

3

Burgerinitiatief Bevolkingsonderzoek borstkanker

Aan de orde is het **debat** over het **burgerinitiatief Bevolkingsonderzoek borstkanker (36376, nr. 1)**.

De voorzitter:

Aan de orde is het burgerinitiatief Bevolkingsonderzoek borstkanker, Kamerstuk 36376, nr. 1. Dit is het zesde en waarschijnlijk laatste burgerinitiatief dat de Kamer in deze ambtsperiode plenair behandelt en het is het 21ste plenaire debat over een burgerinitiatief sinds de invoering van het instrument. Daarmee wil ik aangeven dat het heel bijzonder is dat we weer een burgerinitiatief mogen hebben. In het voorliggende burgerinitiatief wordt ertoe opgeroepen om een pijnlijk element binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker te vervangen door een in ieder geval minder pijnlijk en voor het grootste deel van de vrouwen bijna pijnloos alternatief.

Mevrouw Van der Draaij, met een deel van uw familie aanwezig in de voorzittersloge, van harte welkom. Ook van harte welkom aan de familie van mevrouw Van der Draaij. Zij heeft het initiatief genomen. Ik wil ook vanuit de Kamer zeggen hoe goed en hoe belangrijk dat is. Het zegt ook iets over doorzettingsvermogen, want het is altijd heel bijzonder dat we een burgerinitiatief hebben. Ik weet dat u er ook over getwijfeld heeft om dat in deze periode te doen, maar ik denk dat we allemaal blij zijn dat u ervoor gekozen heeft om dat juist wél te doen. Tevens heet ik de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom, evenals uiteraard alle mensen die het debat volgen en de woordvoerders in de zaal.

Mevrouw Van der Draaij zal vanaf het spreekgestoelte een toelichting geven op het burgerinitiatief. Ik verzoek de Kamerbewaarder dan ook om haar naar het spreekgestoelte te begeleiden. Voordat ik u het woord geef, mevrouw Van der Draaij, merk ik op dat het de afspraak is dat er tijdens uw bijdrage niet geïnterrumpeerd mag worden. Er mogen dus geen vragen gesteld of opmerkingen gemaakt worden door de Kamerleden. U heeft vijf minuten spreektijd voor uw toelichting. Daarna starten we het debat zoals we dat gewend zijn. Heel veel succes. Het woord is aan u, mevrouw Van der Draaij.



Mevrouw Van der Draaij:

Dank u wel, voorzitter. Goedemorgen, meneer Kuipers, leden van de Tweede Kamer en mensen op de publieke tribune. Ook goedemorgen aan de bijna 104.000 mensen thuis die mijn petitie ondertekenden. Dank daarvoor. Ik vind het belangrijk om vooraf te laten weten dat ik mijn petitie in 2021 startte met de kennis van dat moment. Bij het indienen van mijn burgerinitiatief twee jaar later moest ik mij houden aan datgene waar ruim 48.000 mensen hun handtekening onder hadden gezet. Voortschrijdend inzicht zou ervoor zorgen dat de petitie er iets anders uit zou zien als ik die nu opnieuw zou moeten starten. Het verklaart waarom de tekst van het burgerinitiatief iets afwijkt van de oorspronkelijke tekst in de petitie. Ik ben blij met deze kans om mijn burgerinitiatief toe te lichten.

Eerst de cijfers. In 2021 ontvingen ruim 1,2 miljoen vrouwen een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Bijna 900.000 mensen deden mee. Dat is ongeveer 73% van de opgeroepen vrouwen. Dit blijkt uit cijfers van Bevolkingsonderzoek Nederland. Waarom mensen wegblijven? Mogelijk vanuit levensovertuiging of angst. Mogelijk gaat het om een inzichtbare groep mensen met een verleden van misbruik, voor wie de aanraking van de borsten door anderen als traumatisch kan worden ervaren. Of wellicht haken deelnemers af na een eerdere slechte ervaring.

Van de deelnemers ervaart een op de vijf vrouwen het onderzoek als pijnlijk. 5% ervaart zelfs extreme pijn tijdens of na het onderzoek. 5% klinkt als een klein percentage van vrouwen die flauwvallen of pijnlijke borsten hebben. Zij vertellen over blauwe plekken, een gescheurde huid, huilbuien, gekneusde ribben. "Slechts" 5%: dat zijn wel circa 45.000 vrouwen per jaar. Veel vrouwen vinden een mammografie te pijnlijk omdat zij bijvoorbeeld cystes of littekenweefsel na eerdere operaties hebben, of omdat zij zeer dicht borstweefsel, ofwel dense borsten, hebben. Een deel van hen haakt af en negeert een volgende oproep, terwijl het onderzoek zo belangrijk is. In 2021 werden 6.362 gevallen van borstkanker door het bevolkingsonderzoek opgespoord.

Mammografie blijft pijnlijk voor velen. Is er dan geen alternatief? Het mammogram wordt sinds 1990 gebruikt voor het bevolkingsonderzoek. Er is sindsdien geïnvesteerd in de doorontwikkeling van de kwaliteit ervan. Dat maakt de mammografie op dit moment de meest betrouwbare screeningsmethode. Mijns inziens is er echter te weinig aandacht voor de pijnbeleving van degenen die de screening ondergaan. De ondertekenaars van het burgerinitiatief en ik vinden dat daar iets in moet veranderen.

Wanneer de screeningsapparatuur van Bevolkingsonderzoek Nederland vervangen moet worden, wordt er bij een nieuwe aanbesteding ongetwijfeld voortgeborduurd op het oude programma van eisen. Dan zullen we blijven krijgen wat we al hebben. Ik ben van mening dat niet alleen de kwaliteit van de screening, maar ook pijnbeleving een belangrijke meewegende factor zou moeten zijn. Voor leveranciers ontbreekt nu de noodzaak om te investeren in nieuwe screeningsmethoden omdat er nog altijd om hetzelfde wordt gevraagd.

De wetenschap staat echter niet stil. Er zijn nationale en internationale onderzoeken naar alternatieven. Het RIVM heeft een unieke positie om onderzoek te kunnen doen naar nieuwe ontwikkelingen. Het heeft toegang tot een groot aantal cliënten tussen de 50 en 75 jaar met een grote bereidheid om te participeren in onderzoek.

Persoonsgerichte zorg wint binnen de reguliere gezondheidszorg steeds meer terrein. Dat houdt in dat het behandelplan wordt vastgesteld op basis van de behoeften van de patiënt. De Europese vereniging voor borstradiologie gaf in 2022 nieuwe aanbevelingen voor screening bij vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Ook zij pleiten voor een persoonsgerichte aanpak, waarbij de samenstelling van de borsten en de wensen van de vrouw meer aandacht krijgen. Binnen het bevolkingsonderzoek worden echter alle personen op gelijke wijze onderzocht, terwijl geen borst en geen vrouw hetzelfde is. Ruim 8% van de vrouwen — let op: dit gaat om circa 75.000 vrouwen per jaar — heeft zeer dicht borstweefsel. Voor velen van hen is mammografie pijnlijk en zijn tumoren op de foto minder goed te zien.

Een MRI zou een kwalitatief betere screening zijn voor deze groep. Een MRI is echter duurder en meer belastend en duurt langer dan een mammografie. Zou de mamma-CT wellicht uitkomst kunnen bieden? Deze kent niet de beperkingen van de MRI en zou een goede aanvulling kunnen zijn op het huidige bevolkingsonderzoek. Wanneer de laborant controleert of de foto gelukt is, kan deze direct na het onderzoek aangeven of er sprake is van dicht borstweefsel. Met die informatie kunnen vrouwen zelf de regie nemen en overwegen om een ander soort onderzoek aan te vragen. Ik pleit ervoor dat vrouwen in de toekomst een keuze hebben uit diverse screeningsmethoden, waaronder bijvoorbeeld de in mijn burgerinitiatief beschreven drukinformatiegestuurde mammografie, of de mamma-CT-scan.

Mijn advies luidt als volgt: richt enkele onderzoekscentra in met nieuwe onderzoeksmethodes om hiermee grootschalig onderzoek te verrichten. De mensen die opgeroepen worden voor het bevolkingsonderzoek kunnen dan zelf een keuze maken tussen het reguliere onderzoek, de mammografie, of een proefonderzoek in een van de daartoe ingerichte onderzoekscentra. Op deze wijze kunnen meer data worden gegeneerd en kan Nederland koploper worden in Europa, of misschien zelfs wereldwijd, op het gebied van preventief onderzoek naar borstkanker. Het is nu echt tijd voor verandering.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van der Draaij, voor uw glasheldere toelichting.

(Applaus)

De voorzitter:

Normaal mag er niet geapplaudiseerd worden, maar ik dit geval zie ik alle Kamerleden ja knikken met de boodschap dat het mag en dat het ook terecht is. U heeft een heel mooie heldere bijdrage geleverd. Ik dank u zeer. Ik vraag aan de Kamerbewaarder om u weer te begeleiden naar uw plaats daar in de Voorzittersloge.

Dan starten we met het debat met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en geef ik het woord aan mevrouw Paulusma van D66.



Mevrouw Paulusma (D66):

Voorzitter. Vandaag doen we iets heel bijzonders. We bespreken namelijk een burgerinitiatief over een onderwerp dat een deel van de samenleving zo bezighoudt dat het nu ook op de agenda van de Kamer staat. Daarvoor heeft mijn fractie heel veel waardering. Ik wil dan ook beginnen met het bedanken van de initiatiefneemster, mevrouw Van der Draaij. We hebben elkaar ook uitvoerig gesproken. Ik heb heel veel bewondering voor uw bevlogenheid. Ik dank ook uw familie voor haar aanwezigheid. Ik wil ook iedereen danken die dit initiatief van mevrouw Van der Draaij ondersteund heeft. Ik vermoed dat een aantal van u ook op de publieke tribune zit.

Voorzitter. Vrouwen zijn niet hetzelfde als mannen. Dat lijkt een open deur, maar dat is in de medische wereld van

onderzoek en behandeling nog lang niet het uitgangspunt. De man is nog steeds de maatstaf en ik kijk hierbij naar de minister. Dat heeft schadelijke gevolgen, want zoals wel vaker gaat ook hier op: wat je aandacht geeft, groeit. Veel onderzoek specifiek naar aandoeningen die mannen treffen en behandelingen die daarvoor nodig zijn, werkt meer onderzoek naar en over het mannenlichaam in de hand. Er ontstaat een status quo voor zaken die minder ruimte innemen. Het is mijn stellige overtuiging dat dit ook geldt voor genderspecifiek onderzoek en daarmee dus ook voor de zorg en behandeling van vrouwen. Daarom zijn wij zo blij met dit burgerinitiatief. Het laat namelijk heel concreet en tastbaar zien waar vrouwen last van hebben, letterlijk pijn van hebben, en dus wat de status quo betekent.

Voorzitter. Als mannen ergens een gevoelig lichaamsonderdeel tussen zouden moeten zetten en daar zeer stevige druk op zouden ervaren, heb ik het vermoeden dat we op dag twee andere apparatuur zouden hebben. Ik hoor gelach, maar ik bedoel dit heel serieus. Waar de initiatiefneemster en andere partijen uit het veld op wijzen, is dat de deelname aan het bevolkingsonderzoek borstkanker afneemt. Dat is zeer zorgelijk. We hebben te lang verondersteld dat pijn er nu eenmaal bij hoort. Mijn fractie ondersteunt dan ook van harte de suggesties van de initiatiefneemster als het gaat om betere informatievoorziening en om het pleidooi voor maatwerk voor vrouwen en daarmee ook voor meer eigen keuze en regie. Ik denk dan bijvoorbeeld ook aan mijn aangenomen motie waardoor vrouwen sinds juli kunnen kiezen voor een zelftest als het gaat om baarmoederhalskanker, waardoor de deelnamegraad aan dit onderzoek omhooggaat. Welke mogelijkheden ziet de minister om bij borstkanker het onderzoek naar en de innovatie van alternatieve diagnostische middelen te stimuleren en om opvolging te geven aan het zeer terechte verzoek van de initiatiefneemster?

Voorzitter. In het verlengde hiervan, dus het verhogen van de deelnamegraad, wijzen partijen zoals de Borstkankervereniging Nederland, het KWF en het IKNL op de mogelijkheden van risicogebaseerd screenen. Vrouwen met meer risico worden dan vaker gescreend en andersom. Kan de minister reflecteren op deze aanbevelingen uit het veld?

Voorzitter. Tot slot kom ik op het punt dat is aangedragen door velen met wie ik heb gesproken ter voorbereiding op het debat van vandaag: het delen van data. Het moet niet uitmaken waar je je mammografie maakt en waar een eventuele vervolgbehandeling plaatsvindt. Laat de data beschikbaar zijn. We hebben in deze Kamer eerder gesproken over de opt-outregeling in de acute zorg. Mijn fractie zou het zeer wenselijk vinden dat we juist bij het type onderzoek dat borstkankeronderzoek is, waarbij vroege opsporing essentieel is, ook kiezen voor een opt-outregeling. Graag een reactie van de minister.

Voorzitter, ik rond af; ik zie mijn spreektijd. Nogmaals mijn grote dank aan mevrouw Van der Draaij voor wat zij gedaan heeft aan bewustwording voor meer vrouwvriendelijk onderzoek. Ik geloof oprecht dat de zorg beter kan en gaat worden voor vrouwen. Vandaag geven we er aandacht aan en dat wat aandacht krijgt, groeit.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Ik geef het woord aan de heer Dijk, SP.

□

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ook grote dank aan mevrouw Van der Draaij voor het nemen van dit burgerinitiatief. Ik heb het nu twee van de zes keer meegemaakt en vind het bijzonder om te zien dat mensen zoals u hier staan en een strak verhaal houden en dat het lukt om de publieke tribune deels vol te krijgen. Dat is ook niet zo gek als je een petitie organiseert, meer dan 104.000 mensen die tekenen en de eis een doodnormale eis is. Ik vind de eis bijna wat te beperkt, want u vraagt iets heel logisch, namelijk een pijnloos alternatief voor het huidige borstkankeronderzoek. Naar mijn mening zijn dat heel milde eisen en eist u vooral niet te veel. U eist dat er onderzoek komt naar alternatieven en dat lijkt de SP-fractie een ontzettend goed idee.

Voorzitter. Dat is meteen mijn eerste vraag aan de minister. Het is misschien een beetje een open deur, maar ik zou graag willen weten of de minister bereid is om meer onderzoek te doen naar pijnloze alternatieven en onderzoek hiernaar te stimuleren. In lijn met wat mevrouw Van der Draaij net ook zei, volgt daar een vraag van de SP-fractie uit. Mevrouw Van der Draaij zei: er is nu geen noodzaak voor leveranciers om alternatieven verder te onderzoeken. Die noodzaak ontbreekt nu. Ik zou graag van de minister een reactie willen. Hoe kijkt hij daartegen aan? Deelt hij dat en vindt hij ook dat die noodzaak dan maar aangemoedigd moet worden?

Voorzitter. Ik ben geen vrouw. Mevrouw Paulusma zei het net volgens mij terecht. Toen ik net hierheen liep, zei ik dat ik een beetje van mijn à propos was door haar verhaal, omdat ik het me eventjes moest indenken. Ik ben geen vrouw, maar ik kan me er wel in proberen te verplaatsen. Ik heb natuurlijk in aanloop naar een debat als dit met vrij veel vrouwen gesproken. Het zijn over het algemeen geen gesprekken die je voert aan de keukentafel, behalve met je eigen vrouw of vriendin; dat lukt mij nog wel aardig. Dan krijg je gelijk door hoe breed gedragen dit eigenlijk is en hoe weinig hierover gesproken wordt. Nogmaals, het is goed dat dat nu gebeurt.

Dit is niet om mezelf op de borst te kloppen en ook niet om mijn partij op de borst te kloppen, maar er was ooit de vereniging Voorkomen is beter. Dat was in 1975. Die had 100.000 leden. Hun eis in 1975 was onder meer om preventief borstkankeronderzoek te doen. Dat is pas in de jaren negentig ingevoerd voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar. Ik vertel dit omdat dat ontwikkeling is; dat is vooruitgang. Maar het is nu 2023 en die ontwikkeling en vooruitgang moeten verder. Daarom sluit de SP-fractie zich volledig aan bij dit initiatief, met de vragen die wij net hebben gesteld.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Dijk. Dan geef ik het woord aan mevrouw Westerveld, GroenLinks.

□

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik spreek namens de fracties van de PvdA en GroenLinks. Ten eerste wil ik natuurlijk ook mevrouw Van der Draaij enorm bedanken voor dit burgerinitiatief, waar ze lang mee bezig is geweest. Het is ook een ontzettende bak met werk om zo iets voor elkaar te krijgen. Ze heeft er ook ontzettend veel steun voor gekregen, omdat veel vrouwen zich natuurlijk herkennen in haar verhaal. Wat ik ook heel mooi vond, is hoe duidelijk en helder ze heeft opgeschreven wat het probleem is en wat er nodig is. Ik denk dat veel bewindspersonen daar nog een hoop van kunnen leren. Ik kijk niet specifiek deze minister aan, maar dit geldt in het algemeen voor Kamerbrieven die wij krijgen. Dan vond ik dit burgerinitiatief toch een stuk beter te lezen. Dat is een prestatie op zich.

Voorzitter. Ik ben het natuurlijk ook met de boodschap eens. Er is ontzettend veel ruimte voor verbetering. Dat is ook niet de eerste keer bij genderspecifieke zorg. In de afgelopen jaren hebben we in deze commissie een aantal keren een burgerinitiatief mogen behandelen, bijvoorbeeld het burgerinitiatief "Erken Fibromyalgie!", over een ziekte die ook vooral veel bij vrouwen voorkomt. Ook "Abortus is geen misdaad" was een burgerinitiatief. Het viel mij op dat het alle drie burgerinitiatieven zijn die specifiek gaan over vrouwenthema's in de zorg.

Voorzitter. Dit laat ook precies zien wat er misgaat. Het laat zien dat zorg aan vrouwen vaak slechter is geregeld dan zorg aan mannen. Te vaak horen vrouwen dat ongemakken of pijn erbij horen. Te vaak is er ook minder aandacht voor een ziekte of een aandoening, omdat het specifiek over vrouwen gaat. Dit weten we ook al heel lang. Dit is helemaal geen nieuws. Daarom is mijn eerste vraag aan de minister: waarom wordt er nog steeds minder onderzoek gedaan naar seksespecifieke aandoeningen, naar onbegrepen klachten van vrouwen en naar alternatieven voor pijnlijke onderzoeksmethoden zoals een mammografie? Wat mij dus wel heel hoopvol stemt, zijn al die vrouwen die naar de Kamer komen door middel van een burgerinitiatief en aangeven: "Zo is het genoeg geweest. Wij komen ons verhaal hier doen. Wij komen alternatieven aandragen."

Voorzitter. Ruim een kwart van de vrouwen komt niet opdagen bij het bevolkingsonderzoek. Soms hebben ze daar heel goede redenen voor. Dat gaf mevrouw Van der Draaij ook al aan. De mammografie kan namelijk heel pijnlijk zijn. Volgens een peiling van EenVandaag is dat voor een op de vijf vrouwen een belangrijke reden om niet te gaan. Maar ook voor slachtoffers van misbruik, waar soms nog te weinig aandacht voor is, kan het ondergaan van een mammografie een veel te hoge drempel zijn. Dat kunnen redenen zijn om het bevolkingsonderzoek te vermijden.

Voorzitter. Dan is er ook nog een groep vrouwen voor wie het bevolkingsonderzoek helemaal geen zin heeft, bijvoorbeeld vrouwen met dicht borstweefsel, omdat tumoren dan niet goed zichtbaar zijn op de mammografie. Ik wil de minister vragen hoe vrouwen daarover worden geïnformeerd. Is die informatie volledig? Of krijgen vrouwen nog te vaak te horen dat er geen tumoren zijn gevonden of dat de foto geen uitsluitsel geeft? Denken ze dan dat ze veilig zijn terwijl ze dat misschien niet zijn?

Voorzitter. Ik zei het al: er zijn dus grofweg drie groepen vrouwen voor wie de mammografie niet passend is. Net als de initiatiefnemer zou ik graag willen dat er alternatieven voorhanden zijn. Ik zie dat de minister wel een aantal stappen heeft gezet als het gaat om vrouwen met dicht borstweefsel, maar die zijn wat GroenLinks en de PvdA betreft niet voldoende. Ik las dat er volgend jaar een proefbevolkingsonderzoek komt met de contrastmammografie. Dat is een verbeterde mammografie. Waarom is daar een pilot voor nodig, vraag ik de minister. Kan dat niet veel sneller worden geïmplementeerd? Datzelfde geldt voor de andere initiatieven uit het burgerinitiatief van mevrouw Van der Draaij. Wil de minister daarop ingaan?

Voorzitter. Tot slot, mijn laatste vragen. De screeningsinterval is nog steeds twee jaar. Nu behandelen we iedereen hetzelfde, terwijl niet iedereen hetzelfde risico loopt. Kan dat ook anders? Wat gaat de minister doen om de personeelstekorten tegen te gaan?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Dan geef ik het woord aan mevrouw Tielen, VVD.



Mevrouw Tielen (VVD):

Voorzitter, dank. Een gelukwens aan mevrouw Van der Draaij, de initiatiefnemer, en alle mensen die met haar hebben meegedacht. Ik krijg altijd heel veel energie van mensen zoals u, met goede ideeën en ook het doorzettingsvermogen om die ideeën naar dit parlement te brengen. Dat kan met een petitie, maar een burgerinitiatief kost nog veel meer werk. Dus een hartelijke gelukwens daarvoor, en ook bewondering. Dank voor dat werk. U heeft al heel goed opgeschreven en benoemd wat het probleem is en wat de oplossing is. Dat hoeft ik niet te herhalen, maar ik ga er wel graag op door.

Voorzitter. De initiatiefnemers hebben helemaal gelijk. Ik ga straks in op die mammogrammen, maar ik wil eerst nog eens benadrukken wat het belang is van bevolkingsonderzoek. Het wordt niet zomaar aangeboden. Het is een daadwerkelijk bewezen voordeel, niet alleen voor ons als samenleving maar ook voor ieder individu, om mee te doen aan bevolkingsonderzoek, hoe vervelend ook. Vroege opsporing van kanker kan namelijk zorgen dat je beter behandeld wordt en dat je kwaliteit van leven beter op peil kan blijven. Daarom doe ik vanaf hier een oproep aan iedereen die nog niet meedoet: doe toch mee, want het is ook goed voor uzelf.

Ondertussen proberen wetenschappers, met hun kennis en innovatieve vermogen, en wij in de politiek te zorgen dat die onderzoeken zelf een stuk makkelijker en aangenaam worden. Nu ga ik in op uw burgerinitiatief. Het borstkankeronderzoek is, zoals u al zei, een onaangenaam onderzoek, waarbij vrouwen tegen een harde, koude machine worden gedrukt en vervolgens elke borst apart in de machine wordt "geplet", om het zo maar te noemen. Ik heb het zelf meerdere malen moeten ondergaan. Met vriendinnen maken we er weleens sarcastische grappen over, zoals mevrouw Paulusma ook al een beetje deed: als mannen zo'n onderzoek zouden moeten doen, was er allang een beter en pijnloos alternatief. Mijn ondersteuning is dus volledig.

Ik vraag vaker om het stimuleren van innovaties en het versnellen van de tijd die zit tussen het idee en de praktijk. Ik begrijp dat er eind dit jaar in een rapport over bevolkingsonderzoeken meer bekend wordt over mogelijke innovaties en andere screeningstechnieken. Er lopen gelukkig al allerlei studies naar onderzoeken die veel vrouwvriendelijker zijn; ik zag er in Twente een aantal. Welke mogelijkheden zijn er om die studies te versnellen? Wat kunnen vrouwen doen om als proefpersoon mee te doen aan dit soort studies, zodat ze daar al deel van kunnen uitmaken? Kortom, hoe gaat de minister zorgen dat dit soort innovaties veel sneller beschikbaar komen voor veel meer vrouwen?

In het verlengde daarvan ben ik benieuwd in hoeverre er voldoende onderzoek wordt gedaan naar het gebruik van kunstmatige intelligentie bij het beoordelen van mammogrammen en daarmee ook de kwaliteit van het onderzoek. Nederland loopt hierin wereldwijd vaak al voorop; bij het Radboud en het UMC zag ik ook weer mooie ontwikkelingen. Ik zou graag van de minister weten hoe dat loopt.

Voorzitter. Ik zei het al: vroeg kanker opsporen is van groot belang. Niet voor niets worden alle vrouwen tussen de 50 en 75 jaar uitgenodigd. Maar nog lang niet alle vrouwen gaan erop in. Wat vindt de minister een acceptabele opkomst en wat gaat hij doen om die te bereiken, naast de ideeën die al zijn gepresenteerd?

Tijdens corona is het interval tussen twee opeenvolgende onderzoeken van twee naar drie jaar verlengd. Dit lijkt weinig effect te hebben gehad. Wat betekent dat? Kan de minister dat toelichten? Wat wordt er door het RIVM en de Gezondheidsraad gedaan met deze gegevens bij het programmeren van het bevolkingsonderzoek? Graag een toelichting.

Vanochtend was in het nieuws dat kanker vaker en vaker toeslaat onder mensen jonger dan 50 jaar. Dat is zorgwekkend en maakt wat mij betreft weer duidelijk hoe belangrijk het is dat we een nationale agenda tegen kanker hebben, als leidraad voor ons nationaal onderzoek en beleid. Hoe staat het daarmee? Hoe ziet de minister de rol van bevolkingsonderzoeken naar alle kankers die jonger toeslaan? Welke kansen liggen er voor vroegsignalering? Is de minister bereid om te analyseren of bevolkingsonderzoek ook voor jongere leeftijden beschikbaar moet komen, dus ook voor vrouwen jonger dan 50 jaar? Graag een toezegging.

Dank.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pouw-Verweij, BBB.



Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Ten eerste mijn hartelijke complimenten voor het burgerinitiatief. Het is een duidelijk uitgewerkt en onderbouwd onderzoek. Ik wil mevrouw Van der Draaij er hartelijk voor bedanken.

Wat fijn om vandaag met minister Kuipers over dit onderwerp te spreken, want hij kan dat met gezag doen. Hij was een drijvende kracht achter de introductie van het nationale

bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Optimaal gebruik maken van de beschikbare technologieën om kanker zo vroeg mogelijk op te sporen was volgens professor Kuipers een onbetwiste voorwaarde om maag- en darmkanker tegen te gaan. Dat geldt natuurlijk ook voor het voorkomen van borstkanker. Dat is precies waar dit bevolkingsonderzoek over gaat. Als we een pijnlijk element binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker kunnen vervangen, moeten we dat doen. Cruciaal is immers de opkomst en, wellicht nog belangrijker, de terugkomst van vrouwen voor het bevolkingsonderzoek. Hoe pijnlijker het onderzoek, hoe minder geneigd vrouwen zijn om dat na een paar jaar weer te ondergaan.

De vraag of het mogelijk is om een pijnloos, of in ieder geval minder pijnlijk, alternatief te vinden ontmoet vandaag Kamerbreed sympathie. Natuurlijk geldt dat ook voor BBB. Als ik naar het burgerinitiatief kijk, zijn er meer opties voorhanden. Ik vind bijvoorbeeld meerdere studies en meta-analyses uit de afgelopen vijf jaar die suggereren dat echografie een heel goed alternatief zou kunnen vormen. Tegelijkertijd ben ik niet arrogant genoeg om te denken dat mijn struinen door wat artikelen inzichten zou bieden die de radiologen en chirurgen in Nederland niet konden bedenken, dus er zullen vast redenen zijn waarom er nog niet naar overgestapt is. Ik ben erg benieuwd wat die zijn.

In de ogen van mijn fractie heeft een geloofwaardig alternatief drie voorwaarden nodig: het moet betrouwbaar, betaalbaar en haalbaar zijn. Ik zou op alle drie even willen ingaan.

Met de betaalbaarheid hebben we de onvermijdelijke geldhorde benoemd. Het burgerinitiatief stelt dat het nog vele jaren duurt voordat sommige alternatieven kunnen worden ingezet, omdat ze nog niet in de fase van validering zitten en nog moeten worden ingebed in een kosteneffectief format. Ik zou graag een reactie van de minister willen op het kostenplaatje. Hoe kostbaar zijn de verschillende genoemde technieken als we ze vergelijken met de gangbare mammografie? Zijn er serieuze alternatieven, waarbij de kosten geen blokkade zouden vormen?

Vervolgens de haalbaarheid. Het burgerinitiatief noemt een aantal alternatieve vormen, maar ze moeten breed beschikbaar en inzetbaar zijn. Daarvoor zijn alvast twee zaken nodig. Ten eerste: zijn de alternatieve vormen van onderzoek voor vrouwen uit het hele land bereikbaar? Want beschikbaarheid gaat ook over bereikbaarheid. Ten tweede: is er voldoende apparatuur en zijn er voldoende opgeleide echoscopisten of laboranten die alternatief onderzoek kunnen uitvoeren? Ik ben benieuwd hoe de minister hiertegen aankijkt. Ziet hij alternatieven die in de praktijk haalbaar zijn?

Ten slotte is betrouwbaarheid van levensbelang. Een nadeel van een aantal alternatieve technieken is dat er nog bewijs over grote groepen nodig is. Over andere technieken is literatuur beschikbaar die suggereert dat ze gelijkwaardig zijn aan mammografie, zoals de echo. Kan de minister wat zeggen over de betrouwbaarheid van alternatieve technieken? Zou dit bijvoorbeeld een onderwerp zijn om samen met ZonMw subsidie voor onderzoek voor te verstrekken?

Ik rond af. Er zijn allerlei obstakels bij het implementeren van nieuwe technieken, maar wat ik toch van de minister verwacht, en wat ik hoop, is dat hij een perspectief schetst

waarin het Rijk een voortrekkersrol zal spelen om die alternatieven goed te verkennen. Het gaat niet alleen over het welbevinden van vrouwen. Het gaat om levens. Vrouwen die niet terugkomen voor het onderzoek, kunnen ook niet gediagnosticeerd en behandeld worden. Daarom de volgende vragen. Hoe kunnen barrières worden weggenomen om zo de opkomst te vergroten en nieuwe methoden te onderzoeken? Loont het om nog specifiek in te zetten op een meer op risicogebaseerde aanpak, zoals het Integraal Kankercentrum Nederland suggereert?

Ik had nog een vraag over onderzoek bij dense borstweefsel, maar ik zie dat ik over de tijd heen ben, dus die bewaar ik voor een interruptie.

De voorzitter:

Stelt u de vraag nog maar even.

Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

Nog even snel dan: ik heb een korte vraag over het vroeg opsporen van borstkanker bij vrouwen met zeer dicht of dense borstweefsel met behulp van een MRI-scan. Daarover is eerder de motie-Renkema aangenomen. Ik zou heel graag van de minister willen horen wat de stand van zaken daaromtrent is.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg, CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats veel dank aan mevrouw Van der Draaij, want dankzij haar hebben wij vandaag dit gesprek over een heel belangrijk onderwerp. Het is terecht dat het hier in de Tweede Kamer wordt besproken. Alle vrouwen in Nederland krijgen namelijk tussen hun 50ste en 75ste jaar elke twee jaar een uitnodiging om mee te doen aan zo'n borstkankeronderzoek. Het gebeurt niet vaak dat ik hier in de Kamer bij een onderwerp uit eigen ervaring kan spreken, maar dat is nu wel het geval: niet alleen wat betreft het onderzoek, maar ook over wat borstkanker kan doen. In mijn omgeving heb ik diverse vriendinnen die al borstkanker hebben gehad. Ik weet dus ook hoe belangrijk dat onderzoek is.

Voorzitter. Het huidige onderzoek is pijnlijk en voor sommige vrouwen zelfs een martelgang. Het CDA heeft de volgende vragen. Ten eerste. Graag een reactie op de concrete verzoeken die in het initiatief worden gedaan. Het verzoek is dus om de krachtinformatiegestuurde mammografie in de onderzoekscentra aan te passen naar drukinformatiegestuurde mammografie en om op de website van Bevolkingsonderzoek Nederland informatie op te nemen over de voor- en nadelen van de drukinformatiegestuurde mammografie en echografie. Het verzoek is ook om de deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker de keuze te geven tussen drukinformatiegestuurde mammografie en echografie, en onderzoek te doen naar andere alternatieven, zoals bijvoorbeeld de ademtest, en naar de vraag of succesvolle introductie van hele andere technieken in plaats van het huidige onderzoek wel of niet mogelijk is. Ik zou hierbij vooral specifiek willen weten wat erop tegen is om vrouwen

de mogelijkheid te geven om te kiezen voor alleen een echografie, als zij tenminste goed geïnformeerd zijn over dat dit misschien geen volwaardig alternatief is en dat er dan misschien minder duidelijkheid is. Maar is het niet beter dat vrouwen alleen die echografie hebben dan dat ze helemaal afhaken? Kan het CDA daarop een toezegging krijgen?

Voorzitter. Ten tweede. De drukinformatiegestuurde mammografie is blijkbaar een Nederlandse vinding, die in veel landen wordt ingezet, behalve in Nederland. Blijkbaar is er in Nederland nu een vrijwel volledig monopolie van een specifiek Amerikaans merk. Kan de minister aangeven hoe de inkoop van deze apparatuur geregeld is en hoe een dergelijke aanmerkelijke marktmacht — zo noem ik dat toch maar — van één leverancier mogelijk is, wat de levensduur van de huidige apparatuur is, en óf en op welke termijn deze vervangen kan worden door apparatuur die minder klachten geeft?

Ten derde. In de media hebben wij gelezen dat de minister het niet eens is met de resultaten van de meta-analyse die is gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift JAMA, dat stelt dat bevolkingsonderzoek om kanker op te sporen weinig zinvol is en dat screening op borstkanker geen enkel effect heeft. Kan de minister nog eens nader toelichten wat zijn reactie hierop is? Wij denken als CDA namelijk dat het belangrijk is om dat bevolkingsonderzoek wel te houden, maar wat vindt de minister ervan om meer risicogebaseerd te gaan screenen, zoals ook het KWF voorstelt? Ook de Europese Commissie zet in op wat zij "targeted screening" noemt, dus veel meer risicogebaseerd. Is de minister bereid, zoals het KWF vraagt, met voorrang een ontwikkelagenda te realiseren waarin wetenschappelijk onderzoek en implementatie van alle bestaande kennis integraal worden georganiseerd?

Voorzitter. We zijn benieuwd naar de reactie van de minister en nogmaals veel dank aan mevrouw Van der Draaij.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Maeijer van de PVV. Zij is vandaag ook jarig. Dus namens de Kamerleden feliciteer ik haar.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het is natuurlijk een hele eer om op mijn verjaardag hier te mogen spreken over een burgerinitiatief in de Tweede Kamer.

Voorzitter. Ook van mijn kant een woord van dank en waardering voor de indiener van dit burgerinitiatief. De ruim 50.000 ingediende steunbetuigingen maar ook de inmiddels meer dan 100.000 handtekeningen voor de petitie laten zien dat dit onderwerp leeft en belangrijk is. Het laat ook zien dat wij hier als politiek hiervoor misschien wel onvoldoende aandacht hebben gehad. Gelukkig zijn er dan mensen, zoals u, mevrouw de indiener, die ons dan wijzen op onze tekortkomingen. Dus daarvoor dank.

Naast patiëntveiligheid moet natuurlijk ook patiëntvriendelijkheid onze aandacht hebben. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is niet erg vriendelijk. Het is soms zelfs erg pijnlijk. Pijnlijk, onprettig is toch vaak de terugkoppeling die je krijgt als je vrouwen erover spreekt. Het doel van het

initiatief is dan ook duidelijk, maak het onderzoek naar borstkanker minder pijnlijk, waarbij er ook een aantal suggesties voor alternatieven worden gedaan. Aan de ene kant hebben we te maken met de regels en de voorwaarden waarop het bevolkingsonderzoek uitgevoerd dient te worden. Die regels garanderen vooral een bepaalde kwaliteit van het onderzoek, in dit geval mammografie. Niet onbelangrijk dus. Op de website van het RIVM, de verantwoordelijke instantie voor het borstkankeronderzoek, valt ook te lezen — en ik citeer — "op dit moment is er nog geen betrouwbaar en uitvoerbaar alternatief voor de mammografie". Hetzelfde zegt ook de Nederlandse Vereniging voor Radiologie, de artsen die het onderzoek moeten beoordelen. Maar aan de andere kant hebben we te maken met vrouwen die pijn ervaren bij het onderzoek, soms zo erg dat ze van het vervolgonderzoek afzien. Er zijn ook vrouwen die door de pijnlijke ervaringen van anderen het onderzoek zelf niet meer willen ondergaan. Gezien ook de lichte daling van het aantal vrouwen dat deelneemt aan het bevolkingsonderzoek dient het aspect van de pijnbeleving meer aandacht te krijgen.

Voorzitter. Het is interessant dat een van de genoemde minder pijnlijke initiatieven, de drukinformatiegestuurde mammografie, in België en Noord-Duitsland wel is goedgekeurd als methode voor borstkankeronderzoek. Dat brengt mij tot de volgende vragen aan de minister. Hoe verloopt het onderzoek naar alternatieve methodes voor borstkankeronderzoek in Nederland? In welk stadium bevindt dat zich? In hoeverre is daarbij aandacht voor pijnbeleving? Op een aantal plaatsen in Nederland is een alternatieve methode beschikbaar. Wat staat er in de weg om dat aantal uit te breiden? Zijn de kosten een blokkade?

Voorzitter. Meedoen aan het bevolkingsonderzoek is een vrijwillige keuze, maar er haken mogelijk vrouwen af bij het bevolkingsonderzoek vanwege pijn of angst voor pijn. Dat kan toch niet de bedoeling zijn. Het is daarom goed en wenselijk dat er zorgvuldig wordt gekeken naar patiëntvriendelijkere screening. Mijn partij zou de minister dan ook ertoe willen oproepen om de mogelijkheden van patiëntvriendelijke screening in kaart te brengen, inclusief de kosten en de mogelijke knelpunten, en daarbij ook te kijken naar de mogelijkheden tot uitbreiding van de nu al bestaande alternatieven naar bijvoorbeeld meerdere onderzoekscentra of voor bepaalde doelgroepen, zoals vrouwen die veel pijn ervaren of vrouwen met een kwetsbare huid of anderszins. Kan de minister dit toezeggen?

Voorzitter, tot slot. Nogmaals dank aan de indiener. Ik hoop dat dit debat positieve gevolgen heeft voor het borstkankeronderzoek in Nederland.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Drost, ChristenUnie.

De heer **Drost** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Het viel mij inderdaad al op dat er vandaag veel vrouwen zijn afgevaardigd, maar ik hoop dat ze mij vergunnen om er in alle bescheidenheid toch iets over te zeggen. Ik weet dat er verschillen zijn tussen mannen

en vrouwen. Dat wordt vandaag misschien ook wel letterlijk pijnlijk duidelijk. Ik neem dat dus ter harte, bijvoorbeeld de oproep van mevrouw Paulusma, die daar woorden aan gaf. Ik wil hartelijk dankzeggen aan mevrouw Van der Draaij voor het initiatief dat zij heeft genomen en voor alle inzet die zij daarin heeft gestoken. Ik dank haar ook voor haar aanwezigheid hier, opnieuw; dank u wel daarvoor.

Voorzitter. Dan ook even iets over het burgerinitiatief. Alleen al vanwege het feit dat burgers hier de moeite nemen om een initiatief in te dienen, denk ik dat het belangrijk is dat wij hier staan met elkaar, dat we er oprecht over spreken en dat we transparant zijn over wat we ermee doen. Ik denk dat die grondhouding in ons huis en in ons land heilzaam is voor onze democratie.

Voorzitter. Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Het is schrikbarend dat een op de zeven vrouwen die diagnose krijgt. Voor elke vrouw is het zeer ingrijpend om de diagnose te horen en een behandeling te moeten ondergaan. Wat is er dan belangrijk? Dat er vroeg gesignaleerd wordt, zodat de kanker nog goed te behandelen is en om verdere ernstige ziekte te voorkomen. Het bevolkingsonderzoek borstkanker is volgens de Christen-Uniefractie een belangrijke bouwsteen in goede preventie en vroegtijdige behandeling, maar die bouwsteen is poreus als vrouwen zich niet laten onderzoeken vanwege de pijnlijke methode. Ik heb daarom een aantal vragen aan de minister.

Welke mogelijkheden hebben vrouwen nu al als een reguliere mammografie niet geschikt is voor hen? Kunnen ze ergens terecht voor alternatieve screening? Oftewel: welke gepersonaliseerde screening is er eigenlijk mogelijk en hoe weten vrouwen die dan te vinden? Welke alternatieven wil de minister verder laten ontwikkelen of onderzoeken? Is het mogelijk om, zoals het initiatief voorstelt, andere methoden in een onderzoeksetting te gaan aanbieden? In het initiatief staat dat het monopolie van een bepaald merk erin resulteert dat alleen de krachtinformatiegestuurde mammografie wordt gebruikt in Nederland. Herkent de minister dat? Mijn collega van het CDA stelde er ook al een vraag over. Dan over artificial intelligence, AI. Recent onderzoek laat zien dat AI heel goed borstkanker kan opsporen of daarbij kan helpen. Welke mogelijkheden ziet de minister daarvoor?

Op de website van Bevolkingsonderzoek Nederland staat weinig informatie over de manier van onderzoeken. Dat is best gek, omdat sommige mensen wel weten dat het onderzoek pijnlijk kan zijn. Het is belangrijk dat de rijksoverheid op haar website duidelijk, eerlijk en transparant is over de manier van onderzoeken. Kunnen de voor- en nadelen van het onderzoek duidelijker naar voren komen op de website, in de folder en bij andere manieren van communiceren?

Voorzitter. Recent is er wat discussie ontstaan over de toegevoegde waarde van bevolkingsonderzoek, bijvoorbeeld omdat bevolkingsonderzoek de kans op overbehandeling vergroot. Hoe kijkt de minister daarnaar? Erkent de minister dat er een grens zit aan wat zinvol is om te weten en te onderzoeken? Hoe kan goede screening samengaan met gepaste behandeling?

Tot slot, voorzitter. Nogmaals zeg ik dat de ChristenUniefractie vindt dat goed en gepersonaliseerd bevolkingsonder-

zoek nodig is, omdat het een belangrijk element is in de hele keten van preventie tot zorg. Ik zeg mevrouw Van der Draaij nogmaals mijn dank.

Mevrouw Paulusma (D66):

Het was zeker de intentie om mannen in de zaal zich een beetje ongemakkelijk te laten voelen, maar ook niet te veel, want het is juist heel belangrijk dat mannen zich uitspreken dat het voor vrouwen beter moet in de zorg. Ik ben dus juist heel blij met de aanwezigheid van meneer Drost en van meneer Dijk. Ik zou dus zeggen: betreed dit podium vaker om zaken voor vrouwen te bepleiten.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dank u wel voor deze aanmoediging, nogmaals. Ik neem dat zeer ter harte. Ik zal het zeker doen. Ik las inderdaad het initiatief, en ik dacht letterlijk wat u zei. Ik probeerde me te verplaatsen in als ik vrouw zou zijn. Als je dingen leest, heb je weleens dat je het in je lijf voelt. En ik denk: ja, hoe gaat het in dit geval? Ik vond dat lastig. Maar u wist het ook heel treffend te verwoorden. Dank daarvoor. Maar ik zal zeker doen wat u vraagt. Ik denk dat het belangrijk is dat ook mannen — ik kijk meneer Dijk maar even aan — zich uitspreken en dat we vrouwen meer de ruimte geven, ook in debatten als dit, maar ook misschien in technologische ontwikkelingen als het gaat om vrouwenlichamen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Drost. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn aan de kant van de Kamer. De minister heeft aangegeven ongeveer twintig minuten nodig te hebben om zich voor te bereiden. Ik schors de vergadering tot circa 11.45 uur.

De vergadering wordt van 11.27 uur tot 11.45 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is het vervolg van het debat over het burgerinitiatief Bevolkingsonderzoek borstkanker, de eerste termijn van de kant van de minister. Ik geef het woord aan de minister.



Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Vandaag spreken we over het bevolkingsonderzoek borstkanker en in het bijzonder over pijnbeleving van deelnemers tijdens de uitvoering van dat bevolkingsonderzoek. Ik ben allereerst de indienst van het burgerinitiatief zeer erkentelijk voor het werk dat zij gedaan heeft. Het is al genoemd: dankzij u — ik kijk weer even naar de indienst — spreken wij vandaag over dit onderwerp, dat aandacht verdient. Dan spreek ik specifiek over borstkankerscreening en over pijnbeleving. Maar zoals dat in de vragen aan de orde is geweest en dus straks ook in een deel van de antwoorden aan de orde zal komen, zal ik ook spreken over het wat bredere perspectief van de benodigde innovatie en over de inzet op het zoveel mogelijk verhogen van de deelnamegraad.

Laat ik allereerst benoemen dat kanker een van de belangrijkste uitdagingen voor de volksgezondheid vormt. De incidentie, het aantal mensen dat jaarlijks gediagnosticeerd wordt met kanker, neemt al jaren toe. De prognose van IKNL is dat dit blijft toenemen tot ongeveer 156.000 patiënten per jaar in 2032. Borstkanker is de meest voorkomende kankersoort onder vrouwen. Preventie is ontzettend belangrijk in de aanpak tegen kanker, zowel het voorkomen van kanker als het vroeg detecteren daarvan. Daarom bieden we de bevolkingsonderzoeken aan naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Even technisch. Misschien heb ik het net verkeerd gehoord, maar zei de minister 156.000? Volgens mij bedoelt hij 1.560.000.

Minister Kuipers:

Ik heb het over de incidentie, dus het aantal nieuwe diagnoses per jaar. Mevrouw Van den Berg verwijst naar het aantal mensen dat overleeft met een diagnose kanker.

De voorzitter:

Opgelost. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Dat aantal is logischerwijs veel groter. Want dat is het aantal mensen dat een diagnose heeft gehad, in behandeling is of waarvan nabehandeling verder vervolgd wordt. Het is op zich heel terecht dat mevrouw Van den Berg dit aantal ook onder de aandacht brengt. Immers, voor een patiënt die eenmaal gediagnosticeerd is, bijvoorbeeld als het gaat om borstkanker, is ook als de behandeling afgelopen is de verdere controle toch altijd een grote belasting. Die gaat gepaard met veel spanning en zorg voor de patiënten zelf, maar ook voor de directe omgeving. Het grote aantal dat mevrouw Van den Berg noemt, geeft dus nog meer de urgentie en het belang aan.

Al langer kijken we naar de mogelijkheden om de bevolkingsonderzoeken naar kanker verder te verbeteren en uit te breiden. Hierover is vorig jaar ook een Europese Raadsaanbeveling geformuleerd. Omdat screening altijd potentiële nadelen met zich meebrengt voor de deelnemer, is het van belang dat er zorgvuldig onderzoek wordt verricht voordat een innovatie wordt geïmplementeerd. Ik ben daarom blij dat er al veel onderzoek plaatsvindt naar nieuwe screeningsprogramma's en naar technieken om bestaande programma's te verbeteren, bijvoorbeeld naar minder invasieve of minder belastende technieken, die daarmee de drempel om deel te nemen in de toekomst kunnen verlagen. Dit is extra belangrijk, omdat we een langzaam dalende trend zien in deelname bij alle drie de bevolkingsonderzoeken; het is zojuist al benoemd. Dit vind ik een zorgelijke ontwikkeling. Hierover hebben we elkaar begin dit jaar ook gesproken tijdens het commissiedebat Medische preventie. Laat ik heel duidelijk benoemen — de heer Dijk gaf het ook al aan — dat wij in Nederland gelukkig al heel lang een bevolkingsonderzoek borstkanker hebben naast de andere. En dat hebben we omdat er gewoon keihard en onomstotelijk bewijs is voor de mogelijkheden om daarmee een veel voorkomende vorm van kanker eerder te kunnen ontdekken, minder intensief te hoeven behandelen en de

genezing en overlevingskans te verhogen. Preventie en bevolkingsonderzoek werkt alleen voor de mensen die deelnemen. Het klinkt als een open deur, maar het helpt om ons dat altijd te realiseren. Krijg je een uitnodiging maar neem je niet deel, dan heeft dat geen impact.

Specifiek over het bevolkingsonderzoek borstkanker. Mijn inzet is gericht op een kwalitatief goed en betaalbaar bevolkingsonderzoek dat toegankelijk is voor iedereen die wil deelnemen. We hebben het al gehoord, en dat is de aanleiding voor dit debat: bevolkingsonderzoek en screening kunnen gepaard gaan met aanzienlijke klachten. Een substantieel deel van de deelnemers vindt het onderzoek naar borstkanker pijnlijk en soms buitengewoon pijnlijk. Pijn, of de angst voor pijn, is een van de veelgenoemde redenen om niet of niet langer deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Dat betreurt ik. Ik zie dat graag anders, niet in de laatste plaats omdat hiermee gezondheidswinst verloren gaat. Ik snap en steun daarom de oproep uit het initiatief om vaart te maken met onderzoek naar alternatieven voor mammografie en om, zoals al genoemd is, te kijken naar mogelijkheden voor gepersonaliseerde screening.

Tegelijkertijd moet ik eerlijk zijn. Er werd al verwezen naar de informatie van bijvoorbeeld het RIVM, maar we kunnen ook verwijzen naar de informatie die de Gezondheidsraad op dit terrein geeft. De mammografie die op dit moment gebruikt wordt voor het bevolkingsonderzoek is op dit moment de beste methode voor het vroeg opsporen van borstkanker in een bevolkingsonderzoek. Dat wordt ook onderschreven door experts uit het veld. Hoewel er al belangrijk onderzoek naar alternatieve technieken worden uitgevoerd, is de verwachting niet dat die op heel korte termijn de mammografie kunnen vervangen. Er wordt bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar alternatieve mammografietechnieken, zoals tomosynthese en contrastmammografie. Dat zijn dus nog steeds mammografieën. Daarnaast wordt in een klinische setting onderzoek gedaan naar echografie en de zogenaamde mamma-CT.

Als we iets verder vooruitkijken, maar echt niet heel ver vooruit, is het heel belangrijk om het volgende te benoemen. Internationaal, maar juist ook in Nederland, wordt er, meer elementair, onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld bloedtesten en ademtesten als opsporingsmethoden voor kanker. Nederland loopt op het terrein van kankerscreeningsonderzoek sinds vele jaren voorop en is in Europa en ver daarbuiten zeer toonaangevend op dat gebied. Dergelijke onderzoeken kosten echter tijd. Het kost jaren om te kunnen bepalen of zij van voldoende kwaliteit zijn en toepasbaar zijn om een grote screeningspopulatie aan bloot te stellen. Want als de kwaliteit van screening niet goed is, kunnen veel deelnemers onterecht worden doorverwezen. Dat kan leiden tot onnodige ongerustheid. Het is ook mogelijk dat veel deelnemers ten onrechte worden gerustgesteld en later alsnog worden geconfronteerd met borstkanker. Ik beschouw het dan ook als mijn verantwoordelijkheid om deelnemers te beschermen tegen schijnzekerheid en andere nadelige gevolgen. Ik hoop op uw begrip daarvoor.

Echter, het is een belangrijk onderwerp; dat gaf ik al aan. Omdat onderzoek nu eenmaal meerdere jaren duurt, wordt er gezocht naar andere manieren om de pijnbeleving te verminderen. Het RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland werken telkens weer aan een zo prettig mogelijke ervaring. Ik zeg dat met wat terughoudendheid. Laat ik het zo zeggen:

ze werken aan een zo optimaal mogelijke ervaring voor de deelnemer. Dat doen ze ook door de communicatie, de bejegening, het advies en de ondersteuning tijdens het onderzoek verder te verbeteren. Uit onderzoek blijkt dat ook dat invloed heeft op de pijnbeleving, al is het maar in beperkte mate.

Tot slot refereer ik aan het adviestraject van de Gezondheidsraad over de evaluatie van het bevolkingsonderzoek borstkanker en over verbetermogelijkheden. Dit advies verschijnt naar verwachting eind dit jaar.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de gestelde vragen. Daar heb ik één mapje voor, omdat veel vragen in elkaar grijpen. Iedere opdeling zou dus een beetje artificieel zijn. Het brengt mij allereerst bij een vraag van de heer Drost, namelijk: erkent de minister dat er een grens zit aan wat zinvol is om te weten en te onderzoeken, en hoe kan goede screening gepaard gaan met een gepaste behandeling? Ik beantwoord deze vraag graag als eerste, omdat het aan de basis staat van bevolkingsonderzoek en screening wat betreft kanker — maar het kan ook gaan om andere aandoeningen. Niet iedere screening is zinvol. Daarom vragen we altijd voor implementatie advies aan de Gezondheidsraad. Dan wordt op basis van de stand van de wetenschap bekeken of screening zinvol is en of de voordelen opwegen tegen de nadelen. Bij de nadelen horen nadrukkelijk ook pijn, belasting en bijvoorbeeld het risico op complicaties.

Dan wordt er ook gekeken of er een goede behandeling beschikbaar is en of vroeg opsporen gezondheidswinst oplevert ten opzichte van het diagnosticeren op het moment dat mensen klachten hebben en medische hulp zoeken. Dat is al de benadering sinds de jaren zestig, toen hier bij de Wereldgezondheidsorganisatie een rapportage over verscheen. Dat staat sindsdien bij de mensen in het veld bekend als de criteria van Wilson en Jungner. Daarbij gaat het over de frequentie van de aandoening, de impact van de aandoening, en de mogelijkheid om het daadwerkelijk te hebben over een screeningsmethode die de ziekte voordat de klachten optreden, kan vinden. Bovendien moet dat vroeger vinden ook daadwerkelijk gezondheidswinst met zich meebrengen, en zo zijn er nog een aantal andere criteria. Dat komt telkens weer terug, zowel bij de implementatie van bevolkingsonderzoek, de continuïteit en het aanpassen daarvan, maar ook bijvoorbeeld bij de proefbevolkingsonderzoeken en de onderzoeken die er regelmatig gebeuren. Dat is altijd ter beoordeling van de Gezondheidsraad.

Mevrouw Paulusma vroeg daarbij: welke mogelijkheden ziet de minister om borstkankeronderzoek naar en de innovatie van alternatieve diagnostische middelen te stimuleren? Laat ik benoemen — het kwam een aantal keren terug — dat ik daarbij veel mogelijkheden zie. Ik gaf al aan dat Nederland op tal van terreinen, niet alleen voor borstkanker, maar ook voor andere vormen van kankerscreening, nadrukkelijk ook wereldwijd echt een van de koplopers is.

Dat onderzoek naar alternatieven is buitengewoon belangrijk. Het primaat daarvoor ligt bij het wetenschappelijk veld. Via subsidiegelden bij ZonMw is er ruimte voor wetenschappelijk onderzoek naar alternatieven. RIVM en de uitvoeringsorganisatie Bevolkingsonderzoek Nederland zijn nauw betrokken bij de verschillende studies, zodat het onderzoek goed aansluit bij de werkwijze in het bevolkingsonderzoek. Dan gaat het onder andere over onderzoeken naar scree-

ningsmethoden en alternatieven, naar het verbeteren van de deelnamegraad en dus ook het verbeteren van de wijze van communiceren, naar het verbeteren van de beleving en het verminderen van pijn, maar ook nadrukkelijk om onderzoek naar het personaliseren.

Voorzitter, laat ik daarbij twee aspecten noemen. Allereerst gaat het dan om onderzoek in de praktijk, wat bij medisch onderzoek altijd al zeer zorgvuldig moet gebeuren, wat bij uitstek geldt voor bevolkingsonderzoek. Immers, je vraagt mensen, die geen patiënt zijn en die in principe niks mankeren, of ze toch deel willen nemen aan onderzoek. Dus dat is één deel van het onderzoek. Een andere heel belangrijke, niet te onderschatten tak waar wij in Nederland ook trekker van zijn, is om de gegevens die uit de proefbevolkingsonderzoek komen, vervolgens ook te gebruiken om te modelleren, te simuleren en om daarmee te kijken wat eventuele alternatieven zijn, zodat je de innovatie versnelt en niet telkens een zeer langdurig belastend en vaak ook kostbaar praktijkonderzoek hoeft te doen. Doel is dat je dat juist door de simulatie weet te versnellen. Dat doen wij met Nederlandse instellingen, onder andere in Amsterdam en Rotterdam. Dat doen wij dus in Nederland en Europa, maar bijvoorbeeld ook, bijna al sinds jaar en dag, voor de NIH in de Verenigde Staten.

De heer Dijk ...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, is er een interruptie van mevrouw Paulusma van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor de beantwoording. Ik heb toch enige ... "Sceptis" is misschien niet het goede woord, maar ik, en volgens mij ook mevrouw Westerveld, vroegen aandacht voor het feit dat de zorg niet echt een heel goed trackrecord heeft als het om seksespecifiek onderzoek gaat. Vrouwen trekken vaak aan het korte eind. Ik volg zeer de goede intenties en ik snap ook wel waar de reikwijdte van deze minister zit, maar ik denk dat de vrouwen in deze zaal, de vrouwen die meekijken, de indienster, ook wel willen horen of we de tijd gaan inhalen die we hebben laten liggen, om ervoor te zorgen dat deze diagnostiek pijnvrijer en vrouwvriendelijker wordt. Want we hebben een achterstand.

Minister Kuipers:

Zonder nu in te gaan op "de tijd inhalen", wil ik graag aangeven dat het een nadrukkelijk onderwerp is voor onderzoek. Als je zoekt naar alternatieven is ook altijd — ik benoemde net de criteria die al zo'n 60 jaar vooropstaan — direct de vraag wat het op de beleving doet, natuurlijk, maar ook wat het op de neveneffecten doet, zoals in dit geval bijvoorbeeld de dosis röntgenstraling die benodigd is. Of: wat doet het op de daadwerkelijke detectiegraad van vroege kankers? Dat is de primaire reden om het bevolkingsonderzoek te doen. Het is juist die combinatie die zo'n onderzoek zo complex maakt. Daarom vraagt het ook om tijd.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat snap ik. De minister en ik komen alle twee uit de zorg, dus ik zal ook nooit ter discussie stellen dat we niet moeten

tornen aan de wetenschappelijke basis waarop we diagnostiek moeten bedrijven. Ik kan me voorstellen dat de minister het niet met mij eens is, maar ik ben benieuwd naar het volgende. Als het gaat om zorg voor vrouwen, zorg voor mensen die niet een man zijn, loopt men achter. Het gaat helpen als een minister ook aangeeft dat dat zo is, dat we tempo moeten maken en dat er ook perspectief komt voor vrouwen die nu bang zijn of niet weer een pijnlijke ervaring willen meemaken.

Minister Kuipers:

De vraag van mevrouw Paulusma ging allereerst over onderzoek. Zoals u weet, hebben we al een aantal jaren via ZonMw specifiek gevraagd om in medische onderzoeken die door ZonMw worden gefinancierd ook aandacht te hebben voor de genderspecifieke aspecten. We krijgen er regelmatig, ook hier in uw Kamer, vragen over en we hebben er ook regelmatig discussie over. Ik wil ZonMw van harte vragen om met die ervaring van een aantal jaren nou eens een respons terug te geven over wat voor impact dit precies heeft gehad op het onderzoek. Op het moment dat ik die respons van ZonMw heb, zal ik die ook specifiek met u delen. Wat betreft deze situatie is het absoluut zo dat de beleving van zo'n bevolkingsonderzoek borstkanker, maar ook van andere bevolkingsonderzoeken, echt een impact heeft op de deelnamegraad; ik onderschrijf dat helemaal. We moeten echt zoeken naar iedere methode om die deelnamegraad te verhogen en ook de ervaring van deelname te verbeteren.

De voorzitter:

Ik geef mevrouw Paulusma nog even het woord, want volgens mij is haar vraag niet beantwoord.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dat klopt, maar ik dacht: misschien kan ik er met de collega hier een heel mooi een-tweetje van maken. Ik hoor in mijn oor dat dat goedkomt, dus ik geef de beurt aan mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik denk dat mevrouw Paulusma op zoek is — dat ben ik in ieder geval — naar een wat bredere uitspraak van deze minister over de verschillen in onderzoeken en zorg voor mannen en vrouwen. Want laten we heel eerlijk zijn: als we gewoon weten dat borstkanker de meest voorkomende kankersoort is onder vrouwen en als we weten dat het wereldwijd zo'n groot probleem is dat Nederland ook niet het enige land is daarin en dat het dus overal zo is, dan is het toch heel gek dat nog steeds een heel pijnlijke behandelmethode, de mammografie, wordt gebruikt? Dan is dat toch gek? Dan kunnen we toch misschien ook wel hier met elkaar uitspreken dat als zoiets bij mannen was voorgekomen, zoals mevrouw Paulusma zo goed in haar inbreng verwoordde, we dan inderdaad echt allang een andere behandelmethodes hadden gevonden?

Minister Kuipers:

Laat ik hier zeer zorgvuldig op antwoorden. Bij een bevolkingsonderzoek benader je mensen die geen patiënt zijn. Je benadert mensen die, gelukkig, geen borstkanker, baar-

moederhalskanker of darmkanker hebben. Je benadert mensen enkel en alleen maar op basis van hun geboortedatum en hun leeftijd, en verder op basis van niks anders. De meesten van hen hebben geen medisch dossier. Velen van hen zijn al jaren niet bij de huisarts geweest en gebruiken geen medicatie. Je benadert ze vanwege hun leeftijd en daarmee vanwege een risico, ongeacht het specifieke risico. We komen straks nog op het gepersonaliseerde risico — BVO Nederland, het RIVM en de screeningsorganisaties hoeven niets te weten van de mensen aan wie ze een brief sturen. Ze hoeven niet te weten of borstkanker in de familie voorkomt, niet of mensen wel of niet overgewicht hebben en niet of mensen wel of niet roken of alcohol gebruiken. Allerlei specifieke risicofactoren hoeven ze niet te weten. Je benadert mensen vanwege hun leeftijd. Als je dat doet en weet dat het overgrote deel van de mensen die je benadert om deel te nemen aan een onderzoek gelukkig de ziekte niet heeft, dan betekent dat a priori dat je dat moet doen met een zeer goede methode die daadwerkelijke met enige betrouwbaarheid een antwoord kan geven op de primaire vraag. Die vraag is in dit geval of diegene wel of geen borstkanker heeft. Die methode moet ook niet leiden tot een grote mate van overdiagnostiek. Je wil niet heel veel mensen ongerust maken en doorsturen naar het ziekenhuis, waar ze puncties van de borst moeten krijgen of andere zaken, met veel ellende tot gevolg. En de methode moet ook niet heel veel kankers ongedetecteerd laten.

Als dat het uitgangspunt is — ik benoemde al even de criteria van Wilson en Jungner — dan legt dat de lat terecht, echt terecht, heel erg hoog. Je moet kijken naar alle aspecten, maar het is niet eenvoudig om een keiharde gouden standaard te vervangen door iets anders. Dit soort onderzoek kost heel veel tijd. De heer Dijk zei al dat het er voor het eerst over ging in 1975 en dat het initiatief in 1990 werd ingevoerd. Mevrouw Pouw-Verweij noemde het bevolkingsonderzoek darmkanker, waar ik zelf lang bij betrokken ben geweest. Dat begon met de eerste onderzoeken in 2002 en het bevolkingsonderzoek was in 2018 afgerond. Ik benadruk dus het belang van het zoeken naar alternatieven en het daarmee verminderen van de belasting, maar ik geef ook aan dat je een bestaande gouden standaard niet lichtvaardig kunt vervangen door iets anders.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Mijn punt is niet dat het eenvoudig is. Dat is ook niet het punt van mevrouw Paulusma. Wij proberen een wat breder punt te maken. We zien heel erg vaak dat zorg, begeleiding of welk aspect dan ook gericht op vrouwen minder goed geregeld is en dat er minder aandacht voor is. Dat is al helemaal het geval in de zorg. Dat blijkt ook uit het feit dat dit niet het allereerste burgerinitiatief in dat kader is dat hier voorbijkomt. Ik vraag alleen aan de minister om dat in ieder geval te bevestigen. Laten we dat met elkaar gewoon toegeven en laten we er met elkaar voor zorgen dat er veel meer wordt geïnvesteerd in onderzoeken die genderspecifiek zijn en gaan over vrouwen, of het nu gaat over behandelmethodes of over bevolkingsonderzoeken.

Minister Kuipers:

Dat bevestig ik, zoals ik al aangaf. Dat wil ik graag nog een keer bevestigen. Daarom zeg ik in antwoord op mevrouw Paulusma dat dit al een aantal jaren bij ZonMw loopt. Ik wil van harte eens aan ZonMw vragen: kom nou eens met

feedback over wat dat opgebracht heeft in de afgelopen jaren.

De voorzitter:

De minister vervolgt zijn betoog.

Minister Kuipers:

Dit punt sluit ook aan op de vraag van de heer Dijk over de noodzaak om onderzoek te creëren. De heer Dijk zegt: er is nu geen noodzaak voor leveranciers om alternatieven te onderzoeken. Hoe kijk ik daartegen aan? Ik denk dat de noodzaak om te zoeken naar alternatieven er zeker is; ik gaf dat al aan. Er is een belang om te zoeken naar minder belastende en pijnlijke alternatieven voor mammografie. Ik gaf ook al aan dat dit wel op een goede manier vormgegeven moet worden. Er moet aan hele hoge standaarden worden voldaan, dus de lat ligt heel erg hoog. Is er daarmee ook een incentive voor leveranciers? Ik ben het niet met de heer Dijk eens dat er bij leveranciers geen incentive is. Als leveranciers methoden vinden voor screenings op borstkanker of andere vormen van kanker die minder belastend zijn en op alle andere punten tenminste net zo goed scoren, en ze deze ook op de markt kunnen brengen, dan hebben zij een hele belangrijke incentive om die nieuwe methode vervolgens ook in beeld te brengen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik had de minister een vraag gesteld over hoe de hele inkoopprocedure geregeld is. Hoe staat dit in relatie tot het voorstel van het burgerinitiatief om meer naar die drukmammografie te kijken? Andere collega's noemden al dat die methode in België, Duitsland en Amerika wel wordt toegepast. Ik vraag me dus af: wat zijn nu die eisen? Wie stelt die eisen aan inkoopprocedures? Waarom wordt daar dan niet mee gewerkt, of wordt apparatuur in de loop der tijd makkelijk vervangen?

Minister Kuipers:

Dan komen we terug bij de input van experts. Bij alternatieven voor, in dit geval, mammografie, gaat het echt over een combinatie van röntgenstraling, pijnbeleving en diagnostische accuratesse. Ik moet varen op de input van experts. Het kan op een gegeven moment zo zijn dat een andere methode van mammografie — u noemt er één, maar we kunnen het ook hebben over contrastmammografie voor specifieke groepen — op al deze punten beter scoort. Vervolgens wordt erover gediscussieerd in de Gezondheidsraad, komt er een rapport en nemen we daar een besluit over. Dan wordt dat vervolgens verwerkt in de inkoopprocedure. Op dit moment gelden de resultaten die ik zojuist noemde nog niet voor die drukgestuurde mammografie.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

...

De voorzitter:

U moet het knopje van de microfoon even goed indrukken. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

...

De voorzitter:

Ik zou het knopje even gebruiken.

Minister Kuipers:

Kan ze een andere microfoon gebruiken?

De voorzitter:

Wat raar. Nou, de middelste microfoon dan.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

...

De voorzitter:

Het werkt nog steeds niet. We gaan heel even kijken, want de microfoon staat wel degelijk aan. Wilt u het nog een keer proberen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

...

De voorzitter:

Nee, helaas. Ik schors de vergadering voor een enkel moment; dan kunnen we even kijken wat het technische probleem is.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Als je naar de dokter gaat, is je klacht altijd weg. Dat geldt nu ook voor de technenuten. De microfoon doet het weer. Ik geef meteen weer het woord aan mevrouw Van den Berg. Excuses voor het ongemak.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. De minister heeft in het begin al wel gezegd dat bijvoorbeeld een bloedtest, een ademtest en een echografie echt veel minder betrouwbaar zijn. Ik kan me voorstellen dat je dan zegt: die keuze wil ik niet. We hebben het nu ook over het volgende. Mevrouw Van der Draaij heeft duidelijk aangegeven dat 73% wel gaat, maar 27% dus niet. Kunnen zij dan niet bijvoorbeeld de keuze krijgen voor een drukmammografie? Wat zijn daar de resultaten van?

Minister Kuipers:

Om te beginnen geldt voor die 27% dezelfde afweging ten aanzien van röntgenstralen, accuratesse en beleving. Immers, als wij 27% of 100% zouden blootstellen aan een alternatief dat niet beter blijkt te zijn, schieten de betreffende vrouwen er niks mee op en wij in het algemeen ook niet. Dat is altijd weer de afweging bij een bevolkingsonderzoek.

Ik zei het steeds al: de lat ligt hoog. Wil je een alternatief landelijk gaan invoeren of voor bijvoorbeeld bijna een op de drie vrouwen beschikbaar stellen, dan moet er echt een veel beter alternatief zijn.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Van den Berg.

Minister Kuipers:

Nog even het volgende ... O, eerst mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dan zou ik aan de minister willen vragen of hij bereid is om te komen met de cijfers over het verschil tussen de drukmammografie en de huidige mammografie. Dat hoeft niet in een aparte brief te komen, maar dat kan ergens in de brief die hij toch gaat schrijven meegenomen worden. Ik vraag dat juist omdat andere landen het wel toepassen. Ik kan me niet voorstellen dat die dat doen als het compleet onbetrouwbare systemen zouden zijn. Kan de minister dat toezeggen?

Minister Kuipers:

Ik wil dat van harte doen. Het volgende zeg ik even als aanvulling op "ik kan me dat niet voorstellen". Als je wereldwijd kijkt naar verschillende screeningsmethoden en bevolkingsonderzoeken, dan zie je dat er veel zijn waarvan wij in Nederland zeggen: dat zouden we niet op die manier doen. Laten we dus niet al te gemakkelijk zeggen: wat men elders doet, doet men daar beter.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Vooropgesteld, ik ben het helemaal met de minister eens dat je de meest betrouwbare methode moet hanteren. Maar op het moment dat er mensen afhaken, bijvoorbeeld omdat het te pijnlijk is of omdat ze een verleden hebben waarin misbruik heeft plaatsgevonden, wil je aan deze specifieke groep toch een zo goed mogelijk alternatief aanbieden? Die groep zou anders niet meedoen.

Minister Kuipers:

Dat wil je zeker, maar als je een alternatief aanbiedt, betekent dat allereerst dat dat ook moet voldoen aan dezelfde verwachtingen waarvoor je a priori dat bevolkingsonderzoek aanbiedt: accuratesse, de afweging tussen wat je vindt, wat de belasting is en wat bijvoorbeeld de röntgenstraling is. Daar zoek je naar. Laat ik daarbij, niet specifiek voor borstkanker, benoemen dat het vrij eenvoudig klinkt dat de deelnamegraad omhooggaat als je keuzes hebt, maar dat ervaringen bij tal van screeningsprogramma's, zowel in Nederland als in het buitenland, daar niet eenduidig over zijn. Er zijn, ook in Nederland, proefbevolkingsonderzoeken geweest waarbij de deelnamegraad overall naar beneden ging op het moment dat mensen keuzes kregen; ik verwijs specifiek naar onderzoek op het terrein van darmkanker-screening. Dat kwam doordat mensen in verwarring waren en dachten: hier kom ik niet uit; dan doe ik maar niks. Als wij alternatieven zouden gaan aanbieden zonder a priori enig onderzoek en zonder goed te weten hoe die methode scoort en wat die doet, moeten we niet verbaasd zijn als we hier twee jaar later een discussie zouden hebben omdat

de deelnamegraad overall naar beneden gegaan is in plaats van omhoog. Ik weet dat ik het daarmee complex maak, maar het is een complexe zaak.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ja, goede voorlichting is daar natuurlijk ook heel belangrijk bij, maar als we nu weten dat een deel van de mensen gewoon niet komt omdat ze bang zijn voor een mammografie, bijvoorbeeld omdat die veel te pijnlijk is, bijvoorbeeld vanwege een misbruikverleden, begrijp ik gewoon niet zo goed waarom we niet specifiek voor die groepen kijken hoe we een zo goed mogelijk alternatief kunnen aanbieden. Dat lijkt me in alle opzichten te prefereren boven een situatie waarin een deel van de mensen van tevoren afhaakt omdat ze het om de een of andere reden niet kunnen.

Minister Kuipers:

Een aantal antwoorden gaf ik al; ik ben bang dat we een beetje in herhaling vervallen. Eén: de deelnamegraad gaat bij een keuze niet noodzakelijkerwijs omhoog, ook in Nederland. Dat weten we van proefbevolkingsonderzoeken, maar dan naar een andere vorm van kanker. Dat moet je al onderzoeken. Twee: ik zal als minister niet de verantwoordelijkheid nemen om een alternatief aan te bieden dat op het totaal van de punten die ik zojuist met mevrouw Van den Berg heb besproken, minder goed scoort. Daarbij moet ik niet varen op een mening van mij als minister, maar op de mening van de experts. Zij zeggen dat dat alternatief niet voldoet aan dezelfde standaarden. Daar moet je dus onderzoek naar doen en blijven doen om dat wél te vinden. Dat betekent dat we op het punt van mammografie en pijnbeleving om te beginnen precies moeten begrijpen wat de verschillende redenen zijn om niet deel te nemen. Daar is onderzoek naar gedaan en daar wordt onderzoek naar gedaan: hoe kunnen we die redenen door een betere communicatie maar ook door een betere beleving zo aanpakken dat de deelnamegraad weer omhooggaat? Maar het is niet zo dat alleen de pijnbeleving of de angst voor pijn maakt dat mensen niet komen. Het is vaak een complexe materie bij elkaar.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de heer Drost van de ChristenUnie op dit laatste punt.

De heer Drost (ChristenUnie):

In het verlengde daarvan heb ik de indruk dat we nog steeds niet een eerlijk en open antwoord hebben gegeven op het initiatief en op een van de belangrijkste vragen die ik daarin heb gelezen. De minister nuanceert eigenlijk de alternatieve onderzoeksmethoden. Ik denk dat dat terecht is. Ik lees diezelfde nuance volgens mij ook in het burgerinitiatief, want we hebben nog tijd nodig om ze te ontwikkelen en te onderzoeken. Daar ben ik het helemaal mee eens, maar volgens mij vraagt het burgerinitiatief ook om wat creativiteit van onze kant: kunnen we er totdat we zover zijn voor zorgen dat de vrouwen die vooral in die pijnbelevingscategorie zitten, op z'n minst alternatieven kunnen kiezen waarvan ze misschien weten en van u meekrijgen dat die wat minder goed zijn, maar die voor hen in het hele plaatje wel beter zijn, waardoor ook de bereidheid misschien omhooggaat? Kan de minister daar niet iets mee? Kan hij

zijn creativiteit laten zien totdat we zover zijn dat er misschien minder pijnlijke methoden zijn?

Minister Kuipers:

De minister wil altijd dolgraag zijn creativiteit laten zien, maar dan kom ik echt terug op de punten die ik al genoemd. Ik ga dat antwoord niet herhalen. Als ik als minister onderzoek met röntgenstralen, met positieve en negatieve effecten, niet één keer maar 25 jaar lang iedere twee jaar ga aanbieden aan mensen waarbij de basisaanname is dat ze de betreffende ziekte niet hebben — dat geldt gelukkig voor de meesten van hen — moet er echt een hele goede basis zijn om dat te kunnen doen. Daar moet je niet lichtvaardig mee beginnen. Dat geldt voor borstkankerscreening, dat geldt voor baarmoederhalskankerscreening en dat geldt voor darmkankerscreening. Dat geldt ook voor heel veel andere vormen van kankerscreening. Ik ga als minister niet eenvoudig iets alternatiefs aanbieden omdat we constateren dat bepaalde mensen niet deelnemen.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dat vraag ik niet. Volgens mij vraagt het burgerinitiatief ook niet om dat zomaar lichtvaardig te doen. Het burgerinitiatief vraagt om vrouwen tegemoet te komen, waar we mogelijkheden zien. Er wordt gevraagd om onderzoekscentra. De vraag die ik heb gesteld en die misschien nog beantwoord wordt, is: kunnen we één of meerdere onderzoekscentra in het land inrichten waar vrouwen, die misschien geen probleem hebben met röntgenstralen of met andere vormen van onderzoek, vrijwillig naartoe kunnen? Daar kunnen we vrijwillig, op een andere manier, die onderzoeken ondergaan. Kunnen we daarin niet een beweging maken? Dat is volgens mij de vraag van het burgerinitiatief. De minister gaat specifiek in op de onderzoeksmethode met röntgenstralen. Ik snap de voors en tegens daarvan echt wel. Maar ik vind dat we dan niet recht doen aan het burgerinitiatief. Dat kijkt veel breder; er zijn nog meer onderzoeksmethoden.

Minister Kuipers:

Misschien moet ik hierin even heel specifiek zijn. Het antwoord is nee; dat kunnen wij niet. Dat heeft om te beginnen te maken met het feit dat dit een bevolkingsonderzoek is, met alle aspecten die daarbij horen. Ik heb de criteria daarvoor al genoemd. Dat zijn geen criteria van vandaag of gisteren. Ik heb in antwoord op uw vraag allereerst benoemd dat het criteria zijn die we wereldwijd al 60 jaar hanteren, om terechte redenen. Die criteria staan als een huis; daar moet je aan voldoen. Dat is ook een reden geweest waarom wij in Nederland voor introductie van bevolkingsonderzoeken — de heer Dijk gaf dat al aan — zorgvuldig geacteerd hebben. We acteren ook zorgvuldig als we het aanpassen. Het is wat dat betreft echt anders dan de klinische setting van een patiënt met een gediagnosticeerde aandoening, of met een verdenking op een specifieke aandoening of ziekte. Ik wil niet zeggen dat je in die tweede setting minder ... Je moet nog steeds heel zorgvuldig zijn, maar dat vergt weer andere criteria.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik ben toch teruggekomen, omdat ik denk dat dit anders over het hele debat blijft hangen. Ik ben het heel erg eens met de minister als het gaat over de procedure, en dat je

ook niet zomaar mensen aan een bevolkingsonderzoek moet mee laten doen terwijl je niet voor 100% zeker weet dat het middel dat je inzet ook effectief en veilig is. Geen enkele discussie daarover! Ik ga de vergelijking trekken met bijvoorbeeld geneesmiddelenonderzoek. We hebben wereldwijd heel lang gezegd: dit middel is het allerbeste; het werkt met name heel erg goed bij mannen. Bij vrouwen zal het dus hetzelfde effect teweegbrengen. Dat bleek niet zo te zijn; we moesten heel veel tijd inhalen. Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor kenmerken van ziektes die vrouwen overkomen. Het heeft heel lang geduurd voor men zich realiseerde, en daar ook rekenschap van aflegde, dat vrouwen andere kenmerken hebben bij een hartaanval dan mannen. Mijn zorg is dat we straks de beste mogelijkheden tot diagnostiek hebben en dan over vijftien jaar opnieuw zeggen: we zijn vergeten dat vrouwen hier misschien een andere ervaring mee hebben, een andere pijnbeleving bij hebben. Ik zie de minister ... Dit is echt een belangrijk onderwerp, een heel belangrijk onderwerp voor de initiatiefneemsters en voor al die mensen die dit ondertekend hebben. De oproep die hier eigenlijk achter ligt, is: vergeet vrouwen nou niet in alle ontwikkelingen die het medisch veld ons brengt. We hebben namelijk in de afgelopen jaren gezien dat er echt thema's zijn waarbij we hen vergeten zijn. Ik zou heel graag van de minister willen horen dat die zorg onterecht is.

Minister Kuipers:

Ik gaf het belang van screening voor borstkanker en baarmoederhalskanker aan. Ik gaf ook aan dat we dat in Nederland gelukkig al heel erg lang hebben en dat dat staat als een huis. Niemand in de Kamer, op het ministerie, bij de patiëntenorganisaties, bij het RIVM, bij Bevolkingsonderzoek Nederland of bij de GGD's twijfelt er ook maar enigszins aan dat het bevolkingsonderzoek gecontinueerd, aangepast en geoptimaliseerd moet worden, want dat onderzoek hebben we om hele goede redenen. Dat betekent ook dat we onderzoek blijven doen naar verdere verbetering. Dat staat niet stil. Dat betekent dat we kijken naar alternatieve methoden van mammografie. Ik benoemde er twee: tomografie en contrastmammografie. Ook kijken we naar andere afbeeldende diagnostiek, zoals echografie, MRI en CT en naar andere methoden om borstkanker op te sporen, maar dan veel minder invasief met een bloed- en ademtest. We berekenen ook modellen voor een manier waarop je meer gepersonaliseerde screening kunt inzetten. Dat zijn allemaal zaken die lopen. Ik denk dat het burgerinitiatief — ik kijk hiervoor naar de indienster — het belang onderschrijft van het doorgaan met deze onderzoeken. Wanneer die ook maar enigszins iets opleveren, moeten we dat incorporeren.

Tegelijkertijd is het met mijn rol als minister om ook nadrukkelijk de zorgvuldigheid die dit vraagt te benoemen en om uit te leggen waarom die zorgvuldigheid om implementatie vraagt. Dat is de balans. Daarmee onderschrijf ik volledig het burgerinitiatief in dit debat, het onderzoek en de gerichtheid op innovatie. Maar het moet ook gebeuren in alle zorgvuldigheid die het bevolkingsonderzoek vraagt.

Mevrouw Paulusma (D66):

Het blijft een beetje ingewikkeld, want ik heb nu het idee dat we in een cirkeltje lopen. Heel kort samengevat ging mijn vraag over de zorg, die blijkbaar breed gedeeld wordt in de samenleving, dat er een blinde vlek is voor medisch

onderzoek en medische ontwikkelingen ten aanzien van vrouwen. Ik noemde een aantal voorbeelden die aantonen dat dat zo is. Dus het enige wat ik aan de minister vraag, is of hij deze zorg herkent en of hij van plan is om daar ook wat mee te doen, want ik denk dat dat recht doet aan het burgerinitiatief.

Minister Kuipers:

Ik herken dat. Ik gaf aan mevrouw Paulusma al aan dat ik van harte bereid ben om ZonMw te vragen wat hun calls, met in iedere call specifieke aandacht voor genderspecifiek onderzoek, hebben opgeleverd. Over de screening naar kanker in specifieke zin heb ik aangegeven dat er onderzoeken lopen op dit terrein, ook op het terrein van baarmoederhalskanker. Overigens wordt er ook nagedacht over het personaliseren en intensiveren van andere bevolkingsonderzoeken. Dan raakt het zowel mannen als vrouwen. U weet dat de EU geadviseerd heeft om nadrukkelijk na te denken over het verlagen van de leeftijdsgrenzen voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker — dat betreft zowel vrouwen als mannen — en om ook na te denken over een bevolkingsonderzoek naar longkanker voor mensen met een hoog risico en over screening op prostaatcancer, wat bij mannen een veelvoorkomende aandoening is. In Nederland screenen we daar, anders dan in sommige andere landen, niet op.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik denk dat het heel goed is dat de minister toe zegt om een overzicht te geven over de aanvragen bij ZonMw. Ik denk dat dat heel waardevol is. In het begin van zijn betoog hoorde ik de minister spreken over vaart maken met onderzoeken naar alternatieven. Ik hoor heel goed wat de minister zegt en gezien zijn argumentatie ben ik het ook heel erg met hem eens dat een alternatief wel waardevol moet zijn. Die onderzoeken moeten wel goede kwaliteit leveren. Als de minister het heeft over "vaart maken", op welke termijn vermoedt hij dan dat er meer bekend is over de waarde en de kwaliteit van minder pijnlijke alternatieven voor borstkankeronderzoek? Dat zou misschien ook wat helderheid geven in het debat.

Minister Kuipers:

Misschien helpt het mevrouw Tielen en uw Kamer om los van de specifieke vragen ... Ik kreeg ook een aantal vragen, onder anderen van mevrouw Pouw-Verweij, dacht ik, over specifieke lopende onderzoeken in Nederland. Misschien staat u mij toe dat ik in de monitoring over bevolkingsonderzoeken die ik aan het eind van het jaar zoals altijd zal sturen, specifiek opneem wat de lopende onderzoeken zijn, waarbij ik aansluitend informatie geef over de doorlooptermijn van die onderzoeken.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, precies. Want het gevaar is dat we dan heel klinisch een lijst krijgen. Het gaat erom dat de gemiddelde vrouw, gewone vrouwen zoals ik, die volgend jaar of over twee jaar een oproep in de bus kan verwachten, kan zien op welke termijn ze daadwerkelijk beschikbaar komen.

Minister Kuipers:

Ik zal van harte die vertaalslag maken in de brief. Dan benoemen we welke onderzoeken er lopen, wanneer die worden opgeleverd en wat daar de implicaties van kunnen zijn.

De heer Drost (ChristenUnie):

Op dit punt. Ik ben nog niet helemaal tevreden met de beantwoording. De minister legt uit wat we aan het doen zijn, maar ik zie geen beweging, terwijl we hier een burgerinitiatief bespreken dat om beweging vraagt. Ik ga mee met het voorstel dat de minister doet, maar ik zou het ietsje specifiek willen. Is de minister bereid om in die brief — het mag ook in een aparte brief — de suggesties die in het burgerinitiatief aan ons gedaan worden, te beantwoorden? Dus op basis van de onderzoeken die lopen: wat kunnen we verwachten? Wat zijn realistische termijnen? Welke stappen kunnen we vooruitzetten? Op welke termijn? Is de minister bereid om dat zelf te doen vanuit zijn ministerie, maar ook in overleg met ZonMw, BVO, RIVM en iedereen die daar wellicht bij betrokken is?

Minister Kuipers:

Daar ben ik toe bereid, maar u hoorde in mijn antwoorden wel een paar heel specifieke punten. Daar zal ik ook later gewoon absoluut aan vasthouden. Dat is ook een must, allereerst in het belang van de vrouw zelf. Dus ik wil die discussie niet herhalen, ook niet in een brief. Ik denk dat we die hier nadrukkelijk gevoerd hebben en dat dat ook een duidelijk antwoord is.

De heer Drost (ChristenUnie):

Helder. Volgens mij vragen de initiatiefnemers ook niet aan ons om onvoorbereide stappen te zetten. Het gaat er juist om waar de ruimte zit en welke mogelijkheden we zien. Dan stel ik de vraag nog een keer. Ik hoop dat u erop terug wilt komen in de brief. Kunnen we iets met die onderzoeken? Kunnen we die aanbieden aan en openstellen voor vrouwen, zodat ze een alternatief hebben waarin ze minder pijnlijke behandelingen ondergaan?

Minister Kuipers:

Sorry, maar dan vraagt de heer Drost echt om het antwoord dat ik al gegeven heb nog een keer op schrift te zetten. Dat ga ik niet doen. Het antwoord heb ik gegeven. Ik ga geen alternatieven aanbieden bij een bevolkingsonderzoek zolang er voor zo'n alternatief niet de standaarden bereikt zijn die ik zojuist noemde. Dat is echt cruciaal. Dat kan in een proefbevolkingsonderzoek, maar niet op een andere manier.

De voorzitter:

Even over de brief: wanneer is de minister ...

Minister Kuipers:

De monitor komt aan het eind van het jaar.

Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

Nog even een korte, aanvullende vraag. Een poging tot meedenken, als de minister mij dat toestaat.

Minister Kuipers:
Zeker.

Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

De minister zegt over onderzoeken met stralenbelasting dat we dat vrouwen niet zomaar aan moeten willen doen als we niet weten dat het werkt. Ik heb zelf medisch onderzoek gedaan met stralenbelasting; ik weet hoeveel gedoe je bij de medisch-ethische commissie krijgt. Ik denk dat het inderdaad niet haalbaar is. Dat herken ik dus. Maar toen ik er gisteren naar keek, kwam ik tegen dat er bijvoorbeeld heel veel onderzoek gedaan is naar echografie in landen met een lager gemiddeld inkomen, waar de apparatuur voor mammografieën niet beschikbaar is. Er werd gezegd: tuurlijk, dit is niet de ideale optie, want mammografie is de gouden standaard, maar als die mogelijkheid er niet is, is dit nog steeds een redelijk betrouwbare optie die hiervoor ingezet zou kunnen worden. Bij echografie is er geen stralenbelasting: het is minder belastend voor vrouwen. Zou het geen optie zijn om, al dan niet in een onderzoekssetting, een echografie aan te bieden aan de vrouwen die op dit moment uitvallen en verloren raken voor de mammografie? Het gaat dan om de vrouwen die niet nog een keer terug willen, omdat ze de eerste keer dusdanig traumatiserend vonden dat ze dat niet nog een keer willen ondergaan. Het zou second best zijn, maar nog steeds beter dan niets.

Minister Kuipers:

Ik verwijs even naar de experts. Echografie wordt specifiek ingezet, maar dan in een klinische setting, om heel gericht te kijken naar verdachte laesies, om het met een medische term te zeggen, dus verdachte plekken of afwijkingen. Dat is dus gerichte echografie. Het wordt niet gebruikt als een screeningsmethode voor de gehele borst en voorbij de borst. Opnieuw, dan heb je een heel ander risico- of kansprofiel van de kans dat het betreffende individu daadwerkelijk een vorm van kanker heeft. Wat betekent de echografie dan, met alle follow-up zoals puncties? Echografie is geschikt om in een klinische setting gericht te kijken, bijvoorbeeld in het geval van een mammografie met een verdenking van een afwijking op een specifieke locatie. Het is niet geschikt als overall bevolkingsonderzoekscreeningsmethode.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw-Verweij, is dit voldoende? Ja, zie ik. De minister vervolgt zijn betoog.

Minister Kuipers:

Misschien illustreert het volgende de discussie. Ik noemde zojuist al een Nederlands onderzoek dat keek naar de impact op de deelnamegraad van het aanbieden van verschillende screeningsmethoden bij het proefbevolkingsonderzoek darmkanker. Tot ieders verbazing, ook de mijne, ging de overall deelnamegraad naar beneden in plaats van omhoog. Evenzo heb ik een verwijzing naar een onderzoek uit het verleden, alleen maar als illustratie van hoe complex dit soms kan zijn. Het ging daarbij om een gerandomiseerd onderzoek in Nederland naar aan de ene kant een endoscopie van de darm, die belastend en invasief is, en aan de andere kant een MRI van de darm. Er werd zowel naar de deelnamegraad als naar de belasting gekeken. Iedereen

werd vooraf en na afloop bevraagd. Opnieuw bleek aan het eind, tot ieders verbazing, de belastingsgraad van de MRI van de darm hoger dan die van de endoscopie. Dat geeft precies aan waarom het zo belangrijk is dat je dit soort dingen eerst onderzoekt, in plaats van dat je zoiets zonder dat gedegen onderzoek en die data implementeert. Hadden we puur een aanname gedaan, dan had iedereen, ook ik, gezegd: die MRI is veel minder belastend en die gaan we gewoon doen. Maar toen we het onderzoek gedaan hadden, waren we van die gedachte af.

Dat beantwoordt al enigszins de vraag van mevrouw Tielen wat vrouwen kunnen doen om aan de studies mee te doen als proefpersoon. Het is aan onderzoekers om te bepalen welke mensen kunnen meedoen aan wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Meestal krijgen mensen dan tegelijkertijd met de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek ook een uitnodiging voor deelname aan het wetenschappelijke onderzoek. Op basis van goede informatie, hetzij op schrift hetzij aanvullend mondeling of op een andere manier, kunnen zij beslissen of ze wel of niet meedoen. Het ministerie en de Gezondheidsraad kijken altijd mee met deze onderzoeken, omdat ze vergunningsplichtig zijn op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek. Het is dus niet mogelijk om zelf op eigen initiatief mee te doen aan een proefbevolkingsonderzoek.

Mevrouw Westerveld vroeg naar het screeningsinterval, dat nog steeds twee jaar is terwijl de risico's verschillen. Ik denk dat dit een van de belangrijke punten is uit dit debat, namelijk de vraag hoe wij het kunnen aansporen dat het bevolkingsonderzoek borstkanker, en overigens ook andere bevolkingsonderzoeken naar kanker, meer worden gepersonaliseerd. De bevolkingsonderzoeken zijn nu ingericht met de beste opsporingsmethoden, inclusief het optimale screeningsinterval voor de gehele doelgroep. We werken er actief aan — dat is telkens ook weer een vraag aan de Gezondheidsraad — om te bekijken hoe we dit kunnen personaliseren. Veel data laten zien dat je, als je er bijvoorbeeld risicofactoren bij betreft, het veel gepersonaliseerder kunt doen. Ik geef nu een voorbeeld zonder dat dit nu al de praktijk is of dat het morgen wordt besloten, maar we kunnen ons heel goed voorstellen dat we voor iemand met een eerste negatieve mammografie en een laagrisicoprofiel zeggen: maak dat screeningsinterval maar groter. Voor iemand met een hoogrisicoprofiel zou je kunnen zeggen: het moet echt over twee jaar of, in uw specifieke geval, zelfs over achttien maanden. Dat is nu nog niet zo, maar daar wordt aan gewerkt.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik heb daar inderdaad ook een vraag over. Door corona zijn die intervallen verlengd en dat lijkt grosso modo eigenlijk weinig effect te hebben. Wordt daar nader onderzoek naar gedaan om dat mee te kunnen nemen? Het gaat dan bijvoorbeeld om het betrekken van risicofactoren. Ik zie de minister knikken.

Minister Kuipers:

Het antwoord is ja. Overigens, laat ik er heel duidelijk over zijn dat allereerst de inzet is om te bekijken — dat is dezelfde balans die we zojuist al nadrukkelijk even bespraken — hoe je met gepersonaliseerde inzet de overall belasting, en daarmee ook de risico's, de bijwerkingen, het aantal valspos-

sitieven et cetera, kunt verminderen, terwijl je de overall opbrengst juist vergroot.

De voorzitter:

O jee, de microfoon van mevrouw Westerveld doet het niet.

Minister Kuipers:

Neem de volgende microfoon.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik neem de volgende microfoon. We gaan ze gewoon allemaal af. In de voorbereiding op dit debat las ik ook een brief van de Borstkankervereniging Nederland aan deze minister. Die ging ook over de interval. Zij gaf ook aan dat er nog wat andere informatie van het RIVM en het ministerie kwam. Ik las vooral een aantal aanbevelingen in de brief en de vraag om duidelijkheid over wanneer die interval nou goed geregeld kan worden. Misschien heeft de minister al gereageerd op die brief en heb ik dat gemist, maar het lijkt mij ook wel goed dat er voor iedereen en voor alle belanghebbers op korte termijn duidelijkheid komt over de planning.

Minister Kuipers:

Ik zoek even in de planning. Het gaat dan ook over het bestaande interval, dat tijdens covid verlengd werd. De maximale periode is 33 maanden geweest. Dat interval zit nu weer op 28 maanden. Er zijn dus twee aparte bewegingen. Een. Breng dat weer terug naar 24 maanden. Daarmee, en ook met het opleiden van extra mensen, zijn de screeningsorganisaties druk bezig. Een stukje van het effect hebben we al bereikt, maar we zijn er nog niet. Het tweede punt is de vraag van mevrouw Westerveld en anderen: kun je ondertussen nadenken over personaliseren, want misschien is voor sommige mensen die 33 of 36 maanden uitstekend, terwijl het voor anderen juist korter moet zijn dan die 24 maanden? Die vraag heb ik zojuist al beantwoord.

Voorzitter, ik kijk even naar mijn antwoorden, want in de discussie hebben we de nodige vragen al besproken. Ik denk dat de vraag van mevrouw Paulusma over risicostratificatie voldoende geadresseerd is.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg over de ontwikkelagenda: is de minister bereid om met voorrang een ontwikkelagenda en wetenschappelijk onderzoek te realiseren? We werken nadrukkelijk aan die ontwikkelagenda. Als onderdeel daarvan kijkt het RIVM naar een toekomstverkenning die belangrijke input geeft voor afwegingen die onderdeel zijn van de ontwikkelagenda. Daarmee wil ik ook richting geven aan de doorontwikkeling van de bestaande screeningsprogramma's. Ik hoop en verwacht uw Kamer in de loop van dit najaar nader te informeren over die ontwikkelagenda.

Dan vroeg de heer Drost: recent onderzoek laat zien dat AI heel goed kan helpen bij het opsporen van borstkanker; welke mogelijkheden ziet de minister daarvoor? Het is inderdaad belangwekkend recent onderzoek. AI is in dit geval ook zeer veelbelovend, ook om dat bevolkingsonderzoek verder te optimaliseren. De Gezondheidsraad kijkt op dit moment naar de inzet van AI in het bevolkingsonderzoek

borstkanker. Ik verwacht dit advies aan het eind van het jaar. Op basis daarvan zal ik verder bekijken of, en zo ja hoe, AI ingezet kan worden in een screeningsprogramma. Dat brengt ons ook terug bij de discussie van zojuist over het zoeken naar de mogelijkheden voor personalisering.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat is goed nieuws. Het is ook leuk om de minister te horen vertellen dat Nederland daar ook in vooroploopt. In hoeverre wordt daarbij ook de combinatie gemaakt tussen de huidige mammografieonderzoeken, artificial intelligence, en mogelijke alternatieve en minder pijnlijke screeningsmethodes? In hoeverre maakt dat onderdeel uit van het onderzoeksprogramma om kunstmatige intelligentie te gebruiken in dit soort onderzoeken?

Minister Kuipers:

Ik moet het specifieke antwoord op de vraag in hoeverre dit nu loopt even schuldig blijven, maar sta mij toe daarop terug te komen in de brief die ik al toegezegd heb en waarin ik op de monitoring op de lopende onderzoeken en op de output terugkom. Daarin kunnen we dit ook adresseren. In algemene zin kunnen we ons goed voorstellen dat AI om te beginnen kan helpen bij complexe beeldanalyse. Ik denk dat elk van ons ergens wel een keer de plaatjes gezien heeft, zodat we ons zeer goed kunnen voorstellen dat het echt om een hele complexe beeldanalyse gaat, waarbij elke keer weer de precieze afweging moet worden gemaakt wat verdacht is en wat nader onderzoek vraagt en wat niet, wetende dat zo'n keuze naar beide kanten implicaties heeft. Dus veel respect voor de mensen die dit bevolkingsonderzoek iedere dag op allerlei manieren uitvoeren, of dat nou de laboranten zijn bij het maken van de foto's of de beoordelaars. Dus AI kan helpen bij de probleemanalyse maar kan uiteindelijk mogelijkerwijs ook helpen bij de verdere risico-inschatting, bij het algemene profiel maar ook op basis van het profiel van het beeld. Dit om maar twee voorbeelden te noemen, hoewel er meerdere te noemen zijn maar daar zal ik vanwege de tijd nu niet verder op ingaan. Ik wil er graag schriftelijk op terugkomen.

Mevrouw Westerveld vroeg waarom er ten aanzien van contrastmammografie een pilot nodig is en waarom dit niet sneller kan. Zoals ik al aangaf, is het belangrijk dat de kwaliteit van een screeningstest goed is. De redenen daarvoor hebben we al benoemd. Het is van belang dat testen zorgvuldig zijn onderzocht. Zo niet, dan kunnen mensen onterecht ongerust worden gemaakt of juist onterecht gerust worden gesteld. Daarnaast kunnen veel mensen dan een behandeling ondergaan die ze niet nodig hebben. Dit vraagt echt om wetenschappelijk onderzoek onder gezonde mensen in de vorm van een proefbevolkingsonderzoek. Ik heb het dan over de eindpunten die er dan logischerwijs zijn. Dat gaat over beleving en hoeveel je vindt tijdens die screening zelf. Het gaat er echter ook over hoeveel mensen in de jaren daarna rapporteren over een gemiste kanker. Het betekent dus dat een proefbevolkingsonderzoek in de opzet, in de inclusie en in de follow-up heel veel tijd kost.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik sla even aan op de laatste woorden van de minister, dat het heel veel tijd kost. Ik snap dat, want goed onderzoek kost natuurlijk veel tijd. Je moet dat goed en gedegen doen en het moet wat mij betreft natuurlijk gedaan worden door de allerbeste wetenschappers. Tegelijkertijd ben ik wel een beetje ongeduldig. Dat hoort de minister een aantal andere collega's ook zeggen. We vragen ons echt af waarom alles nou zo lang duurt. Hoe kan het nou dat deze methode, die ontzettend pijnlijk is, nog zo lang blijft bestaan? Daar zit mijn ongeduld. Mijn vraag aan de minister is dus ook of hij wat meer kan zeggen over de tijdsindicatie. Kan hij alles op alles zetten om ervoor te zorgen dat het allemaal sneller gaat?

Minister Kuipers:

Op de precieze tijd wil ik graag in een brief terugkomen. Zoals ik al aangaf in de discussie met mevrouw Tielen wil ik straks graag in een brief terugkomen op de onderzoeken die lopen. Wanneer zijn ze er? Wat zijn de mogelijke implicaties ervan? Wat is dan het besluit? Ik kan niet vooruitlopen op resultaten van onderzoeken, maar welke vraag helpt een bepaald onderzoek ons om te beantwoorden? Versnellen kan in de zin van veel onderzoeken parallel laten lopen. Versnellen kan door slim te kijken naar de eindparameters die je neemt. Waar gaat het echt over? Wanneer zijn wij tevreden met een resultaat om ook conclusies te kunnen trekken? Dat vraagt iedere keer weer dat we heel slim kijken naar wat we doen.

Versnellen kan ook door het modelleren van resultaten. Ik benoemde dat al, maar wil dat graag nog een keer herhalen. Als je een proefbevolkingsonderzoek doet, ben je daar bijvoorbeeld vijf jaar mee bezig geweest, vanaf de allereerste start tot en met het hebben en analyseren van de uiteindelijke resultaten. Vijf jaar is voor zoiets over het algemeen heel kort. Vaak heb je dan een vergelijking tussen maar twee methoden, in een bepaalde leeftijdsgroep en met een bepaald interval. Neem bijvoorbeeld de contrastmammografie. Vijf jaar een studie doen betekent een jaar includeren, twee jaar wachten, dan nog een jaar includeren en de tweede contrastmammografie doen, en dan nog weer even wachten op de follow-up daarvan. Dan heb je nog maar twee rondes gehad van die hele periode, met een vergelijking tussen maar twee methodes. Modelleren kan helpen door die data vervolgens in een model te stoppen. Ik gaf al aan dat we daar in Nederland heel erg goed in zijn. Je kunt dit een beetje zien als een vorm van een algoritme. Het is geen AI, maar het is doorrekenen. Wat als we dit nou een derde keer of een vierde keer gedaan zouden hebben? Wat als we het interval verkort of juist verlengd hadden? Ook dat is een methode van versnellen. Dat doen Nederlandse onderzoekers en Nederlandse onderzoeksgroepen bij uitstek heel veel. Dat is ook een methode van versnellen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Minister Kuipers:

Mevrouw Pouw-Verweij vroeg naar de stand van zaken van de motie-Renkema over vroege opsporing bij vrouwen met dichte borstweefsel. Ik heb uw Kamer hier vorig jaar over geïnformeerd. Er wordt geen tijdelijke MRI-screening aan-

geboden aan vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Dat heeft een aantal belangrijke redenen. Allereerst gaat het gepaard met een sterke toename van het aantal valspositieven en daarmee met overdiagnostiek en overbehandeling. Dat is overigens een effect dat je bij screening en bevolkingsonderzoek erg in de gaten moet houden. Daarbij gold ook dat er gewoon te weinig capaciteit was voor de implementatie. Er zijn ook te weinig financiële middelen. Laat ik nadrukkelijk benoemen dat het eerste het zwaarstwegende is. Het andere is een vervolg. De Gezondheidsraad, die hierover heeft geadviseerd, heeft daarbij gezegd: "Kijk ook naar de toekomstbestendigheid, want u zou hierop kunnen inzetten, zelfs tegen het licht van meer overdiagnostiek et cetera, maar kijk ook wat daarachter komt aan verdere middelen. Durf dus ook verder te innoveren in plaats van deze stap te zetten."

Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

Dank voor deze reactie. De vraag waarmee ik dan blijf zitten, is: en nu? We kunnen dat constateren en zeggen: oké, dit werkte niet, dus daar houden we mee op. Ik denk dat daar heel wat voor te zeggen valt, als ik de minister zo hoor. Tegelijkertijd weten we dat dit bij uitstek een groep is waarbij borstkanker vaker voorkomt en die bovendien veel meer pijn ervaart bij een mammografie. Ik denk dus wel dat dit bij uitstek een groep is waarvoor we een alternatief zouden willen realiseren. Dat een MRI niet werkt, oké. Maar worden er andere opties verkend of is daarmee het boek gewoon gesloten?

Minister Kuipers:

Nee. Dank aan mevrouw Pouw-Verweij voor deze aanvullende vraag. Naar aanleiding van de input van experts wordt er een proefbevolkingsonderzoek opgestart met contrastmammografie. Zonder op de resultaten vooruit te lopen: de verwachting daarvan is in ieder geval dat het kan helpen om veel beter onderscheid te maken en verdachte laesies beter op te sporen, zonder dat dat leidt tot overdiagnostiek. Dat gaat sowieso al van start. Ik ben benieuwd wat experts vinden, ook op dit terrein, van de inzet van eventuele verbetering van detectiemethoden zoals AI. Ik kan niet beoordelen of dat kan gaan helpen; dat is speculeren. We moeten dat echt aan experts overlaten, maar dit is ook een vraag. Tegelijkertijd moeten we al nadenken over wat in dit geval bijvoorbeeld toekomstmethoden zoals bloed- of ademtestonderzoek zouden kunnen doen. Voor de duidelijkheid: dit is echt speculeren. Dit is toekomstmuziek, maar er is wel degelijk veel gedegen onderzoek naar gedaan wat hoopgevend is.

Mevrouw Pouw-Verweij (BBB):

Ik ben in ieder geval erg blij te horen dat het de aandacht van de minister heeft. De vrouwen waarvoor dit speelt zijn dat vast ook, dus in ieder geval dank daarvoor. Ik zou de minister het volgende willen vragen. Als hij in zijn brief eind dit jaar verslag doet over de voortgang van de verschillende bevolkingsonderzoeken, zou hij dan de categorie van vrouwen met dichte borstweefsel ook specifiek willen noemen?

Minister Kuipers:

Dat wil ik van harte doen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (BBB):
Dank.

Minister Kuipers:

Dan vroeg mevrouw Tielen: kanker opsporen is van groot belang; wat is een acceptabele opkomst en wat gaat de minister doen om dit te bereiken? Ik benoemde al: hoe groter een opkomst, hoe effectiever een bevolkingsonderzoek. Het is een open deur, maar het is echt belangrijk om het te benoemen. Het niet ondergaan van een screenings-test heeft geen effect op de kans dat jij of je naaste gediagnosticeerd wordt met die kanker. Alleen het ondergaan van zo'n bevolkingsonderzoek kan daar wat aan doen. Deelname daaraan is altijd een vrije keuze. Ik vind het een taak van een overheid, een ministerie, een RIVM en screeningsorganisaties om mensen zo goed mogelijk te informeren en drempels om deel te nemen zo laag mogelijk te maken. Laat ik daarbij benoemen, zonder te zeggen wat ik een acceptabele opkomst vind, dat ik de daling van de opkomst over de gehele breedte gewoon zorgelijk vind. Als die trend zich doorzet en niet gecorrigeerd wordt, zal dat wat betekenen voor het toekomstige aantal mensen dat gediagnosticeerd zal worden met meer voortgeschreden vormen van borstkanker.

Mevrouw Tielen vroeg ook naar jongeren en kanker. Hoe staat het met het beleid hiervoor? Welke kans is er op vroegsignalering? Moet onderzoek ook voor vrouwen onder de 50? Is de minister bereid te analyseren of het bvo ook voor jongere leeftijden ter beschikking moet komen? Ook hier komt dezelfde discussie over voor- en nadelen opzetten. De Gezondheidsraad evalueert periodiek of het bevolkingsonderzoek geoptimaliseerd kan worden. We kijken ook naar de leeftijd. Laat ik in algemene zin het volgende hierover zeggen. Op het moment dat een incidentie, het aantal diagnoses toeneemt, gaat de balans uiteraard overslaan en zullen ook op jongere leeftijd de voordelen opwegen tegen de nadelen. Hetzelfde geldt als we betere screeningsmethoden vinden. Op het moment dat de incidentie toeneemt, moet je het sterk overwegen. Ook dat kan soms gepersonaliseerd; ik kijk opnieuw naar zowel mevrouw Tielen als mevrouw Westerveld. Op basis van een persoonlijk risicoprofiel adviseer je de ene vrouw om te starten op de leeftijd van 45 of 48. En bij de andere doe je dat juist anders. Er is een nadrukkelijke overweging om het ook onder de 50 te doen. In ieder geval kijkt de Gezondheidsraad daarnaar, maar ook bij het ministerie zit het scherp op de radar. Dat geldt voor borstkanker en bijvoorbeeld ook voor darmkanker. Zoals u weet heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om dit jaar de bestaande leeftijdsgrenzen daarvoor van 55 niet te verlagen. Ik verwijs dan maar even naar omliggende landen; ik kijk naar mevrouw Van den Berg. In heel veel westerse landen ligt die leeftijd op 50 of zelfs op 45. Ik denk ook hier dat we in de nabije toekomst nadrukkelijk moeten overwegen om die leeftijd te verlagen. 55 is een hoge startleeftijd, ook voor dit bevolkingsonderzoek. Ik geef dus een wat breder antwoord, maar: ja, verandering in incidentie en in risicoprofiel, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van meer overgewicht op jongere leeftijd, kan ook wat betekenen voor de start van een bevolkingsonderzoek.

Voorzitter. Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van den Berg over een recent artikel in een Amerikaans tijdschrift, JAMA. Dat ging over bevolkingsonderzoek en de impact op de levensverwachting. Mevrouw Van den Berg zei dat

ik het niet eens was met de resultaten. Een hele kleine correctie: ik was het wel degelijk eens met de resultaten, maar niet met de conclusies en ook niet met de aanbevelingen die de eerste auteur, onder andere op verzoek van de Nederlandse pers, in de Nederlandse berichtgeving deed. Het advies was om toch sterk te overwegen om te stoppen met een bevolkingsonderzoek borstkanker.

Even voor de duidelijkheid het volgende. Wat hebben de onderzoekers gedaan? Ze hebben naar veel internationale screeningsonderzoeken en screeningsprogramma's gekeken. Ze hebben gekeken wat die screeningsprogramma's en bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en andere vormen van kanker doen voor de levensverwachting van de betreffende bevolking. Zij constateerden dat het effect gering was. Het effect was gering bij darmkankerscreening en in hun bevindingen was er eigenlijk nauwelijks een effect, met een onzekerheidsmarge, voor borstkanker, baarmoederhalskanker en een enkele andere vorm. Zij vertalen dat naar het advies: dan kun je er net zo goed mee stoppen. Ik vind dat niet alleen wetenschappelijk een dom advies, maar ik vind het ook een onverstandig advies.

Ik vind ook — dit kan ik rustig zeggen — dat de onderzoekers beter hadden kunnen weten. Laat ik dat even vertalen. Wij realiseren het ons allemaal heel gemakkelijk: als je innoveert in zorg en je wilt kijken naar een hele ruwe parameter — dat durf ik zo wel even te zeggen — een weinig gevoelige parameter, als de levensverwachting van de hele bevolking, dan bereik je het grootste effect als je iets doet gericht op ziekte en sterfte op hele jonge leeftijd, op een ziekte die veel voorkomt en waarbij je met methoden de hele bevolking kunt bereiken en je in hoge mate aan preventie en genezing kunt doen. Voor typische programma's in deze classificatie kun je denken aan goede geboortezorg, kindervaccinatieprogramma's, schoonwatervoorziening en riolering. Als je dat soort dingen installeert, heb je direct een effect op de levensverwachting van de bevolking in je hele land. Zo gauw je gaat focussen op aandoeningen die later in het leven voorkomen, en die individueel minder vaak voorkomen en dus zeldzamer zijn, en die moeilijker volledig te voorkomen of genezen zijn, wordt het effect op de hele levensverwachting direct kleiner. Maar dat wil niet datgene zeggen wat de auteurs vonden. De bevindingen zijn wat dat betreft totaal niet verrassend. Je hebt een effect een bierviltje nodig om dat uit te rekenen; dat kun je zo uit je hoofd doen. Maar de implicatie is niet dat je het bevolkingsonderzoek niet moet doen. Integendeel, je moet ermee doorgaan en je moet iedereen vooral adviseren om deel te nemen. Je moet alleen veel beter naar andere parameters kijken.

Tot slot, voorzitter. Als ik de vertaling doorzet naar de lijn van redeneren van de auteurs, van de onderzoekers uit Noorwegen in dit geval, dan zou dat betekenen dat, als je een patiënt diagnosticeert met borstkanker, je als behandelend verpleegkundige of dokter tegen die patiënt kunt zeggen: "U hoeft geen behandeling te ondergaan, want die is zinloos. Die doet voor de levensverwachting niets. Als wij u genezen, doet dat ook niets voor de levensverwachting bij u in de straat of bij u in het dorp." Als ik het zo vertaal, dan zegt iedereen: "Wat een onzin. Wat zegt die dokter nou? Ik zoek een andere dokter". Dat is de vergelijking, de analogie, hier. Dus: een prachtige studie, maar de resultaten zijn volstrekt voorspelbaar en de vertaling is onzinnig.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank aan de minister voor deze toelichting. Ik zag inderdaad in mijn tekst staan "de resultaten", maar dat moet natuurlijk "de conclusies" zijn. Over de resultaten kun je moeilijk discussie hebben. Ik heb dus de reactie van de minister in de media gelezen. Het baart mij zorgen dat dit toch ook weer bij mensen terecht kan komen. We hebben al geconstateerd dat 27% niet deelneemt. "Ach weet je, wat voor zin heeft het? Ik hoef het niet te doen." Dus kan de minister toezeggen dat als hij de percentages in deelname ziet afnemen, naast nu in het algemeen deze reactie, hij dit blijft monitoren en waar nodig dan ook hardere tegenspraak gaat bieden?

Minister Kuipers:

Ja, dat wil ik graag toezeggen. Ik ben het geheel met mevrouw Van den Berg eens. Daarom reageer ik ook zo omstandig, maar ook wel fel. Ik vind dat de betreffende onderzoekers echt de verantwoordelijkheid hebben om hun onderzoeksresultaten op een juiste manier over het voetlicht te brengen. Ook wetenschappelijk onderzoekers zijn soms gevoelig voor de hype van de dag en daarmee dus het overpresenteren en oververtalen van hun gegevens. Dat moeten wetenschappelijk onderzoekers niet doen, want zij weten bij uitstek wat de potentiële implicaties zijn. Hier kan het dus een effect hebben dat mensen gelezen hebben: o, dit is dus onzinnig. Nee, het is helemaal niet onzinnig.

Voorzitter. Ik heb nog een aantal vragen te beantwoorden. Mevrouw Paulusma vroeg of het mogelijk is om een opt-outregeling te realiseren bij borstkankeronderzoek, gezien het belang van onderzoek en de beschikbaarheid van gegevens bij vroege opsporing. De gegevens van deelnemers aan een bevolkingsonderzoek worden in de eerste plaats verzameld en gebruikt voor de uitvoering van het betreffende bevolkingsonderzoek naar kanker. Gegevensverwerking is dus nodig. Tegen die gegevensverwerking kan een deelnemer niet in bezwaar gaan, maar dat is eigenlijk ook niet in Frage. Men ondergaat een onderzoek om ook de resultaten te krijgen, dus is er verwerking nodig. Het is dus allereerst van groot belang dat we de kwaliteit van bevolkingsonderzoeken op orde houden en dat we daar ook wetenschappelijk onderzoek mee kunnen doen. In bevolkingsonderzoeken wordt er uitgegaan van de impliciete toestemming van deelnemers voor het gebruik van gegevens in wetenschappelijk onderzoek. Het is nu al mogelijk om daartegen bezwaar te maken. Om bevolkingsonderzoek te kunnen monitoren is het nodig om ook te kunnen beschikken over de gegevens uit vervolgdagnostiek, zodat kan worden bepaald of de juiste mensen zijn doorverwezen en of er geen afwijkingen zijn gemist. Voor het aanleveren van deze gegevens voor de monitoring en evaluatie van de landelijk aangeboden bevolkingsonderzoeken bestaat er voor de zorgaanbieders, waar deze vervolgdagnostiek wordt uitgevoerd, geen grondslag. Op dit moment wordt er een wetsvoorstel voorbereid, de Verzamelwet gegevensverwerking II, die een grondslag vormt voor deze aanlevering van gegevens. Ook hiervoor geldt dat deelnemers dan uiteraard bezwaar kunnen maken. Het belang daarvan onderschrijf ik al, en dat sluit volledig aan bij de discussie die we hier zojuist hadden, voor bestaand onderzoek maar ook voor een eventuele aanpassing daarvan.

Mevrouw Tielen vroeg hoe het staat met het nationaal kankerplan en de kankeragenda. Het Nederlands Kanker

Collectief is druk bezig met het finaliseren van die nationale kankeragenda. We zijn daar als ministerie stevig bij betrokken. Afgelopen dinsdag heeft een bijeenkomst plaatsgevonden betreffende het initiatief. We waren daarbij aanwezig. Op 27 november aanstaande wordt die uiteindelijke kankeragenda gepresenteerd. We zijn nog in overleg over de precieze vorm en rol et cetera daarbij.

Mevrouw Westerveld vroeg hoe vrouwen worden geïnformeerd. Krijgen ze niet nog te vaak te horen dat er geen tumoren zijn gevonden, terwijl dat misschien niet zo is? Ook bij dicht borstweefsel krijgen vrouwen een uitslag over een mammografie. Daarbij wordt nadrukkelijk in algemene zin, bij borstkanker maar ook bij andere vormen van kanker, altijd aangegeven: "Let op, het bevolkingsonderzoek levert niet een 100% ja-of-nee-uitslag op. Het gaat beide kanten op. Als we wat vinden, is vervolgonderzoek nodig, en als er geen verdachte beelden te zien zijn op een mammografie, wil dat niet zeggen dat u in de komende twee jaar niet als-nog borstkanker kunt ontwikkelen; dus blijf altijd alert". Het is ontzettend belangrijk om die informatie te blijven geven.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Misschien even ter aanvulling op mijn vraag: ik stelde die omdat er bij vrouwen met dicht borstweefsel natuurlijk veel minder te zien is op hun mammografie, dus als zij horen dat er geen tumor te zien is, dan kan dat natuurlijk een vals gevoel van veiligheid geven.

Minister Kuipers:

Ja, zeker.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Wij horen net iets te vaak dat de informatie aan vrouwen niet altijd even duidelijk is voor de vrouwen over wie het gaat. Vandaar dat ik die vraag stelde aan de minister. Ik hoor in zijn antwoorden dat hij ook aangeeft dat het heel belangrijk is om informatie op een goede manier aan te leveren, maar ik vraag hem nogmaals om het onder de aandacht te brengen.

Minister Kuipers:

Goed. Laat ik het zo doen dat ik die informatie, ook naar aanleiding van deze vraag en deze signalen, gewoon nog een keer extra door spelen aan het RIVM en daarmee ook aan Bevolkingsonderzoek Nederland. Ik zal hen vragen om daar nog eens een keer nadrukkelijk naar te gaan kijken om te zien of we dit op dit moment wel goed genoeg doen en waar dat nog verbeterd kan worden.

Even kijken. Deze vraag heb ik al gehad. Ik heb het ook al over alternatieve vormen gehad. En deze vraag heb ik ook al behandeld. Daarmee heb ik eigenlijk alle vragen behandeld, voorzitter.

De heer Dijk (SP):

Ik was even aan het wachten. Ik moet eerlijk toegeven dat ik het debat tot nu toe echt heel detailistisch en specifiek vond, en soms ook wel erg wetenschappelijk. Dat vind ik nogal ingewikkeld als het over medische dingen gaat, want ik ben geen wetenschapper. Maar als ik naar het burgerini-

tatief kijk en dat goed lees, zie ik dat er eigenlijk twee hele simpele dingen in staan, namelijk een oproep voor een pijnloos alternatief en voor het stimuleren van onderzoek. Volgens mij heeft de minister heel helder uiteengezet dat het stimuleren van onderzoek gebeurt en waarom dat lang op zich laat wachten. Volgens mij horen we ongeduld uit de Kamer met de vraag: hoe kan dat nou? Ik beschreef net dat daar vanaf 1975 initiatieven voor zijn, dat die in 1990 uiteindelijk begonnen zijn en dat we nog steeds deze methode hebben als best mogelijke methode om dit te onderzoeken.

Dan rijst bij mij wel een beetje de volgende vraag. Ik vroeg net ook al of er wel een noodzaak is voor leveranciers om de huidige vorm van het onderzoek en de huidige methode te verbeteren. Dan heb ik het echt over apparatuur. Dat sluit ook wel een beetje aan bij wat mevrouw Van den Berg zei. Nu wordt die apparatuur grotendeels geleverd door één Amerikaanse leverancier. Volgens mij voelt die nul noodzaak om daar ook maar iets aan te verbeteren. Mijn vraag aan deze minister is dus ... Ik maak 'm even kort; het was een wat langere inleiding, maar ik heb geen andere interruptie gedaan vandaag.

De voorzitter:
Zo is het.

De heer Dijk (SP):
Is het openbreken van de marktmacht, als het gaat om het leveren van apparatuur voor deze vorm van borstkankeronderzoek, een manier om in ieder geval meer stappen te gaan zetten dan wij de afgelopen 10, 20, 30 jaar hebben gezet?

Minister Kuipers:
Dan moet ik eigenlijk ook een heel uitvoerig antwoord teruggeven. Ik denk dat de heer Dijk een belangrijk punt noemt: zijn alle stimulansen om te verbeteren wel maximaal ingesteld en gelijk gericht? Ik ben als het gaat over apparatuur en verbetering minder somber dan de heer Dijk. Ik ben ervan overtuigd dat bedrijven er ook ontzettend veel aan gelegen is om te verbeteren; dat geldt voor het bevolkingsonderzoek voor borstkanker, maar ook voor andere vormen van kankerscreening. Bedrijven zien namelijk ook dat in onderzoeken in dit veld wel degelijk heel erg veel gebeurt. Bedrijven denken ook vooruit: wat ik nu als apparatuur en als standaard in een bepaalde markt heb, kan morgen wel eens gedateerd zijn en daarmee niet meer nodig, tenzij ik zelf ook verbeter. Het is dus echt een gezamenlijk actie op heel veel terreinen, en dus ook bij bedrijven, om apparatuur te verbeteren.

De voorzitter:
De heer Dijk nog even? Nee? Dan mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):
Dit triggert bij mij toch een vraag. De minister zegt dat ieder bedrijf er belang bij heeft, omdat er morgen een concurrent kan zijn met een beter product en het dan out of business is. Volgens de minister heeft een bedrijf dus een stimulans

om dat te doen. Dan ben ik eigenlijk wel heel benieuwd of de minister in de brief die hij toch gaat schrijven een beetje marktinzicht kan geven. Als er nu wereldwijd bijvoorbeeld maar twee aanbieders van dit soort apparatuur zijn, dan is die prikkel absoluut veel minder sterk dan wanneer er nu wel tien aanbieders zijn.

Minister Kuipers:
Ik wil de brief niet te groot maken, want dan wordt het echt een epistel dat heel breed is en over heel erg veel gaat. Dat moeten we niet doen. Ik heb een aantal punten genoemd die ik graag wil toevoegen; ik denk dat het er al vrij veel zijn. Maar deze vraag wil ik heel graag mondeling beantwoorden. Ontwikkelingen op het terrein van screening zijn breed. Ondanks dat veel dingen tijd kosten, denk ik dat ze echt in een acceleratiefase zitten. Ik heb al bijzondere dingen genoemd. Er zijn een aantal aspecten waar ik wel degelijk verwachtingen van heb. Denk aan andere vormen van screening, bijvoorbeeld met bloed of adem, of aan de gepersonaliseerde inzet van AI. Er zit veel ontwikkeling in, en dat zien bedrijven ook. Ik merk ook dat bedrijven dat zien. Ik kan niet specifiek iets zeggen over mammografieapparatuur, maar ik zei al dat er ook in het kader van de mammografie bepaalde initiatieven zijn. Ook daar kan AI een rol bij spelen. Bedrijven moeten dat dus doen. Hetzelfde zie ik op het terrein van bijvoorbeeld de darmkankerscreening. Daar gebeurt precies hetzelfde. De traditionele methode, met een endoscopie, is allang ingehaald door veel slimmere methoden voor het screenen van ontlasting. Dat betekent dat er opeens veel minder endoscopieën nodig zijn. Toen bleek opeens dat pijn een hele belangrijke factor was voor het vervolgonderzoek. Dat vroeg dus heel erg om het inzetten en ontwikkelen van endoscopieapparatuur die veel minder belastend was. Dat hebben we zien gebeuren. En zo kan ik nog wel even doorgaan.

De heer Dijk (SP):
Mevrouw Van den Berg stelde een vraag die ik ook had. Daar kan ik dus mooi even bij aansluiten. De minister beweert dat er bij bedrijven voldoende prikkel is om niet uit de markt geconcentreerd te worden of om ervoor te zorgen dat er een beter alternatief is. Waarom is dat de afgelopen 30 jaar dan niet gebeurd? We zijn dit eigenlijk op precies dezelfde manier aan het onderzoeken, en er is helemaal geen vooruitgang geweest. Precies op dit specifieke punt, als het gaat om die apparatuur, is het precies hetzelfde als 30 jaar geleden.

Minister Kuipers:
Met respect, dat is niet helemaal waar. Er is echt wel degelijk vooruitgang; dat moeten we ook benoemen. Alleen, de basismethode is nog hetzelfde, gezien de anatomie. Dat is namelijk gebruikmaken van röntgenstralen, een afbeelding maken van een borst en het gebruik van de plaat et cetera. Je kunt dat op twee manieren benaderen. Je kunt zeggen: dat is het achterwege blijven van innovatie. Het volgende benoemde ik zojuist al; ik herhaal mijn woorden even. Je kunt ook zeggen: met de oorspronkelijke techniek is de lat heel erg hoog gelegd. Ik ga de discussie van zojuist niet herhalen. Het betekent dat je echt zeer innovatief moet zijn om die techniek, los van de kleine, incrementele aanpassingen, te verbeteren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan wil ik de minister bedanken voor zijn eerste termijn. Ik kijk even naar de Kamerleden. Kunnen we, ondanks het tijdstip, meteen door naar de tweede termijn? Dat is het geval. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma van D66 voor haar tweede termijn.



Mevrouw Paulusma (D66):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de minister voor de beantwoording van alle vragen die gesteld zijn. Criado Perez schreef het boek "Onzichtbare vrouwen". Hierin liet ze aan de hand van data zien dat de wereld voor en door mannen ontworpen is. De minister mag het van mij lenen. Zij beschrijft daarin ook treffend de gevolgen van de genderdatakloof. Zij noemt een heleboel voorbeelden. Een daarvan is bijvoorbeeld dat airbags in auto's alleen op mannen worden getest, en dat dit vrij nadelig is voor vrouwen. Ze beschrijft ook veel voorbeelden over de zorg. Ze beschrijft bijvoorbeeld ook dat de gemiddelde telefoon te groot is voor een vrouwenhand. Zo kunnen we eigenlijk nog de hele dag doorgaan over hoe de wereld voor en door mannen ontworpen is. Dat was mijn punt, ook net tijdens de interupties, als het gaat over de zorg. Daar ligt dus ook mijn zorg.

Voorzitter. Deze genderdatakloof is er. Die is er in de zorg. Als we daar niets aan doen, zal die er ook nog wel een tijdje blijven. Het burgerinitiatief is hier, wat mij betreft, ook een illustratie van. Daarom dien ik twee moties in. Eén motie is een spreekt-uitmotie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen vrouwen en mannen;

constaterende dat er door deze gezondheidsverschillen vaak andere onderzoeken, diagnoses en behandelingen nodig zijn;

spreekt uit dat seksespecifieke zorg en onderzoek de standaard moeten zijn in toekomstige ontwikkelingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Paulusma en Westerveld.

Zij krijgt nr. 2 (36376).

Mevrouw Paulusma (D66):

Zie de laatste motie als een aanmoediging. Ik hoorde de minister zeggen: er is nog geen grondslag voor de opt-outregeling als het gaat om het delen van gegevens. Laat deze motie dan een aanmoediging zijn om de opt-outregeling voor bevolkingsonderzoeken op nummer een te zetten.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat borstkanker veel voorkomt en dat de kans op een geslaagde behandeling groter is bij een vroege opsporing;

overwegende dat het beschikbaar stellen van relevante gegevens inzake een bevolkingsonderzoek van belang is voor zowel de patiënt als de zorgprofessional;

overwegende dat het beschikbaar stellen van deze gegevens nog niet overal goed gaat;

verzoekt de regering om bij bevolkingsonderzoeken een opt-outregeling te realiseren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Paulusma en Tielens.

Zij krijgt nr. 3 (36376).

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Ik geef het woord aan de heer Dijk van de SP.



De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik had net al een klein debatje met de minister over de marktmacht als het gaat om apparatuur. Daarom heb ik de volgende motie geschreven.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er sprake is van een vrijwel volledig monopolie als het gaat om de levering van mammografie-systemen;

overwegende dat marktmacht ontwikkeling en vooruitgang tegenhoudt;

verzoekt de regering om stappen te ondernemen om de marktmacht van de leverantie van mammografiesystemen en andere borstkankerscreeningsapparaten te breken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Dijk.

Zij krijgt nr. 4 (36376).

De heer **Dijk** (SP):
Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Dijk. Dan geef ik het woord aan mevrouw Westerveld, GroenLinks. Mevrouw Pouw-Verweij ziet af van haar tweede termijn.



Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):
Ik heb twee moties. De eerste dien ik samen met mevrouw Tielen in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor een deel van de vrouwen te pijnlijk is of het vanwege een misbruikverleden een heftige ervaring is, waardoor zij niet deelnemen;

constaterende dat het bevolkingsonderzoek voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel niet nuttig is, omdat tumoren niet kunnen worden waargenomen op de foto's;

van mening dat er voor al deze vrouwen ook een effectieve screening op borstkanker moet zijn;

verzoekt de regering zichtbare stappen te nemen en toe te werken naar alternatieve borstkankeronderzoeken zodat vrouwen waarbij de mammografie niet passend is, ook deel kunnen nemen aan het bevolkingsonderzoek,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Westerveld en Tielen.

Zij krijgt nr. 5 (36376).

Mevrouw **Westerveld** (GroenLinks):
De tweede motie dien ik in met mevrouw Paulusma.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het interval voor het bevolkingsonderzoek langer is dan de Gezondheidsraad adviseert;

overwegende dat sommige vrouwen een hoger risico hebben op borstkanker dan andere vrouwen;

overwegende dat voor vrouwen met een hoger risico de kans dan groter wordt dat borstkanker te laat wordt ontdekt;

verzoekt de regering het bevolkingsonderzoek in de toekomst meer in te richten op basis van het risicoprofiel van de deelnemer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Westerveld en Paulusma.

Zij krijgt nr. 6 (36376).

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Ik geef het woord aan mevrouw Tielen van de VVD.



Mevrouw **Tielen** (VVD):

Voorzitter. Ik weet dat we hier niet zijn om het debat te recenseren, maar ik wil toch benoemen dat ik het een heel mooi debat vond. Dat kwam mede door de initiatiefnemer, die vanuit de beleving van heel veel vrouwen een onderwerp op de agenda zette. Daar zijn we vervolgens als Kamer met de minister over in debat gegaan. Dat doen we om duidelijk te maken hoe groot het probleem is en om vervolgens met elkaar te zoeken naar inhoudelijke oplossingen die ook daadwerkelijk verder komen. Misschien gaat dat minder snel dan we zouden willen — laat ik voor mezelf spreken, maar ik geloof dat dat meer gezegd is — maar wel op een goede manier. Nogmaals, ik waardeer daarom de initiatiefnemer, maar ook het bespreken hiervan met de collega's.

Er zijn twee moties ingediend met mede mijn handtekening eronder. Ik heb geen eigen moties, maar ik kijk wel heel erg uit naar de brief die we in december krijgen. We hebben immers heel veel dingen besproken waarvan ik graag zou willen weten dat we daar op een redelijk korte termijn volgende stappen in maken om te zorgen dat innovaties niet blijven hangen in laboratoria maar gewoon daadwerkelijk beschikbaar komen voor gewone mensen zoals u en ik.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg, CDA.



Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Eerst nogmaals dank aan mevrouw Van der Draaij voor dit initiatief, want anders hadden we nooit deze inhoudelijke discussie gehad. Dank aan de minister voor de antwoorden. Net als mevrouw Tielen dacht ik dat de conclusie van dit debat in ieder geval zou zijn dat er wat alternatieven beschikbaar zouden komen. Ik denk dat de minister wel heeft toegelicht waarom dat allemaal minder snel gaat gebeuren dan in ieder geval het CDA had gehoopt. Ik ben wel blij dat de minister kijkt naar meer risicogericht bevolkingsonderzoek en dat hij in de brief die we gaan krijgen, terugkomt op het verzoek van het KWF om uitgebreider in te gaan op de ontwikkelagenda. Ik ben ook blij met de toezegging aan het CDA dat de minister met name ingaat op de vraag waarom druk-informatiegestuurde mammografie in andere landen wel wordt toegepast, hoe het met de resultaten en de effectiviteit zit en waarom dat

hier wel of niet zou kunnen. Dus nogmaals dank aan mevrouw Van der Draaij voor dit debat.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Maeijer, PVV.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u, voorzitter. Het onderwerp van het debat is herkenbaar, zo herkenbaar dat veel mensen de moeite hebben genomen om het initiatief te ondersteunen. Ik kan me zo voorstellen dat het misschien toch wat onbevredigend is dat er nu, om veel door de minister gegeven goede redenen, niet iets heel concreets uit dit debat lijkt te komen. Zo had ik bijvoorbeeld gevraagd om het inzetten van bestaande minder pijnlijke alternatieven voor bepaalde groepen vrouwen. Ook daar geeft de minister eigenlijk hele begrijpelijke redenen om dat niet te doen, maar die alternatieven zijn er wel. Dat maakt het mijns inziens toch wat cru. Ik ben geen medisch specialist of wetenschapper en ik ben bij dit type bevolkingsonderzoek ook geen ervaringsdeskundige, maar ik ben wel bekend met de ervaringen van pijn en ongemak bij dit onderzoek en ook met het levensverwoestende effect van de ziekte borstkanker. Dat zijn beide toch hele goede redenen om op een of andere manier vaart te maken met het onderzoek naar minder pijnlijke alternatieven. Ik zou de minister dan ook echt willen oproepen om dat te doen.

Dank u wel. En nogmaals dank aan de initiatiefnemer.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Drost, ChristenUnie.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst ben ik blij dat er een open debat was. Dat was volgens mij goed en ik ben ook blij dat de minister een eerlijke beantwoording gaf. Volgens mij is dat ook goed en doet dat recht aan een burgerinitiatief en ook aan de Kamer en het open debat. So far, so good.

Het is ook goed om te horen dat er onderzoeken lopen en dat de minister daarop terug zal komen aan het eind van het jaar, maar ik heb nog één punt van kritiek. Ik ben nog niet tevreden met het antwoord op mijn specifieke vraag wat we tot die tijd voor vrouwen kunnen betekenen en of we ze niet op een of andere manier tegemoet kunnen komen. Ik wil dat graag onderzocht hebben door de minister en op papier gesteld hebben. Daarom heb ik de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het burgerinitiatief Bevolkingsonderzoek borstkanker het verzoek doet om vrouwen de gelegenheid

te geven om vrijwillig te kiezen voor alternatieve onderzoeksmethoden;

verzoekt de regering te onderzoeken op welke manier en op welke termijn aan deze vraag gehoor kan worden gegeven en wat de gevolgen hiervan zouden zijn op de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Drost en Dijk.

Zij krijgt nr. 7 (36376).

Dank u wel, meneer Drost.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de minister om te zien of vijf minuten schorsen voldoende is. Ja, dat is het geval. Daarna gaan we naar de tweede termijn van de kant van het kabinet.

De vergadering wordt van 13.18 uur tot 13.24 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de minister voor zijn tweede termijn.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Allereerst nogmaals mijn dank aan mevrouw Van der Draaij voor dit initiatief en daarmee ook voor dit debat. Ik realiseer me dat het af en toe misschien nogal ging over gegevens en, zoals de heer Dijk noemde, wetenschappelijke aspecten. Excuus daarvoor, maar dit wordt opgeroepen door de vragen. Het geeft juist aan hoe belangrijk dit is en hoe zorgvuldig dit moet, en hoeveel verschillende aspecten hier ook aan zitten.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de moties.

De motie op stuk nr. 2 is een spreekt-uitmotie; dat vraagt van mij geen appreciatie.

De motie op stuk nr. 3 krijgt oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 4 ontraad ik; dit is aanbestedingsplichtig, waarbij Europese aanbestedingsregels gelden. En overigens, anders dan de heer Dijk stelde, zowel bij het indienen van de motie als eerder in het debat, is er niet één leverancier. Er zijn zes tot zeven grote leveranciers op dit terrein.

De motie op stuk nr. 5 gaat over onderzoek blijven doen naar gelijkwaardige alternatieven. Ja, zeer van harte mee eens! Ik gaf dat ook al aan. Ik kan echter niet toezeggen dat dit ook betekent en impliceert en oplevert dat er in de toekomst voor iedereen een gelijkwaardig alternatief aan te bieden is. Als ik dus met die nadrukkelijke kanttekening de motie mag interpreteren, krijgt zij oordeel Kamer.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mevrouw Westerveld om te zien of zij zich kan vinden in de interpretatie van de minister. Mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik snap heel goed dat de minister geen harde garanties kan geven, want die kun je nooit geven als het gaat over onderzoeksmethoden. Wat we natuurlijk wel heel uitdrukkelijk vragen is om echt zichtbare stappen te nemen — zo staat het ook in die motie — om ervoor te zorgen dat er nog harder dan nu gewerkt wordt aan betere alternatieven, zoals ook natuurlijk in het burgerinitiatief goed beschreven staat. Met "zichtbaar" bedoelen we dan dat we daar regelmatig iets over terug krijgen te horen, of dat er misschien af en toe een Kamerbrief over kan komen. Op die manier kunnen we als Kamer een vinger aan de pols houden om te kijken of er op dit vlak goede stappen worden gezet.

Minister Kuipers:

Daarmee krijgt de motie oordeel Kamer, zoals ik al aangaf. Let wel, het lijkt bijna alsof het de minister is die hier op de rem gaat staan. Dat is nadrukkelijk niet het geval. Het zal duidelijk zijn en mevrouw Pouw-Verweij gaf dat ook al aan: screening op kanker — denk aan borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker en andere — gaat mij zeer aan het hart, omdat ik ervan overtuigd ben dat het juist iets kan doen aan het genezen van mensen en het minder invasief maken van behandelingen. Het gaat me zeer aan het hart; je wilt het continu verbeteren. Maar ik weet ook hoe zorgvuldig het moet en ook dat onderzoek tijd vergt. We zijn hier in de politiek gewend dat zes maanden al lang is. Twaalf maanden is heel erg lang en achttien maanden is ongelofelijk lang. In dit veld werkt dat niet zo; dat heb ik wel proberen uit te leggen.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 5 krijgt oordeel Kamer. Dan gaan we naar de motie op stuk nr. 6.

Minister Kuipers:

Die krijgt eveneens oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 7 ontraad ik. Die vraagt eigenlijk om het organiseren van een alternatief bevolkingsonderzoek. Ik verwijs naar het debat. Dat is onverstandig; dus nadrukkelijk ontraden.

De voorzitter:

Dat roept nog een vraag op bij de heer Drost.

De heer Drost (ChristenUnie):

We hebben een debat gevoerd, maar in dat debat kun je niet al de facetten benoemen die bijvoorbeeld in zo'n burgerinitiatief worden genoemd. Mijn simpele vraag via de motie is eigenlijk: kunt u daar eens naar kijken en daarop reageren richting de Kamer? Ik kan vanzelfsprekend ook op andere manieren daarom verzoeken. Dat wil ik best doen. Maar feitelijk is de essentie van mijn motie: kunnen we hier niet eens naar kijken; welke mogelijkheden via het veld ziet

de minister om tegemoet te komen aan de simpele vraag van vrouwen of er alternatieven beschikbaar zijn en of zij daaraan misschien mogen deelnemen, als dat kan?

Minister Kuipers:

Ik ben bang dat we in de allerlaatste vraag en de allerlaatste discussie het hele debat even platslaan. Ik heb uitvoerig stilgestaan bij wat er gebeurt, welke afwegingen er zijn, wat snel kan en wat helaas tijd kost. Daarom ontraad ik deze motie.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van de behandeling van dit burgerinitiatief. Ik wil langs deze weg nogmaals mevrouw Van der Draaij danken voor haar initiatief. Ik vond dat mevrouw Tielen het mooi samenvatte, namelijk dat mevrouw Van der Draaij verantwoordelijk is voor het debat op de inhoud dat wij hier vandaag gevoerd hebben. Dank voor het feit dat haar initiatief dit onderwerp op de Kameragenda heeft gezet.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

We zullen op dinsdag 12 september stemmen over de ingediende moties. Mevrouw Van der Draaij, ik zal u natuurlijk informeren over de uitkomst daarvan, maar wellicht gaat u zelf ook kijken. Ik kan me daar wel iets bij voorstellen.

Ik dank de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor zijn beantwoording. Ik schors de vergadering voor een kwartier en daarna gaan we stemmen over de motie die is ingediend bij het tweeminutendeбат over de Informele Landbouw- en Visserijraad.

De vergadering wordt van 13.29 uur tot 13.45 uur geschorst.