



JAARVERSLAG 2008 FEMALE CANCER PROGRAM FOUNDATION



INHOUDSOPGAVE

1.	De Stichting FCP en haar doelstellingen	blz. 3
2.	Het Female Cancer Program in Indonesië en Zuid-Afrika	blz. 4
3.	Toekomst	blz. 7
4.	Fondsenwervende activiteiten van de Stichting	blz. 7
5.	Financiën	blz. 8
6.	Samenstelling van het Bestuur	blz. 8
7.	Contact informatie	blz. 10

1. De Stichting FCP en haar doelstellingen

De Stichting Female Cancer Program is opgericht op 8 februari 2006 bij Notaris Mr. R.H. Breedveld te Leiden. Het doel van de Stichting is om de activiteiten van het Female Cancer Program (FCP) te ondersteunen in de organisatie, het beleid en met name bij het werven van fondsen.

Het FCP heeft zich vanaf het begin van haar bestaan toegelegd op het voorkomen en behandelen en op termijn uitroeien van baarmoederhalskanker (cervix carcinoom) in ontwikkelingslanden met een hoog risico voor deze ziekte. Daarnaast streeft het FCP een aantal bredere doelen na zoals het verbeteren van de empowerment van vrouwen in ontwikkelingslanden en een toename van bewustwording (awareness) voor seksueel overdraagbare aandoeningen, als onderdeel van het millenniumdoel voor seksuele en reproductieve gezondheid.

In 2000 hebben regeringsleiders van 189 landen afgesproken om vóór 2015 de belangrijkste wereldproblemen aan te pakken. Er zijn acht concrete doelstellingen vastgelegd: de millenniumdoelen. Het FCP sluit aan bij drie van de acht doelstellingen namelijk:

- ◆ Mannen en vrouwen gelijkwaardig (gender equality);
- ◆ Verbetering van de gezondheid van moeders (maternal health);
- ◆ Bestrijding van HIV/Aids, malaria en andere dodelijke ziektes.

Baarmoederhalskanker is een ziekte die door een virus wordt veroorzaakt (het Human Papilloma Virus (HPV) en zich geleidelijk ontwikkelt. Door adequate voorlichting en preventieve screening is deze dodelijke ziekte te voorkomen.

Tenslotte stimuleert en entameert het FCP onderwijs en wetenschappelijk onderzoek gerelateerd aan de bovengenoemde Millennium doelen. In ontwikkelingslanden is het vóórkomen (prevalentie) van baarmoederhalskanker een stuk hoger dan in de ontwikkelde westerse wereld. Wereldwijd treft deze ziekte jaarlijks ruim 500.000 vrouwen, van wie meer dan de helft sterft. Dat betekent dat elke 2 minuten een vrouw overlijdt, eigenlijk onnodig, aan deze ziekte. 80% van deze vrouwen woont in ontwikkelingslanden. Wegens onderrapportage, met name in ontwikkelingslanden, liggen deze getallen in werkelijkheid nog een stuk hoger. In deze landen is baarmoederhalskanker de meest voorkomende kanker onder vrouwen. Deze hoge prevalentie heeft te maken met de armoedige leefomstandigheden, cultuur, voeding en seksuele gewoontes. Ook het gebrek aan onderwijs en emancipatie van vrouwen en de minimale toegang tot gezondheidszorg spelen hierbij een belangrijke rol. De slachtoffers zijn vaak jong. Wegvallen van hen betekent een "ramp" voor het gezin, maar ook voor de plaatselijke economie, die voor een groot deel door vrouwen gedragen wordt.

De meeste vrouwen in de Westerse samenleving hebben goede toegang tot effectieve preventieve zorg, zoals screening programma's en sinds kort ook de mogelijkheid van vaccinatie. Dit geldt niet voor vrouwen in ontwikkelingslanden.

In het Leids Universitair Medisch Centrum (het LUMC) is in de jaren tachtig een multidisciplinair samenwerkingsverband ontstaan van specialisten verenigd rondom de gezamenlijke zorg voor vrouwen met baarmoederhalskanker ter bestrijding en uiteindelijke uitroeiing van deze ziekte in ontwikkelingslanden. Samenwerking is opgebouwd met instituten op het gebied van gezondheidszorg en overheden in Suriname, Indonesië en Zuid-Afrika. Dit heeft geleid tot de oprichting van het Female Cancer Program (FCP). Onderzoek wordt onder andere verricht naar programma's ter preventie van baarmoederhalskanker, welke kosteneffectief kunnen worden toegepast in derde wereldlanden. De programma's worden uitgevoerd onder de begeleiding van het FCP en vinden op dit moment plaats in de meest arme streken van Indonesië en Zuid-Afrika.

De aanpak van het FCP heeft in Suriname inmiddels geleid tot het zelfstandig uitvoeren van de activiteiten door lokale gezondheidswerkers en het ministerie van gezondheid.

Het FCP werkt structureel samen met collega instituten in Indonesië, Suriname en Zuid-Afrika bij de voortgang van het onderzoek en het uitvoeren van het programma in deze

landen. Het streven is om met de in deze landen opgedane ervaring het FCP verder uit te breiden naar andere hoog risico gebieden in de wereld met het uiteindelijke doel de uitroeiing van de ziekte.

De Stichting FCP ondersteunt met name de uitvoerende activiteiten van het FCP.

2. Het Female Cancer Program in Indonesië en Zuid-Afrika

De Stichting heeft van het Ministerie van Buitenlandse Zaken in september 2006 een subsidie van € 3.3 mln toegezegd gekregen (2007-2010). Deze subsidie is toegekend voor een periode van 4 jaar voor het opstarten en uitvoeren van het See and Treat programma in Indonesië en Zuid-Afrika. Omdat de subsidie valt onder het Medefinancieringsstelsel (MFS) van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (BuZa) heeft de Stichting de verplichting om in 2009 en 2010 minimaal 25% aan matching funds te verkrijgen. De uitvoerende activiteiten van het FCP berusten op 4 pijlers die hieronder kort zijn toegelicht.

I Awareness

In de betrokken gebieden worden voorlichtingbijeenkomsten georganiseerd voor vrouwen van 20-60 jaar. De voorbereiding gebeurt samen met de lokale gezagshebbers waaronder stamhoofden, lokale en regionale gezondheidsorganisaties, vrouwenorganisaties en overige relevante NGO's. Het FCP team reist met een bus naar de locatie en kan op die manier de meest afgelegen gebieden bereiken. De werkwijze van het FCP wordt uitgelegd en tevens wordt voorlichting gegeven over alle aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid. Voorts worden de vrouwen technieken aangereikt waarmee ze hun onderhandelingspositie in relaties kunnen verbeteren als het gaat om het gebruik van condooms of anticonceptie. De voorlichting draagt daarmee in belangrijke mate bij aan "empowerment" van vrouwen.

II See and Treat (S&T)

Na de voorlichting worden op dezelfde dag, of zo snel mogelijk erna, de vrouwen van 30-50 jaar onderzocht op mogelijke voorstadia van baarmoederhalskanker. Dit gebeurt door middel van het aanstippen van de baarmoederhals met een azijnzuuroplossing, die aangedane plekken op de baarmoederhals wit kleurt. Indien er afwijkingen zijn worden deze in dezelfde zitting met een vloeibaar stikstof behandeld (Cryotherapie). Na ± 4 maanden is de baarmoederhals geheel hersteld. De behandeling heeft geen invloed op de mogelijkheid op zwanger te worden en kinderen te krijgen.

Het uitvoeren van het onderzoek en in dezelfde zitting eventueel behandelen is een belangrijk uitgangspunt van het S&T. Het is voor de vrouwen praktisch (ze hoeven maar één keer te komen), er zijn nauwelijks drop-outs en het is logistiek goed uitvoerbaar. Per jaar worden totaal in Indonesië en Zuid-Afrika binnen het FCP ruim 118.000 vrouwen tussen de 15 en 60 jaar voorgelicht en 48.000 in de leeftijd van 30 en 50 jaar onderzocht, waarvan gemiddeld 10% een behandeling ondergaat.

De kosten van het onderzoek en behandeling bij een vrouw in Indonesië bedragen ± €5,-. Al met al is het S&T een uiterst kosteneffectieve methode om het ontstaan van baarmoederhalskanker te voorkomen. De behandeling is goed verdraagbaar en er zijn nauwelijks complicaties. Dit laatste is van groot belang omdat de meeste vrouwen zich nog in de reproductieve levensfase bevinden. De tevredenheid en acceptatie van de vrouwen voor de See and Treat methode is wetenschappelijk onderzocht met als uitkomst dat op beide onderdelen hoog gescoord wordt. In Indonesië heeft de minister van Volksgezondheid de bestaande screening in low resource settings met Pap smear vervangen door de See and Treat methode. Dit is gedaan vanwege de effectiviteit, de lage kosten en de betere toegankelijkheid en acceptatie van deze benadering.

III Education and training

Vanuit het FCP worden lokale en bij voorkeur vrouwelijke gezondheidswerkers (artsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen en voorlichters) opgeleid in het uitvoeren van de voorlichting, de screening en de behandeling. Het onderzoek en de cryotherapie zijn relatief gemakkelijk te leren verrichtingen.

Eerst wordt een kopgroep gezondheidswerkers opgeleid. Vervolgens leidt deze groep in hun eigen regio lokale mensen op volgens het train the trainer principe. Met deze aanpak wordt beoogd dat het programma op den duur geheel door de eigen lokale mensen wordt uitgevoerd. Er worden op dit moment in totaal ± 3.000 gezondheidswerkers per jaar opgeleid in Indonesië en Zuid-Afrika.

IV Sustainability

Een belangrijk doel van het FCP is een blijvende verankering van het programma in de betrokken gebieden. Een sleutelprincipe daarbij is dat alles vanuit de plaatselijke cultuur wordt opgebouwd (bottom-up). Het is van groot belang om te zorgen voor politieke steun op zowel lokaal, als regionaal als nationaal niveau. Er wordt veel energie en aandacht besteed aan het onderhandelen met politieke en religieuze leiders en met vrouwenorganisaties op alle niveaus. Zo heeft de vrouw van de president van Indonesië haar steun toegezegd en heeft zij dit jaar het startschot gegeven voor een landelijke campagne over het voorkómen en behandelen van borst- en baarmoederhalskanker.

Tevens is van belang om op professioneel en universitair niveau de FCP aanpak te verankeren. Zo worden intensieve contacten onderhouden tussen het LUMC en de universiteiten in Indonesië en Zuid-Afrika. Daarnaast vindt regelmatig uitwisseling van studenten over en weer plaats. Het opleiden van lokale mensen draagt bij aan de duurzaamheid omdat het uiteindelijke doel is dat het programma door hen wordt overgenomen.

Het programma is na een aanloopfase in 2007, in 2008 goed op gang gekomen. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke aantallen in 2008 bereikt zijn.

Regio	Awareness Aantal voorgelichte vrouwen 2008	See&Treat Aantal gescreeende vrouwen 2008	Education and training Aantal opgeleide gezondheidswerkers 2008
Bali (Indonesië)	28.383	13.437	2.014
Jakarta (Indonesië)	6.173	3.503	0
Medan (Indonesië)	30.733	10.674	357
Tasikmalaya (Indonesië)	27.313	8.301	113
Banjarmasin (Indonesië)	10.283	7.478	521
Manado (Indonesië)	6.275	1.745	271
Surabaya (Indonesië)	12.205	4.690	46
East London (Zuid-Afrika)	875	463	41
Totaal	118.621	48.090	3.098

In 2007 is veel aandacht besteed aan een gedegen voorbereiding met de lokale partners. Dit heeft meer tijd gekost dan van te voren was voorzien, maar is van essentieel belang gebleken voor het goed inbedden van de activiteiten in de regio's. Het doel om het

programma uiteindelijk duurzaam te verankeren in deze landen vergt een aanpak die gericht is op samenwerking, draagvlak en bottom-up benadering. Dat vergt tijd en inspanning van de mensen zowel in Nederland als in de regio's. Dit heeft in 2008 geresulteerd in een boeiend en succesvol jaar met veel enthousiasme bij alle lokale partners.

Hieronder worden een vijftal praktijkvoorbeelden geschetst die een indruk geven hoe effectief, efficiënt en creatief de partners met het See and Treat programma omgaan.

1. De duurzaamheid van het See and Treat in Zuid-Afrika

In Zuid-Afrika is het See and Treat relatief langzaam van de grond gekomen omdat het Consortium Agreement door de overheid getekend diende te worden. Deze vertraging heeft als voordeel dat de overheid zich nu mede verantwoordelijk voelt voor het programma en de infrastructuur. Daarnaast stellen zij het personeel, de medische basis instrumenten en de wegwerpartikelen ter beschikking. Het FCP verzorgt de training, supervisie en levert de cryoguns. Deze samenwerking is zodanig duurzaam dat de verwachting is dat na 2010 het See and Treat op eigen benen kan staan.

2. De efficiënte werkwijzen van Bali en Medan

In Bali en Medan is er een decentrale manier van trainen, screenen en voorlichten opgezet waardoor er groter bereik wordt gecreëerd. Gezondheidswerkers van de verschillende districten worden centraal getraind en deze kopgroep is verantwoordelijk voor de training in zijn district. Nadat de gezondheidswerkers van de klinieken in de betreffende districten zijn getraind worden zij verantwoordelijk voor de screening en voorlichting in de subdistricten. Er wordt als het ware een getrap systeem van training, screening en voorlichting gecreëerd. De supervisie wordt uitgevoerd door de kopgroep en vindt één keer per maand plaats.

3. Uitnodigen van stakeholders voor het See and Treat programma

In Indonesië worden stakeholders uitgenodigd voor het See and Treat om het programma zelf te ervaren door deel te nemen aan de screening. Het idee erachter is dat als deze vrouwen een positieve ervaring hebben met het See and Treat, zij het programma beter zullen promoten en ondersteunen. Dit blijkt in de praktijk goed te werken.

4. Het ontsluiten van afgelegen gebieden in Indonesië

Het See and Treat programma is ook actief in de provincie Kalimantan met als hoofdstad Banjarmasin. Deze provincie is afgezien van de hoofdstad een relatief moeilijk begaanbaar gebied. Om bevolkingsgroepen in afgelegen gebieden te bereiken wordt het transport over de rivier ingezet. Met bootjes vaart het See and Treat team in twee dagen naar de betreffende gebieden toe. Omdat het vervoer dus dagen in beslag neemt is het moeilijk om in dit gebied grote screenings- en voorlichtingsaantallen te halen.

5. Het conservatieve maar praktische Tasikmalaya

Tasikmalaya is een op West Java gelegen stad op ruim 100 kilometer van Bandung. In het gelijknamige district wonen 1.5 miljoen inwoners, maar het wordt wel als een ruraal gebied beschouwd. Het gebied kent vele moslimsinstituten en staat bekend als conservatief moslimgebied. Het See and Treat werkt succesvol samen met verschillende mosliminstituten. Tijdens het vrijdagmiddag gebed bespreken verschillende imams het See and Treat programma in Tasikmalaya en doen een beroep op de mannen om hun vrouwen naar het programma te sturen. Omdat de imam een gezaghebbend persoon is, wordt zijn raad ter harte genomen.

In 2008 is regelmatig constructief overleg geweest met het Ministerie van Buitenlandse Zaken over de voortgang van het programma.

3. Toekomst

In de nabije toekomst wil de Stichting de activiteiten van het FCP uitbreiden naar meer regio's in de landen waar het nu actief is en naar andere landen waar baarmoederhalskanker veel voorkomt.

Tevens zullen we meer samenwerking zoeken met relevante donororganisaties, zowel in Nederland als in de landen waar we actief zijn, met als doel nog slagvaardiger te kunnen handelen.

Daarnaast heeft het ontwikkelen van een geschikt vaccin tegen baarmoederhalskanker onze bijzondere aandacht. In Nederland zijn momenteel twee vaccins op de markt. Op grond van een advies van de Gezondheidsraad heeft minister Klink van het Ministerie van VWS onlangs besloten om vanaf september 2009 de vaccinatie tegen het Human Papilloma Virus (HPV) op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma voor alle 12-jarige meisjes. Een vaccin tegen het HPV, dat een belangrijke rol speelt in het krijgen van baarmoederhalskanker, is essentieel in de strijd tegen deze aandoening. In ontwikkelingslanden is een vaccin tegen HPV echter nog lang niet binnen bereik. Behalve dat het geld voor vaccinatie op grote schaal ontbreekt, zijn de omstandigheden in ontwikkelingslanden vaak ongeschikt om de bestaande vaccins toe te passen. Zo moet het vaccin bijvoorbeeld gekoeld bewaard en getransporteerd worden. Voorts komen in ontwikkelingslanden mogelijk ook andere HPV types voor dan in de westerse landen en zijn er verschillen in afweer en genen.

Binnen het eerder genoemde samenwerkingsverband in het LUMC wordt onderzoek verricht naar een vaccin dat zowel preventief als therapeutisch werkzaam is tegen HPV en dat geschikt moet zijn voor toepassing in ontwikkelingslanden. Dit onderzoek wordt in nauwe samenwerking uitgevoerd met de universiteiten in de partner landen. Zodra een geschikt vaccin beschikbaar komt, zal het via de door het FCP opgebouwde infrastructuur kunnen worden toegepast. In dat geval wordt dit uiteraard goed met de locale, regionale en nationale autoriteiten en relevante NGO's voorbereid.

4. Fondsenwervende activiteiten

De Stichting is in 2008 succesvol geweest met het genereren van fondsen. Er zijn fondsen toegezegd door ABN AMRO (€189.000), het Global Durability Fund (€30.000), de Stichting Nolet Gezondheidszorg te Schiedam (€49.500), de Eureka Achmea Foundation (€100.000) en een aantal particuliere donoren. De meeste van deze fondsen tellen mee voor de te behalen 25% matching funds van de subsidie van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. De financiële situatie van de Stichting is inmiddels zover dat we voldoen aan de financiële richtlijnen van het Centraal Bureau Fondsenwerving (CBF). Binnen de Stichting vindt nog overleg plaats over het al dan niet aanvragen van het CBF Keurmerk. Hierbij dient een afweging te worden gemaakt tussen de kosten van de aanvraag tegenover de mogelijke voordelen hiervan. De Stichting houdt de kosten zo laag mogelijk. Binnen het LUMC functioneert een klein bureau van drie mensen, die het programmamanagement doen van de FCP activiteiten, die momenteel plaats vinden in Indonesië en Zuid-Afrika. Dit bureau doet tevens de secretariële ondersteuning van de Stichting. Dit laatste is vooralsnog zo weinig dat daar geen kosten voor in rekening gebracht worden. De Stichting heeft geen eigen personeel in dienst en er worden geen onkosten vergoed aan de Bestuursleden. Zij doen het bestuurswerk geheel belangeloos.

2008 is voor het Bestuur een jaar van bezinning geweest over de wijze waarop we nog effectiever fondsen kunnen werven. Aan de hand van opgestelde profielen zijn we op zoek gegaan naar kandidaten om het bestuur op dit punt te versterken. Dit heeft eind 2008 geresulteerd in drie nieuwe bestuursleden, die begin 2009 zijn aangetreden. De nieuwe leden kenmerken zich onder andere door gedegen kennis en ervaring met fondsenwerving, relevante netwerken in de bedrijfswereld en media, kennis over juridische zaken en praktische ervaring in de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden.

Naast fondsenwervende activiteiten heeft het Bestuur bekendheid gegeven aan het FCP door enkele presentaties en publicaties over het programma.

5. Financiën

De opzet van de jaarrekening is ingrijpend gewijzigd en voldoet nu aan de nieuwe financiële richtlijnen van het Centraal Bureau Fondsenwerving (richtlijn 650 Fondsenwervende Instellingen). Daarmee presenteert de stichting een transparante jaarrekening waardoor subsidiënten en donateurs een beter inzicht krijgen in de financiële resultaten van de stichting.

In totaal ontving de stichting €104.281 aan baten uit eigen fondsenwerving. Van de ABN AMRO Bank ontvingen wij een donatie van €189.209 voor het MFS project in Indonesië. Hiervan is €63.070 bedoeld voor 2008, welk bedrag als baten is geboekt in 2008. Het overige gedeelte van de ABN AMRO donatie, €126.140, is bestemd voor het MFS project in 2009 en 2010 en is daarom opgenomen in het Bestemmingsfonds voor het MFS project. Daarnaast ontvingen wij in 2008 een bedrag van €30.000 van het Global Durability Fonds, eveneens bestemd voor het MFS project. Tevens ontving de stichting €11.211 aan donaties van particulieren, als baten zonder bijzondere bestemming.

Voor de financiering van het MFS project ontving de stichting in totaal €547.355 aan voorschotten van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Deze bedragen zijn direct overgemaakt aan het FCP, dat belast is met de uitvoering van het MFS project.

In 2008 ontvingen wij €8.900 aan rente op kasmiddelen. Hiervan had €6.102 betrekking op de ABN AMRO donatie, welk bedrag eveneens in het Bestemmingsfonds voor het MFS project is geboekt.

In totaal ontving de stichting €660.536 aan baten. Hiervan is €616.695 besteed aan de eigenlijke doelstelling van de stichting, namelijk de uitvoering van het FCP activiteiten, die in 2008 bestonden uit de uitvoering van het MFS project in Indonesië en Zuid-Afrika. Hiermee komt het door het CBF voorgeschreven percentage van de baten, dat is besteed aan de eigenlijke doelstelling, op 93%. In 2007 bedroeg dit percentage 85%. In 2008 zijn geen kosten besteed aan de fondsenwerving waardoor het CBF percentage, dat de verhouding aangeeft tussen de kosten van fondsenwerving enerzijds en de baten uit eigen fondsenwerving anderzijds, uitkwam op 0%. In 2007 bedroeg dit percentage 14%. Hiermee voldoet de stichting ruimschoots aan het maximum CBF percentage van 25%.

De kosten van beheer en administratie bedroegen €5.366, waardoor de totale lasten uitkwamen op €622.061. Het boekjaar 2008 werd afgesloten met een positief resultaat van €38.475. Hiervan is €36.102 toegevoegd aan het Bestemmingsfonds voor het MFS project en €2.373 toegevoegd aan de reserves.

Het totaal aan liquide middelen bedroeg €304.232 per eind 2008. De vorderingen en overlopende activa bedroegen €3.340. Tegenover deze activa staan de reserves, bestemmingsfondsen en kortlopende verplichtingen. De reserves bedroegen €73.766. Het Bestemmingsfonds MFS project bedroeg €162.242 en de kortlopende verplichtingen waren €71.565. Hiervan heeft €63.070 betrekking op de ABN AMRO donatie voor 2008, die echter pas in 2009 is overgemaakt aan het LUMC. Als kortlopende verplichting aan het LUMC is tevens een bedrag geboekt van €6.270 aan rente op de in 2007 ontvangen subsidie van het Ministerie van Buitenlandse Zaken.

De volledige jaarrekening 2008 is verkrijgbaar via het secretariaat van de Stichting.

6. Samenstelling van het Bestuur van de Stichting in 2008.

Mevrouw E. M. de Bruijn, arts, Voorzitter
De heer Prof. Dr J.B.M.Z. Trimbos, Secretaris
De heer drs. W.J.S. van Alphen, Penningmeester
De heer Mr. S. Gudde, Lid
De heer Mr. drs. D. Putman Cramer, Lid
Mevrouw M.L. Smeets, Lid (tot mei 2008)

De heer Prof. Dr A.A.W. Peters is projectleider van het FCP en vanuit die functie adviseur van het Bestuur van de Stichting.

Het Bestuur wordt ondersteund door het FCP Office, bestaande uit mevrouw drs. F.C. Henderson (program manager) en mevrouw drs. K. in 't Veld (program manager) en mevrouw J.M. van der Blom-de Gunst (office manager).

JAARVERSLAG FEMALE CANCER PROGRAM FOUNDATION 2008

Te verkrijgen bij:

Postadres:

Postbus 2250

2301 CG Leiden

Kantooradres:

Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden

Stichting Female Cancer Program

Locatie J7-29

Tel 071 5262570

Fax 071 5264926