



Vlaams
Parlement

vergadering **C40**
zittingsjaar 2015-2016

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 27 oktober 2015

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van Vitalink in de tweede lijn – 315 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de verdere uitrol van Vitalink – 351 (2015-2016)	3
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aangekondigde multidisciplinaire centra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld – 198 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de multidisciplinaire centra voor slachtoffers van seksueel geweld – 233 (2015-2016)	9
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gevolgen van de besparingen binnen de diensten voor gezinszorg – 203 (2015-2016)	13
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de knelpunten bij mantelzorgers – 228 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ondersteuning van mantelzorgers – 259 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanbevelingen van Kom op tegen Kanker voor een geïntegreerd mantelzorgbeleid – 299 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de verhoogde kans op depressie bij mantelzorgers – 322 (2015-2016)	15
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventie van huidkanker – 347 (2015-2016)	25

**VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van Vitalink in de tweede lijn
– 315 (2015-2016)**

**VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de verdere uitrol van Vitalink
– 351 (2015-2016)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Minister, vorige legislatuur werd het delen van medische gegevens getest in vier proefprojecten 'medicatieschema'. Uit de evaluatie bleek dat Vitalink als betrouwbaar en steeds beschikbaar ervaren werd. De complexe concepten rond privacy en veiligheid werken goed in de praktijk. Vitalink ging uiteindelijk in productie op 30 oktober 2013. Sindsdien wordt het platform gebruikt door patiënten, artsen, verpleegkundigen en apothekers. Naast het medicatieschema worden ook andere gegevenstypes gedeeld via Vitalink, namelijk de medische dossiers en het vaccinatieoverzicht van de patiënt.

Dankzij Vitalink worden dubbele vaccinaties vermeden. Daarnaast wordt de kans op allergische reacties steeds kleiner. Tussen zorgverstrekkers, bijvoorbeeld tussen huisarts en apotheker, kunnen medicatiegegevens sneller gedeeld worden. Ook de patiënt kan via de patiëntenviewer nagaan welke vaccinaties hij al heeft ontvangen. Op lange termijn kan Vitalink de vaccinatieboekjes en -kaarten vervangen.

Om de medische gegevens via Vitalink te delen, moet de patiënt toestemming geven. Uit een schriftelijke vraag van mij blijkt dat reeds 2.565.231 zorggebruikers informatie delen via het platform Vitalink. Deze cijfers dateren van augustus 2015.

Momenteel wordt Vitalink uitgerold in de eerste lijn. Vanuit mijn contacten met zorgverleners verneem ik echter dat ziekenhuizen momenteel nog niets van Vitalink kunnen consulteren. Uit het antwoord op een andere schriftelijke vraag blijkt dat enkel het UZ Gent Vitalink reeds heeft geïmplementeerd. Vitalink zou ook een meerwaarde zijn in de ziekenhuizen, vooral bij opname – in het bijzonder bij spoedopname – en ook bij het ontslag. Indien bij ontslag het medicatieschema via Vitalink zou worden gedeeld, kan ook de eerste lijn bij latere consultaties de medische gegevens raadplegen en kan de apotheker het medicatieschema consulteren. De raadpleging van Vitalink in ziekenhuizen kan nu wel via de patient healthviewer, maar dit is een omweg: de patiënt moet in dit geval zijn e-ID en zijn pincode kennen. Vitalink is dus minder omslachtig en gebruiksvriendelijker, maar in ziekenhuizen wordt het beperkt gebruikt.

Hoe wilt u de uitrol van Vitalink in de tweede lijn versnellen en het gebruik van dit platform, vooral op spoeddiensten, aanmoedigen zodat medische gegevens efficiënter kunnen worden gedeeld? Welke timing schuift u naar voren voor de implementatie van Vitalink in alle Vlaamse ziekenhuizen?

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Deze maand hebben de negen ministers de nieuwe Roadmap e-Gezondheid 2.0 voorgesteld. Dit is een schitterend initiatief waar wij voor 100 procent achter staan en dat wij mee zullen ondersteunen. Het succes

van het initiatief valt of staat echter met de gegevens die beschikbaar worden gesteld door de zorgverleners uit de eerste en tweede lijn.

Wat betreft de eerste lijn worden heel wat goede initiatieven genomen. De clusters of kleine groepen van zorgverleners die zullen samenwerken, vormen ongetwijfeld een eerste stap naar een bredere uitrol van de gegevensdeling binnen de zorgsector. Wat betreft de groep zorgverleners uit de eerste lijn valt het mij op dat voorlopig enkel wordt gefocust op huisartsen, apothekers en thuisverpleegkundigen. Uit recente onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat een frequent bezoek aan de tandarts is aangewezen om mondkanker vroeg te kunnen detecteren. Het lijkt me opportuun om ook voor andere specialismen in de eerste lijn aan dossiervorming te doen. Zo wordt de patiënt een soort manager van de eigen algemene gezondheid.

Zoals hierboven reeds aangegeven, is ook de gegevensdeling uit de tweede lijn enorm belangrijk om een volledig draagvlak te vinden en de verdere uitbouw van de gegevensdeling te garanderen op langere termijn.

Minister, zult u ook de andere actoren uit de eerste lijn raadplegen om deel uit te maken van deze clusters? Welke initiatieven zult u nemen om de tweede lijn aan te moedigen om mee te werken aan de uitbouw van de gegevensdeling? Welke gevolgen zijn verbonden aan de uitrol van Vitalink wanneer een actor uit de tweede lijn niet wenst mee te werken?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Dames en heren, een paar jaar geleden hebben we een project gefinancierd waarbij de koepels van de ziekenhuizen ondersteuning kregen met de bedoeling hun leden ertoe aan te zetten om te gaan voor een gezamenlijk lastenboek als het ging over de keuze van nieuwe software voor een elektronisch patiëntendossier. De overtuiging was toen dat we moesten zorgen dat de keuze zou leiden tot een consolidatie. De markt van de Vlaamse ziekenhuizen is echt niet groot genoeg om tien verschillende leveranciers te mobiliseren, wil men het budgettair beheersbaar houden.

Het project heeft wel wat veroorzaakt, maar we kunnen toch niet zeggen dat het heeft geleid tot een groot succes. Er is gebleken dat de keuze en het tempo van de ziekenhuizen verschilden. We hebben in de loop van de voorbije twee jaar in het overleg met de ziekenhuizen bij herhaling aangedrongen op samenwerking en concertatie met betrekking tot deze problematiek. We hebben ook aangegeven dat wij ervan uitgaan dat wat er ook gebeurt, ziekenhuizen zich zouden moeten equiperen om met Vitalink te kunnen communiceren als platform dat de gegevensdeling in de eerste lijn faciliteert.

Tot op vandaag is dat, wat de verwachting van de overheid betreft, beperkt gebleven tot onze zeer expliciete vraag om in de investeringen die men doet en keuzes die men gaat maken, er zoveel mogelijk voor te zorgen dat de communicatie via het Vitalinkplatform mogelijk is. Wij hebben daarover nog geen regelgeving gemaakt. Ik ben eerlijk gezegd ook niet zo geneigd om te zeggen dat we dat met regeltjes zullen doen, maar ik denk wel dat we duidelijk hebben gemaakt dat er een moment zal komen in het kader van het Kwaliteitsdecreet en onze verwachtingen rond het kwaliteitsvol verlenen van zorg, dat die communicatiemogelijkheid effectief aanwezig zal moeten zijn. Het staat in de sterren geschreven dat de toekomst van ziekenhuizen steeds meer transmuraal, ter ondersteuning en in overleg met de eerste lijn moeten kunnen werken en dat allerlei vormen van gegevensdeling noodzakelijk zijn. De verwachting en de hoop is inderdaad dat de ziekenhuizen zich daarvoor zullen aligneren op de realiteit van het Vitalinkplatform.

We hebben natuurlijk een mogelijkheid om op dat vlak de zaken te versnellen en het gesprek daarover tussen de stakeholders in een formele context te brengen.

We hebben ondertussen het decreet over de elektronische gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. We hebben de oprichting van een agentschap voor de gegevensdeling in de zorg, zoals dat in het decreet werd vastgelegd. We zijn nu bezig met de invulling van en de opstart van dat agentschap. Dat decreet heeft een aantal juridische mogelijkheden om, uiteraard met steun van de actoren – want Vlaanderen heeft altijd de keuze gemaakt om respect op te brengen voor de bottom-up benadering –, de evolutie van Vitalink te versnellen.

Vanuit technisch perspectief is Vitalink klaar om gegevensdeling met de ziekenhuizen uit te voeren. Vitalink beschikt reeds over de mogelijkheid dat ziekenhuizen zowel informatie kunnen raadplegen als bijwerken via Vitalink. Het initiatief om dit daarvoor te gebruiken en te realiseren, ligt nu in handen van de ziekenhuizen zelf.

Alle Vlaamse ziekenhuizen zijn aangesloten op een regionale hub en moeten via die weg gegevens consulteren. Die regionale hubs van de ziekenhuizen hebben reeds het initiatief genomen om informatie uit Vitalink te raadplegen. Ziekenhuizen aangesloten bij een dergelijke hub beschikken nu reeds over de mogelijkheid om Vitalink te raadplegen. Op dit ogenblik is enkel de hub Collaboratief Zorgplatform in staat Vitalink te raadplegen. Technisch is het mogelijk, maar er is ondertussen eigenlijk nog maar één hub die Vitalink effectief kan raadplegen. De hub van het UZ Leuven is bezig met de integratie van Vitalink. De verwachting is dat zij in de loop van de volgende weken starten met het raadplegen van gegevens uit Vitalink.

De timing voor de implementatie door de ziekenhuizen is projectafhankelijk. Er zijn afspraken voor het medicatieschema en de Summarized Electronic Health Record (Sumehr). Voor het uitwisselen van het Vitalink-medicatieschema is een timing afgesproken in het Plan e-Gezondheid, dat u kunt raadplegen op de website www.plan-egezondheid.be.

De timing ziet er als volgt uit. In het eerste kwartaal van 2017 is er interoperabiliteit tussen het medicatieschema in de eerstelijnsgezondheidszorg en de medicatiemodule in ziekenhuissoftware gepland. In het derde kwartaal van 2017 is de ontwikkeling van een editor voor het digitaal medicatieschema in de ziekenhuissoftware gepland. In het vierde kwartaal van 2018 is er dan de uitrol naar de ziekenhuizen. We kunnen dus eigenlijk wel zeggen dat de ziekenhuizen van hun elektronisch patiëntendossier (EPD) het Vitalink-medicatieschema zullen raadplegen bij opname en eventueel bijwerken bij ontslag, tegen het einde van 2018.

Voor het uitwisselen van de Sumehr is volgende timing afgesproken in het Plan e-Gezondheid. Vanaf 1 januari 2017: de beschikbaarheid van de Sumehr voor de specialisten en binnen de ziekenhuizen. Hieruit kunnen we afleiden dat de ziekenhuizen vanaf 1 januari 2017 hun artsen en specialisten de mogelijkheid zullen bieden om de Sumehr te raadplegen via Vitalink.

De ziekenhuizen hebben aangegeven dat een implementatie van Vitalink afhankelijk is van de realisatie van twee belangrijke projecten: de beschikbaarheid en het gebruik van een geïntegreerd EPD dat tegen eind 2018 in alle ziekenhuizen een feit zou moeten zijn en de oplevering van een medicatiemodule voor de ziekenhuizen tegen eind 2018 in alle ziekenhuizen. Alle timings, ook van het e-Gezondheidsplan, zijn eigenlijk geconditioneerd door die twee grote projecten.

Ik signaleer ook dat de ziekenhuizen nu reeds kunnen starten met eigen initiatieven om Vitalink te integreren in de ziekenhuissoftware. Zorgnet Icuuro is op dit moment de partner die dit zal ondersteunen.

Er zijn een aantal actoren in de eerste lijn die uiteraard gebruik kunnen maken van Vitalink. De volgende actoren in de zorg hebben op dit ogenblik toelating om Vitalink te gebruiken: de artsen – huisartsen en geneesheer-specialisten –, apothekers,

verpleegkundigen, vroedvrouwen, tandartsen, voorzieningen actief in thuiszorg en thuisverzorging, de ouderenvoorzieningen en de ziekenhuizen.

In de huidige fase van het project van de cluster ligt de focus op de ondersteuning van de doelgroepen artsen, apothekers en verpleegkundigen of voorzieningen actief in de thuisverzorging voor de gegevensuitwisseling van het Vitalinkmedicatieschema. Dat waren ook de primaire doelgroepen uit het pilootproject en we hebben ervoor gekozen om onze ondersteuning en middelen eerst hierop in te zetten om een zo maximaal mogelijk effectief gebruik van Vitalink te verkrijgen.

Er is vanuit de overheid op dit ogenblik geen initiatief om de toegang voor die andere doelgroepen actief te ondersteunen. Alvorens andere doelgroepen effectief toegang hebben, moeten ze immers zelf beschikken over softwaretoepassingen die Vitalink hebben geïntegreerd. Zoals gezegd laat Vitalink dat wel technisch toe. Zonder aangepaste software heeft het echter geen zin die doelgroepen ervan te overtuigen om Vitalink te gebruiken en te laten deelnemen aan een cluster.

Op dit ogenblik is geen enkele softwaretoepassing voor vroedvrouwen en tandartsen aangepast aan Vitalink. Het initiatief om dat te bewerkstelligen bij de softwareproducenten ligt bij gebruikers en de koepelvereniging die hen daarbij vertegenwoordigt.

Op dit ogenblik zijn er geen gevolgen verbonden aan de uitrol van Vitalink als een actor indien een actor van de tweede lijn niet wenst mee te werken. Iedere actor uit de zorg heeft de vrijheid om te bepalen of hij of zij gegevens wil delen met Vitalink. Actoren moeten zich evenwel bewust zijn dat de vraag naar Vitalink van henzelf komt, vanuit de bottom-upaanpak van de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg eind 2010. Een van de verwachtingen toen was dat Vlaanderen zou bouwen aan een platform voor gegevensdeling en zou streven naar integratie met de ICT-toepassing van de actoren.

De Vlaamse overheid heeft intussen deze doelstelling uitgevoerd door Vitalink aan te bieden. Nu is het aan elke actor in de zorg om wat toen is gevraagd ook effectief te gebruiken. Ik neem aan dat u weet dat wij een equipe hebben, eenlijn.be, die onze actoren in de eerste lijn ondersteunt om de intrede in de wereld van e-health zo goed mogelijk te realiseren.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Het bewijst dat er wel degelijk vraag is in Vlaanderen om aan elektronische gegevensdeling te doen in de zorg. Ik heb vandaag vernomen dat tegen eind 2018 Vitalink ook in die ziekenhuizen volop zal kunnen worden gebruikt en geraadpleegd.

Niet alleen Gent gebruikt Vitalink, ook Leuven wil zich inschrijven op het gebruik van Vitalink. Dat is een vooruitgang.

Wat de software betreft, bestaat de kans dat de actoren een verschillend programma gebruiken. Wordt daar voldoende over gecommuniceerd? Is men voldoende op de hoogte van eenlijn.be voor wat de eerste lijn betreft?

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Ik hoor tegenstrijdige berichten. Volgens de beroepsverenigingen ligt het aan de Vlaamse Gemeenschap dat de zaken niet vooruitgaan. Hier hoor ik dat het de beroepsverenigingen zijn die een beetje dwarsliggen. Volgens de communicatie die wij over eenlijn.be krijgen, blijkt alles heel rommelig te verlopen. Die vergaderingen zouden altijd in het honderd lopen en

de tandartsen worden daar niet bij betrokken. Ik zal eens bij de beroepsverenigingen polsen wat zij daaraan zullen doen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, uw antwoord is heel interessant, maar zoals mevrouw Coppé net zei, wordt er gewerkt met verschillende medische programma's. Ik merk dat in de praktijk artsen het niet evident vinden om met Vitalink te werken. Vooral oudere artsen zijn daar niet goed van op de hoogte. Ik denk dat er meer ondersteuning moet zijn en dat er cursussen moeten worden aangeboden. We weten dat momenteel één op de drie huisartsen ouder is dan 50 jaar. Het lijkt me dan ook noodzakelijk om die artsen voldoende te ondersteunen.

Minister, hebt u ook cijfers over de registratie van goedkeuringen door patiënten om hun dossier te mogen inkijken? Wie doet die registratie? Zijn dat de patiënten zelf? Gebeurt dat met hulp van de ziekenfondsen, apothekers, huisartsen?

Wat eenlijn.be betreft, is er een betere communicatie nodig, zoals ook mevrouw Croo net zei. Ik merk dat heel weinig collega's daarvan op de hoogte zijn en daarmee bezig zijn.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): We zijn het er allemaal over eens dat de doelstellingen van e-health en Vitalink moeten worden uitgesmeerd over alle gezondheidszorgberoepen. Ik sluit me aan bij het pleidooi om een overleg te organiseren waarbij geen deadline voor bijvoorbeeld de installatie in de ziekenhuizen wordt vooropgesteld. Dat is de beste garantie om geen succes te hebben. Het moet om een haalbare datum gaan.

Er is wel een pleidooi nodig waardoor Vitalink en eenlijn.be effectief beter worden geaccepteerd en om best practices voor te leggen aan de diverse gezondheidszorgberoepen opdat zij daar al doende mee zouden leren werken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om mijn federale collega een pluim te geven. Wij hebben veel overleg gehad over de e-health roadmap. Het is duidelijk dat de ontwikkelingen van Vitalink specifiek zijn aan de Vlaamse Gemeenschap. Recent is ook in Wallonië een decreet goedgekeurd waardoor gegevensdeling ook daar een wettelijke basis krijgt. Het concept Vitalink is een beleidskeuze die Vlaanderen heeft gemaakt, maar het is de verdienste van mijn federale collega dat er is gezocht naar een roadmap waarin de betrokkenheid en het gebruik van Vitalink ook in het ritme en in de plannen van het e-health-actieplan zijn ingeschreven.

Sommige zaken waar u naar verwijst, zijn niet specifiek voor het gebruik van Vitalink, maar hebben eerder te maken met het feit dat e-health stilaan niet meer weg te denken is in de individuele praktijkvoering van alle zorgverstrekkers.

Het is dus een wat breder probleem. Een aantal beroepsverenigingen zeggen dat er nog veel werk is om mensen te overtuigen om die realiteit onder ogen te zien en om dat in de vingers te hebben. Voor jongeren is dat misschien wat gemakkelijker dan voor mensen die al wat langer hun beroep uitoefenen. Maar dat is niet specifiek voor Vitalink.

Wij hebben na de vorige conferentie een aanbesteding gedaan en aan de organisatie eenlijn.be een financiering gegeven om die ondersteuning van de eerste lijn met algemene vergaderingen, groepsvergaderingen enzovoort te organiseren.

Indien wij zouden horen dat wij met de organisatie aan tafel moeten gaan zitten, moeten wij dat zeker doen. Dit is geen deel maar een opdracht van de Vlaamse overheid. Wij krijgen regelmatig rapportages over hoeveel mensen bereikt en gesensibiliseerd werden. Maar men heeft geprioriteerd. Men is begonnen met huisartsen, enzovoort. Er is een schema gemaakt om aan kringverbreding te doen.

Ik zal zeker niet zeggen dat mijn informatie de enige juiste is. Op het terrein is men vaak achterdochtig. Als men daar andere signalen opvangt, moeten we dat matchen en moeten we bekijken wat daarvan het realiteitsgehalte is en moeten we proberen om dat te objectiveren.

Maar, collega's, we gaan niet voorbij kunnen aan het feit dat het klantvriendelijke gebruik van Vitalink, dat een superbeveiligd gegevensdelingsplatform is, afhankelijk is van de manier waarop de softwarepakketten van de verschillende zorgverstrekkers toelaten om daar snel en klantvriendelijk op in te loggen en daarmee aan de slag te gaan. Ik heb al aan een aantal beroepsorganisaties gezegd dat zij natuurlijk niet in de plaats van hun leden beslissingen kunnen nemen. We zijn in België ooit begonnen met e-health, met vijftien of zeventien pakketten voor de huisartsen. Langzaam maar zeker, door het feit dat je gelabeld moet worden, is dat teruggebracht tot een kleiner aantal pakketten. Voor de leveranciers is het voortdurend de vraag of er voldoende kritische massa is om te investeren en te standaardiseren. Hebben de klanten er belang bij om van de leveranciers te eisen dat ze hun software aanpassen om die link te kunnen leggen? In die zin is dat een proces dat we moeten stimuleren en waarbij het inderdaad de vraag is hoe we langzaam maar zeker in een fase geraken waarin diegenen die van e-health een label krijgen ook effectief weten dat dat standaard zal betekenen dat men hoe dan ook de klantvriendelijke aansluiting voor de gebruiker op Vitalink mogelijk moet maken. Persoonlijk denk ik dat Frank Robben en zijn equipe daar al een hele weg hebben afgelegd. We komen geleidelijk aan steeds meer in die fase. Wat begin 2015 in het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) gebeurde, toen men voor de financiering van het gebruik van het globaal medisch dossier afstapte van een financiering voor het hebben van het pakket naar het gebruik van het pakket, en daarin ook het gebruik van Vitalink opnam, en zei dat dat bewijst dat je actief bent en dat dat aanleiding geeft tot financiering, is natuurlijk een heel goede manier om het gebruik te faciliteren en te ondersteunen. Wij hebben toen aan de federale collega en aan de mensen van e-health gezegd dat wij erg dankbaar zijn dat men op die manier inzet op een incentive om dit soort toepassingen te gebruiken.

Ik heb geen gegevens over de manier waarop de patiënten hun toestemming geven. Ik denk niet dat dit zo gemakkelijk te achterhalen is. Maar het is wel duidelijk dat er op het federale niveau een campagne werd gelanceerd om patiënten ervan te overtuigen dat ze toestemming zouden geven voor gegevens-deling. Wij hebben daar vanuit Vlaanderen aan meegewerkt, aan die teksten en aan de verspreiding, enzovoort. Maar in de praktijk zijn het toch vaak de hulpverlener en de zorgverstrekker en vaak ook de huisarts die aan de patiënt vragen of hij niet bereid zou zijn om die gegevensdeling mogelijk te maken. Uiteraard moet de patiënt die beslissing nemen. In een aantal gevallen is het zeker de hulp- of zorgverlener die er voor een deel voor moet zorgen dat de patiënt behoorlijk geïnformeerd is.

In de volgende jaren moet worden bekeken hoe dit kan worden georganiseerd, zodat de patiëntenvertegenwoordigers het daarmee eens zijn. Het moet alleszins op een gemakkelijkere manier, zeker als je kijkt naar de websites van de betrokken mutualiteiten. Dan is het duidelijk – en wij zullen dat met de mutualiteiten bespreken – dat er een veel gemakkelijkere weg moet zijn naar de 'patient viewer' dan vaak nu in de praktijk het geval is.

De hele kwestie zal natuurlijk een prominent onderdeel zijn van de eerstelijnsgezondheidsconferentie. Wij kunnen ons geen debat over ontwikkeling in de

eerste lijn meer voorstellen zonder dat daarin uitspraak wordt gedaan over de manier waarop e-health daarin moet worden gesitueerd. De issues van continuïteit, gegevensdeling, multifunctionaliteit enzovoort hebben vaak, of steeds meer, te maken met e-health.

Mevrouw Saeys, u was zaterdag aanwezig op het congres of het symposium van de Federatie Vrije Beroepen. De kwestie van werken met e-health kwam daar zeer nadrukkelijk aan bod. Voor iemand die nu afstudeert aan de universiteit is dat zijn leefwereld, maar natuurlijk zijn er mensen die nog altijd zeer actief zijn als zorgverstrekker maar die nog niet echt vertrouwd zijn met die omgeving.

In het buitenland is men daar volop mee bezig. We moeten ervoor zorgen dat communicatie, gegevensdeling en e-health een heel gewone en courante praktijk worden in de zorg. Als we met collega's samenkomen, bestaat er de grootste eensgezindheid over budgetcontrole, verlaging van de administratieve lasten, een verbetering van de kwaliteit van de zorg, samenwerking tussen de lijnen verbeteren, en iedereen is het erover eens dat we daartoe e-health moeten ontwikkelen. Er zijn weinig andere opties. De manier waarop, de transitie en de begeleiding, daar moeten we over praten natuurlijk.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Zaterdag is e-health inderdaad aan bod gekomen. Het probleem is dat collega's niet altijd op e-health willen aansluiten, dat zijn ook collega's van mijn leeftijd. Ik vind dat zonde. Het is een enorm goed instrument om mensen die niet in orde zijn, daarop te wijzen. Dat kan hun veel problemen besparen, bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname, anders mogen ze opdraaien voor de kosten. Misschien moet dat dan ook worden gekoppeld: de implementatie van e-health en de accreditering. Misschien moeten we ze echt wel verplichten om die weg op te gaan. Ik doe het nu al en ik vind het super, die e-health. Maar Vitalink en Patient Health Viewer doen niet aan gegevensdeling.

Misschien moeten de ziekenfondsen de mensen eens aansporen via een brief om actief die gegevens door te geven. Het lukt niet altijd via de huisarts, veel mensen gaan rechtstreeks naar een specialist.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aangekondigde multidisciplinaire centra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld

– 198 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de multidisciplinaire centra voor slachtoffers van seksueel geweld

– 233 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Recent kondigde federaal staatssecretaris voor Gelijke Kansen Sleurs een haalbaarheidsstudie aan voor de komst van multidisciplinaire centra voor de opvang van slachtoffers van verkrachting. Het is haar bedoeling om in de loop van volgend jaar bij wijze van proefproject drie centra te openen waar alle diensten – (para)medische, psychologische, politie en justitie – worden samengebracht, zodat slachtoffers niet bij elke dienst apart hun verhaal

moeten doen. De centra zouden verbonden zijn aan een ziekenhuis en zouden de drempel tot aangifte door de slachtoffers moeten verlagen.

Het spreekt voor zich dat slachtoffers van seksueel geweld een kwaliteitsvolle opvang moeten krijgen en dat dit van groot belang is. Naast de 4000 aangiftes per jaar zijn er nog altijd veel slachtoffers die geen aangifte durven doen van een verkrachting of aanranding, dat weten we allemaal. Een kwalitatieve opvang hangt samen met de samenwerking tussen de verschillende diensten: politieel, justitieel en hulpverlening.

De bedenkingen bij de aankondiging van de staatssecretaris zijn niet inhoudelijk. Iedereen onderschrijft een goede samenwerking. Ik heb vragen omtrent de bevoegdheidsverdeling ter zake. In hoeverre is Vlaanderen daarbij betrokken? In hoeverre zal Vlaanderen daarbij betrokken worden?

Zo mag de financiering in een ziekenhuiscontext wel federaal gedragen worden, de Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor erkenningsnormen voor ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten. De bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen stelt in artikel 5, paragraaf 1, dat de Vlaamse Gemeenschap principieel bevoegd is voor "het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen". Diezelfde wet stelt in artikel 92bis, ten eerste, tweede lid, dat "de akkoorden die betrekking hebben op de aangelegenheden die bij decreet worden geregeld, alsmede de akkoorden die de Gemeenschap of het Gewest zouden kunnen bezwaren of Belgen persoonlijk zouden kunnen binden, eerst gevolg hebben nadat zij instemming hebben verkregen bij decreet".

Minister, bestaat er een samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap aangaande het proefproject voor de opstart volgend jaar van drie multifunctionele centra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld? Zo ja, wanneer zal dit samenwerkingsakkoord bekrachtigd kunnen worden bij decreet? Zo neen, zijn er contacten geweest hierover? Op basis van welke regelgeving zal de federale overheid dergelijke multifunctionele centra opstarten? In hoeverre wordt Vlaanderen daar dan bij betrokken? Kunnen we samen de grote doelstelling van kwaliteitsvolle opvang van slachtoffers waarmaken?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Bijna vier op de tien vrouwen ouder dan 15 heeft ooit te maken gehad met fysiek of seksueel geweld. In het West-Vlaams noemen we dat een levende schande. Slechts een fractie daarvan stapt naar de politie; naar schatting 90 procent van de seksuele incidenten wordt niet gemeld. Van de ongeveer 3000 klachten over verkrachting die wel bij de politie geraken, leiden er slechts zo'n 400 tot een rechtszaak. Uiteindelijk komt het in 14 procent van de verkrachtingszaken tot een veroordeling. Met andere woorden: in minder dan 0,02 procent van de gevallen van seksueel geweld tegen vrouwen komt het tot een veroordeling. Bovendien zijn het natuurlijk niet enkel vrouwen die slachtoffer zijn van seksueel geweld.

Federaal staatssecretaris voor Gelijke Kansen Elke Sleurs hoopt via referentiecentra – één plek waar artsen, hulpverleners, politie en justitie samenwerken – slachtoffers beter op te vangen. Mobiele teams kunnen hetzelfde werk op verplaatsing doen voor slachtoffers die te ver van de referentiecentra wonen. Slachtoffers moeten dan maar één keer hun verhaal doen. De uniforme aanpak moet leiden tot een lagere drempel, meer aangiftes, beter bewijsmateriaal, sterkere cases en uiteindelijk meer veroordelingen.

Concreet is het de bedoeling van staatssecretaris Sleurs om volgend jaar in drie ziekenhuizen proefprojecten op te starten, om in 2017 het systeem verder uit te rollen.

Ik sluit me aan bij de vragen van collega Schryvers, maar ik vul die graag nog aan met enkele bijkomende vragen. Op welke manier zult u vanuit de Vlaamse bevoegdheden inspelen of aansluiten op dit project? Welke rol wilt u vanuit de Vlaamse bevoegdheden invullen in het kader van de nazorg? Maakt u in het kader van het proefproject voor 2016 of voor de verdere uitrol in 2017 middelen of capaciteit vrij? Zo ja, hoeveel? Welke afspraken zijn daarover gemaakt?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: In het concept van de aangekondigde multidisciplinaire centra voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld wordt aan de ziekenhuizen een cruciale rol toegewezen. Het werken via het model van referentieziekenhuizen bij de aanpak van seksueel geweld krijgt ook internationaal heel wat steun. Het is dan ook logisch dat de haalbaarheid en de wenselijkheid van dit model voor België wordt nagegaan. Alvorens in te gaan op de vraag hoe we vanuit het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin concreet inspelen op dit model en daaraan gekoppeld de opstart van een pilootproject willen we graag even stilstaan bij de huidige bevoegdheidsverdeling.

De Vlaamse Gemeenschap is sinds de zesde staatshervorming inderdaad ook bevoegd voor erkenningsnormen voor ziekenhuizen. De federale overheid is bevoegd voor de organieke wetgeving met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten, ook wat de investeringen in infrastructuur betreft.

Onder organieke wetgeving moeten de basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid worden begrepen, zoals onder meer vervat in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen gecoördineerd op 10 juli 2008. De federale overheid is ook bevoegd voor de financiering van de exploitatie wanneer die geregeld is door de organieke wetgeving en voor de basisregels betreffende de programmatie. Wat de ziekenhuizen betreft, is er dus geen homogene bevoegdheidsverdeling. De bevoegdheden zijn verdeeld tussen de federale overheid en de gemeenschappen. We verwijzen naar artikel 5, paragraaf 1, I, eerste lid, van de Bijzondere Wet tot Hervorming van de Instellingen (BWHI) van 8 augustus 1980.

Bovendien willen we ook nog melding maken van de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap op het vlak van het beleid inzake maatschappelijk welzijn. Hier verwijzen we naar artikel 5, paragraaf 1, II, tweede lid, van de BWHI. Zo stelde de Raad van State in zijn advies met betrekking tot het samenwerkingsakkoord van 7 april 1998 tussen de Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake slachtofferzorg: "Wat inzonderheid de gemeenschappen betreft, steunt hun bevoegdheid terzake op artikel 5, §1, II, 2°, van de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot Hervorming der Instellingen. Naar luidt van die bepalingen zijn de gemeenschappen bevoegd, wat de bijstand aan personen betreft, voor het beleid inzake maatschappelijk welzijn. In de uitoefening van die bevoegdheid kunnen zij de hulp en de dienstverlening regelen aan personen die om een of andere reden noodlijdend zijn, en uit dien hoofde recht hebben op sociale bijstand. Tot de algemene benadering van de welzijnsproblematiek" – in tegenstelling tot de 'categoriale' benadering, die het voorwerp vormt van de overige bepalingen van artikel 5, §1, II, van de bijzondere wet – "behoort onder meer de bijstand aan slachtoffers van misdrijven: zulke slachtoffers kunnen immers geacht worden zich per definitie in een bepaalde noodsituatie te bevinden. Dat bovendien een onderscheid gemaakt kan worden naar gelang van de aard van het misdrijf, doet hieraan geen afbreuk. De Vlaamse Gemeenschap is derhalve bevoegd om een samenwerkingsakkoord te sluiten waarbij het slachtofferbeleid mede vanuit het oogpunt van het maatschappelijk welzijn geregeld wordt."

Een efficiënte en kwaliteitsvolle aanpak van seksueel geweld is pas mogelijk door een coherent beleid waarin de federale overheid, de gemeenschappen en de

gewesten nauw samenwerken. Het kader daarvoor wordt uiteengezet in het Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld (NAP) 2015-2019. In de ontwerpteksten van dit plan zijn een aantal engagementen opgenomen om de haalbaarheid en de implementatie van het concept van "seksuele referentiecentra" vorm te geven.

Het betreft volgende sequentiële acties. Ten eerste is er het uitvoeren en opvolgen van een globale haalbaarheidsstudie door het International Center for Reproductive Health (ICRH) van de Universiteit Gent voor de opstart van 'sexual assault referral centres' (SAR's) in België, die loopt van 1 september 2015 tot 31 augustus 2016 en de opvolging van die studie via een stuurgroep, onder voorzitterschap van het kabinet van staatssecretaris voor Gelijke Kansen. Een tweede actie is het voorbereiden van de opstart van pilootprojecten op basis van overleg tussen de staatssecretaris voor Gelijke Kansen met de bevoegde overheden, uitgaande van de resultaten van de haalbaarheidsstudie. De timing daarvoor is september 2016 tot begin 2017. Ten derde is er de effectieve opstart van de pilootprojecten in drie ziekenhuizen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië waar specifiek opgeleid personeel inzake seksueel geweld 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 ter beschikking staat. Die projecten hebben een looptijd van één jaar en starten dus vanaf 2017. Tot slot en ten vierde is er de veralgemeende implementatie van seksuele referentiecentra in België, gepland voor het einde van deze legislatuur.

Rekening houdend met het net beschreven stappenplan, zal pas in september 2016 duidelijk worden of er een samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap nodig is voor de opstart van het pilootproject. Het kabinet van staatssecretaris voor Gelijke Kansen Elke Sleurs zou de gemeenschappen in het najaar 2016 in dat verband uitnodigen voor overleg. In het licht van de beschreven stapsgewijze aanpak weten we op dit moment dan ook niet welke middelen en capaciteit voor het proefproject nodig zullen zijn vanuit het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het is immers logisch dat we de bevindingen doorheen de stapsgewijze aanpak afwachten. Ten slotte vinden we het, in het licht van wat we reeds aangaven in het kader van de Vlaamse bevoegdheden, essentieel om de implementatie van seksuele referentiecentra in Vlaanderen breder te kaderen in het optimaliseren van de slachtofferzorg in Vlaanderen.

Het ontwikkelen van een gericht beleid om geweld, misbruik en kindermishandeling beter aan te pakken, vormt een van de centrale doelstellingen in onze beleidsnota en de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Onderzoeken hoe een toegevoegde waarde kan worden gecreëerd in het samenspel tussen slachtofferonthaal, slachtofferbejegening en slachtofferhulp is een belangrijk aandachtspunt. Het samenwerkingsakkoord slachtofferzorg zal in deze zin worden geëvalueerd met het oog op een meer integraal, coherent en gediversifieerd Vlaams aanbod voor slachtoffers van misdrijven en dus ook voor slachtoffers van seksueel geweld.

Onderzoeken welke modellen van samenwerking daarvoor de meest efficiënte bijdrage leveren, vormt in deze context een belangrijk aandachtspunt. Het model van multidisciplinaire samenwerking onder één dak, maakt daarbij opgang. We vinden het bijvoorbeeld ook terug in het concept 'Family Justice Center'. Ook daar voorziet men in alle nodige zorg op één fysieke locatie, zowel politionele, medische, psychosociale en juridische hulp. We achten het ook aangewezen om ook andere modellen van doorgedreven samenwerking dan het letterlijk onder één dak plaatsen van verschillende diensten in het vizier te houden. Alert en passend reageren op de grote diversiteit aan situaties veronderstelt ook diversiteit in het aanbod, en dit geldt in het bijzonder voor een kwaliteitsvolle aanpak van seksueel geweld.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, de thematiek van slachtofferzorg moet breder worden gekaderd en er moet worden gewerkt aan een optimalisering van slachtofferopvang. Het is hier ook al meermaals aan bod gekomen hoe we ervoor kunnen zorgen dat slachtofferbejegening, -onthaal en -hulp meer op elkaar worden afgestemd.

Wat betreft de referentiecentra noteer ik dat er een haalbaarheidsstudie gebeurt en dat Vlaanderen daarbij nog niet betrokken is omdat dit zo is opgenomen in het NAP. Vlaanderen zal wel worden geconsulteerd in het najaar van 2016. Ik ga ervan uit dat er dan ook inbreng zal gebeuren, onder meer in het kader van hoe Vlaanderen slachtofferopvang ziet in de toekomst. Dat gaat breed en niet alleen voor slachtoffers van verkrachting of aanranding.

We vinden allemaal dat er een zo goed mogelijke opvang en begeleiding moet zijn, zowel politieel, justitieel als nadien in de hulpverlening. Daar zal verder aan worden gewerkt vanaf het najaar 2016. Ik neem aan dat we daar in deze commissie dan zeker op zullen terugkomen en dat we de haalbaarheidsstudie en de implementatie van de pilootprojecten zullen kunnen bespreken.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, het is vooreerst een formidabele illustratie van onze staatsstructuur. In uw antwoord vind ik uw betrachting om alles wat met slachtofferzorg te maken heeft, breder te kaderen. Dat was ook de strekking van onze vragen. Binnen een jaar kunnen we hierop terugkomen om te zien wanneer het Vlaams niveau wordt betrokken en hoe dit wordt ingevuld.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik laat verifiëren hoe de samenstelling is van de stuurgroep die dit zal begeleiden. Ik zal dat nog overmaken.

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 de gevolgen van de besparingen binnen de diensten voor gezinszorg – 203 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Voorzitter, minister, de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bestrijken een groot aantal organisaties, zowel private als openbare, die zich dagelijks inzetten voor zorg en ondersteuning in de thuiszorg. Net als andere partners binnen uw beleidsdomein hebben ook deze diensten besparingen moeten doorvoeren. Pro memorie: eind maart 2015 hebben die diensten een nota ontvangen van het Agentschap Zorg en Gezondheid waarin voor 2 miljoen euro besparingen werden aangekondigd.

De besparingen zouden op twee manieren worden doorgevoerd, enerzijds door taakuitzuivering en taakverschuiving van duurdere uren gezinszorg naar goedkopere uren aanvullende thuiszorg of poetshulp, en anderzijds door het terugschroeven van het aantal gesubsidieerde uren voor 2015 waarbij het aantal gesubsidieerde uren van 2013 als richtsnoer zou worden genomen. De kleine opstartende diensten dreigden daar de dupe van te worden omdat ze geen aanvullende thuiszorg hebben en omdat ze in de opstartfase een beperkt aantal uren hadden.

Op 16 juni 2015 heb ik daar een vraag over gesteld. U hebt toen enkele openingen gelaten en uitwegen geboden. In overleg met de Vereniging van diensten voor gezinszorg (VVGD) werd afgesproken dat het urencontingent 2015 voor de kleinere opstartende diensten zou worden gecorrigeerd naar het aantal uren van 2014. Ook hebt u gezegd dat er een monitoring zou gebeuren van het aantal reëel gepresteerde uren in 2015 en dat er in september zou worden nagegaan in welke mate er ruimte zou zijn voor herverdeling. Er zijn inderdaad diensten die niet al hun uren opgebruiken waardoor er een herverdeling naar andere diensten zou kunnen gebeuren. U hebt toen gezegd dat er een mogelijke prioritaire herverdeling naar diensten in evolutie zou zijn voor minimaal tien voltijdsequivalenten (vte) verzorgend personeel.

Minister, hebt u kennis van de resultaten van de monitoring? Is er ruimte voor een herverdeling van niet-gepresteerde uren voor diensten die door de besparingsmaatregel het groeipad naar tien vte beëindigd of ernstig bedreigd zagen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, op 30 september en 22 oktober jongstleden heeft op mijn kabinet een overleg plaatsgevonden over de realisatie van het urencontingent 2015, met een afvaardiging van zowel de openbare als private diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Aangezien de aangereikte gegevens op 30 september onvoldoende betrouwbaar bleken, is met de sector afgesproken om de diensten te bevragen over hun inschatting van de personeelsevolutie en prestaties tot einde 2015. Deze gegevens samen met de reële gegevens van prestaties op 30 september zijn op 22 oktober voorgelegd en verder geanalyseerd.

Uit deze gegevens blijkt dat zowel voor de private als de openbare diensten het beoogde objectief van prestaties binnen de beschikbare middelen voor de sector gehaald wordt. Ik wil dan ook de diensten danken voor hun medewerking en oproepen om de gemaakte inschatting verder waar te maken.

Op basis van de gegevens die we op 22 oktober aangereikt kregen, blijkt dat er, bij de realisatie van de ontvangen inschatting, ruimte zal zijn voor de herverdeling van niet-gepresteerde uren aan kleinere startende private initiatieven. Ik ben ook op de hoogte gebracht van een sectoraal overleg op 15 september jongstleden tussen de VVDG en de startende private diensten. Op dit overleg is het engagement aangegaan om bij ruimte het saldo aan de startende diensten toe te kennen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, dit is blijkbaar heel recent opgeklaard. Er was in uw vorig antwoord ook sprake van een overgangsregeling voor de kleine diensten tot 31 december 2017. Hoe zit het met eventuele besparingen voor 2016? Indien die aan de orde zijn, op welke wijze zullen die dan gebeuren?

Minister Jo Vandeurzen: We zullen het daar uiteraard over hebben tijdens de begrotingsbesprekingen 2016, maar er zijn geen specifieke besparingen opgenomen voor gezinszorg.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de knelpunten bij mantelzorgers
– 228 (2015-2016)**

**VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ondersteuning van mantelzorgers
– 259 (2015-2016)**

**VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanbevelingen van Kom op tegen Kanker voor een geïntegreerd mantelzorgbeleid
– 299 (2015-2016)**

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de verhoogde kans op depressie bij mantelzorgers
– 322 (2015-2016)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, al enkele jaren erkennen we samen, u in het bijzonder, de centrale rol van de mantelzorg in de gezondheidszorg. Er zijn voorbeelden in de ouderenzorg, mantelzorg bij personen met een beperking, bij personen met psychische problemen, chronisch zieken enzovoort.

Naar aanleiding hiervan kondigde u eerder aan dat u een enquête zou houden bij 4000 geregistreerde mantelzorgers. Maar ondanks de gezamenlijke erkenning blijft er een roep naar meer erkenning en ondersteuning van de mantelzorgers. Het gaat over ondersteuning in alle mogelijke betekenissen van het woord: zowel financieel als inzake sociale bescherming en psychosociale ondersteuning.

Recent, begin oktober, kwam de stichting Kom op tegen Kanker met een nieuw rapport inzake mantelzorgers bij kankerpatiënten. De conclusie van dit rapport was duidelijk: er zijn vandaag nog te veel knelpunten voor de mantelzorgers. Het rapport geeft veertien concrete aanbevelingen met betrekking tot mantelzorgers. Daarbij is er wel samenwerking nodig met andere beleidsniveaus in ons complex landje.

Minister, naar aanleiding van dit rapport en die vaststelling heb ik enkele vragen voor u. Hebt u kennis kunnen nemen van de aanbevelingen, en wat bent u van plan ermee te doen binnen het huidige Vlaamse beleid?

De vergrijzing van de bevolking, het chronischer worden van vele problematieken en de vermaatschappelijking van de zorg zijn allemaal evoluties die we linken aan mantelzorg. Verschillende knelpunten hebben, zoals gezegd, raakvlakken met andere beleidsdomeinen. Bent u van plan om een overleg te organiseren met die andere beleidsdomeinen, zowel op regionaal als op federaal niveau, om zo tot een verdere uitwerking te komen van een echt mantelzorgbeleid? Welke concrete acties hebt u hiervoor al ondernomen? Welke zijn eventueel nog gepland?

Uit het rapport blijkt bovendien dat mantelzorgers met veel problemen en noden te kampen hebben, zoals een gebrek aan participatie en informatie, onzekerheid en een gevoel van machteloosheid. Hoe wilt u die noden en problemen in de toekomst herkennen, signaleren en aanpakken?

De aangekondigde enquête van 4000 mantelzorgers van personen met een tegemoetkoming uit de zorgverzekering is intussen afgerond. Welke mogelijke beleidsmaatregelen hebt u uit die rondvraag kunnen destilleren?

Ik heb inmiddels kennis genomen van de beleidsbrief. Ik heb gelezen dat de restitutie van die studie is aangekondigd voor het voorjaar 2016.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, naar aanleiding van de evoluties van kanker, de toenemende kankerdiagnoses, het toenemen van het chronische karakter van kankertypes en de trend om de kankerbehandeling en -zorg meer ambulant en zelfs thuis te organiseren, heeft Kom op tegen Kanker twee weken geleden een onderzoeksrapport uitgebracht. Daarin werden veertien aanbevelingen gedaan om het mantelzorgbeleid verder vorm te geven. De voorgaande spreker heeft het al gezegd: sommige aanbevelingen zijn puur federale materie, andere zijn een gedeelde verantwoordelijkheid en nog andere puur Vlaamse materie.

In uw beleidsnota hecht u veel belang aan mantelzorg. Er is de bevraging van de 4000 mantelzorgers, er is respijtzorg enzovoort. Een goede maand geleden stelde u in een antwoord in de commissie: "Eind september hebben we een overleg gepland met de Studiedienst om de cijfers verder te analyseren en te vergelijken met het cijfermateriaal van de Vlaamse zorgverzekering. Om te komen tot een duurzaam mantelzorgbeleid wordt momenteel een globaal plan ontwikkeld. We zullen proberen om dit plan in de loop van 2016 – ongeveer midden 2016 – te finaliseren. Relevante kengetallen zullen tot de inhoud van dit plan behoren. In dit plan worden ook de gegevens en beleidsaanbevelingen verwerkt van het grootschalige onderzoek 'Duurzame mantelzorg in Vlaanderen', waarvan het methodologisch rapport reeds is vrijgegeven en de cijfers momenteel worden verwerkt."

Hoewel niet alle voornoemde aanbevelingen betrekking hebben op het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, lijkt het mij opportuun om in het kader van de opmaak van dit Vlaams mantelzorgplan een aantal aanbevelingen in overweging te nemen en te bespreken gedurende het traject van de verdere uitwerking van het mantelzorgplan.

Minister, welke aanbevelingen van voornoemd onderzoeksrapport zult u meenemen in de uitwerking van het mantelzorgplan? Plant u een overleg met uw betrokken collega-ministers, zowel op Vlaams als op federaal niveau, met betrekking tot een aantal gedeelde verantwoordelijkheden inzake de aanbevelingen die Kom op tegen Kanker doet?

Ziet u dit overleg in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid? Werd het thema chronisch zieken reeds besproken op een eerdere interministeriële conferentie Volksgezondheid? Zo ja, wat waren de resultaten daarvan?

Vaak wordt mantelzorg gelinkt met de zorg voor een bejaarde zorgbehoevende partner of voor een familielid met een handicap. Heel wat beleidsmaatregelen zijn hierop afgestemd. Voor mantelzorgers van kankerpatiënten en chronisch zieken op beroepsactieve leeftijd is dit minder evident. Welke specifieke maatregelen plant u voor die doelgroep?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): De aanleiding voor mijn vraag om uitleg is duidelijk: de publicatie van het rapport van Kom op tegen Kanker, een zeer waardevol rapport, doorspekt met heel concrete aanbevelingen voor een geïntegreerd mantelzorgbeleid. We hebben inderdaad in uw beleidsbrief gezien dat u daaraan wilt werken.

Minister, ik heb nog een aantal concrete vragen. Volgens de onderzoekers is er nood aan de economische waarde van mantelzorg en de kosteneffectiviteit van investeringen in een betere begeleiding en opvang van mantelzorgers. Dat lijkt mij ongelooflijk belangrijk. We onderschatten de economische waarde van die mantelzorgers enorm. Er is onlangs nog een boek gepubliceerd dat veel media-aandacht heeft gekregen, over het feit dat we er maar niet in slagen de informele zorg mee te pakken in economische modellen, maar dat dat wel degelijk zorg is die gebeurt, die we moeten zien, erkennen en waarderen. Als we mantelzorg zouden moeten vervangen door reguliere zorg, zou dat een enorme kost met zich meebrengen. Ik denk dat het van belang is dat we dat goed in cijfers brengen, ook voor onze eigen regio.

U bent coördinerend minister. Zult u in het kader van 'health in all policies' bij in eerste instantie uw Vlaamse collega's – bijvoorbeeld voor het domein werk –, maar ook bij uw federale collega's wijzen op het belang van een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid en beleid in het algemeen?

Ik geef kort het overzicht van de beslissingen van de federale overheid. Enerzijds is er 12 maanden extra tijd voor zorgkrediet voor werknemers. Tegelijkertijd is er 12 maanden minder voor het gewone tijdscrediet, terwijl dat heel vaak wel degelijk werd gebruikt voor mantelzorgers. Je voelt dus dat dat een nuloperatie is. De tijdsdruk op mantelzorgers is bovendien heel groot, zeker voor chronisch zieken zoals bijvoorbeeld mensen met kanker. Kanker geneest helaas vaak niet op 12 of 24 maanden. De limieten die er zijn om tijdscrediet en zorgverlof op te nemen, betekenen ook een grens op tot waar de mantelzorg kan gaan. Dat is zeer jammer.

We merken dat 43 procent van de mantelzorgers minder gaat werken. Mensen laten hun werkactiviteit vallen om die mantelzorg op te nemen, maar daar staat weinig tegenover. Ik zal niet zeggen dat er niets tegenover staat, maar wel bijna niets. Hoewel de Federale Regering heeft gezegd dat ze dat hebben rechtgezet, zijn mensen die werkloos zijn nog altijd maar maximum 48 maanden vrijgesteld in plaats van 72. Ook op dat vlak is er dus een achteruitgang. Op die kleine vormen van ondersteuning die er zijn voor mantelzorg, is er dus sterk beknipt. Je kunt daarvoor op Vlaams niveau dan wel een heel actieplan opstellen, maar ik denk niet dat we mogen ontkennen welke verantwoordelijkheid er is op het federale niveau en welke kansen er op federaal niveau zijn om bijvoorbeeld een ernstig statuut op poten te zetten zodat mantelzorgers ook een pensioen en tijdscrediet hebben, werklozen zonder sancties mantelzorg kunnen opnemen enzovoort. Ik denk dat het overleg met uw federale collega enorm belangrijk is. De hefboom om een echt mantelzorgbeleid te voeren ligt mijns inziens grotendeels op het federale niveau.

Hoe zult u ervoor zorgen dat het belang van informatie, vaardigheidstrainingen en psycho-educatie op maat van de mantelzorger door zorgverleners wordt opgenomen in het behandelingstraject?

De onderzoekers vragen om een hervorming en uitbreiding van de Vlaamse zorgverzekering te onderzoeken zodat mantelzorgers van kankerpatiënten en andere chronisch zieke patiënten snel kunnen worden geïdentificeerd en adequaat ondersteund. Ook dat lijkt mij een heel interessante piste. We zijn nu toch de hele Vlaamse sociale bescherming aan het uitwerken. We kunnen nagaan hoe we van die zorgverzekering een echt instrument kunnen maken. Laat ons eerlijk zijn: de premie die je nu kunt krijgen voor mantelzorg dekt een deel, maar is geen volwaardig antwoord op de vragen waarmee mantelzorgers vaak zitten.

Minister, ik kijk uit naar uw antwoord.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Er is al uitvoerig verwezen naar de aanbevelingen en suggesties uit de studie van de Stichting Kom op tegen Kanker over mantelzorg bij kankerpatiënten, maar ook veel algemener.

Ik sluit me aan bij de aanbevelingen die aan de minister zijn gericht. Ik hoop vooral dat ze worden geïntegreerd in het globaal plan dat hopelijk snel, in 2016, het leven zal zien. We zijn allemaal voor een betere ondersteuning van de mantelzorgers en voor meer respect voor het werk van de mantelzorgers. Daarbij wil ik een topic specifiek onder de aandacht brengen. In diezelfde studie en naar aanleiding van de dag tegen kanker op 15 oktober stond dat de mantelzorgers bij kankerpatiënten een verhoogde kans op depressie hebben. De combinatie van extra engagementen en getuige zijn van het lijden van een dierbare leidt immers tot een verhoogde kans om depressieve gevoelens te ontwikkelen. Ook internationaal onderzoek toont dat aan.

Enkele dagen later verscheen er een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen waaruit bleek dat een op zes Vlamingen tijdens zijn leven een depressie zal doormaken en dat tijdig ingrijpen kan lonen. Een depressie wordt immers vaak met medicatie bestreden en personen die kampen met een depressie zijn gemiddeld een jaar arbeidsongeschikt, terwijl tijdig professionele hulp zoeken dit kan voorkomen. Alleen zijn er ook hier drempels. Er is de financiële kostprijs, waarvoor uw federale collega De Block bevoegd is, maar er is ook nog een zeker stigma wanneer het over depressie gaat. Dat maakt detectie en de stap naar hulp groter dan ze moeten zijn.

Minister, erkent u het verhoogd risico van mantelzorgers op depressie?

Welke maatregelen zult u nemen vanuit uw bevoegdheid inzake Welzijn, en preventief gezondheidsbeleid in het bijzonder, om depressie bij mantelzorgers, en bij uitbreiding bij alle Vlamingen, beter en sneller bespreekbaar te maken? U hoeft daarmee niet te wachten op het globaal plan met betrekking tot mantelzorg 2016. Zijn er concrete initiatieven in voorbereiding die mantelzorgers, en bij uitbreiding alle Vlamingen, kunnen ondersteunen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Heel wat antwoorden op de vragen die hier zijn gesteld, vallen onder het lopende traject tot uitwerking van een globaal mantelzorgplan. De achterliggende visie die gehanteerd wordt, is opgenomen in onze beleidsbrief Welzijn waarvan ik tot mijn tevredenheid vaststel dat een aantal onder u die zeker al hebben gelezen.

Voor de uitwerking van dit plan is het noodzakelijk een goed beeld te krijgen op de noden en leefsituatie van mantelzorgers. Naast al bestaand onderzoek worden de resultaten van de door ons gevraagde studie naar jonge mantelzorgers in Vlaanderen en van het onderzoek 'Duurzame mantelzorg in Vlaanderen', waar 4000 geregistreerde mantelzorgers zijn aangeschreven, mee verwerkt in het plan. De resultaten worden momenteel geanalyseerd en vertaald in beleidsaanbevelingen. We verwachten dat de gevalideerde resultaten van de onderzoeken samen met het globaal mantelzorgplan in juni volgend jaar kunnen worden voorgesteld.

De aanbevelingen uit het onderzoeksrapport van Kom op tegen Kanker, 'Onzichtbaar maakt onmisbaar. Welke knelpunten ervaren mantelzorgers van kankerpatiënten?' zijn ons bekend en sluiten grotendeels aan bij bevindingen uit eerder onderzoek of uit visienota's van organisaties uit de professionele en informele zorgsector. Deze resultaten zijn ook toegevoegd aan de documenten die gebruikt worden voor de opmaak van het globaal mantelzorgplan.

Naast de eerder vernoemde onderzoeken worden ook resultaten en aanbevelingen uit ander beschikbaar onderzoek alsook visienota's van relevante organisaties of

koepelverenigingen geconsulteerd bij de ontwikkeling van een globaal Vlaams mantelzorgplan.

Het globale plan zal worden opgebouwd rond vier centrale thema's. Het eerste thema is de maatschappelijke erkenning en waardering van mantelzorgers. Hierbij gaat het om aspecten zoals arbeid en mantelzorg, het voeren van een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid, het behoud van sociale rechten, financiële tegemoetkomingen of mantelzorgverzekering.

Het tweede thema is de ondersteuning van mantelzorgers, bijvoorbeeld door het aanbieden van informatie op maat, respijtzorg, psycho-educatie, vorming, lotgenotencontact enzovoort.

Het derde thema is het versterken van de samenwerking tussen informele en professionele zorg, enerzijds door mantelzorgers te beschouwen als volwaardige zorgpartners en anderzijds door de ondersteuningsnaden van mantelzorgers tijdig in beeld te brengen en op te nemen in de zorgdoelstellingen binnen de context van de zorgbehoevende.

Het vierde thema is de specifieke situatie van jonge mantelzorgers. Zo zal er specifieke aandacht nodig zijn voor de studiemogelijkheden en schoolomgeving, de mogelijkheden om zich ook als kind te kunnen ontwikkelen en ontspannen of de vrijheid om zonder schuldgevoel een eigen leven op te bouwen.

Deze vier centrale thema's zullen de komende maanden verder worden uitgewerkt tot algemene aanbevelingen voor het voeren van een duurzaam mantelzorgbeleid. Daarvoor is al een stuurgroep opgestart met vertegenwoordigers van mantelzorg en patiënten. Deze stuurgroep zal worden ondersteund door een brede expertengroep. Voor de specifieke thema's worden nog bijkomende experts gezocht en zal beleidsdomeinoverschrijdend worden afgestemd. Zo zal bijvoorbeeld voor mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid een beroep gedaan worden op de resultaten van het door Flanders Care gesteunde ESF-project Mantelzorgvriendelijk Ondernemen van het Kennispunt Mantelzorg.

Het is de bedoeling dat deze algemene aanbevelingen later worden omgezet in een actieplan met concrete maatregelen, afgestemd op de verschillende types van mantelzorg, dus mantelzorg voor ouderen, chronisch zieken, personen met een handicap of dementie, met specifieke aandacht voor mantelzorgers met een migratieachtergrond enzovoort.

Zoals blijkt uit de vier centrale thema's van het globaal mantelzorgplan, zullen een aantal beleidsaanbevelingen inderdaad betrekking hebben op andere Vlaamse beleidsdomeinen en federale bevoegdheden. Tijdens de opmaak van ons plan en de verdere concretisering van de geformuleerde aanbevelingen zal in de nodige ruimte worden voorzien voor overleg en afstemming.

Het thema 'mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid' is bij uitstek een thema waar we breed overleg zullen plegen en aandacht zullen vragen voor de geformuleerde aanbevelingen.

In het kader van de gesprekken tussen de Federale Regering en de gewesten en gemeenschappen over het gezondheidsbeleid inzake chronische zieken en geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid met geplande pilootprojecten, is de mantelzorg mee besproken en opgenomen. Voor de chronisch zieke streven we naar een holistische benadering van de patiënt en zijn omgeving, gebaseerd op proactieve en geplande zorg waarbij de patiënt en de mantelzorger als partners worden beschouwd.

In de loop van het proces dat zal leiden tot de ontwikkeling van het plan, zijn een aantal componenten geïdentificeerd waarvan de implementatie nodig is om de

evolutie naar geïntegreerde zorg te kunnen realiseren. De ondersteuning van de mantelzorg is hiervan een component. Het spreekt voor zich dat we hierbinnen ook afstemming beogen met de uitwerking van ons globaal mantelzorgplan.

Naast de aanbevelingen die worden geformuleerd binnen het globaal mantelzorgplan, moet er wellicht nog bijkomend onderzoek gebeuren. Op korte termijn overwegen we op dit ogenblik dan ook geen verder onderzoek naar de economische waarde van mantelzorg en de kosteneffectiviteit van investeringen in een betere begeleiding en opvang van mantelzorgers. Als dat nodig blijkt, zal het aan bod komen maar voorlopig is daar geen aanleiding voor.

Bestaand onderzoek heeft al aangetoond dat een goede ondersteuning van mantelzorgers en het versterken van het netwerk rond de mantelzorgers leidt tot een aanzienlijk uitstel van opname in een verzorgingsinstelling. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van professor Mittelman uit New York bij mantelzorgers van personen met dementie. Het bij ons uitgerolde psycho-educatie programma 'Dementie en nu' bouwt verder op deze bevindingen.

Wat de aanbeveling betreft om de Vlaamse zorgverzekering te hervormen zodat mantelzorgers van chronisch zieke patiënten beter kunnen worden ondersteund, wordt momenteel de Vlaamse sociale bescherming uitgewerkt. Hiermee willen we een integraal beleid voeren waarin de patiënt en zijn zorgnoden centraal staan. We gaan hierbij uit van het cirkelmodel: mensen worden in hun langdurige zorgnood ondersteund om de regie van hun zorg in eigen handen te houden, met de steun van familie en mantelzorgers waar mogelijk en professionele en gespecialiseerde zorg waar nodig. Het in handen krijgen van de regie houdt ook in dat we willen komen tot een meer vraaggestuurde en persoonsvolgende financiering van zorgkosten voor de verschillende zorgvormen, dit om ervoor te zorgen dat er incentives zijn om het bestaande aanbod onderling te verbinden tot een geïntegreerde zorg rondom de patiënt, op basis van een zorgplan. De zorgvrager zal mee beslissen hoe zijn zorgvraag wordt omgezet in zorg en ondersteuning. Concepten hiervoor moeten uitgetest worden.

Binnen de Vlaamse sociale bescherming wordt het gebruik van een uniek indicatie-instrument, de BelRAI en de BelRAI Screener (Resident Assessment Instrument), onderzocht. De mantelzorg is hierbinnen zowel een zorgactor als een onderdeel van de zorgdoelstellingen. De resultaten van onderzoek en projecten binnen dit kader zullen bepalend zijn voor de verdere opvolging daarvan.

Nabije zorg en ondersteuning wordt in de eerste plaats verleend door de mantelzorgers. Het spreekt voor zich dat de zorg die mantelzorgers dagelijks verlenen na verloop van tijd zwaar kan wegen. Voor de nabije mantelzorger kan de diagnose van de zorgbehoevende leiden tot angst en onzekerheid over de medische situatie en toekomst van de naaste. Bovendien kan de ziekte leiden tot een aanpassing van de rollen en taken die in het gezin worden opgenomen. Ook het sociale leven van de mantelzorger of zijn professionele mogelijkheden kunnen ingrijpende wijzigingen ondergaan, zeker bij chronische zorgbehoevendheid. De belasting van de mantelzorger kan dan ook depressieve gevoelens oproepen. Uit onderzoek van de KU Leuven is gebleken dat vooral de manier waarop mantelzorgers de zorg ervaren en omgaan met problemen in de zorgsituatie kan leiden tot een depressie.

De aandacht voor de balans draagkracht-draaglast staat dan ook centraal bij de uitwerking van het globale plan. Waardering, erkenning en ondersteuning van de mantelzorger zijn hierbinnen de belangrijkste thema's. Mantelzorgers geven aan nood te hebben aan informatie, persoonlijk advies en begeleiding, educatie, financiële, praktische en emotionele ondersteuning en contacten met lotgenoten. Ze wensen ook als volwaardige partners te worden beschouwd in het zorg- en ondersteuningsproces van de cliënt of patiënt.

Een concreet voorbeeld van dergelijke ondersteuning is het al uitgewerkte psycho-educatieprogramma 'Dementie en nu' door de Alzheimer Liga Vlaanderen en het expertisecentrum Dementie Vlaanderen, dat momenteel op verschillende plaatsen in Vlaanderen wordt aangeboden en ook online ter beschikking is.

Complementair aan de psychologische dienstverlening aan kankerpatiënten en naasten in het ziekenhuis biedt bijvoorbeeld ook de Stichting tegen Kanker psychologische begeleiding aan voor mensen met kanker en hun naasten. In het kader van het transitieplan 'Dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuis-milieu' is door de ziekenfondsen het contactpunt Dementie opgericht. Hulp- en zorgverleners kunnen contact opnemen met het contactpunt als ze merken dat een persoon met dementie of zijn mantelzorger extra ondersteuning nodig heeft. Een maatschappelijk werker vertrouwd met dementie neemt vervolgens binnen de week contact op en stelt een gratis huisbezoek voor om na te gaan hoe de persoon met dementie en zijn mantelzorgers ondersteund kunnen worden.

Vlaanderen heeft ook geïnvesteerd in respijtzorg. Zo is er het rechtstreeks toegankelijke aanbod voor personen met een beperking. Er kan eveneens een beroep worden gedaan op de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de centra voor kortverblijf, de diensten voor oppashulp en de dagverzorgingscentra. Dit aanbod biedt de kans aan mantelzorgers om op adem te komen.

De Vlaamse overheid zet binnen de geestelijke gezondheidszorg in eerste instantie continu in op een correcte beeldvorming en destigmatisering van psychische problemen. Daartoe subsidiëren we onder andere de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen, een samenwerking tussen de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid en Te Gek!? die allerlei informatieve en publieksacties onderneemt om psychische problemen beter bespreekbaar te maken en te normaliseren. Te Gek!? is een begrip geworden in Vlaanderen. Eén op zes Vlamingen kent dit initiatief. Diegenen die aangeven Te Gek!? te kennen, praten ook openlijker en ervaren minder stigma.

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), de partnerorganisatie van Zorg en Gezondheid, werkt aan geestelijke gezondheidsbevordering en het versterken van veerkracht. Het gekende voorbeeld is 'Fit in je Hoofd', met sinds de zomer een vernieuwde interactieve website met applicatie: interactief, modern, gebruiksvriendelijk, gericht op zelfzorg en coaching, op maat van de gebruiker en complementair aan de hulpverlening. Voor jongeren is er 'NokNok', voor ouderen de 'Zilverwijzer', en er is de 'Goed-gevoel-stoel' voor mensen uit kwetsbare groepen.

Ik stip nog aan dat we de inbreng van gebruikers, cliënten en patiënten in de zorg alsook op beleidsniveau heel belangrijk vinden. We werken aan een sterke stem voor gebruikersverenigingen. Zo subsidieert de Vlaamse overheid het Familieplatform Geestelijke Gezondheid, dat acht organisaties verenigt die de belangen behartigen van familieleden van personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Zij werken onder andere aan een pool van opgeleide familievertegenwoordigers.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, dank u voor uw uitgebreide antwoord. Ik ben er zeker van dat we bij de bespreking van de beleidsbrief nog de gelegenheid zullen hebben om op een aantal zaken nader in te gaan. Ik wil hier nog enkele aandachtspunten benadrukken.

Minister, u zegt dat een van de thema's de maatschappelijke erkenning is. Dat gaat gepaard met minstens het vrijwaren of het handhaven van sociale rechten. Ik weet dat er weinig budgettaire ruimte is. Maar ik denk toch dat het voeren van een economische studie, onder welke regie ook, hierbij zeker een meerwaarde

kan zijn omdat we weten dat dat in een 'trade off' van beslissingen die op termijn moeten worden genomen toch altijd doorslaggevend kan zijn. Het kan op korte of halflange termijn nuttig zijn om de zaken eens in een economisch perspectief te plaatsen. We hebben net een interessante uiteenzetting gehad van gezondheids-econoom Annemans. Het is perfect mogelijk om, zoals het in de buurlanden al is gebeurd, de meerwaarde van mantelzorg en van thuiszorg in het algemeen in de verf te zetten. Als er een transmurale shift is van residentiële of instellingsgebonden zorg – ik denk daarbij aan ziekenhuizen – naar thuiszorg, dan moeten er ook budgetten gerealloceerd worden. Daarvoor is die economische studie echt nodig.

Minister, u sprak ook over informatie op maat en mantelzorgvriendelijk personeel. Dat zijn terechte aandachtspunten. Maar ik hoop er wel bij dat er voldoende rekening wordt gehouden met het feit dat we hier slechts een eenmalig leerproces hebben bij de betrokkenen. Dat is net zo bijvoorbeeld bij palliatieve zorg. Vaak gaan mantelzorg en palliatieve zorg hand in hand. Het ging over patiënten met kanker. Dat is vaak een rit met een negatieve uitkomst. Dan is het zeer belangrijk dat mensen tijdig de juiste informatie krijgen. Daar is nog heel veel aan te doen. Naar aanleiding van de vraag die ik vorig jaar in de plenaire vergadering heb gesteld, heb ik regelmatig de vraag gekregen om te gaan spreken, zowel voor afdelingen van mijn eigen partij als voor anderen. Daar blijkt dat zelfs OCMW-raadsleden vaak niet weten welk aanbod er is voor mensen met thuiszorg en met mantelzorg in het bijzonder. Ze kennen misschien de Vlaamse Zorgpremie, maar dan kennen ze de Mantelzorgpremie niet. Die is vaak afgeschaft. Dan weten ze niet wat er allemaal is in het aanbod van oppashulp of respijtzorg. In de plenaire vergadering vroeg ook mevrouw Taelman daarnaar. Ik pleit ervoor om het aanbod beter te 'inventoriëren' en op een juiste manier aan te brengen. We moeten weten dat de categorie van mensen waarmee we hier te maken hebben, vaak niet zo vertrouwd is met de nieuwe media. Zij hebben misschien nog andere toegangswegen nodig om aan de juiste informatie te komen.

Ik sluit mij aan bij de vraag van de heer Bertels: het is vaak een eenmalig traject. De depressie komt er vaak niet alleen als gevolg van de confrontatie met het lijden van de partner. Het is al op verschillende fora aan bod gekomen, zoals we al vaak hebben gehoord en gelezen, dat mantelzorgers, zeker die van de sandwichgeneratie, in de verzorgingscontext vaak te kampen hebben met geweld en chantage. Het feit dat het een eenmalig traject is, maakt dat er niet veel toekomstperspectief meer is voor de mantelzorgers, die vaak zelf hoogbejaard zijn. Dat speelt allemaal mee in de genese en het onderhouden van een eventuele depressie.

Ik pleit er daarom extra voor om misschien nog tijdens deze legislatuur een goed en misschien zelfs gedifferentieerd format te vinden om de juiste informatie bij de juiste personen te krijgen. Er is in het verleden werk gemaakt van een rechten-verkenner. Ook dat is zeer weinig gekend, en tot nu toe niet toegepast voor het aanbod dat er in de gemeenten eventueel al is in verband met mantelzorg.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, dank u voor uw uitgebreide antwoord. Ik vroeg naar specifieke maatregelen voor thuiswerkende mantelzorgers, die thuis vaak een chronisch zieke patiënt hebben die ook nog een beroepsactieve leeftijd heeft. Ik weet dat dit vooral een federale materie is. Maar het zou goed zijn om dat op de interministeriële conferentie Volksgezondheid toch even aan bod te laten komen. Voor iemand die buitenshuis gaat werken en tegelijkertijd mantelzorg opneemt, zorgt dit toch wel voor de nodige problemen.

Ook een flexibel systeem voor werkhervatting na kanker voor de patiënt zelf is niet onbelangrijk. Kunt u dit deel uit het onderzoeksrapport meenemen in het overleg met de federale collega's?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik dank u voor uw omvangrijke antwoord, minister. Het is heel goed dat we een plan met verschillende elementen krijgen. Ik ben blij dat u overleg zult hebben met de federale overheid; ik veronderstel dat dat ook zal gebeuren met de lokale overheden.

Mijn vraag over de analyse van de waarde van mantelzorg en de kosten-effectiviteit, hebt u niet beantwoord, denk ik. Ik denk dat dit een beetje aansluit bij de bedenkingen van de heer Persyn. Het was geen studie om de studie. Het is een studie met heel waardevolle informatie. De gegevens ontbraken echt wel. Zit dat vervat in uw traject? Is dat een van de elementen ervan of niet? Indien niet, dan krijgt u zeker de oproep om dat nog te doen.

Ik heb hier uw toelichting bij de begroting. Ik zie niet direct expliciete middelen om het actieplan te gaan waarmaken. Dat kan twee dingen betekenen. Dat kan betekenen dat u pas een impact op de begroting voorziet na 2016. Dat zal wel aan mijn ongeduld liggen, het lijkt me jammer dat het zo laat zou zijn. Het kan ook via reallocatie gebeuren. Daar valt misschien ook iets voor te zeggen. Misschien kunt u met hetzelfde budget door verschuivingen ervoor zorgen dat mantelzorgers versterkt worden zodat de reguliere zorg minder middelen nodig heeft. Daar moeten we eerst een goede analyse van hebben. Heeft dit een financiële impact? Zo ja, hoe ziet die eruit?

Ik vrees dat we een aantal kansen gaan missen als we moeten wachten op het actieplan. Het is natuurlijk goed dat het plan er komt. De Vlaamse sociale bescherming zal in een decretaal kader groot worden voor het actieplan er is. Het is belangrijk dat alle input die uit de stuurgroep en de expertenwerkgroep komt, wordt meegenomen zodat die nog in de uitrol van de sociale bescherming zit.

Tegelijk merken we dat er heel veel zaken gebeuren. Zo worden lokale premies voor mantelzorg om budgettaire redenen geschrapt. We mogen niet riskeren om een waardevol jaar te verliezen. U hebt voldoende expertise. Er bestaat veel expertise over goede mantelzorg. U bent vrijdag op een studiedag daarover geweest. Het is dus niet dat u dat niet weet. Wacht niet op het actieplan om die maatregelen waarvan u weet dat ze zinvol zijn, al in te voeren, of de maatregelen die een nefast effect kunnen hebben tegen te houden of te laten tegenhouden door de betreffende overheid.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, de vragen tonen heel duidelijk aan dat er ook nu nood is aan ondersteuning, al dan niet in het kader van informatieverstrekking. We moeten daar niet te lang mee wachten. Ik denk dat het ook heel belangrijk is dat we perspectief bieden aan mantelzorgers. Dat doen we niet of niet voldoende met de aankondiging van een globaal plan, waarmee ik het proces van dat plan niet wil maken. Er moeten stuurgroepen en expertengroepen aan meewerken, maar als we pas midden 2016 algemene aanbevelingen gaan hebben, en daarna nog een actieplan moeten uitvinden, riskeren we dat er in 2016 niets gebeurt. Dat zou kunnen blijken uit de middelenbegroting of de huidige begroting 2016 waar we niets in terugvinden. Dat is te weinig perspectief voor de noden van de mantelzorgers in het algemeen en inzake depressie in het bijzonder.

Ik ondersteun het pleidooi van de collega's met betrekking tot het onderzoek 'economische waarden'. Op korte termijn hebt u daar niets voor uitgetrokken. Ik pleit ervoor om dat te herzien. Dat is een heel belangrijk maatschappelijk instrument dat ons kan helpen inzake beleid met betrekking tot mantelzorg.

U hebt specifiek verwezen naar het pilootproject 'chronisch zieken' waar mantelzorg wordt bij betrokken. Kunt u aangeven welke pilootprojecten al van start zijn gegaan?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het is essentieel dat het beleid zich tot alle type mantelzorgers richt, of ze nu zorgen voor ouderen, chronisch zieken, kankerpatiënten, mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem of personen met een handicap. Er bestaat al heel wat informatie over de noden van mantelzorgers, meer bepaald in de studies van de Studiedienst van de Vlaamse Regering, de Koning Boudewijnstichting en de Vlaamse Ouderenzorgstudie. Ze wijzen allemaal op dezelfde lacunes. Er is namelijk nood aan informatie over de wetgeving, over de ziekte, over de administratie; er is nood aan steun bij de papieren rompslomp en de organisatie van de zorg; er is nood aan vorming, aan meer respijtzorg, aan psychische ondersteuning en voldoende professionele zorg.

Er bestaat in Vlaanderen al heel wat. Veel organisaties houden zich volgens hun opdracht bezig met mantelzorgers, maar het aanbod is erg versnipperd. Wie mantelzorg geeft, vindt eigenlijk de weg niet. Mantelzorger wordt men van vandaag op morgen en we moeten toegeven dat er niet één algemeen bekend aanspreekpunt is. Mensen lopen vaak verloren en dat komt bovenop de stress van de zorg die ze moeten verlenen.

Ik heb al vaak de vraag gesteld naar de kans op depressie bij mantelzorgers. Als we willen gaan naar vermaatschappelijking van de zorg, moeten we daar werk van maken, anders valt de mantelzorger uit en dat kost de maatschappij ook weer veel geld.

Ik wil er trouwens voor pleiten om het begrip mantelzorger niet te eng te interpreteren. Men bevraagt vandaag mantelzorgers die als zodanig zijn ingeschreven en dat zijn vooral partners of inwonende kinderen. Bij ouderen is de mantelzorger zelf vaak oud of zelfs hoogbejaard en die behoeft ook zelf ondersteuning. Wij dringen erop aan dat de groep van mantelzorgers die een eigen gezin, een job en mantelzorg moeten combineren, steun krijgen.

Ik wijs erop dat uit onderzoek blijkt dat vooral dochters en schoondochters aan ouderenmishandeling doen. Dat is niet omdat vrouwen meer mishandelen dan mannen, maar omdat het vooral vrouwen zijn die de mantelzorg opnemen voor ouders of schoonouders en dat moeten combineren met een eigen huishouden en een job, al dan niet fulltime. Deze groep loopt een bijzonder groot risico om eronderdoor te gaan.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Er is inderdaad geen onderzoek gepland naar de economische effecten. Ik wil gerust aan de stuurgroep vragen of dat moet worden overwogen of dat er al literatuur over bestaat. We kunnen dat gerust nakijken, geen probleem.

Een aantal van uw vragen gaan uiteraard in een globale benadering terechtkomen. We moeten niet de indruk wekken alsof er nog niets bestaat momenteel. We hebben heel wat respijtzorg en de zorgverzekering is een feit.

Mevrouw Van den Brande, mocht u de onweerstaanbare drang voelen om het decreet op de Vlaamse sociale bescherming goed te keuren, laat het dan niet. Maar het is zeker niet zo dat we met de goedkeuring van het kaderdecreet een uitspraak doen over alle modaliteiten van de betaling en dergelijke.

Ik heb het al bevestigd, veel zaken hebben te maken met goede en toegankelijke informatie, maar ook met de combinatiemogelijkheden van werk, gezin en zorg. We gaan uw aller steun en sympathie nodig hebben in het belendende gebouw om daarover het gesprek te voeren. Dat zal inderdaad daar ook aan de orde zijn. *(Opmerkingen van Jan Bertels)*

Die zijn nog niet opgestart. Dat zijn projecten die ook via de interministeriële conferentie voorbereid worden en waar wordt gezocht naar nieuwe modellen om chronische zorg te organiseren en waar het juist is dat de mantelzorg als component moet worden meegenomen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik sluit meteen aan bij dat laatste. Dat is een reden te meer om naar een economische studie te gaan, want dan hebben we meer argumenten in handen. Ik zie dat mevrouw Schryvers weggaat. Ik wil haar toch nog bijzonder feliciteren met haar initiatief voor jonge mantelzorgers, want dat is een groep die bijzonder kwetsbaar is en die bijzonder moet worden behartigd.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Het is een boeiend debat. Ik denk dat er een aantal goede stappen zullen worden gezet. Of Groen de Vlaamse sociale bescherming mee goedkeurt, zal afhangen van in welke mate onze opmerkingen op de conceptnota zijn meegenomen in het uiteindelijke ontwerp van decreet.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): We zullen dit debat nog enkele keren voeren, zelfs vóór het globaal plan hier zal worden voorgelegd. Minister, ik neem aan dat u uw toezegging met betrekking tot de vraagstelling over de economische waarden aan de expertengroep doorgeeft aan het secretariaat, zodat we u daar eventueel over kunnen bevragen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventie van huidkanker

– 347 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Op 13 november 2013 verleende u toestemming voor een pilootproject bevolkingsonderzoek naar huidkanker. Deze week verscheen een artikel in de artsenkrant waarin gezondheidseconoom Lieven Annemans van UGent en professor Lieve Brochez, eveneens van UGent en tevens de indiener van de aanvraag voor het pilootproject, de kosten ervan onder de loep namen.

Huidkanker kost onze maatschappij jaarlijks 114 miljoen euro. Indien de trends zich voortzetten, schatten Annemans en Brochez dat de geprojecteerde kost van huidkanker over 20 jaar 5,9 miljard euro zal bedragen. De primaire preventie – het vermijden van blootstelling aan UV-stralen door betere regelgeving en controle in zonnebankcentra of het promoten van innovatieve zonnecrèmes – kan 1100 levens redden en 300 miljoen euro besparen, stellen de onderzoekers. Het vroeg opsporen van bestaande kankers kan daarnaast ook nog eens 1250 levens redden. Huidkanker is een van de meest frequente en snelst stijgende vormen van kanker. In 2012 waren er 2511 nieuwe diagnoses van maligne melanomen en werden er 27.489 niet-melanome huidkankers geregistreerd in België.

Uit een ander grootschalig Europees onderzoek dat past in 'Euromelanoma', een preventiecampagne van de Europese Associatie van Dermatologen, blijkt dat 41 procent van de overlijdens door huidkanker in België vermeden kan worden door

een betere preventie. Huidkanker behoort bij de top van best behandelbare vormen van kanker. De vroegtijdige screening speelt een cruciale rol in de vaststelling en behandeling van deze kanker. Verder geeft Euromelanoma nog mee dat meer dan 40 procent van de Belgische patiënten hun consultatie uitstelt bij het ontdekken van de vroege symptomen van huidkanker.

Het is opmerkelijk dat u in uw antwoord van 17 maart 2015 aangeeft dat er op dat ogenblik niet voldoende wetenschappelijke argumenten zijn voor de organisatie van een bevolkingsonderzoek naar huidkanker, terwijl u op 13 november 2013 zelf een ministerieel besluit betreffende het verlenen van een toestemming voor een pilootproject bevolkingsonderzoek naar huidkanker aan de Universiteit Gent hebt ondertekend en goedgekeurd.

Zijn de resultaten van dit onderzoek reeds gekend? Zult u naar aanleiding van deze nieuwe gegevens initiatieven nemen om meer middelen in te zetten ter bevordering van de preventie naar huidkanker? Zult u proactief maatregelen nemen om de significante stijging van de kost van huidkanker op te vangen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voor het pilootproject bevolkingsonderzoek naar huidkanker waar u naar verwijst, zijn uitsluitend de klinische resultaten beschikbaar. De volledige conclusies, ook op het vlak van de effectiviteit van een aanbod van screening op populatieniveau, met andere woorden, het bevolkingsonderzoek, moeten nog worden gefinaliseerd en vrijgegeven.

Het is wel al duidelijk, zo bleek tijdens de rondetafel van 19 oktober 2015 in het federaal parlement, waar die voorlopige resultaten werden gepresenteerd, dat de resultaten veelbelovend zijn, maar dat er nog tal van onduidelijkheden en bijkomende vragen zijn over de effectiviteit van een dergelijk screeningsaanbod. Wat is de doelgroep voor de screening? Wat is de optimale screeningsstrategie? Wie moeten we screenen en op welke manier? Wat zijn de kwaliteitsvoorwaarden? Welke letsels moeten worden opgespoord? Naast maligne melanoom zijn er nog andere, minder kwaadaardige huidletsels zoals basocellulair carcinoom. Moet daar ook naar worden gezocht? Hoe frequent moet het onderzoek worden herhaald, enzovoort.

In Australië, waar het risico op huidkanker om meerdere redenen veel hoger ligt dan in Vlaanderen, wordt om die reden nog steeds geen bevolkingsonderzoek naar huidkanker georganiseerd.

In Duitsland, waar sinds enige tijd wel bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd, wordt slechts één op zes van alle afwijkende resultaten bij screening nadien ook bevestigd door de dermatoloog. Dergelijk hoog aantal vals-positieven is niet aanvaardbaar.

De definitieve resultaten in verband met de kosteneffectiviteit worden binnen de drie maanden verwacht. Professor Annemans heeft tijdens de rondetafel heel duidelijk aangegeven dat het voorlopige resultaten betreft. Meer dan enkele slides zijn op dit moment niet vrijgegeven. Tot we de resultaten van de genoemde resultaten hebben kunnen bestuderen, is het niet verstandig om uitspraken te doen over eventuele wijzigingen in het gevoerde beleid en over herallocaties van middelen van preventie.

De Vlaamse overheid heeft tot nu toe zelf geen sensibiliseringscampagne gevoerd over dit onderwerp. We moeten daarbij de opportunitetskost afwegen tegen de beschikbare middelen. Binnen de Vlaamse bevoegdheden op het vlak van kankerpreventie investeren we de middelen prioritair in het opzetten van kwalitatieve bevolkingsonderzoeken naar borst-baarmoederhals- en dikke darmkanker en in

het bevorderen van een gezonde levensstijl. Ngo's zoals de Stichting tegen Kanker en dermatologen nemen al heel wat initiatieven voor de preventie van huidkanker, gericht op leefstijlaanpassingen en awareness. Dat is erg waardevol en het heeft ook effect. Tijdens de rondetafel op 19 oktober stelde de Stichting tegen Kanker dat 90 procent van de bevolking al goed op de hoogte is van de gevaren van UV-stralen door de zon en de zonnebank. Op dit moment is er nog steeds onvoldoende wetenschappelijke evidentie om een bevolkingsonderzoek naar huidkanker te organiseren. De effectiviteit van een aanbod van huidkanker-screening moet nog worden onderzocht. Tot wanneer daar duidelijkheid over is, zullen we niet onmiddellijk extra middelen kunnen mobiliseren.

Tot slot nog dit: de toestemming die we hebben gegeven voor het kwalitatieve pilootproject bevolkingsonderzoek, concreet dus het pilootonderzoek van de UGent, waarbij twee screeningsstrategieën worden vergeleken, geeft aan dat we de preventie van huidkanker wel degelijk belangrijk vinden. Het toont ook aan dat we, in lijn van het beleid inzake bevolkingsonderzoeken, initiatieven die zinvolle preventiestrategieën onderzoeken wel degelijk steunen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Eigenlijk kan ik er weinig aan toevoegen. Ik ben blij te horen dat er toch wel aandacht aan wordt besteed. De sensibilisering lukt wel via dermatologen, maar misschien moet ze toch nog worden uitgebreid, bijvoorbeeld naar apotheken, waar we ook foldertjes kunnen leggen, zodat de mensen nog beter geïnformeerd kunnen worden.

De voorzitter: Een praktische tip. Ik weet niet of de minister daar wenst op in te gaan.

Minister Jo Vandeuren: Ik wil daar uiteraard op ingaan. Ik vind het een relevante tip. We hebben daar ook niet veel meningsverschillen over. Het is zeker zo dat we weten dat we daarop door moeten gaan. Er zijn nog heel wat vragen die moeten worden beantwoord.

Caroline Croo (N-VA): De apotheken zijn nog altijd de meest laagdrempelige zorgverstrekker.

Minister Jo Vandeuren: Ja, ik zal bekijken wat we kunnen suggereren.

De voorzitter: Er is een grote bereidheid.

Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik ben blij dat de samenvatting door de voorzitter tijdens de zitting wordt gemaakt.

We moeten kijken naar de effectiviteit, het juiste moment, en we moeten de juiste dingen invoeren. Daarom ben ik ook blij dat er een onderzoek naar wordt gedaan.

U zei dat we, met de informatie die we op dit moment hebben, ervoor kiezen om met het beschikbare budget aan preventieve gezondheidszorg te doen en de kankerscreening op de drie genoemde kankers te richten. Ik zou het heel vervelend vinden mocht er morgen uit de studie blijken dat we effectief op een goede manier huidkanker kunnen detecteren en we moeten beslissen dat van het bestaande budget voor de andere kankers ook die kankerscreening moet gebeuren. Dan moeten we het budget voor de kankerscreening durven op te trekken en niet naar een of-ofverhaal te gaan, wat een beetje impliciet in uw antwoord zat. We zitten met een bijzonder laag budget voor gezondheidspreventie in het

algemeen in België en in Vlaanderen. Ik denk dat het geen onterecht pleidooi is om meer op preventie in te zetten en daar winst uit te halen.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, enkele maanden geleden heb ik een analoge vraag gesteld over de aanpak van huidkanker. Het was goed om vandaag de kosteneffectiviteit van de screenings te bekijken. U verwijst terecht naar het symposium van vorige week in de Kamer waar professor Annemans op een zeer voorzichtige en voorlopige manier een aantal zaken heeft gekaderd. Voorlopig komt de screening nog duurder uit dan de behandelingskost. Het is verstandig om de resultaten van de studies af te wachten inzake de secundaire preventie met de bevolkingsonderzoeken.

We moeten wel blijven inzetten op de primaire preventie, namelijk de communicatie over de schadelijkheid van uv-straling. Hoeveel procent van de mensen is zich al bewust van die schadelijkheid?

Minister Jo Vandeurzen: 90 procent.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik was vorige week aanwezig op het symposium. Een van de elementen waarmee we rekening moeten houden, is de gemakkelijker van het onderzoek. Dat onderzoek is bij huidkanker wel heel gemakkelijk in vergelijking met de pap smear of HPV swap.

Op het congres is ook de relevantie van het GMDplus, de preventiemodule, aangekaart. In tegenstelling tot andere vormen van chronische ziekten en kanker wordt huidkanker wat stiefmoederlijk behandeld. Dat is een aandachtspunt. Artsen en huisartsen in het bijzonder, naast apothekers hebben daarin een rol te vervullen. Het zou veel meer in evidentie moeten worden gebracht in de preventiemodule, zij het pas vanaf 45 jaar. Als reminder voor arts en patiënt is dat een nuttig instrument.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.