



# Kanker vermijden, bestrijden en verzachten

**De prioriteiten van Kom op tegen Kanker  
voor de volgende federale regering**



# Kanker vermijden

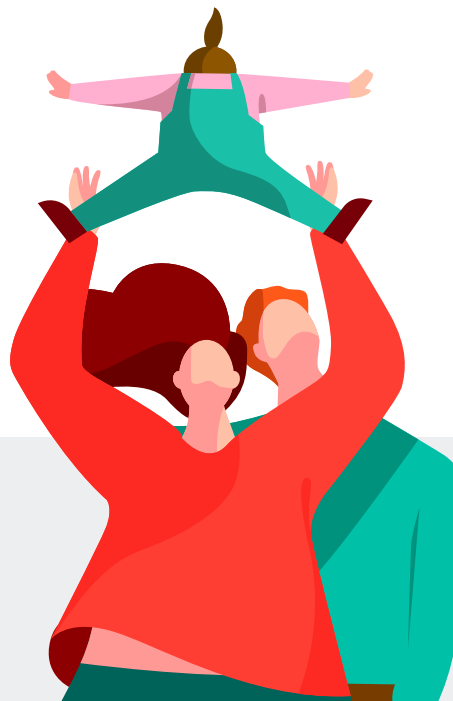
## 1 'Generatie Rookvrij' als prioriteit voor de volgende regering

Roken is nefast voor de gezondheid en is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak, daarover bestaat vandaag geen twijfel meer. In België zijn roken en meeroken verantwoordelijk voor maar liefst 14.000 doden per jaar. Eén roker op de twee zal uiteindelijk sterven aan de gevolgen van zijn tabaksgebruik (Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging, 2015). Roken is de oorzaak van 27% van alle sterfgevallen door kanker (WHO, 2019) en tabak heeft ook invloed op het ontstaan van cardiovasculaire aandoeningen en chronische aandoeningen van de luchtwegen (Grana & Benowitz, 2014). Bovendien vormt roken tijdens de zwangerschap een belangrijk risico voor een laag geboortegewicht, vroeggeboorte en wiegendood (WHO, 2018).

Roken heeft bijgevolg een enorme impact op de volksgezondheid op vlak van verloren levensjaren, sociale kosten en zorg.

Met 19,4 % rokers (van wie 15,4 % dagelijkse rokers) doen we het in België (Sciensano, 2018) weliswaar beter dan het Europese gemiddelde (WHO, sd), maar het gaat in absolute cijfers nog steeds om 1,4 miljoen landgenoten die dagelijks roken. Vooral het feit dat de tabaksindustrie er nog steeds in slaagt nieuwe – voornamelijke jonge - rokers te verleiden en verslaafd te maken is alarmerend. Voor veel van de rokers die stoppen of sterven komen er nieuwe in de plaats. We dweilen met andere woorden met de kraan open (Alliantie voor een rookvrije Samenleving, 2019).

Kom op tegen Kanker wil daarom samen met de partners van de Alliantie voor een Rookvrije Samenleving<sup>1</sup> werk maken van een toekomst waarin niemand nog lijdt en overlijdt aan de gevolgen van roken en meeroken. Tegen 2037 wil de Alliantie een eerste rookvrije generatie realiseren, ofwel: we willen de jongeren die vanaf 2019 geboren werden rookvrij houden tot hun 18e levensjaar. In 2037 hebben we dan 0% rokers onder de jongeren. In de algemene bevolking willen we tegen die tijd nog maximaal 5% rokers. In aanloop naar de vorming van een volwaardige federale regering **roept de Alliantie de regeringsonderhandelaars op om dit engagement ook op te nemen in het regeerakkoord** via volgende formulering: 'We staan achter het principe van 'Generatie Rookvrij' wat inhoudt dat elk kind geboren vanaf 2019 rookvrij moet kunnen opgroeien en niet begint met roken. Om zo'n eerste rookvrije generatie daadwerkelijk te realiseren engageren we ons om de nodige maatregelen te nemen om tegen 2037 de rookprevalentie bij de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder tot onder de 5 % en bij jongeren tot 0 % terug te dringen'. Om dit doel te bereiken stelt de Alliantie als tussendoel voorop dat er in 2025 nog maximaal 12% van de algemene bevolking rookt en nog maximaal 19% van het laagste inkomenskwintiel. Om dit doel te realiseren is er volgens de Alliantie dringend nood aan een coherent en ambitieus antitabaksplan en een substantiële accijnsverhoging.



1. De stuurgroep van de Alliantie bestaat uit Kom op tegen Kanker, de Stichting tegen Kanker, de Belgische Cardiologische Liga, het Vlaams Instituut Gezond Leven, FARES, de Gezinsbond, SEPT, VRGT en het Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut

2

## Maak van België een voortrekker in Europa in de strijd tegen hormoonverstorende stoffen

Kom op tegen Kanker steunt de opmaak van een nationaal actieplan tegen hormoonverstorende stoffen door de FOD Volksgezondheid. Door zo'n plan op te stellen maakt de federale regering werk van de belangrijkste prioriteit binnen de 72 aanbevelingen met betrekking tot hormoonverstorende stoffen, zoals weergegeven in het informatieverlag van de Senaat (Belgische Senaat, 2018).

### Kom op tegen Kanker vraagt dat België een voortrekkersrol opneemt in de strijd tegen hormoonverstorende stoffen door:

- de algemene bevolking, de specifieke sectoren en de kwetsbare groepen bewust te maken van de impact van hormoonverstorende stoffen op de gezondheid en het milieu;
- deze groepen te informeren door hen een snelle en gemakkelijke manier aan te bieden om producten die hormoonverstoorders bevatten te identificeren en hen alternatieven aan te reiken;
- initiatieven aan te moedigen waarbij hormoonverstoorders bewust vermeden worden;
- wetenschappelijk onderzoek naar de impact van deze hormoonverstoorders en hun substituten op kanker te stimuleren.

De Senaat lanceerde begin 2018 een informatierapport met 72 aanbevelingen die ervoor moeten zorgen dat wij allen beter beschermd zijn tegen hormoonverstorende stoffen. Hormoonverstorende stoffen zijn chemische stoffen die lijken op natuurlijke hormonen. Ze worden niet door het menselijk lichaam aangemaakt maar beïnvloeden wel de werking van het endocriene systeem. Steeds meer studies wijzen erop dat hormoonverstorende stoffen mee aan de basis liggen van een verminderde vruchtbaarheid bij mannen en vrouwen, een verhoogde incidentie van borst- en andere hormoongevoelige kankers, abnormale groeipatronen en neurologische ontwikkelingsachterstanden bij kinderen en veranderingen in het immuunsysteem (WHO) en dat deze veranderingen over generaties heen doorgegeven kunnen worden (transgenerationeel effect).

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid is bezig deze aanbeveling te concretiseren in een werkdocument ter voorbereiding van een gezamenlijk nationaal actieplan over hormoonverstorende stoffen. Het document heeft als doel om een globaal en coherent kader te bieden waarbinnen concrete acties geconcentreerd kunnen worden.

- **De concrete acties zijn gericht op het verminderen van de blootstelling aan hormoonverstorende stoffen om de impact ervan op de gezondheid en het milieu te verminderen.**

De FOD Volksgezondheid is van plan om een 'taskforce' op te richten die de verschillende projecten op regionaal en federaal niveau zal coördineren, de nieuwe initiatieven zal integreren binnen meerjarige nationale plannen en Europese projecten en hierover op nationaal niveau zal communiceren met de verschillende lidstaten en de Europese Unie. De FOD Volksgezondheid zal deze taskforce voorzitten. De ondervoorzitter zal telkens door een van de drie regionale overheden geleverd worden. Bovendien is de taskforce van plan om zowel een toezichtcomité (bestaande uit belanghebbenden) als een wetenschappelijk comité (bestaande uit experts) op te richten.

- **Kom op tegen Kanker steunt de oprichting van de taskforce en de samenwerking over verschillende departementen en regeringen heen, alsook de actieve betrokkenheid van de verschillende belanghebbenden, waaronder het middenveld, bij het ontwikkelen en uitvoeren van het actieplan.**

Kom op tegen Kanker benadrukt dat niet alleen het grote publiek maar ook verschillende sectoren, waaronder de politieke partijen, de gezondheidsprofessionals en verschillende beroepssectoren, beter **gesensibiliseerd en geïnformeerd** moeten worden en vraagt bijzondere aandacht voor de kwetsbare groepen. Onder de kwetsbare groepen worden niet alleen zwangere vrouwen en kinderen verstaan maar ook personen met beperkte gezondheidsvaardigheden, personen die een hoger risico lopen om een ziekte te ontwikkelen en (ex-)kankerpatiënten.

De beschikbare informatie moet op een verstaanbare en gemakkelijk toegankelijke manier naar de doelgroep gebracht worden. De doelgroep moet bij de opmaak van deze communicatie betrokken worden. Het gebruik van een herkenbaar (eco-)logo zou de **identificatie** van hormoonverstorende stoffen vergemakkelijken. Het ontwikkelen van een health-app of het integreren van hormoonverstorende stoffen in een bestaande app zou een snelle identificatie en mogelijke substitutie toelaten.

Kom op tegen Kanker is sterke voorstander van het **aanmoedigen van en erkenning bieden aan** organisaties, gemeentes, steden en bedrijven die inspanningen leveren om hormoonverstoorders te bannen en raadt aan om de initiatiefnemers hulp te bieden bij het substitueren van deze producten.

Kom op tegen Kanker pleit ervoor om op nationaal niveau een budget te voorzien dat onderzoek naar het onderliggend mechanisme, het **langetermijneffect en de impact van hormoonverstoorders op de gezondheid** stimuleert. Typisch aan hormoonverstoorders is dat zeer kleine dosissen een groot effect kunnen hebben, dat verschillende stoffen elkaars werking kunnen versterken, dat ze kunnen leiden tot epigenetische effecten, dat ze vooral schade aanrichten tijdens bepaalde levensfasen (windows of exposure) en dat het jarenlang onderzoek vergt om inzicht te krijgen in het transgenerationeel effect. Daarom dringt Kom op tegen Kanker erop aan dat er goed en degelijk databeheer komt van de biomonitoringstudies en dat naast de kankerincidentie ook biomerkers opgenomen worden.

### 3 Zorg voor een goede luchtkwaliteit

#### Kom op tegen Kanker pleit voor:

- **Het zo snel mogelijk halen van de WHO-norm voor fijn stof, door maatregelen te nemen die de luchtkwaliteit verbeteren. De focus moet hierbij liggen op het beschermen van kinderen. Maatregelen die kinderen ten goede komen, komen ook andere kwetsbare groepen ten goede, zoals zwangere vrouwen en mensen met ademhalingsproblemen.**

Vervuilde buitenlucht wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als kankerverwekkend geclassificeerd. De stoffen in de lucht die het meest schadelijk zijn voor de gezondheid zijn fijn stof (PM10; PM2,5) en stikstofoxiden (NOx). Verkeer is de grootste bron van NOx-uitstoot. Fijn stof werd op zich als kankerverwekkend bestempeld door de WHO, vooral wegens het zeer kankerverwekkende bestanddeel roet. De belangrijkste bronnen voor de uitstoot van fijn stof zijn houtverbranding in huishoudens en uitlaat door verkeer (Vlaamse Milieumaatschappij). Fijn stof is vervuilde de belangrijkste pollutant (71%) in de gezondheidsimpact door milieufactoren.

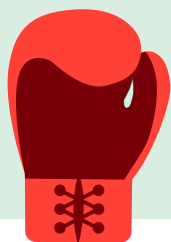
Het Europees Milieuagentschap (EMA) stelt dat fijn stof in België alleen al verantwoordelijk is voor 8.000 vroegtijdige sterftes per jaar (European Environment Agency, 2017). We sussen ons met de gedachte dat we in ons land veilig onder de Europese grenswaarde voor fijn stof blijven. Europa legt de lat voor het jaargemiddelde van PM2,5 op 25 microgram per kubieke meter. Wij zitten gemiddeld aan 12 à 13 en 15 à 16 in de grote steden (Vlaamse Milieumaatschappij). De WHO, legt de limiet voor het jaargemiddelde van PM2,5 op 10 microgram/m<sup>3</sup>. Daar gaan we bijna overal in ons land boven, zeker in Vlaanderen en Brussel. De Europese norm is een politiek-economische norm en is het resultaat van duw- en-trekwerk tussen alle lidstaten en de industrie. De WHO-norm is een advieswaarde gebaseerd op de gezondheidsimpact, ook al is er volgens de WHO voor fijn stof geen veilige drempelwaarde waaronder nadelige effecten niet voorkomen.

Een EMA-rapport toont aan dat, ondanks de verminderde uitstoot en de lagere concentratie van bepaalde verontreinigende stoffen in de afgelopen decennia, het probleem van luchtvervuiling in Europa verre van opgelost is (European Environment Agency, 2015). 90% van de Europese burgers die in steden leven, wordt blootgesteld aan hogere concentraties van luchtverontreiniging dan de WHO als maximum aanbeveelt.

Kom op tegen Kanker pleit op federaal niveau voor:

- **vermindering van de luchtverontreiniging** door verkeer door een versterkte Europese wetgeving die ervoor zorgt dat alle huidige voertuigen op de weg ook in realistische rij-omstandigheden voldoen aan de Euronorm;
- **minder onnodige verplaatsingen door:**
  - ◇ werkgevers aan te sporen een thuiswerkbeleid uit te werken in sectoren waar dit mogelijk is. Als meer mensen enkele dagen per de week thuiswerken betekent dit minder woon-werkverkeer en dus ook minder auto's op de baan;
  - ◇ effectieve maatregelen te nemen tegen de fiscale voordelen van salariswagens en tankkaarten.





# Kanker bestrijden

Patiënten hebben recht op de best beschikbare en een betaalbare behandeling, en op kwaliteitsvolle zorg. Daarom moet de zorg in het ziekenhuis en thuis goed georganiseerd zijn. Zorgverstrekkers thuis en in het ziekenhuis moeten bovendien voldoende kennis hebben over kankerzorg.

## 1 Behandeling beter organiseren

### Kom op tegen Kanker pleit voor:

- referentiecentra voor de behandeling van zeldzame en complexe kankers;
- aparte referentiecentra voor jongeren met kanker;
- een betere opvolging van de kwaliteit van de kankerbehandeling en de verbetering ervan door het ontwikkelen en meten van voor het publiek toegankelijke kwaliteitsindicatoren.

### De behandeling van zeldzame en complexe kankers moet in referentiecentra gebeuren

Patiënten hebben recht op de beste behandeling en zorg. Maar momenteel is dit recht voor zeldzame en complexe kankers niet gegarandeerd, omdat te veel ziekenhuizen zeldzame en complexe kankers behandelen. Zo worden er vandaag in te veel ziekenhuizen operaties voor pancreas-, slokdarm- en longkanker (KCE, 2009) uitgevoerd. Daardoor doen verschillende ziekenhuizen erg weinig operaties, en dit heeft een impact op de overlevingskansen van de patiënten. Slokdarm- en pancreaskankerchirurgie worden sinds 1 juli 2019 geconcentreerd in enkele gespecialiseerde ziekenhuizen. Kom op tegen Kanker verwelkomt deze maatregel maar voor longkanker is dit bijvoorbeeld nog niet het geval. Slechts de helft van de chirurgische centra voert hiervoor vandaag meer dan tien operaties per jaar uit. Uit onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat 60 dagen na de operatie de kans op overlijden dubbel zo groot is in een ziekenhuis met minder dan 10 longkankeroperaties per jaar (6,4%) als in een ziekenhuis met meer dan 10 longkankeroperaties per jaar (3-4%) (KCE, 2015).

De versnippering van de kankerzorg bedreigt ook de levenskwaliteit na de behandeling. Dit is bijvoorbeeld het geval bij patiënten met een hoofd-halstumor. Om de kansen op overleving en een goede levenskwaliteit zo groot mogelijk te maken, moet een patiënt met een hoofd-halstumor behandeld worden door een multidisciplinair team van kankerspecialisten en zorgverstrekkers gespecialiseerd in tandzorg, logopedie, voedingsadvies en psychologische ondersteuning. De nodige **medische, paramedische en psychosociale kennis** en ervaring kunnen niet in elk ziekenhuis aanwezig zijn. Toch behandelen vandaag bijna alle Belgische ziekenhuizen deze aandoeningen (KCE, 2019).

### Daarom doet Kom op tegen Kanker volgende aanbevelingen:

- Er moet nu verder werk gemaakt worden van **referentiecentra voor zeldzame en complexe kankers**. Het Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelde voor 14 kankers al criteria op waaraan de referentiecentra voor deze kankers moeten voldoen<sup>2</sup>. De referentiecentra voor slokdarm- en pancreaschirurgie zijn intussen een feit maar er is nood aan referentiecentra voor andere types van kanker.
- Ziekenhuizen kunnen **netwerken** vormen van gespecialiseerde referentiecentra en lokale centra.
- Sommige onderdelen van de behandeling, zoals complexe chirurgie, moeten **geconcentreerd** worden in enkele ziekenhuizen. Lokale centra kunnen een deel van de behandeling blijven uitvoeren, maar ze moeten de behandeling wel plannen in overleg met de referentiecentra.
- De financiering van artsen en ziekenhuizen moet nauwe samenwerking tussen referentiecentra en lokale centra ondersteunen.
- Voor meer info verwijzen we naar onze nota die u eerstdaags zal bezorgd worden.

2. Voor een omstandige afbakening en argumentatie van de doelgroep zie Neefs & Werkgroep AYA Zorg (2018).



## Jongeren met kanker hebben nood aan specifieke referentiecentra

Jongeren met kanker of AYA's (Adolescents & Young Adults with cancer) zijn een kleine patiëntengroep. Ze maken maximaal 3% van alle kankerdiagnoses in België uit. Het gaat jaarlijks om ongeveer 1.800 jongeren die tussen de leeftijd van 16 en 35 jaar de diagnose kanker krijgen en die met leeftijdsspecifieke medische en psychosociale problemen kampen. Internationaal is er consensus dat de oprichting van centra met specifieke medische én psychosociale expertise voor jongeren met kanker noodzakelijk is. In een aantal landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Australië en Nederland, worden/zijn in ziekenhuizen al specifieke AYA-eenheden opgericht. Een concentratie van AYA-expertise (zowel op medisch als psychosociaal vlak) is nodig omdat de huidige spreiding van AYA's over 56 Vlaamse ziekenhuizen veel te groot is, waardoor leeftijdsspecifieke zorg op vele plaatsen ontbreekt. AYA's vormen namelijk een kleine subgroep van kankerpatiënten met een specifiek medisch profiel: vaak gaat het om zeldzame tumoren, is er een andere medische aanpak dan bij frequente tumoren nodig, enzovoort. Bovendien laten deze patiënten in vergelijking met kinderen met kanker een minder goede overleving optekenen voor een 8-tal zeldzame tumoren. Ze worden daarenboven door kanker in heel specifieke levensfasen (adolescentie, jongvolwassenheid, jong ouderschap,...) met heel wat uitdagingen op vlak van levenskwaliteit en psychosociaal welzijn geconfronteerd, die sterk verschillen van de ervaringen van oudere kankerpatiënten (Kom op tegen Kanker, 2018).

**Daarom vragen we aan de volgende federale minister van Volksgezondheid om in te zetten op een aantal punten:**

- **De oprichting en erkenning van enkele AYA-referentiecentra** in België die zowel op medisch, paramedisch, verpleegkundig als psychosociaal vlak expertise met betrekking tot de doelgroep van 16-35-jarigen met kanker bundelen én een betere toegang tot klinische trials garanderen. Een AYA-referentiecentrum omvat zorgverleners uit zowel de kinder- als de volwassenenoncologie en sluit aan op een bestaand kinderoncologisch centrum zodat een vlotte transitie van de AYA naar een AYA-referentiecentrum verzekerd is.
- De introductie van een nieuw nomenclatuurnummer voor de organisatie van een **specifiek AYA- Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)** in het AYA-referentiecentrum. In de huidige nomenclatuur is de mogelijkheid van een tweede 'bijkomend multidisciplinair oncologisch consult' in een tweede centrum voorzien maar deze uitzonderingsmaatregel kan volgens de huidige interpretatieregels van het RIZIV niet systematisch voor een hele leeftijdscategorie van patiënten met kanker gebruikt worden. Daarom pleiten we voor een gespecialiseerd AYA-MOC dat in een AYA-referentiecentrum systematisch voor elke AYA van 16 tot 35 jaar aangevraagd moet worden en waarin naast medische experts in de kinderoncologie en de volwassenenoncologie ook gespecialiseerde verpleegkundigen en psychosociale zorgverleners vertegenwoordigd zijn. Naast een vergoeding voor het specifieke AYA-MOC is er bijkomende financiering nodig voor de extra personeelsomkadering (o.m. een verpleegkundig consultant, psycholoog, sociaal werker, ergotherapeut ...) om de taken van een AYA-referentieteam te kunnen opnemen.
- Garantie op een **minimaal aanbod van leeftijdsspecifieke zorg** voor jongeren met kanker, ook **buiten de referentiecentra**, aangezien niet alle AYA's in referentiecentra behandeld (kunnen) worden. Dit vraagt beleidsmatig om een erkenning en implementatie van een AYA-team en -zorgpad op (regionaal) niveau van een ziekenhuisnetwerk. In een volgende stap moeten er kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en ingevoerd worden om de kwaliteit van de AYA-zorg systematisch te monitoren. Overleg met de deelstaten is voor al deze punten noodzakelijk.
- De oprichting van een **nationaal platform voor klinische studies** om de toegang van Belgische jongeren met kanker tot lopende, internationale studies te garanderen. De lage participatie van jongeren aan klinische trials is een belangrijk knelpunt. Op termijn moet er, naar het voorbeeld van het Belgisch platform voor klinische studies bij kinderen met kanker, een nationaal platform voor klinische studies opgericht worden om de toegang van Belgische jongeren met kanker tot lopende, internationale studies te garanderen.
- De ontwikkeling en implementatie van een **interprofessionele navorming** (met accreditatie en een traject van permanente vorming) met betrekking tot AYA-zorg voor zorgverleners die regelmatig AYA's behandelen en/of begeleiden.

## Volg de kwaliteit van kankerbehandelingen beter op en verbeter ze

Om de kwaliteit van de kankerbehandeling te optimaliseren, is er nood aan een kwaliteitssysteem in de oncologie. Zo'n kwaliteitssysteem omvat de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de behandeling, het bepalen en meten van indicatoren om de kwaliteit van de behandeling in verschillende ziekenhuizen op te volgen en het geven van feedback aan de ziekenhuizen en zorgverstrekkers over de behaalde resultaten. De scores van de ziekenhuizen op de gemeten indicatoren moeten openbaar zijn, zodat patiënten kunnen nagaan welke ziekenhuizen een behoorlijke behandelingskwaliteit bieden. Ten slotte moeten er ook corrigerende acties ondernomen worden in ziekenhuizen die op bepaalde indicatoren ondermaats scoren.

Er zijn al stappen gezet naar de realisatie van zo'n kwaliteitssysteem. Op Belgisch niveau ontwikkelde het College voor Oncologie samen met het KCE behandelingsrichtlijnen en indicatoren voor verschillende kankers (College voor Oncologie, 2020). Op de Vlaamse website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) kunnen patiënten voor enkele kankers opzoeken hoe verschillende ziekenhuizen scoren op verschillende kwaliteitsindicatoren. Maar we zijn er nog lang niet. Zo kende het KCE in 2016 de ziekenhuizen scores toe voor 23 indicatoren met betrekking tot de kwaliteit van diagnose en behandeling van longkanker, maar deze scores zijn niet publiek toegankelijk. Het KCE kon bovendien geen gegevens over levenskwaliteit van patiënten

analyseren, omdat die gegevens niet bestonden (KCE, 2016). Nochtans is het bewaren van de levenskwaliteit, naast overleving, een belangrijke doelstelling van de behandeling.

Het Vlaams indicatorenproject meet en publiceert kwaliteitsindicatoren op de website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be). Maar tot nu toe zijn er nog maar voor twee kankers (borstkanker en rectumkanker) gegevens beschikbaar op deze website. Ziekenhuizen zijn bovendien niet verplicht om hun gegevens op deze website te publiceren.

Van corrigerende acties in ziekenhuizen die ondermaats scoren, is nog geen sprake.

#### **Daarom pleit Kom op tegen Kanker:**

- voor het ontwikkelen en meten van, voor het publiek toegankelijke, kwaliteitsindicatoren, om de kwaliteit van de kankerbehandeling op te kunnen volgen en verder te verbeteren;
- om ziekenhuizen verplicht te laten meewerken aan de meting van de kwaliteitsindicatoren en de resultaten hiervan openbaar te maken;
- om op korte termijn ook voor andere kankers dan borst- en rectumkanker indicatoren te bepalen, te meten en openbaar te maken op de website [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg;
- voor de invoering van een verplicht verbetertraject als een ziekenhuis op sommige indicatoren slecht scoort. Het College voor Oncologie kan hiervoor instaan, op voorwaarde dat dit college voldoende middelen krijgt. Ook voor het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg is hier een rol weggelegd aangezien dit instituut zorgvoorzieningen dient te ondersteunen om aan de slag te gaan met de kwaliteitsindicatoren;
- om bij kwaliteitsmetingen, ook te peilen naar de levenskwaliteit van patiënten tijdens en na de behandeling (patient reported outcome measures).

## **2 Versterk de maximumfactuur**

### **Kom op tegen Kanker pleit samen met Decenniumdoelen en zijn partners voor een verlaagd remgeldplafond voor de sociale maximumfactuur van € 477 naar € 250.**

Hoge gezondheidszorgkosten zijn moeilijk te dragen voor mensen in armoede. Hoge kosten leiden er ook toe dat mensen zorg gaan uitstellen. En ze kunnen mensen zelfs in armoede duwen. 'Ziek maakt arm, arm maakt ziek' stellen armoedeorganisaties en organisaties die patiënten vertegenwoordigen vast.

België probeert de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen door een breed stelsel van maatregelen. De maximumfactuur (MAF) beperkt de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag. De sociale maximumfactuur is van toepassing voor kwetsbare sociale groepen, bijvoorbeeld voor wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming. Toch blijft de betaalbaarheid van de zorg voor veel mensen een probleem. Concreet ligt het remgeldplafond voor mensen die recht hebben op de sociale maximumfactuur nu op €477. Voor gezinnen die een inkomen in de buurt van de armoedegrens hebben, is dit te hoog. Bovendien blijkt uit dossiers van het Kankerfonds van Kom op tegen Kanker dat mensen nog allerlei andere bijkomende medische kosten hebben die niet in aanmerking komen voor de MAF en die ze dus uit eigen zak moeten betalen. Een man die zich tot het kankerfonds wendde, zegt: 'Ik kreeg in 2018 kanker van de mondbodem. In het jaar na mijn diagnose betaalde ik zo'n €4.000 zorgkosten. Meer dan de helft ging naar sondevoeding. Dat was erg duur voor ons. Het inkomen van mijn vrouw en mij is in totaal €1.495 per maand. Daarmee kunnen we amper onze gewone huishoudelijke uitgaven betalen.'

Kom op tegen Kanker pleit daarom samen met Decenniumdoelen en zijn partners voor een verlaagd remgeldplafond voor de sociale maximumfactuur van €477 naar €250. Deze maatregel maakt de gezondheidszorg financieel toegankelijker voor meer dan 200.000 personen die het nu moeilijk hebben om hun zorg te betalen. De initiatiefnemers roepen de volgende regering op om werk te maken van een betere financiële bescherming voor deze kwetsbare groepen.

## **3 Ontwikkeling en betaalbaarheid van medische behandelingen: 10 concrete aanbevelingen voor de volgende regering**

De prijzen van nieuwe geneesmiddelen blijven stijgen en zetten het budget van de ziekteverzekering onder druk. Tegelijk blijft het wachten op medicijnen voor prangende noden, zoals nieuwe antibiotica en geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer. **Kom op tegen Kanker, Test Aankoop en Dokters van de Wereld formuleren daarom tien aanbevelingen rond de ontwikkeling en betaalbaarheid van medische behandelingen voor de volgende regering. Deze voorgestelde maatregelen kregen steun van de meerderheid van de politieke partijen** (Kom op tegen Kanker, Dokters van de Wereld, Testaankoop, 2018). **Kom op tegen Kanker rekent erop dat deze 10 maatregelen door de volgende regering uitgevoerd worden en dat zij deze waar nodig op Europees niveau aankaart.**

De prijs die de grote farmaceutische bedrijven vragen voor nieuwe geneesmiddelen gaat sinds enkele jaren in stijgende lijn. Dat vormt een bedreiging voor het systeem van solidaire ziekteverzekering in Europa. Het monitoringcomité verwacht tussen 2020 en 2024 een moeilijk vol te houden groei van de farmaceutische uitgaven met gemiddeld 5% per jaar. Om onze solidaire ziekteverzekering te behouden en tegelijk de ontwikkeling van geneesmiddelen voor dringende medische noden te stimuleren, zijn de volgende 10 maatregelen van primordiaal belang:

1. De overheid (nationaal en Europees) moet klinische studies financieren die leiden tot betere behandelingen en tot een betere inzet van de middelen (bv. onderzoek naar de optimale duur van een behandeling met een duur geneesmiddel). Bestaande programma's van financiering, zoals de studies gesteund door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, moeten verder uitgebouwd worden.
2. Op Europees niveau moeten beloftevolle initiatieven over andere organisatievormen van geneesmiddelenontwikkeling en andere financieringsvormen (push-financiering of directe steun aan onderzoek, en pull-financiering of beloningen voor afgewerkte geneesmiddelen of mijlpalen in de geneesmiddelenontwikkeling) in de praktijk gebracht worden.
3. Bij de toekenning van publieke middelen voor biomedisch onderzoek moeten de medische en maatschappelijke noden een belangrijke rol spelen. Er moet hiertoe een lijst van prioriteiten opgesteld worden, op een wetenschappelijk verantwoorde en transparante manier, met betrokkenheid van een vertegenwoordiging van alle relevante stakeholders zoals ook patiënten en burgers. Deze lijst moet ook een signaal betekenen om het onderzoek van firma's beter te sturen.
4. Publieke financiers van onderzoek moeten voorwaarden opleggen die de betaalbaarheid en beschikbaarheid garanderen van de geneesmiddelen waaraan ze een bijdrage geleverd hebben. Deze voorwaarden moeten opgenomen worden in overeenkomsten die de overheid rechtstreeks afsluit met onderzoekers en/of firma's. Daarnaast moeten de overheid en de onderzoeksinstellingen een gemeenschappelijk raamwerk afspreken en toepassen voor maatschappelijk verantwoord licentiëren door onderzoeksinstellingen. Overheden en onderzoeksinstellingen moeten de toepassing van de afgesproken principes monitoren en maatregelen nemen wanneer deze geschonden worden.
5. De middelen van de overheid zijn beperkt. Daarom moeten we slimme keuzes maken. Dat betekent dat de overheid soms 'neen' moet zeggen tegen een geneesmiddel of tegen de prijs die een farmaceutisch bedrijf vraagt voor zijn geneesmiddel.
6. Opdat de overheid legitieme keuzes kan maken, moet ze bij het bepalen van haar beslissingscriteria rekening houden met de voorkeuren van de burgers. In de toekomst moeten geregeld burgerlabo's georganiseerd worden, zodat beslissers in de ziekteverzekering feedback krijgen over hun werkwijze. Bovendien moeten pilootprojecten in de commissies van het RIZIV nagaan hoe bij het nemen van beslissingen rekening kan gehouden worden met de voorkeuren van de burger.
7. De Europese lidstaten moeten hun krachten bundelen om met de farmaceutische firma's te onderhandelen over prijzen, toegang en terugbetaling. De samenwerkingsverbanden die zich sinds enkele jaren in verschillende regio's vormden, zoals BeneluxA, moeten geleidelijk uitgebreid worden, om op langere termijn samen te evolueren naar een prijsonderhandeling op Europees niveau.
8. Als de volksgezondheid in gevaar is, bijvoorbeeld omdat een geneesmiddel zo duur is dat de overheid het niet meer kan betalen, moet de overheid dwanglicenties toepassen. Dit gebeurt het best op het niveau van de Europese Unie of in een samenwerkingsverband van lidstaten. Er moet in de regelgeving met betrekking tot Europese octrooien dan ook een bepaling opgenomen worden die de wetgever van de Europese Unie het recht geeft dwanglicenties toe te passen.
9. Het systeem van contracten om geheime prijskortingen te onderhandelen wegens te hoge prijzen moet afgeschaft worden. Die afschaffing moet aangepakt worden op Europees niveau omdat het voor een klein land als België moeilijk is om dat alleen te doen.
10. Overheden moeten farmaceutische firma's verplichten om hen transparantie te bieden over de kost voor onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen. De bedrijven moeten hierin ook duidelijk aangeven welk deel daarvan betaald werd met publieke middelen. Deze informatie moet, samen met andere parameters zoals de therapeutische meerwaarde van het geneesmiddel, helpen om een faire prijs te bepalen.

Een uitgebreid overzicht van onze voorstellen is [online](#) terug te vinden.





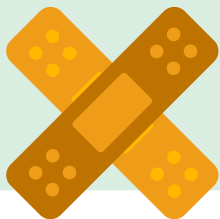
## 4 Versterk de expertise van zorgpersoneel in de eerste lijn

### Kom op tegen Kanker pleit voor:

- de officiële erkenning van zorgverstrekkers met een specifieke deskundigheid in de oncologische thuiszorg, bijvoorbeeld door de creatie van een referentiefunctie.
- onderzoek naar de mogelijkheden van implementatie en opschaling van thuishospitalisatie

1. Het belang van oncologische kennis en vaardigheden in de eerste lijn zal alleen maar toenemen. De verblijfsduur van oncologische patiënten in het ziekenhuis is de voorbije decennia veel korter geworden. Bovendien gebeuren steeds meer behandelingen ambulante (in de dagkliniek) of zelfs thuis (orale chemo, pilootprojecten thuishospitalisatie, cfr. supra) waardoor zorgverleners in de thuiszorg en mantelzorgers meer met de zorgnoden van kankerpatiënten geconfronteerd kunnen worden. Ook neemt de vraag naar kankerspecifieke zorg in de thuissituatie verder toe door een sterke groei van de groep van kankerpatiënten die door nieuwe behandelingen in een chronische situatie terecht komen en de groep van zgn. 'kankeroverlevers' die na de behandeling nog met langdurige neveneffecten van de behandeling geconfronteerd worden. Beide groepen hebben specifieke en vaak langdurige zorgnoden die vaak typisch zijn voor mensen met kanker.
2. Als we deze evoluties in goede banen willen leiden, moeten we zorgen voor een goede uitwisseling van kennis en expertise tussen de 1ste en de 2de lijn. Bovendien moet er ingezet worden op meer en betere communicatie en samenwerking tussen de 1ste en 2de lijn. Op die manier kan de bijkomende zorgvraag in de eerste lijn opgevangen worden.
3. Ziekenhuizen kunnen voor een stuk van de zorg ontlast worden door een verschuiving van de zorg naar de thuissituatie. Tijdens de COVID-19-epidemie was dit op een aantal momenten zelfs noodzakelijk en werd een kader gecreëerd voor schakelzorgcentra, waardoor de ziekenhuiscapaciteit maximaal kon voorbehouden worden voor complexe zorg en gevrijwaard werd van niet-essentiële opnames.
4. Deze aanpak heeft onmiskenbaar een positieve invloed gehad op de aanpak van de COVID19-epidemie maar voor een structurele verschuiving van de zorg in het ziekenhuis naar de thuiszorg voor kankerpatiënten zijn er nog een aantal belangrijke randvoorwaarden die vervuld moeten worden. Momenteel lopen er een aantal proefprojecten thuishospitalisatie voor kankerpatiënten, waaronder deze gelanceerd door minister De Block. Het thuishospitalisatieproject Onco@home in de regio Kortrijk zal de komende 3 jaar met financiële steun van Kom op tegen Kanker verdergezet worden, onder meer om de noodzakelijke randvoorwaarden voor een structurele inbedding in kaart te brengen. Wij hopen dat er met de uitkomsten van de proefprojecten aan de slag gegaan wordt om de mogelijkheden tot thuishospitalisatie verder uit te breiden en te verankeren.
5. Tegelijkertijd moet er ingezet worden op een soepele overgang van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Uit eigen onderzoek van Kom op tegen Kanker in 2017 (782 getuigenissen) blijkt dat deze overgang in realiteit niet altijd soepel verloopt (Kom op tegen Kanker, 2017). Zo zegt zo'n 40 % van de getuigen in ons onderzoek dat ze na de behandeling zelf moesten uitzoeken bij welke zorgverleners ze met hun problemen terecht konden. Nog eens 40 % geeft aan enkel contactgegevens te hebben gekregen van zorgverleners uit het ziekenhuis. Dat betekent dat veel mensen niet weten bij welke zorgverleners in de eerstelijnszorg ze terecht kunnen met de moeilijkheden die ze thuis ervaren. Slechts bij weinig getuigen (4 %) waren er goede afspraken gemaakt tussen zorgverleners uit het ziekenhuis en de thuiszorg over de zorg na de behandeling. Maar de overgang van zorg in het ziekenhuis naar zorg aan huis is niet alleen moeilijk voor de patiënt. Zorgverleners in de eerste lijn ervaren een nood aan bijkomende kennis en vaardigheden in het omgaan met en behandelen van oncologische (ex-)patiënten in een thuissituatie, zo blijkt uit een enquête van het Cédric Hèle instituut (Vlaams instituut voor Psychosociale oncologie). 'Het overgrote deel van de respondenten geeft aan over onvoldoende kennis, vaardigheden en (medische en/of psychosociale) informatie over de patiënten te beschikken om hen te kunnen ondersteunen bij psychosociale problemen.' (Cédric Hèle Instituut, 2017)
6. Daarom vraagt Kom op tegen Kanker aan de toekomstige federale minister van Volksgezondheid om de expertise over aspecten van oncologische zorg te verankeren in de 1ste lijn door op termijn referentiefuncties of een specifieke deskundigheid in de oncologische thuiszorg te erkennen. Zorgverstrekkers met deze specifieke deskundigheid worden getraind in de oncologische thuiszorg en faciliteren op hun beurt, via individuele coaching en advies aan andere zorgverleners, een verdere verspreiding van oncologische knowhow binnen thuiszorgorganisaties en de lokale zorgnetwerken waarvan ze deel uitmaken.





# Kanker verzachten

## 1 Voer een nazorgtraject in voor mensen met kanker

### Kom op tegen Kanker wil:

- dat nazorg voor mensen na een afgeronde kankerbehandeling deel uitmaakt van de kankerzorg in de ziekenhuizen;
- een nazorgconsult met een verpleegkundige voor elke patiënt om problemen op vlak van levenskwaliteit en re-integratie te bespreken. Hiervoor dienen de nodige middelen voorzien te worden;
- de verdere opvolging door een zorgverlener in het ziekenhuis of de thuiszorg van de neveneffecten en de nazorg die een kankerpatiënt krijgt. Hiervoor dienen ook de noodzakelijke middelen voorzien te worden;
- elektronische tools voor patiënten om hun neveneffecten na de behandeling verder te rapporteren aan betrokken zorgverleners en om samen met zorgverleners uit de eerste en tweede lijn hun nazorg te plannen en op te volgen (elektronisch nazorgplan);
- een 'survivorship-paspoort' en een nazorgplan voor de kankerpatiënt;
- de verdere uitbouw en bekendmaking van een laagdrempelig en regionaal beschikbaar nazorgaanbod op medisch en psychosociaal vlak en op vlak van (onco)revalidatie, gericht op verbetering van de levenskwaliteit en re-integratiemogelijkheden van de zogenoemde 'kankeroverlever'.

Nazorg voor mensen na een afgeronde kankerbehandeling moet inherent deel uitmaken van de kankerzorg in de ziekenhuizen. Nazorg moet dan ook opgenomen worden in de regelgeving over het zorgprogramma oncologische basiszorg en het meer gespecialiseerde zorgprogramma oncologie. Deze regelgeving organiseert de oncologische zorg in de ziekenhuizen. De voorbije 10 jaar overleefden 339.202 Belgen de ziekte, maar heel wat mensen ervaren ook na de behandeling nog langdurig neveneffecten en worden geconfronteerd met late effecten. Minstens een op de vier overlevers (maar dit is wellicht een onderschatting) blijft na de kankerbehandeling langdurig met de gevolgen van die behandeling kampen. Die hebben een serieuze impact op hun levenskwaliteit en psychosociaal welzijn, waardoor mensen op professioneel en sociaal vlak (partner- en gezinsrelaties, familie, vrije tijd,...) niet of moeilijk opnieuw hun rol van voor de kankerdiagnose kunnen opnemen (Kom op tegen Kanker, 2017).

Een nazorgtraject is noodzakelijk om de noden en problemen waarmee mensen na de behandeling (blijven) kampen tijdig te detecteren, hen tijdig zorg te bieden of hen naar gespecialiseerde zorg door te verwijzen. Het besef van het belang van een goede nazorg groeit bij zorgverleners maar op dit moment ontbreken een reglementair kader en financiering om op grotere schaal de levenskwaliteit en de re-integratie van mensen na de kankerbehandeling te bevorderen.

Daarom vragen we aan de toekomstige federale en de huidige Vlaamse minister van Volksgezondheid volgende maatregelen te nemen:

- **Het opnemen van nazorg in de regelgeving van de zorgprogramma's oncologische basiszorg en oncologie** en in het multidisciplinair oncologisch handboek waardoor nazorg erkend wordt als een essentiële taak van oncologische zorg in de ziekenhuizen.
- Betere toegang tot en doorverwijzing naar een **regionaal beschikbaar nazorgaanbod** op medisch en psychosociaal vlak en op vlak van (onco)revalidatie, dat gericht is op een verbetering van de levenskwaliteit en re-integratiemogelijkheden van de kankeroverlever.

Dit betekent eerst en vooral zorgen dat er een gepast aanbod is dat tegemoet komt aan de zorgnoden van patiënten. Zo bestaan er in een aantal ziekenhuizen al gespecialiseerde oncorevalidatieprogramma's maar de toegankelijkheid is vandaag te beperkt. Ook is het belangrijk dat in de 1ste lijn, complementair met het aanbod in de ziekenhuizen, (basis) revalidatiezorg op maat van kankerpatiënten geboden kan worden. Daarnaast is het uiteraard cruciaal patiënten en hun naasten te informeren over dit aanbod.

Tot slot is er ook nood aan een betere samenwerking op regionaal niveau (bv. op niveau van de eerstelijnszones en toekomstige regionale zorgzones) tussen de verschillende betrokken professionele disciplines (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, psychologen, diëtisten ...) en zorgorganisaties van de 1ste en 2de lijn. Die samenwerking moet garanderen dat patiënten doorverwezen worden naar de juiste zorgverstrekker en dat er in een regio initiatieven genomen worden om te voorzien in een aanbod van nog ontbrekende zorg.

Kom op tegen Kanker vraagt daarnaast **extra middelen voor de financiering van:**

- **een nazorgconsult met een trajectverpleegkundige voor elke patiënt** om problemen op vlak van levenskwaliteit en re-integratie te bespreken. Dit consult wordt, na de behandeling, ingepland in de periode waarin de patiënt een **eerste keer op nacontrole kom bij de specialist** in het ziekenhuis. In de eerste maanden na de behandeling wordt het voor de patiënt namelijk duidelijk met welke gevolgen hij op fysiek en psychosociaal vlak nog kampt, met welke uitdagingen hij geconfronteerd wordt om (weer) aan de slag te gaan (werk, opleiding ...) en (opnieuw) volwaardig aan het dagelijks leven te participeren. Het is met andere woorden een sleutelmoment om de zorgnoden en neveneffecten van de behandeling van kankeroverlevers systematisch te bevragen en (indien nodig) verdere nazorg te plannen (cfr. infra: nazorgplan). Er zijn extra personeelsmiddelen nodig om het nazorgconsult voor elke patiënt te kunnen implementeren maar tegelijkertijd zal dit ook zorgen voor een ontlasting voor de huidige zorgverleners in de 1ste en de 2de lijn op wie patiënten met klachten na de behandeling vaak opnieuw een beroep doen;
- **de verdere opvolging door een zorgverlener in het ziekenhuis of de thuiszorg** van de neveneffecten die een kankerpatiënt ervaart en de nazorg die hij krijgt (zoals afgesproken in het nazorgplan, cfr. infra). Minimaal jaarlijks biedt deze (door de patiënt aangeduide) zorgverlener in de periode van medische follow-up een consult aan de ex-patiënt aan om de zorgnoden en/of neveneffecten die hij nog ervaart evenals de effectiviteit van de nazorg te evalueren en indien nodig het nazorgtraject aan te passen;
- het ontwikkelen en evalueren van **elektronische tools** voor patiënten om hun neveneffecten na de behandeling verder te rapporteren aan de betrokken zorgverleners en samen met zorgverleners uit de 1ste en de 2de lijn hun nazorg te plannen en op te volgen (elektronisch nazorgplan);
- pilootprojecten die een **'survivorship-paspoort'** en een **nazorgplan** ontwikkelen, introduceren, hun meerwaarde evalueren en implementeren. Het 'paspoort' omvat informatie over de diagnose, behandeling en follow-up van de patiënt, mogelijke neveneffecten en late effecten, evenals leefstijladvies met de contactgegevens van de betrokken zorgverleners op wie de patiënt een beroep kan doen bij vragen/zorgen/symptomen. Deze informatie is essentieel voor de opvolging en behandeling van neveneffecten en late effecten in de thuiszorg. Een nazorgplan vertrekt van **de doelstellingen** van de patiënt om zijn dagelijks leven (weer) op te nemen, geeft tips en advies om daar zelf werk van te maken (zelfmanagement), biedt indien nodig doorverwijzingen naar gepaste medische en psychosociale zorg, en legt de afspraken vast over welke zorgverleners multidisciplinair in de 1ste en 2de lijn de patiënt voor welk probleem (blijven) opvolgen.

## 2 Werken na kanker: recht op re-integratie

**Kom op tegen Kanker pleit voor:**

- **het blijvend opvolgen, evalueren en faciliteren van de re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers;**
- **voldoende ondersteuning van de werknemers bij de werkhervatting, zowel in het kader van de re-integratietrajecten, als daarbuiten;**
- **sensibilisering van werkgevers door de bevoegde beleidsvoerders met betrekking tot rechten en plichten op het vlak van werkhervatting bij en na kanker, inclusief redelijke aanpassingen op de werkvloer;**
- **meer re-integratiemogelijkheden voor langdurig zieke ambtenaren, met aandacht voor het vermijden van de vroegtijdige pensionering, en de mogelijkheid tot progressieve tewerkstelling;**
- **uitgebreidere beslissingsmogelijkheden voor de dienst MEDEX, die de medische geschiktheid van het overheidspersoneel beoordeelt en uitspraak doet over hun re-integratiemogelijkheden;**
- **een toegankelijke verzekering gewaarborgd inkomen voor zelfstandige ex-kankerpatiënten.**

## Werkhervatting na kanker bij werknemers: werkgevers sensibiliseren en een betere opvolging en evaluatie van de re-Integratietrajecten

Weer aan het werk gaan is voor overlevers van kanker belangrijk. Om financiële redenen, maar ook omdat ze volwaardig deel willen uitmaken van de maatschappij. Die werkhervatting is niet evident, bijvoorbeeld omdat mensen na een kankerbehandeling nog kampen met neveneffecten, zoals ernstige vermoeidheid. Het is belangrijk dat de overheid die werkhervatting optimaal ondersteunt. Er zijn momenteel echter heel wat drempels die het (ex-)kankerpatiënten moeilijk maken bij de terugkeer naar de werkvloer. Daarom stellen we volgende maatregelen voor.

Kom op tegen Kanker pleit voor **de sensibilisering van werkgevers** op het vlak van **werkhervatting na een ernstige aandoening zoals kanker en voor sensibilisering over redelijke aanpassingen op de werkvloer**. Werkgevers kunnen heel wat aanpassingen doen die de werkhervatting voor hun werknemers makkelijker maken. In bepaalde gevallen is dit ook een verplichting.

- De overheid moet een campagne opzetten die duidelijk maakt dat werknemers vaak erg gemotiveerd zijn om het werk te hervatten en die ook wijst op de rechten die werknemers op dit vlak hebben. Zo hebben overlevers van kanker in bepaalde gevallen recht op progressieve werkhervatting.

Voor mensen met kanker is de progressieve werkhervatting erg belangrijk. Mensen gaan dan deeltijds aan het werk en blijven ook deeltijds arbeidsongeschikt. Dit is algemeen genomen een gunst waarvoor naast de toestemming van de adviserend arts van het ziekenfonds, ook de toestemming van de werkgever nodig is. Als er sprake is van een handicap, is de progressieve werkhervatting echter een redelijke aanpassing, in de zin van de Antidiscriminatiewet. Dan is het voor de werknemer geen gunst meer, maar een recht. Op voorwaarde dat aan de medische voorwaarden voldaan is. Een door de arts geattesteerde, langdurige arbeidsbeperking ten gevolge van kanker(behandeling), zoals vermoeidheid of concentratieproblemen, wordt beschouwd als handicap. Maar nog te weinig werkgevers zijn zich hiervan bewust. Indien dit algemeen gekend zou zijn, zou dit ook drempelverlagend werken voor werknemers die met laattijdige gevolgen van hun behandeling geconfronteerd worden en die momenteel het gesprek rond aanpassingen niet durven aan te gaan met de werkgever. De **sensibilisering van werkgevers** is hier aangewezen.

- Kom op tegen Kanker zet hier zelf al op in door **informatie- en trainingssessies en consultancy** aan te bieden rond kanker op de werkvloer (<http://www.komoptegenkanker.be/bedrijven>), maar dit aanbod zou nog veel ruimer verspreid moeten worden.

Kom op tegen Kanker pleit voor het **blijvend opvolgen en evalueren van de impact van de re-integratietrajecten voor arbeidsongeschikte werknemers**. Uit de cijfers van 2017 blijkt dat in 68% van de gevallen beoordeling 'D' (definitief arbeidsongeschikt voor overeengekomen werk en niet in staat om aangepast of ander werk uit te voeren) werd toegekend. Dit hoge aantal stemt ons bezorgd en wijst op de noodzaak om deze evolutie blijvend op te volgen en tijdig bij te sturen als er geen verbetering in komt. We moeten namelijk opletten dat het opstarten van een re-integratietraject geen mechanisme wordt om tot **beëindiging wegens medische overmacht te kunnen overgaan**. De cijfers zorgen nu al voor een negatieve perceptie bij werknemers die eventueel een re-integratietraject zouden willen opstarten. Het is moeilijk die bezorgdheid weg te nemen zolang de cijfers zo hoog liggen. Om van deze re-integratietrajecten een succes te maken, is het noodzakelijk dat er voldoende ondersteuning is voor werkgevers en werknemers.

- Dit kan bijvoorbeeld door de eerder vernoemde sensibiliseringscampagne voor de werkgevers. Die kan bijdragen tot een klimaat waarin meer kansen tot werkhervatting geboden worden en dus ook meer re-integratietrajecten succesvol zijn.
- Er is ook nood aan **voldoende ondersteuning van de werknemers bij de werkhervatting, zowel in het kader van de re-integratietrajecten, als daarbuiten**. Zo moet de arbeidsarts voldoende tijd hebben om een re-integratietraject goed te kunnen aanpakken. De arbeidsarts moet volgens de wet de mogelijkheden voor re-integratie van een zieke werknemer onderzoeken en is betrokken bij de opmaak van een re-integratieplan. Maar van de arbeidsartsen zelf horen we dat zij momenteel vaak slechts zeer weinig tijd hebben voor deze taken.

## Meer re-integratiemogelijkheden voor ambtenaren

Kom op tegen Kanker pleit voor meer **re-integratiemogelijkheden voor langdurig zieke ambtenaren**. Niet-contractuele ambtenaren die na of bij kanker het werk willen hervatten kunnen geen gebruik maken van de opties tot werkhervatting die er zijn voor werknemers in de privésector. Zij worden geconfronteerd met een beperkt aantal mogelijkheden en een zeer rigide systeem.

- Er bereiken ons ook verhalen van ambtenaren die **wegens ziekte op pensioen** gesteld worden. Dit gebeurt wanneer zij het aantal ziekte-dagen met behoud van loon waarop ze aanspraak kunnen maken opgebruikt hebben. Zeker wanneer dit op jonge leeftijd gebeurt, leidt dit tot schrijnende situaties. Het maandelijkse pensioen waarop iemand vervolgens terugvalt, is dan namelijk zeer beperkt, ten gevolge van de korte voorafgaande carrière. Binnen dit statuut is het ook moeilijk om nog andere activiteiten te verrichten zonder dit pensioen kwijt te spelen. Ambtenaren die ons hierover contacteren voelen zich hierdoor zeer gefrustreerd omdat zij wel willen werken, maar door de rigide regelgeving ontmoedigd worden.

- Om deze oppensioenstellingen zoveel mogelijk te vermijden, kan het lonen dat het bestuur medische expertise **Medex** (een onafhankelijke instantie die de medische geschiktheid van het overheidspersoneel beoordeelt en uitspraak doet over hun re-integratiemogelijkheden) standaard eerst grondig onderzoekt of redelijke aanpassingen op de job mogelijk zijn, vooraleer over te gaan tot oppensioenstelling. Hiertoe dient voorzien te worden in **meer en ruimere beslissingsmogelijkheden** voor deze dienst, zoals de mogelijkheid om iemand progressief tewerk te stellen of progressief het werk te laten hervatten als deze persoon geen ziekte-dagen meer heeft. Het tewerkstellingspercentage en de duur ervan moeten hierbij **afgestemd zijn op de situatie van de betrokkene**. Nu wordt nog al te vaak vertrokken vanuit een rigide kader dat de persoonlijke situatie onvoldoende erkent.

### Een toegankelijke verzekering gewaarborgd inkomen voor zelfstandige ex-kankerpatiënten

Kom op tegen Kanker pleit voor een **toegankelijke verzekering gewaarborgd inkomen voor zelfstandigen**. Zelfstandigen die door kanker getroffen worden, kunnen het zich vaak financieel niet permitteren lang van hun werk weg te blijven. Zij ontvangen bij **arbeidsongeschiktheid** namelijk maar **een beperkt bedrag via de ziekte-uitkering**. Gelet op deze beperkte uitkering is het voor ondernemers vaak aangewezen een verzekering gewaarborgd inkomen af te sluiten. Op deze manier kunnen zij in geval van ziekte aanspraak maken op een bijkomende uitkering, via hun privé-verzekeraar. Aan mensen die in het verleden reeds door kanker getroffen werden, wordt de **toegang tot deze verzekering echter vaak ontzegd**. Hierdoor wordt het **voor ex-kankerpatiënten moeilijker om zich als zelfstandige te vestigen**. Wij zijn van mening dat mensen die kanker overleefden dezelfde rechten op financiële bescherming hebben als ieder ander. Een betere wettelijke bescherming van mensen met gezondheidsproblemen dringt zich dan ook op bij de verzekering gewaarborgd inkomen. Inspiratie kan hierbij gehaald worden uit de wetgeving over de schuldsaldoverzekering en de hospitalisatieverzekering. Bij de schuldsaldoverzekering bestaat er bijvoorbeeld een compensatiemechanisme zodat een cliënt medische bijpremies die boven 125% van de basispremie uitstijgen, niet moet betalen.

Bij de schuldsaldoverzekering is er nu ook het recht om vergeten te worden, waardoor verzekeraars tien jaar na het einde van een succesvolle kankerbehandeling geen rekening meer mogen houden met die kanker. Bovendien gelden voor kankers opgenomen in een referentieroosters kortere termijnen.

Wat betreft de hospitalisatieverzekering: verzekeraars kunnen deze niet weigeren aan hun cliënten, maar ze kunnen wel de kosten verbonden aan vooraf bestaande aandoeningen uitsluiten.

Het **verbeteren van de toegankelijkheid van de verzekering gewaarborgd inkomen** is hoe dan ook noodzakelijk.

## 3 Investeer in palliatieve zorg

Kom op tegen Kanker neemt via [www.hetpalliatiefdebat.be](http://www.hetpalliatiefdebat.be) het initiatief om een breed maatschappelijk debat te organiseren over hoe we de zorg bij ongeneeslijke ziekte willen geven. Daarbij kijken we niet alleen naar kankerpatiënten, maar hebben we oog voor iedereen die lijdt aan een levensverkortende aandoening.

In afwachting van de resultaten van deze brede, maatschappelijke bevraging kunnen er op wetgevend gebied een aantal initiatieven genomen worden om de palliatieve zorg te verbeteren.

### Daarom pleit Kom op tegen Kanker ervoor:

- dat palliatieve zorg tot de beroepsbekwaamheden van verpleegkundigen behoort. Dit veronderstelt een aanpassing van de wetgeving;
- om een basispakket 'palliatieve zorg' toe te voegen aan het bestaande curriculum van de opleiding verpleegkundige;
- om een basispakket palliatieve zorg toe te voegen aan het bestaande curriculum voor artsen;
- om de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE's) op een adequate manier te financieren;
- om een legaal kader te voorzien voor het gebruik van de urgentie- en sedatiekit door de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE's).

Naast preventieve en curatieve zorg moet palliatieve zorg een volwaardig onderdeel (Beernaert, 2017) uitmaken van

onze gezondheidszorg. Het effect van een dergelijke integratie op de levenskwaliteit (Vanbutsele G., 2018) (Temel, 2017) van de zieken en hun families werd al bij herhaling onderzocht en aangetoond. In 2002 (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002) werd het recht op palliatieve zorg vastgelegd in de wetgeving. Dit werd verruimd in 2016 (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016). Volgens de wet is

palliatieve zorg alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve of levensbedreigende ziekte bevindt. De wet waarborgt een multidisciplinaire totaalzorg op fysiek, psychisch, sociaal, existentieel en spiritueel vlak. Deze zorg biedt de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie. Dit om de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn naasten en mantelzorgers voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren.

Kom op tegen Kanker heeft daarom het initiatief genomen om van zoveel mogelijk kanten inzichten te krijgen over hoe een palliatief zorgtraject eruit zou moeten zien, niet alleen voor kankerpatiënten maar voor iedereen die lijdt aan een levensverkortende aandoening. We mikken op de massale participatie van iedereen die van ver of dichtbij betrokken is bij het thema: experts, zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers, patiënten, mantelzorgers en hun verenigingen, vrijwilligers en individuele burgers. Het verwachte resultaat is een gedragen visietekst over het 'gezicht' van de palliatieve sector van morgen, die als basis kan dienen voor verschillende concrete optimaliseringsacties en verbeterinitiatieven vanuit de sector zelf enerzijds en gerichte beleidsaanbevelingen ten behoeve van de verantwoordelijke overheden anderzijds. Met deze visietekst trekken we in 2021 op pad.

Dat neemt niet weg dat een aantal zaken binnen de palliatieve zorg nu al aangepakt kunnen worden.

Zo is de gecoördineerde wet op de gezondheidsberoepen niet afgestemd op de wet van de palliatieve zorg. De wet op de gezondheidsberoepen voorziet stervensbegeleiding onder de bijzondere beroepsbekwaamheid van de verpleegkundige maar voorziet geen bekwaamheid voor palliatieve zorg (Federale Overheidsdienst Kancelarij van de eerste minister, 2015). Stervensbegeleiding is maar een onderdeel van goede palliatieve zorg. Een **aanpassing van de huidige wetgeving** over de bekwaamheden van de verpleegkundige is dus noodzakelijk om dit patiëntenrecht te kunnen garanderen.

Kom op tegen Kanker wil dat zorgverstrekkers geschoold zijn in de basisprincipes van palliatieve zorg. In het kader van een gepaste zorg voor iedereen is het noodzakelijk dat een **basispakket palliatieve zorg** wordt opgenomen **in de basisopleiding van alle zorgberoepen**. Dit wordt bevestigd door het KCE-rapport over passende zorg in de laatste levensfase (KCE, 2017). Momenteel schiet die scholing nog tekort in alle zorgberoepen. In alle zorgomgevingen zijn zorgverstrekkers verantwoordelijk voor de zorg voor patiënten die palliatief zijn. Een basispakket 'palliatieve zorg' moet toegevoegd worden aan het bestaande curriculum van de opleiding verpleegkundige en dit als een vast opleidingsdeel gespreid over de 4 jaar van de opleiding. Een basispakket palliatieve zorg moet ook toegevoegd worden aan het bestaande curriculum voor artsen. Dit advies werd ook al geformuleerd door de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, 2016). Dit basispakket moet gespreid worden over alle opleidingsjaren en moet alle aspecten van goede palliatieve zorg omvatten.

Ongeacht de werkplek moeten zowel artsen als verpleegkundigen een basiskennis en -vaardigheden hebben op het vlak van palliatieve zorg.

### Kom op tegen Kanker pleit in de palliatieve zorg bovendien voor:

- een adequate financiering van de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE's).

De multidisciplinaire begeleidingsequipes zijn een onontbeerlijke schakel om mensen thuis te kunnen laten sterven omdat zorgverstrekkers in de eerste lijn te weinig palliatieve patiënten hebben om de noodzakelijke expertise te verwerven. De MBE's worden weliswaar beschouwd als tweedelijnszorg maar vervullen veel taken in de eerste lijn. Hun functie zou daarom, in overleg met de deelstaten, en met de uitkomsten van het palliatief debat, in het kader van de eerstelijns hervorming herbekeken moeten worden.

Het aantal behandelingen door deze equipes neemt bovendien enkel toe (Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, 2017) en de situaties worden complexer door het groeiend belang van de multiculturaliteit, de vergrijzing, het sociale isolement en ethische vragen die betrekking hebben op levenseindebeslissingen.

Het financieringssysteem werd in 1998 bepaald en is niet meegeëvolueerd. De financiële middelen die toegekend worden aan de MBE's dekken de reële kost al jaren niet (Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, 2017). In de plaats van een forfaitaire vergoeding is het noodzakelijk om over te stappen naar een financieringswijze die de reële werkingskosten (bv. verplaatsingskosten, kosten voor lokalen, voor permanente vorming, gebruik van specifieke software, teamverantwoordelijke...) en reële werklust (die afhangt van het reële aantal personen die in een welbepaalde regio thuis sterven of van factoren zoals de structuur van de leeftijd van de populatie, de bestaande zorginstellingen, de cultuur op het vlak van thuis sterven...) dekt (Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, 2017).



Kom op tegen Kanker geeft al meerdere jaren structurele financiële steun aan de palliatieve sector. Voor 2019 bedroeg onze steun aan de MBE's € 617595. Het is intussen hoog tijd dat de overheid de financiering van deze basisgezondheidszorg helemaal voor haar rekening neemt.

- **een legaal kader voor gebruik van de urgentie- en sedatiekit door de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE's).**

Als verpleegkundigen van een MBE ontboden worden, is dat vaak in verband met dringende, onbehandelbare ziekteverschijnselen die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Om aan deze urgenties tegemoet te kunnen komen, hebben de meeste van deze equipen een beperkte hoeveelheid geneesmiddelen in voorraad en vervoeren zij deze ook tussen hun uitvalsbasis en hun patiënten. Zowel de opslag als het transport van deze risicovolle medicatie gebeuren echter zonder wettelijk kader. Urgentie- en sedatiekits zouden legaal gebruikt moeten kunnen worden door de MBE's. Dit komt rechtsreeks ten goede aan de palliatieve/terminale patiënt in de thuissituatie. In het huidige systeem mogen de MBE's geen noodmedicatie vervoeren. De arts moet de medicatie voorschrijven, die moet dan opgehaald worden bij de apotheek en pas daarna kan ze toegediend worden. Alle tijd die hierdoor verspild wordt, is tijd te veel, tijd die de patiënt niet overheeft. De palliatieve, terminale patiënt thuis heeft recht op een goede symptoomcontrole en een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg in de palliatieve fase.

In 2016 vroeg de Kamer van Volksvertegenwoordigers via een in de plenaire vergadering goedgekeurde resolutie dat er werk gemaakt zou worden van een degelijk legaal kader (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2016). Vier jaar later is op regeringsniveau nog niet meer gerealiseerd dan een oplistijng van palliatieve geneesmiddelen die de apotheek voorradig moet hebben (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw, 2018). Kom op tegen Kanker vraagt dat de volgende regering uitvoering geeft aan deze resolutie.





## Verwijzingen

- Alliantie voor een Rookvrije Samenleving. (2019, 01). 10 maatregelen voor een rookvrije toekomst. Opgehaald van <https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2019-01/Memorandum%20Alliantie%20NL%20v4%281%29.pdf>
- Beernaert, K. V. (2017). Zorgnoden doorheen het kankertraject : palliatieve zorg kan al vroeg aangewezen zijn. Tijdschrift voor geneeskunde(13), 823-833.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2016, juni 23). Resolutie m.b.t. de wettelijkheid van de opslag en het transport van geneesmiddelen voor palliatief gebruik. Tekst aangenomen in plenaire vergadering. Opgehaald van Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers: <https://www.dekamer.be/FLWB/pdf/54/1625/54K1625008.pdf>
- Belgische Senaat. (2018, februari 23). Informatieverslag betreffende de noodzakelijke samenwerking tussen de federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten inzake de preventie en de eliminatie van hormoonverstorende stoffen in de consumptie, met het oog op de bevordering van de volksgezon. Opgehaald van De Belgische Senaat: <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=100663866>
- Cédric Héle Instituut. (2017, December). Resultaten bevraging noden van de eerste lijn in de psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten. Opgehaald van Cédric Héle Instituut.
- College voor Oncologie. (2020). Klinische Richtlijnen. Opgehaald van College voor oncologie: <https://www.collegeoncologie.be/nl/klinischerichtlijnen>
- College voor oncologie. (2020). Oncogenetische Richtlijnen. Opgehaald van College voor Oncologie: <https://www.collegeoncologie.be/nl/oncogenetischerichtlijnen>
- De Morgen. (2018, augustus 6). Ex-topman van het Riziv trekt aan de alarmbel. Opgehaald van De Morgen: <https://www.demorgen.be/binnenland/ex-topman-van-riziv-trekt-aan-alarmbel-model-sociale-zekerheid-is-onhoudbaar-b33e4d05/>
- European Environment Agency. (2015). Air quality in Europe - 2015 report. Opgehaald van European Environment Agency: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2015>
- European Environment Agency. (2017). Air Quality In Europe - 2017 report. Opgehaald van European Environment Agency: <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2017>
- Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. (2017, December). Evaluatierapport Palliatieve Zorg. . Opgehaald van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pz\\_rapport\\_2017\\_docx\\_.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pz_rapport_2017_docx_.pdf)
- Federale Overheidsdienst Kanselarij van de eerste minister. (2015, mei 10). Koninklijk besluit houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Opgehaald van Belgisch Staatsblad: [http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/06/18\\_1.pdf#Page2](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/06/18_1.pdf#Page2)
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016, juli 21). Wet tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van de palliatieve zorg. Opgehaald van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw: [http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/wetgeving/uitbreiding\\_pz\\_2016\\_07\\_21.pdf](http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/wetgeving/uitbreiding_pz_2016_07_21.pdf)
- Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. (2018, juli 4). Geparkeerd dossier medicatietransport: een bitter pil voor palliatieve patiënten thuis. Opgehaald van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw: [http://www.palliatief.be/persbericht%2026\\_2018](http://www.palliatief.be/persbericht%2026_2018)
- Grana, R., & Benowitz, N. &. (2014, Mei 13). E-Cigarettes. A Scientific Review. Circulation, 1972-1986. Opgeroepen op 07 06, 2020
- KCE. (2009). The Volume of surgical interventions and its impact on the outcome: feasibility study based on Belgian data - supplement. KCE reports 113S. Opgehaald van Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20091027336\\_1\\_1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20091027336_1_1.pdf)
- KCE. (2014). Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker. Opgehaald van KCE: <https://kce.fgov.be/nl/organisatie-van-de-zorg-voor-volwassenen-met-een-zeldzame-of-complexe-kanker>
- KCE. (2015, november 10). Levenskwaliteit na kanker van keel of strottenhoofd is kwestie van teamwerk en ervaring. Opgehaald van KCE: <https://kce.fgov.be/nl/levenskwaliiteit-na-kanker-van-keel-of-strottenhoofd-is-kwestie-van-teamwerk-en-ervaring>
- KCE. (2016). Kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van longkanker. Synthese. Opgehaald van KCE.
- KCE. (2017). Passende Zorg in de laatste levensfase. Opgehaald van KCE: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_296A\\_Passende\\_zorg\\_laatste\\_levensfase\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_296A_Passende_zorg_laatste_levensfase_synthese.pdf)
- Kom op tegen Kanker. (2017, augustus). Zorgen na Kanker. Welke noden en problemen ervaren mensen na hun behandeling? Opgehaald van Kom op tegen Kanker: [https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-11/zorgen\\_na\\_kanker\\_2017.pdf](https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-11/zorgen_na_kanker_2017.pdf)
- Kom op tegen Kanker. (2018, juni). Een blouwdruk voor leeftijdsspecifieke zorg voor jongeren met kanker in Vlaanderen. Opgehaald van Kom op tegen Kanker: [https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/aya\\_zorg\\_visie\\_kom\\_op\\_tegen\\_kanker.pdf](https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/aya_zorg_visie_kom_op_tegen_kanker.pdf)
- Kom op tegen Kanker, Dokters van de Wereld, Testaankoop. (2018, November 18). Betaalbaarheid en ontwikkeling van geneesmiddelen: 10 beleidsvoorstellen en reacties van de politieke partijen. Opgehaald van Kom op tegen Kanker: [https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-11/overzicht\\_reacties\\_politieke\\_partijen\\_nl\\_fr\\_.pdf](https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-11/overzicht_reacties_politieke_partijen_nl_fr_.pdf)
- Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. (2016, oktober 22). Advies over opleiding in de palliatieve zorg aan de faculteiten geneeskunde in België. Opgehaald van Koninklijke Adacademoe voor geneeskunde van België: <https://www.academiegeneeskunde.be/sites/default/files/atoms/files/Advies20161022.pdf>
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (2002, augustus 22). Wet betreffende de rechten van de patiënt. Opgehaald van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw: [http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/wetgeving/wet\\_betreffende\\_de\\_rechten\\_van\\_de\\_pati\\_nt\\_-\\_22\\_08\\_2002\\_-\\_bs\\_26\\_09\\_2002.pdf](http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/wetgeving/wet_betreffende_de_rechten_van_de_pati_nt_-_22_08_2002_-_bs_26_09_2002.pdf)



Nationaal expertisecentrum tabaksontmoediging. (2015, Juli). Roken. Een aantal Feiten op een rij. Opgehaald van Trimbos: <https://www.trimbos.nl/docs/2d0ce6ec-672b-4978-ad5d-618f3a56ec5d.pdf>

Sciensano. (2018). Gezondheidsenquête België 2018. Opgehaald van Sciensano: [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/TA\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/TA_NL_2018.pdf)

Temel, J. G.-J. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical oncology*(35(8)), 834-841.

Vanbutsele G., P. K. (2018). Effect of Early and Systematic Integration of Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet. Oncology*, 394-404.

Vlaamse Milieumaatschappij. (sd). Emissies fijn stof. Opgehaald van Vlaamse Milieumaatschappij: <https://www.vmm.be/lucht/fijn-stof/emissies-fijn-stof>

Vlaamse Milieumaatschappij. (sd). Fijn Stof (PM2,5) jaargemiddelde. Opgehaald van Vlaamse Milieumaatschappij: <http://www.vmm.be/data/fijn-stof-pm2-5-jaargemiddelde>

WHO. (2018, Maart 08). WHO recommendation on tobacco use in pregnancy. Opgehaald van World Health Organization: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/who-recommendation-tobacco-use-pregnancy>

WHO. (2019, 29 05). Selon un nouveau rapport de l'OMS, 90 % des cancers du poumon peuvent être évités en éliminant le tabagisme. Opgehaald van WHO: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2019/5/90-of-lung-cancers-can-be-avoided-by-eliminating-tobacco-use,-new-who-report-reveals>

WHO. (sd). Children's Environmental Health. Endocrine Disrupting Chemicals (EDCs). Opgehaald van World Health Organization: <https://www.who.int/ceh/risks/cehemerging2/en/>

WHO. (sd). Data and Statistics. Opgehaald van World Health Organization: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>