met leeftijd en woonplaats, een doelgroepbestand geselecteerd van alle in het Vlaamse Gewest woonachtige mannen en vrouwen van 50 t.e.m. 74 jaar. De **toegelaten doelgroep** voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker bestaat uit: de mannen en vrouwen uit de volledige doelgroep voor wie geen tijdelijke of definitieve BCR-exclusie geregistreerd werd, én die in het vorige jaar ook niet deelnamen aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

Het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker werd gefaseerd geïmplementeerd (vanaf oktober 2013) zodat tegen eind 2015 de doelgroep van mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar volledig een eerste keer uitgenodigd werd. In 2013 (oktober t.e.m. december 2013) werden enkel de oudste pare leeftijden uitgenodigd (namelijk alle 66-68-70-72-74 –jarigen). De groep die in 2013 aan bod kwam, en

nog in de doelgroep zat in 2015, kreeg dan ook al een tweede uitnodiging. Aanvankelijk werden steeds de pare leeftijden (of even leeftijdsjaren) uitgenodigd. Concreet betekende dit dat de pare geboortejaren de eerste keer worden uitgenodigd in de pare jaren, en de onpare geboortejaren in de onpare jaren. Bijvoorbeeld in 2015 werden de geboortejaren 1941, 1943, ... en 1959 uitgenodigd of de 74-72-70-68-66-64-62-60-58-56-jarigen. Sinds de volledige uitrol (iedereen in de leeftijdsgroep werd minstens één keer uitgenodigd) en sinds het toevoegen van de 55-jarigen in juni 2017, is het werken met pare en onpare jaren niet meer van toepassing. Na de uitbreiding van de doelgroep met de 55-jarigen in juni 2017, werd de doelgroep nog uitgebreid in juli 2018 met de 53- en 54-jarigen, in januari 2019 met de 51- en 52-jarigen en in januari 2020 met de 50-jarigen, zodat Vlaanderen conform de Europese richtlijnen de groep 50 t.e.m. 74 jaar uitnodigt. Iedereen ontvangt de eerste uitnodiging in de maand waarin ze 50 jaar worden. Bij niet-deelname ontvangen ze 10 weken later een herinnering via e-mail of post (zonder stoelgangtest). En als het e-mailadres gekend is, ook een tweede digitale herinnering na 4 weken (vanaf circa 01/2026 via de eBox). Een vervolguitnodiging (indien nog in aanmerking) volgt bij deelname 24 maanden na het laatste laboresultaat, en bij niet deelname 24 maanden na de laatste uitnodiging. Sinds 03/2021 ontvangen personen die reeds drie keer uitgenodigd werden zonder deelname een aangepaste uitnodigingsbrief zonder stoelgangtest én ook geen herinnering meer. Van zodra ze alsnog deelnemen (ze kunnen gratis stoelgangtest bestellen) ontvangen ze 24 maanden later wel terug een standaard uitnodigingsbrief met stoelgangtest. Vooraleer de uitnodigingen opgesteld worden, worden bepaalde categorieën van mannen en vrouwen uit het bestand verwijderd, omdat deze personen niet langer in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker:

- mannen en vrouwen die voorkomen in de (tijdelijke en definitieve) uitsluitingslijsten opgesteld door het BCR (zie onder meer punt 9.1.1. hierboven)
- mannen en vrouwen die zijn overleden op het moment van uitnodiging
- mannen en vrouwen van wie het rijksregisternummer niet langer geldig is (annulering RRN via Kruispuntbank/eHealth) op het moment van uitnodiging
- mannen en vrouwen die verhuisd zijn buiten Vlaanderen

Verder kunnen mannen en vrouwen voor of na ontvangst van hun uitnodiging ook aan het CvKO laten weten dat ze niet wensen deel te nemen:

- mannen en vrouwen kunnen laten weten in de toekomst geen uitnodiging meer te willen ontvangen (gegevens CvKO, zogenaamde 'weigering')
- mannen en vrouwen kunnen laten weten dat ze niet deelnemen wegens een opgegeven geldige reden, een zogenaamde 'afmelding' voor die bepaalde uitnodiging: afgelopen twee jaar stoelgangtest, voorbij 10 jaar volledige coloscopie, voorbij 4 jaar virtuele coloscopie, bloed in de stoelgang, huisarts adviseert ander onderzoek wegens verhoogd risico, huisarts adviseert ander onderzoek wegens andere reden, verwijdering dikke darm, Zij ontvangen gedurende 24 maanden geen uitnodiging. Als er bevestiging van de afmeldingsreden via BCR komt, kan dit i.p.v. 24 maanden leiden tot 4 jaar of 10 jaar geen uitnodiging of een definitieve uitsluiting.

Verder is het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker niet aangewezen voor:

- personen die klachten hebben (bijvoorbeeld bloed in de stoelgang, verandering in het normale stoelgangpatroon, vaak buikpijn, vaak krampen)
- personen met een verhoogd risico op dikkedarmkanker: erfelijke aandoeningen of familiaal risico wegens dikkedarmkanker bij 1ste graadsverwanten (biologische ouders, broers of zussen).

Voor de resulterende groep mannen en vrouwen, wordt berekend wanneer zij een uitnodiging moeten krijgen:

- Als geen van bovenvermelde redenen tot uitstel van uitnodiging geldt, dan ontvangen 50-jarigen in de maand van hun verjaardag een eerste uitnodiging voor het BVO DDK.
- Als zij in het verleden al een uitnodiging ontvingen en toen hebben deelgenomen, én als zij zich nog in de leeftijdscategorie van 50 t.e.m. 74 jaar bevinden, wordt er een nieuwe uitnodiging 24 maanden **na de laatste datum van analyse** verstuurd.
- Als zij in het verleden al een uitnodiging ontvingen, maar niet hebben deelgenomen, én als zij zich nog in de leeftijdscategorie van 50 t.e.m. 74 jaar bevinden, wordt er een nieuwe uitnodiging 24 maanden **na de laatste uitnodiging** verstuurd.

Er wordt een herinneringsbrief (zonder stoelgangtest) verstuurd 10 weken na de mailing van de uitnodiging, als er ondertussen geen analyse, BCR-exclusie, afmelding of weigering geregistreerd werd. Deze herinneringsbrief wordt sinds september 2020 per e-mail gestuurd als we over het e-mailadres beschikken. Wordt de e-mail niet geopend, wordt er alsnog een herinneringsbrief per post verstuurd. 4 weken na de 1^e herinnering wordt nog een digitale herinnering gestuurd (indien e-mailadres beschikbaar). Q1 2026 zal voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker ook gebruik gemaakt worden van de eBOX: zo zullen de niet afwijkende resultaatsbrief, de afwijkende resultaatsbrief (maar die ook nog steeds altijd per post aan deelnemer) en de herinneringen (1^e en 2^e herinnering) op termijn enkel nog verstuurd worden via eBOX. Wordt het eBOX bericht niet geopend, wordt er alsnog een post-correspondentie in gang gezet.

9.2.2 Procedure van verzending

Uitnodiging: De uitnodigingen voor het BVO DDK worden automatisch verstuurd op basis van het geboortjaar. Let op: mensen krijgen enkel een uitnodiging als men behoort tot de doelgroep van 50 t.e.m. 74 jaar én er geen deelname was in het voorgaande jaar en geen uitsluitingscriterium van toepassing was. Het uitnodigen van de doelgroep gebeurt door een uitnodigingsbrief per post (met op de achterzijde het deelnameformulier), samen met de stoelgangtest (bestaande uit de iFOBT met opvangpapier, een gebruiksaanwijzing met productinformatie op de achterkant (in de landstalen), een bubbel-envelop (port reeds betaald) en een algemene folder met bijhorende uitleg.

Figuur 9: Afbeelding Uitnodigingspakket Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker



Op het **deelnameformulier** (dat volledig ingevuld met het staal aan het labo bezorgd wordt) staat de naam van de preferente huisarts – indien beschikbaar - reeds voorgedrukt. Deze informatie wordt verkregen vanuit het IMA via BCR (op basis van GMD-arts-gegevens) en via de adressenlijst van het RIZIV. Deze bestanden zijn niet foutloos. Het kan dus zijn dat er soms een verkeerde arts voorgedrukt werd op het deelnameformulier, vandaar ook steeds de optie dat de deelnemer een andere (huis)arts kan invullen in de voorziene velden op het deelnameformulier. Verder worden onderstaande gegevens gevraagd in te vullen op het deelnameformulier:

- telefoonnummer (bij voorkeur GSM-nummer)
- e-mailadres
- datum staalafname
- gegevens huisarts (indien niet ingevuld of niet correct): naam, voornaam, straat, huisnummer, postcode

Door ons het ingevuld deelnameformulier met staal te bezorgen geeft de deelnemer de toestemming dat de resultaten van de iFOBT ook aan diens (huis)arts worden bezorgd en dat de gegevens bewaard en gebruikt mogen worden in kader van het onderzoek en in kader van proces-evaluatie.

Ter administratieve vereenvoudiging zijn er 2 verschillende deelnameformulieren: een standaard deelnameformulier (voor instappers en niet-deelnemers) waarvan we onvoldoende gegevens beschikken, en een vereenvoudigd deelnameformulier (voor regelmatige deelnemers wiens gegevens we reeds hebben).

Herinnering: Om de doelgroep attent te maken op het belang van dit bevolkingsonderzoek, sturen we bij niet-deelname 10 weken na het versturen van de 1^{ste} uitnodigingsbrief een herinneringsbrief (per post of per e-mail). Bij deze herinneringsbrief zit geen stoelgangtest. Als ze deze die niet meer in hun bezit hebben, kan deze gratis aangevraagd worden via 0800-lijn of per e-mail en vanaf 14/11/2025 ook via het burgerportaal. In volgende scenario's kan geen stoelgangtest besteld worden, de aanvrager krijgt dan een aangepaste foutmelding te zien

- Tijdelijk uitgesloten
- Buiten doelgroep
- Recentste deelname < 2 jaar
- Niet woonachtig in Vlaanderen
- Beperking van verwerking ingesteld
- Weigering geregistreerd
- Set recentelijk reeds aangevraagd

Extra informatie: bij de aanvraag van een stoelgangtest via het portaal moet geen reden voor aanvraag ingevuld worden (i.t.t. Heracles), wel staat dan vermeld in Heracles bij reden: afnameset via portaal

Indien er ondertussen reeds een nieuwe stoelgangtest besteld werd, wordt er geen herinneringsbrief meer verstuurd.

Aangepaste uitnodiging zonder stoelgangtest: personen die al minstens drie opeenvolgende uitnodigingen kregen en niet deelnamen, ontvangen vanaf 03/2021 een aangepaste uitnodiging

zonder stoelgangtest (en zonder herinnering). Ze kunnen als ze toch wensen deel te nemen gratis een stoelgangtest bestellen. Doen ze wel mee, ontvangen ze nadien terug een standaarduitnodiging met stoelgangtest.

9.2.3 Procedure van stockbeheer en bestelling afnamesets

In het huidige contract tussen CvKO en drukker, is de drukker de enige contractant met het CvKO en is het maatwerkbedrijf onderaannemer van de drukker. Daardoor valt de gehele activiteit van drukwerk, voorbereiding, handling tot vervoer naar de post onder de verantwoordelijkheid van de drukker. De drukker staat in voor de volledige coördinatie en uitvoer van het contract en daarom rapporteren de onderaannemers aan de drukker.

Stap 1: Bestelling en levering materiaal voor uitnodigingen voor het BVO DDK

- Om de 3 maanden wordt, op basis van de huidige stock en de prognose, materiaal voor de uitnodigingen DDK (iFOBT, opvangpapier, zakje en absosheet en IFU) besteld door CvKO bij de leverancier van de iFOBT.
- de leverancier kondigt tijdig de levering (aantal+ aantal paletten) aan, CvKO verwittigt de drukker. Bij het maatwerkbedrijf worden de iFOBT, opvangpapier, zakje en absosheet geleverd), bij de drukker de IFU.
- na levering worden de levernota's van het materiaal, ondertekend terugbezorgd aan CvKO.
- de ondertekende levernota's worden in Sharepoint (gezamenlijke Sharepoint voor AZG, CvKO, labo én leverancier) bewaard.

Bestelling afnamesets

- Op basis van huidige stockvoorraad en prognose m.b.t. toekomstige uitnodigingen kan CvKO de forecast van de leverancier (ontvangen we maandelijks) aanpassen wanneer nodig
- De leverancier vermeldt in forecast ook de houdbaarheidsdatum van de geplande bestellingen
- Als CvKO opmerkingen heeft m.b.t. forecast worden deze per e-mail aan leverancier en AZG duidelijk gemaakt, pas na goedkeuring AZG wordt forecast goedgekeurd
- CvKO houdt alle getekende bestelbonnen bij (en controleert houdbaarheidsdatum veiligheidshalve) en ze worden opgeladen in de gezamenlijke Sharepoint
- Er worden geen extra bestellingen geplaatst door AZG zonder CvKO hierin e-mail over te verwittigen
- AZG houdt CvKO op de hoogte m.b.t. besproken aantallen in aanbesteding (minimum aantal te bestellen per jaar)

Stap 2: In het maatwerkbedrijf worden de setjes samengesteld.

Sinds 14/04/2017 worden alle dozen met afnamesets systematisch gecontroleerd op houdbaarheidsdatum:

- Elk pallet wordt gecontroleerd op houdbaarheidsdatum
- Elk pallet wordt voorzien van een papier met daarop de houdbaarheidsdatum van die pallet.
- Per pallet mogen enkel stoelgangtests met dezelfde houdbaarheidsdatum staan
- Zo niet, worden de dozen met een andere houdbaarheidsdatum apart gehouden (met apart blad en vermelding houdbaarheidsdatum)
- Het maatwerkbedrijf werkt met een first in first out principe (stoelgangtests met meest recente houdbaarheidsdatum worden eerst verwerkt)
- De stockvoorraad wordt m.b.v. codes geïdentificeerd zodat correcte opvolging van plaats en verwerking mogelijk is door het interne stockbeheer van het maatwerkbedrijf

- de stoelgangtests worden met de houdbaarheidsdatum zichtbaar in het doorschijnend zakje gestopt
 - zo kan de houdbaarheidsdatum eenvoudiger gedetecteerd worden bij de systematische controles
 - én zo ziet ook de deelnemer meteen de houdbaarheidsdatum i.p.v. de barcode

Stap 3: vulproces

- klaargemaakte setjes worden apart in dozen bewaard, en op een pallet gezet, volgens houdbaarheidsdatum van het testje (op 1 pallet 1 houdbaarheidsdatum)
- de uitnodigingsbrieven worden afgedrukt bij de drukker
- Bij de drukker worden machinaal de uitnodigingsbrief (met persoons- en adresgegevens voor het venster), de folder en de IFU in de verzendenvolpkes DDK gestopt
- Deze uitnodigingen vertrekken in blauwe bakken geopend naar het maatwerkbedrijf
- In het maatwerkbedrijf worden klaargemaakte setjes (de oudste eerst volgens het FIFO principe) toegevoegd aan de verzendenvolpkes, en wordt de verzendenvolpke gesloten. Op het einde van het vulproces wordt gecontroleerd op verschillende factoren. Onder meer of er een setje toegevoegd is aan de verzendenvolpke, zit het setje achter de brief (niet voor de brief waardoor het adres van de bestemming niet meer zichtbaar is) en is de verzendenvolpke goed afgesloten.
- De volledig klaargemaakte verzendenvolpkes worden in blauwe bakken verzameld, waarvan er 24 op een kar kunnen en worden afgeleverd bij bpost

Stap 4: feedback aan CvKO

- datum levering aan bpost wordt als feedback opgeladen waardoor het ook automatisch in het registratiesysteem Heracles wordt weergegeven

Stap 5: stockvoorraad

- op elk moment kan huidige stockvoorraad opgevraagd worden
- de drukker zorgt voor het regelmatig (2wekelijks) aanvullen van de informatie in de Excelsheet zodat de voorraad een goed beeld geeft van de situatie zoals die gekend is in de voorgaande week.
- zo kan het CvKO prognoses maken om de volgende bestelling te bepalen (aantal en timing)

9.2.5 Procedure afmeldingen en weigeringen

Het CvKO krijgt naast de exclusielijsten van BCR ook gegevens binnen van de doelgroep zelf (meestal na het ontvangen van de uitnodigings- of herinneringsbrief). Via de gratis 0800-lijn, website of e-mail kan de doelgroep aangeven waarom ze niet wensen deel te nemen. We spreken over twee soorten van exclusies door de doelgroep: de zogenaamde afmeldingen en weigeringen.

Afmeldingen

Concreet gaat het hierbij om mannen en vrouwen die:

- in de afgelopen twee jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een stoelgangsonderzoek hebben laten uitvoeren (tijdelijke uitsluiting van 2 jaar)
- in de afgelopen tien jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een volledige coloscopie hebben laten uitvoeren of weldra gepland *

- in de afgelopen vier jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een virtuele coloscopie hebben laten uitvoeren *
 -
- colon hebben laten verwijderen (definitieve uitsluiting) (pas na bevestiging via BCR leidt dit tot definitieve uitsluiting)
- nu dikkedarmkanker of dikkedarmkanker gehad in de afgelopen 10 jaar*
- bloed in de stoelgang of andere klachten hebben (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- in behandeling voor andere ziekte of andere kanker zijn
- waarvan de (huis)arts vindt dat een ander onderzoek beter is omdat één of meer van mijn biologische ouders, broers, zussen of kinderen dikkedarmkanker heeft of heeft gehad (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- waarvan de (huis)arts vindt dat een ander onderzoek beter is omwille van andere redenen (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- niet meer op het aangeschreven adres wonen (verblijft op een ander adres)
- niet meer in het bezit van een afnameset zijn en geen nieuwe afnameset meer wensen te ontvangen
- overleden zijn
- andere reden (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)

*Deze redenen voor niet-deelname worden geregistreerd door het CvKO. Personen die aangeven niet deel te nemen omdat ze dikkedarmkanker hebben/gehad hebben of een volledige of virtuele coloscopie hebben laten uitvoeren, zullen voorlopig uitgesloten worden voor twee jaar in afwachting van bevestiging van deze redenen door een geldige BCR-uitsluiting en opname van deze personen in de uiterlijke uitsluitingslijsten. Afmelding colonverwijdering door deelnemer: deze afmelding kan wel door 0800-medewerker ingegeven worden in Heracles, maar wordt nadien nog gevalideerd door de exclusielijsten van BCR. Een afmelding colonverwijdering die niet wordt gevalideerd door BCR, en dus blijft open staan, wordt door het CvKO gecontroleerd door contact met de huisarts. Is er geen bevestiging van een colonverwijdering door de huisarts, wordt het dossier op weigering gezet, met de melding afmelding colonverwijdering door deelnemer, geen bevestiging BCR of arts.

Weigeringen

Weigeringen gaat over mannen en vrouwen die via de 0800-lijn, e-mail of website aangeven geen uitnodiging meer wensen te ontvangen. Hierdoor krijgen ze van het CvKO geen uitnodiging meer (definitieve uitsluiting), tenzij ze deze weigering terug annuleren via 0800-lijn of e-mail.

Sinds 14/11/2025 kan men via het **burgerportaal** - bereikbaar via onderstaande URL's: Niet deelnemen DDK: <https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/ddk/niet-deelnemen> - afmelden of weigeren voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Enkel voor afmelden moet er een reden ingegeven worden. Voor weigeringen moet dit niet. Afmeldingen kunnen niet worden teruggedraaid via het portaal (wel via 0800 60 160 of info@bevolkingsonderzoek.be, maar de gebruiker krijgt bij een nieuwe uitnodiging opnieuw de optie om af te melden. Zowel bij het afmelden, weigeren als een stoelgangtest aanvragen, krijgt de gebruiker een bericht zodat deze weet dat de vraag/melding goed

is doorgekomen. De weigeringen die via de websites worden doorgegeven worden elke vier uur verwerkt in Heracles zoals voorheen.

9.3. Toepassen screeningsinstrument

9.3.1 Procedure bestelling en levering iFOBT's en reagentia (Departement Zorg)

Het Departement Zorg zoekt via een aanbesteding een kandidaat om voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker leveringen te voorzien van de iFOBT's en andere materialen zoals analyseapparatuur, reagentia, controles en kalibratoren die nodig zijn om de analyses van de stoelgangstalen te kunnen uitvoeren. De huidige aanbesteding voor deze opdracht werd toegekend aan Sentinel Diagnostics, FOB Gold+ en loopt van 2025-2028. Het is de taak van Sentinel Diagnostics om het CvKO en het labo die de analyses uitvoert steeds tijdig te voorzien van de nodige hoeveelheid iFOBT's, opvangpapier, absorptiefilters, reagentia, controles, kalibratoren, en analyseapparatuur. Sentinel Diagnostics bezorgt daarom maandelijks aan het agentschap een overzicht van de te bestellen producten op basis van de stockvoorraad in het labo en bij het CvKO. Op basis hiervan worden er door Departement Zorg bestellingen overgemaakt aan Sentinel Diagnostics, FOB Gold+ die op zijn beurt de nodige materialen aan het CvKO en het labo levert.

9.3.2 Procedure gebruik iFOBT-test

Deelname aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker gebeurt door thuis een stoelgangstaal af te nemen met behulp van de stoelgangstest. Op basis van de beschreven voordelen en testeigenschappen is de beslissing genomen om binnen het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker een kwantitatieve, geautomatiseerde iFOBT of FIT (immunochemische fecaal occult bloedtest, type FOB Gold+) te gebruiken als screeningsinstrument. In internationale literatuur wordt een screeningsinterval van twee jaar aanbevolen in geval van een niet-afwijkende iFOBT en Vlaanderen volgt deze aanbeveling.

Hoe de deelnemer de stoelgangstest moet gebruiken staat helder beschreven in de bijgeleverde gebruiksaanwijzing die men ontvangt bij de uitnodiging en stoelgangstest. Op de website www.bevolkingsonderzoek.be wordt met behulp van een filmpje uitgelegd hoe men een staal neemt. Zie hiervoor ook onderstaande link.

[Hoe kan ik meedoen? | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#) en [Animatiefilm gebruiksaanwijzing afnameset | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

De deelnemer stuurt vervolgens het staal met volledig ingevuld deelnameformulier in de bijgeleverde bubbel-envelop naar het labo. Daar wordt het staal gekoppeld met het deelnameformulier.

Daarnaast wordt er ook een officiële productinformatie toegevoegd (bijsluiter van de iFOBT op de achterzijde van de gebruiksaanwijzing in drie talen) conform de Belgische taalwetgeving.

9.4 Analyse en beoordeling

9.4.1 Richtlijnen voor analyse van de iFOBT-test

Het werkingsprincipe van de iFOBT steunt op de binding van specifieke antilichamen op menselijk hemoglobine, albumine of andere bloedcomponenten. Hierdoor zijn er geen dieetrestricties

verbonden aan het gebruik van de iFOBT en er is slechts één staalname vereist. De iFOBT is een volledig geautomatiseerde test en het resultaat is kwantitatief (en dus ondubbelzinnig af te lezen op het analysetoestel in ng/ml). Dit garandeert een goede kwaliteitscontrole en de grenswaarde kan eenvoudig aangepast worden. In het Vlaamse bevolkingsonderzoek wordt volgende grenswaarde gehanteerd: 75 ng/ml voor de OC Sensor Eiken test en 50 ng/ml voor de FOB Gold Sentinel test). Een waarde gelijk aan of hoger dan deze waarde wordt als afwijkend beschouwd. Cerba Healthcare, Belgium, CRI te Zwijnaarde kreeg via een aanbesteding van het Departement Zorg de opdracht om alle analyses van de stoelgangstesten in het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker uit te voeren, voor de periode 2025-2028. Kwaliteitscontrole binnen dit laboratorium is contractueel bepaald met het Departement Zorg. Het labo ontvangt van de post dagelijks bubbel-enveloppen met daarin het staal en deelnameformulier van de deelnemers. De labo-medewerkers openen de bubbel-enveloppen en leggen het deelnameformulier met bijhorende staal samen. De inhoud van de enveloppe wordt door de medewerker van het labo gecontroleerd:

- bevat de envelop de iFOBT (staal) met deelnameformulier.
- visuele controle van de iFOBT (staal):

1. De correcte sluiting van de dop. iFOBT's worden uit de envelop genomen en visueel gecontroleerd op correcte sluiting van de dop. Indien bij visuele controle blijkt dat het staal niet analyseerbaar is (omdat bijvoorbeeld alle buffer eruit is gelekt of de test niet correct werd afgenomen (tube is niet proper; kan niet correct gesloten worden), wordt het staal niet geanalyseerd.

2. De buffer wordt nagekeken: is er voldoende volume aanwezig en zijn er geen klonters zichtbaar in de buffer? Als de sluiting van de dop niet correct is gebeurd, kan het volume niveau van de buffer dalen tot een niveau waarbij testen niet langer mogelijk is. In dergelijk geval wordt de iFOBT niet geanalyseerd. Bij een dergelijk geval wordt de iFOBT niet geanalyseerd.

3. Barcode aanwezig op de iFOBT. iFOBT's zonder leesbare identificatie, worden niet geanalyseerd.

4. Houdbaarheidsdatum niet verstreken. iFOBT's kunnen geanalyseerd worden tot op de laatste dag van de maand, vermeld op de iFOBT (vb. houdbaarheidsdatum 2022.10, dan kan de test geanalyseerd worden tot de laatste dag van oktober van 2022). De barcode op de tube is gekoppeld aan de houdbaarheidsdatum. Bij het scannen van het staal in het softwareprogramma voor staalontvangst van het labo (Cerba Healthcare Belgium, CRI) wordt automatisch een melding gegenereerd als de houdbaarheidsdatum verstreken is, en dan wordt de test niet op het analysetoestel geplaatst.

Het labo staat in voor het inscannen van de barcode op de iFOBT en de barcode op het deelnameformulier, en het koppelen van deze beide barcodes in een softwareprogramma. De stalen en deelnameformulieren hebben hetzelfde type barcode (type 128). Op die manier kan ook het analyseresultaat gekoppeld worden aan de barcode op het deelnameformulier.

Het labo analyseert het stoelgangstaal. Na deze koppeling worden de iFOBT-testen (de flesjes) in de zogenaamde 'sample trays' geplaatst. De analyse van de stalen gebeurt in het toestel – Sentifit. Indien het stoelgangstaal niet onmiddellijk geanalyseerd wordt, wordt het opgeslagen volgens de bepalingen die Sentinel, FOB Gold+ heeft opgegeven.

Na analyse valideert het labo de analyseresultaten. Het resultaat wordt, samen met de gekoppelde barcode van het deelnameformulier, elektronisch verzonden naar CvKO (A-file).

De resultaten en identificatiegegevens worden via elektronische weg bezorgd aan CvKO zodat deze gekoppeld kunnen worden (A-file).

- Het CvKO weet op basis van de barcode op het deelnameformulier om welke persoon het gaat, en kan zo de resultaatsmededeling doen.
- Het CVKO hanteert een afkapwaarde van 50 ng/ml voor de FOB Gold Sentinel test om de grens tussen een afwijkend en niet-afwijkend screeningsresultaat te bepalen.
- De deelnemer met niet-afwijkend resultaat ontvangt twee jaar na de vorige deelnamedatum (datum laboresultaat) opnieuw een uitnodiging met stoelgangtest. De deelnemer met een afwijkend laboresultaat ontvangt een resultaatsbrief met daarin het advies een vervolgonderzoek, een volledige coloscopie, te laten uitvoeren.

Er wordt afgeweken van de standaardprocedure als er geen geldige analyse kan gebeuren. Deze records (zogenaamde 'labo errors') komen in de B-file terecht:

- de envelop bevat enkel het deelnameformulier maar geen iFOBT. Het labo scant enkel de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg (B-file) met vermelding 'geen staal'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO.
- de envelop enkel de iFOBT bevat zonder deelnameformulier en er is geen identificatie van de deelnemer mogelijk. De iFOBT wordt niet geanalyseerd. Het labo registreert deze in de B-file met melding 'geen aanvraag, geen ID'.
- de envelop enkel de iFOBT bevat zonder deelnameformulier maar er is wel identificatie van de deelnemer mogelijk (bv. met klevertje of andere brief met gegevens). De iFOBT wordt niet geanalyseerd. Het labo bezorgt wel aan CvKO de gegevens van de persoon per post aan afdeling Brugge én wordt geregistreerd in B-file met melding 'geen aanvraag, wel ID'.

Alle andere mogelijke labo recalls/errors worden dagelijks doorgegeven in de B-file:

- Lege stoelgangtest: het labo heeft een stoelgangtest met deelnameformulier ontvangen, maar de stoelgangtest is niet gebruikt. Dit weten we bijvoorbeeld wanneer de deelnemer dit zelf vermeldt op het deelnameformulier. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'lege iFOBT'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier gepast verder opvolgen.
- Afname niet conform: het labo heeft een staal met deelnameformulier ontvangen, maar het staal kon niet geanalyseerd worden. Er was mogelijk te veel stoelgang rond de stoelgangtest of de stoelgang was uitgelopen. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'afname niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe stoelgangtest.
- Stoelgangtest niet conform: het labo heeft een staal met deelnameformulier ontvangen, maar niet in de stoelgangtest van het Bevolkingsonderzoek. Enkel een staal genomen met een

stoelgangtest van het bevolkingsonderzoek kan het labo analyseren. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CvKO via elektronische weg met vermelding 'test niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe stoelgangtest.

- Technisch niet conform: het labo heeft de stoelgangtest met deelnameformulier ontvangen, maar kan de test niet uitvoeren. Dit kan zijn doordat er te weinig vloeistof aanwezig is, of geen (leesbare) barcode op de iFOBT, of omdat het toestel een andere staal-specifieke foutmelding gaf.. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CvKO via elektronische weg met vermelding 'technisch niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe stoelgangtest.
- Vervallen stoelgangtest: het labo heeft de stoelgangtest met deelnameformulier ontvangen. Het labo controleert alle stoelgangtesten die toekomen op houdbaarheidsdatum (automatische controle, houdbaarheidsdatum gelinkt aan barcode op het buisje). Als deze houdbaarheidsdatum verstreken is, wordt de stoelgangtest niet geanalyseerd. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CvKO via elektronische weg met vermelding 'vervallen iFOBT'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe stoelgangtes.

Na analyse of registratie van non-conforme deelnames, worden alle deelnameformulieren binnen de 72 uur na ontvangst op het Belgisch ontvangstadres van het labo bezorgd aan het CvKO. De verzending van de deelnameformulieren naar het CvKO gebeurt in bulk, per koerier of op een wijze evenwaardig zodat verlies van de deelnameformulieren niet mogelijk is.

9.5. Resultaatsmededeling

Na koppeling van iFOBT en deelnameformulieren worden de deelnameformulieren gescand en komen in de database van het CvKO terecht. Deze deelnameformulieren worden indien nodig aangevuld met ontbrekende gegevens door medewerkers van het CvKO. Pas van zodra het deelnameformulier volledig is, kan de resultaatsbrief naar de deelnemer en diens (huis)arts vertrekken. Zowel de preferente arts (voorgedrukt of ingevuld door deelnemer op het deelnameformulier) als de deelnemer ontvangen het resultaat van de labo-analyse (afwijkend of niet afwijkend), en dit maximum 14 kalenderdagen na de labo-analyse datum. De 14 kalenderdagen is gebaseerd op EU-richtlijnen, maar is het interval tussen datum waarop persoon het staal post én datum waarop persoon de resultaatsbrief ontvangt. Het CvKO heeft enkel datum labo-analyse en datum waarop resultaatsbrief aan post wordt bezorgd. Omwille van deze onvolledige data richt het CvKO op 10 KD (i.p.v. 14). Als het emailadres van de deelnemer beschikbaar is, wordt de link naar het resultaat op gezondheid.be via e-mail verzonden (vanaf Q1 2026 via eBOX). Een afwijkend resultaat wordt naar de deelnemer ook steeds per post verzonden. Indien de e-mail betreffende een niet afwijkend resultaat niet geopend werd, wordt na 2 dagen het resultaat per post verzonden. De resultaatsbrief naar de (huis)arts wordt steeds elektronisch verzonden via de eHealthbox. Indien dit resultaat aan de (huis)arts niet verzonden kan worden via de eHealthbox, dan wordt deze per post verzonden.

9.6 Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat

9.6.1 Kwaliteitscriteria voor coloscopieën

In samenspraak met een aantal gastro-enterologen wordt gewerkt aan een dataset die zou opgevraagd worden indien het coloscopieregister werkzaam wordt. De voortgang van de uitbouw van het coloscopieregister ligt momenteel stil in afwachting van een politieke beslissing tot het opzetten van het coloscopieregister en bijkomende financiering daarvoor. Daarom staat de ontwikkeling van deze dataset ook on hold.

9.6.2 Procedure faalveiligheidssysteem opzetten en monitoren

Vanaf 03/2019 trad het faalveiligheidssysteem in werking. Deelnemers met een afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker die geen vervolgonderzoek (er werd dus geen uitsluiting omwille van volledige coloscopie, virtuele coloscopie, kanker in CHP, dikkedarmkanker geregistreerd volgend op een afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek) hebben laten uitvoeren, ontvangen 24 maanden na laatste (afwijkende) laboresultaat een aangepaste sensibilisatiebrief zonder afnameset, met daarin het advies om alsnog een coloscopie te laten uitvoeren. De huisarts (indien gekend) ontvangt dan ook een aangepaste brief. Als ze hier niet op in gaan, ontvingen ze 24 maanden later wel terug de standaard uitnodigingsbrief met afnameset.

Deze procedure werd aangepast in 09/2024: als de afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker niet correct wordt opgevolgd, wordt er geen uitnodigingsbrief met afnameset meer verstuurd, maar elke 24 maanden een herinnering advies tot coloscopie (naar deelnemer en diens huisarts).

Voor dit faalveiligheidssysteem wordt gebruikt gemaakt van de nomenclatuurgegevens aanwezig in de IMA-databank, en de bestaande uitsluitingslijsten. Indien afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker niet werd aangevuld door tijdelijke (registratie van een dikkedarmkanker in CIB of CHP, volledige coloscopie, of virtuele coloscopie) of definitieve uitsluiting (colon verwijdering) kan CvKO een aangepaste brief versturen. Vanaf 14/11/2025 werd een Stop-Knop toegevoegd om het continu sturen van faalveiligheidsherinneringen aan deelnemer en arts (elke 24 maanden als er geen geldige BCR exclusie volgt), te stoppen (om klachten te vermijden). Dit gebeurt per uitzondering op expliciete vraag van arts en/of deelnemer, en de reden wordt geregistreerd.

Volgende kwaliteitsindicatoren m.b.t. faalveiligheid worden weergegeven in het jaarrapport: follow-up en diagnostiek na afwijkende iFOBT, overzicht van types vervolgonderzoeken, opvolgingsgraad, percentage volledige coloscopieën na afwijkende iFOBT en tijdsinterval tussen afwijkende iFOBT en het vervolgonderzoek, type behandeling en therapie.

Sinds 2022 ontvangen huisartsen een jaarlijks rapport waarin per RIZIV nummer de (in)correcte follow-upgraad bij patiënten met afwijkende stoelgangstest geaggregeerd wordt samengevat met ook die gegevens voor de betrokken gemeenten en provincie als vergelijking (via eHealthbox). Dit rapport bevat het aantal stoelgangstesten (FITs) binnen het Bevolkingsonderzoek waarbij de betrokken huisarts werd ingevuld op het deelnameformulier en/of u als GMD-arts voor deze deelnemer werd geregistreerd. Het rapport geeft ook een lijst met patiënten waarvoor geen of incorrecte follow-up werd geregistreerd, zodat de huisarts de persoon alsnog kan motiveren tot een coloscopie.

Vanaf 2024 wordt ook jaarlijks een sensibilisatielijst doorgegeven vanuit BCR aan CvKO. Deze lijst bevat de INSZen van de 'Nooit-deelnemers'. Hiervoor koppelt BCR het uitnodigingsbestand voor screening met de colorectale IMA- en kankergegevens.

Personen die

- geen stoelgangstest buiten het BVO liet doen tussen 2010-20xx (o.b.v. IMA data)
- geen volledige coloscopie liet doen tussen 2002(of 2006)-20xx
- geen virtuele coloscopie liet doen tussen 2013-20xx
- geen wegname van de volledige dikkedarm liet doen tussen 2002-20xx
 - geen colorectale kanker had tussen 2001-20xx (met uitzondering van appendix tumoren, C18.1) komen in aanmerking voor sensibilisatie (=Nooit deelnemer).

Er wordt geen rekening gehouden met het feit of een persoon één of meerdere uitnodigingen ontvangen heeft.

Het sensibilisatiebestand bevat **INSZ van nooit-deelnemers**.

	IMA	CIB	CHP
<p>Nooit-deelnemer</p> <p>Indien in geen enkele databank de opgelijste gegevens kan teruggevonden worden. Het sensibilisatiebestand bevat alleen INSZ van nooit-deelnemers.</p>	<p>Geen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wegname van de volledige dikkedarm • Volledige coloscopie • Virtuele coloscopie • Stoelgangtest 	<p>Geen colorectale kanker (gedrag /2 en /3; C18, C19, C20, <u>met uitzondering van C18.1</u>)</p>	<p>Geen colorectale kanker (in situ en invasieve stalen, <u>(behalve C18.1)</u>, gevalideerde stalen)</p>

Deze sensibilisatielijsten kunnen door het CvKO gebruikt worden om personen te selecteren die in aanmerking komen voor sensibilisatie of informatieverstrekking over het bevolkingsonderzoek. En, op basis van deze lijsten, bezorgt het CvKO (sinds 2024) ook een jaarlijks rapport met een overzicht van niet-deelnemers (en instappers) per RIZIV nummer aan de huisarts (via eHealthbox). Op basis van dit rapport kunnen huisartsen niet-deelnemers in de praktijk alsnog sensibiliseren tot instappen in het BVO DDK.

9.6.3 Screengedetectede kankers en intervalkankers voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Vanaf 2017 geeft BCR jaarlijks de screengedetectede kankers en intervalkankers door aan het CvKO. Om screengedetectede kankers en intervalkankers te identificeren koppelt het BCR jaarlijks de screeningsgegevens met de kankerregistratiegegevens, de gegevens uit het Cyto-histopathologieregister en de gegevens uit IMA.

Hiervoor ontvangt BCR vanuit CvKO onderstaande screeningsgegevens voor de deelnemers:

INSZ — screeningsdatum – resultaat van de iFOBT

Voor kankers gediagnosticeerd na deelname aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker werden onderstaande definities vastgelegd (conform de ‘European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis’ en ‘Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature, S Sanduleanu et al. Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization’):

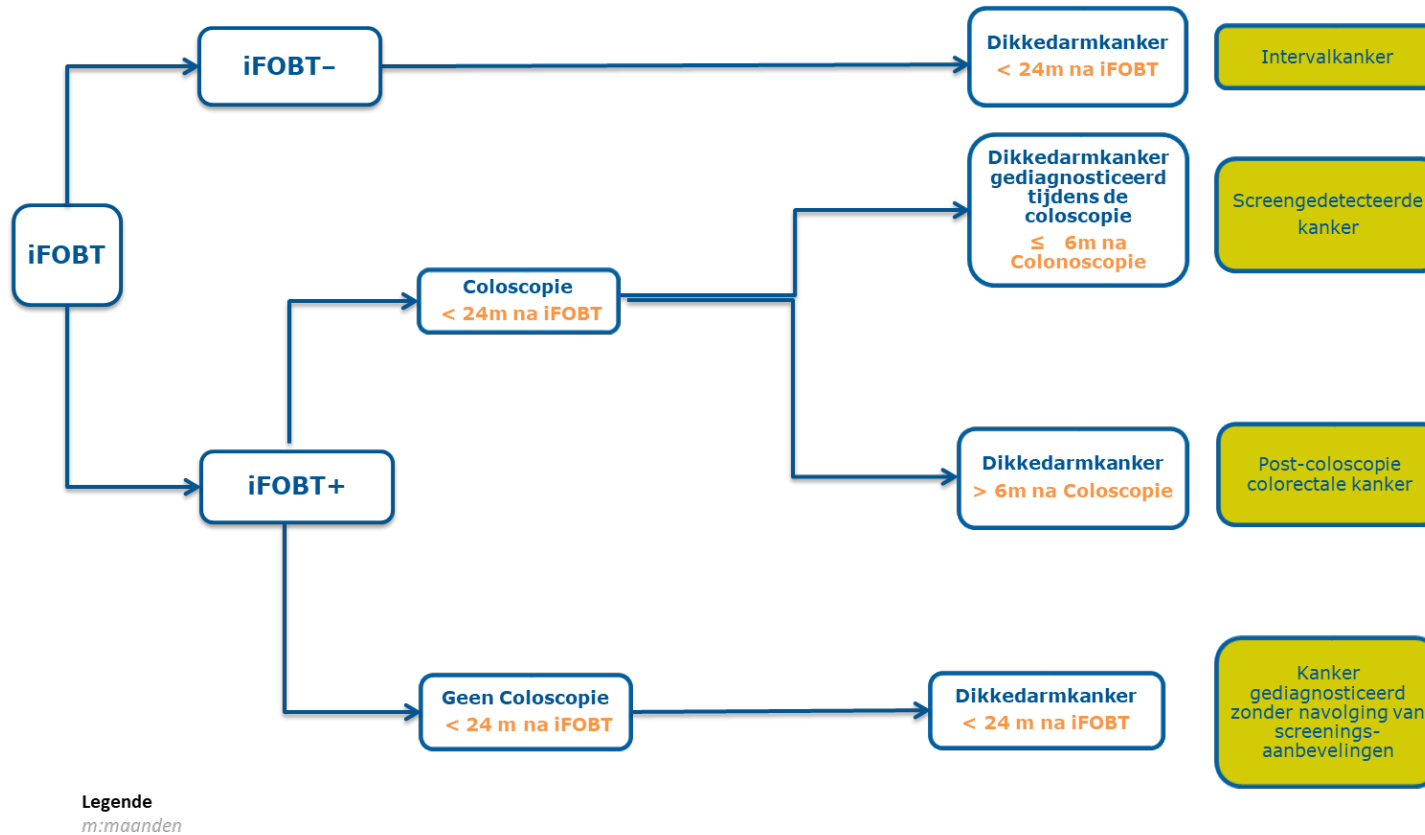
- Een screngedetectede kanker: een dikkedarmkanker gedetecteerd binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT met een daaropvolgende coloscopie.
- Een intervalkanker: een dikkedarmkanker die gediagnosticeerd wordt binnen de 24 maanden na een niet-afwijkende iFOBT.

Een post-coloscopie colorectale kanker: een dikkedarmkanker die optreedt binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT waarbij tijdens de daaropvolgende coloscopie geen dikkedarmkanker werd vastgesteld.

- Een kanker na afwijkende iFOBT waarvoor de screeningsaanbevelingen niet gevolgd werden: Een kanker die optreedt binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT, waarvoor geen coloscopie werd uitgevoerd.

Op basis van deze definities werd onderstaand algoritme vastgelegd om deze verschillende soorten kankers te identificeren (zie figuur 10):

Figuur 10: Algoritme voor indentificatie van de verschillende soorten kankers



Op basis van de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA weten we of al dan niet een coloscopie werd uitgevoerd na de afwijkende iFOBT. Door het ontbreken van een centraal coloscopieregister is het resultaat van deze coloscopie echter niet gekend. Daarom worden dikkedarmkankers met een incidentiedatum binnen de 6 maanden na de prestatiedatum van de coloscopie als screengedetectede kankers beschouwd. Dikkedarmkankers met een incidentiedatum die later dan 6 maanden van de coloscopie valt, als post-coloscopie colorectale kankers.

Om na te kijken of er al dan niet een coloscopie plaatsvond na afwijkende iFOBT, worden de screeningsgegevens van de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de IMA-gegevens.

Om kankers te identificeren worden alle screeningsgegevens gekoppeld met alle dikkedarmkankerdiagnoses (selectie op basis van ‘variabele’ ICD10: C18-C20 en D010—D012) aanwezig in de kankerregistratiedatabank en alle stalen uit het CHP-colorectaal die wijzen op een dikkedarmkankerdiagnose (selectie op basis van letselcategorieën INVA, ADIS, SQIS, OTHIS).

9.6.4 Follow-up-gegevens na een afwijkende iFOBT

BCR voorziet het CvKO van follow-upgegevens na afwijkende iFOBT op basis van haar databanken. De ‘BCR follow up’ bevat informatie over de vervolgonderzoeken en eventuele diagnose/pathologie na een screening met afwijkend resultaat.

Het CvKO bezorgt jaarlijks aan BCR de resultaten van alle deelnemers aan de screening in het kader van de kwaliteitsevaluatie. Het BCR geeft jaarlijks de screengedetectede en intervalkankers door aan CvKO. Hiervoor ontvangt BCR vanuit CvKO onderstaande screeningsgegevens voor de deelnemers:

INSZ — screeningsdatum – resultaat van de iFOBT.

Voor de deelnemers met een afwijkend iFOBT resultaat vult BCR de follow-upgegevens aan. Hiervoor koppelt ze de deelnemers met een afwijkende iFOBT met de IMA-colongegevens en de CHP/CIB-colongegevens. Het BCR geeft alleen informatie door van vervolgonderzoeken en diagnose/pathologie indien deze plaatsvonden binnen 2 jaar na de datum van de afwijkende screening. In het follow up bestand staat één record voor één vervolgonderzoek, deze komen dus allemaal onder elkaar. Het aantal staat niet vast en is in principe onbeperkt. Indien een persoon meer dan één vervolgonderzoek heeft per afwijkende screening, dan vertaalt zich dat in één lijn/record per follow-up onderzoek voor die persoon.

Het bestand heeft volgende variabelen (zie tabel 9):

Tabel 9: Beschrijving variabelen van het BCR follow up bestand

Rijksregisternummer	Rijksregisternummer
Datum FOBT	Datum van FOBT screening
Datum follow up	Datum van de follow up procedure of diagnose (datum diagnose het dichtst bij de FOBT screening)
Soort follow up	<u>Op basis van IMA-data:</u> <ul style="list-style-type: none"> • ‘Volledige coloscopie’ • ‘Onvolledige coloscopie’

	<ul style="list-style-type: none"> • ‘Virtuele coloscopie’ • ‘Colectomie’ <ul style="list-style-type: none"> • ‘FOBT’ <p style="text-align: center;"><u>Indien diagnose beschikbaar in CIB en/of CHP*:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ‘CIB/CHP’
--	--

* CHP diagnoses: ‘Laag-risico adenoom’, ‘Hoog-risico adenoom’, ‘IN SITU’ of ‘INVA’

Tabel 10: Beschrijving van mogelijk uitgevoerde onderzoeken per IMA-categorie

Procedure	Nomenclatuurcode	Categorie	Beschikbaarheid
FOBT	120713-120724	FOBT	Vanaf 2010
	125716-125720		
Volledige coloscopie	473174-473185	Volledige coloscopie	Vanaf 2002
	473432-473443		Vanaf 2006
	473756-473760		
Onvolledige coloscopie	472452-472463	Onvolledige coloscopie	Vanaf 2013
	472511-472522		
	244311-244322		
	244355-244366		
	244370-244381		
Virtuele coloscopie	473130-473141	Virtuele coloscopie	Vanaf 2013
	458452-458463		
Colectomie	243014-243025	Colectomie	Vanaf 2002
	243036-243040		
	244753-244764		

Tabel 11: Mogelijke letselcategorieën op basis van het colorectaal Cyto-histopathologieregister (CHP)

Invasieve kanker
In Situ kanker
Hoog-risico adenoom
Laag-risico adenoom
Geen precancereus letsel

Passende zorg bij verhoogd risico

Richtlijnen voor een risicostatificatie- en opvolgingssysteem

Het Bevolkingsonderzoek Dikgedarmkanker richt zich naar personen zonder verhoogd risico en zonder klachten. Indien er toch klachten zijn, moet men zich steeds tot de huisarts richten gezien hiervoor andere opvolging aangewezen kan zijn. Voor mensen met een verhoogd risico op dikgedarmkanker (familiaal verhoogd risico, genetisch verhoogd risico of chronische darmziekten) is de iFOBT mogelijk geen geschikt screeningsinstrument. Deze mensen hebben meer baat bij een opvolging door hun behandelende arts (en bijvoorbeeld een volledige coloscopie om de zoveel jaar). In de algemene folder die bij de uitnodigingsbrief wordt dit advies ook vermeld. Met behulp van de exclusielijsten van het BCR (coloscopie in afgelopen 10 jaar) zal een groot deel van de mensen met verhoogd risico die omwille

van dat verhoogd risico zich laten opvolgen, geen uitnodiging ontvangen. Aangezien deze exclusielijsten 4 keer per jaar worden aangeleverd én mensen met verhoogd risico zich niet altijd bewust zijn van dit risico en/of zich niet laten opvolgen zullen toch een aanzienlijk deel van deze mensen een uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker ontvangen. Als zij zich dan niet afmelden bij het CvKO omwille van verhoogd risico, blijven zij in het uitnodigingsbestand zitten. De huisarts speelt een belangrijke rol in het sensibiliseren van personen met een verhoogd risico en een adequate doorverwijzing naar een specialist voor opvolging. De aangepaste richtlijn van Domus Medica (i.s.m. CvKO opgesteld) bevat ook een aangepaste richtlijn voor personen risicofactoren of alarmsignalen en familiale belasting. Zie hiervoor onderstaande link naar de samenvattende steekkaart van deze richtlijn.

[Steekkaart Dikkedarmkanker Domus Medica.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)