



# Hoe kunnen we de Belgische kankerzorg verbeteren tegen 2028?

Integraal memorandum



# Inhoud

<b>Beleidsprioriteiten voor 2024-2028</b>	<b>3</b>
1. <b>Investeren</b> in primaire preventie, vroegtijdige opsporing en screening.	4
2. <b>Inzetten</b> op een betere toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor alle patiënten met kanker.	8
3. <b>Zorgen</b> voor een snellere toegang tot nieuwe kankerbehandelingen.	20
4. <b>Ondersteunen</b> van klinisch en translationeel onderzoek om zo de leidende positie van België in oncologisch onderzoek te vrijwaren.	25
<b>Conclusies</b>	<b>26</b>
<b>Referenties</b>	<b>27</b>

# Beleidsprioriteiten voor 2024-2028

De zorg voor kankerpatiënten blijft zich ontwikkelen met een ongekende snelheid. Deze evolutie biedt **nieuwe hoop aan kankerpatiënten en hun naasten** en opent de deur naar een toekomst waarin meer kankers curatief kunnen worden behandeld, of waarin we door langdurig remissies **bepaalde kankers** kunnen **transformeren** van een acute levensbedreigende aandoening **tot** een eerder **chronische ziekte**.

Om de voortdurende innovaties in kankerzorg op een efficiënte manier te kunnen vertalen naar de klinische praktijk is er nood aan een actieplan dat de verschillende aspecten van de strijd tegen deze ziekte integreert en coördineert. Daartoe werd in 2008 het Belgische **kankerplan** gelanceerd, maar na meer dan 15 jaar is dat plan toe aan een **update**.

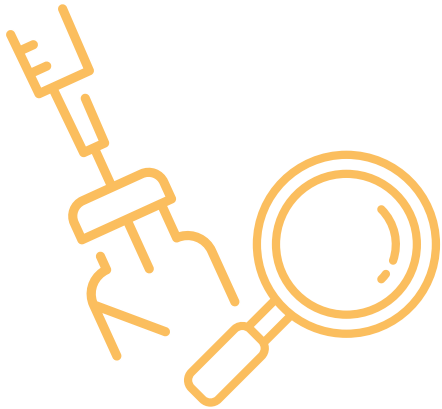
In dat licht heeft All.Can Belgium een aantal **beleidsprioriteiten** geformuleerd voor de komende jaren, gesitueerd rond **vier centrale pijlers**:

- 1 Investeren in **primaire preventie**, vroegtijdige opsporing en screening.
- 2 Inzetten op een betere **toegang tot kwaliteitsvolle zorg** voor alle patiënten met kanker.
- 3 Zorgen voor een snellere toegang tot **nieuwe kankerbehandelingen**.
- 4 Ondersteunen van klinisch en translationeel onderzoek om zo de leidende positie van België in **oncologisch onderzoek** te vrijwaren.



# 1

## Investeren in primaire preventie, vroegtijdige opsporing en kankerscreening



Geschat wordt dat ongeveer 4 op de 10 kankers worden veroorzaakt door een ongezonde levensstijl, milieufactoren, oncogene virussen of bepaalde beroepsrisico's.<sup>(1, 2)</sup> Het mag dus duidelijk zijn dat primaire kankerpreventie met voorsprong de meest efficiënte manier blijft om het risico op kanker te beperken.

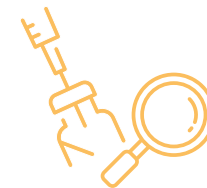
In dat licht beschouwt zowel de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als de Europese Unie (EU) primaire preventie als een belangrijke prioriteit in het kankerbeleid. Een efficiënte primaire preventie vereist echter een toegewijde en volgehouden **politieke inzet**, waarbij men iedereen in de samenleving tracht te bereiken.

All.Can Belgium dringt er daarom op aan dat beleidsmakers blijven investeren in het vergroten van het **bewustzijn rond de kankerrisico's** die verbonden zijn met bepaalde levensstijlfactoren, zoals roken, alcoholgebruik, obesitas, onvoldoende bewegen of een overmatige blootstelling aan de zon.

### Nudging

Samen met initiatieven die inzetten op het verbeteren van de kennis rond kanker bij het grote publiek, moet de overheid blijven inzetten op preventieve gezondheidsprogramma's die een **gezonde levensstijl stimuleren** ('nudging'). Voorbeelden zijn het gebruik van gezondheidsscores op voedsel, het heffen van een hogere belasting op tabak en alcohol, of het invoeren van fiscale voordelen voor mensen die lid worden van een sportclub.

Daarnaast is er nood aan wetgeving die de vrijstelling van kankerverwekkende stoffen in het milieu, zoals nikkelverbindingen, benzeen, acrylonitril, radon of arseen, helpt terugdringen. Tot slot moeten overheden blijvend inzetten op het uitrollen van effectieve **vaccinatieprogramma's** tegen oncogene virussen.



### Humaan papillomavirus

De meest voor de hand liggende keuze voor een dergelijke campagne is het humaan papillomavirus (HPV), een virus zonder dierlijk reservoir dat geassocieerd is met de ontwikkeling van verschillende soorten kanker, waaronder **baarmoederhalskanker**. Gezien de uitstekende effectiviteit van de beschikbare HPV-vaccins kan een hoge vaccinatiegraad zorgen dat bepaalde HPV-subtypes volledig worden uitgeroeid. Aangezien HPV-infecties aan de basis liggen van bijna alle baarmoederhalskankers, kan een dergelijke HPV-eradicatie een enorme impact hebben op de incidentie van dit kankertype. Belgische beleidsmakers moeten zich daarom blijven inspannen om de HPV-vaccinatiegraad bij zowel meisjes als jongens te maximaliseren.

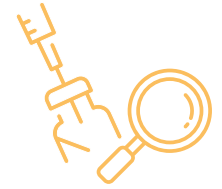
In het kader van het “**Europe’s Beating Cancer Plan**” ondersteunt de EU momenteel actief programma’s van lidstaten die de HPV-vaccinatiegraad trachten op te drijven. Daarmee wil de EU tegen 2030 minstens 90% van de vrouwelijke EU-doelpopulatie vaccineren en ook de vaccinatiegraad bij jongens aanzienlijk verhogen.<sup>(3)</sup>

### Onlogische bevoegdheidsverdeling

De verdeling van gezondheidsbevoegdheden tussen de **federale en regionale overheden** is niet altijd even logisch in België. Zo valt preventieve zorg momenteel onder de bevoegdheid van de regionale entiteiten, terwijl de vergoeding van bepaalde procedures die nodig zijn voor die preventie onder de verantwoordelijkheid van de federale overheid vallen.

Concreet zijn de gewesten bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het organiseren van screeningprogramma’s voor kanker, terwijl het federale RIZIV zich bezighoudt met de terugbetaling van de onderzoeken die nodig zijn voor die screening (bijv. baarmoederhalsuitstrijkjes, mammografie, etc.). De complexe Belgische overheidsstructuur kan op die manier zorgen voor de nodige uitdagingen bij het organiseren van een gestructureerde en effectieve primaire en secundaire kankerpreventie. All.Can Belgium dringt dan ook aan op een **betere coördinatie en samenwerking** tussen de regionale en federale overheden inzake kankerbeleid.

## Een vroegtijdige diagnose is één van de meest effectieve maatregelen om de impact van kanker op onze gezondheidszorg in te perken.



De behandeling van kanker in een vroeg stadium is minder agressief, minder duur en effectiever, wat zich vertaalt in een **langere overleving** en een **betere levenskwaliteit** voor patiënten.<sup>(4, 5)</sup> Uit gegevens van een recente meta-analyse blijkt zelfs dat een vertraging in de diagnose van slechts 4 weken geassocieerd is met een aanzienlijk hogere mortaliteit bij verschillende kankertypes en met verschillende behandelingsmodaliteiten. Dat schadelijke effect werd bovendien enkel maar meer uitgesproken naarmate de diagnose meer vertraging oploopt.<sup>(6)</sup>

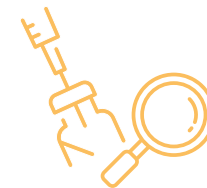
In het meest recente kankerrapport van de WHO, gepubliceerd in 2020, wordt een vroegtijdige diagnose dan ook aangeduid als één van de meest effectieve maatregelen om de impact van kanker op onze gezondheidszorg in te perken.<sup>(7)</sup> Om kanker in een vroeger stadium op te sporen kunnen twee paden bewandeld worden: 1) **screenen** op premaligne afwijkingen of preklinische, asymptomatische kanker bij **ogenschijnlijk gezonde personen** en 2) investeren in de **vroegtijdige diagnose** van kanker bij patiënten met vroege kankersymptomen.<sup>(7)</sup>

All.Can Belgium dringt aan op een versterking van de bestaande screeningprogramma's voor **borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker** bij de algemene bevolking. Die aanbeveling wordt ook gesteund door de Europese Commissie, die specifiek de ontwikkeling van nieuwe screeningsprogramma's voor die kankers als een speerpunt ziet van haar 'Europe's beating cancer plan'. Met dat initiatief wil de EU dat **90%** van de doelpopulatie gescreend wordt op borst, baarmoederhals- en colorectale kanker tegen 2025.<sup>(3)</sup>

### Screening naar andere kankers

Naast een versterking van de bestaande screeningsprogramma's moeten aanvullende, gerichte screeningsprogramma's worden ontwikkeld voor andere kankers, zoals **long- of prostaat**kanker. Wat longkanker betreft, is er ondubbelzinnig bewijs dat screening door middel van lage dosis computertomografie bij hoogrisicopopulaties zorgt voor een aanzienlijke reductie in het aantal overlijdens door longkanker.

In dat verband tonen studies aan dat het aantal personen dat moet gescreend worden om één longkankerdiagnose te stellen 130-230 bedraagt en dat men per 320 gescreende personen één sterfgeval door longkanker kan voorkomen.<sup>(8)</sup> Opmerkelijk



genoeg zijn die cijfers voor **longkankerscreening** in een hoogrisicopopulatie **gunstiger** dan de data die gerapporteerd werden voor de screening op baarmoederhals-, borst- en colorectale kanker in Vlaanderen.<sup>(9-11)</sup>

Om de vroegtijdige opsporing van kanker te verbeteren, is het in eerste instantie belangrijk om **artsen in de eerstelijnszorg** en het **grote publiek** meer bewust te maken van de signalen die kunnen wijzen op een vroegtijdige kanker. Om de kennis rond kanker te verbeteren is er nood aan consistente, uitgebreide en wetenschappelijke informatie die aangepast is aan de denkwijze, cultuur en overtuigingen van de doelgroep.

Een goed voorbeeld daarvan is het **JUVENTAS-project** dat werd opgezet door All.Can Belgium om jongeren en jongvolwassenen bewuster te maken van de vroege symptomen van borstkanker, teelbalkanker en sarcomen. Naast een bewustwordingscampagne op scholen en in de media, omvat het project ook enquêtes

die polsen naar de kennis over kanker bij adolescenten en naar de obstakels die ze ervaren bij het bespreken van vroege kankersymptomen met hun huisarts.

De inspanningen om de kennis rond kanker te verbeteren moeten bovendien gepaard gaan met de nodige investeringen in **diagnostische capaciteit**. Naast het voorzien van een adequate eerstelijnszorg, omvat dat een geschikte toegang tot medische beeldvorming en moleculaire testing.

**Naast meer kennis  
rond kanker moeten  
we investeren in extra  
diagnostische capaciteit.**

# 2

## Een betere toegang tot hoogwaardige zorg



Vele debatten rond kankerzorg hebben zich de afgelopen jaren gericht op de vraag hoe overheden een kwaliteitsvolle zorg kunnen garanderen voor alle patiënten met kanker. Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat de **perceptie** van wat **kwalitatieve zorg** is niet noodzakelijk dezelfde is bij zorgverleners, patiënten en hun naasten.

Daar waar patiënten en hun naasten de zorg in de eerste plaats evalueren op basis van de mate waarin de behandeling hen in staat stelt om zo snel mogelijk terug te keren naar het **normale leven**, richten zorgverleners zich vaker op technische competenties en op de efficiëntie waarmee deze zorg wordt aangeboden.

Voor All.Can Belgium is **patiëntgerichtheid** één van de belangrijkste criteria waaraan de zorg moet worden getoetst. In deze is het belangrijk dat de kankerzorg een hoge kwaliteit moet nastreven doorheen het volledige zorgcontinuüm, van diagnose en behandeling tot de revalidatie van overlevers en het bieden van palliatieve zorg bij terminale patiënten.

Binnen dat continuüm moet de zorg zich concentreren op een patiëntgerichte zorgplanning, palliatieve en psychosociale ondersteuning van patiënten en hun zorgverleners en de preventie en controle van langdurige behandelingsgerelateerde toxiciteit.

Om de kwaliteit te maximaliseren moet de zorg bovendien worden verleend door bekwame, betrouwbare en multidisciplinaire zorgteams die voldoende aandacht hebben voor de **individuele behoeften, waarden en voorkeuren** van de patiënt.





All.Can Belgium heeft **9 prioriteiten** geïdentificeerd die kunnen zorgen voor een verdere optimalisatie van de kankerzorg in België.

## 1. Erkenning van referentie- en expertisecentra

Gezien de complexiteit van kankerbehandelingen vandaag is het niet langer efficiënt noch ethisch verantwoord om zorg aan te bieden voor elk tumortype in elk ziekenhuis. Dat is zeker het geval voor zeldzame kankers of complexe situaties (bijv. kanker en zwangerschap). Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de huidige **versnippering van de kankerexpertise** in België tegen te gaan moet verder ingezet worden op de erkenning en certificering van referentiecentra waar de zorg voor zeldzame en/of complexe kankers wordt toegewezen aan multidisciplinaire teams van erkende experts.<sup>(12)</sup>

Die aanbeveling wordt ondersteund door een grote hoeveelheid kwalitatieve data die overtuigend aantonen dat het resultaat op korte en lange termijn beter is wanneer complexe procedures worden uitgevoerd in ziekenhuizen met een hoger patiëntenvolume.<sup>(13-15)</sup> Al in 2014 pleitte het Belgische **Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg** (KCE) voor de oprichting van referentiecentra voor 14 zeldzame of complexe kankers.

Daarbij is het de bedoeling dat **referentiecentra** verantwoordelijk zijn voor de diagnostische bevestiging, het opstellen van het behandelplan en de meer complexe delen van de behandeling (bijv. complexe chirurgie of radiotherapie). **Perifere centra** kunnen nog steeds minder complexe, goed beschreven delen van de behandeling uitvoeren, in nauwe samenwerking met het referentiecentrum.

### Expertise en nabijheid combineren

Door expertise en nabijheid te combineren binnen netwerken tussen referentiecentra en perifere ziekenhuizen ("shared care model") kan de zorgverlening verder worden geoptimaliseerd. De integratie van Belgische referentiecentra in grotere **Europese referentienetwerken** (ERN) kan vervolgens zorgen voor een verdere uitwisseling van expertise. Door dergelijke internationale samenwerkingen kunnen Belgische referentiecentra niet alleen hun expertise maar ook hun onderzoekspotentieel vergroten, met een positieve impact op de participatiegraad in klinische studies.

Ondertussen werden referentiecentra opgericht voor een aantal zeldzame kankers (pancreas- en slokdarmchirurgie), maar voor de meeste geïdentificeerde zeldzame kankers is dat nog niet het geval. All.Can Belgium dringt daarom aan op de verdere implementatie van referentiecentra voor alle zeldzame of complexe kankertypes.

Concentratie van zorg is ook nuttig voor bepaalde courantere kankers.



All.Can Belgium is er zelfs van overtuigd dat het concept van referentiecentra niet beperkt hoeft te blijven tot zeldzame kankers of complexe situaties. Gegevens uit een recent KCE-rapport laten bijvoorbeeld zien dat borstkankerpatiënten die worden behandeld in een centrum zonder borstkanker-certificering een duidelijk hogere kans hebben om aan hun ziekte te overlijden dan patiënten die worden behandeld in een gecoördineerde borstkliniek.<sup>(16)</sup> Het lijkt dus verstandig om ook de cruciale stappen in de behandeling van **meer courante kankertypes**, zoals borst- of longkanker, te concentreren in gecertificeerde 'centers of excellence'.

## 2. Zorgen voor de opleiding van voldoende gespecialiseerde zorgverleners

Uit data van het Belgische Kankerregister blijkt dat de **incidentie van kanker** de laatste decennia gradueel **toeneemt**.<sup>(17)</sup> Om te zorgen dat het groeiende aantal kankerpatiënten de best mogelijke zorg blijven krijgen, is het belangrijk dat ook het aantal oncologen, radiotherapeuten en onconurses toeneemt en er dus **voldoende gespecialiseerde zorgverleners** worden opgeleid.

Daarnaast is er nood aan een curriculum voor **gespecialiseerde oncologische verpleegkundigen**, specifiek gericht op de klinische en psychosociale behoeften van kankerpatiënten. Vooraleer dat gerealiseerd kan worden moet er echter consensus worden gevonden over de competenties die deze professionals moeten beheersen en de rol die zij kunnen spelen bij het coördineren van de multidisciplinaire zorg voor onze patiënten.



### 3. Richtlijnen rond de psychosociale zorg voor kankerpatiënten

De invloed die een kankerdiagnose heeft op het leven van patiënten en hun families beperkt zich niet tot ziektesymptomen en bijwerkingen van de behandeling, maar strekt zich uit over een breed scala aan psychologische, emotionele, sociale, culturele en spirituele aspecten van het leven.<sup>(18)</sup> Ondanks het groeiende besef dat **psychosociale zorg** een essentieel onderdeel is van een kwalitatieve kankerzorg, tonen data aan dat de psychologische behoeften van vele patiënten **onvoldoende** worden **beantwoord**.<sup>(19)</sup>

Nochtans is ondubbelzinnig aangetoond dat er een duidelijke relatie is tussen de psychosociale morbiditeit bij kankerpatiënten en een onaangepaste 'coping', een **verminderde levenskwaliteit**, verstoorde sociale relaties, een hoger risico op zelfdoding, langere revalidatietijden, een slechtere therapietrouw en mogelijk ook een kortere overleving. Psychosociale zorg vereist dan ook bijzondere aandacht in de zorg voor kankerpatiënten.<sup>(18, 19)</sup> Daarbij tonen verschillende onderzoeken aan dat gerichte psychosociale interventies een positieve invloed kunnen hebben op de gezondheid van kankerpatiënten.<sup>(20-22)</sup>

Helaas staan **financiële en organisatorische beperkingen** nog vaak in de weg van een routinematige integratie van psychologische zorgprogramma's in de kankerzorg. In dat kader is er nood aan specifieke richtlijnen die zorgteams kunnen helpen om de psychosociale behoeften van kankerpatiënten tijdig op te sporen en adequaat aan te pakken. Daarbij dient men ook aandacht te hebben voor eventuele barrières in de zorgverlening voor patiënten met een verschillende taalkundige of culturele achtergrond.

**Gerichte psychosociale zorg kan een positieve invloed hebben op de gezondheid van kankerpatiënten.**



#### 4. Inzetten op een maximale personalisatie van de zorg

Het inzicht dat **elke patiënt** met kanker **uniek** is, is geen nieuw concept in de oncologie. Niet enkel variëren de specifieke tumorkarakteristieken van patiënt tot patiënt, iedere patiënt heeft ook zijn eigen specifieke voorkeuren en behoeften.<sup>(23)</sup> Dat besef heeft geleid tot een steeds verdere **personalisering** van de kankerbehandeling, waarbij rekening wordt gehouden met de inter- en intratumorale genetische variabiliteit, met verschillen in de tumorale (immuun)micro-omgeving, en met de aanwezigheid van bepaalde comorbiditeiten.

In dat opzicht stemt een gepersonaliseerde behandelingsstrategie de therapie specifiek af op de oncogene mechanismes van de tumor en op de tumorale en immunologische karakteristieken bij de individuele patiënt. Bovendien houdt een gepersonaliseerde behandeling ook rekening met de potentiële toxiciteit van de therapie. Op die manier tracht men de grootste kans op een **kwalitatieve tumorrespons** te combineren met een maximaal **behoud van orgaanfuncties en levenskwaliteit**.<sup>(24)</sup>

De basis voor een gepersonaliseerde behandeling in de oncologie wordt gevormd door de effectiviteits- en

veiligheidsresultaten die worden gegenereerd in **klinische studies**. Klinische studies bevatten echter steeds een geselecteerde patiëntenpopulatie waardoor ze bepaalde klinische scenario's niet adequaat beantwoorden. All.Can Belgium gelooft dat **'real-world data'** (RWD) een vitale rol kunnen spelen in het opvullen van die **hiaten in onze klinische kennis**.

##### Rol voor 'real-world data'

RWD kunnen bijvoorbeeld waardevolle inzichten leveren rond het effect van bepaalde behandelingen in specifieke patiëntengroepen (bijv. oudere patiënten, zwangere vrouwen, etc.). Daarnaast kunnen RWD ook gebruikt worden voor de identificatie van biomerkers, voor een bredere evaluatie behandelingsgerelateerde toxiciteit en voor de studie van een optimale behandelingssequentie. Een betere registratie en uitwisseling van RWD moet daarom de komende jaren een prioriteit worden voor overheden en voor de medische gemeenschap in het algemeen.

Een accurate evaluatie van de **biomerkerstatus** van een bepaalde patiënt is vaak een eerste vereiste voor een effectieve

Om de beste zorg te kunnen bieden, is een betere afstemming nodig tussen de evaluatie van therapieën en die van hun geassocieerde diagnostische tests.



gepersonaliseerde therapie. Helaas zijn de huidige registratie- en vergoedingsprocessen voor de complexe diagnostische tests die daarvoor nodig zijn ontoereikend. Kort samengevat is er een **gebrek aan coördinatie** tussen het vergoedingsproces voor een bepaalde (gerichte) therapie en de diagnostische test die de nodige informatie levert om te bepalen of een patiënt baat heeft van de behandeling in kwestie. Dat kan leiden tot **vertragingen**, vooral als een geneesmiddel is goedgekeurd via een versneld traject, waardoor de toegang voor patiënten tot een effectieve doelgerichte therapie wordt beperkt.

Daarom onderstreept All.Can Belgium de noodzaak om de registratie- en terugbetalingsprocessen voor geneesmiddelen en hun geassocieerde diagnostische tests beter **op elkaar af te stemmen**. Alleen dan zullen patiënten ten volle kunnen genieten van de potentiële voordelen die de revolutie in de gepersonaliseerde kankerbehandeling met zich mee brengt.

## 5. Inzetten op praktische zorgoplossingen voor kankerpatiënten

Een patiëntgerichte kankerzorg vereist doorgedreven investeringen in het optimaliseren van het behandeltraject. Zo zien veel patiënten en hun naasten de regelmatige **verplaatsingen** naar kankercentra als lastig en tijdrovend. Een hoge reisbelasting kan daarbij leiden tot vertragingen in de behandeling en is geassocieerd met een slechtere prognose en een slechtere levenskwaliteit voor patiënten.<sup>(25)</sup>

In dat licht zijn er inspanningen nodig om de behandeling of follow-up van patiënten deels weg te trekken uit oncologische centra en **dichter bij de woonplaats** van de patiënt zelf te organiseren (bijv. thuis, bij de huisarts, via mobiele kankereenheden, etc.). Daarbij is een nauwe samenwerking met het behandelend referentiecentrum uiteraard essentieel. Door waar mogelijk in te zetten op een **'flexibele zorg'**, kunnen patiënten mee beslissen over waar ze hun behandeling krijgen, wat leidt tot een betere levenskwaliteit en bovendien ook zorgt voor een verlichting van de werkdruk bij zorgverleners en ziekenhuizen.<sup>(26)</sup> In dat kader heeft de COVID-pandemie aangetoond hoe **tele-geneeskunde** nuttig kan zijn om patiënten toegang te geven tot zorg zonder dat ze hun huis hoeven te verlaten.



Naast innovatieve manieren om de behandeling dichterbij de patiënt te brengen en investeringen in tools die het mogelijk maken om patiënten vanop afstand op te volgen, moet er ook nagedacht worden over manieren om de ervaring voor de patiënt in het ziekenhuis zelf te verbeteren. In deze zien we een belangrijke rol weggelegd voor **verpleegkundig specialisten** en **onconurses**. Uit gegevens blijkt namelijk dat patiënten die opgevolgd worden door een gespecialiseerde onconurse een betere algemene behandelingservaring hebben en zich meer betrokken voelen bij de beslissingen en coördinatie van hun behandeling.<sup>(27)</sup>

**Patiënten opgevolgd door een gespecialiseerde onconurse voelen zich meer betrokken bij hun behandeling.**

## 6. Inzetten op een holistische benadering van de kankerzorg

Kankerpatiënten en -overlevers worden doorheen hun ziekteproces geconfronteerd met tal van fysieke, psychologische, sociale, spirituele en financiële problemen. Daarom is het belangrijk om te evolueren van een eerder ziektegerichte kankerzorg naar een **holistische benadering**, waarin meer aandacht gaat naar psychosociale aspecten, levenskwaliteit, 'patient empowerment', en de uitdagingen die gepaard gaan met het overleven van kanker.

Om ervoor te zorgen dat alle patiënten toegang hebben tot een holistische, geïntegreerde en ondersteunende zorg is er een nauwe samenwerking nodig tussen alle stakeholders in de kankerzorg. Daarbij is het van cruciaal belang dat **psychologisch welzijn** op gelijke voet wordt geplaatst met fysieke gezondheid en dat patiënten gemakkelijk toegang wordt gegeven tot psychologische ondersteuning.

De resultaten van een All.Can-onderzoek tonen aan dat meer dan twee derde (69%) van de respondenten aangeeft behoefte te hebben aan **psychologische ondersteuning** tijdens of na hun kankerzorg. Een derde van de patiënten gaf echter aan dat deze nood aan psychologische ondersteuning niet, of onvoldoende



werd beantwoord.<sup>(28)</sup> Dat illustreert duidelijk dat er nog veel ruimte voor verbetering is.

### Risico op ondervoeding

Naast psychologische ondersteuning vormt ook **voedingsondersteuning** een integraal onderdeel van een holistische kankerzorg. Ondervoeding is namelijk een veelvoorkomend probleem bij kankerpatiënten, wat kan leiden tot langdurige en herhaalde ziekenhuisopnames, een verhoogde behandelingsgerelateerde toxiciteit, een verminderde respons op de kankerbehandeling, een slechtere levenskwaliteit en prognose en een vermijdbare verspilling van middelen in de gezondheidszorg.<sup>(29)</sup>

Ondanks de beschikbaarheid van internationale richtlijnen rond voedingsondersteuning voor kankerpatiënten, blijft er een aanzienlijke kloof bestaan tussen de behoefte aan voedingsondersteuning en de voedingszorg die daadwerkelijk wordt gegeven in de dagelijkse praktijk. Dat benadrukt de nood voor een grotere bewustwording rond het belang van **voeding in een oncologische setting**. Belangrijk daarbij is dat deze voedingsondersteuning verzekerd wordt doorheen het hele traject van de patiënt, zowel tijdens de behandeling, aan het einde van het leven, maar ook voor patiënten die hun kanker overleefden.

Door de algemene vergrijzing van de populatie en een verbeterde vroegtijdige opsporing en behandeling van kanker neemt het aantal **overlevers** van kanker gradueel toe. Om beter tegemoet te komen aan de specifieke fysieke, psychosociale en ondersteunende zorgbehoeften van die overlevers moet ons zorgmodel aangepast worden. Naast een doorgedreven screening voor ziekteherstel vereist dat meer aandacht voor de **langtermijneffecten** van bepaalde therapieën (bijv. lymfoedeem, osteoporose, etc.) en voor de psychosociale problemen waarmee overlevers van kanker worden geconfronteerd (bijv. angst voor herstel, vermoeidheid, veranderde slaap en cognitie, effecten op seksualiteit en intimiteit). Daarbij is ook een efficiënte begeleiding van overlevers terug naar de werkvloer van groot belang.

Daarnaast moet ingezet worden op het stimuleren van een gezonde levensstijl bij overlevers om zo mee het risico op herstel te minimaliseren. Ten slotte hebben overlevenden van kanker het **'recht om vergeten te worden'**. Lang nadat patiënten hersteld zijn van hun kanker worden overlevers nog steeds gevraagd om hun vroegere medische toestand te melden aan commerciële bedrijven, zoals levensverzekeringsmaatschappijen of begrafenisverzekeringsmaatschappijen. Dat recht om vergeten te worden is sinds 2019 officieel erkend in België,



met een tijdslimiet van 8 jaar (5 jaar voor patiënten jonger dan 21 jaar op het moment van de diagnose) en de Europese Unie stelt als doel om dit tegen 2025 in te voeren in alle EU-lidstaten.

Aan de andere kant van het spectrum moet er adequate **palliatieve ondersteuning** worden geboden aan patiënten met een levensbedreigende vorm van kanker. Door tijdig in te spelen op de specifieke fysieke, emotionele, praktische en spirituele behoeften die ontstaan wanneer men geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening, kunnen we de levenskwaliteit van patiënten en hun verzorgers aanzienlijk verbeteren.

Het is belangrijk om te benadrukken dat palliatieve zorg niet beperkt mag worden tot het einde van het ziekteverloop, maar aangeboden moet worden doorheen de verschillende ziektestadia. Uit de literatuur blijkt namelijk dat **vroegtijdige** palliatieve zorg de symptomen, de levenskwaliteit en zelfs de uitkomst van patiënten met kanker kan verbeteren.

Wanneer palliatieve zorg vroeg in het behandelingsproces wordt opgestart, ervaren patiënten **minder angst** en krijgen ze het gevoel meer controle te hebben over hun zorg.<sup>(30)</sup>

In dat licht moet palliatieve zorg een integraal deel worden van het zorgcontinuüm bij kankerpatiënten. Daarbij is het van belang dat de palliatieve zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team van professionals, waaronder artsen, verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, aalmoezeniers, psychologen en maatschappelijk werkers.<sup>(31, 32)</sup>

**Palliatieve zorg hoort  
aanwezig te zijn  
doorheen het hele  
zorgtraject van mensen  
met kanker.**





## 7. Streven naar een patiëntgerichte, multidisciplinaire en geïntegreerde kankerzorg

Doorheen hun kankertraject worden patiënten begeleid door een groot aantal zorgverleners en ondergaan ze meerdere behandelingsmodaliteiten. In zo'n multidisciplinaire setting benadert elke specialist de patiënt vanuit zijn eigen perspectief. Hoewel algemeen aanvaard wordt dat een dergelijke **multidisciplinaire aanpak** zorgt voor de beste uitkomst voor patiënten, brengt het ook bepaalde risico's met zich mee. Zo kan dit leiden tot onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden en rol van de verschillende specialisten binnen het zorgteam en voor een **gebrek aan duidelijkheid** over wie wat doet voor patiënten. Daarom moeten er inspanningen worden gedaan om de rol duidelijkheid te verbeteren, zowel binnen het behandelend team als naar patiënten toe.

Daarnaast is het belangrijk om in te zetten op een betere communicatie tussen de zorgverleners binnen en buiten de muren van het ziekenhuis. Momenteel worden **huisartsen** slechts beperkt betrokken bij de behandeling van kankerpatiënten. Toch kunnen zij een belangrijke rol spelen bij het vroegtijdig herkennen van kanker, bij het uitleggen van de verschillende stappen in het behandelingstraject en

in de opvolging van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis. Bovendien zijn ze nauw betrokken bij de behandeling van niet-gerelateerde comorbiditeiten wanneer de patiënt thuis is, en kunnen ze een rol spelen in het signaleren van behandelingsgerelateerde bijwerkingen.<sup>(33)</sup>

Hetzelfde geldt voor fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen of andere specialisten die betrokken zijn bij de zorg voor kankerpatiënten **buiten de muren van het ziekenhuis**. All.Can Belgium is ervan overtuigd dat een multidisciplinaire, patiëntgerichte kankerzorg, met een goede samenwerking en communicatie tussen zorgverleners binnen en buiten de muren van het ziekenhuis zal leiden tot betere resultaten, meer betrokkenheid van de patiënt en een betere levenskwaliteit.



## 8. Garanderen van billijkheid

In een ideale wereld zou iedereen dezelfde kansen moeten krijgen om kanker te voorkomen, de ziekte in een vroeg stadium te ontdekken en om een goede behandeling en follow-up te krijgen. Helaas toont de literatuur aan dat **etnische minderheden** nog steeds geconfronteerd worden met een ongelijke toegang tot kwalitatieve kankerzorg.<sup>(34, 35)</sup> Naast etniciteit ziet men ook dergelijke ongelijkheden op basis van geslacht, leeftijd, socio-economische status, seksuele geaardheid, de plaats waar mensen leven (in de stad vs. het platteland) en de aanwezigheid van bepaalde beperkingen.<sup>(35)</sup>

All.Can Belgium dringt aan op een doorgedreven inspanning om **gelijke toegang** tot hoogkwalitatieve kankerzorg te faciliteren, ongeacht van waar patiënten wonen, of ze het zich kunnen veroorloven, hun etniciteit of andere persoonlijke omstandigheden. Dergelijke inspanningen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het verzekeren van een brede geografische toegankelijkheid tot kankercentra, of maatregelen die zorgen voor een grotere deelname van patiënten uit minderheidsgroepen aan klinisch onderzoek.<sup>(36)</sup>

Daarnaast toont internationaal onderzoek aan dat een **divers personeelsbestand** kan leiden tot een grotere gevoeligheid en aandacht voor ongelijkheden in de zorg.<sup>(37, 38)</sup> Om eventuele ongelijkheden in de kankerzorg beter te bestrijden, is het ook belangrijk dat wetenschappelijke en klinische centra hun ervaringen, beste praktijken, geleerde lessen en oplossingen rond dit thema met elkaar delen.



## 9. Investeren in een betere integratie van oncologie binnen de verschillende specialismen van de interne geneeskunde

Kanker en de geassocieerde behandelingen kunnen een grote impact hebben op de verschillende orgaansystemen van het menselijk lichaam. Daarom dringt All.Can Belgium aan op een verdere investering in de ontwikkeling van **oncologiespecialisaties binnen de interne geneeskunde**.

Zo is **cardio-oncologie** een opkomend interessegebied dat zich richt op het opsporen, opvolgen en behandelen van cardiovasculaire aandoeningen als neveneffect van chemo- en/of radiotherapie. Het is algemeen bekend

dat die behandelingen kunnen zorgen hartproblemen, wat een belangrijke oorzaak is van morbiditeit en mortaliteit bij kankerpatiënten en overlevers. Gezien de beschikbaarheid van steeds meer effectieve en potentieel curatieve behandelingen voor kanker, wordt een adequate behandeling van hart- en vaatziekten steeds belangrijker om zo het overlevingsvoordeel van de kankerbehandeling niet verloren te zien gaan door cardiovasculaire problemen. Op dezelfde manier is **onconeurologie** een opkomend specialisme binnen de nefrologie dat zich richt op het raakvlak tussen nieraandoeningen en kanker.

All.Can Belgium dringt aan op een betere samenwerking tussen oncologen en andere specialisten in de interne geneeskunde en op een groter bewustzijn voor de mogelijke (langetermijn-) effecten van kanker op andere orgaansystemen. Dat laatste is in het bijzonder belangrijk voor patiënten die kanker overleefden tijdens hun kindertijd of adolescentie.

**Samenwerking tussen oncologen en andere specialisten in de interne geneeskunde draagt bij tot goede kankerzorg.**

# 3

## Zorgen voor een snellere toegang tot innovatieve kankerbehandelingen



De behandeling van kanker evolueert aan een steeds sneller tempo, wat zorgt voor een vroegere opsporing van kanker en een toenemende personalisering van de behandeling. Hoewel die innovaties een groot potentieel inhouden voor patiënten, blijft het een uitdaging om ze **tijdig te integreren** in de klinische praktijk.

Specifiek voor België wordt de uitdaging duidelijk geïllustreerd door **teleurstellende** gegevens rond de beschikbaarheid van innovatieve geneesmiddelen. Volgens de Europese Federatie van de Farmaceutische Industrie kregen 41 oncologische geneesmiddelen tussen 2017 en 2020 een vergunning van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).<sup>(39)</sup> In januari 2021 werd slechts 66% van deze geneesmiddelen terugbetaald in België. Hoewel die 66% hoger ligt dan het gemiddelde van 55%

in de hele EU, **loopt België** in deze rangschikking **achter** op de meeste andere West-Europese landen.

De Belgische situatie is nog ongunstiger als men kijkt naar de tijd tussen de EMA-registratie van een nieuw geneesmiddel en het moment waarop dat middel wordt terugbetaald. In België duurt dat proces gemiddeld 598 dagen, waardoor we op een teleurstellende 25<sup>ste</sup> plaats staan in de Europese rangschikking. Bovendien loopt de vertraging steeds verder op, van 395 dagen in 2017 naar 440 dagen in 2019 en 598 dagen in 2021.<sup>(40)</sup> Met die cijfers in het achterhoofd mag het dan ook duidelijk zijn dat het **verzekeran van** toegang tot bestaande antikankerbehandelingen en een **versnelde goedkeuring van innovatieve therapieën** een topprioriteit moet zijn voor de komende jaren.

De federale overheid in België erkent dat we dringend de toegang tot bestaande en innovatieve behandelingen voor kankerpatiënten moeten verbeteren en werkt momenteel aan een nieuwe terugbetalingsprocedure. Dat geeft ons de kans om **verouderde terugbetalingsprocessen** en beoordelingsmethoden te vervangen om zo patiënten sneller toegang te geven tot innovatie.

## De stem van patiënten en artsen is vandaag grotendeels afwezig in de onderhandelingen over de terugbetaling van geneesmiddelen.



In België komt het advies om een nieuw geneesmiddel al dan niet terug te betalen van de Belgische **Commissie voor de Terugbetaling van Geneesmiddelen** (CRM). Na evaluatie kan het CRM adviseren voor een definitieve of tijdelijke terugbetaling van een geneesmiddel, of adviseren om het geneesmiddel niet terug te betalen. In geval van een tijdelijke terugbetaling wordt het terugbetalingsproces overgedragen aan de werkgroep conventies voor een verdere analyse van de soliditeit van de wetenschappelijke gegevens en van de mogelijke budgettaire impact van een terugbetaling.

In plaats van te wachten op meer solide bewijs, maken MEA's (Managed Entry Agreements) het mogelijk om **vroegtijdig toegang** te verlenen tot farmaceutische producten, terwijl er parallel relevante gegevens worden verzameld om de (kosten) effectiviteit te beoordelen, om de budgettaire impact en het (rationele) gebruik van het middel in de klinische praktijk na te gaan, en om extra gegevens rond veiligheid en werkzaamheid

in de dagelijkse praktijk te genereren. Op die manier kan een breder gebruik van MEA's of andere creatieve systemen ervoor zorgen dat kankerpatiënten in ons land sneller toegang krijgen tot innovatieve behandelingen

Tijdens onderhandelingen rond de terugbetaling van geneesmiddelen moeten de **belangen** van patiënten en artsen, die toegang willen tot veilige, innovatieve en veelbelovende therapieën, worden afgewogen tegen de belangen van de industrie die hun producten willen verkopen en de belangen van betalers, die de juiste beslissingen willen nemen met het oog op de duurzaamheid, rechtvaardigheid en kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem. Verrassend genoeg is de stem van **patiënten en artsen** momenteel grotendeels **afwezig** in die onderhandelingen. Aangezien artsen en patiënten vaak een beter zicht hebben op de potentiële toegevoegde klinische waarde van een innovatieve behandeling, lijkt het interessant om ook vertegenwoordigers van medische koepelorganisaties (bijv. de Belgische Vereniging voor Medische Oncologie) of patiëntenorganisaties te betrekken bij de terugbetalingsprocedure.

Vooraleer patiënten een nieuwe behandeling kunnen krijgen, maken regelgevende instanties zoals het EMA een afweging tussen de potentiële toegevoegde klinische waarde en



de tolerabiliteit van een nieuwe behandeling. Nadat het EMA goedkeuring heeft verleend, beoordelen overheidsinstanties ('betalers') van de verschillende Europese lidstaten of de nieuwe therapeutische optie volgens hen in aanmerking komt voor terugbetaling.

Terwijl regelgevende instanties bij hun beslissing vooral een afweging maken tussen de toegevoegde waarde van een nieuwe therapie ten opzichte van de huidige zorgstandaard, moeten betalers zich richten op het toewijzen van een beperkt gezondheidszorgbudget aan die behandelingen die naar verwachting de meeste winst in mortaliteit, morbiditeit en levenskwaliteit gaan opleveren.

Op basis van die verschillende objectieven gebruiken betalers en regelgevers ook verschillende parameters bij de evaluatie van een nieuwe behandeling. Daarbij blijft het **totale overlevingsvoordeel** (overall survival, OS) de gouden standaard voor beslissingen van betalers. Niettegenstaande het feit dat OS een cruciaal eindpunt is in de oncologische setting, kan een te strikte focus op OS-gegevens echter **in de weg van een snelle toegang** tot nieuwe geneesmiddelen staan. In vroege ziektestadia kan het bijvoorbeeld (zeer) lang duren vooraleer OS-gegevens voldoende matuur zijn om een overlevingsvoordeel aan te tonen.

Daarnaast kan het gebruik van opeenvolgende therapielijnen, zowel in vroege als gevorderde ziektestadia, de interpretatie van een mogelijk OS-effect ernstig compliceren.<sup>(41, 42)</sup>

#### Andere parameters bij evaluatie

Om een antwoord te bieden aan dat probleem nemen regelgevende instanties steeds vaker **alternatieve oncologische eindpunten**, zoals progressievrije (PFS) of ziektevrije overleving (DFS) mee in hun evaluatie van een nieuwe behandeling.

Die eindpunten zijn niet alleen relevant vanuit klinisch oogpunt, maar zijn ook van belang voor patiënten. Voor veel patiënten is het bereiken van een situatie waarin ze langere tijd vrij zijn van ziekte of progressie namelijk een belangrijk doel. Betalers blijven zich in hun besluitvorming echter voornamelijk richten op OS-gegevens, wat kan leiden tot een vertraagde toegang tot behandelingen die reeds werden goedgekeurd door het EMA.<sup>(43)</sup>

Het **steeds hogere tempo** waarmee nieuwe kankertherapieën worden ontwikkeld, in combinatie met een vroegere detectie van kanker, zal het bovendien steeds moeilijker maken om een OS-voordeel aan te tonen op het moment van de EMA-goedkeuring.



Onlangs werden verschillende systemen ontwikkeld die kunnen helpen om bepaalde onzekerheden die gepaard gaan met de terugbetaling van een geneesmiddel zonder mature OS-data weg te nemen.<sup>(44)</sup> Het meest relevante van die systemen voor de Europese situatie is de **Magnitude of Clinical Benefit Scale**, ontwikkeld door de European Society of Medical Oncology (ESMO-MCBS).<sup>(45, 46)</sup>

### **Progressievrije en ziektevrije overleving**

Door gebruik te maken van een rationele, gestructureerde en consistente beslissingsboom wil de ESMO-MCBS een duidelijke weergave geven van de omvang van het klinisch voordeel dat kan worden verwacht van een nieuwe oncologische therapie. De ESMO-MCBS-schaal kijkt daarbij niet alleen naar OS-gegevens, maar houdt ook rekening met drempel hazard ratio's voor PFS en DFS, responspercentages, levenskwaliteit en toxiciteit. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met de prognose van de aandoening waarbij de nieuwe behandeling zal worden gebruikt.<sup>(45, 46)</sup>

Om de toegang tot innovatieve geneesmiddelen tegen kanker te verbeteren en te versnellen, lijkt het daarom redelijk om **andere relevante oncologisch eindpunten** dan OS **mee te nemen in de**

**beoordeling** van de terugbetaling van nieuwe behandelingen. Wanneer voor een bepaalde behandeling een sterk effect wordt gezien op een intermediair eindpunt zoals DFS of PFS, is een verslechtering van de OS (zeer) onwaarschijnlijk. Als de hazard ratio voor zo'n intermediair eindpunt veel lager ligt dan de drempels die worden gebruikt in de ESMO-MCBS, zou men zelfs kunnen stellen dat het onethisch is om de toegang tot het geneesmiddel te weigeren op basis van immature OS-data.

In dat licht zou een **tijdelijke terugbetalingsbeslissing** op basis van tussentijdse eindpunten ervoor kunnen zorgen dat Belgische kankerpatiënten sneller toegang krijgen tot veelbelovende, potentieel levensreddende geneesmiddelen. In afwachting van een definitieve beslissing voor de terugbetaling kunnen extra gegevens worden verzameld om na te gaan in hoeverre de eerdere resultaten op tussentijdse eindpunten worden bevestigd en om de tolerabiliteit van de behandeling in de dagelijkse praktijk beter in kaart te brengen.

Een andere manier om de toegang tot oncologische behandelingen te verbeteren heeft betrekking op het **off-label gebruik van geneesmiddelen**. Hoewel off-labelgebruik van geneesmiddelen over het algemeen wordt ontmoedigd, komt het in de oncologie vrij vaak voor.<sup>(47)</sup> Het is namelijk zo dat

## Het off-labelgebruik van geneesmiddelen kan verschillende kankerpatiënten helpen, maar gebeurt weinig of niet in België.



vele oude geneesmiddelen waarvoor het patent is vervallen overtuigende fase III-data hebben gegenereerd in bepaalde oncologische indicaties, maar dat die nieuwe indicaties niet werden geregistreerd.<sup>(48)</sup>

Omdat die geneesmiddelen niet langer onder bescherming van een patent vallen **ontbreekt** het de fabrikanten aan **een financiële prikkel** om door te gaan met een aanvraag voor deze nieuwe indicaties. Dat zorgt voor beperkingen bij het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen en vermindert de toegang tot bepaalde gevestigde therapieën voor kankerpatiënten. Dat is vooral relevant voor landen waar de terugbetaling van geneesmiddelen strikt wordt beperkt tot de goedgekeurde indicaties (zoals in België).<sup>(49)</sup> Om dat te vermijden, dringt All.Can Belgium erop aan dat de terugbetalingscriteria voor een bepaald geneesmiddel best alle klinische indicaties omvatten waarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn.

Belangrijk bij de herziening van het Belgische terugbetalingsproces is dat men ervoor zorgt dat de nieuwe procedure **'future proof'** is en geïntegreerd wordt in de Europese context. Op die manier kunnen we vermijden dat bepaalde **Europese regelgeving** ervoor zorgt dat de toegang tot innovatieve oncologische behandelingen voor Belgische patiënten wordt vertraagd.



# 4

## Ondersteunen van klinisch en translationeel oncologisch onderzoek



België blijft een **aantrekkelijke locatie** voor klinische studies. Zo stond België in 2017 op een tweede Europese plaats wat betreft het aantal klinische studies per hoofd van de bevolking. De aantrekkelijkheid van België als een plaats voor klinisch onderzoek heeft verschillende verklaringen, waaronder de expertise van de autoriteiten en de onderzoekers, de kwaliteit van de onderzoekscentra, de toegang tot wetenschappelijk advies en de korte tijdslijnen om een studie op te zetten.<sup>(50)</sup>

All.Can Belgium wil dat ons land inzet op het **behoud van die leidende positie** en dringt daarom aan op een betere coördinatie van klinisch kankeronderzoek op nationaal en internationaal niveau, met een versterkte samenwerking tussen academici en de industrie.

Bovendien is er nood aan meer structurele steun voor **academisch klinisch onderzoek**. Dat kan bestaan uit initiatieven om een gecentraliseerde en gestructureerde gegevensverzameling te promoten, het ondersteunen van een betere uitwisseling van gegevens tussen ziekenhuizen, het verzekeren van de interoperabiliteit van digitale datasets of door het gepaste gebruik van digitale

gezondheidstechnologieën in klinische studies te ondersteunen (bijv. eCRF). Door te investeren in die domeinen kan België zijn leiderspositie als ideale locatie voor klinisch onderzoek vrijwaren waardoor Belgische patiënten de kans krijgen om behandeld te worden met de meest innovatieve behandelingen.

Om de leiderspositie van België in oncologisch onderzoek te behouden, is het ten slotte belangrijk om te **anticiperen op Europese beslissingen** die mogelijk een invloed kunnen hebben op de uitstraling van ons land als onderzoekslocatie. In januari 2022 werd bijvoorbeeld de EU-verordening voor klinische proeven gelanceerd, die de indienings-, beoordelings- en toezichtsprocessen voor klinische proeven in de EU harmoniseert. Tegelijkertijd werd het initiatief 'Accelerating Clinical Trials in the EU' (ACT EU) gelanceerd dat gericht is op het versterken van de positie van Europa als locatie voor klinische proeven.

Die nieuwe EU-wetgeving zorgt voor een **uitvlakking van het speelveld** voor de verschillende Europese lidstaten wat betreft aantrekkelijkheid voor klinische studies. Als een land zich wil gaan onderscheiden wordt het dus belangrijk om de juiste strategische keuzes te maken. Specifiek voor België kan het opbouwen van expertise in de ontwikkeling van innovatieve klinische studieontwerpen een manier zijn om dat doel te bereiken.

## Conclusies

Voortdurende innovaties in de kankerzorg hebben de uitkomst voor kankerpatiënten de afgelopen decennia aanzienlijk verbeterd. Hoewel het tempo van die innovatie indrukwekkend is, moeten we ervoor zorgen dat ze gepaard gaat met een vergelijkbare toename in de belangstelling voor patiëntgerichtheid in de kankerzorg en met noodzakelijke veranderingen in de organisatie van ons gezondheidszorgsysteem.

Daartoe heeft All.Can Belgium een aantal prioriteiten op korte termijn geformuleerd die ons kunnen helpen om die ambitieuze doelstellingen te bereiken en uiteindelijk de **overleving en het welzijn** van kankerpatiënten te verbeteren.



Dr. Pia Cox  
Executive Director  
All.Can Belgium  
secretariat@all-can.be



Prof. dr. Ahmad Awada  
Chair of the Board  
All.Can Belgium

# Referenties

1. Brown KF, Rumgay H, Dunlop C, Ryan M, Quartly F, Cox A, et al. The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *Br J Cancer*. 2018;118(8):1130-41. Epub 2018/03/24. doi: 10.1038/s41416-018-0029-6. PubMed PMID: 29567982; PubMed Central PMCID: PMC5931106.
2. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31-54. Epub 2017/11/22. doi: 10.3322/caac.21440. PubMed PMID: 29160902.
3. Commission E. Europe's Beating Cancer Plan 2021. Available from: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer\\_plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf).
4. Laudicella M, Walsh B, Burns E, Smith PC. Cost of care for cancer patients in England: evidence from population-based patient-level data. *Br J Cancer*. 2016;114(11):1286-92. Epub 2016/04/14. doi: 10.1038/bjc.2016.77. PubMed PMID: 27070711; PubMed Central PMCID: PMC4891510.
5. World Health O. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017 2017.
6. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2020;371:m4087. Epub 2020/11/06. doi: 10.1136/bmj.m4087. PubMed PMID: 33148535; PubMed Central PMCID: PMC7610021 at [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) and declare: no support from any organisation for the submitted work; unrestricted research funding for an unrelated project from Roche (TPH); no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.
7. World Health O. WHO report on cancer. 2020.
8. Van Meerbeeck J, Snoeckx A. Lung Cancer screening in 2022: how should we screen optimally? *BJMO*. 2022;16(6):279-86.
9. Fobelets M, Pijl L. De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Vlaanderen: gezondheidseconomische evaluatie. Eindrapport. Een studie voor de Vlaamse Overheid. VU Brussel, UGent. 2015.
10. Fobelets M, Pijl L. De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen: gezondheidseconomische evaluatie. Eindrapport. Een studie voor de Vlaamse Overheid. . VU Brussel, UGent. 2015.
11. Fobelets M, Pijl L. De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen: gezondheidseconomische evaluatie. Eindrapport. Een studie voor de Vlaamse Overheid. VU Brussel, UGent. 2015.
12. Stordeur S, Vrijens F, Leroy R. Reference centres for adults with rare and complex cancers – Policy recommendations to improve the organisation of care in Belgium. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2016;64(1):1-6. Epub 2016/01/10. doi: 10.1016/j.respe.2015.11.006. PubMed PMID: 26745998.
13. Dikken JL, Dassen AE, Lemmens VE, Putter H, Krijnen P, van der Geest L, et al. Effect of hospital volume on postoperative mortality and survival after oesophageal and gastric cancer surgery in the Netherlands between 1989 and 2009. *Eur J Cancer*. 2012;48(7):1004-13. Epub 2012/03/30. doi: 10.1016/j.ejca.2012.02.064. PubMed PMID: 22456179.
14. Vlayen J, Vrijens F, Devriese S, Beirens K, Van Eycken E, Stordeur S. Quality indicators for testicular cancer: a population-based study. *Eur J Cancer*. 2012;48(8):1133-40. Epub 2011/11/23. doi: 10.1016/j.ejca.2011.10.023. PubMed PMID: 22105018.
15. Vrijens F, Stordeur S, Beirens K, Devriese S, Van Eycken E, Vlayen J. Effect of hospital volume on processes of care and 5-year survival after breast cancer: a population-based study on 25000 women. *Breast*. 2012;21(3):261-6. Epub 2011/12/30. doi: 10.1016/j.breast.2011.12.002. PubMed PMID: 22204930.
16. Leroy R, De Gendt C, Bourgeois J, Verbeeck J, Savoye I, Silversmit G, et al. Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil? Health Services Research (HSR). 2023.
17. BelgianCancerRegistry. Available from: <https://kankerregister.org/>.
18. Caruso R, Nanni MG, Riba MB, Sabato S, Grassi L. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):389-402. Epub 2017/07/29. doi: 10.1080/09540261.2017.1288090. PubMed PMID: 28753076.
19. Jacobsen PB, Lee M. Integrating Psychosocial Care Into Routine Cancer Care. *Cancer Control*. 2015;22(4):442-9. Epub 2015/12/19. doi: 10.1177/107327481502200410. PubMed PMID: 26678971.
20. Kangas M, Bovbjerg DH, Montgomery GH. Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychol Bull*. 2008;134(5):700-41. Epub 2008/08/30. doi: 10.1037/a0012825. PubMed PMID: 18729569.
21. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63(5):e505-e20. Epub 2021/12/25. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021. PubMed PMID: 34952171.
22. Turnbull Macdonald GC, Baldassarre F, Brown P, Hatton-Bauer J, Li M, Green E, et al. Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario. *Curr Oncol*. 2012;19(4):209-16. Epub 2012/08/10. doi: 10.3747/co.19.981. PubMed PMID: 22876147; PubMed Central PMCID: PMC3410830.
23. Schilsky RL. Implementing personalized cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2014;11(7):432-8. Epub 2014/04/02. doi: 10.1038/nrclinonc.2014.54. PubMed PMID: 24687035.
24. Hoeben A, Joosten EAJ, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Personalized Medicine: Recent Progress in Cancer Therapy. *Cancers (Basel)*. 2021;13(2). Epub 2021/01/15. doi: 10.3390/cancers13020242. PubMed PMID: 33440729; PubMed Central PMCID: PMC7826530.
25. Galipeau N, Klooster B, Krohe M, Tang DH, Revicki DA, Cella D. Understanding key symptoms, side effects, and impacts of HR+/HER2- advanced breast cancer: qualitative study findings. *J Patient Rep Outcomes*. 2019;3(1):10. Epub 2019/02/09. doi: 10.1186/s41687-019-0098-1. PubMed PMID: 30734110; PubMed Central PMCID: PMC6367496.
26. Wardley A, Canon JL, Elsten L, Peña Murillo C, Badovinac Crnjec T, Fredriksson J, et al. Flexible care in breast cancer. *ESMO Open*. 2021;6(1):100007. Epub 2021/01/16. doi: 10.1016/j.esmoop.2020.100007. PubMed PMID: 33450658; PubMed Central PMCID: PMC7811121.
27. Alessy SA, Luchtenborg M, Rawlinson J, Baker M, Davies EA. Being assigned a clinical nurse specialist is associated with better experiences of cancer care: English population-based study using the linked National Cancer Patient Experience Survey

- and Cancer Registration Dataset. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021;30(6):e13490. Epub 2021/07/27. doi: 10.1111/ecc.13490. PubMed PMID: 34309952; PubMed Central PMCID: PMC9285597.
28. International AC. 2020. Available from: <https://www.all-can.org/what-we-do/policy-research/patient-survey/>.
29. Caccialanza R, Cotogni P, Cereda E, Bossi P, Aprile G, Delrio P, et al. Nutritional Support in Cancer patients: update of the Italian Intersociety Working Group practical recommendations. *J Cancer*. 2022;13(9):2705-16. Epub 2022/07/12. doi: 10.7150/jca.73130. PubMed PMID: 35812181; PubMed Central PMCID: PMC9254882.
30. Vanbutsele G, Van Belle S, De Laat M, Surmont V, Geboes K, Eecloo K, et al. The systematic early integration of palliative care into multidisciplinary oncology care in the hospital setting (IPAC), a randomized controlled trial: the study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:554. Epub 2015/12/17. doi: 10.1186/s12913-015-1207-3. PubMed PMID: 26666301; PubMed Central PMCID: PMC4678668.
31. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112. Epub 2016/12/31. doi: 10.1200/jco.2016.70.1474. PubMed PMID: 28034065.
32. Crawford GB, Dzierzanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021;6(4):100225. Epub 2021/09/04. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100225. PubMed PMID: 34474810; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
33. Berardi R, Morgese F, Rinaldi S, Torniai M, Mentrastrì G, Scortichini L, et al. Benefits and Limitations of a Multidisciplinary Approach in Cancer Patient Management. *Cancer Manag Res*. 2020;12:9363-74. Epub 2020/10/17. doi: 10.2147/cmar.S220976. PubMed PMID: 33061625; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
34. Elk R, Felder TM, Cayir E, Samuel CA. Social Inequalities in Palliative Care for Cancer Patients in the United States: A Structured Review. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(3):303-15. Epub 2018/08/28. doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.011. PubMed PMID: 30146346; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
35. Torain MJ, Maragh-Bass AC, Dankwa-Mullen I, Hisam B, Kodadek LM, Lilley EJ, et al. Surgical Disparities: A Comprehensive Review and New Conceptual Framework. *J Am Coll Surg*. 2016;223(2):408-18. Epub 2016/06/15. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.04.047. PubMed PMID: 27296524.
36. Barcellini A, Dal Mas F, Paoloni P, Loap P, Cobiauchi L, Locati L, et al. Please mind the gap—about equity and access to care in oncology. *ESMO Open*. 2021;6(6):100335. Epub 2021/12/14. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100335. PubMed PMID: 34902710; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
37. Gardner AK, Harris TB. Beyond Numbers: Achieving Equity, Inclusion, and Excellence. *Ann Surg*. 2020;271(3):425-6. Epub 2019/07/28. doi: 10.1097/sla.0000000000003490. PubMed PMID: 31348042.
38. Crown A, Berry C, Khabele D, Fayanju OM, Cobb A, Backhus L, et al. The Role of Race and Gender in the Career Experiences of Black/African American Academic Surgeons: A Survey of the Society of Black Academic Surgeons and a Call to Action. *Ann Surg*. 2021;273(5):827-31. Epub 2020/09/18. doi: 10.1097/sla.0000000000004502. PubMed PMID: 32941287.
39. MORSE. 2020. Available from: <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/morse-rapport.aspx>
40. Newton M, Scott K, Troein P. EFPIA Patiens W.A.I.T. Indicator 2021 Survey 2021. Available from: [https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator-update-july-2022\\_final.pdf](https://www.efpia.eu/media/676539/efpia-patient-wait-indicator-update-july-2022_final.pdf)
41. Blakely CM, Weder W, Bubendorf L, He J, Majem M, Shyr Y, et al. Primary endpoints to assess the efficacy of novel therapeutic approaches in epidermal growth factor receptor-mutated, surgically resectable non-small cell lung cancer: A review. *Lung Cancer*. 2023;177:59-72. Epub 2023/02/04. doi: 10.1016/j.lungcan.2023.01.002. PubMed PMID: 36736076.
42. Gion M, Pérez-García JM, Llombart-Cussac A, Sampayo-Cordero M, Cortés J, Malfettone A. Surrogate endpoints for early-stage breast cancer: a review of the state of the art, controversies, and future prospects. *Ther Adv Med Oncol*. 2021;13:17588359211059587. Epub 2021/12/07. doi: 10.1177/17588359211059587. PubMed PMID: 34868353; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
43. Vintura. Every day counts: improving time to patient access to innovative oncology treatments in Europe 2020. Available from: <https://www.efpia.eu/media/578013/every-day-counts.pdf>
44. BCG. The evolving value assessment of cancer therapies: seven principles from the cancer community 2022. Available from: <https://media-publications.bcg.com/evolving-value-assessment-of-cancer-therapies.pdf>
45. Cherny NI, Dafni U, Bogaerts J, Latino NJ, Pentheroudakis G, Douillard JY, et al. ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale version 1.1. *Ann Oncol*. 2017;28(10):2340-66. Epub 2017/09/26. doi: 10.1093/annonc/mdx310. PubMed PMID: 28945867.
46. Cherny NI, Sullivan R, Dafni U, Kerst JM, Sobrero A, Zielinski C, et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol*. 2015;26(8):1547-73. Epub 2015/05/31. doi: 10.1093/annonc/mdv249. PubMed PMID: 26026162.
47. Saiyed MM, Ong PS, Chew L. Off-label drug use in oncology: a systematic review of literature. *J Clin Pharm Ther*. 2017;42(3):251-8. Epub 2017/02/07. doi: 10.1111/jcpt.12507. PubMed PMID: 28164359.
48. Rauh S, Mavroeidis L, Ntellas P, Gazouli I, Gkoura S, Papadaki A, et al. Old drug, new clinical use, no man's land for the indication: an awareness call from European experts. *ESMO Open*. 2020;5(1):e000615. Epub 2021/02/09. doi: 10.1136/esmoopen-2019-000615. PubMed PMID: 33551069; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
49. Zarkavelis G, Amylidi AL, Verbaanderd C, Cherny NI, Metaxas Y, de Vries EGE, et al. Off-label despite high-level evidence: a clinical practice review of commonly used off-patent cancer medicines. *ESMO Open*. 2023;8(1):100604. Epub 2023/03/05. doi: 10.1016/j.esmoop.2022.100604. PubMed PMID: 36870739; PubMed Central PMCID: PMC928411064.
50. Pharma.be. Belgium, Leading the Way in Clinical Trials. 2019.