



Vlaams
Parlement

ingediend op **291** (2014-2015) – Nr. 2
6 mei 2015 (2014-2015)

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Danielle Godderis-T'Jonck en Cindy Franssen

over de nota van de Vlaamse Regering

ingediend door Jo Vandeurzen,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Gezondheidsdoelstelling voor de
bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-,
borst- en dikkedarmkanker,
het actieplan 2015-2020
en de bijhorende middelenberekening

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen.

Vaste leden:

de dames Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, de heren Lorin Parys, Peter Persyn, mevrouw Tine van der Vloet;

de dames Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;

de dames Freya Saeys, Martine Taelman;

mevrouw Freya Van den Bossche, de heer Bart Van Malderen;

mevrouw Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

de heer Björn Anseeuw, de dames Vera Celis, Cathy Coudyser, de heer Koen Daniëls,

de dames Ingeborg De Meulemeester, Manuela Van Werde;

mevrouw Sonja Claes, de heer Dirk de Kort, de dames Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;

de heer Jo De Ro, mevrouw Emmily Talpe;

de heren Jan Bertels, Renaat Landuyt;

mevrouw Elisabeth Meuleman.

Documenten in het dossier:

291 (2014-2015) – Nr. 1: Nota van de Vlaamse Regering

INHOUD

1. Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
2. Bespreking	5
3. Antwoord van de heer Pieter Vandenbulcke, Agenschap Zorg en Gezondheid	6
4. Stemming	8
Gebruikte afkortingen	9

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

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besprak de gezondheidsdoelstelling voor de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker, het actieplan 2015-2020 op 31 maart en 28 april 2015.

1. Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Minister *Jo Vandeurzen* zegt dat Vlaanderen sedert 2001 een bevolkingsonderzoek naar borstkanker uitvoert. Sedert juni 2013 organiseert Vlaanderen een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker is in oktober 2013 gefaseerd van start gegaan.

Omdat er enkel voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker tot 2012 een gezondheidsdoelstelling was (*Parl.St.* VI.Parl. 2006-07, nr. 1244/1), is voor de drie bevolkingsonderzoeken samen een gezondheidsconferentie georganiseerd met het oog op het formuleren van één nieuwe gezondheidsdoelstelling.

Een belangrijke vaststelling was dat een gezamenlijke aanpak en overkoepelende visie voor een aantal deelaspecten leiden tot een performanter werking en meer kwaliteit. Als voorbereiding op de gezondheidsconferentie hebben vier werkgroepen en een stuurgroep een analyse gemaakt van de situatie, een ontwerp van gezondheidsdoelstelling geformuleerd en acties voorgesteld. De gezondheidsdoelstelling, de voorgestelde preventiestrategie en het actieplan zijn op 14 december 2013 voorgesteld op een gezondheidsconferentie.

De SAR WGG onderschrijft de gezondheidsdoelstelling en het actieplan, en staat positief tegenover het werken met één gezondheidsdoelstelling, en het ontwikkelen van een gezamenlijke aanpak en een overkoepelende visie. De SAR WGG ziet meerwaarde in het uitgebreide consultatie- en voorbereidingsproces. In het voorstel van gezondheidsdoelstelling en actieplan dat is voorgelegd aan de Vlaamse Regering is rekening gehouden met een aantal aanbevelingen van de SAR WGG. De Vlaamse Regering heeft de gezondheidsdoelstelling, de subdoelstellingen en de indicatoren op 23 januari 2015 goedgekeurd. Ze heeft het actieplan principieel goedgekeurd en heeft ingestemd met het budgettaire kader voor de organisatie van de drie bevolkingsonderzoeken, mits een en ander binnen de recurrent beschikbare middelen georganiseerd kan worden.

De nieuwe gezondheidsdoelstelling bepaalt dat de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm tegen 2020 efficiënt georganiseerd zijn, rekening houdend met de kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en bijdragen tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen.

Aan deze gezondheidsdoelstelling zijn vijf subdoelstellingen gekoppeld. Ze houden verband met goed bestuur, participatie en kwaliteit van de drie bevolkingsonderzoeken. Om de formuleringen van alle (sub)doelstellingen zo SMART mogelijk te maken zijn ze aangevuld met indicatoren en waar mogelijk streefdoelen die continu gemonitord dienen te worden om in 2020 te kunnen nagaan of de gezondheidsdoelstelling bereikt is.

Thans worden de kwaliteitsindicatoren verder verfijnd. Ze zijn voornamelijk afgestemd op de Europese aanbeveling en waar mogelijk aangevuld met een aantal indicatoren bij de Vlaamse gezondheidsdoelstelling en het actieplan. Het jaarrapport 2015 wil zo veel mogelijk de resultaten van de drie bevolkingsonderzoeken berekenen volgens deze indicatoren. De publicatie is eind oktober gepland en slaat op de periode tot en met 2014.

Het actieplan 2015-2020 wordt continu geactualiseerd. Er kunnen acties worden toegevoegd of geconcretiseerd. Het actieplan is dynamisch en de budgetten per actie zullen passen in de goedgekeurde begroting.

Door de drie bevolkingsonderzoeken samen te voegen is een ambitieuze maar goed onderbouwde gezondheidsdoelstelling geformuleerd. De synergieën om de drie programma's op elkaar af te stemmen bieden talloze opportuniteiten.

2. Bespreking

Preventie, gezondheidspromotie en vroegdetectie spelen een centrale rol in het Vlaamse gezondheidsbeleid zegt *Cindy Franssen*. Naast primaire preventie door gezonde voeding en beweging, is vroegdetectie door screening een belangrijke pijler in de strijd tegen kanker. Met de gebundelde gezondheidsdoelstelling voor de bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker en de uitrol ervan met het actieplan en de begrote middelen, wordt er een gevolg gegeven aan het Preventiedecreet van 21 november 2003, aanbevelingen van de Europese Unie en doelstelling 8 van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De bevolkingsonderzoeken kennen hoge participatiecijfers, waardoor er meer kankers vroegtijdig worden gevonden en de kans op overleving verhoogt. Er is een Vlaamse werkgroep Borstkankeropsporing. Zijn er ook werkgroepen voor baarmoederhals- en dikkedarmkanker? Een sensibiliseringsplan zal speciale aandacht schenken aan de verhoging van de participatiegraad van mensen met een lagere socio-economische status. Hoe wordt dat uitgewerkt? Kan er per screening op patiëntniveau worden geconcretiseerd wie voor wat en wat aan wie vergoed wordt? Zo kan de prijs van een individuele screening worden berekend. Zijn er op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van eind maart 2015 thema's besproken die verband houden met deze gezondheidsdoelstelling? Zo ja, wat was de uitkomst?

Het borstkankeronderzoek is destijds geëvalueerd. Voorts blijkt de HPV-test voor onderzoek naar baarmoederhalskanker efficiënter dan een uitstrijkje. Wat is de stand van zaken? Is dit besproken op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid? Ongeveer 10 percent van de deelnemers aan het onderzoek naar dikkedarmkanker kreeg te horen dat er een verdachte hoeveelheid onzichtbaar bloed in de stoelgang aanwezig was. Is het profiel van die mensen bekend, zoals voedingspatroon, leeftijd, geslacht enzovoort?

Een aantal bekommernissen van de SAR WGG is op een positieve manier verwerkt. Een eerste betreft het opvolgen van internationale wetenschappelijke evoluties. Burgers moeten voorts worden geïnformeerd over het belang van een gemotiveerde beslissing om al dan niet deel te nemen aan een bevolkingsonderzoek, en over de voor- en nadelen ervan. Zonder evenwel afbreuk te doen aan het belang van deze screenings. Daarnaast moet het resultaat duidelijk, begrijpbaar en tijdig worden meegedeeld om angstinductie te vermijden. De SAR WGG wil hierover en over de gezondheidskloof uitgebreid reflecteren.

Er moet worden gewerkt aan een cultuur waarin elke burger een weloverwogen keuze kan maken. Er moet wel zorg voor worden gedragen dat er goede ondersteuning door de medische deskundige is. Als een patiënt voor een keuze wordt geplaatst, speelt er een emotionele factor mee waardoor er vermoedelijk nooit een volledig weloverwogen rationele keuze kan worden gemaakt.

In de regeerperiode 2004-2009 schreef het Instituut Samenleving en Technologie een rapport over Proactieve geneeskunde en kanker in Vlaanderen (*Parl.St.* VI.Parl. 2012-13, nr. 1857/1). Dit boeiende dossier heeft het maatschappelijke

debat over de inzet van proactieve initiatieven op gang gebracht en opnieuw het belang van de geïnformeerde keuze onder de aandacht gebracht.

Dit actieplan is een dynamisch plan. Het vraagt een continue actualisatie die steeds en meer streeft naar maximale voordelen en minimale nadelen. Iedereen moet alert blijven voor de minimale nadelen en het wetenschappelijke debat moet mogelijk blijven. Het recht op informed consent is een patiëntenrecht en een belangrijke component in dit dossier.

Bart Van Malderen wil de ratio achter de participatiestreefcijfers voor de bevolkingsonderzoeken kennen. Waarom verschilt de participatiedoelstelling per bevolkingsonderzoek? Is dat verschil het gevolg van de looptijd van deze bevolkingsonderzoeken? Hoe komt men tot de cijfers en hoe worden die opgebouwd? Hij vindt niet direct een verklaring in de mortaliteitscijfers van deze aandoeningen.

De gemiddelde cijfers kunnen grote niet-deelname verbergen. Er zijn cijfers over bevolkingsgroepen die niet bereikt worden met preventie en niet deelnemen aan screenings. Ze tonen grote verschillen in participatie van bijvoorbeeld mensen in armoede en mensen van allochtone afkomst. Ook binnen de allochtone gemeenschap zijn er grote verschillen. Wordt daarop ingezet? Worden er acties ondernomen om de participatie zo hoog mogelijk te krijgen?

3. Antwoord van de heer Pieter Vandenbulcke, Agentschap Zorg en Gezondheid

Pieter Vandenbulcke meldt dat er voor elk van de drie kankers een werkgroep is opgericht. Daarnaast is er een werkgroep Monitoring die zich over het cijferwerk en de interpretatie ervan buigt. Ten slotte is er een werkgroep Sensibilisatie. Dit is een nieuwe werkgroep die na de gezondheidsconferentie werd ingevoerd, omdat er heel wat problemen zijn met het bereiken van bevolkingsgroepen met een lagere socio-economische status. De middenklasse participeert meer aan de bevolkingsonderzoeken dan de lagere klassen. Bevolkingsonderzoeken dragen echter bij tot een herstel van het evenwicht want zonder bevolkingsonderzoeken zou het verschil nog groter zijn. Dat blijft een aandachtspunt. Met een aantal experimenten is geprobeerd om dit beleid te versterken, maar die zijn heel duur. Er is een aantal gemeentelijke initiatieven, maar de investering is niet altijd te verantwoorden in vergelijking met het behaalde effect.

Het Centrum voor Kankeropsporing kreeg in 2014 voor baarmoederhalskanker 751.791 euro. De Stichting Kankerregister krijgt 75.000 euro per jaar. De Stichting Kankerregister registreert niet alleen de kankers, maar ook de goedaardige afwijkingen. Dat is nodig om te bepalen wie al dan niet uitgenodigd moet worden. De IMA-data kostten 7000 euro.

Voor borstkanker kreeg het Centrum voor Kankeropsporing in 2014 3.856.000 euro, en 50.000 euro voor de organisatie van het bevolkingsonderzoek in Brussel. De Stichting Kankerregister krijgt 11.000 euro per jaar en de gegevensuitwisseling met IMA kostte 7000 euro.

Voor dikkedarmkanker kreeg het Centrum voor Kankeropsporing in 2014 2.627.588 euro. De firma die de testen levert ontving 650.000 euro. Het laboratorium dat de analyses deed, kreeg 409.500 euro. Tot slot kostte de uitwisseling van IMA-data 7000 euro en kreeg de Stichting Kankerregister 150.000 euro. De Stichting Kankerregister heeft een voorstel en studie gedaan om tot een coloscopieregister te komen. De totale kosten bedroegen in 2014 8.602.127 euro.

De besprekingen over bevolkingsonderzoeken zijn in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid opgenomen in de besprekingen over chronische ziekten. Vlaanderen heeft opgelijst welke thema's het met het federale niveau wil bespreken.

De screening van baarmoederhalskanker gebeurt momenteel met een cytologische test. De cellen worden bekeken in een uitstrijk waarna een HPV-test wordt uitgevoerd als er bepaalde afwijkingen worden vastgesteld. Het Federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg acht de omgekeerde aanpak efficiënter. De Vlaamse werkgroep Baarmoederhalskanker heeft daarover al van gedachten gewisseld. Iedereen gaat principieel akkoord, maar er zijn nog heel wat knelpunten (zie bijlage op de [dossierpagina](#) van dit stuk op www.vlaamsparlement.be) die vooraf met het federale niveau opgelost moeten worden.

Het bevolkingsonderzoek naar borstkankeropsporing is geëvalueerd. Uit praktijk en literatuur blijkt dat deze screeningstest niet de ideale is. Uit de evaluatie van de internationale literatuur en de situatie van Vlaanderen blijkt dat het bevolkingsonderzoek tot gezondheidswinst leidt op een kosteneffectieve manier. Dat neemt niet weg dat er blijvend aan de kwaliteit en rendabiliteit van bevolkingsonderzoek moet worden gewerkt.

In de resultaten van de dikkedarmkankeropsporing kunnen de persoonskenmerken niet worden achterhaald. Na verloop van tijd zal een koppeling met IMA-data worden gemaakt zodat – naast de leeftijd – ook bekend wordt of de patiënt een verhoogde tegemoetkoming of het Omnio-statuuut geniet. Een link met het voedingspatroon is onhaalbaar.

Samen met het Centrum voor Kankeropsporing worden wetenschappelijke evaluaties en evoluties op de voet gevolgd. Voort is er nauw contact met het Federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg en het federale Kankercentrum.

De geïnformeerde keuze is één van de redenen waarop de werkgroep Sensibilisatie is opgericht. Er is tweespalt: er zijn de hoge beoogde participatiegraden en tegelijk zijn wetenschap en middenveld van oordeel dat iedereen een geïnformeerde keuze moet kunnen maken. Naarmate mensen meer informatie ontvangen, haakt de lagere socio-economische groep sneller af. Een communicatiebureau heeft onderzocht welke informatiegradaties er zijn, en komt tot vijf gradaties van informeren en sensibiliseren, gaande van emotionele tot rationele motivatie. De werkgroep is zijn advies aan het afronden en lijkt te opteren voor een geoptimaliseerde geïnformeerde keuze waarbij de informatie wordt aangepast aan de doelgroep. Niet te ingewikkelde informatie wordt als basisinformatie gegeven. Met geïnformeerde motivatie wordt getracht de irrationele drempels weg te werken. Tal van niet-rationele elementen zetten mensen ertoe aan al dan niet deel te nemen. Het zou absurd zijn een bevolkingsonderzoek te organiseren en de keuze voor deelname helemaal aan de mensen over te laten. De mensen moeten worden geholpen om de juiste keuzes te maken. De stakeholders zijn het niet altijd met elkaar eens. Het Netwerk tegen Armoede is van oordeel dat emotioneel mag worden gemotiveerd. Test-Aankoop vindt dat enkel de objectief wetenschappelijke informatie mag worden gegeven.

De verschillende participatiedoelstellingen zijn historisch gegroeid maar ook het gevolg van de vaststelling dat elk bevolkingsonderzoek in een andere fase zit. Baarmoederhalskanker zat in een startfase, daarom was de participatiegraad wat lager. Voor borstkanker is de norm wat hoger, maar daar is er het probleem dat er veel diagnostische mammografieën zijn. Als de percentages van diagnostische diagnoses (16 à 20 percent) en van participatie (50 percent) worden opgeteld, dan zit men dicht bij de doelstelling. Dikkedarmkanker was heel nieuw en daarom

werd de norm lager gezet. Europees is er weinig onderzoek dat bepaalt wat de participatiegraden moeten zijn.

Cindy Franssen vindt dat de meeste mensen coaching nodig hebben. De invloed van een medisch opgeleide coach is belangrijk.

Freya Saeys begrijpt niet dat er discussie is over de geïnformeerde keuze. Een huisarts informeert zijn patiënt over de mogelijkheden. In het GMD+ wordt het preventieplan van de huisarts overlopen. Huisartsen worden ook vergoed om preventie te stimuleren. De huisarts bevraagt de patiënt en geeft hem objectieve informatie en cijfers om te kiezen tussen de verschillende onderzoeksmogelijkheden. Huisartsen worden daar goed voor opgeleid. Is het aantal coloscopies verhoogd sedert de invoering van de screening? Wat is de kostprijs? Heeft dat invloed op de wachttijd? Die zijn volgens haar enorm toegenomen.

Pieter Vandenbulcke verduidelijkt dat zijn uitleg over sensibilisatie en geïnformeerde keuze over het collectieve proces gaat en niet over het individuele proces tussen patiënt en arts. De discussie is hoeveel informatie de testkit moet bevatten. De meeste mensen doen spontaan mee. De mammografieën op verwijzing van de artsen zijn bijvoorbeeld minder dan 7 percent.

Omdat er nog geen coloscopieregister is, zijn er geen duidelijke cijfers over het aantal. Uit de IMA-data kan wel worden afgeleid hoeveel coloscopies er werden uitgevoerd op mensen die werden gescreend. Steekproeven bij gastro-enterologen leren dat participatie en opvolging goed zitten. Er waren in het begin wat wachttijdproblemen. Door een late start ging men in 2014 meteen van start met een inhaalbeweging.

4. Stemming

De gezondheidsdoelstelling 2015-2020 voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm wordt met 7 stemmen bij 1 onthouding aangenomen.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Danielle GODDERIS-T'JONCK
Cindy FRANSSEN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

GMD+	Globaal Medisch Dossier aangevuld met een preventiemodule
HPV	humaan papillomavirus
IMA	InterMutualistisch Agentschap
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden (managementprincipes)