



Vlaams
Parlement

stuk **1857** (2012-2013) – Nr. 1
ingediend op 10 januari 2013 (2012-2013)

Gedachtewisseling

over het dossier van het
Instituut Samenleving en Technologie (IST)
‘Proactieve geneeskunde en kanker in Vlaanderen’

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door mevrouw Lies Jans

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers.

Vaste leden:

de heer Tom Dehaene, de dames Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Sonja Claes, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de heer Wim Van Dijk, mevrouw Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

INHOUD

1. Uiteenzetting door de heer Robby Berloznik, directeur van het Instituut Samenleving en Technologie	4
2. Uiteenzetting door mevrouw Karolien van Nunen, Onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid, Universiteit Antwerpen.....	4
3. Uiteenzetting door dokter Erwin De Clerck, Vlaamse Liga tegen Kanker	4
4. Gedachtewisseling.....	6
Gebruikte afkortingen	8

Bijlage: zie [dossierpagina](http://www.vlaamsparlement.be/dossierpagina) op www.vlaamsparlement.be

Op dinsdag 11 december 2012 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebelid een gedachtewisseling met het Instituut Samenleving en Technologie, de Onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid van de Universiteit Antwerpen en de Vlaamse Liga tegen Kanker over het IST-dossier ‘Proactieve geneeskunde en kanker in Vlaanderen’ (zie [dossierpagina](http://www.vlaamsparlement.be) op www.vlaamsparlement.be). De heer Robby Berloznik, directeur van het Instituut Samenleving en Technologie, mevrouw Karolien van Nunen, Onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid, Universiteit Antwerpen, en dokter Erwin De Clerck, Vlaamse Liga tegen Kanker, namen aan de gedachtewisseling deel.

1. Uiteenzetting door de heer Robby Berloznik, directeur van het Instituut Samenleving en Technologie

De heer *Robby Berloznik* deelt bij het begin van zijn toelichting mee dat zijn instituut voor dit project inhoudelijk samenwerkte met de Vlaamse Liga tegen Kanker. Gezien zijn instituut ophoudt te bestaan, wijst hij de liga aan als intellectueel erfgenaam. Het dossier is een rijk gedocumenteerde verzameling van meningen over het onderwerp, zowel van experts als van betrokkenen uit de bevolking. Doel is het Vlaams Parlement in staat te stellen bij te dragen tot de visievorming over het steeds actueler wordende onderwerp van de proactieve geneeskunde. Het IST formuleerde uit tijdsgebrek geen aanbevelingen, maar geeft wel aandachtspunten mee en stelde met het oog op bewustmaking over mogelijkheden en risico's ook een praktische lijst op van vragen die mensen moeten stellen voor ze een beroep doen op de preventieve geneeskunde.

2. Uiteenzetting door mevrouw Karolien van Nunen, Onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid, Universiteit Antwerpen

Mevrouw *Karolien van Nunen* legt uit dat het onderzoek gericht was op borst-, baarmoederhals-, dikkedarm- en prostaatkanker. Voor de eerste drie bestaan Europese normen inzake proactieve geneeskunde. Prostaatkanker is opgenomen vanwege de discussie over de vroegtijdige opspoorbaarheid ervan. Proactieve geneeskunde bij kanker is driedelig: vroegtijdige opsporing, een vaccin toedienen waardoor het risico daalt en genetische tests die het risico bepalen. Alle vier de kankers zijn theoretisch gezien vroegtijdig opspoorbaar. Tegen baarmoederhalskanker kan een vaccin toegediend worden. Het risico op borstkanker en dikkedarmkanker kan genetisch getest worden.

De eerste fase van de studie bestond in een literatuurstudie, waarin aan bod kwamen: de incidentie en mortaliteit van kanker, wat men verstaat onder proactieve geneeskunde, de mogelijke voordelen, beperkingen en nadelen van proactieve geneeskunde en de uiteenzetting hiervan in informatiefolders over en uitnodigingen voor vroegtijdige opsporing van kanker, genetische testen en vaccinaties, en tot slot ook het maatschappelijke debat over proactieve geneeskunde in de omringende landen.

In fase twee werd het maatschappelijke debat over kanker en proactieve geneeskunde in Vlaanderen in kaart gebracht, om te beginnen aan de hand van interviews met 29 experts met uiteenlopende profielen, dit met het oog op de identificatie en verheldering van standpunten, posities en controversen omtrent kanker en proactieve geneeskunde. Daarnaast werd een internetenquête van één maand bij de brede bevolking uitgevoerd, die niet meer dan een indicatie vormt, gezien de kans bestaat dat vooral moderne, gemotiveerde en gezondheidsbewuste mensen behoren tot de 392 respondenten.

3. Uiteenzetting door dokter Erwin De Clerck, Vlaamse Liga tegen Kanker

Dokter *Erwin De Clerck* onderstreept dat het onderzoek niet ging over de programma's die al bestaan in Vlaanderen op het vlak van screening en vaccinatie, waarvan de regeling zeer goed is in vergelijking met veel andere regio's, maar wel over zowel de toekomstmo-

gelijkheden als de achterzijde van vroegtijdige opsporing of proactieve geneeskunde. Wat dat betreft wijst hij op de statistische ongeletterdheid waarmee de meeste mediagebruikers zich dagelijks voortbewegen door het moeras van cijfers. Daarbij komt dat de drang van iedereen om grip te krijgen op zijn toekomst, ook lucratief is. Oplettendheid is dus aangewezen.

Terwijl de reactieve geneeskunde optreedt bij een klacht, doet de proactieve dat op basis van wetenschappelijke bevindingen. Een opsporingsprocedé organiseren of tolereren kan tot hogere levenskwaliteit en kansen leiden, zeker indien een therapie voorhanden is, maar kan ook gezonde mensen ziek maken, als zij ontbreekt of als men te laat is. Hij wijst in dat verband op het positieve vooroordeel dat schuilt in het gebruik van de term vroegtijdig, die suggereert dat men in elk geval op tijd is. Bovendien staat opsporen niet gelijk met genezen.

Overdiagnose en overbehandeling bestaan wel degelijk. De spreker geeft daarbij het voorbeeld van de screening van 50-plussers voor prostaatkanker. Het verschil in het aantal sterfgevallen na tien jaar tussen wel en niet gescreende mannen blijkt minder dan 1 per 1000 te bedragen maar wel te bestaan, terwijl anderzijds ook onnodige schade en behandeling worden veroorzaakt.

Daarop onderstreept de spreker het onderscheid tussen volksgezondheid voor het individu en voor de bevolking. Gemiddelde sterftecijfers en overdiagnose horen thuis in dat laatste. Niet alles wat statistisch relevant is, is ook nuttig of zinvol voor het individu. In dat verband wijst hij op het fenomeen ‘lead time bias’: screening kan het tijdsverloop tussen de kankerdiagnose en de sterfdatum verlengen zonder iets aan die laatste te veranderen. Er is dan in feite geen enkel effect van de screening op de overleving, terwijl men wel mensen ziek heeft gemaakt. Verdedigers van screening voegen ook vaak de cijfers van personen met wel of niet progressieve kankers samen waardoor de overlevingspercentages hoger lijken dan ze zijn. Acties als Movember hebben de beste bedoelingen (onder meer fondsenwerving voor wetenschappelijk onderzoek naar prostaatkanker) maar omdat ze gestuurd zijn door emotie is hun effect op de promotie van screening onverantwoord.

De spreker vraagt de commissie in het achterhoofd te houden dat proactieve geneeskunde zeer nuttig kan zijn maar ook zeer schadelijk. Zij moet zich goed documenteren en verschillende partijen horen. Er zijn geen simpele oplossingen. Hij pleit ervoor te investeren in goede communicatie zonder al te eenvoudige slogans. Als de wetenschap onzeker is, moeten mensen dit weten voor ze een keuze maken. Die moet weloverwogen zijn en daarom moet men zich hoeden voor morele druk en propaganda. De media moeten ingeschakeld worden om minder nonsens te vertellen.

Een ander aandachtspunt is klaarheid in cijfers. Medici en de bevolking in het algemeen moeten beter voorgelicht worden over de omgang met wetenschappelijke gegevens. Dat de media alle mogelijke cijfers de wereld injagen heeft een toxisch effect op de samenleving. De overheid kan daar een rol in spelen.

Vervolgens wijst hij erop dat vroegtijdige opsporing niet los staat van het vervolgtraject. De diagnose van kanker, in welk stadium ook, heeft consequenties op heel veel niveaus. Mensen moeten van tevoren de consequenties kennen, zeker ingeval de prognose niet goed is. Daartoe moeten instrumenten ontwikkeld worden, zoals bruikbare beslissingshulp.

Tot slot wijst hij erop dat vroegtijdige opsporing extra kosten oplevert. Als dat terecht is, is dat goed, maar als dat niet zo is, moet men daar ernstige vragen over stellen en dat niet alleen binnen Volksgezondheid. De spreker dringt erop aan dat de overheid wettelijke maatregelen treft om te anticiperen op de nieuwe tests die de industrie bezig is te ontwikkelen en die in het internettijdperk niet te stoppen zijn. Zij moet ook de impact van vroeg-

tijdige opsporing laten bestuderen. Er moet een context gecreëerd worden waarbinnen artsen neen kunnen zeggen als het wetenschappelijke bewijsmateriaal daarvoor pleit. De spreker geeft de PSA-test als voorbeeld. Zeker over de ontwikkeling van tests voor kankers zonder therapie moet goed nagedacht worden, besluit hij.

4. Gedachtewisseling

Mevrouw *Cindy Franssen* waardeert de kritische benadering van de onderzoekers, die haar herinnert aan de kritiek die Ivan Illich formuleert in ‘Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid?’, waarin hij stelt dat de snel groeiende professionele geneeskunde mensen van zich afhankelijk maakt en de niet-medische, gezondheidsbevorderende aspecten van de sociale en natuurlijke omgeving doet afnemen. De opmerkingen over het statistische moeras noemt zij zeer terecht. Zij is zich er sterk bewust van dat opsporen niet gelijkstaat met genezen. Dat is net een van de redenen van de lagere participatiegraad van bepaalde sociale groepen, die beseffen dat ze bij een negatieve diagnose de dure behandeling niet kunnen betalen. Het dichten van die gezondheidskloof vergt een totaal andere oplossing dan ernaar streven dat elke vrouw een mammografie laat uitvoeren.

Vervolgens wijst ze erop dat de prestatiegeneskunde en de farmaceutische industrie niet openstaan voor preventieve benaderingen als die van de orthomoleculaire geneeskunde, voedingssupplementen en gezonde voeding. Zij vraagt ook aandacht voor de sociale aspecten van genetische tests, bijvoorbeeld op het vlak van verzekering en werk. Klopt het dat de verschillen in de doelgroep voor borstkankerscreening tussen Nederland en Vlaanderen louter economisch gemotiveerd zijn? In het onderzoek miste zij wel aandacht voor genmutatie ten gevolge van chemotherapie of elektromagnetische smog.

Het lid heeft de indruk dat in ons land meer dan elders de alternatieven voor snijden of verbranden worden doodgezwegen in de strijd om het binnenrijven van middelen. Klopt het of niet dat CT-scans inderdaad nodig zijn in de oncologie omdat zij een nauwkeuriger beeld geven dan de MRI-scans, die geen stralingslast veroorzaken? Wat het recht om niet te weten betreft, is zij het ermee eens dat artsen beter moeten leren omgaan met de informatieoverdracht aan patiënten, gezien het belang van de psychologische toestand in het vechten tegen kanker. Advies op het vlak van levensstijl en voeding behoort volgens haar wel degelijk tot de preventietaken van de huisarts, maar zij is ook bezorgd over de rol van de media.

Mevrouw *Lies Jans* vindt het terecht dat sterk gehamerd wordt op communicatie. Mensen wijzen op hun beslissingsrecht als individu, wat een aandachtspunt moet zijn voor de Vlaamse overheid. Heeft de Vlaamse Liga tegen Kanker op dat vlak al concrete suggesties? Verder denkt zij dat de huisarts meer soelaas biedt dan oncologische teams om de patiënt goed te begeleiden in het hele proces. Vlaanderen kan ervoor zorgen dat de psychosociale begeleiding belangrijker wordt voor de huisarts. Zij wil tot slot weten in welke mate economische belangen invloed hebben op de proactieve geneeskunde en op welke manier de overheid dat kan sturen, wat ze ook zou moeten kunnen met bewustmakingscampagnes als Movember.

De heer *Tom Dehaene* is ervan overtuigd dat dit dossier zeer waardevol is voor het maatschappelijke debat en pleit voor voortgezette aandacht voor dit onderwerp.

Dokter *Erwin De Clerck* legt uit dat het onderzoeksterrein strikt beperkt was tot anticiperend medisch handelen. Die keuze houdt geen gebrek aan waardering voor primaire preventie of orthomoleculaire geneeskunde in. Hij verzekert dat bijvoorbeeld voedingsadvies of elektromagnetische smog wel degelijk belangrijke onderwerpen zijn.

Het verschil in leeftijdscategorie tussen Vlaanderen en Nederland voor borstkankerscreening is vooral psychologisch gemotiveerd. Men wil in Nederland vrouwen boven de 70 jaar niet de indruk geven dat ze niet meer meetellen, al worden ze ook daar na een genegeerde oproep niet meer opnieuw uitgenodigd. De gemeenschappelijke categorie tussen 50 en 69 jaar vertoont tegelijk de hoogste frequentie en de grootste kans op winst in levensduur. In Vlaanderen is de keuze daartoe beperkt.

Ook CT- en MRI-scans waren geen studieobject, maar de spreker vermeldt wel dat die laatste logistieke consequenties hebben omdat de opnames veel tijdrovender en duurder zijn. Anderzijds wordt de technologie goedkoper en komen er ongetwijfeld veel bij.

Het recht om niet te weten noemt hij fundamenteel. Het wordt ondertussen veel meer gerespecteerd, ook door de Vlaamse overheid, sinds het enthousiasme van het vorige decennium over de enorme gezondheidswinst door screening geluwd is. Hij erkent wel dat het niet altijd gemakkelijk te realiseren is.

Huisartsen meer inzetten is een mooie wens, maar hun aantal stijgt niet en mede door de vervrouwelijking gaat het contingent beschikbare uren achteruit, terwijl de nood aan zorg alleen maar toeneemt met de vergrijzing en het stijgende aantal chronische patiënten. Daarbij komen nog de administratieve lasten en de eisen op het vlak van bijscholing. De grens van wat uit die sector kan worden gehaald, wordt stilaan bereikt. Het beleid moet daarop anticiperen, wat het Nederlandse bijvoorbeeld doet door voor de screening de eerste lijn uit te breiden met een apart netwerk van verpleegkundigen. Men moet er zich in elk geval voor hoeden een beslissing te nemen die onuitvoerbaar is.

De economische belangen schuilen niet in de verkoop van tests maar er is wel degelijk een industrie die een markt ziet in de therapieën die volgen op vroegtijdige opsporing. Dure machines moeten gebruikt worden. Alertheid is aangewezen, maar het probleem is complex. Voor de Vlaamse Liga tegen Kanker blijft dit in elk geval een belangrijk thema in de komende jaren.

Katrien SCHRYVERS,
voorzitter

Lies JANS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

CT	computertomografie
IST	Instituut Samenleving en Technologie
MRI	magnetic resonance imaging
PSA	prostaat specifiek antigeen