



Vlaams
Parlement

vergadering **C29**
zittingsjaar 2018-2019

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 6 november 2018

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meest recente suïdecijfers in Vlaanderen – 132 (2018-2019)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recentste cijfers inzake suïcides en suïcidepogingen in Vlaanderen – 141 (2018-2019)	3
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe regelgeving inzake alcoholverkoop aan minderjarigen – 135 (2018-2019)	9
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de dekkingsgraad van preventieve kankeronderzoeken in Vlaanderen – 148 (2018-2019)	11
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de diagnostiek voor ouderen met dementie met een niet-westerse achtergrond – 151 (2018-2019)	
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het referentiekader dementie – 161 (2018-2019)	14
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over wanbetalers van de zorgpremie – 160 (2018-2019)	18

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meest recente suïcidecijfers in Vlaanderen
– 132 (2018-2019)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recentste cijfers inzake suïcides en suïcidepogingen in Vlaanderen
– 141 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, op 17 oktober laatstleden maakte het agentschap Zorg en Gezondheid de suïcidecijfers van het jaar 2016 bekend. Vlaanderen telde 1057 suïcides in 2016. Dat is nagenoeg evenveel als in 2015. Toen overleden 1051 personen door suïcide. Dat komt neer op bijna drie zelfdodingen per dag. Bijna drie op de vier van hen, 72 procent, waren mannen.

Het aantal pogingen tot zelfdoding bleef de laatste jaren stabiel in Vlaanderen. In 2017 zouden, volgens de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent, 10.288 zulke pogingen zijn gebeurd. Dat zijn er 28 per dag. Meer vrouwen dan mannen ondernamen een suïcidepoging.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie stelt als doel het aantal zelfdodingen tussen 2000 en 2020 met 20 procent te verminderen. Uit een tussentijdse evaluatie van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), die de periode 2000-2014 beschouwt en die vorig jaar op 24 oktober uitvoerig besproken werd in de commissie, bleek dat de doelstelling voor de meeste leeftijdsgroepen al werd gehaald. Met de nu vrijgegeven cijfers wordt vastgesteld dat zowel bij mannen als bij vrouwen het aantal zelfdodingen sinds 2000 met 21 procent is gedaald.

Desalniettemin blijft suïcide in Vlaanderen de meest voorkomende doodsoorzaak bij jongeren en volwassenen tussen 15 en 49 jaar. Vanuit het beleid is suïcidepreventie al jarenlang een prioriteit, zo bewijzen onder meer het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, de inzet op geestelijke gezondheid, en de Zelfmoordlijn 1813, die in 2017 een lichte stijging van het aantal oproepen registreerde. Uit de gesprekken met de Zelfmoordlijn blijkt dat gevoelens van eenzaamheid en gevoelens van zich onbegrepen voelen vaak als risicofactor tot het ondernemen van een suïcidepoging worden aangeduid.

In antwoord op mijn schriftelijke vraag van 20 december vorig jaar gaf u cijfers met betrekking tot de regionale verschillen in suïcides en suïcidepogingen voor het jaar 2015. Daaruit blijkt dat de provinciale verschillen daaromtrent in dezelfde lijn bleven, namelijk hogere cijfers in Oost- en West-Vlaanderen dan in Limburg, Antwerpen en Vlaams-Brabant.

Minister, welke conclusie trekt u uit de meest recente cijfers met betrekking tot suïcide en suïcidepogingen? Plant u hieromtrent aangepaste maatregelen? Hebt u cijfers over de provinciale verschillen met betrekking tot suïcide en pogingen daartoe? Welke conclusies trekt u daaruit?

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Ook mijn vraag gaat over de nieuwe suïdecijfers, nog altijd bijna drie per dag en vooral bij mannen. Het is de meest

voorkomende doodsoorzaak bij jongeren en volwassenen tussen 15 en 49 jaar in Vlaanderen. Het Vlaams suïcidecijfer ligt nog altijd anderhalf keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Het aantal pogingen bleef de laatste jaren stabiel. In de meest recente analyses van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek lezen we dat er in 2017 ongeveer 28 pogingen per dag waren. Vooral vrouwen ondernamen een suïcidepoging.

Ook niet onbelangrijk is te stellen dat het aantal suïcides wellicht onderschat is. Het is bij een sterfgeval immers niet altijd duidelijk wat de doodsoorzaak is. Gaat het om een ongeval, om suïcide, om doding? Specifiek dat aandeel sterfgevallen door gebeurtenissen waarvan de intentie niet kan worden bepaald, is sterk gestegen. Op een aantal jaren tijd, tussen 2012 en 2016, is dat aandeel van 16 procent naar 23 procent gegaan, terwijl we in 2006 nog op 10 procent zaten. Dat cijfer is mij dus opgevallen.

Minister, welke conclusies trekt u uit deze cijfers? We zien een daling, maar nog altijd een hoog cijfer. Welke verdere stappen wilt u ondernemen?

Er is zowel bij mannen als bij vrouwen een specifieke leeftijdsgroep waarbij we van een stijging kunnen spreken. Bij mannen gaat het over de groep tussen 60 tot 74 jaar. Ziet u daar een verklaring voor? Neemt u eventueel specifieke maatregelen voor die groep?

Bij vrouwen zien we een stijging in de groep van 16 tot 29 jaar. Ook daar heb ik dezelfde vragen. Ziet u eventueel een verklaring? Wilt u specifiek inzetten op die groep?

De doelstelling van 20 procent minder sterfgevallen door suïcide wordt wel degelijk gehaald. Maar als we ook rekening houden met de sterfgevallen waarvan de intentie niet gekend is, is de daling bij de mannen erg beperkt en is er bij de vrouwen zelfs sprake van een stijging. Dat is dus toch een groep waarover we even nader zouden kunnen spreken met u.

Hebt u zelf misschien al de vraag gesteld vanwaar die stijgende onduidelijkheid met betrekking tot het aandeel sterfgevallen door gebeurtenissen waarvan de intentie niet kon worden bepaald, precies komt? Gaat dat om specifieke omstandigheden waarin mensen het leven laten en waarbij het erg moeilijk is om te bepalen wat de intentie was? Het lijkt mij interessant om ook daarover even van gedachten te wisselen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ondanks de daling blijven de cijfers inderdaad nog hoog en moet suïcidepreventie een prioriteit blijven in Vlaanderen. Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie loopt nog tot en met 2020 waarbij alle acties die ondertussen zijn gestart, blijven lopen. Vanuit VLESP wordt steeds op zoek gegaan naar nieuwe methodieken en acties. Recentelijk heeft VLESP enkele nieuwe methodieken ontwikkeld die nu verder in Vlaanderen worden uitgerold en geïmplementeerd en waarvan kan worden verwacht dat ze een impact kunnen hebben op de vroege detectie en de aanpak van suïcidaliteit.

Het gaat hierbij onder andere om de twee groepstrainingen: mindfulness based cognitive training en de toekomstgerichte training, waarvan het onderzoek door VLESP heeft aangetoond dat ze een positief effect hebben door een vermindering in suïcidale gedachten en dat het ook op andere domeinen positief werkt, zoals de daling in depressieve stemming, hopeloosheid, piekeren, gevoelens van verslagenheid en vastzitten. VLESP start begin 2019 met opleidingen en intervisiemomenten om zoveel mogelijk hulpverleners in Vlaanderen op te leiden om deze groepstrainingen te geven.

Wij willen ernaar streven om in elke provincie in Vlaanderen jaarlijks één tot twee van die groepstrainingen te kunnen aanbieden aan suïcidale personen.

VLESP heeft in oktober ook de leidraad 'Continuering van zorg voor suïcidale personen' gelanceerd, en zal in 2019 samen met de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) deze leidraad binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken verder uitrollen. Op deze manier moet de vervolgzorg voor suïcidale personen in elk netwerk een prioriteit worden.

Eind dit jaar start VLESP ook met de verdere ontwikkeling van de serious game voor jongeren.

Eind 2019 zullen de resultaten van de psychologische autopsiestudie bij 54- tot 60-jarigen bekend zijn. Die zullen ons handvatten geven voor meer gerichte acties naar deze doelgroep, die de voorbije jaren weinig tot geen positieve evolutie heeft gekend in de cijfers.

Voor de komende jaren plant VLESP de verdere ontwikkeling van nieuwe methodieken voor suïcidepogers en wordt er continu op zoek gegaan naar nieuwe acties voor universele, selectieve en geïnduceerde preventie.

Mevrouw Van den Bossche, in absolute aantallen zijn vergelijkingen moeilijker te maken omdat het bevolkingsaantal elk jaar toeneemt. Het is betrouwbaarder om met direct gestandaardiseerde sterftecijfers te werken. We merken dan in 2016 in vergelijking met 2015 een heel kleine stijging bij de mannen. Jaarlijks kunnen er altijd kleine schommelingen zijn die niet kunnen worden verklaard. Gezien over een langere termijn, is het duidelijk dat de cijfers bij de mannen een dalende trend kennen. Voor de leeftijdsgroep 60-74 jaar bij de mannen is in 2016 inderdaad een stijging te merken ten opzichte van 2015, maar ook hier kunnen we voor de jaarlijkse schommelingen geen verklaring geven. Het is uiteraard belangrijk dat we dit verder opvolgen.

VLESP is, wat de maatregelen betreft, momenteel een specifieke multidisciplinaire richtlijn aan het uitwerken voor de detectie en behandeling van suïcidaliteit bij ouderen. Die richtlijn zal zorgverleners in de ouderenzorg meer handvatten geven om suïcidaliteit vroegtijdig te detecteren bij ouderen, alsook meer gerichte handvatten geven voor de behandeling. De richtlijn wordt begin 2019 afgerond en zal ook in e-learnvorm via Zelfmoord1813 worden aangeboden aan hulp- en zorgverleners.

Voor de evolutie in de periode 2000 tot en met 2016 zien we bij de vrouwen een wisselend beeld. Voor de meerderheid van de leeftijdsgroepen zien we een daling. De sterkste daling, min 80 procent, doet zich voor in de leeftijdsgroep 35-39 jaar. In de leeftijdsgroepen 30-34 jaar en 85-plus zien we een status quo. In de jongste leeftijdsgroep, 15-19 jaar, en in de leeftijdsgroepen 45-49 jaar, 50-54 jaar en 65-69 jaar is er een stijging. Voor de stijging in de leeftijdsgroep 45-49 jaar, die ook bij de mannen te observeren is, is de eenheid voor zelfmoordonderzoek van de UGent dit jaar, zoals vermeld, gestart met een psychologisch autopsieonderzoek, om meer zicht te krijgen in de mogelijke verklaring van de ongunstige evolutie bij deze groep. Op die manier hopen we handvatten te krijgen om het beleid aan te passen en specifieke acties op te zetten voor deze doelgroep.

De stijging bij de 15- tot 19-jarige meisjes moet voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat het hier, in absolute aantallen, om lage cijfers gaat. In 2016 waren er 18 meisjes ten opzichte van 5 in 2000. Daarbij kan een toename van 3 suïcides een groot verschil geven. Een verklaring van deze toename kan niet worden gegeven, maar ook hier geldt dat de kwetsbare groep van jonge meisjes goed opgevolgd moet worden. Jonge meisjes vormen een belangrijke risicogroep voor suïcidepogingen. Maatregelen voor deze kwetsbare groep zijn dus belangrijk. Een

goede opvang van jonge suïcidepogers is cruciaal. De jongste jaren zijn vanuit onze organisatie met de terreinwerking 'Zorg voor pogers' al belangrijke initiatieven genomen, onder meer de app 'On track again', een folder voor jongeren en hun ouders, en KIPEO, een tool die de hulpverleners handvatten moet geven voor een eerste psychosociale opvang van de jongere na een suïcidepoging.

VLESP plant de komende jaren een verdere uitbreiding van de acties voor jongeren, onder meer de serious game, maar ook de ontwikkeling van hulpmiddelen voor jongeren en hulpverleners om suïcidaal gedrag bespreekbaarder te maken.

Cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het is niet altijd duidelijk of het om een ongeval, een suïcide of een doding gaat. Als iemand sterft na een val, is het soms niet duidelijk of de overledene per ongeluk viel, zelf sprong of door iemand werd geduwd. Vaak kunnen speurders wel uitsluiten dat er een derde persoon bij betrokken was, maar kan er geen onderscheid worden gemaakt tussen ongeval of zelfdoding. Die onduidelijke gevallen worden samengebracht onder de noemer 'sterfte waarvan de intentie niet kan worden bepaald'. Bovendien kan suïcide verdoken blijven en zo onder 'ongevallen' worden geklasseerd. Hoe groot dit 'dark number' is, kan onmogelijk worden ingeschat. Internationaal worden meestal enkel de suïdecijfers gegeven zonder onbepaalde intenties, omdat het de enige zijn waarvan we echt met zekerheid weten dat het om suïcide gaat. Er moet altijd worden benadrukt dat het om een onderschatting gaat. Voor de volledigheid dienen de cijfers dus genuanceerd te worden en de 'sterfte waarvan de intentie niet kan bepaald worden' eveneens gerapporteerd.

In Vlaanderen stijgt de laatste jaren dit aantal niet-natuurlijke sterfgevallen waarbij de intentie niet kon bepaald worden. De suïdecijfers als zodanig gerapporteerd beschouwen we als een minimum, de cijfers voor suïcide en onbepaalde intentie samen als een maximum. De werkelijkheid ligt daar allicht ergens tussenin.

Het agentschap Zorg en Gezondheid, dat instaat voor het coderen van de doods-oorzaken volgens internationaal vastgelegde afspraken – de ICD-10 codes van de Wereldgezondheidsorganisatie –, kan geen eenduidige verklaring geven voor de stijging van het aandeel sterfgevallen door 'gebeurtenissen waarvan de intentie niet bepaald kon worden'.

Omdat er personen zijn die binnen het jaar meerdere suïcidepogingen ondernemen en hiervoor meer dan één keer worden aangemeld bij de spoeddienst, wordt er bij de registratie van suïcidepogingen een onderscheid gemaakt tussen de 'person based rates', namelijk het aantal personen dat een suïcidepoging ondernam per honderdduizend inwoners, en de 'event based rates', dit is het aantal suïcidepogingen per honderdduizend inwoners.

In West- en Oost-Vlaanderen was er in 2017 een stijging van de 'event based rates' ten opzichte van 2016. Beide provincies kenden een niet-significante stijging van 2,8 procent. In de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg was er in 2017 een niet-significante daling in de 'event based rates' van respectievelijk 2,3, 18,6 en 6,11 procent ten opzichte van 2016.

West- en Oost-Vlaanderen hebben de hoogste 'event based rates' voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2017. Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg hebben de laagste rates in Vlaanderen. De rates in West- en Oost-Vlaanderen zijn significant hoger dan die in Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg.

Om samen te vatten kunnen we stellen dat er op het vlak van zowel suïcide als suïcidepogingen een duidelijke oost-westverdeling is in Vlaanderen. In West- en Oost-Vlaanderen zijn de cijfers voor suïcide en suïcidepogingen duidelijk hoger dan in Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg. Deze verschillen zien we al langere tijd. Er is dus sprake van een duidelijke trend in Vlaanderen.

Het Vlaamse suïcidepreventiebeleid richt zich tot iedereen in Vlaanderen en probeert zoveel mogelijk kwetsbare personen in alle provincies te bereiken met zoveel mogelijk laagdrempelige methodieken.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat dit een heel belangrijk thema is en dat het ook goed is dat die gezondheidsdoelstelling er sinds een aantal jaar is. We hebben de gewoonte om hier op regelmatige basis een gedachtewisseling rond te organiseren, ook met VLESP. Ik weet niet of die in de komende tijd nog gepland kan worden, maar dan krijgen we toch meer inzicht in de methodieken waarnaar u hebt verwezen.

Aan de ene kant is het natuurlijk goed dat we de doelstelling van een daling van 20 procent gehaald hebben, maar elke suïcide en poging daartoe is er natuurlijk een te veel. Daarom is het ook goed dat er continu verdere opvolging is en dat er ook continu nieuwe methodieken en acties ontwikkeld worden, waarbij de gevoeligheid voor het thema en de deskundigheid errond verhoogd wordt bij heel wat groepen professionelen. Zo viel mij bijvoorbeeld op, minister, dat de ASPHA-lijn (Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners), die initieel voor huisartsen bedoeld was, nu blijkbaar veel bekender geworden is dan een aantal jaren geleden en dus ook veel meer bevraagd is.

U bent nogal uitgebreid ingegaan op de verschillende categorieën en het is moeilijk om daar hier dadelijk verder op tussen te komen, dus ik ga uw antwoord verder in detail doorlezen. Wat natuurlijk wel blijft opvallen, zijn die regionale verschillen, waar u zelf een trend in ziet. Ik wil u echt oproepen om dat te blijven opvolgen en na te gaan wat de oorzaken ervan zijn en hoe dat aangepakt moet worden.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Ik sluit me aan bij dat laatste verzoek van mevrouw Schryvers, met name om toch heel goed te kijken bij verschillende groepen waar de oorzaken van een eventuele stijging zich kunnen bevinden. Ik weet dat er een plan is, maar misschien staat u er ook wel voor open om daar een specifiekere aanpak in te integreren, wanneer we merken dat die voor bepaalde groepen soelaas zou kunnen brengen, ook al is het plan lopende. Laten we dat vooral heel goed blijven opvolgen.

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

Piet De Bruyn (N-VA): Collega's, ik maak graag van de vraagstelling gebruik om even bij het thema en het antwoord van de minister stil te staan. Ik ga niet herhalen wat al gezegd is, maar ik wil wel even inpikken op de suggestie van collega Schryvers. Als we opnieuw een gedachtewisseling houden met VLESP – en ik ben de laatste om daar tegen te zijn –, dan lijkt het mij heel belangrijk dat we niet herhalen wat we al veel gezegd hebben. We moeten dan een specifieke invalshoek zoeken, die ons toelaat om al vooruit te kijken. Ik kijk daarvoor ook naar u, minister, want het huidige Vlaamse actieplan loopt weliswaar pas in 2020 af, wat vanuit het standpunt van een parlementaire legislatuur nog een eeuwigheid ver lijkt, maar dat is eigenlijk morgen. Als we niet, zoals in het verleden, de fout willen maken van een gat te laten vallen tussen het ene Vlaamse actieplan en het volgende, dan moeten we tijdig met de voorbereidingen starten en dan moeten we tijdig met de juiste mensen rond de tafel zitten, om na te gaan hoe dat het beste gebeurt. Een gedachtewisseling kan daarop focussen, denk ik dan.

Wat de cijfers betreft, hebben zowel uzelf als de collega's gezegd dat daar geen significante stijgingen of dalingen in zitten. De fluctuaties die we wel waarnemen, zijn niet altijd eenduidig te verklaren. Ik kan alleen maar hopen dat de twee, nog altijd vrij recente initiatieven, enerzijds de multidisciplinaire richtlijn en anderzijds het model van ketenzorg, een verder gunstig effect zullen hebben.

Ik wil ook opnieuw van de gelegenheid gebruikmaken om er toch eens bij stil te staan dat professionals en vrijwilligers dagelijks ongelooflijk veel en ongelooflijk goed werk verrichten in dit domein. Ik denk dat we niet mogen stoppen met dat te herhalen.

Minister, ik heb nog een concrete vraag voor u wat VLESP betreft, de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid op het vlak van de uitvoering en de wetenschappelijke onderbouwing van het Vlaams actieplan, waar u ook naar verwezen hebt. Als ik me niet vergis, dan is de beheersovereenkomst voor de volgende periode zo goed als afgerond maar nog niet finaal behandeld tijdens de minister-raad. Ik hoor graag de bevestiging dat dat zeker in orde komt, ook om de mensen die daar in hun job of in lopende projecten afhankelijk van zijn, te verzekeren dat er geen kink in de kabel is.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik kan collega De Bruyn alleen maar bijtreden wat de opvolging betreft hier in de commissie. De vraag kan gesteld worden of er een gedifferentieerde aanpak nodig is voor die grote verschillen tussen de provincies. Dat is een belangrijk punt dat aan bod zou kunnen komen tijdens die gedachtewisseling.

De suggestie van de heer De Bruyn wordt hier zeker ter harte genomen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Uiteraard zullen we ervoor zorgen dat de continuïteit bewaakt is, maar u weet ook dat het de ambitie is om een aantal zaken, conform het advies van het Rekenhof, meer te integreren. Er moeten dus twee bewegingen gebeuren.

U moet mij niet overtuigen van de verdienste van VLESP. Ik ben absoluut, zoals u, bezorgd dat de expertise kan worden geborgd.

Ik heb geen probleem met een hoorzitting of gesprekken die met een aantal mensen kunnen worden gevoerd. Ik heb daar eigenlijk ook niks over te zeggen. Ik vind de suggestie van de heer De Bruyn goed.

Het klopt inderdaad dat het traject voor het volgende suïcideplan vrij grondig en langdurig is, conform het decreet. Het is juist dat er een periode is geweest dat er geen echte dekking was door een nieuw plan, maar dat betekent niet dat de strategische opties niet werden volgehouden. Ik zal laten nakijken hoe ervoor kan worden gezorgd, indachtig het jaar dat ons te wachten staat, dat de continuïteit op het terrein in de voorbereidingen kan worden verzekerd.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe regelgeving inzake alcoholverkoop aan minderjarigen – 135 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, alcoholconsumptie is al veelvuldig – wat mij betreft terecht – ter sprake gekomen in deze commissie, zeker als veelvuldig gebruik leidt tot gezondheidsproblemen of een potentiële verslaving en dus problematisch gebruik.

In het kader van de preventie van problematisch gebruik wil ik u deze vraag stellen naar aanleiding van een communicatie van federaal minister van Volksgezondheid De Block met betrekking tot nieuwe regels omtrent de verkoop van alcohol. Concreet komt er een verbod op de verkoop van sterke dranken aan personen jonger dan 18 jaar, maar mogen bier en wijn, met inbegrip van schuimwijn, als uitzondering vanaf de leeftijd van 16 jaar aangekocht worden.

Nagenoeg alle stakeholders die een insteek hebben vanuit het domein gezondheid of preventie spreken van een gemiste kans. U kent ongetwijfeld het pleidooi van de Hoge Gezondheidsraad om de leeftijd voor de aankoop van alcohol te verhogen tot 18 jaar en eerder onderzoek van ons eigen Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) dat er positieve effecten zouden zijn aan zo'n maatregel voor het tegengaan van overmatig drankgebruik.

Ook de Christelijke Mutualiteit verwijt minister De Block sterk naar corporatistische argumenten te luisteren en niet te hebben gekeken naar wetenschappelijke evidentie die er bestaat met betrekking tot risico's op problematisch alcoholgebruik.

Minister, was u betrokken bij de totstandkoming van deze nieuwe regels? Zo ja, welk standpunt hebt u namens de Vlaamse Regering aan uw federale collega overgemaakt?

Steunt u als de maatregelen zoals voorgesteld door minister De Block? Of gaat u akkoord met de stakeholders die spreken van een gemiste kans?

Welke maatregelen zult u nemen om vanuit Vlaanderen tegemoet te komen aan de wetenschappelijke evidentie dat veelvuldige consumptie van alcohol tussen 16 en 18 jaar risico's inhoudt voor de gezondheid en het risico op verslaving op latere leeftijd?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Bertels, we waren natuurlijk op de hoogte – we hebben daar trouwens ook al eens over gesproken in de plenaire vergadering – van de kaders waarin de federale overheid een aantal initiatieven zou nemen. Dat op zichzelf was dus voor mij niet nieuw. We waren wel niet geïnformeerd over het concrete initiatief van minister De Block in verband met de concrete wijzigingen in de regelgeving die de minimumleeftijd voor de verkoop, het schenken en het aanbieden van alcohol aan minderjarigen bepaalt.

Het is wel zo dat de BELSP-studie ALCOLAW die door UGent, HoGENT en de ULiège uitgevoerd is en net handelde over de wet van 2009 betreffende de verkoop en het schenken van alcohol aan jongeren, op 19 februari 2018 besproken is op de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Dit is een overlegorgaan in de schoot van

de Algemene Cel Drugs. De ALCOLAW-onderzoekers stellen in dit onderzoek vast dat er geen uniek effect is van het juridische opvoeren van de minimumleeftijd op vlak van alcoholgebruik bij jongeren. Zij stellen in hun rapport ook dat om een effect te hebben op het alcoholgebruik van jongeren een breed gamma van maatregelen noodzakelijk is. We onderschrijven deze vaststelling. Dit staat ook in de aanbevelingen van de World Health Organization (WHO) en de Hoge Gezondheidsraad, in onze conclusies op de Gezondheidsconferentie Preventie enzovoort.

Naast preventie en hulpverlening dient er ook ingezet te worden op de beschikbaarheid van alcohol, zoals de leeftijd waarop alcohol kan worden gedronken, de prijs van alcoholische dranken, de plaats en het tijdstip waarop alcohol te verkrijgen is, het verbieden van prijsreclame zoals happy hours, het reguleren van marketing enzovoort.

Er is daarenboven wetenschappelijke evidentie dat alcohol een schadelijke en kankerverwekkende stof is, zeker voor jongeren. In Vlaanderen organiseren we daarom, zowel vanuit preventie als hulpverlening binnen het actieplan Geestelijke Gezondheid, al geruime tijd heel wat acties met betrekking tot alcohol. Zo ondersteunen we de verdere uitbouw van alcoholpreventie als deel van een algemeen gezondheidsbeleid, in scholen, gezin, vrije tijd, bedrijven, lokale gemeenschap en rechtstreeks naar de burger. We blijven investeren in zowel bestaande als nieuwe methodieken en initiatieven rond alcohol: acties naar scholen met vaardigheidstrainingen voor leerkrachten van De Sleutel, naar bedrijven, naar vrije tijd met Safe 'n Sound en Sportivos, naar ouders met 'Als kleine kinderen groot worden'.

We bouwen ook de online alcoholhulpverlening – alcoholhulp.be en druglijn.be – verder uit. Specifiek rond het beleidsmatig werken rond alcohol en drugs op fuiven en in clubs ontwikkelde VAD verschillende methodieken zoals Attent, Feestwijzer en Quality Nights voor organisatoren. Vertrekkend van het principe 'health in all policies' blijven we, zoals steeds, ons beleid inzake alcohol en drugs afstemmen op de contouren die door de federale overheid binnen de Algemene Cel Drugs en de IMC Volksgezondheid worden afgelijnd.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Bedankt, minister. Er is een breed gamma aan maatregelen nodig. Ik denk dat we het daar kamerbreed over eens kunnen zijn. Het is belangrijk om als parlement signalen te geven dat de normalisering van overmatig drankgebruik, dat dan voorkomt uit bingedrinken of het 'indrinken', voorafgaand aan de klassieke fuiven, niet oké is. Dat kan niet beschouwd worden als een normaal deel van de jongerencultuur. Veel jongeren willen dat ook niet, maar andere jongeren zijn daar wel bevattelijk voor en staan daar zwakker in. We moeten blijven wijzen op de gevaren van alcoholgebruik en zeker van overmatig alcoholgebruik.

We hebben recent nog de cijfers gezien van een enquête bij eerstejaarsstudenten in Leuven: overmatig drankgebruik, drankproblemen, alcoholmisbruik. De groep van verslaafde studenten, 20- tot 22-jarigen, kan potentieel toenemen. Daar moeten we toch een preventiebeleid rond voeren, met een breed gamma, zoals u zelf zegt, om te vermijden dat de psychische gezondheid van de jongeren wordt aangetast, los van de overlast die dat eventueel veroorzaakt.

U hebt zelf verwezen naar de online hulpverlening. Er is een studie geweest, in samenspraak met de universitaire ziekenhuizen van Leuven, over e-treatment en cognitieve gedragstherapie online. Het was me niet duidelijk of de online hulpverlening die wij nu al bieden en waar u naar verwezen hebt, dat ook incorporeert. Ik heb dat niet kunnen vinden. Zit dat ook in die online hulpverlening? Zo niet, bent u van plan om die cognitieve gedragstherapie, zoals deze werd voorgesteld in een hulpprogramma in Leuven, te incorporeren?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het is wel duidelijk dat niemand wil dat alcohol-misbruik beschouwd wordt als iets normaal. Zoals de minister heeft gezegd, is de leeftijdsgrens één ding, maar dat is natuurlijk niet allesomvattend. Er is inderdaad een breed gamma van maatregelen nodig. Alcoholmisbruik komt ook voor in landen waar de leeftijdsgrens 18 of 21 jaar is. Ik denk dat we vooral moeten gaan naar een responsabilisering van onze jongeren. We moeten hen wijzen op de gevaren en op de verantwoordelijkheid die zij dragen.

Ik wil nog vermelden dat er nu duidelijkheid is rond die gemixte dranken. Voordien was daar geen regeling voor. Het gaat dan om bier waar een aroma aan wordt toegevoegd, zoals alcoholpops of bier met tequila. Daar is nu eindelijk een regelgeving rond. Dat kan maar vanaf achttien jaar.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): We moeten een breed gamma aan maatregelen nemen. Daar twijfelt niemand over. Leeftijd is natuurlijk niet het enige criterium. We moeten alle maatregelen nemen die we kunnen nemen. We moeten alle kansen aangrijpen om gedragseffecten of een normalisering tegen te gaan bij een deel van het jongerenpubliek. Ik wil absoluut niet iedereen over dezelfde kam scheeren, maar we moeten wel de maatschappelijke realiteit onderkennen dat er probleemgevallen kunnen zijn.

Ik kan begrijpen dat u er niet direct op kunt antwoorden, maar het Smart Drinking-project, zoals dat in Leuven is ontwikkeld, zou wel een 'best practice' kunnen zijn, die misschien kan worden uitgerold op andere locaties.

Minister Jo Vandeurzen: Ik zal dat laten nakijken.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de dekkingsgraad van preventieve kankeronderzoeken in Vlaanderen – 148 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, elk jaar brengt het Centrum voor Kankeropsporing gedetailleerde cijfers over de preventieve onderzoeken rond borstkanker, darmkanker en baarmoederhalskanker in kaart. Uit de cijfers van 2017 blijkt dat er behoorlijk grote regionale verschillen zijn in de dekkingsgraad van de verschillende onderzoeken. Zo scoren grote steden zoals Antwerpen, Gent en Brugge beduidend slechter. Op elk van de drie kankeronderzoeken behalen die steden een lagere dekkingsgraad dan het provinciale gemiddelde. In de stad Antwerpen bijvoorbeeld laat slechts 56,8 procent van de vrouwen zich preventief op borstkanker onderzoeken, terwijl in de provincie Antwerpen de dekkingsgraad 64,4 procent bedraagt. Ook in de meeste andere centrumsteden merken we voor de drie preventieve kankeronderzoeken een gelijkaardige tendens op.

Wat echter het meest in het oog springt, zijn de verschillende resultaten per type onderzoek in dezelfde provincie. Zo scoort de provincie Limburg wat darmkankeronderzoek betreft met een dekkingsgraad van 72,3 procent het best in heel Vlaanderen. Ook voor hun deelname aan het preventieve borstkankeronderzoek komen de Limburgers op de eerste plaats terecht, met een dekkingsgraad van

69,5 procent. Voor het baarmoederhalskankeronderzoek behaalt de provincie Limburg met een dekkingsgraad van 59,1 procent echter het slechtste resultaat. Dat is op z'n minst opmerkelijk te noemen.

Minister, hoe verklaart u dat er binnen eenzelfde provincie, zoals in Limburg, zo'n groot verschil bestaat in de dekkingsgraad voor de verschillende kankeronderzoeken? Hoe verklaart u dat de dekkingsgraad in de meeste centrumsteden opmerkelijk lager ligt dan het provinciale gemiddelde? Welke maatregelen wilt u nemen om in die steden tot een hogere dekkingsgraad te komen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is gekend dat deelname aan screeningsprogramma's beïnvloed wordt door een aantal factoren. Verschillende studies werden vanuit het Centrum voor Kankeropsporing al opgezet over het profiel van niet-deelnemers. Er is bijvoorbeeld de studie waarin koppeling met gegevens uit de Kruispuntbank Sociale Zekerheid werd gemaakt, en waarbij de determinanten waarom ze niet deelnemen in kaart werden gebracht via focusgroepen bij niet-deelnemers en bevragingen middels vragenlijst.

Het gaat daarbij bijvoorbeeld om socio-economische status, leeftijd, de mening van de arts die de persoon raadpleegt, angst voor het resultaat, onzekerheid over mogelijke kosten na de screening – de bevolkingsonderzoeken zijn gratis maar de behandelingen erna niet – of taalbarrières.

Het is inderdaad zo dat deze factoren niet homogeen verdeeld zijn over Vlaanderen. Ze verschillen tussen regio's binnen één provincie, tussen de centrumsteden en de rest van een provincie, en tussen verschillende leeftijdsgroepen of geslacht.

Een specifieke verklaring voor de hogere totale dekkingsgraad in Limburg voor het bevolkingsonderzoek borst- en dikkedarmkanker ten opzichte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker hebben we nog niet.

Wat het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker betreft, weten we dat de deelname sterk daalt met stijgende leeftijd. We hebben de hypothese onderzocht of het feit dat de bevolking in Limburg ouder is dan in de rest van Vlaanderen, mogelijk het verschil verklaart. Dit doen we door de leeftijdgestandaardiseerde dekking te bepalen. Hierdoor schakelen we als het ware de invloed van het verschil in leeftijd tussen de verschillende provincies uit. Die cijfers tonen aan dat het verschil tussen Limburg en de best scorende provincies, Antwerpen en Vlaams Brabant, kleiner wordt maar blijft bestaan. Het verschil in leeftijd verklaart dus niet volledig waarom Limburg, ten opzichte van de andere provincies, wat slechter scoort in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

We blijven verder inzetten op onderzoek naar dit verschil, maar vooral op concrete acties om niet-deelnemers beter en op maat te informeren. Op basis van de huidige gegevens worden de komende jaren interventies voor Vlaanderen ontwikkeld. Er worden tools aangereikt, zoals de website www.bevolkingsonderzoekenincijfers.be met daarin ook de gegevens op wijkniveau en statistische sectoren. Op deze manier kunnen lokale partners zoals de lokale besturen, het Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo) en straks de zorgraden van de eerstelijnszones de respons en totale dekking in hun wijken raadplegen en in samenwerking met het Centrum voor Kankeropsporing acties uitvoeren, met aandacht voor lokale accenten.

We moeten opmerken dat er binnen grootsteden ook een grote variatie is aan deelname aan de bevolkingsonderzoeken. In de grootstad Gent bijvoorbeeld

varieert de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van 71,4 procent voor postcode 9051 tot 59 procent voor postcode 9000.

Daarnaast zijn programmagebonden factoren van belang, waarbij de mate waarin iedereen een uitnodiging krijgt een van de belangrijkste factoren is. De uitnodigingscompleetheid voor de bevolkingsonderzoeken borstkanker, dikkedarmkanker en baarmoederhalskanker is zeer hoog, ze varieert van 97 procent tot 100 procent in 2018. Deze cijfers zijn zeer homogeen verdeeld over Vlaanderen, en kunnen dus geen oorzaak zijn van de geobserveerde verschillen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord. In de centrum-steden spelen inderdaad, zoals u ook hebt gezegd, factoren voor het niet-deelnemen mee waaronder de socio-economische status, de taalbarrière enzovoort. Maar wanneer we binnen eenzelfde provincie zo'n groot verschil vaststellen, stel ik me daar toch vragen bij. Zoals u zelf hebt gezegd, is de leeftijd daarvoor niet verklarend. Is men nu van plan om specifieke acties te voeren wanneer wordt vastgesteld dat het cijfer in een bepaalde regio zo laag ligt, of kijkt men eigenlijk niet per se naar die provinciale verschillen?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, u hebt gezegd dat voor de toekomst ook wordt gekeken naar lokale accenten om het verschil mee weg te werken. Dat lijkt me een goede zaak, het voorbeeld van Gent toont aan dat het goed is om rekening te houden met die lokale accenten.

Minister, hebt u al cijfers voor 2017? De cijfers waar mevrouw Saeys naar verwezen heeft, zijn, denk ik, cijfers voor de periode 2010-2016 of 2013-2016. De rapportage gaat over 2017, zo heb ik begrepen uit het rapport van het centrum. Hebt u al andere recentere cijfers?

Minister Jo Vandeuren: De cijfers waar mevrouw Saeys het over heeft, zijn cijfers uit 2017. *(Opmerkingen van Jan Bertels)*

Het gaat over cijfers uit het jaar 2017. *(Opmerkingen van Jan Bertels)*

Recent hebben we het jaarverslag van het Centrum voor Kankeropsporing voor 2017 voorgesteld. Ik ga er toch van uit dat dat cijfers voor 2017 zijn. Ik zal het nog eens checken. Het is overigens een geruststelling dat minstens iemand de website heeft geraadpleegd. Ik zal het nog eens nakijken maar het zou me verbazen indien het niet over 2017 zou gaan.

We proberen nu systematisch data over de gezondheidstoestand en de participatiegraad in het bijzonder regionaal en zelfs tot op wijkniveau vast te leggen. We hebben dat jaren geleden afgesproken met het centrum. We doen hetzelfde in overleg met de federale overheid wanneer het gaat over toekomstige gezondheidsonderzoeken omdat we die data op een geografisch niveau beschikbaar willen stellen waardoor de actoren die zich inzetten voor de promotie van de gezondheid en de ziektepreventie zich via benchmarks kunnen positioneren. Op die manier kan daar, indien nodig, extra op ingezet worden. Dat is de reden waarom we die data proberen te aggregeren op een zo klein mogelijk geografisch niveau.

Wat de screeningsprogramma's betreft, als het over kanker gaat, kunnen we dat eigenlijk al vrij goed. Dat zal niet in deze legislatuur zichtbaar zijn, maar voor een wat langere termijn hebben we met een vooronderzoek bekeken hoe we de vraagstelling in de regelmatig terugkerende grote gezondheidsenquête zo kunnen

maken dat we dat eigenlijk ook kunnen vertalen naar zonale of regionale cijfers. Zoals u opmerkt, zullen die cijfers immers ook zorgen, denk ik, voor een veel meer gerichte actievoering op het terrein.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de diagnostiek voor ouderen met dementie met een niet-westerse achtergrond – 151 (2018-2019)

VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het referentiekader dementie – 161 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen publiceerde eind augustus cijfers over het aantal mensen met dementie per gemeente en een extrapolatie van de verwachte toename. Gemiddeld wordt een toename verwacht met 42,7 procent. Er werd bij die inschatting uitgegaan van een gelijkblijvend risico. Het hopelijk positieve effect van preventie en een gezonde levensstijl werd niet in rekening gebracht.

Wat evenmin in rekening werd gebracht, is het feit dat mensen met een niet-westerse etniciteit een fors hoger risico op dementie lopen. Dat betekent dat voor gemeenten met een meer diverse bevolking de cijfers die het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen publiceerde, wellicht toch een onderschatting zijn.

Blijkbaar ontbreekt het ons niet alleen aan cijfers, maar is ook het stellen van de diagnose bij deze groep van ouderen een probleem. Standaarddiagnose-instrumenten zoals de mini-mental state examination (MMSE) zijn niet aangepast aan de context van die ouderen. Dat maakt dat er een onderdiagnosticering is, en bijgevolg dat zorgtrajecten later worden opgestart en dat medicatie die thuis hoort in de beginfase, later of niet meer wordt voorgeschreven.

Minister, vandaar ook mijn vragen. Wordt in het kader van het ouderenbeleid, waarin de zorg voor dementerende ouderen een belangrijke plaats inneemt, gewerkt aan een aangepast diagnose-instrument dat rekening houdt met de context van ouderen met een migratieachtergrond? Is dat een mogelijke taak voor het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, collega's, onlangs werd het nieuwe referentiekader dementie voorgesteld in De Schelp in het Vlaams Parlement. Dit referentiekader streeft naar een grotere kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie. Het is een heuse bijbel geworden, die een kader aanreikt voor alle betrokken actoren: apothekers, artsen, zorgkundigen, mantelzorgers, ze krijgen allemaal een rol toegeschreven. Een sociale benadering van de dementieproblematiek houdt ook een tijdige ondersteuning in, en blijkbaar zet de tendens dat dementie steeds langer niet wordt gediagnosticeerd, zich ook voort.

Minister, hoe zult u dit interessante nieuwe referentiekader meer kenbaar maken in Vlaanderen, dus niet alleen bij professionals, maar ook bij het brede werkveld, bij de mantelzorgers? Welke acties zult u ondernemen opdat de in het

referentiekader neergeschreven rollen ook in de praktijk zouden worden omgezet? In hoeverre kan het breed betrekken van alle zorgactoren zowel de tijd tot een onderbouwde diagnose als de tijd tot goede ondersteunende maatregelen positief beïnvloeden? Welke verwachtingen hebt u hieromtrent? Welke criteria kunnen worden gebruikt om die verwachtingen te monitoren?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, het klopt dat diagnose-instrumenten niet altijd zijn aangepast aan de context van ouderen. Zeker als ze zijn gebaseerd op een klinisch gesprek met de zorgbehoevende slagen ze vaak niet in hun opzet om een correcte diagnose te stellen. Er zijn de culturele verschillen, de lage scholing of de taalbarrières die de diagnosticering van cognitieve stoornissen bemoeilijken. De MMSE-schaal kan patiënten met een matige tot ernstige cognitieve stoornis goed onderscheiden van cognitief gezonde personen. Voor lichte cognitieve stoornissen is de MMSE minder sensitief, maar die schaal kent ook enkele sterkten: de test is gemakkelijk af te nemen, vraagt weinig tijd en is internationaal erkend.

Kortom, die MMSE-schaal is een geschikt middel om cognitieve stoornissen zichtbaar te maken, maar voor het diagnosticeren van dementie is de score van uitsluitend die schaal te beperkt. Daarom zal de huisarts bij een eerste vermoeden van dementie, vastgesteld door gebruik van die schaal, de hulp inroepen van een specialist. Dat kan gaan over een geriater, een psychiater of een neuroloog, die gebruikmaken van meer gevalideerde schalen en andere mogelijkheden: bloedonderzoek, CT-scan of MRI, neuropsychologische testen en biomarkers in cerebrospinaal vocht. Deze screenings geven een objectief beeld en geven een uitsluitsel over het ziektebeeld van de oudere.

Wat het diagnosticeren van personen met een migratieachtergrond betreft, verwijs ik naar het onderzoek Divers Elderly Care, uitgevoerd door de onderzoekers Saloua Berdai Chaouni en Ann Claeys. Hieruit blijkt daadwerkelijk dat bij personen met een migratieachtergrond de score op die MMSE-schaal vaak lager ligt dan hun toestand in werkelijkheid is. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen is betrokken bij dit onderzoek en neemt van daaruit initiatieven om informatie over dementie beter te laten doordringen bij culturele minderheden in Vlaanderen en om onderzoekscentra te wijzen op de nood aan aangepaste diagnostiek.

Een oplossing kan erin bestaan om een professioneel vertaler in te schakelen bij de afname, hoewel ook is aangetoond dat de cognitieve vaardigheden die worden gemeten, een bepaald opleidingsniveau en taalvaardigheid vereisen. Het is dus vermoedelijk beter om een test te ontwikkelen die onafhankelijk is van het opleidingsniveau en de taalvaardigheid.

Verder werkt het regionaal expertisecentrum dementie Orion aan een inventaris van drempels in de zorg en verbetervoorstellen vanuit de gebruikers met een migratieachtergrond en literatuuronderzoek. Ook hierbij is het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen betrokken.

Het recent uitgegeven boek 'Referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie' van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen heeft een speciaal hoofdstuk gewijd aan de zorg voor mensen met een migratieachtergrond.

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw heeft als doel de kwaliteit van diagnostiek in Vlaanderen te ondersteunen en te verbeteren. De competenties en ervaring van het kwaliteitscentrum situeren zich momenteel voornamelijk op de domeinen jeugdhulp en Vlaamse sociale bescherming. De vraagstelling betreft

medische diagnostiek ter vaststelling van dementie en is dus van een andere orde. Desalniettemin is het wél waardevol dat het kwaliteitscentrum het overzicht bewaart over wat er aan diagnostiek wordt gehanteerd en dat zij betrokken zijn. Op die manier kunnen we vermijden dat onnodig parallelle schalen worden ontwikkeld.

Er is eerder een rol weggelegd voor onze Vlaamse onderzoeksinstituten en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Het verdient aanbeveling om na te gaan welke instrumenten in internationale context reeds ontwikkeld werden in dit verband.

Zo bestaat in Nederland de Cross-Culturele Dementiescreening (CCD). Dit is een screeningsbatterij waarmee bij niet-Nederlandssprekende ouderen kan worden nagegaan of er sprake is van cognitieve stoornissen – in het geheugen, executief functioneren, mentaal tempo – passend bij een dementiesyndroom. Uitgangspunt van die Cross-Culturele Dementiescreening is het minimaliseren van het effect van cultuurbarrières. De test kan worden afgenomen zonder dat men de taal van de proefpersoon of patiënt spreekt, met behulp van digitaal af te spelen instructies in de eigen taal van de patiënt. Het screeningsinstrument bevat onder meer digitale instructies in het Turks, Marokkaans-Berbers, Marokkaans-Arabisch en Nederlands. Van de patiënt worden alleen incidenteel zeer eenvoudige verbale responsen verwacht, zodat de test zonder tolk is af te nemen. Die Cross-Culturele Dementiescreening is ook afneembaar bij laagopgeleiden en analfabeten.

Het verdient in het kader van het Dementieplan Vlaanderen aanbeveling om dit instrument te onderzoeken op bruikbaarheid en aanvaardbaarheid in Vlaanderen. Wij zullen hieromtrent de mogelijkheden dan ook bevragen.

Mijnheer Persyn, het referentiekader is voorgesteld aan het publiek op een studiedag in het Vlaams Parlement op 25 oktober. De interesse in de sector was en is groot. Het referentiekader is uitgegeven in boekvorm en is beschikbaar via het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en in de boekhandel.

Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen zal instaan voor de verdere implementatie in bestaande en nieuwe opleidingstrajecten voor professionals, vrijwilligers en mantelzorgers.

In 2019 zullen we een vervolgproject financieren waarbij een coachings- en interventietraject voor zorgvoorzieningen ontwikkeld wordt, dit zowel voor de thuiszorg, de residentiële ouderenzorg als de ziekenhuiszorg. Na een oproep zullen pilootorganisaties worden geselecteerd die hierin het voortouw nemen en hun ervaringen en evaluaties zullen delen. Het is de bedoeling dat zorgvoorzieningen na dit traject zelfstandig aan de slag kunnen en medewerkers zelf blijven coachen in de richting van optimale dementiezorg. We zetten hiertoe de talrijke referentiepersonen dementie in, die de nieuwe inzichten uit het referentiekader aangereikt zullen krijgen. Het boek is zo geconcipieerd dat het handig bruikbaar is als werkboek en naslagwerk met tal van inspirerende praktijkvoorbeelden.

De eerste stap in een tijdige diagnose is de detectiefase. Hierin hebben niet alleen professionals een rol, maar de hele samenleving. Herkennen van signalen en tijdig stappen zetten of laten zetten naar een diagnose is mede een doelstelling van de verschillende sensibiliseringsacties die worden opgezet.

De opleidingen, die we reeds verplicht hebben gesteld in functie van dementiekundige basiszorg, dragen ertoe bij dat zorgverleners de alertheid hebben symptomen te herkennen en bespreekbaar te stellen.

De huisarts heeft hierbij een cruciale rol in case-finding, waarbij hij of zij aandacht heeft voor mogelijke signalen van dementie, ongeacht de klacht waarmee

de patiënt op het spreekuur komt, en voor situaties waarin de familie of patiënt zich aanmeldt omdat ze ongerust zijn over het cognitieve functioneren en aanvoelen dat er iets niet pluis is.

Initiatieven als de eerstelijns Hervorming en de uitrol van het 'geïntegreerd breed onthaal' dragen op hun beurt bij tot een snellere inschakeling van de nodige ondersteuningsmaatregelen. Hierdoor zullen kwetsbare personen, onder wie mensen met dementie, minder snel door de mazen van het net vallen.

De negen regionale expertisecentra dementie blijven in Vlaanderen als opdracht hebben op een voor de gebruiker en verwijzer begrijpbare wijze informatie over het aanbod inzake dementie te verschaffen. Zij worden ook als zorgactor ingeschakeld in de werking van de eerstelijnszone.

Wat indicatoren betreft, zal het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie inspiratie bieden voor het ontwikkelen van gepaste kwaliteitsindicatoren en het opzetten van inspectieconcepten.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Wanneer iemand dementie ontwikkelt, duurt het vaak 1,9 tot 2,1 jaar vooraleer er een diagnose wordt gesteld. Vaak is het de familie, de directie omgeving die de eerste symptomen waarneemt, omdat die toch vaak in de buurt van die persoon zijn. We weten allemaal dat dementie in het begin erg fluctueert: mensen hebben goede en minder goede periodes. Vaak is het niet de huisarts die het opmerkt, maar de familie die met die vraag bij de huisarts komt.

Het is alleszins heel positief dat er al gekeken is naar andere mogelijke instrumenten. De MMSE heeft inderdaad absoluut zijn beperkingen. Enkel bij zeer ernstige afwijkingen test die positief. Maar bij de matige, lichte afwijkingen is dat eigenlijk geen goede test. Ik ben dus alleszins blij dat het Expertisecentrum Dementie die Cross-Culturele Test zal bekijken en nagaan of die mogelijk kan worden geïmplementeerd. Ik denk dat dat absoluut iets positiefs kan zijn.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, dank u voor het antwoord. Mevrouw Saeys, dank u voor de interessante insteek over de crossculturele verschillen, die mij ook al de hele tijd bezighouden, en ook voor de verwijzing naar de tool die in Nederland is ontwikkeld en die blijkbaar veel minder afhankelijk is van de taalbeheersing of de basistaal. Dat kan ook voor onze autochtone personen met dementie een bijdrage leveren. Zelfs met de vele nieuwe zorgverleners die Nederlands hebben geleerd, treden daar soms taalconflicten op. Zij hebben Standaard-Nederlands geleerd, maar ze worden nu geconfronteerd met ouderen die, wanneer ze beginnen te dementeren, terugvallen op hun streek- of kindertaal. Als dergelijke tools taalafhankelijk zijn en een minimale verbale input vragen van de respondent, is dat zeker een troef.

Ik heb geen bijkomende vragen. Ik sluit mij wel aan bij mevrouw Saeys: die 'minimal state'-evaluatie is een momentopname. We moeten dat meerdere keren doen en we moeten verder gaan op de progressie die we eventueel vaststellen. Er mag veel worden verwacht van de expertise van het Expertisecentrum maar ook van andere diagnostische methodes die in ontwikkeling zijn. We weten dat er in Brussel wordt gewerkt op de elektronische verwerking van beeldvorming over de tijd, van de NMR-scans en van het oogfunctie-onderzoek. Al die verschillende benaderingswijzen kunnen leiden tot een vroegtijdigere diagnose.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over wanbetalers van de zorgpremie
– 160 (2018-2019)**

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, wie in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, moet jaarlijks een zorgpremie voor de Vlaamse zorgverzekering betalen. Wie drie keer zijn premie niet betaalde, kreeg in het verleden een geldboete opgelegd van 250 euro.

Uit het jaarverslag van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) blijkt dat in 2017 23.544 Vlamingen een boetebrief in hun bus kregen. Tegenover 2016 is dit een stijging van maar liefst 45 procent. We zien aan de andere kant dat het percentage bezwaren tegen de administratieve geldboetes gestaag afneemt, van 8,9 procent in 2013 naar 5,41 procent in 2017.

In maart 2017 stelde ik in de plenaire vergadering een vraag over het boetesysteem. Ik vroeg toen of het mogelijk zou zijn om een zicht te krijgen op het profiel van de wanbetalers, met het oog op een gericht beleid.

Mijn partij wil de VSB gestaag verder uitbouwen als een systeem van rechten en plichten: individuele bijdragen via de betaling van een zorgpremie horen bij die plichten.

Minister, hoe verklaart u de stijging van het aantal administratieve boetebrieven?

Hebt u vandaag al zicht op de profielen van de wanbetalers? Zo ja, welke conclusies kunt u daaruit trekken?

Vanaf 2019 zullen administratieve geldboetes worden opgelegd als er tweemaal niet betaald werd. In het verleden was dat driemaal. Waarom die keuze voor tweemaal? Is dat arbitrair gebeurd? Zit daar een rationale achter? Waarom niet nog korter op de bal spelen en al vanaf de eerste keer optreden?

Het aantal bezwaren neemt af, maar hoe kan het percentage geïnde boetes nog verbeterd worden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het aantal personen met een boete schommelt van jaar tot jaar. Zo is in 2014 een vergelijkbaar aantal boetes opgelegd als in 2017. Er is dus niet echt sprake van een trend, waarbij het aantal boetes jaar na jaar stijgt. Een onderbouwde verklaring voor dit fenomeen is er op dit moment niet.

In 2017 bedroeg het aantal boetes 23.544 personen; in 2016 16.431 personen, in 2015 18.333 personen en in 2014 25.592 personen.

Alleszins kan worden vastgesteld dat de inningsgraad van de zorgpremie stabiel blijft. Deze bedraagt al enkele jaren 94 tot 95 procent, als we geen rekening houden met de late betalers.

Het is niet evident om een eenduidig profiel van de 'wanbetaler' vast te leggen. Er zijn wel een aantal opvallende cijfers. Ongeveer 61 procent van de boetes wordt opgelopen bij leden van de Vlaamse Zorgkas. Dit kan verklaard worden door de bijzondere opdracht van de Vlaamse Zorgkas, die ook fungeert als hulpkas. Slechts 5,6 procent van de personen met een boete maakt deel uit van

de leeftijdsgroep boven de 65 jaar. Bij een aantal personen die insolvent zijn of die in een collectieve schuldenregeling (CSR) zitten, kan de boete niet worden geïnd. Het gaat om een aanzienlijk aantal personen, van wie de financiële situatie vaak pas zichtbaar wordt nadat de deurwaarder werd ingeschakeld. In 2014 ging het om bijna 6000 personen, waarvan 3772 insolvent en 2295 in een CSR zitten. In 2016 ging het om 2425 personen en in 2017 zijn er al een kleine 3000, waarvan 1131 in een CSR zitten en 1684 insolvent zijn. Het gaat om cijfers die nog maandelijks kunnen stijgen, zeker voor de jaren 2016 en 2017. Voor deze jaren zijn nog niet alle dossiers bij de deurwaarder afgesloten.

Uit de praktijk blijkt dat het belangrijk is dat mensen een tweede kans krijgen om te betalen.

Een aantal personen betaalt om diverse redenen soms eenmalig de premie van een bepaald jaar niet: verhuizing, lang verblijf in het buitenland, administratieve problemen in een echtscheidingsprocedure, slordigheid, vergetelheid, psychische problemen enzovoort. Vaak volstaat een herinnering om de zorgpremie alsnog te betalen. Dat blijkt ook uit de gegevens van 2017. In dat jaar werd nog spontaan 8,4 miljoen euro aan zorgpremies betaald voor voorgaande jaren.

Het sluitstuk van de administratieve geldboete is het inzetten van de deurwaarder. Ik denk niet dat er daarnaast nog middelen bestaan die tot een nog hoger inningspercentage van boetes zou kunnen leiden. Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming wenst wel na te gaan hoe vermeden kan worden dat personen met een aantoonbaar financieel probleem in het boetecircuit terecht komen. Wie insolvent is, kan de boete immers toch niet betalen. De groep personen die niet kunnen betalen, heeft ook een belangrijke impact op de inningsgraad van boetes.

Een ander initiatief, dat we wensen te nemen met de partners van het geïntegreerd breed onthaal (GBO), is gericht tot personen die een boete dreigen te krijgen, omdat ze hun bijdrage aan de Vlaamse Zorgkas niet betaald hebben. We vermoeden dat het hier gaat om een kwetsbare doelgroep die baat heeft bij een breed onderzoek naar mogelijke rechten. Ook daar zullen we wellicht een initiatief rond nemen met de GBO-partners.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik heb geen bijkomende vragen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.