

vergadering **C140 – WEL11**

zittingsjaar 2011-2012

## Handelingen

### **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en  
Armoedebeleid

van 14 februari 2012

## INHOUD

|                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aangekondigde darmkankerscreening<br>- 1099 (2011-2012)                                           |    |
| Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de grootschalige darmkankerscreening vanaf 2014<br>- 1148 (2011-2012)                        | 3  |
| Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werking van PASOP vzw in Brussel en de seksuele gezondheid van sekswerkers<br>- 1137 (2011-2012) | 10 |

■

**Voorzitter: de heer Tom Dehaene**

**Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aangekondigde darmkankerscreening - 1099 (2011-2012)**

**Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de grootschalige darmkankerscreening vanaf 2014 - 1148 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Lies Jans:** Voorzitter, minister, collega's, dit probleem is hier reeds meermaals aan bod gekomen, zowel in vragen om uitleg als bij de bespreking van de beleidsbrief. Toen is ook verwezen naar pilootprojecten. Inmiddels vernamen wij dat de Vlaamse Regering vanaf 2014 ongeveer 2 miljoen mensen wil screenen op darmkanker. Onze fractie steunt dit initiatief ten volle. Darmkanker is een van de meest voorkomende kankers in Vlaanderen, die jaarlijks ongeveer 2000 mensenlevens eist. Een grootschalige preventieoperatie als deze die is aangekondigd, moet ervoor zorgen dat het aantal doden aanzienlijk daalt. Men zou op die manier jaarlijks 400 tot 500 mensenlevens kunnen redden. Het is wetenschappelijk bewezen dat het loont om darmkanker vroegtijdig op te sporen. Het is immers een kanker die mits vroege detectie te genezen valt, zo leren ons studies.

De laatste keer dat de screening van darmkanker onderwerp van discussie in deze commissie was, was op 29 maart 2011. U zei toen het volgende: "Ik wacht graag, zoals gesteld in de persmededeling van 22 maart 2011 over de resultaten van de pilootstudie darmkankerscreening, een definitief advies af van de Vlaamse werkgroep Darmkankeropsporing en vervolgens van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, vooraleer een beslissing te nemen." Die beslissing is nu genomen.

Darmkankerscreening werd in de voorbije maanden en jaren aangepakt in één proefproject dat in verschillende gemeenten is uitgevoerd. Wat zijn de resultaten? Hoe zijn die proefprojecten geëvalueerd? Welke conclusies konden daaruit worden getrokken?

Wat waren de krachtlijnen van de respectieve adviezen van de Vlaamse werkgroep Darmkankeropsporing en van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek?

Hoe zal deze algemene screeningsoperatie concreet worden geïmplementeerd? Wat zijn de financiële implicaties van deze beslissing?

Ook de federale overheid neemt initiatieven als het gaat over kankerpreventie. Is hierover overlegd met die federale overheid? Wordt de federale overheid bij de screening betrokken?

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**De heer Bart Van Malderen:** Voorzitter, minister, collega's, ik zal de inleiding niet herhalen, want dit probleem is hier reeds meermaals aan bod gekomen. Mevrouw Jans heeft het belang van darmkankerscreening al aangetoond, ik wil dus direct mijn vragen stellen. Vandaag wordt daarover in De Standaard een zeer levendig debat gevoerd. Wetenschappers voeren daarover een hevige polemiek. Er zijn believers, zoals de heer Van Cutsem, die evenwel nuanceert, en er zijn non-believers, zoals de heer Bonneux, die eigenlijk zegt dat men zo voor een beperkt aantal mensen een beperkte verlenging van de levensduur zal realiseren maar de hypochondrie bij ouderen zal doen toenemen.

In het besluit is de doelgroep afgebakend: het betreft de 50- tot 74-jarigen. Hoe is de afbakening gebeurd? Hoe zal de darmkankerscreening in concreto verlopen? Men veronderstelt dat 44 procent van de doelgroep zal deelnemen, en men zou 350 tot 400 levens kunnen redden. Wanneer krijgen wij de resultaten van het pilootproject?

Er is iets minder dan 2 miljoen euro uitgetrokken. Is die uitgave geraamd op basis van een deelname van 44 procent?

Hebt u overlegd met uw federale collega? Zal de federale overheid een rol spelen in dit project, en zo ja, op welke manier?

Ik heb ook nog een vraag die niet in de schriftelijk ingediende versie voorkomt. Blijkt uit het pilootproject wat ook al uit de borstkankerscreening blijkt: dat bepaalde bevolkingsgroepen systematisch ondervertegenwoordigd zijn? Zullen in dat verband bijkomende inspanningen gebeuren om het bereik van de campagne zo groot mogelijk te maken? Die laatste vraag ligt in de lijn van andere bezorgdheden, over het bereik van gezondheidscampagnes onder laaggeschoolden.

**De voorzitter:** De heer Tack heeft het woord.

**De heer Erik Tack:** Voorzitter, minister, collega's, ik heb bijzondere aandacht voor dit dossier, zoals blijkt uit verschillende vragen die ik in het verleden over deze problematiek heb gesteld. Ik heb een aantal specifieke vragen, die verder gaan dan de eerder algemene vragen van mijn collega's.

Welke testmethode wordt gebruikt? Er zijn verschillende testmethodes. Hoeveel stalen zullen de mensen per keer dat zij van u een brief ontvangen, moeten inleveren? Hoe frequent zal men controleren: om het jaar, om de twee jaar? Wat staat er in het begeleidend schrijven? In welke taal zal dat gebeuren?

Hoe komt u aan die daling van het sterftecijfer met 20 procent en aan die daling met 400 sterftegevallen per jaar? Hoe is de screening in de ons omliggende landen georganiseerd? Wat is de kostprijs per jaar en per persoon? Wat is de rol van de huisarts? Waarom worden mensen ouder dan 74 jaar niet in de doelgroep opgenomen? Wat met de vele valse diagnoses – zowel de positieve als de negatieve? Is de beperkte daling van de mortaliteit met 20 procent een gevolg van de testmethode of van de beperkte deelname van mensen uit de doelgroep?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, dit probleem is hier reeds meermaals aan bod gekomen. De darmkankerscreening komt niet zomaar uit de lucht vallen. Het is dus zeker niet zo dat ik ineens een ingeving heb gekregen. Zowel op het Europese als op het Belgische niveau zijn er heel wat aanbevelingen geformuleerd die ons ertoe moeten aanzetten om de darmkankerscreening effectief uit te voeren. De Europese Commissie heeft die aanbeveling op 3 februari 2012 nogmaals bevestigd: "By implementing them, Member States have the potential to organise their health systems more effectively, including the diagnosis and management of cancers detected in screening. There is good evidence that population-based screening using the EU-recommended test reduces mortality from colorectal cancer by around 15% in people of appropriate age (50 to 74 years) invited to attend screening." Het kenniscentrum zegt hetzelfde: "We recommend introducing such screening program in Belgium." Ik heb niet de indruk dat dat hier betwist wordt, maar het is dus geen Vlaamse uitvinding, het is het resultaat van een heleboel aanbevelingen. De laatste aanbeveling van het kenniscentrum was: u moet daarmee beginnen, maar u moet dat eerst testen om te weten welke methode het meest aangewezen is.

Op dat ogenblik zijn de Franse en de Vlaamse Gemeenschap elk hun eigen weg gegaan. De Walen zijn begonnen met de screening en hebben de test. De Vlaamse overheid – mijn voorgangers en Steven Vanackere in het bijzonder – heeft met de Universiteit Antwerpen een pilootproject opgezet. Dat is het project waaraan gerefereerd werd. Er werd slechts één pilootproject georganiseerd door de Vlaamse overheid, met als projecthouder het Centrum voor Kankerpreventie van de Universiteit Antwerpen. Het liep in drie gemeenten in de provincie Antwerpen.

Het pilootproject is gunstig geëvalueerd; het eindrapport was zeer ondersteunend in het beslissingsproces over het al dan niet veralgemeend organiseren van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in heel Vlaanderen. Toen de conclusies bekend werden, zijn ze ruim aan de pers voorgesteld. Ze werden ruim verspreid.

De belangrijkste conclusies zijn die over het meest geschikte uitnodigingsmodel, en breder, de bereidheid die bij de Vlaming leeft om aan een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker deel te nemen door middel van een test waarbij een staaltje van de stoelgang moet worden genomen. Dat was de hamvraag. Hoe kan dat het best worden georganiseerd? Is de Vlaming bereid om dat te doen?

Inzake het uitnodigingsmodel bleek dat het rechtstreeks verzenden van de stoelgangtest, de iFOBT-test (Immunochemical fecal occult blood test) naar de mensen thuis tot een veel hogere participatie leidde dan wanneer mensen een afspraak bij de huisarts moesten maken om een test te ontvangen. In de eerste ronde ging het over 38,10 versus 17,62 procent, na een cross-over zelfs 64,27 tegenover 24,75 procent. Uit een bevraging van zowel deelnemers als niet-deelnemers achteraf bleek dat de voorkeur van de mensen vooral gaat naar deelname via een toegestuurde testkit in plaats van via een consultatie bij de huisarts. De redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek lagen vaker in het feit dat men een contra-indicatie had, bijvoorbeeld een reeds aanwezige darmkanker of chronische aandoening zoals de ziekte van Crohn, dan in een bezwaar tegen het nemen van een staal van de eigen stoelgang.

Alle adviesvragen en adviezen met betrekking tot het bevolkingsonderzoek zijn terug te vinden op de website [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be). U klikt daar op 'beleid' en 'bevolkingsonderzoek' en verder naar 'adviezen en beslissingen rond bevolkingsonderzoek'.

De werkgroep Darmkankeropsparing stelde een aanvraag voor bevolkingsonderzoek op, die alle informatie bevatte die de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek nodig had om het advies uit te brengen. U kunt dat op die site vinden. Dit advies van 35 pagina's is te uitgebreid om hier volledig te bespreken, maar de belangrijkste aspecten betroffen de volgende motiveringen. De keuze voor de doelgroep van 50- tot 74-jarigen is conform de aanbevelingen in de 'European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis', en wordt ondersteund door de experts in de werkgroep Darmkankeropsparing. Het betrof de keuze voor het te gebruiken screeningsinstrument iFOBT; dat is de testkit. Het betrof de meest geschikte opvolgingsmethode voor iemand met een afwijkend screeningsresultaat, namelijk een colonoscopie. De motivering betrof de te voorziene elementen zoals kwaliteitsbewaking en evaluatie van het bevolkingsonderzoek. Het betrof de te verwachten gezondheidswinst via dit bevolkingsonderzoek en de wenselijkheid van dit bevolkingsonderzoek als instrument ten opzichte van andere maatregelen ter preventie van dikkedarmkanker.

De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek formuleerde op basis van die aanvraag twee adviezen, die u ook kunt terugvinden op de hogervermelde website. De twee adviezen waren gunstig voor het organiseren van een bevolkingsonderzoek. Wel werden er enkele aandachtspunten geformuleerd die ik hier kort aanhaal.

Het is nodig te voorzien in voldoende kwaliteitsbewaking, niet alleen voor de stoelgangtest – dat zit in de aanvraag – maar ook voor het uitvoeren van de colonoscopie; dat is een kijkonderzoek van de dikke darm na een afwijkende screeningstest. Het eerste advies stelde dat dit van bij de aanvang moest worden gepland. De werkgroep formuleerde hierover spontaan een tweede advies dat deze vereiste nuanceerde. De kwaliteitsbewaking kan volgens dit advies ook gefaseerd worden ingevoerd, zodat een opstart niet hoeft te worden uitgesteld tot alle details van de kwaliteitsbewaking van de vervolgonderzoeken – colonoscopieën – geregeld zijn. Het is aangewezen om vooraf de doelstellingen inzake participatie te bepalen. Waar mogelijk moet maximaal gebruik worden gemaakt van informatie over de deelnemers die reeds in medische dossiers aanwezig is. Er moet specifieke aandacht gaan naar subgroepen in de bevolking waarvan geweten is dat ze minder deelnemen aan preventie-initiatieven. Als we het

project over heel Vlaanderen willen spreiden, moeten er bijzondere initiatieven zijn en methodes worden gezocht om die groep te benaderen. De doelgroep moet adequaat worden geïnformeerd over het bevolkingsonderzoek, inclusief de verwachte voordelen en de kans op het ondervinden van nadelen. We zullen dat in de begeleidende brief zeggen en daar een aantal schikkingen voor treffen.

De verwijzing naar de huisarts is daarbij een punt. Uiteraard hebben we daar met de artsenverenigingen over gesproken. De aanpak waarvoor we gekozen hebben, kreeg ook de voorkeur in dat overleg.

De precieze modaliteiten van de screening zullen onder leiding van de werkgroep Darmkankeropsporing in de periode 2012-2013 verder worden verfijnd. Er zal worden onderzocht hoe de volledige uitrol in Vlaanderen zo vlot mogelijk kan verlopen. Ook zullen partners worden gezocht die deze uitrol kunnen voorbereiden, en vanaf 2014 de organisatie van het bevolkingsonderzoek op zich zullen nemen.

Volgende taken moeten verder worden uitgewerkt, en via de gepaste kanalen moeten de mensen of organisaties worden gezocht die ze zullen uitvoeren. Het gaat over het aanleggen van een uitnodigingsbestand met algoritmes voor wie wanneer moet worden uitgenodigd, het ontwikkelen van de nodige materialen voor uitnodiging, sensibilisatie en informatie, en het proefdraaien van alle ontwikkelde procedures vooraleer de volledige uitrol te realiseren. Voor de uitvoering van deze taken zal een overheidsopdracht worden uitgeschreven.

Vanaf 2014 zal een organisatie met terreinwerking het uitnodigen van de doelgroep op zich nemen. Dat zal ook moeten gebeuren. Hiervoor zal een oproep worden gelanceerd. Juist omdat er nog een aantal zaken moeten gebeuren, heb ik die aankondiging moeten doen. Anders kan men niet beginnen met het organiseren van de overheidsopdrachten.

We zullen partners zoeken die instaan voor de labo-activiteiten, namelijk de analyse van de stoelgangstalen via een gepast toestel, en het leveren van de testkits. Zoals Europa voorschrijft, zal hierbij de markt haar rol spelen.

Net zoals bij het bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker zal er ook worden samengewerkt met de Stichting Kankerregister om onder andere het uitnodigingsbestand te optimaliseren; er mogen bijvoorbeeld geen mensen worden uitgenodigd die reeds gekende dikkedarmkanker hebben. Ook gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) kunnen hiervoor nodig zijn. Gesprekken hierover zullen nog dit jaar worden opgestart. Bij de gegevensuitwisseling moet worden voldaan aan de regels voor de bescherming van de privacy.

De komende maanden zal overleg worden opgestart met de beroepsgroep van gastro-enterologen om te starten met de uitwerking van een methode om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek te bewaken. Ook de huisartsen zullen grondig worden geïnformeerd over de precieze modaliteiten van het bevolkingsonderzoek.

Vooraleer de volledige uitrol van start gaat, zullen alle ontwikkelde procedures proefdraaien in een beperkte maar voldoende grote regio of deelgroep van de bevolking, om zeker te zijn dat het hele systeem zonder haperingen kan functioneren.

Het is de bedoeling dat het onderzoek om de twee jaar gebeurt. Het wordt een cyclus van twee jaar. We zullen met de artsenverenigingen vrij intens moeten overleggen over de organisatie.

Als u met de opvolging van de resultaten doelt op informatie over participatiecijfers en bijvoorbeeld het aantal afwijkende screeningtests, kan ik u zeggen dat jaarlijks zal moeten worden gerapporteerd door verschillende organisaties die we zullen financieren om het bevolkingsonderzoek uit te voeren.

Als we het hebben over de resultaten van de vervolgonderzoeken, zoals het aantal gevonden poliepen en het aantal verdachte letsels waarvoor een biopsie werd genomen, moeten we afwachten in hoeverre we tot een vorm van registratie van uitgevoerde colonoscopieën

kunnen komen. Een dergelijke registratie is momenteel onbestaande. De komende maanden zullen gesprekken met onder andere de beroepsgroep van de gastro-enterologen worden opgestart, om te onderzoeken hoe deze informatie beschikbaar gesteld kan worden, om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek te monitoren. Uiteraard is dat allemaal wel beschikbaar op basis van de test die gedaan is. Daar hebben we wel de cijfers van.

Het kan zijn dat het bevolkingsonderzoek zal starten zonder dat we alle informatie hebben die nodig is om het programma op langere termijn te monitoren. Gezien de complexiteit van dit bevolkingsonderzoek is een verbetertraject of een groeicurve niet ondenkbaar.

Wanneer we het hebben over resultaten in de zin van het aantal gevonden kankers door het bevolkingsonderzoek, de stadiëring van de zo gevonden dikkedarmkankers, het verschil in stadiëring met de kankers ontdekt buiten de screening en het voorkomen van intervalkankers, zijnde de kankers gevonden tussen twee screeningbeurten, moeten we voor ogen houden dat die resultaten niet meteen ter beschikking zullen zijn. Het gaat om een complexe materie, waarbij onder andere het kankerregister betrokken zal worden. De aangehaalde uitkomstmaten zullen zeker worden berekend, maar dat zal slechts na een aantal jaren kunnen. Als u de concrete gegevens wilt van wat in het testproject is gevonden, kunt u dat op de website vinden.

Er is over dit bevolkingsonderzoek inderdaad overleg geweest tussen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het RIZIV. Net zoals nu al gebeurt voor het programma dikkedarmkankerscreening in Franstalig België, zal het RIZIV bijdragen aan de kosten voor de stoelgangtest en in de normale terugbetalingen die gelden voor bijvoorbeeld consultaties bij de huisarts of colonoscopieën. Het screeningsinstrument zelf en de analyse van het stoelgangstaal zullen gratis zijn voor de deelnemer. Remgelden voor consultaties bij de huisarts en vervolgonderzoeken of behandelingen blijven ten laste van de deelnemer.

Er zal verder overleg zijn met het federale niveau om de precieze financieringsmodaliteiten vast te leggen en om afspraken te maken op het vlak van de kwaliteitsbewaking van de colonoscopieën.

Een precieze kostenberekening is nu nog niet te maken, maar vermoedelijk – al hangt dat ook af van de wijze waarop we opstarten – zal voor de opstartfase om en bij 2 miljoen euro nodig zijn. Zodra het bevolkingsonderzoek operationeel is in heel Vlaanderen, zullen de recurrente jaarlijkse kosten voor de Vlaamse overheid, gebaseerd op de simulaties, vermoedelijk rond 3,5 miljoen euro schommelen. Dat zal afhangen van de aanbestedingen en de implementatie. U mag de start van het initiatief pas begin 2014 verwachten, gelet op alle voorbereidingen die nog moeten worden getroffen.

**Mevrouw Lies Jans:** Dank u wel, minister, voor de uitgebreide uitleg. Ik zal zeker alle documenten op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid nog eens grondig doornemen.

De keuze voor de doelgroep is uiteindelijk gevallen op de 50- tot 74-jarigen. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeuren)*

De Europese aanbeveling, ja. Kan het in de loop van het project bijvoorbeeld ook gaan over mensen met een genetische voorbestemming? Die vallen er allemaal uit?

**Minister Jo Vandeuren:** Die vallen eruit.

Sommige zaken zijn evident. Het klopt dat er beperkte risico's zijn. Zoals professor Van Cutsem zegt: we willen dat niet onder de mat vegen. Er zijn minder positieve kanten aan. We moeten de balans opmaken. Het is de bedoeling van de screening dat we dat afwegen. Zo zijn er groepen voor wie de screeningtest niet de aangewezen weg is. Dat geldt voor mensen met een erfelijke belasting of die al een ziekte hebben.

**Mevrouw Lies Jans:** Het komt bij de operationalisering wellicht nog aan bod, hoe zit het met de sensibiliseringscampagne? Dat is in het kader van monitoring van borst- en

baarmoederhalskanker gebeurd. Ik veronderstel dat dat nu opnieuw onderdeel van het project is. Hoe zit dat budgettair? Zijn daar aparte middelen voor? Zit dat in die 2 miljoen euro van de opstartfase?

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**De heer Bart Van Malderen:** Ik dank u voor uw uitgebreid antwoord, minister. Ik heb enige literatuur doorgenomen om deze vraag om uitleg te kunnen stellen. Op zich is er een vrij grote eensgezindheid over het nut van een bevolkingsonderzoek voor deze kanker. De manier waarop dat moet gebeuren, wordt meer kritisch onder de loep genomen. Vlaanderen kiest voor de methode van uitnodigen om zelf een staal te nemen en te verzenden. U argumenteert dat deze methode een hoger bereik heeft; ik heb zelfs gehoord dat het dubbele zou zijn.

Het is de vierde keer dat ik hierover een minister ondervraag. Er zit evolutie, ook voortschrijdend inzicht, in de antwoorden. Een van uw voorgangers, Steven Vanackere, was op een bepaald moment behoorlijk sceptisch over de uitrol en de te verwachten resultaten van het proefproject. Ik stel vast dat u affirmatiever antwoordt. Er zal heel veel gelegen zijn aan een goede voorbereiding. Ik vind in uw antwoord veel aanwijzingen daarvoor. U hebt verwezen naar de sensibilisering van en het overleg met de artsen.

U hebt – daar ben ik zeer tevreden mee – gezegd dat er aparte en bijkomende inspanningen zullen gebeuren naar bepaalde doelgroepen. Ik heb bijkomende vragen. U gaat in een tussenfase – vóór het uitrollen naar 1,9 miljoen mensen – een voldoende grote regio nemen. Wat moet ik me daarbij voorstellen? Is dat een provincie? Is die keuze al gemaakt? Zit dat in de overheidsopdracht? Is dat de keuze van degene die het zal uitvoeren?

Wordt er rekening gehouden met de context? Is die representatief voor heel Vlaanderen? Het pilootproject liep in drie gemeenten in Antwerpen. Er zijn geen grote verschillen in genetica of voeding tussen de Vlaamse provincies. Er is waarschijnlijk wel een verschil tussen stedelijke en landelijke gebieden. Daar ben ik weer: specifieke doelgroepen dreigen uit de boot te vallen. Wordt daar rekening mee gehouden?

Wat behelst de overheidsopdracht op zich? Is dat de uitrol en één keer de tweejaarlijkse screening? Wat is het bereik van de overheidsopdracht? Zit er een vervolgoptie in? Hoe gebeurt de opvolging en desgevallend de bijsturing?

U hebt 2 miljoen euro ter beschikking. Bij een volledige uitrol zou het naar 3,5 miljoen euro gaan. Gaat men uit van het bereik dat men gemeten heeft in het pilootproject? Gaat men uit van de 38 procent die antwoordt? Staat dat aantal voor 2 of voor 3,5 miljoen euro?

**De voorzitter:** De heer Tack heeft het woord.

**De heer Erik Tack:** U hebt uitgebreid geantwoord, en ik begrijp zeer goed dat het zeer moeilijk was om op mijn punctuele vragen te antwoorden. Ik spreek tegen wat de heer Bonneux in De Standaard in zijn pleidooi tegen darmkankerscreening schreef. Ik denk dat hij de bal volledig mislaat. Het is belangrijk colorectale kanker te screenen. Maar dat is een heel moeilijke onderneming, en u moet een keuze maken in de screeningmethode, daarbij ook rekening houdend met de kostprijs. Mijns inziens is het duidelijk dat de opsporing van colorectale kanker via bloed in de stoelgang erg onbetrouwbaar is. Ik sta niet alleen met die mening. Veel mensen zullen een geruststellend resultaat te horen krijgen, dat evenwel vals is. Elke arts zal op de vraag van een patiënt of hij met een negatieve uitslag gerust mag zijn, ontkennend antwoorden. Ik heb niets tegen deze screeningmethode, want een aantal mensen zullen met die methode worden gered. Het is evenwel een ver van perfecte methode, en ik ben er een koele minnaar van.

Eens om de twee jaar wordt er gecontroleerd. Wordt dan één staal gecontroleerd? Dertig jaar geleden heb ik geleerd dat men drie verschillende stoelgangstalen van drie verschillende, kort op elkaar volgende dagen moet analyseren om een min of meer betrouwbaar resultaat te hebben. Dat staat vandaag nog altijd zo in de literatuur. Een borstkanker zit er vandaag, maar

ook morgen en overmorgen. Die toont zich altijd. Maar de poliepen die men wil opsporen bloeden niet elke dag. Zij kunnen verstoppertje spelen. Het is dus best mogelijk dat men om de twee jaar drie keer een staal analyseert, maar steeds een vals negatief resultaat boekt, hoewel er een kanker aanwezig is. Afgaande op de kosten-batenanalyse is de door u gekozen methode wellicht de enig haalbare, maar veel mensen zullen ten onrechte worden gerustgesteld. Voorst lees ik dat tot 45 procent van de positieve resultaten vals zou zijn. Ik vind dat cijfer in de literatuur terug. Dat zou betekenen dat veel mensen overbodige onderzoeken moeten ondergaan.

Ten slotte veronderstel ik dat in het begeleidend schrijven zal staan dat de mensen een aantal zaken niet mogen eten en geen pijnstillers en ontstekingsremmers zullen mogen menen in de dagen voorafgaand aan de controle, want dat laatste leidt natuurlijk tot bloed in de stoelgang of een vals positief resultaat.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, in dit soort van dossiers neemt een minister op een bepaald ogenblik een beslissing. Achteraf moet dan een en ander worden uitgezocht en moet daarover worden overlegd. Een aantal van uw bezorgdheden zullen binnenkort aan bod komen. Ik zou toch willen suggereren om over de kwaliteit van de test de wetenschappelijke documentatie eens door te nemen. Ik heb uit die informatie onthouden dat de test voldoende kwaliteit garandeert om niet te moeten overgaan tot de organisatie van twee of drie analyses. Ik ga mij als politicus niet in de discussie onder wetenschappers mengen, maar wij gaan ervan uit dat wij ons – in tegenstelling tot andere regio's – zullen beperken tot één test om de twee jaar.

Over de aanbesteding en de modaliteiten van het lastenboek moet nog worden nagedacht. Natuurlijk zal de overheid in staat moeten zijn om een tweede bestelling te plaatsen bij diegene die het order binnenhaalt. Dat zal in het lastenboek worden uitgewerkt. De omvang van het budget is natuurlijk in belangrijke mate afhankelijk van de uitkomst van de aanbesteding. De vraag rijst dan of wij worden geconfronteerd met monopolies of oligopolies, dan wel met een markt waarop meerdere spelers actief zijn. Dat zal van grote invloed zijn op de kostprijs. Uit de analyses van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek blijkt erg goed op basis van welke argumenten onze werkgroep heeft besloten om aan te bevelen met deze methode te werken.

Het is natuurlijk zo dat bepaalde boodschappen die aanzetten om een bepaalde levenswijze aan te nemen een aantal doelgroepen moeilijk bereiken. In de mate dat culturele elementen daarin een rol spelen, is de uitdaging nog groter. Bij borstkankerscreening moet diep worden nagedacht over de manier waarop de boodschap bij bepaalde groepen kan worden gebracht. Dat zal ook hier de uitdaging zijn. Toch valt op dat de participatiegraad vrij hoog was: ongeveer 40 procent reageerde op de brief.

Voor campagnes doen wij almaar meer een beroep op stakeholders om deel te nemen aan de sensibilisering. De lokale besturen worden een duidelijke partner. De huisartsen en de loco-regionale gezondheidsoverleggen en -organisaties (Logo's) die nu op kruissnelheid komen, en ook anderen, worden bij de sensibilisering betrokken. Stilaan moeten wij ons ook op het metaniveau organiseren. We roepen vrouwen op om te participeren aan borstkankerscreening en we roepen hen – en ook anderen – op om te participeren aan darmkankerscreening. We moeten dus nagaan hoe we mensen niet drie, vier keer na elkaar voor verschillende boodschappen benaderen. We onderzoeken hoe we dat moeten aanpakken.

De heer Van Malderen heeft een punt: sommige groepen kan men moeilijker bereiken dan anderen. Wij moeten dat goed in het oog houden en van bij het begin goed in de aanpak verwerken.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

■

**Vraag om uitleg van de heer Paul Delva tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werking van PASOP vzw in Brussel en de seksuele gezondheid van sekswerkers  
- 1137 (2011-2012)**

**De voorzitter:** De heer Delva heeft het woord.

**De heer Paul Delva:** Voorzitter, minister, collega's, de Vlaamse Gemeenschap heeft onlangs een beheersovereenkomst goedgekeurd met PASOP vzw over de seksuele gezondheid bij sekswerkers. Een sekswerker wordt door de Taaltelefoon als volgt gedefinieerd: "Een sekswerker is iemand die werkt in de seksbranche en geld verdient door een bepaalde vorm van seks aan te bieden. Het gaat bijvoorbeeld om prostituees, strippers, pornoacteurs, sekstelefonisten en uitbaters van seksboetieks. Het woord wordt vaak gebruikt in het Engels (sex worker) en in het Afrikaans."

In artikel 4 van die beheersovereenkomst staat het volgende: "De beheersovereenkomst heeft betrekking op de volgende beleidsthema's, doelgroepen en geografisch werkgebied: - beleidsthema: seksuele gezondheid; - doelgroep: sekswerkers; - geografisch werkgebied: Vlaanderen." Ik ging via een schriftelijke vraag na of er ook een werking in Brussel zou worden uitgebouwd, want in een grootstad als Brussel is het natuurlijk belangrijk dat sekswerkers voldoende voorlichting en informatie krijgen om hun gezondheid op peil te houden.

Uw antwoord verbaasde mij een beetje: "Het geografisch werkgebied van de vzw PASOP betreft Vlaanderen. Het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest valt hier niet onder. PASOP is dus niet verplicht om een werking in Brussel uit te bouwen. Recent werd het werkgebied van PASOP, dat eerst enkel een werking in Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen en Antwerpen kon aantonen, verbreed naar een werking voor heel Vlaanderen. Deze werking werd aangehouden voor de beheersovereenkomst." U voegde er wel aan toe dat er in Brussel voor deze doelgroep wel in een werking wordt voorzien: door de organisaties Espace P, Alias vzw en Latitude Nord. Hun werking wordt gefinancierd door het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Franse Gemeenschap en de federale overheid. Latitude Nord wordt ook door de gemeente ondersteund. Geen enkele van deze organisaties ontvangt echter subsidies van Vlaanderen.

Ik leid daaruit af dat de Vlaamse Gemeenschap geen enkele subsidie veil heeft voor een preventief gezondheidsbeleid voor sekswerkers in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, maar dat wél voor de rest van Vlaanderen doet. Ik denk dat dit dus een blinde vlek in het Vlaamse gemeenschapsbeleid in onze hoofdstad is.

Minister, hierover heb ik de volgende vragen. Een: kunt u een overzicht geven van de andere kanalen waarmee de Vlaamse Regering voor deze doelgroep in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest in subsidies voorziet? Twee: u vermeldt in uw antwoord: "PASOP is dus niet verplicht om een werking in Brussel uit te bouwen." Wat wil dit concreet zeggen? Betekent dit dat PASOP alsnog een werking in Brussel kan of zal uitbouwen? Zijn hierover gesprekken aan de gang?

Drie: hebt u overlegd met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en met andere betrokken actoren in Brussel om te onderzoeken hoe de Vlaamse Gemeenschap een werking voor de seksuele gezondheid van sekswerkers kan uitbouwen in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest? Vier: hoe voert de Vlaamse Regering met dit convenant het regeerakkoord uit, waarin duidelijk staat vermeld dat de Vlaamse Gemeenschapsbevoegdheden in Brussel maximaal zullen worden uitgevoerd? Op dit ogenblik heb ik over dat laatste geen duidelijkheid.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, er zijn voor de preventieve gezondheidszorg, deelthema seksuele gezondheid, geen subsidies voor de doelgroep sekswerkers in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest opzijgezet. Er is voor deze doelgroep en deze problematiek enkel een subsidiestroom naar PASOP, via een beheersovereenkomst met als geografisch werkgebied Vlaanderen. Daarnaast is er nog een subsidiestroom naar de partnerorganisatie Sensoa, met geografisch werkgebied Vlaanderen en Brussel. Sensoa verricht geen terreinwerking, maar zorgt wel voor methodiekontwikkeling en sensibilisering en dergelijke inzake seksuele gezondheid in het algemeen.

Concreet betekent dit dat PASOP via de lopende beheersovereenkomst enkel sekswerkers op locaties in Vlaanderen bedient, niet in Brussel. Deze vzw heeft nooit de bedoeling gehad om ook Brussel te bedienen, noch uit zichzelf, noch op vraag van de Vlaamse overheid. De vzw is immers historisch gegroeid en opgebouwd rond enkele steden. Pas onlangs is het aanbod uitgebreid door de werking van de vzw's PASOP en Ghapro naar plaatsen waar sekswerkers zijn en een terreinwerking nodig was in heel Vlaanderen te veralgemenen. PASOP bouwde in Brussel geen werking uit omdat daar al een goede werking voor sekswerkers bestaat, dankzij organisaties zoals Espace P, Alias vzw en Latitude Nord. Dat is ook al in het antwoord op uw schriftelijke vraag toegelicht.

Verder kan ik u verzekeren dat iedere hulpvraag aan PASOP wordt beantwoord, ook als een sekswerker in Brussel werkt of als klanten van sekswerkers in Brussel wonen. Dat is evident. Er bestaat daartoe een goede samenwerking tussen PASOP en de Brusselse organisaties. Ofwel wordt doorverwezen naar de drie vermelde organisaties in Brussel, ofwel kan een sekswerker op een locatie naar keuze in Vlaanderen met vragen terecht. Ook de website van PASOP is voor iedereen vrij toegankelijk. Mochten er toch nog noden niet zijn gelenigd, dan kan PASOP deze noden verkennen.

Verder moet ook worden nagegaan of terreinwerking naar burgers en dus dienstverlening in de context van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest vanuit Vlaanderen juridisch kan. Er moet een vrije keuze zijn van de sekswerkers voor een Nederlandstalig-Vlaams zorgaanbod. In die optiek lijkt het niet mogelijk om vanuit Vlaanderen of vanuit een Vlaamse organisatie op eigen initiatief sekswerkers in Brussel te gaan bezoeken. Sta me nog toe te vermelden dat de werking van partnerorganisatie Sensoa – met betrekking tot seksuele gezondheid in het algemeen – vrij toegankelijk is en dat bij Sensoa ook sekswerkers en hun klanten terecht kunnen voor informatie over seksuele gezondheid, bijvoorbeeld via de deelsite [www.seksualiteit.be](http://www.seksualiteit.be).

Noch Pasop noch ikzelf hebben overlegd. Ik krijg immers geen signalen uit het werkveld dat daarvoor een specifieke behoefte bestaat. De uitbouw van een aanbod voor sekswerkers in Vlaams-Brabant en Limburg is nog maar recent een feit. De situatie in Brussel is complex en kan nader worden onderzocht, maar het is volgens mij niet opportuun om een goede werking die al bestaat in Brussel, vanuit Vlaanderen over te doen.

**De voorzitter:** De heer Delva heeft het woord.

**De heer Paul Delva:** Ik dank u voor het antwoord. Ik onthoud dat Pasop geen werking zal ontplooiën in Brussel. Een van de redenen is volgens u het feit dat in Brussel al een goede werking – via een drietal organisaties – bestaat. Dat is vreemd, want dat geldt voor heel wat initiatieven op het vlak van welzijn in het algemeen en van preventieve gezondheid in het bijzonder. De Franse Gemeenschap en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest doen zelf een en ander. U stelt dat in dat geval – en op voorwaarde dat hun initiatieven goed zijn – de Vlaamse Gemeenschap een reden heeft om in Brussel geen initiatieven te ontwikkelen. Ik hoop dat hier geen precedent wordt gecreëerd.

Een andere reden waarom men vandaag vanuit Pasop op dit ogenblik niet in Brussel zou hoeven te werken, is dat u zegt dat dit juridisch misschien niet kan. Voor de Franse

Gemeenschap kan het wel. Zij maakt er wel middelen voor vrij. Zij investeert die middelen in een aantal vzw's die in Brussel actief zijn.

Een ander element op juridisch vlak dat ik belangrijk vind, is dat het toch altijd mogelijk moet zijn dat de vzw Pasop haar vestiging en werking kan uitbouwen vanuit een unicommunautaire instelling in Brussel, bijvoorbeeld een Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW). U haalt die hypothese aan. Dat kan altijd. Dan kan het juridische probleem dat u aankaart maar dat ik zelf niet zie, gemakkelijk worden opgevangen.

Ook op het juridische vlak zie ik dat de Vlaamse Gemeenschap voor wat betreft suïcidepreventie wel initiatieven ontwikkelt. Ook een aantal armoedebestrijdingsinitiatieven, zoals het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, functioneren via vzw's die vanuit Vlaanderen worden gesteund. Het klopt dat Sensoa, in tegenstelling tot Pasop, wel de werking heeft uitgebreid of werkt in Vlaanderen en in Brussel.

Minister, ook na uw antwoord wil ik u vragen waarom u Pasop niet ondersteunt in hun uitbouw van een werking in Brussel. De problematiek van sekswerkers zit in alle steden. Dat spreekt voor zich. In een aantal grootsteden, en Brussel is er zeker een van, kan de problematiek nog schrijnender zijn. Minister, waarom zetten we in Brussel geen stappen? Het is juist dat er vanuit Franstalige hoek vzw's actief zijn. Maar dat geldt ook voor suïcidepreventie en voor andere elementen in het preventiebeleid inzake gezondheid. Ik zie er niet echt een reden voor.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Er is volgens mij geen enkel bezwaar om met mevrouw Grouwels te spreken over de geobjectiveerde vragen en behoeften. Maar het is evident dat er ook een budgettair kader is. Het aanbod is nog maar heel recent over heel Vlaanderen uitgerold. Dat kon ook maar nadat dit lange tijd niet het geval is geweest, om de heel eenvoudige reden dat er geen budgettaire mogelijkheden waren. Ik heb er absoluut geen probleem mee dat men erover spreekt. Maar dan moet men vertrekken vanuit een geobjectiveerde vraag: wat is er nodig? Het moet institutioneel binnen onze mogelijkheden kunnen. Dat wil zeggen dat wij ons niet rechtstreeks tot de betrokkenen kunnen richten. De betrokkenen moeten ergens naartoe gaan. Wij moeten een institutioneel aanknopingspunt krijgen.

**De heer Paul Delva:** Ik heb een aantal van die aanknopingspunten proberen te vermelden.

**Minister Jo Vandeurzen:** Met betrekking tot deze problematiek is het inderdaad zo dat er een behoefte bestaat aan een aanknopingspunt met de Vlaamse Gemeenschap en met wat de VGC daarin als een eigen specifieke rol ziet.

**De heer Paul Delva:** Ik dring erop aan dat het gesprek met de VGC start. We moeten daar werk van maken. Op dit ogenblik eindigt het budgettaire kader op dezelfde plek als de gewestgrens. Daar heb ik het moeilijk mee. Voorbij die gewestgrens is de problematiek ook schrijnend. Ik vind het jammer dat de Vlaamse Gemeenschap het terrein helemaal overlaat. Ik ben blij dat de Franse Gemeenschap dat wel opneemt. Ik dring erop aan dat u in een gesprek met de VGC nagaat in welke mate het toch nog mogelijk is om daar een werking te ontplooien, ook in Brussel.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

■