

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Jaarverslag 2001



ministerie van de Vlaamse gemeenschap

WOORD VOORAF VAN DE VOORZITTER

1. DE VGR ALS ADVIESORGAAN

1.1. ALGEMEEN	6
1.2. SAMENSTELLING	6
1.3. DE VGR-ONDERSTEUNING	13
I. HET VGR-SECRETARIAAT	13
II. DE INHOUDELIJK ONDERSTEUNENDE MEDEWERKERS	13

2. KORTE VOORSTELLING VAN DE WERKGROEPEN

2.1. WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	14
2.2. WERKGROEP GEZONDHEID EN FYSISCH-CHEMISCH MILIEU...	15
2.3. WERKGROEP GEZONDHEID EN PSYCHO-SOCIAAL MILIEU.....	15
2.4. WERKGROEP MEDISCH VERANTWOORD SPORTEN	16
2.5. WERKGROEP EXTERNE EVALUATIE VAN ZIEKENHUIZEN.....	17

3. GEFINALISEERDE ADVIEZEN

3.1. PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIËNTEN IN DE THUIS-SITUATIE.....	18
I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	18
II. METHODIEK.....	18
III. ADVIES	19
3.2. AFSTEMMING VAN HET VLAAMSE EN HET FEDERALE DRUGS-BELEID	24
I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	24
II. METHODIEK.....	24
III. ADVIES	24
3.3. PRIORITEITEN VAN ONDERZOEK OP HET TERREIN VAN GEZONDHEID EN MILIEU – DEEL II	27
I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	27
II. METHODIEK.....	27
III. ADVIES	28
3.4. BELEIDSAANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT PERSOONS-GERICHTE PREVENTIE	37
I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	37
II. METHODIEK.....	37
III. ADVIES	38

3.5.	ONTWERPBESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING TOT WIJZIGING VAN HET BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING VAN 23 OKTOBER 1991 HOUDENDE UITVOERING VAN HET DECREET VAN 27 MAART 1991 INZAKE MEDISCH VERANTWOORDE SPORTBEOEFENING	42
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	42
	II. METHODIEK.....	42
	III. SITUERING VAN HET PROBLEEM	42
	IV. BEVINDINGEN EN ADVIEZEN	43
3.6.	VOORONTWERP VAN DECREET TOT WIJZIGING VAN HET DECREET VAN 27 MAART 1991 INZAKE MEDISCH VERANTWOORDE SPORTBEOEFENING	49
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	49
	II. METHODIEK.....	49
	III. SITUERING VAN HET PROBLEEM	49
	IV. BEVINDINGEN EN ADVIEZEN	50
3.7.	EERSTE VERSIE VAN VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE ORGANISATIE VAN DE PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG.....	50
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	50
	II. METHODIEK.....	50
	III. ADVIES	51
3.8.	ADVIES OVER HET VOORONTWERP VAN BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING HOUDENDE DE VOORWAARDEN VOOR DEELNEMING AAN MOTORSPORTWEDSTRIJDEN EN MOTORSPORTPROEVEN	68
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	68
	II. METHODIEK.....	68
	III. ADVIES	68
3.9.	ADVIES OVER DE POSITIE VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad.....	71
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	71
	II. METHODIEK.....	71
	III. ADVIES	71
3.10.	ADVIES OVER DE TOEKOMSTIGE ORGANISATIE EN ROL VAN DE OVERLEGPLATFORMS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	74
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	74
	II. METHODIEK.....	74
	III. ADVIES	75

3.11.	ADVIES OVER GEZONDHEIDSSCHADENDE EFFECTEN VAN MILIEUFACTOREN.....	81
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	81
	II. METHODIEK.....	82
	III. RESULTATEN.....	83
3.12.	ADVIES OVER VERKEER EN GEZONDHEID	92
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	92
	II. METHODIEK.....	92
	III. RESULTATEN.....	93
	IV. AANBEVELINGEN	98
3.13.	ADVIES OVER DE INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG TEN BEHOEVE VAN JEUGD.....	102
	I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER	102
	II. METHODIEK.....	102
	III. RESULTATEN.....	103
	IV. CONCRETE REALISERING	115
4.	ADVIEZEN IN VOORBEREIDING	
4.1.	EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE VAN ZIEKENHUIZEN	120
4.2.	MASSACOMMUNICATIE OVER BINNENHUISPOLLUTIE	120
4.3.	INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG TEN BEHOEVE VAN OUDEREN	121
5.	BELEIDSVORBEREIDENDE (LITERATUUR)STUDIES	
6.	BIJLAGEN	
6.1.	OPDRACHT EN STRUCTUUR VAN DE VGR	123
	I. OPDRACHT	123
	II. STRUCTUUR	123
6.2.	OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE WERKZAAMHEDEN IN 2001.....	125
6.3.	ADRESSENLIJST VGR-LEDEN	126
6.4.	PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIËNTEN IN DE THUIS-SITUATIE	132
	I. IMPLEMENTATIE IN HET WERKVELD	132
	II. INVENTARIS VAN BESTAANDE INITIATIEVEN	133
6.5.	SAMENVATTING BELEIDSNOTA VAN DE FEDERALE REGERING I.V.M. DE DRUGPROBLEMATIEK.....	140
6.6.	LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	145

WOORD VOORAF VAN DE VOORZITTER

Sinds zijn geboorte, vijf jaar geleden, heeft de VGR veel adviezen afgeleverd, over heel uiteenlopende onderwerpen. Ze werden telkens geformuleerd vanuit een zelfde achterliggend concept en met bijzondere aandacht voor fundering in de wetenschappelijke evidentie. De uiteenlopende achtergronden en expertiseterreinen van de VGR-leden – die hadden kunnen leiden tot kakafonie en Babylonische spraakverwarring – werden omgebogen tot werkelijk multidisciplinaire adviesverlening. De decretale bepalingen over de samenstelling van de raad, zowel op vlak van geslacht als leeftijd, werden als positief en verrijkend ervaren.

De VGR was voor velen een boeiende en leerrijke ervaring, met minstens een meerwaarde op intellectueel vlak, wegens de leerzame en boeiende discussies. Maar dat is bijzaak. Hoofdvraag is ‘wat is de impact van de VGR op het Vlaams gezondheidsbeleid?’ – en die is zeer moeilijk te beantwoorden. Sinds 1997 is niet enkel de VGR opgericht, maar zijn zoveel andere factoren die het beleid beïnvloeden, ook gewijzigd. Er kwam een nieuwe regering in 1999, de RIZIV-begroting komt in acute adempnood, er zijn hervormingen binnen de administratie van de Vlaamse Gemeenschap, er zijn de vele verschuivingen binnen de sector van de CGG, de CLB, ... Door de frequentere formele en informele contacten tussen experts uit de diverse deelterreinen van de gezondheidszorg is het wederzijds begrip en vertrouwen gegroeid. De kruisbestuiving, die hiermee samenhangt, leidt tot meer openheid, meer begrip en meer bereidheid om problemen samen aan te pakken.

De VGR-adviezen hadden niet steeds de verhoopte impact. Deels is dit onvermijdelijk – en zelfs wenselijk! De VGR is een adviesorgaan en het staat een minister vrij om deze adviezen al of niet te volgen – dat is de essentie van adviesverlening. Maar toch: de VGR heeft steeds inspanningen gedaan – zij het met zeer beperkte middelen – om de adviezen zo goed mogelijk te funderen in de wetenschappelijke evidentie ter zake en zo weinig mogelijk te laten kleuren door pure belangenverdediging.

Hoe moet het verder met de VGR? Na vijf jaar werking hebben wij de volgende bekommernissen en wensen – die de lezer meer uitvoerig terugvindt in het advies van de VGR ‘Advies over de positie van de Vlaamse gezondheidsraad’, pag. 62.

Binnen het Vlaamse gezondheidsbeleid is een structuur nodig die onafhankelijk expertadviezen uitbrengt. De wens van de Vlaamse regering tot herwaardering van overlegorganen naast adviesorganen is terecht, mits voor beide organen een duidelijke en verschillende functie voorzien is. Adviesorganen staan voor inhoudelijke expertise, pluraliteit, democratie en transparantie en zijn meer algemeen, strategisch gericht. Overlegorganen zijn het kanaal van inspraak voor het middenveld – hier is representativiteit een belangrijk gegeven – en de adviezen hebben een eerder operationeel gezichtspunt. Het is belangrijk dat beide types van organen naast elkaar bestaan en elkaars rol respecteren. Het samenbrengen in één raad van de adviesfunctie, samen met de overlegfunctie, die door het middenveld wordt opgenomen, is evenwel niet wenselijk.

De intentie om een aantal adviesraden samen te voegen, zoals bijv. de Vlaamse Gezondheidsraad en de Gezins- en Welzijnsraad, zal misschien meer sectoroverschrijdende adviezen genereren, maar kan ook het proces van adviesverlening bemoeilijken.

In geval van samensmelting met de GWR wordt de veelzijdigheid aan expertises, die nu al de VGR typeert, uiteraard groter. De toets van adviezen zal nog breder worden en een nog

ruimere kijk op de gezondheidszorg- en de welzijnsproblematiek wordt gegarandeerd. Maar het wordt moeilijker om eenduidige adviezen te formuleren, die door een volledige raad bij consensus gedragen worden. Een werkwijze, waarbij de werkgroepen een groter gewicht krijgen in de adviesverlening, en waarin de rol van de plenaire vergadering wordt beperkt, naar analogie van het model van de Nederlandse Gezondheidsraad, wordt dan wenselijk. Los van een eventuele fusie tussen VGR en GWR, is een meer frequente en intensieve samenwerking tussen de VGR en de GWR wél prioritair, omwille van de verwevenheid van gezondheid en welzijn. Dit kan gerealiseerd worden, ook als beide adviesraden onafhankelijk van elkaar blijven bestaan met hun eigen dynamiek, door een soort 'koepelstructuur' te creëren, die de samenwerking tussen beide faciliteert. In dit bureau worden afspraken gemaakt over welke raad welke adviesthema's behandelt en voor welke beleidsterreinen samenwerking aangewezen is.

De grootste limiterende factoren voor een kwaliteitsvolle werking van de VGR blijven zijn *tijd en werkingsmogelijkheden, vooral financieel*. Kwaliteitsvolle adviesverlening vraagt voldoende tijd en middelen – en de overheid moet bereid zijn om hiervoor de nodige middelen te voorzien.

Tenslotte vindt de VGR ook tijdige vragen tot adviesverlening heel belangrijk, evenals voldoende tijd voor de voorbereiding van het advies. Een goede adviesverlening, met potentieel daadwerkelijk impact kan slechts bereikt worden indien de VGR reeds vanaf de beleidsvoorbereiding goed geïnformeerd is over de beleidsvisie van de overheid. Frequenter overleg met kabinet en administratie is nodig, voor een goede afstemming van de adviesverlening op het beleid en om onduidelijkheden snel uit te klaren. Contact en tijdige informatie-doorstroming kunnen bv. structureel ingebouwd worden door op de VGR-vergaderingen steeds een vertegenwoordiger van de administratie én het kabinet uit te nodigen. Dergelijke werkwijze zal de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de voldoende mondige en onafhankelijke VGR-leden hoegenaamd niet inhiberen – integendeel ze kan alleen de kwaliteit en doelgerichtheid van de adviesverlening verhogen.

De adviesverlening door de VGR kwam tot stand door de enthousiaste inzet van de vele leden van de plenaire vergadering en de werkgroepen, die de nodige tijd en energie hebben vrijgemaakt. De voorbereiding van deze adviezen is steeds uitstekend verlopen, door de deskundige en zeer enthousiaste inbreng van de inhoudelijke VGR-medewerkers, resp. Tine Dusauchoit, Marika Csincsak, Karen Colaert, Rudi Overloop en Wendy Christiaens en door de goede ondersteuning vanuit de Administratie, in de beginfase nog met mevrouw Doms, gedurende bijna de ganse periode door Ria Vandenreyt, bijgestaan door vele secretariaatsmedewerkers. Mede namens de bureauleden wil ik jullie allemaal heel oprecht bedanken voor de enthousiaste en constructieve inzet.

We wensen de nieuw-samengestelde VGR alle kansen op succes toe en hopen oprecht dat hij ook in de toekomst van de minister en de Vlaamse regering de kansen en middelen krijgt om zijn rol verder uit te bouwen en te professionaliseren.

Professor Katrien Kesteloot, Ph.D.
5 januari 2002

1. DE VGR ALS ADVIESORGAAN

1.1. ALGEMEEN

De Vlaamse regering besliste op 7 oktober 1993 dat de adviesorganen per beleidssector zoveel mogelijk dienden gegroepeerd te worden¹.

Naar aanleiding hiervan keurde het Vlaamse parlement op 20 december 1996 de oprichting van de Vlaamse Gezondheidsraad en van de Vlaamse Adviesraad voor erkenning van Verzorgingsinstellingen goed (decreet van 20-12-1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen en uitvoeringsbesluit van 28-01-1997).

Bij de inwerkingtreding van de Vlaamse Gezondheidsraad werden de volgende organen buiten werking gesteld: VAPZ (Vlaamse Adviescommissie voor Perinatale Zorg), Hoge Raad Thuiszorg, Comité Centra Geestelijke Gezondheidszorg, VAZA (Vlaamse Adviescommissie voor ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding), Gemengde Commissie-RVT, Raad Medisch Verantwoord Sporten, Stuurgroep AIDS, VACK (Vlaamse Adviescommissie Kankerpreventie)².

1.2. SAMENSTELLING

Volgens art. 2 § 1 van het uitvoeringsbesluit is de raad samengesteld uit een voorzitter, ten hoogste 35 leden benoemd door de Vlaamse minister en ten hoogste 6 door de raad gecoöpteerde leden.

Bij de conceptie van de raad stonden enkele fundamentele bekommernissen voorop, bekommernissen waaraan – zoals uit de samenstelling van de raad blijkt – ruimschoots werd beantwoord:

- Het meest unieke kenmerk schuilt in de veelzijdige samenstelling. De aanwezigheid van artsen, verpleegkundigen, juristen, economen, sociologen, filosofen, ethici, en anderen garandeert een brede kijk op de gezondheidsproblematiek.
- Er werd tevens gewaakt over een evenwichtige verdeling tussen jongeren en iets minder jongeren. Bij de installatie van de raad waren 13 van de 35 leden jonger dan 35 jaar.
- Tenslotte mag ten hoogste tweederden van de leden van hetzelfde geslacht zijn. In de plenaire vergadering zetelen 17 vrouwen en 21 mannen (inclusief de 2 gecoöpteerde leden).

¹ (VR/PV/1993/51 – punt 2 en VR/93/29.09/DOC.0674)

² De opdracht en structuur van de VGR staan beschreven in bijlage 1.

Samenstelling d.d. 31 december 2001:

NAAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
VOORZITTER: Mevr. prof. dr. Katrien KESTELOOT	Doctor in de Economische Wetenschappen	• UZ Leuven • KU Leuven	Directeur Strategie en Financieringssystemen Gewoon Hoogleraar Economie
ONDERVOORZITTERS: Dhr. prof. dr. Koen RAES Mevr. Lieve DECALUWE	Ethicus Jurist Handelsingenieur	• UG • UIA • UZ Leuven	Hoogleraar Administratief manager
CURATIEVE KAMER: Mevr. Lieve DECALUWE Mevr. dr. Carine BOONEN Dhr. Bert DE BAKKER Dhr. dr. Maurits DE RIDDER	Dokter in de Genees- Heel- en Verloskunde Licentiaat Politieke en Sociale Wetenschappen Licentiaat Medisch-Sociale Wetenschappen Geneesheer-hygiënist, arbeids-geneeskunde en radioprotectie Lic. milieusanering	• Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) • Virga Jesseziekenhuis Hasselt - Min. van Arbeid en Tewerkstelling UG	Algemeen Directeur Algemeen Directeur Arbeidsgeneesheer Docent en wetenschappelijk medewerker

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Mevr. prof. dr. Mia DEFEVER	Doctor in de Sociale Wetenschappen	• KU Leuven • European Health Policy Forum	Hoogleraar Directeur
Mevr. Sandra DERIEUW	Jurist	• Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	Jurist Departement Onderzoek en Ontwikkeling
Mevr. Hilde DIERCKX	Licentiaat Psych. en Pedag. Wetenschappen (Orthopedagogiek) Licentiaat Medisch-Sociale Wetenschappen & Ziekenhuisbeleid	• UZ LEUVEN	Beleidsadviseur geestelijke gezondheidszorg
Mevr. Maureen RAEDT	Verpleegkundige – Vroedvrouw	• Thuiszorg Bond Moyson	Hoofdverpleegkundige-Diensthofd Thuisverpleging
Dhr. prof. dr. Walter SERMEUS	Verpleegkundige Doctor in de Maatschappelijke Gezondheidszorg	• KU Leuven • UZ Leuven	Hoofddocent Verpleegkundig Management en Onderzoek Stafmedewerker Algemene Coördinatie
Mevr. Ingrid STEENS	Lic. Toegepaste Economische Wetenschappen	• Centrum voor Gezondheids-economie en Ziekenhuisbeleid (CGZ-VUB)	Gezondheidseconoom
Dhr. dr. Wim TAMBEUR	Arts MBA	• UZ Leuven	Klinisch Directeur

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. dr. Bart VAN DAELE	Arts Neuropsychiater Licentiaat management	• UZ Leuven	Algemeen Directeur
Mevr. Rosette VAN OVERVELT	Ziekenhuisapotheker, PPB	• Fusieziekenhuis MONICA Deurne-Antwerpen	Algemeen Directeur
Dhr. dr. Patrick WATERBLEY	Arts Licentiaat Ziekenhuisbeleid MBA	• Heilig Hartziekenhuis Roeselare	Algemeen Directeur
Dhr. dr. Etienne WAUTERS	Arts	• Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	Geneesheer-Directeur
GECOÖPTEERDE LEDEN:			
Dhr. prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS	Internist-geriater	• AZ Damiaan Oostende • Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie	Hoofdgeneesheer Secretaris-Generaal
Mevr. Leen MEULENBERGHS	Licentiaat in de psychologische en pedagogische wetenschappen (psychologe)	• Vlaams Patiëntenplatform	Secretaris
Dhr. dr. Jozef JANSSEN	Arts Neuropsychiater Licentiaat psychologie	• UC St. Jozef-Kortenbergh • CGG Wezembeek-Oppem	Kliniekhoofd Directeur

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
PREVENTIEVE KAMER:			
Dhr. prof. dr. Koen RAES			
Dhr. Philippe BEUTELS	Handelsingenieur	• UA, Vakgroep Epidemiologie & Sociale Geneeskunde	Gezondheidseconoom
Dhr. Luc BOSSCHAERTS	Verpleegkundige Lic. Biomedische Wetenschappen	• Rusthuis Het Klaverblad	Directeur
Dhr. prof. dr. Jacques BOUCKAERT	Dokter in de Genees- Heel- en Verloskunde Licentiaat Lichamelijke Opvoeding Licentiaat Sportgeneeskunde Doctor in de Biochemische Wetenschappen	• Campus HILO-RUG	Docent
Dhr. prof. dr. Jan DE MAESENEER	Huisarts	• Vakgroep Huisartsgeneeskunde en ELGZ • Wijkgezondheidscentrum Botermarkt	Hoogleraar Huisartsgeneeskunde Deeltijds werkzaam als Huisarts
Mevr. prof. dr. Joke DENEKENS	Arts Huisarts	• UA	Hoogleraar Huisartsgeneeskunde Academisch adviseur onderwijs UA
Mevr. Maya DETIEGE	Apotheker	• OPHACO • MULTIPHARMA	Adjunct Secretaris Farmaceutisch Raadgever

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Mevr. Marijs GEIRNAERT	Master in Science in Gezondheidspromotie Master Health Education & health Promotion	• Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen	Directeur
Dhr. prof. dr. Luc HENS	Bioloog	• VUB	Hoogleraar Menselijke Ecologie
Mevr. dr. Lea MAES	doctor Politieke en Sociale Wetenschappen	• UG Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde • VIG	Docente
Mevr. Isabel MOENS	Licentiaat Economische Wetenschappen	• Caritas VVI	Afdelingshoofd
Mevr. dr. Hilde ROELS	Arts	• Zelfstandig	Financieel Economisch Adviseur
Mevr. Eva STRUBBE	Licentiaat Rechten	• KU Leuven Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht	Huisarts
Dhr. Marc TACK	Lic. Psychologische en Pedagogische Wetenschappen (Psycholoog)	• CAT GGZ	Wetenschappelijk medewerker
Dhr. dr. Stephan VAN DEN BROUCKE	Doctor in de Psychologie	• Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) • KU Leuven (Centrum Ergonomie en Gezondheidspsychologie)	Preventiewerker
Dhr. prof. dr. Michel VANHOORNE	Arts Geneesheer-Hygiënist, tak arbeidsgeneeskunde Licentiaat Arbeidsgeneeskunde	• UG	Wetenschappelijk Afdelingshoofd Onderzoek-Documentatie Deeltijds Docent
			Hoofddocent

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. prof. dr. Nik VAN LAREBEKE	Arts Milieukundige	• UG (vakgroep Radiotherapie, Kern-geneeskunde en Exp. Cancerologie)	Docent
Dhr. prof. dr. Patrick VAN REEMPTS	Arts Pediater-Neonatoloog	• UIA – UZA	Buitengewoon Docent Pediatrie-Neonatologie
Dhr. prof. dr. Joost WEYLER	Arts Epidemioloog	• UIA	Hoofddocent
GECOÖPTEERDE LEDEN: Dhr. prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS	• Arts • Baccalaureaat in de Wijsbegeerte • Licentiaat Openbare en Sociale hygiëne • Licentiaat in de jeugd-gezondheidszorg	• KUL • Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg	Docent Jeugdgezondheidszorg Voorzitter

1.3. DE VGR-ONDERSTEUNING

Het team algemene beleidsondersteuning van de administratie Gezondheidszorg verzorgt het secretariaat van en biedt inhoudelijk ondersteuning aan de VGR.

Zowel het secretariaat als de inhoudelijke medewerkers kan u bereiken op:

- **Adres:** Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap
Administratie Gezondheidszorg
VGR-secretariaat (lokaal 423)
Markiesstraat 1
1000 Brussel
- **Tel:** 02/553.35.35
- **Fax:** 02/553.34.70
- **e-mail:** vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be

I. HET VGR-SECRETARIAAT

Het secretariaat verschaft aan de leden van de VGR alle inlichtingen die nodig zijn voor de werking en staat tevens in voor de verzending van de uitnodigingen en bundels en voor de opmaak van de notulen van elke vergadering.

- **secretaris:** mevr. Ria Vandenreyt
- **personeel:** mevr. Suzy Van Hamme en mevr. Cathy De Leenheer (tot 1/11/2001), mevr. Regine Bouilliaert (vanaf 1/10/2001)
- **medewerkers:** voor notulering van vergaderingen (bureau en plenaire) biedt de secretaris van de VGR ondersteuning; de notulering in de kamers en de werkgroep-vergaderingen gebeurt door de inhoudelijk medewerkers van de VGR.

II. DE INHOUDELIJK ONDERSTEUNENDE MEDEWERKERS

De inhoudelijk ondersteunende medewerkers staan in voor het begeleiden van het proces van adviesformulering in de Werkgroepen of Kamers. Dit houdt in dat zij aanwezig zijn bij de werkgroepvergaderingen, indien wenselijk toelichting geven in de kamers, waar nodig voorbereidend werk (bijv. beperkt literatuuronderzoek) verrichten, de ontwerp teksten schrijven, aanpassen en finaliseren.

In 2001 werd deze ondersteuning gerealiseerd door mevr. Karen Colaert (tot begin september 2001), dhr. Rudi Overloop en mevr. Wendy Christiaens (oktober-december 2001).

2. KORTE VOORSTELLING VAN DE WERKGROEPEN

2.1. WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- **Effectieve leden**

Mevr. H. Dierckx (voorzitter)

Dhr. prof. dr. J. De Maeseneer (vanaf mei 2001)

Dhr. dr. J. Janssen

Dhr. M. Tack

- **Externe experts**

Dhr. dr. J. Boydens

Mevr. M. Craeymeersch

Dhr. prof. dr. D. Deboutte

Dhr. R. Derycke

Dhr. prof. dr. P. Igodt

Dhr. dr. B. Remans

Dhr. H. Schröter

Dhr. J. Van Holsbeke

- **Werkzaamheden**

Begin 2001 werkte de werkgroep het advies *‘psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’* af. In het advies wordt de positie van de zorg voor psychiatrische patiënten in de thuissituatie in het bestaande zorglandschap geschetst. Daarnaast worden een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd die deze positie kunnen verbeteren.

Als tweede deeladvies (ter uitdieping van het globaal advies (1999) ‘een raamkader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen’ werd *‘de toekomstige rol en organisatie van de overlegplatforms GGZ’* gefinaliseerd. Overlegplatforms zijn opgericht met de bedoeling overleg en samenwerking tussen voorzieningen in de GGZ te bevorderen. Naar aanleiding van nieuwe ontwikkelingen binnen de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg worden ook nieuwe verwachtingen gesteld t.a.v. de taken en de rol van de overlegplatforms. In het advies heeft de werkgroep deze nieuwe verwachtingen t.a.v. de overlegplatforms geformuleerd, op basis van gesprekken met de overlegplatforms GGZ zelf, rekening houdend met de krijtlijnen die zowel de Vlaamse als de federale overheid hebben uitgetekend.

2.2. WERKGROEP GEZONDHEID EN FYSISCH-CHEMISCH MILIEU

- **Effectieve leden**

Dhr. prof. dr. N. Van Larebeke (voorzitter)

Dhr. prof. dr. L. Hens

Dhr. prof. dr. K. Raes

- **Externe experts**

Dhr. prof. dr. M. Boogaerts

Dhr. prof. dr. F. Comhaire

Mevr. prof. dr. M. Kirsch-Volders

Dhr. prof. dr. G. Moens

Dhr. dr. B. Nemery

Dhr. prof. dr. W. Stevens

Dhr. dr. M. Van Sprundel

Dhr. prof. dr. R. Vlietinck

- **Werkzaamheden**

Midden 2001 finaliseerde de werkgroep een advies waarin aanbevelingen worden geformuleerd die de trend van steeds stijgende gezondheidsrisico's moet keren. In het advies worden o.a. de nodige voorwaarden aangegeven om de negatieve impact van milieufactoren op de menselijke gezondheid te verminderen. Daarnaast werden een aantal activiteiten (sectoren) aangeduid die een aanzienlijke bedreiging van de gezondheid met zich meebrengen en bij prioriteit dienen aangepakt te worden in het kader van de gezondmaking van het milieu.

2.3. WERKGROEP GEZONDHEID EN PSYCHO-SOCIAAL MILIEU

- **Effectieve leden**

Mevr. M. Geirnaert (voorzitter)

Dhr. prof. dr. J. P. Baeyens

Mevr. prof. dr. J. Denekens

Dhr. dr. S. Van Den Broucke

- **Externe experts**

Dhr. prof. dr. P. Cosyns

Mevr. prof. dr. M. Danckaerts

Mevr. M. Deveugele

Dhr. D. Larmuseau

Dhr. prof. dr. F. Louckx

Mevr. C. Timmerman

Dhr. prof. dr. K. Van Heeringen

Dhr. dr. K. Van Poeck

- **Werkzaamheden**

De werkgroep formuleerde een advies op eigen initiatief waarin aanbevelingen geformuleerd worden m.b.t. persoonsgerichte en structurele preventie binnen de sector GGZ. Dit advies wordt geformuleerd op basis van de huidige inzichten in de wetenschappelijke literatuur en de prevalentie- en incidentiecijfers voor Vlaanderen. Er werd tevens rekening gehouden met de resultaten van de VGR-studie 'de impact van psycho-sociale factoren op de volksgezondheid' die in september 2000 gefinaliseerd werd.

2.4. WERKGROEP MEDISCH VERANTWOORD SPORTEN

- **Effectieve leden**

Dhr. prof. J. Bouckaert (voorzitter)

Dhr. L. Bosschaerts

Mevr. R. Van Overvelt (ontslag op 25 mei 2001)

- **Externe experts**

Dhr. prof. dr. K. De Meirleir

Dhr. prof. dr. R. Lysens

Dhr. prof. dr. R. Roelandt

Mevr. C. Sneyers

- **Werkzaamheden**

Op vraag (dd. 12/4/2001) van de heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport, heeft de Vlaamse Gezondheidsraad advies uitgebracht over het Ontwerp Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 23 oktober 1991 houdende uitvoering van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening. De veranderingen hebben tot doel het besluit te actualiseren. De voorgestelde wijzigingen worden door de werkgroep MVS in het algemeen positief beoordeeld.

De Vlaamse Gezondheidsraad bracht ook advies uit over het Voorontwerp van decreet van de Vlaamse regering tot wijziging van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening (vraag van minister Sauwens dd. 8/5/2001). Door de leden van de werkgroep MVS en de administratie werden geen belangrijke inhoudelijke opmerkingen gemaakt.

Op vraag (dd. 5/3/2001) van de heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport, bracht de Vlaamse Gezondheidsraad advies uit over het Voorontwerp Besluit houdende de voorwaarden voor deelneming aan motorsportwedstrijden en motorsportproeven. De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten van de VGR heeft omwille van haar specifieke "medische" expertise in dit advies vooral het strikt medisch/technische aspect van het voorstel bestudeerd.

2.5. WERKGROEP EXTERNE EVALUATIE VAN ZIEKEN- HUIZEN

- **Effectieve leden**

Dhr. dr. P. Waterbley (voorzitter)

Dhr. Bert De Bakker

Mevr. Lieve Decaluwe

Dhr. dr. Etienne Wauters

- **Externe experts**

Dhr. prof. dr. Pierre Blockx

Dhr. prof. dr. Francis Colardyn

Dhr. dr. Daniel De Vos

Dhr. dr. Dirk Himpe

Dhr. dr. Raf Mertens

Mevr. Ann Proost

Mevr. Ann Van De Velde

- **Werkzaamheden**

De werkgroep bereidt een advies voor over de externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen. De VGR vond het aangewezen om, verder bouwend op de adviezen 'Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen' (dd. 15/12/1998) en 'Memorandum conceptueel kader voor de Vlaamse gezondheidszorg' (15/06/1999), over ziekenhuizen een advies te geven met de focus op enkele specifieke onderwerpen. De externe kwaliteitsevaluatie werd als eerste thema gekozen. Het advies wordt begin 2002 ter goedkeuring aan de plenaire vergadering voorgelegd.

3. GEFINALISEERDE ADVIEZEN

3.1. PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIËNTEN IN DE THUISSITUATIE

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er op *eigen initiatief van de VGR*: op de plenaire vergadering van 19 september 2000 werd beslist dat de werkgroep geestelijke gezondheidszorg (GGZ) het advies *‘een kader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen’ themagewijs zou uitdiepen*. Er werden vier thema’s gekozen: ‘de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’, ‘de toekomstige organisatie en rol van overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg’, de doelgroep ‘jeugd’ en de doelgroep ‘ouderen’. Voorliggend advies *‘psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’* betreft het *eerste thema*.

De Plenaire vergadering keurde het advies goed op 20 februari 2001. Het Bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de Plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

De werkgroep ‘geestelijke gezondheidszorg’ telt **12 leden**: *VGR leden*: dhr. dr. R. De Ridder, mevr. H. Dierckx (voorzitter), dhr. dr. J. Janssen en dhr. M. Tack; *externe experts*: dhr. dr. J. Boydens, mevr. M. Craeymeersch, dhr. prof. dr. D. Deboutte, dhr. R. De Rycke, dhr. prof. dr. P. Igodt, dhr. dr. B. Remans, dhr. H. Schröter en dhr. J. Van Holsbeke. In de uitwerking van dit thema werden ook dhr. P. Marroyen als externe deskundige, en prof. dr. J. De Maeseneer als corresponderend lid, betrokken.

Dhr. R. Overloop en mevr. K. Colaert volgden het proces van adviesformulering als inhoudelijke medewerkers van de VGR op.

Gezien de vele overlegstructuren en beleids- en adviesorganen waarop dit thema actueel aan bod komt, achtte de werkgroep het niet noodzakelijk om bijkomende hoorzittingen te organiseren. De nota is evenwel via e-mail getoetst aan de visie van externe experts (dr. P. Vandenbussche en dhr. J. Deloof).

De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 5 oktober 2000. In totaal werd **4 keer vergaderd**³. Er was een tussentijdse rapportering van het ontwerp van advies in de Plenaire vergadering op 19 december 2000.

³ Respectievelijk op 05/10/2000, 26/10/2000, 05/12/2000 en 21/12/2000.

III. ADVIES

A. Beschouwingen en keuzen⁴

1) Uitgangspunten en organisatieprincipes

Een meer integrale en integrerende GGZ-zorgverlening vereist de ontwikkeling van nieuwe inhoud en nieuwe vormen van zorg. Zorg op maat en meer zorgcontinuïteit vereist een gedifferentieerd aanbod van psychiatrische zorgverlening, dus ook van zorg voor psychiatrische patiënten op het ogenblik dat ze in de thuissituatie verblijven. ***De begeleiding van psychiatrische patiënten in de thuissituatie bestaat hoofdzakelijk uit:***

- behandeling en begeleiding van ‘nieuwe’ hulpvragen, ter voorkoming van een ziekenhuisopname;
- behandeling en begeleiding van ‘gekende’ psychiatrische patiënten in een acute fase;
- langdurige begeleiding en rehabilitatie van ‘chronische’ patiënten.

Aangepaste begeleiding en ondersteuning van personen met psychische problemen in hun thuissituatie (kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen) blijft op dit moment beperkt tot een aantal lokale initiatieven⁵. Daarnaast dient evenwel vermeld dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg reeds bepaalde functies – als onderdeel van de totale zorg in de thuissituatie – opnemen, zoals bv. begeleiding en ondersteuning van de mantelzorgers⁶.

De zorg in ons land is bij uitstek sectorgebonden georganiseerd⁷. De positie van de zorg voor psychiatrische patiënten in de thuissituatie is in het bestaande zorglandschap momenteel nog onduidelijk. Er wordt expliciet gepleit om de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie ***niet gefragmenteerd***⁸ en ***niet categoriaal***⁹ te organiseren.

Afhankelijk van de behoefte aan zorg en de zorgvraag moet thuiszorg¹⁰ voor mensen met psychische en psychiatrische problemen ***op gespecialiseerde wijze*** worden uitgebouwd. Men kan stellen dat de huidige expertise met betrekking tot de doelgroep zich op meerdere terreinen bevindt: enerzijds de verschillende diensten op de eerste lijn die reeds zorgen verstrekken in het thuismilieu van de patiënten; anderzijds de psychiatrische zorg en begeleiding die geboden wordt in o.a. de psychiatrische ziekenhuizen, de CGG, de voorzieningen met een RIZIV-conventie en de initiatieven beschut wonen. Het is daarom dringend noodzakelijk dat zowel structurele als functionele samenwerkingsvormen mogelijk gemaakt worden, opdat alle betrokken actoren gezamenlijk hun expertise kunnen bundelen en elkaar kunnen ondersteunen in het verder uitbouwen van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. De patiëntengroep die in de loop van zijn leven wisselend gebruik maakt van verschillende vormen van zorg, stelt hoge eisen aan de samenwerking, opdat de continuïteit van de zorg niet in het gedrang komt.

⁴ De werkgroep heeft ervoor gekozen om rekening te houden met wat bestaat aan adviezen en werkzaamheden op federaal niveau. Deze werden getoetst aan de Vlaamse context en waar nodig aangepast en verder uitgewerkt. De basisteksten van dit advies zijn opgenomen in de literatuurlijst en zijn ter inzage op het VGR-secretariaat.

⁵ Voor andere doelgroepen bestaat deze zorgvorm reeds geruime tijd: bijv. thuisbegeleiding voor kinderen met een verstandelijke handicap, gezinszorg/thuisverpleging voor gezinnen, ouderen, zieken, enz.

⁶ Bijv: begeleiding van de partner van een niet mobiele patiënt (psychisch of fysisch), opvang en begeleiding van ouders naar aanleiding van problemen bij/met hun kind. Deze activiteiten vinden veelal plaats op het CGG, doch hebben betrekking op het gebeuren in de thuissituatie.

⁷ Beschermende woonvormen bestaan zowel binnen de sector van de gehandicaptenzorg, de bijzondere jeugdzorg als in de geestelijke gezondheidszorg

⁸ ‘Niet gefragmenteerd’ staat voor ‘voldoende voorziening- en sectoroverschrijdend’.

⁹ ‘Niet categoriaal’ staat voor ‘niet als een afzonderlijke zorgvorm’, ‘niet voor categorieën van doelgroepen (somatische patiënten, psychiatrische patiënten, enz.).’

¹⁰ Thuiszorg dient in het kader van deze nota in de ruime zin te worden geïnterpreteerd: alle diensten/deskundigen die bepaalde vormen van zorg verstrekken in de thuissituatie van de patiënt, worden beschouwd als thuiszorg. Hieronder ressorteert m.a.w. zowel gezondheidszorg als welzijnszorg.

In *elke regio* dient men de mogelijkheid van thuiszorg voor personen met psychische problemen te verzekeren, ongeacht de aan- of afwezigheid van een bepaald type voorziening. De zorgvraag moet het uitgangspunt vormen en niet de aard van de aanwezige diensten en voorzieningen. Ook in dit kader is samenwerking met het oog op de uitwerking van complementariteit en taakafspraken noodzakelijk.

Het is essentieel dat de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie *niet* als *een nieuwe structuur of sector* wordt beschouwd. Deze zorg is een bijkomende specialisatie – uitgebouwd met behulp van de specifieke deskundigheid in de GGZ-voorzieningen en diensten – die zich *maximaal inbedt en integreert in* de structuren en werkmodellen van de *thuiszorg*. Daartoe wordt het werkingsgebied van de eerste lijn als uitgangspunt genomen. Naargelang de doelgroep¹¹ waartoe de desbetreffende patiënt behoort, kan de GGZ-expertise die wordt aangesproken variëren.

Niet alleen de patiënt met psychische problemen in de thuissituatie ondervindt een zware belasting, ook zijn omgeving, *de mantelzorgers*: familie, burens, enz. Vanuit de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie kan de mantelzorg mee ondersteund worden, gezien de omgevingscontext expliciet mee in rekening wordt gebracht bij de behandeling, begeleiding en ondersteuning. Dit verhoogt de draagkracht en de stabiliteit van de patiënt én zijn omgeving.

2) Werkmodel

a. Zorgbemiddeling en zorgcoördinatie

Zorg voor psychiatrische patiënten in de thuissituatie is niet verschillend in opzet van de ‘klassieke thuiszorg’: de methodiek van zorgbemiddeling en het bestaande overleg- en coördinatiemodel in de SIT vormt het uitgangspunt, ongeacht de aard van de zorgvraag van de patiënt in de thuissituatie.

- In functie van de *zorgorganisatie* moet vanuit het SIT structureel de uitbreiding van het aantal leden vanuit de GGZ mogelijk gemaakt worden; het SIT levert de zorgcoördinator;
- In functie van de *zorginhoud* garandeert het model van de zorgbemiddeling dat elke patiënt die daar behoefte aan heeft een zorgbemiddelaar heeft. Eender wie kan deze taak op zich nemen (in samenspraak met de patiënt): de huisarts, de psychiatrisch verpleegkundige, de psychiater, de maatschappelijk werk(st)er, de thuisverpleegkundige, of desgevallend een mantelzorger.

Ten aanzien van chronische patiënten kan de zorgbemiddelaar tevens *de functie van trajectbegeleider* op zich nemen¹². Bij patiënten waarbij ziekenhuisopnamen, intensieve thuiszorg, nazorg en dergelijke elkaar afwisselen, is een dergelijk aanspreekfiguur noodzakelijk om de continuïteit in het zorgaanbod te kunnen garanderen.

b. Zorgenplan: taakverdeling en communicatie

De begeleiding van de patiënt met psychiatrische problematiek in de thuissituatie gebeurt aan de hand van *een zorgenplan*. Bij het uittekenen van dit zorgenplan is de input van alle betrokkenen noodzakelijk, dus zowel de hulpverleners in de thuiszorgsector¹³ als hulpverleners met een GGZ-expertise. De structuur van het zorgenplan vormt de basis, waarbij afhankelijk van de voorgeschiedenis en context van de patiënt de nodige ‘specialisten’ bij de behandeling/begeleiding in de thuissituatie worden betrokken¹⁴.

¹¹ Met doelgroepen wordt o.a. verwezen naar volgende leeftijdsgroepen: kinderen en jeugd, volwassenen, ouderen.

¹² In dit geval dient de zorgbemiddelaar bij voorkeur een professioneel te zijn.

¹³ D.i. zowel welzijnszorg als gezondheidszorg

¹⁴ Er kan een vergelijking gemaakt worden met palliatieve zorg, waarbij eveneens specifieke deskundigheid wordt aangereikt voor een specifieke doelgroep. Hierbij maakt men ook een zorgenplan en doet men beroep op een gespecialiseerde equipe.

Taakafspraken worden **opgenomen en gespecificeerd in het zorgenplan**: zowel thuiszorgdiensten als GGZ-personeelsleden kunnen bij de patiënt aan huis komen en specifieke begeleidingstaken op zich nemen. **Men kan maar van psychiatrische zorg in de thuissituatie spreken als in de equipe die het zorgenplan ten uitvoer brengt specifieke GGZ-expertise aanwezig is**: een psychiater, een psychiatrisch geschoolde verpleegkundige, een psycholoog of een maatschappelijk werker met GGZ-ervaring.

Teneinde de continuïteit van de zorg te verzekeren volgt het zorgenplan de patiënt, bijv. in geval een heropname in een ziekenhuis nodig is. Bij de opname, tijdens het ziekenhuisverblijf en voorafgaand aan het ontslag wordt de nodige **informatie uitgewisseld** tussen de zorgbemiddelaar in de thuissituatie en de verantwoordelijke behandelaar in het ziekenhuis. De behandeling/begeleiding – opgestart in het ziekenhuis – wordt hetzij verder gezet, hetzij geconsolideerd in de thuissituatie of in een ambulante setting, waarbij – afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en gecoördineerd door de zorgbemiddelaar – zowel hulpverleners uit de thuiszorgsector als GGZ-hulpverleners hun inbreng kunnen hebben.

c. Preventief karakter

Vele patiënten hebben geen majeure psychiatrische problemen en kunnen dus goed thuis begeleid worden. Bovendien resideert heel wat psychiatrische problematiek niet in psychiatrische voorzieningen¹⁵. Daarom zijn er meer thuisverpleegkundigen en thuisverzorgers nodig die bijkomend gevormd worden om in de thuiszorg **psychiatrische problemen te (h)erkennen**, op te vangen en te begeleiden, mits de nodige bijkomende ondersteuning vanuit de gespecialiseerde GGZ. Samenwerking tussen de sector GGZ en de thuiszorgsector is noodzakelijk, met het oog op een kwalitatieve psychiatrische zorgverstrekking in de thuissituatie en in aanpak van crisissituaties.

d. Maatschappelijke inbedding

De zorg voor de psychiatrische patiënt in de thuissituatie moet voldoende aandacht besteden aan de **totale zorg** (binnen het vertrouwde leefmilieu), waarbij **ook het wonen (zowel huisvestingsbeleid als woonzorg), arbeid/dagactiviteiten en vrije tijd** aan bod komen. Sociale en maatschappelijke uitsluiting op het vlak van welzijnszorg, tewerkstelling, cultuur en ontspanning is nog dikwijls aan de orde. Drempelverlaging en voorkoming van stigmatisering is maar mogelijk indien de desbetreffende diensten (bijv. arbeidstrajectbegeleidingsdiensten, thuishulp) over meer middelen kunnen beschikken om – in samenwerking met de GGZ-voorzieningen – de nodige expertise met betrekking tot de doelgroep te kunnen uitbouwen. Enkel indien patiënten op al deze deelgebieden over de nodige ondersteuning kunnen beschikken, kunnen zij zich handhaven in de thuissituatie. Hiertoe dienen zowel structureel als functioneel de nodige samenwerkingsmodaliteiten en incentives tussen de diverse betrokken sectoren te worden uitgebouwd. Effectieve GGZ vereist een optimale maatschappelijke inbedding.

e. Netwerk

Met het oog op de realisatie van de vooropgestelde integratie van de ‘psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’ in de structuren van de thuiszorg dient de afstemming en de samenwerking tussen de actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg en de sector van de thuiszorg verduidelijkt te worden¹⁶.

¹⁵ Bijv. ouderen met psychische problemen (gedrag, alcohol, eenzaamheid, enz.), gezinnen met opvoedings- en gedragsproblemen bij de kinderen, moeders met postnatale depressies, multi-probleem gezinnen (werkloosheid, alcohol, relatieproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, enz.), adolescenten en jongvolwassenen met psychotische gedragingen.

¹⁶ Hiermee wordt een evenwicht nagestreefd tussen de vorming van netwerken binnen de GGZ (met mogelijke betrokkenheid van externe partners) als hefboom voor de invulling van zorgcircuits en de bestaande Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg. Beide structuren hebben en behouden hierbij hun eigen opdracht, terwijl in het kader van de uitbouw van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie de nodige samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt.

De psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie dient georganiseerd te worden door een groep van juridisch onafhankelijke deskundigen/voorzieningen/diensten functionerend binnen een netwerk waarin de *drie specifieke domeinen – welzijn, gezondheidszorg, GGZ* – vertegenwoordigd zijn. In elk geval dient steeds de thuiszorg betrokken partij te zijn via deelname van het lokale SIT. Andere organisaties (gezinshulp, enz.) of individuele deskundigen (huisartsen, thuisverpleegkundigen enz.) kunnen eveneens participeren. Er dient voor gewaakt dat ook de welzijnssector en het maatschappelijk werk expliciet vertegenwoordigd zijn, bijv. OCMW, CAW, mutualiteiten.

De GGZ-actoren (beschut wonen, CGG, PZ, PAAZ, centrum met een RIZIV-conventie, ook psychiaters met een privé-praktijk), die gelokaliseerd zijn in het werkgebied waar thuiszorg wordt aangeboden en interesse hebben om deze zorgvorm gezamenlijk verder uit te bouwen voor psychiatrische patiënten, kunnen deel uitmaken van het netwerk. Ter voorbereiding van de oprichting van het netwerk dienen alle in het werkgebied aanwezige actoren te worden uitgenodigd. Bij de vorming van het netwerk dient aandacht besteed aan een evenwichtige participatie van zowel intra- als extramurale zorgverstrekkers/zorgvoorzieningen. In afwachting van verdere regelgeving en uitbreiding van de SIT-regelgeving, is formalisering van het netwerk via een *samenwerkingsovereenkomst* een minimale vereiste. De concrete samenstelling en organisatie hangt af van de regio en de accenten die de actoren hierin leggen (bottom-up benadering). Het netwerk levert de nodige expertise aan de thuis opererende deskundigen/diensten en legt de brug met de tweede/derdelijnsvoorzieningen via een gespecialiseerde equipe.

3) Voorwaarden voor implementatie in het werkveld

Aan de bevoegde Vlaamse minister wordt gevraagd de nodige initiatieven te nemen opdat de inspanningen die momenteel door de verschillende overheden omtrent de uitbouw van thuiszorg voor psychiatrische patiënten worden genomen, op elkaar worden afgestemd. De middelen dienen efficiënt te worden benut zodat er geen onnodige overlappingen zijn en er – uitgaande van de bevoegdheidsverdelingen tussen de overheden – kan voorzien worden in de nodige complementariteit.

Een *samenwerkingsprotocol tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap* is hiertoe noodzakelijk; agendering van het thema psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie op de eerstvolgende *Interministeriële Conferentie Volksgezondheid* op initiatief van de Vlaamse Gemeenschap wordt bepleit.

Het is niet onwaarschijnlijk dat de implementatie in het werkveld van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie bepaalde leemtes of nieuwe behoeften zal onthullen (bijv. dagactiviteiten, dienstencentra, enz.). Ervaringen van het werkveld hebben een signaalfunctie naar het beleid toe. Het is daarom belangrijk dat de nieuwe ontwikkelingen in de GGZ gekoppeld worden aan een even noodzakelijke ‘vernieuwing’ in andere sectoren (bijv. arbeid/tewerkstelling, cultuur, welzijn). Daartoe is het aangewezen dat het beleid van de verschillende ministers op Vlaamse niveau op elkaar wordt afgestemd.

Op korte termijn wordt ervoor gepleit enkele *pilootprojecten* omtrent psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie mogelijk te maken onder de vorm van *selectief gesubsidieerde*¹⁷ *experimenten*. Bij de beoordeling van de aanvragen voor projectsubsidies voor thuiszorgprojecten wordt gevraagd extra aandacht te besteden aan voorstellen waarbij de

¹⁷ Subsidies zijn vooral belangrijk m.b.t. ondersteuning van de innovatie-opdracht, begeleidings- en evaluatiekosten, coördinatie-opdracht, enz.

samenwerking tussen voorzieningen uit de 'thuiszorgsector' – m.n. de eerstelijnsgezondheidszorg en de welzijnsvoorzieningen – en de GGZ-sector centraal staat.

Parallel dient nagegaan of de desbetreffende *regelgeving met betrekking tot de SIT* al dan niet expliciet kan *uitgebreid* worden voor de doelgroep van de psychiatrische patiënten in de thuiszorg. Bijkomende financiering voor de zorgcoördinatie en zorgbemiddeling (c.q. trajectbegeleiding) dient te worden overwogen.

De draagkracht van de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg blijft structureel ontoereikend. De relatieve kleinschaligheid t.o.v. de intramurale sector belemmert de CGG om volwaardig te participeren aan de netwerkvorming. Binnen de huidige financieringsmodaliteiten van de CGG is het niet haalbaar om deeltaken van de psychiatrische zorg voor patiënten aan huis kwalitatief mee uit te bouwen, zonder dat dit ten koste gaat van de basisopdrachten.

Teneinde de dynamiek op het werkveld van de nodige incentives te kunnen voorzien en effectieve ondersteuning te kunnen bieden is *formeel overleg* op niveau van het beleid omtrent *de diversiteit in de financieringsmodaliteiten* onontbeerlijk. Overleg en zorgafstemming vraagt tijd en wordt in vele gevallen (bijv. huisarts, thuisverpleegkundigen, apotheker) niet gehonoreerd. Naast de financiering van zorgverstrekkers en – diensten is ook de financiële toegankelijkheid naar patiënten toe cruciaal. De Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg bieden een geschikt kader om dit overleg te stimuleren.

De diverse *opleidingen en vormingsmogelijkheden* dienen de nodige aandacht te besteden aan de veranderende kijk op de organisatie van de zorg: bij de toekomstige eerstelijns hulpverleners, de hulpverleners in de welzijnssector en de GGZ dient het belang van psychiatrische zorg in de thuissituatie onder de aandacht te worden gebracht. Ervaringen uit het buitenland, mogelijkheden en knelpunten, casusbesprekingen en zorgenplannen dienen hierbij aan bod te komen.

Literatuurlijst

Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (2000) *Een kader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, administratie Gezondheidszorg, 18 pp.

Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (2000) *Samenwerking in de eerste lijn*. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, administratie Gezondheidszorg, 11 pp.

Studiedag 21/03/1997 Psychiatrische thuiszorg, Gent.

Studiedag 25/05/1998 De psychiatrische thuiszorg, Brugge

Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (permanente werkgroep 'psychiatrie') (1997) *Toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg*. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 9 pp.

Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (permanente werkgroep 'psychiatrie') (1999) *De inhoud en de organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening*. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 11 pp.

Voorontwerp van advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (permanente werkgroep 'psychiatrie') (2000) *De psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie*. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 9 pp.

VAN NUFFEL, R. (1997) Zoals het klokje thuis tikt... psychiatrische thuiszorg herontdekt, *Psyche*, 9 (1): 7-8.

VANDENBROELE, H., R. LEMBRECHTS (1999) *Psychiatrische thuiszorg. Modellen, concepten, beleidsintenties en lastenboek*. Leuven – Apeldoorn Garant, 193 pp.

DEBRUYNE, D., V. MAES, V. VERMEULEN (1998) *Zorg- en hulpverlening in het thuismilieu van de cliënt met psychische problemen. Een verkennend onderzoek in de regio Waasland*. Gent, PopovGGZ, 46 pp.

3.2. AFSTEMMING VAN HET VLAAMSE EN HET FEDERALE DRUGBELEID

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

De federale drugnota, zoals vorm gegeven op 19 januari 2001, omvat een aantal actiepunten op het vlak van preventie en (vroeg)zorg die zowel binnen de bevoegdheden van de Vlaamse als de federale overheid vallen. De oproep in deze nota t.a.v. het Vlaams beleid wijst op een terechte noodzaak tot integraal beleid, maar blijft zeer fragmentair wat preventie betreft. *Een eigen, complementair en samenhangend Vlaams beleid is daarom een voorwaarde om de federale inspanningen te laten renderen.*

De VGR wil deze bedenking in een beknopt advies kenbaar maken en de minister uitnodigen tot conceptueel werk dienaangaande en structurele inpassing ervan in haar gezondheidsbeleid.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 19 juni 2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

Een samenvatting van de federale drugnota vindt u onder 6.5.

II. METHODIEK

Dit advies werd voorbereid door dhr. Mark Tack en mevr. Marijs Geirnaert en naderhand besproken in de preventieve kamer die hiertoe bijeenkwam op 30 mei 2001.

Mevr. K. Colaert volgde het proces van adviesformulering als inhoudelijk medewerker van de VGR.

III. ADVIES

A. Situering

Hoewel de focus van de federale drugnota terecht wordt gelegd op de volksgezondheid, en daarbinnen prioritair op preventie en vervolgens zorg, geven de geplande activiteitenvelden en de budgettaire weerslag een omgekeerd prioriteitsbeeld te kennen. De in de nota vermelde punten inzake preventie en (vroeg)zorg vormen een te beperkte basis voor een Vlaams preventiebeleid.

Inzake drugmisbruik en verslaving werden met betrekking tot de bestaande organisatie van preventie en zorg door diverse onderzoekers reeds meermaals knelpunten geïnventariseerd¹⁸.

De complexiteit van de drugproblematiek en het aantal betrokkenen (en betrokken bevoegdheidsdomeinen) vragen om een coherent, interdepartementaal plan: inspanningen vanuit diverse departementen dienen elkaar te versterken.

Complementariteit, zowel op beleids-, organisatorisch- als op uitvoerend vlak, is daarbij noodzakelijk. Het federaal plan biedt geëigende kansen tot deze verticale en horizontale afstemming. In de federale nota wordt daartoe de oprichting van een beleidsondersteunende 'Cel Drugbeleid' (met participatie van alle bevoegdheden) vooropgesteld. Deze kans moet aangegrepen worden. *Ook op Vlaams niveau moet*, zoals de federale drugnota voorstaat, *een interdepartementale aanpak aanwezig zijn.*

¹⁸ DE RUYVER B., ET AL (2000) *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, congresboek. Maklu.

De bestaande overlap in de organisatie van preventie en zorg, vraagt om een inhoudelijk antwoord, waarbij uitgangspunten als *preventie vanuit gezondheidsperspectief, lokaal bereikbare vroeghulp, continuïteit en differentiatie van zorg*, belangrijk zijn – niet enkel ten aanzien van illegale drugs, maar ook op even gedegen wijze ten aanzien van tabak¹⁹, alcoholproblemen, afhankelijkheid van psychofarmaca, gokken, internetverslaving, enz.

B. Preventie

Het hoofdstuk preventie in de federale nota wordt als *onvolledig en fragmentair* ervaren. De vragen die in dit verband aan de Gemeenschappen worden gesteld, noodzaken *een eigen Vlaams kader* en een *operationalisering binnen een Vlaamse drugnota*, onder meer afgestemd op de algemene Vlaamse organisatie van preventie en (vroeg)zorg in het algemeen (VIG, VAD, enz.)²⁰. Decretale ondersteuning (cf. het preventiedecreet) lijkt hierbij noodzakelijk.

Samenwerking inzake preventie blijft vaak gebrekkig. Dit is o.a. te wijten aan de versnippering tussen preventiewerkers vanuit de Vlaamse Gemeenschap en federaal gesubsidieerde preventiewerkers (via gemeenten in veiligheidscontracten). Daarom moet minimaal structurele samenwerking bevorderd worden. Een Vlaams preventiebeleid moet daarbij rekening houden met de bestaande kwaliteiten, het aanbod en de betekenisvolle groei van de *overlegcultuur* op lokaal en provinciaal vlak. De draagkracht (capaciteit) en taakprofielen van de partners, inzonderheid deze onder eigen voorgedij, *moeten erkend en beduidend versterkt worden*. In het bijzonder zou de eerstelijns-ondersteuning vanuit de bestaande CGG-netwerkstructuur, de CLB, de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg, de huisartsen, het maatschappelijk werk en de LOGO's geoptimaliseerd moeten worden. De herprofilering van de preventiewerkers 'Binnenlandse Zaken' dient in overleg met het Gemeenschapsniveau vorm te krijgen. Het opnieuw uittekenen van de politionele preventieve rol (terugtrekking van politionele 'sociale' preventie) dient via vervangende draagkracht gecompenseerd.

Het creëren van nieuwe structuren onder federale impuls moet vermeden worden. *Voor het Vlaams landsgedeelte lijkt het optimaliseren van bestaande structuren en coördinatie een adequaat antwoord te bieden.*

De federale (vooral regelgevende) initiatieven op het vlak van preventie moeten in nauw overleg met de Gemeenschappen worden uitgewerkt en geïmplementeerd. De aangekondigde 'Cel Drugbeleid' kan hier haar nut bewijzen.

Er wordt in het kader van preventie t.a.v. drugsverslaving tevens bijzondere aandacht gevraagd voor specifieke doelgroepen (bijv. kinderen van drugverslaafden, kinderen van alcoholisten).

¹⁹ Inzake tabak bestaat er een Vlaamse gezondheidsdoelstelling.

²⁰ In een Vlaams preventiebeleid moet ook complementariteit met het regelgevend kader vanuit het federale beleidsniveau gewaarborgd worden.

C. Zorg

Dit breder uitgewerkt deel bevat, naast de afstemming ‘justitie – (illegale) drughulpverlening’, intenties tot het uitbouwen van case-management, zorgcircuits en lokale coördinatiecellen. ***Participatie van Vlaamse diensten in deze vooropgestelde zorgcircuits moet gefinancierd worden*** (draagkrachtcompensatie)²¹.

Een ***vroeghulp-netwerk voor jongeren*** in de gezondheidszorg vraagt om een erkenning van de plaats van de eigen CGG in het zorgtraject ‘jongeren en drugs’ en een heldere taakomschrijving van andere Vlaamse diensten (CLB, CBJ, enz.) in de rand ervan.

In het kader van zorgverbreding en profylaxe van escalatie, dient ***ouderwerking*** (consultatieve ondersteuning en groepswerking) ook buiten de residentiële therapiesetting van druggebruikers te worden uitgebouwd (ouderondersteuning ‘op zich’ als vorm van vroegzorg). Mechanismen van rechtstreekse RIZIV-financiering (toevoegen van nieuwe modules aan bestaande conventies) lijkt voor vele Vlaamse GGZ-partners minder evident. Vrijwaring van de draagkracht voor vrijwillige hulpverlening (niet onder justitiële druk) is belangrijk. Ook buiten de justitiële toestroom – waar vanuit een hernieuwd strafrechterlijk beleid versterkte doorverwijzing kan worden verwacht – dienen ‘vrije’ cliënten een regionaal gespreid, bereikbaar aanbod van diverse hulpverlening ter beschikking te hebben (van eerstelijns over gespecialiseerde vroeghulp, ambulante en residentiële zorg).

Continuïteit van zorg moet gegarandeerd worden, ***ook*** voor problemen met eerder private dan maatschappelijke overlast en dit ook inzake legale drugs (persoonsgerichte- en structurele preventie; eerste signalering en reactie door mantelzorg en eerste lijn; deskundige (in hulpverlening ingebedde) ondersteuning van deze brede niet gespecialiseerde zorgsector; bereikbare laagdrempelige vroeghulp; ambulante specialistische hulpverlening; residentiële zorg met differentiatie van doelen, programmaopbouw en duur). Dergelijke modules worden in elk geval best toegevoegd aan diensten met de juiste positionering, eerder dan met een geschikt (wegens bestaand) subsidiekanaal.

D. Randvoorwaarden

1. Een Vlaams drugbeleid impliceert ook investeren in de nodige Vlaamse middelen: een goed beleid moet vertaald worden in financiële steun.
2. De VGR wil wijzen op het belang van ***procesmatige evaluatie***, ook binnen preventie (inspanningsverbintenissen i.p.v. meten van outcome). Daarbij moet rekening worden gehouden met de beschikbare draagkracht.
3. ***Kwaliteitsverbetering en vorming*** moeten uitgebouwd worden.
4. De Vlaamse drugnota dient te worden opgesteld in ***samenwerking met mensen uit het veld***.

²¹ De federale overheid voorziet veel financiële middelen voor drugbeleid (0,5 miljard bovenop de reeds bestaande middelen). Vlaanderen neemt op financieel vlak heel weinig initiatief. Een Vlaams drugbeleid impliceert dat de Vlaamse overheid ook de nodige middelen zal moeten vrijmaken.

3.3. PRIORITEITEN VAN ONDERZOEK OP HET TERREIN VAN GEZONDHEID EN MILIEU – DEEL II

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

In haar brief van 19 juli 2000 verzocht de Vlaamse minister van welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van Gezondheid en Milieu. In het advies van de VGR van 17 oktober 2000 werd een antwoord aan de minister overgemaakt. Op 13 februari 2001 ontving de VGR een vraag van de minister om het advies van 17 oktober te verduidelijken.

Thans voorliggend advies is bedoeld als *aanvulling* bij een advies van 16 juni 1998 'Onderzoeksinspanning en kenniscentrum m.b.t. gezondheidseffecten van milieufactoren' op vraag van Mevrouw Wivina Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid en het advies van 17 oktober 2000 'Prioriteitsstelling wetenschappelijk onderzoek op het terrein Gezondheid en Milieu (deel I)' op vraag van Mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, gezondheid en Gelijke Kansen.

Op de plenaire vergadering van 19 juni 2001 werd de eindversie voorgesteld, besproken en goedgekeurd. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

Een ontwerptekst werd voorbereid door prof. dr. N. Van Larebeke in samenspraak met Prof. Dr. L. Hens en Prof. Dr. F. Comhaire, met tevens een inbreng van Dr. M. Viaene en Dr. G. Schoeters. Deze tekst werd besproken en aangepast op de vergadering van de werkgroep 'gezondheid en fysisch-chemisch milieu' van 12 april 2001.

De werkgroep telt **12 leden**: *VGR leden*: dhr. prof. dr. L. Hens, dhr. prof. dr. K. Raes, dhr. prof. dr. N. Van Larebeke (voorzitter); *externe experts*: dhr. prof. dr. M. Boogaerts, dhr. prof. dr. F. Comhaire, mevr. prof. dr. M. Kirsch-Volders, dhr. prof. dr. G. Moens, dhr. prof. dr. B. Nemery, dhr. prof. dr. W. Stevens, dhr. prof. dr. M. Van Sprundel, mevr. dr. M. K. Viane en dhr. prof. dr. R. Vlietinck.

De voorliggende tekst omvat achtereenvolgens een conceptueel raamwerk, de krachtlijnen van een rationeel onderzoeksbeleid inzake milieu en gezondheid, een specifiek advies inzake biomonitoring-studies in de nabije toekomst, en een specifiek advies inzake ontwikkeling van nieuwe methoden voor effect-biomonitoring²².

Wat *prioriteiten voor sociaal wetenschappelijk onderzoek* betreft, is de VGR van mening dat de Raad niet in staat was om de nodige expertise te verzamelen om, binnen de timing die voor adviesverlening voorzien was, een gefundeerd advies te formuleren. De VGR zal dit thema evenwel ter harte blijven nemen en de minister ten gepaste tijde van verdere visieontwikkeling op de hoogte brengen.

²² In dit advies wordt o.a. verwezen naar het 'Fifth RTD Framework programme 1998-2002, Key action 4 Environment and Health' van de Europese commissie, naar de 'EC/ESF/WHO_EURO consensus conference' (georganiseerd door the European Commission (EC), the European Science Foundation (ESF) and the WHO Regional office for Europe (WHO-EURO)), document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/7 03789 -29 March 1999) en naar het *Federaal Plan inzake duurzame ontwikkeling 2000-2004*.

In het advies worden aspecten van risico-evaluatie en risicoanalyse uitgediept. *Risicomanagement, risicoperceptie, risicocommunicatie/crisiscommunicatie* komen nergens (of zeer summier) aan bod. De VGR is zich hiervan bewust en erkent dat in het kader van een beleid inzake milieu en gezondheid dit toch essentiële aspecten zijn. Het is de keuze van de VGR om zich omtrent deze topics verder te beraden en er voor het ogenblik nog geen uitspraak over te doen.

III. ADVIES

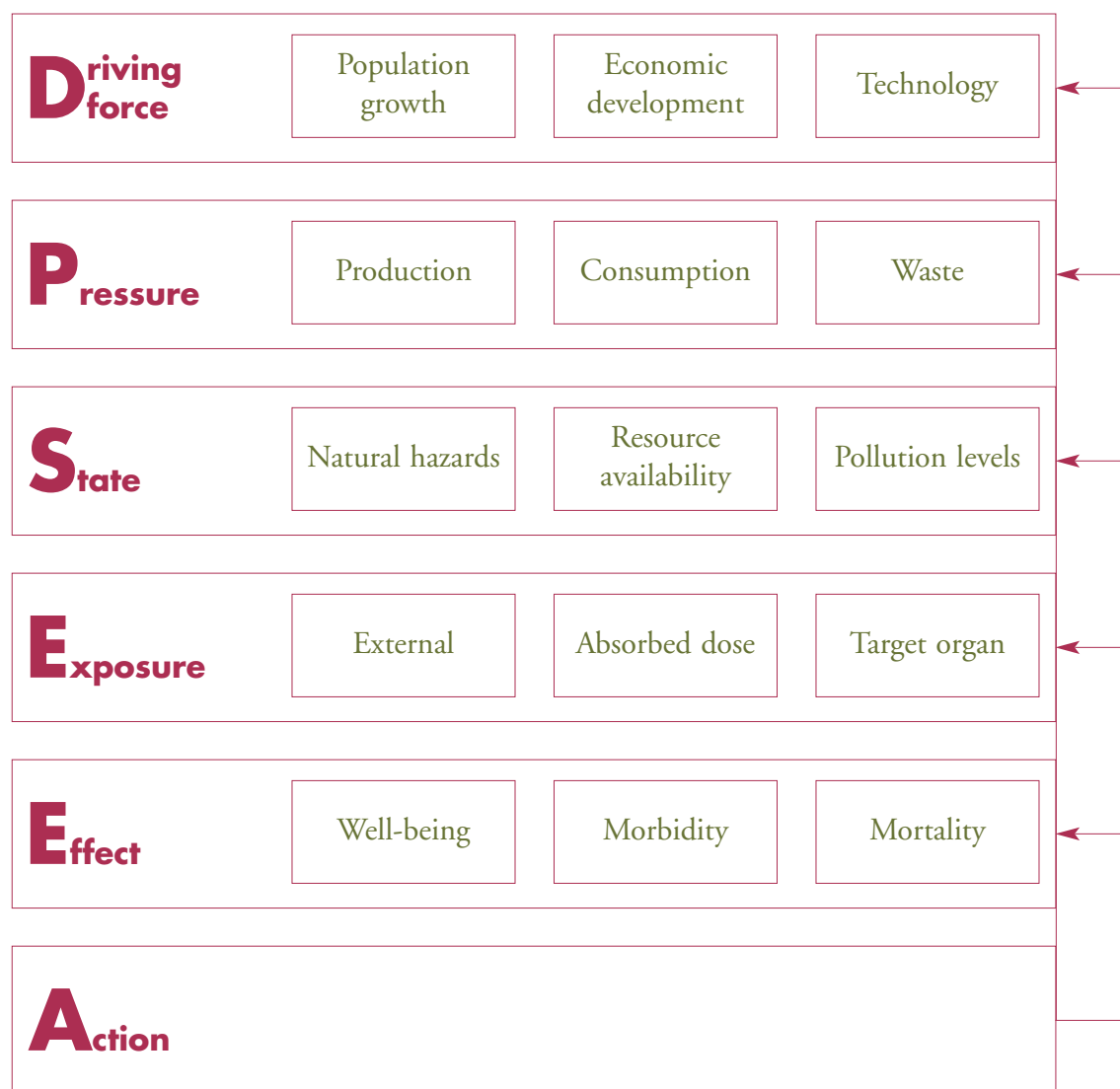
A. Conceptueel raamwerk

Dit advies gaat in op punctuele aanbevelingen voor onderzoek in het domein milieu en gezondheid. Het heeft daarbij in het bijzonder aandacht voor de gezondheidseffecten (zoals men die ondermeer via biomonitoring naar voor kan halen) en het specifiek gezondheidsbeleidsondersteunend onderzoek. Vooraf wenst de Raad echter te benadrukken dat de *elementen, die de kern van dit advies uitmaken, kaderen in twee grotere, conceptuele raamwerken* waarmee ze onlosmakelijk verbonden zijn:

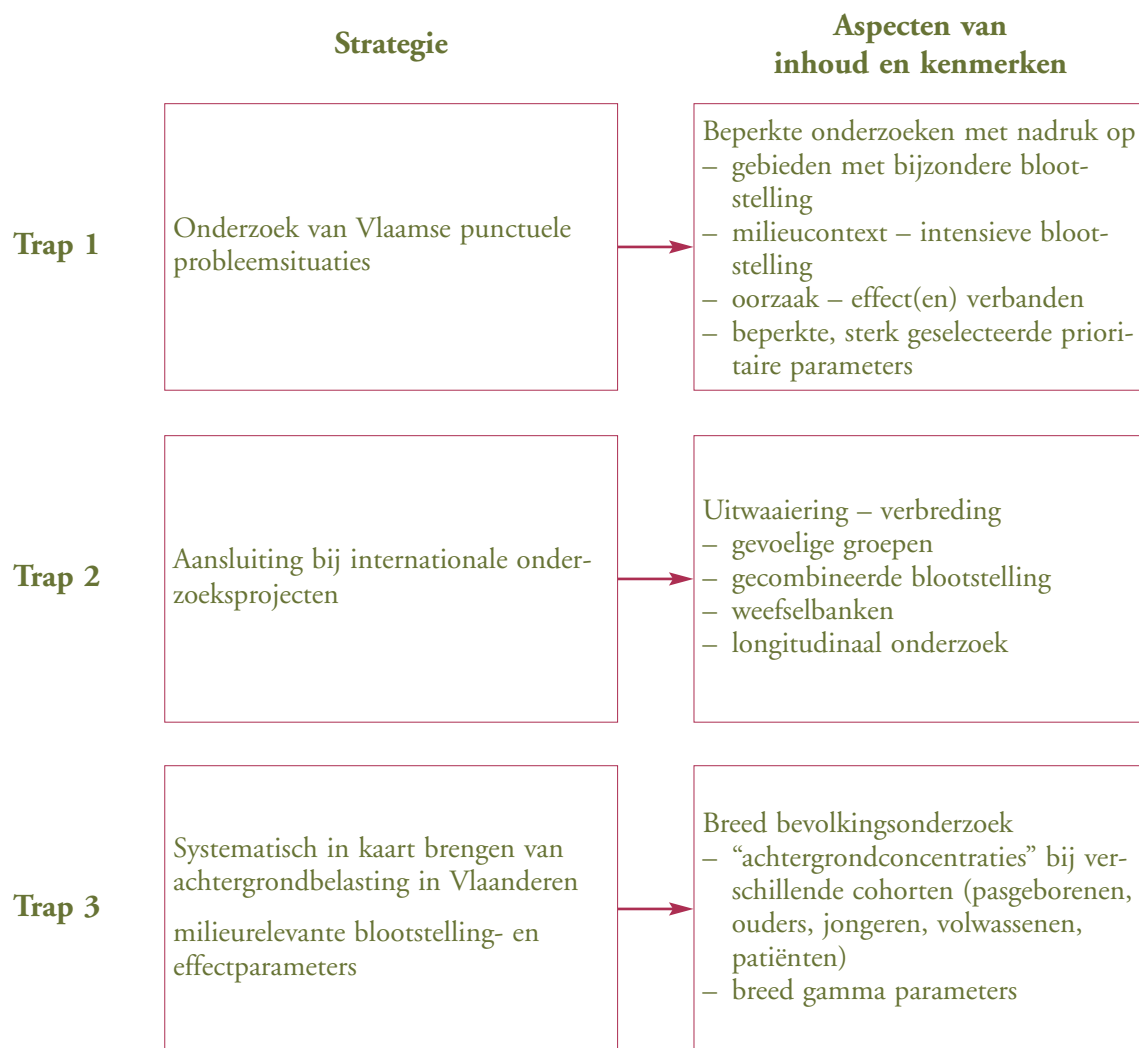
- (a) *Milieu-effectenketen*: gezondheidseffecten en de actie(s) om ze te voorkomen of te verzachten, maken deel uit van een langere keten waarbij oorzaken van emissies, emissies van polluenten, transport van de polluenten, immissies, uitwendige blootstelling, opname en transport door het lichaam, interne dosissen, gezondheidseffecten en beleid aan de orde zijn. De logische samenhang van deze elementen wordt beschreven in modellen. Een eenvoudig voorbeeld hiervan is het door de WGO voorgestane DIPSEEA-model dat weergegeven is in figuur 1. *Essentieel is dat onderzoek over milieu en gezondheid steeds tegen de achtergrond van een dergelijke keten gekaderd wordt, zoniet verdwijnen de logische, causale verbanden uit het onderzoek.* Vermits veel van de effecten die men met milieublootstelling in verband brengt multipele oorzaken hebben, is het bij afwezigheid van deze ketenkadering waarschijnlijk dat men niet in staat zal zijn de oorzakelijke band met milieublootstelling aan te tonen.
- (b) *Biomonitoring* inzake gezondheid en milieu maakt een snelle ontwikkeling door. Daardoor is het mogelijk dat biomonitoringsonderzoek wordt opgezet voor verschillende doeleinden. De Raad stelt vast dat op dit ogenblik de reikwijdte van deze doelstellingen varieert
- van *beperkte onderzoeken over specifieke Vlaamse problemen* (verbrandingsovens, verkeersblootstelling, blootstelling aan pollutie via landbouw, binnenhuisverontreiniging) met zorgvuldige aandacht voor causale verbanden;
 - over *fundamentele onderwerpen die aansluiten bij de internationale wetenschappelijke belangstelling* en waaronder men bijvoorbeeld rekent: onderzoek van gevoelige groepen, blootstelling aan gecombineerde levensstijlen en complexe mengsels of weefselbanken voor milieutoxicologisch onderzoek;
 - tot *breed bevolkingsonderzoek* dat een basislijn van interne blootstelling en preklinische effecten poogt te definiëren in Vlaanderen.

In Figuur 2 worden de strategieën en de exemplarische inhoud van de drie elkaar aanvullende denklijnen die bij experts bestaan, geschematiseerd. De Raad is van oordeel dat elk van deze benaderingen waardevol is, maar meent tevens dat men *bij een prioritiseringsproces de voorkeur moet geven aan de eerste trap van beperkte onderzoeken*, om later met de toename van ervaring en middelen, progressief te evolueren naar de doelstellingen met een bredere reikwijdte.

Figuur 1: Ketenganalyse volgens het DIPSEEA-model



Figuur 2: Conceptueel raamwerk voor dit advies



B. Krachtlijnen van een rationeel onderzoeksbeleid inzake milieu en gezondheid

In de hierna volgende tekst wordt verwezen naar bijlagen. Deze zijn niet opgenomen in dit jaarverslag, maar ze kunnen worden opgevraagd bij het VGR-secretariaat.

1) Biomonitoring: gebieds- of contextgericht en effectgericht

Zoals geargumenteed in bijlage 1 *stelt de VGR dat biomonitoring op de mens, in het kader van onderzoek naar gezondheidseffecten van milieufactoren, gebieds- of contextgericht moet zijn en een effectgerichte benadering moet insluiten*. Dit houdt in dat groepen personen bestudeerd en vergeleken worden die zo mogelijk duidelijk verschillen wat hun blootstelling aan bepaalde agentia betreft, dit omdat ze in gebieden wonen met duidelijk verschillende emissie- of immissie-waarden of omdat ze door hun beroep of tijdsbesteding een duidelijk verschillende blootstelling ondergaan aan bepaalde milieufactoren.

1^e PRIORITEIT

2) Belangrijkste milieugebonden pathologieën

Inzake pathologie die door milieublootstellingen veroorzaakt of verergerd wordt, stelt de VGR voor om bij prioriteit aandacht te schenken aan het genotoxische en kankerrisico, aan de verstoring van het endocrien evenwicht en daarmee samenhangend de mannelijke

2^e PRIORITEIT

fertiliteit (zie bijlage 2), aan de verstoring van de longfunctie door toxische en allergische fenomenen (chronische obstructieve longaandoeningen en astma) en aan de verstoring van de neurologische ontwikkeling (prenataal en postnataal – zie bijlage 3). Voor meer informatie en referenties over de impact van milieufactoren op de gezondheid wordt verwezen naar het vijfde hoofdstuk 'Gevolgen voor de mens' van het MIRA S 2000 rapport (bijlage 4) en naar de betreffende wetenschappelijke MIRA S 2000 rapporten, waarvan sommige hierbij zijn gevoegd.

Dit advies van de VGR sluit zich aan bij onderstaande aanbevelingen en prioriteiten:

- De 'EC/ESF/WHO_EURO consensus conference' stelde ondermeer dat onderzoek naar de effecten van partikels en van het luchtpollutie-mengsel een prioriteit is.
- De 'EC/ESF/WHO_EURO consensus conference' doet de aanbeveling om onderzoek te verrichten naar de mate waarin chemische en fysische agentia bijdragen tot de verstoring van mentale en cognitieve functies.
- In de 'Fifth RTD Framework programme 1998-2002, Key action 4 Environment and Health' wordt het inschatten van de impact van hormonale en immunotoxicologische invloeden op belangrijke ziekten als een prioriteit vermeld, evenals de identificatie van de oorzakelijke en modulerende factoren inzake allergieën en de studie van de impact van omgevingsfactoren op de ontwikkeling van het zenuwstelsel en op de incidentie van neuro-degeneratieve aandoeningen.
- In het *Federaal Plan inzake duurzame ontwikkeling 2000-2004* (p. 49) pleit men voor het leveren van een belangrijke onderzoeksinspanning in overleg met de gewesten. Daarbij moet aandacht gaan naar synergieën tussen en cumulatieve gevolgen van vervuilende stoffen. De onderzoeksresultaten moeten gemakkelijk toegankelijk zijn voor het publiek, en moeten kunnen leiden tot een efficiënt beleid rond milieu en gezondheid.

3) Prioritaire gebieden of contexten

3^e PRIORITEIT

Met betrekking tot gebied of context en de daarmee samenhangende blootstellingen stelt de VGR voor om blootstelling aan verkeer, aan de emissies van zware industrie (metaal, non-ferro, petrochemie), blootstelling aan grootstedelijke lucht, blootstelling aan uitwasemingen van afvalstorten en blootstelling aan emissies van afvalverbrandingsovens, in die dalende volgorde als prioritair te beschouwen. Vervolgens kunnen, in functie van de mogelijkheden, gebieden met verschillende types van industriële of landbouwactiviteiten in het onderzoek worden betrokken. Deze prioriteiten werden aangeduid op basis van de teksten opgesteld door de werkgroep 'Milieu en Gezondheid' van de VMM in voorbereiding van een advies over gezondheidsschadende milieufactoren, advies dat binnen enkele maanden zal worden ingediend bij regering en Parlement. Verkeer wordt beschouwd als een topprioriteit omdat het een belangrijke bron van blootstelling is aan stofdeeltjes, PAKs, benzeen, alkenen, zware metalen, asbest, ozon en lawaai. Daarop volgt de zware industrie, die een belangrijke bron is van blootstelling aan zware metalen, PAKs, dioxines, benzeen en andere solventen en vluchtige organische stoffen.

4) Keuze van parameters en proefpersonen

4^e PRIORITEIT

Vervolgens stelt de VGR voor om, in alle gevallen waar dit zinvol is, de toekomstige biomonitoring bij prioriteit te richten op die combinaties van bevolkingsgroepen (geslacht en leeftijd) en parameters die belangwekkende resultaten hebben opgeleverd in de Milieu en Gezondheidsstudie uitgevoerd in 1999 in Hoboken, Wilrijk en Peer. Nochtans wordt voorgesteld om bij adolescenten, naast het schatten van de DNA-schade middels de komeetttest en het meten van 8-hydroxy-desoxyguanosine in de urine (tests die verschillen te zien gaven), ook nog chromosoomaberraties of inductie van micronuclei te

meten, dit omwille van de grotere biologische betekenis en predictieve waarde van deze cytogenetische tests. Mocht na verloop van tijd blijken dat deze tests toch onvoldoende gevoelig zijn om gezondheidsrisico's samenhangend met milieublootstellingen te detecteren, dan kan hun verder gebruik in deze context op dat ogenblik stopgezet worden.

Inzake de studie van het effect van milieufactoren op de ontwikkeling en het functioneren van het zenuwstelsel is het opzetten van een longitudinaal-prospectief neurologisch bio-effectmonitoring onderzoek, startend met een geboortecohorte lopende gedurende 12 tot 18 jaar, essentieel. Daarbij moeten niet alleen tests uit het 'Neurobehavioral Evaluation System (NES)' aangewend worden, maar moeten ook intelligentietests en gedragsevaluatie ingesloten worden. Een zeer sterk doorgevoerde controle op confounding, vooral op het vlak van sociale verschillen, is noodzakelijk om gebiedsverschillen inzake neuropsychisch functioneren te kunnen interpreteren.

Meer in het algemeen zou het erg wenselijk zijn dat subcohortes van de proefpersonen in de tijd (prospectief) opgevolgd worden in een epidemiologische follow-up studie, teneinde de predictieve validiteit van diverse effect-metingen op latere gezondheidsstoornissen (outcome) na te gaan. Uiteraard moeten dan alle gekende confounders in de studie mee opgenomen worden. De omvang en aard van deze subcohortes kan bepaald worden wanneer men de spreiding van de effecten kent en het verschil in outcome dat men wil aantonen. Een dergelijke studie zal tevens een beter te interpreteren beeld geven over tijdstrends dan herhaalde cross-sectionele metingen.

Het aanleggen van een bloedbank (met kleine volumes bloed van alle onderzochte personen) voor het later bepalen van genetische kenmerken, in het bijzonder in de context van het opsporen van bijzondere gevoeligheden en in de context van prospectieve onderzoeken, zou toelaten in de toekomst bijzonder interessante informatie in te winnen. Uiteraard moet het aanleggen van een dergelijk bloedbestand vergezeld zijn van alle nodige garanties op het ethisch vlak en op het vlak van de privacy.

5) Voeding als blootstellingsweg aan milieufactoren

Voeding is wellicht een belangrijke weg voor blootstelling aan vele gezondheidsschadende milieufactoren. De VGR stelt voor om het belang van deze blootstellingsweg te schatten via chemische en biologische (effectgerichte) metingen op voedsel, in functie van de plaats van productie van dit voedsel, niet in functie van de plaats van consumptie.

6) Ontwikkeling van nieuwe technieken voor biomonitoring

Teneinde in de toekomst meer relevante informatie inzake milieu en gezondheid te kunnen inwinnen dan met de huidige technieken mogelijk is, stelt de VGR voor om erover te waken dat, m.b.t. elk van een aantal hieronder vermelde nieuwe technieken (zie sectie 4) en benaderingswijzen inzake biologische effect-monitoring, in Vlaanderen telkens minstens één laboratorium onderzoek verricht naar de ontwikkeling en toepassing van de betreffende nieuwe techniek.

7) Subpopulaties met hogere gevoeligheid

De 'EC/ESF/WHO_EURO consensus conference' stelde ondermeer dat het inschatten van de specifieke susceptibiliteit van individuen en populaties aan de gezondheidsrisico is van omgevingsfactoren een prioriteit is, en dat de ontwikkeling van methoden voor de identificatie van genetische en niet-genetische vormen van hogere gevoeligheid aanbevolen wordt. De VGR stelt voor om op termijn, na het afwerken van een eerste fase van biomonitoringsstudies, een

onderzoek te starten om na te gaan in welke mate onze bevolking subpopulaties omvat die een verhoogde gevoeligheid hebben voor de gezondheidsversturende werking van belangrijke pol-luenten.

8) Perceptie van risico's verbonden aan milieufactoren

Tenslotte stelt de VGR voor om onderzoek te verrichten naar de wijze waarop perceptie van milieu-invloeden een impact kan hebben op de gezondheid en op het maatschappelijk gebeuren.

9) Snelle studie van incidenten of ziekteclusters

Om sneller dan nu het geval is, uitsluitsel te kunnen geven bij gezondheidsklachten of -stoornissen die (terecht of ten onrechte) in verband worden gebracht met milieu-veront-reiniging, kan een gezondheidsmonitoringsysteem, gebaseerd op kleine geografische regio's (bijv. wijken), opgezet worden. Een dergelijk systeem is reeds operationeel sinds het begin van de jaren negentig in het Verenigd Koninkrijk (Small Area Health Statistics Unit in London) en heeft reeds zijn nut bewezen (zie Elliot et al., 1996). Ook gerichte monitoring van de bij een milieu-incident blootgestelde bevolking is zinvol en mogelijk zoals de voor-beelden in Nederland, Duitsland, Italië (Seveso) en Tsjechië (Teplice) aantonen.

C. Specifiek advies inzake biomonitoringstudies in de nabije toekomst

1) Bedoeling

De bedoeling is om informatie in te winnen over gezondheidseffecten van milieuvervuiling, afkomstig van menselijke activiteiten of van de bedrijvigheid in bepaalde economische sectoren, gezondheidseffecten die dan door een gepast ingrijpen van de overheid zouden kunnen vermeden of gereduceerd worden. Deze informatie kan het meest efficiënt, het dui-delijkst en tegen de minste kosten ingewonnen worden door groepen personen te onder-zoeken die duidelijk verschillen in hun blootstelling aan de relevante milieufactoren. Dit laat toe de kans te maximaliseren om causale verbanden aan te tonen. Een beleid dat de gezond-heid wil beschermen is niet gebaat bij een onderzoek dat vooral beschrijvend is, en dat er hoofdzakelijk in bestaat voor een groot aantal biomonitoringparameters gemiddelde waarden te berekenen voor Vlaanderen. Deze gemiddelde waarden zullen in de meeste gevallen niet sterk verschillen van reeds gekende waarden voor de ons omringende landen. Bovendien zullen gemiddelde waarden slechts zeer zwakke tendensen te zien geven in functie van de tijd en zullen ze slechts uiterst zelden informatie opleveren die kan gebruikt worden voor het sturen van het beleid met het oog op de gezondmaking van het leefmilieu en de bescherming van de gezondheid.

2) Welke biomonitoring waar?

Hieronder wordt ingegaan op een aantal prioritaire vraagstellingen inzake gebieds- of con-textgerichte biomonitoring. De verschillende gebieden (overeenstemmend met contexten waarin de mens wordt blootgesteld) moeten niet noodzakelijk tezelfdertijd worden onder-zocht, omdat dit wellicht om budgettaire redenen niet haalbaar is. Wel dient steeds hetzelf-de referentiegebied in elke deelstudie te worden opgenomen, wat tezelfdertijd zal toelaten tijdtrends te bestuderen. Inzake neurotoxicologie (zie bijlage 3) wordt voorgesteld een lon-gitudinaal-prospectief onderzoek te starten, waarbij een grootstedelijk gebied (Antwerpen) en een gebied met zware industrie (Gentse kanaalzone) zouden bestudeerd worden samen

met een landelijke streek (Jabbeke). Tenslotte wordt benadrukt dat een follow-up studie van een subcohort zinnig kan zijn voor alle effect-metingen, zoals reeds besproken onder punt 2.d.

a. Verkeer

Een eerste prioriteit betreft het onderzoeken van de impact op de gezondheid van de vervuiling die samenhangt met het bijzonder intense verkeer in Vlaanderen. Het is wenselijk, indien dit voor het beleid aanvaardbaar is, dit probleem onder meer te bestuderen op personen die zonder twijfel een belangrijke blootstelling aan verkeer hebben, namelijk chauffeurs van taxi's, bussen en (in Vlaanderen) rijdende vrachtwagens. Daarnaast, wat kinderen, jongeren en misschien ook vrouwen betreft, zou het onderzoek inzake verkeer betrekking moeten hebben op personen die langs drukke verkeerswegen wonen.

b. Zware industrie

Een andere prioriteit betreft het onderzoeken van de gezondheidseffecten geassocieerd aan het wonen in een streek met veel zware industrie. Hierbij wordt gedacht aan de Gentse Kanaalzone of de as Antwerpen-Tessenderlo.

c. Grootstedelijk gebied

Een druk verkeer, samen met de uitstoot van duizenden verwarmingsinstallaties en de aanwezigheid van tal van verschillende nijverheden zijn ongetwijfeld verantwoordelijk voor een intense blootstelling met tal van interacties en met min of meer specifieke eigenschappen. Dit type blootstelling betreft bovendien een groot deel van de Vlaamse bevolking. De VGR stelt voor dit onderzoek te lokaliseren in Antwerpen.

d. Afvalstorten

Voor dit luik van het biomonitoringonderzoek dienen personen die wonen in de buurt van afvalstorten samengevoegd in één cohorte.

e. Afvalverbranding

Voor dit luik van het biomonitoring-onderzoek dienen personen die wonen in de buurt van één der afvalverbrandingsovens samengevoegd in één cohorte.

3) Welke biomonitoring op welke personen?

Een belangrijke punt hier is de vraag of de biomonitoring studies al dan niet moeten beperkt worden tot niet-rokers. De meningen hierover zijn verdeeld. Enerzijds kan gesteld worden dat een beperking tot niet-rokers het voordeel kan bieden dat deze studies beter geschikt zijn om beperkte milieu-invloeden aan te tonen. Studies beperkt tot niet-rokers zouden mogelijkerwijze een grotere gevoeligheid hebben wat het aantonen van de intrinsieke gezondheidsschadende effecten van milieufactoren betreft, dit in afwezigheid van blootstelling aan actief roken met de mogelijke synergistische interacties. Daarentegen is het echter ook mogelijk dat het gezondheidsschadend effect van milieufactoren misschien vooral bij rokers tot uiting komt, dit tengevolge van synergistische effecten tussen tabaksrook en milieupolluenten. Het is dan ook denkbaar dat een studie beperkt tot niet-rokers voorbijgaat aan een belangrijk deel van het globale effect van milieupollutie op de gezondheid van de bevolking in haar geheel, rokers inbegrepen. Op dit vlak dient een maatschappelijke keuze gemaakt.

Voorgesteld wordt om bij mannen sperma en hormonen te onderzoeken naast inwendige dosis aan zware metalen, hydroxypyreen en een nitroderivaat van hydroxypyreen; bij vrouwen inwendige dosis aan zware metalen, merker PCB's, hexachlorobenzene, DDE,

DDT, lindaan, pentachlorofenol en dioxine activiteit in bloed, en hydroxypyreen en een nitroderivaat ervan in de urine als blootstellingsmerkers; wat betreft effectmerkers HPRT mutaties, de belangrijkste kankermerkers, een aantal immunologische parameters en parameters voor nierfunctie (Cystatine C in serum en Beta-2 microglobuline in de urine). Bij adolescenten dienen, wat blootstelling betreft, de inwendige dosis van zware metalen en merker PCB's in het bloed, cadmium, hydroxypyreen en een nitroderivaat van hydroxypyreen alsmede tt-muconzuur en o-cresol in de urine gemeten, alsmede een aantal vluchtige organische stoffen middels een door de persoon gedurende 3 dagen gedragen toestelletje. Wat effectmerkers betreft dienen bij adolescenten de komeettest op bloed en 8-hydroxy deoxyguanosine in de urine gemeten, alsmede een aantal immunologische tests en nierfunctietests (Cystatine C in serum en Beta-2 microglobuline in de urine). Daarnaast dienen bij adolescenten neurologische (psychometrische testbatterijen, gedragsmetingen) en longfunctietests afgenomen en ook een klinisch onderzoek verricht (genitale ontwikkeling).

Het aanleggen van een bloedbank (met kleine volumes bloed van alle onderzochte personen) voor het later bepalen van genetische kenmerken, in het bijzonder in de context van het opsporen van bijzondere gevoeligheden en in de context van prospectieve onderzoeken, zou toelaten in de toekomst bijzonder interessante informatie in te winnen. Uiteraard moet het aanleggen van een dergelijk bloedbestand vergezeld zijn van alle nodige garanties op het ethisch vlak en op het vlak van de privacy.

D. Specifiek advies inzake ontwikkeling van nieuwe methoden voor effect biomonitoring

De 'EC/ESF/WHO_EURO consensus conference' (georganiseerd door 'The European Commission (EC), the European Science Foundation (ESF) and the WHO Regional office for Europe (WHO-EURO), document EUR/ICP/EHCO 02 02 05/7 03789 -29 March 1999) stelde dat een verbetering van de risico-analyse inzake gezondheidsbedreigende effecten van milieufactoren een prioriteit is. De consensus conferentie beveelt de ontwikkeling aan van betere methoden voor het inschatten van blootstelling en effect.

In de 'Fifth RTD Framework programme 1998-2002, Key action 4 Environment and Health' wordt de ontwikkeling van nieuwe methoden voor de studie van gezondheidseffecten van complexe mengsels van pollutanten, waaronder toxische stoffen zoals solventen en zware metalen, en van gecombineerde en lage dosis-effecten van agentia als prioritair gesteld. Ook wordt de ontwikkeling van biomerkers voor de opsporing van vroege (met inbegrip van reversiebele) gezondheidseffecten als een prioriteit voorgesteld.

In dit verband stelt de VGR voor bij prioriteit aandacht te besteden aan de ontwikkeling van nieuwe methoden voor effectbiomonitoring, omdat de onzekerheden m.b.t. effecten veel groter zijn dan de onzekerheden inzake blootstelling, en omdat de methoden voor het meten van blootstelling en inwendige dosis nu reeds veel adequater zijn dan deze voor het meten van biologische en gezondheidseffecten. De VGR stelt voor bij prioriteit aandacht te besteden aan onderstaande topics en ernaar te streven in de toekomst voor elke topic minstens één bevoegd laboratorium te hebben in Vlaanderen, indien mogelijk verenigd in het steunpunt gezondheid. Zulks is in de eerste plaats een zaak van coördinatie van de inspanningen van de betreffende Vlaamse laboratoria. Indien dit niet haalbaar is, moet ernaar gestreefd worden over deze technieken te kunnen beschikken in een Europese context, ook voor aanwending in Vlaanderen.

- het ontwikkelen van betere technieken om endocrien versturende activiteit in complexe mengsels te meten (zie bijlage 2)

- de studie van de effecten van belangrijke omgevingspolluenten op de expressie van genen die een voorname rol spelen in kanker en andere milieugebonden aandoeningen. Dit kan gebeuren middels 'gene expression microarray'-technieken (Cunningham et al., 2000; Pennie, 2000). In aansluiting daarmee, het ontwikkelen van een 'gene expression microarray'-techniek voor biomonitoring, bij de mens, van de expressie van genen die een voorname rol spelen in kanker en andere milieugebonden aandoeningen
- Studie van de mogelijke aanwending van detectie van somatische mutaties in kankergen, in DNA aanwezig in bloedplasma, voor de vroegtijdige detectie van kanker en bij de biomonitoring van het kankerrisico (Mulcahy et al., 1998; Kopreski et al., 2000).
- Studie van het gebruik van 'Methylation-specific PCR' (MSP) voor de detectie van effecten van belangrijke environmentele polluenten op de hypermethylering van de promotor van genen die een voorname rol spelen in kanker en andere milieugebonden aandoeningen. In aansluiting daarmee, het ontwikkelen van een MSP techniek voor biomonitoring, bij de mens, van de hypermethylering van de promotor van genen die een voorname rol spelen in kanker en andere milieugebonden aandoeningen (Esteller et al., 1999a en 1999b).

E. Toegepast, beleidsgericht onderzoek omtrent 'Milieu en Gezondheid'

Het aspect 'milieu en gezondheid' moet op structurele manier deel uitmaken van zowel curatieve als preventieve instrumenten voor het milieubeleid. Op dit ogenblik zijn er **drie domeinen die dringend om onderzoekssteun vragen**.

- (a) **Normen:** VLAREM is het belangrijkste instrument voor milieunormen in Vlaanderen. De methodologie die bij de samenstelling van **VLAREM** werd gehanteerd resulteert in het feit dat veruit de meeste van deze normen gezondheidsonafhankelijk zijn. **Afstemming van deze normen op gezondheid is dan ook bijzonder dringend.** Daarbij moet niet alleen oog zijn voor kwantitatieve aspecten (zoals de hoogte van de norm(en) set), maar moet voor bijvoorbeeld carcinogene en xenoestrogene stoffen ook gekeken worden naar alternatieven en substituenten.
- (b) S-MER.: **Milieu-effectenrapportage** is het belangrijkste instrument van het milieubeleid om milieuschade te voorkomen. In project-MER-praktijk is de schatting en beoordeling van gezondheidseffecten vaak ondermaats. Voor strategische MER stelt men zich nu vragen over doelstellingen, reikwijdte en methoden in deze context. Bovendien zijn er veel onduidelijkheden over de relatie tussen gezondheid en de andere S-MER disciplines. Het is belangrijk dat hieromtrent onderzoek wordt uitgevoerd om niet in een vacuüm terecht te komen bij het invoeren van de S-MER reglementering.
- (c) Het **ontwikkelen van 'geïntegreerde gezondheid en milieu-indicatoren'**. Deze indicatoren moeten passen binnen de volgende raamwerken:
 - algemene modellen relevant voor een beleid omtrent gezondheid en milieu (bijvoorbeeld DIPSEE);
 - de milieu en gezondheidscontext van het Federale Plan inzake Duurzame Ontwikkeling 2000-2004 en in het bijzonder het daarin aangekondigde milieu-gezondheidsplan;
 - het Vlaamse milieu- (o.m. MIRA) en gezondheidsbeleid (o.m. beleidsdoelen milieu en gezondheid).

Op middellange termijn moet er onderzoek komen naar het inwerken van het gezondheidsaspect voor de mensen in de omgeving van bedrijven en organisaties die vallen onder de milieuzorgplicht. Dit betekent het ontwikkelen van methoden om milieuzorgsystemen, milieu-audits en milieuboekhoudingstechnieken in deze richting aan te passen.

5^e PRIORITEIT

Literatuurlijst

- CUNNINGHAM, M.J., S. LIANG, S. FUHRMAN, et al. (2000) Gene expression microarray data analysis for toxicology profiling. *Ann N Y Acad Sci*, 919: 52-67.
- ELLIOTT, P., J. CUZICK, D. ENGLISH, et al. (1996) *Geographical and environmental epidemiology: methods for small area studies*. Oxford: Oxford University Press.
- ESTELLER, M., M. SANCHEZ-CEPEDES, R. ROSELL, et al. (1999a) Detection of aberrant promoter hypermethylation of tumor suppressor genes in serum DNA from non-small cell lung cancer patients. *Cancer Res*, 59 (1): 67-70
- ESTELLER, M., S.R. HAMILTON, P.C. BURGER, et al. (1999b) Inactivation of the DNA repair gene O6-methylguanine-DNA methyltransferase by promoter hypermethylation is a common event in primary human neoplasia. *Cancer Res*, 59 (4): 793-7
- KOPRESKI, M.S., F.A. BENKO, D.J. BORYS, et al. (2000) Somatic mutation screening: identification of individuals harboring K-ras mutations with the use of plasma DNA. *J Natl Cancer Inst*, 92 (11): 918-23
- MULCAHY, H.E., J. LYAUTY, C. LEDERREY, et al. (1998) A prospective study of K-ras mutations in the plasma of pancreatic cancer patients. *Clin Cancer Res*, 4 (2): 271-5
- PENNIE, W.D. (2000) Use of cDNA microarrays to probe and understand the toxicological consequences of altered gene expression. *Toxicol Lett*, 112-113: 473-7

3.4. BELEIDSAANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT PERSOONSGERICHTE PREVENTIE

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er *op eigen initiatief* van de Vlaamse Gezondheidsraad. De werkgroep 'gezondheid en psycho-sociaal milieu' had als opdracht de verschillende fasen van het onderzoek 'de impact van psychosociale factoren op de volksgezondheid'²³ te bespreken, en zich na afronding van het onderzoek over de resultaten te buigen en beleidsaanbevelingen te formuleren.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 19 juni 2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

De werkgroep 'gezondheid en psycho-sociaal milieu' telt **12 leden**: *VGR leden*: mevr. M. Geirnaert (voorzitter), dhr. prof. dr. J.P. Baeyens, mevr. prof. dr. J. Denekens, dhr. dr. S. Van Den Broecke; *externe experts*: dhr. prof. dr. P. Cosyns, mevr. prof. dr. M. Danckaerts, dhr. D. Larmuseau, dhr. prof. dr. F. Louckx, mevr. dr. C. Timmerman, dhr. prof. dr. C. Van Heeringen, dhr. prof. dr. K. Van Poeck.

Mevr. K. Colaert volgde het proces van adviesformulering als inhoudelijke medewerker van de VGR op.

²³ Het onderzoek 'De impact van psycho-sociale factoren op de volksgezondheid', werd uitgevoerd door de onderzoeksequipe van prof. F. Louckx (VUB), en is verkrijgbaar bij het VGR-secretariaat.

De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, samen op 18-10-2000 en 03-05-2001.

Op *bio-chemische determinanten inzake psychisch welzijn* wordt niet ingegaan. De reden hiervan ligt bij de historiek van de werkgroep. De werkgroep ‘gezondheid en milieu’ is twee jaar geleden opgedeeld in twee nieuwe werkgroepen: ‘fysisch-chemisch milieu’ en ‘psycho-sociaal milieu’. Bio-chemische determinanten inzake psychisch welzijn vallen, in het licht van deze splitsing, buiten het bestek van dit advies²⁴.

III. ADVIES

A. Centraliseren en uniformiseren van gegevens

In het onderzoeksrapport wordt als 2^{de} conclusie geformuleerd:

“Er bestaat een acuut tekort aan gegevens over de omvang van psychische problemen en hun oorzaken”

De psychische gezondheid is een zeer ruim domein. Er zijn heel wat gegevens beschikbaar, maar ze zijn meestal eenmalig onderzocht, ze zijn onderling niet-vergelijkbaar en ze geven geen verbanden aan tussen de verschillende aspecten die psychische gezondheidsproblemen beïnvloeden. De beschikbare gegevens zijn op dit ogenblik niet bruikbaar als beleidsinstrument.

1) Vaststellingen

Er zijn heel wat epidemiologische gegevens beschikbaar (o.a. Medar), maar ze situeren zich voornamelijk aan het einde van de ‘zorgketen’. Ze worden daarenboven onvoldoende gebruikt.

⇒ *er is nood aan een permanente gegevensbasis*

De beschikbare gegevens uit registratie en onderzoek zijn onderling niet vergelijkbaar; daardoor is het onmogelijk om een evolutie of trend waar te nemen, of om oorzaken van psychische problemen vast te stellen.

⇒ *er is nood aan een standaardisatie van de gegevens*

Het onderzoek naar determinanten van psychische gezondheid is in Vlaanderen quasi afwezig; men moet zich baseren op internationaal onderzoek, zonder enige garantie dat dit in Vlaanderen toegepast kan worden.

⇒ *er is nood aan gegevens inzake determinanten van psychische problemen*

2) Voorstellen

Op basis van deze vaststellingen stelt de VGR de oprichting van *een draaischijf voor waar de aanwezige gegevens inzake geestelijke gezondheid worden samengebracht*²⁵. De medewerkers van deze draaischijf moeten over voldoende expertise beschikken en moeten zorgen voor de afstemming van de gegevens, de *optimalisering van de gegevensverzameling*²⁶ en

²⁴ In de werkgroep fysisch-chemisch milieu wordt vooral aandacht besteed aan reële gegevens, en niet zozeer aan gerelateerde determinanten. Biologische determinanten van psychisch welzijn komen hier dus ook niet aan bod. Het is m.a.w. een problematiek op zich die buiten de activiteiten van beide werkgroepen valt.

²⁵ De VGR wil zeker niet pleiten voor een nieuwe gegevens-registratie of informatie-bevragingsronde. De VGR pleit wel voor een verzamelpunt voor bestaande gegevens met het oog op een grotere bruikbaarheid en meer eenduidigheid en betrouwbaarheid.

²⁶ De kwaliteit van de gegevens is heel belangrijk. Daartoe is het o.a. nodig om op korte termijn te komen tot een discipline-overschrijdend classificatiesysteem.

de koppeling van gegevens. Deze gecentraliseerde databank vormt een permanente basis voor verder onderzoek naar verbanden tussen verschillende aspecten en factoren van psychische gezondheid, en naar het voorkomen van trends in de psychische gezondheidsproblemen²⁷. Het blijft evenwel een noodzaak om op genuanceerde wijze conclusies te trekken uit epidemiologische gegevens.

Er mogen *uitsluitend volstrekt anonieme gegevens verwerkt worden* zonder mogelijkheid van terugkoppeling naar de individuele gegevens van cliënten of personen. Op basis van een evaluatie van de bestaande *data dienen tevens lacunes in de gegevensverzameling te worden vastgesteld*, die via onderzoeksopdrachten kunnen worden aangevuld. Ook kunnen op basis van de vastgestelde lacunes specifieke modules inzake psychische gezondheid worden toegevoegd aan bestaande onderzoeken²⁸.

B. Toevoeging van een 6^{de} gezondheidsdoelstelling

In het onderzoeksrapport wordt ook de volgende conclusie geformuleerd²⁹:

“Psychische problemen komen veel voor; we kunnen veronderstellen dat ze in de toekomst nog aan belang zullen toenemen”

Ondanks het gebrek aan duidelijk interpreteerbare data over de omvang van de psychische gezondheidsproblemen, wordt aangenomen dat 20 tot 30% van de bevolking lijdt aan psychische aandoeningen.

En verder:

“De geestelijke gezondheid wordt stiefmoederlijk behandeld binnen het gezondheidsbeleid. Het beleid is bovendien vooral curatief georiënteerd. Er moet meer ruimte komen voor preventie”

1) Vaststelling

Deze conclusies vormen voor de VGR de basis om in het kader van de gezondheidsdoelstellingen in Vlaanderen, de overheid te adviseren *een 6^{de} doelstelling* toe te voegen *die de psychische gezondheid van de bevolking beoogt*.

Om tot de *operationalisering* van deze nieuwe gezondheidsdoelstelling te komen, moeten voorafgaandelijk een aantal *voorwaarden* worden ingevuld³⁰.

- 1) Er moet rekening gehouden worden met de *evaluatie van de huidige gezondheidsdoelstellingen* (cf. studieopdracht VGR m.b.t. o.a. de evaluatie van de gezondheidsdoelstellingen³¹). Het is op dit ogenblik niet duidelijk hoe de LOGO's de gezondheidsdoelstellingen in samenwerking met hun partners realiseren, welke problemen ze ervaren met de vooropgestelde indicatoren, enz. Dit onderzoek moet bruikbare informatie opleveren om gerichte en haalbare indicatoren te formuleren voor een 6^{de} doelstelling inzake psychische gezondheid ('haalbaar' inzake techniciteit, formulering en strategie). De preventieve kamer zal op basis van de resultaten van deze studie initiatieven nemen om

²⁷ Voorbeeld: afstemming van gegevens uit verschillende werksoorten in de verslaafdenzorg in de Vlaamse Registratie Middelengebruik, beheerd door de VAD.

²⁸ Voorbeeld: bevolkingsenquête: toevoegen van een module over psychische gezondheid van kinderen en jongeren.

²⁹ Intussen zijn een aantal stellingen uit het onderzoek enigszins achterhaald omwille van ontwikkelingen op Vlaams en federaal niveau.

³⁰ Bovendien is het aangewezen om t.a.v. het bestaande beleid rond primaire preventie periodiek een impact-evaluatie uit te voeren.

³¹ 'Voorbereidend onderzoek met het oog op de bijsturing en aanvulling van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen', uitgevoerd door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie.

zelf doelstellingen te formuleren. Het is niet aangewezen dat de VGR hierop in dit advies vooruit loopt. De Raad engageert zich om een aantal algemene voorwaarden te formuleren m.b.t. een zesde doelstelling (d.i. ideeën voor de procedure; niet voor de inhoud).

De **keuze van een doelstelling** moet **gebaseerd** worden **op een aantal criteria**:

- epidemiologische gegevens
 - beschikbare interventiemethodes
 - beschikbare kanalen of actoren waarvan de invloed bewezen is om interventies uit te voeren
 - te verwachten winst
 - haalbaarheid
 - interventies die al gebeurd zijn (bijv. er werd reeds geïnvesteerd in sociale vaardigheden binnen scholen in het kader van alcohol- en drugspreventie. Het is eenvoudiger om deze vaardigheden uit te breiden naar bijv. het thema ‘pesten’, dan van nul af te beginnen).
- 2) Om tot een goede omschrijving van operationele doelstellingen en indicatoren voor een 6^{de} gezondheidsdoelstelling inzake psychische gezondheid te komen, stelt de VGR voor om **in een eerste fase te werken met een aantal pilootprojecten**. Zij moeten wetenschappelijk worden opgevolgd (door deskundigen uit de sector van de geestelijke gezondheid) en gericht zijn op de formulering van concrete indicatoren die moeten leiden tot een veralgemeende 6^{de} gezondheidsdoelstelling.

2) Voorstellen

Preventie van psychische gezondheidsproblemen is bij de drie doelgroepen – jeugd, volwassenen en ouderen – zinvol. Op basis van de kennis en deskundigheid van de werkgroepleden, en in afwachting van verdere gegevens (bijv. resultaten van VGR-onderzoek), worden evenwel een aantal **beleidskeuzes** voorgesteld. Deze keuzes willen de trend en denkpistes in het huidige beleid versterken (cf. ontwikkelingen op federaal en Vlaams niveau).

a. Primaire preventie

De derde conclusie van het onderzoeksrapport luidt:

***“Het beleid is vooral curatief georiënteerd;
er moet meer ruimte komen voor preventie”***

Er wordt uitgegaan van preventie als een continuüm, waarbij verschillende interventies in elkaar overlopen en op maat van de doelgroep of het individu moeten bekeken worden. **De primaire preventie vormt het uitgangspunt**³². Dit betekent dat interventies veel ruimer moeten worden opgevat dan louter via de geestelijke gezondheidszorg, en dat ze ook via pedagogische en institutionele settings moeten worden ingebouwd (Kind & Gezin, onderwijs, buurtopbouwwerk, enz.). Samenwerking tussen deze sectoren en de geestelijke gezondheidszorg staat centraal – om de continuümgedachte te realiseren (van preventie naar interventie) en om de deskundigheid van de niet-gezondheidssectoren te ondersteunen.

³² Primaire preventie moet op de eerste plaats gesitueerd worden binnen de nulde en de eerste lijn. Op dit moment is daartoe niet genoeg deskundigheid aanwezig binnen de eerste lijn. Daarom moet voorlopig beroep worden gedaan op de 2^e en 3^e lijn, die de eerste lijn moeten ondersteunen (promoten van de eerste lijn op zich heeft maar effect op lange termijn).

b. Prioriteit: kinderen en jongeren

Er kunnen 3 belangrijke doelgroepen onderscheiden worden: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Omwille van de ruimere mogelijkheden voor primaire preventie en gezondheidspromotie en een grotere kans op effectiviteit (werken met kinderen is investeren op lange termijn; werken met volwassenen en ouderen leunt nauwer aan bij curatie), gaat de voorkeur uit naar kinderen en jongeren als doelgroep.

c. Risicofactoren als invalshoek

Doelstellingen die gericht zijn op (het verminderen van) een psychische stoornis, zijn, door de complexiteit van de problematiek, slechts op zeer lange termijn realiseerbaar. Het is nodig om duidelijke en 'evidence based' intermediaire doelstellingen te formuleren. Het formuleren van concrete doelstellingen lijkt meer haalbaar wanneer één of meerdere **risicofactoren van psychische stoornissen als uitgangspunt** genomen worden (die tevens ook als beschermende factor in een strategie van gezondheidspromotie kan worden geformuleerd). De formulering van een risicofactor heeft tevens als groot voordeel dat tegelijkertijd gewerkt wordt aan verschillende stoornissen inzake psychische gezondheid. Op die manier is het mogelijk om, ondanks de beperkte gegevens waarover we beschikken, een keuze te maken zonder de moeilijke afweging te moeten maken tussen het voorkomen en de ernst van een of andere psychische stoornis.

d. Strategieën

Een **aantal mogelijke strategieën (niet limitatief) om doelstellingen voor de doelgroep jeugd te realiseren** zijn:

- onderwijs (school, CLB)
- versterken van de capaciteit van de eerste lijn wat 1) 'het herkennen van psycho-sociale factoren' en 2) 'manieren om erop in te spelen' betreft
- Kind en Gezin: voor-schoolse leeftijd (de eerste levensjaren van het kind zijn heel belangrijk).

Afstemming tussen interventies is een belangrijke voorwaarde voor het bereiken van een doelstelling.

e. Pilootprojecten

De **invalshoek** voor de pilootprojecten wordt op basis van voorgaande als volgt omschreven:

- doelgroep 'kinderen en jongeren';
- gericht op gedragsstoornissen/hechtingsstoornissen;
- via het werken aan omgevingsfactoren: in eerste instantie gericht op het gezin.

Werkwijze:

- inventariseren van bijkomende gezondheidsdoelstelling die de LOGO's in hun werking opnemen (cf. mogelijkheid om lokale accenten toe te voegen);
- inventariseren van projecten in Vlaanderen met doelgroep kinderen en jongeren en met een specifieke werking naar het gezin;
- oproep via LOGO's om een pilootproject uit te werken;
- opzetten van een wetenschappelijke begeleiding bij de pilootprojecten.

f. Opleiding

Het advies 'Integratie gezondheid en milieu in diverse soorten opleidingen' vormt een goede algemene basis voor preventie, gericht op chemisch-fysische en psycho-sociale milieufactoren en gezondheid. In zijn concrete invulling is het advies vnl. gericht op het fysisch-chemisch milieu en beperkt het zich tot de universitaire opleidingen.

In het kader van een algemene aandacht voor psychische gezondheid is het noodzakelijk dat geestelijke gezondheid als een geïntegreerde opleidingslijn in het universitaire en niet-universitaire opleidingsaanbod wordt opgenomen (onder meer m.b.t. kennis van gevoeligheden rond aanpak in preventie). Deze richt zich niet enkel tot gezondheidswerkers, maar omvat zowat alle opleidingen in de sfeer van de menswetenschappen.

3.5. ONTWERPBESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING TOT WIJZIGING VAN HET BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING VAN 23 OKTOBER 1991 HOUDENDE UITVOERING VAN HET DECREET VAN 27 MAART 1991 INZAKE MEDISCH VERANTWOORDE SPORTBEOEFENING

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Op vraag van de heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport (adviesvraag op 12 april 2001), brengt de Vlaamse Gezondheidsraad advies uit over het Ontwerp Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 23 oktober 1991 houdende uitvoering van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening.

II. METHODIEK

De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten (MVS) telt *drie VGR-leden*: dhr. prof. dr. J. Bouckaert (voorzitter), dhr. Luc Bosschaerts en mevr. R. Van Overvelt en *vier experts*: dhr. prof. dr. K. De Meirleir, dhr. prof. dr. R. Lysens, mevr. C. Sneyers en dhr. dr. R. Roelandt. De administratie Gezondheidszorg, team Medisch Verantwoorde Sportbeoefening werd uitgenodigd op de vergaderingen van de werkgroep MVS. Het proces van adviesformulering werd opgevolgd door dhr R. Overloop.

De vergaderingen van de werkgroep MVS vonden plaats op 19 en 23 april. Op deze vergaderingen werd door prof. J. Bouckaert, mevr. C. Sneyers, prof. R. Lysens, dhr. M. Dobbeleir (administratie), dhr. P. Ghelen (administratie) en dhr. J. Verstuyft (administratie) een voorstel tot advies uitgewerkt. Bij het opstellen van dit voorstel werd rekening gehouden met reeds vroeger geformuleerde adviezen van de commissie 'Sportmedische Keuring' van de Raad voor Medisch Verantwoorde Sportbeoefening.

Het voorstel van advies werd rondgestuurd naar alle leden van de werkgroep met de vraag om eventuele opmerkingen en/of commentaar te geven. Rekening houdende met de opmerkingen en commentaren van de leden werd een definitief voorstel tot advies uitgewerkt.

III. SITUERING VAN HET PROBLEEM

Na 10 jaar ervaring op de toepassing van het besluit van de Vlaamse regering van 23 oktober 1991 houdende uitvoering van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening worden enkele veranderingen voorgesteld die verband houden met voorwaarden tot erkenning en subsidiëring van keuringscentra, met erkenningsprocedures voor keuringsarts, toezichthoudende arts, controlearts en controlelaboratorium, met

erkenning van dopingcontroleprocedures en met het samenstellen van dopinglijsten. Deze veranderingen hebben tot doel het besluit te actualiseren.

Deze wijzigingen zijn voorgesteld na heel wat gesprekken met de bevoegde administratie en na gesprekken met de verantwoordelijken van keuringscentra.

IV. BEVINDINGEN EN ADVIEZEN

A. Algemeen

De voorgestelde wijzigingen worden in het algemeen positief beoordeeld. In verband met de mogelijkheid tot erkenning van niet-universitaire keuringscentra is de VGR van mening dat dit *alleen* kan gebeuren binnen een samenwerkingsakkoord met een universitair centrum, omdat dit de garantie biedt voor voldoende wetenschappelijke expertise binnen de sportmedische begeleiding. Een samenwerking tussen de verschillende centra enerzijds en het Instituut Topsport Vlaanderen anderzijds wordt door de werkgroep gunstig beoordeeld. Enkele kleine wijzingen in het voorstel tot besluit in verband met de keuringscentra worden door de werkgroep geformuleerd.

Er zijn heel wat vragen omtrent het voorstel om de erkenning van internationale dopingprocedures afhankelijk te maken van het al dan niet erkend zijn van de sportfederatie binnen de Vlaamse Gemeenschap. De VGR vraagt zich af of dergelijk voorstel de organisatie van internationale competities van sportdisciplines van niet erkende sportfederaties in de praktijk nog mogelijk maakt op Vlaamse bodem.

De VGR is van mening dat bij een dopingcontrole de problematiek van een mogelijke persoonlijke binding van de controlearts met de betrokken sporter onvoldoende aandacht krijgt. Een voorstel daaromtrent wordt door de werkgroep geformuleerd.

In verband met de lijst van verboden producten is een verwijzing naar de internationale regelgeving een stap vooruit naar meer duidelijkheid voor de sporter. Een nominatieve lijst blijft echter een noodzaak, omdat in de IOC-lijst en ander lijsten van internationale federaties de opsomming van verboden producten binnen bepaalde categorieën vaak beperkt is en vervolledigd wordt met de term “en aanverwante producten”, wat vanuit juridisch oogpunt voor onduidelijkheid kan zorgen. Daarbij wordt in de IOC-lijst verwezen naar de internationale lijsten zodat binnen de Vlaamse regelgeving een verwijzing naar de IOC-lijst onvolledig zou zijn.

Tenslotte formuleert de VGR een eigen voorstel in verband met art. 77 §3. In de huidige tekst staat vermeld dat de sportbeoefenaar mag vragen dat de monsterneming plaatsvindt in aanwezigheid van een arts van zijn keuze en een minderjarige kan door een van zijn wettelijke vertegenwoordigers worden vergezeld. De VGR stelt voor dat de aanwezigheid van een persoon op vraag van de sportbeoefenaar niet mag beperkt worden tot een arts en moet uitgebreid worden tot een persoon naar keuze van de sportbeoefenaar, conform de internationale procedures.

B. Adviezen in verband met specifieke punten

❑ **Art. 5.** Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

1° onder de leiding te staan van een keuringsarts

2° overeenkomsten voor te leggen met:

a) een arts, erkend specialist in de cardiologie, deskundig in de *sportcardiologie*;

De VGR stelt voor de term sportcardiologie te vervangen door *sportgeneeskunde*, conform de rest van de tekst.

❑ **Art. 5.** Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

3° samen te werken met een erkend *klinisch bioloog* en met andere medische deskundigen met het oog op specifieke onderzoeken, die nodig zijn voor het vervullen van de opdracht vermeld in artikel 20 van het decreet;

Hier wordt onnodig nadruk gelegd op klinisch bioloog; voorgesteld wordt deze bepaling als volgt te formuleren:

3° samen te werken met *andere medische deskundigen* met het oog op specifieke onderzoeken (...)

❑ **Art. 5.** Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

4° te beschikken over de nodige ruimte en apparatuur voor sportmedische begeleiding van topsportbeloften en topsporters, welke ruimten en apparatuur minstens moeten voldoen aan volgende infrastructuurnormen:

a) de volgende ruimten:

- minimaal 2 onderzoeks- en gesprekskamers
- een ruimte voor het inspannings- en het fysiologisch onderzoek
- ruimte voor het administratief en technisch personeel
- de nodige sanitaire voorzieningen;

De VGR stelt voor 4° a) –een ruimte voor het inspannings- en het fysiologisch onderzoek te vervangen door *ruimte voor functioneel onderzoek*. De term functioneel is veel omvattender en adequater in de context van een multifunctioneel sportmedisch keuringscentrum

❑ **Art. 5.** Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

4° te beschikken over de nodige ruimte en apparatuur voor sportmedische begeleiding van topsportbeloften en topsporters, welke ruimten en apparatuur minstens moeten voldoen aan volgende infrastructuurnormen:

b) de volgende uitrusting:

- looptapijt en de nodige apparatuur om biomechanisch onderzoek uit te voeren;
- fietsergometer
- de nodige apparatuur die toelaat tijdens een inspanning een elektrocardiogram af te nemen
- spiro-ergometrie apparatuur met mogelijkheid tot bloed- of plasma-lactaatmeting;
- apparatuur voor biometrisch onderzoek en het bepalen van de lichaams-samenstelling;
- apparatuur voor longfunctietests;
- krachtmeetapparatuur;
- reanimatieapparatuur (onder andere defibrillator).

De VGR stelt voor volgende formulering te hanteren:

b) de volgende uitrusting:

- *spiro-ergometrie-installatie met loopband en fietsergometer, alsook de nodige apparatuur om een inspanningselektrocardiogram af te nemen en lactaatmetingen in bloed of plasma uit te voeren*
- *apparatuur voor longfunctietests*

- apparatuur voor antropometrisch onderzoek en bepaling van de lichaams-samenstelling
- krachtmeetapparatuur en apparatuur voor biomechanisch onderzoek
- reanimatieapparatuur (onder andere defibrillator)

- De VGR stelt voor nog een vierde punt toe te voegen aan Art. 35 §1; dit staat in het Ontwerp Besluit vermeld onder 6°:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

4° te beschikken over de nodige ruimte en apparatuur voor sportmedische begeleiding van topsportbeloften en topsporters, welke ruimten en apparatuur minstens moeten voldoen aan volgende infrastructuurnormen:

d) te beschikken over sportinfrastructuur in de nabijheid van het keuringscentrum om veldtesten toe te laten.

- **Art. 5.** Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

5° deel uit te maken van een universiteit of de vorm aannemen van een vereniging zonder winstgevend doel, met dien verstande dat er in dit laatste geval een samenwerkingsverband moet bestaan:

a) ofwel met een universiteit, geconcretiseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarin het keuringscentrum de verbintenis aangaat om desgevraagd in te staan voor de begeleiding van de topsportstudenten van de universiteit en waarin de universiteit de verbintenis aangaat om wetenschappelijke expertise aan te reiken aan het keuringscentrum en haar medewerking te verlenen aan de realisatie van een aanbod van bijkomende opleidingen voor keuringsartsen en begeleiders, opleidingen georganiseerd op initiatief van het keuringscentrum;

b) ofwel met het Instituut Topsport Vlaanderen, geconcretiseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarin het keuringscentrum de verbintenis aangaat om desgevraagd aan dit instituut relevante gegevens aan te reiken met betrekking tot de topsport in Vlaanderen en waarin het instituut de verbintenis aangaat om wetenschappelijke expertise aan te reiken aan het keuringscentrum en haar medewerking te verlenen aan de realisatie van een aanbod van bijkomende opleidingen voor keuringsartsen en begeleiders, opleidingen georganiseerd op initiatief van het keuringscentrum;

De VGR stelt voor Art. 35. §1. 5° als volgt te omschrijven:

5° deel uit te maken van een universiteit of de vorm aannemen van een vereniging zonder winstgevend doel, met dien verstande dat er in dit laatste geval een samenwerkingsverband moet bestaan met een universiteit, geconcretiseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarin het keuringscentrum de verbintenis aangaat om desgevraagd in te staan voor de begeleiding van de topsportstudenten van de universiteit en waarin de universiteit de verbintenis aangaat om wetenschappelijke expertise aan te reiken aan het keuringscentrum en haar medewerking te verlenen aan de realisatie van een aanbod van bijkomende opleidingen voor keuringsartsen en begeleiders, opleidingen georganiseerd op initiatief van het keuringscentrum;

De wetenschappelijke sportmedische expertise is het best gegarandeerd door samenwerking met universitaire centra. Een samenwerkingsakkoord met het recent gecreëerde Instituut Topsport Vlaanderen wordt volgens de VGR beter niet opgenomen als een mogelijkheid voor erkenning van niet-universitaire centra. Dit instituut heeft als dusdanig geen eigen expertise i.v.m. sportmedische keuring. Art. 35 §1. 5° b) valt dus weg.

- ❑ De VGR stelt voor aan Art. 35 §1 een zesde punt toe te voegen:

Art. 5. Artikel 35 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

Art. 35. §1. Om erkend te worden dient het keuringscentrum:

6° zowel universitair als niet-universitair, een samenwerkingsverband tot stand te brengen met het Instituut Topsport Vlaanderen, geconcretiseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarin het keuringscentrum de verbintenis aangaat om desgevraagd aan dit instituut relevante gegevens aan te reiken met betrekking tot de topsport in Vlaanderen, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim, en waarin het instituut de verbintenis aangaat om wetenschappelijke expertise aan te reiken aan het keuringscentrum en haar medewerking te verlenen aan de realisatie van een aanbod van bijkomende opleidingen voor keuringsartsen en begeleiders, opleidingen georganiseerd op initiatief van het keuringscentrum;

De VGR is van mening dat de werking van de keuringscentra geïntegreerd moet zijn in het topsport beleid van Vlaanderen en dat gegevens van keuringscentra bruikbaar kunnen zijn voor het topsportbeleid. De samenwerking tussen de sportmedische centra en het Instituut Topsport Vlaanderen betekent een meerwaarde voor alle partners.

- ❑ Wat in het Ontwerp Besluit vermeld staat onder Art. 35 §1 6° ‘te beschikken over sport-infrastructuur in de nabijheid van het keuringscentrum om veldtesten toe te laten;’ wordt in het voorstel van de werkgroep MVS opgenomen onder Art. 35 §1 4° d) (cf. supra)
- ❑ De artikels 6 tot en met 17 bevatten louter procedure-maatregelen waarvoor de administratie bevoegd is en die buiten het domein van de expertise van de leden van de werkgroep valt. De VGR maakt echter een opmerking op volgende passage in Art. 17:

Art. 17. Artikel 62 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 62. §3 (...)

“Bijkomend kan binnen de perken van de begrotingskredieten een toelage verleend worden aan de erkende keuringscentra voor de gratis sportmedische keuring en begeleiding van getalenteerde sportbeoefenaars die in hun sportvereniging het statuut van topsporter of topsportbelofte verwerven en van de topsportleerlingen uit de topsportscholen van de erkende sportfederaties waarvan het sportmedisch keurings- en begeleidingsplan door het Instituut Topsport Vlaanderen geadviseerd werd.”

De VGR meent dat de laatste deelzin “waarvan het sportmedisch keurings- en begeleidingsplan door het Instituut Topsport Vlaanderen geadviseerd werd” beter weggelaten wordt aangezien er al een samenwerkingsprotocol bestaat (zie Art. 35 §1 5° in het Ontwerp Besluit en Art. 35 §1 6° in het voorstel van de VGR). De VGR staat wat argwanend tegenover een voorafgaand advies wat betreft het sportmedische keurings- en begeleidingsplan door het Instituut Topsport Vlaanderen. Dergelijk plan wordt het best opgemaakt door de betrokkenen zelf, namelijk de atleet en het keuringscentrum. Een voorafgaand advies van een overkoepelende instantie lijkt voor de werkgroep nogal ‘betuttelend’. Er mag verwacht worden dat er voldoende expertise aanwezig is in het keuringscentrum om in samenspraak met de atleet dergelijk plan op te stellen.

- ❑ **Art. 18.** In artikel 68 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 1996, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden “de betrokken sportvereniging” vervangen door de woorden “de betrokken sportvereniging of sportfederatie”

2° een derde lid wordt toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De in het eerste en tweede lid bepaalde erkenningsprocedure kan door de Vlaamse minister enkel toegepast worden op vraag van sportverenigingen die

aangesloten zijn bij een erkende sportfederatie of op vraag van een erkende sportfederatie.”

De VGR is van mening dat dergelijke regelgeving ernstige gevolgen kan hebben voor de organisatie van dopingcontrole in het kader van internationale competities. Immers, de vraag kan gesteld worden in hoeverre vanuit juridisch oogpunt dopingcontroles, die niet worden uitgevoerd volgens de procedures van de Vlaamse regelgeving, kunnen plaatsvinden op Vlaams grondgebied. Indien dergelijke controles niet kunnen worden uitgevoerd, dan worden internationale competities van niet-erkende sportfederaties op Vlaams grondgebied zeer moeilijk (cf. voetbal, wielrennen). Dan ontstaat er immers een situatie waarbij de internationale procedure van deze federaties volgens dit voorstel niet kan erkend worden en derhalve deze dopingcontroles niet kunnen plaatsvinden.

□ **Art. 19.** Aan artikel 69 van hetzelfde besluit wordt een §4 toegevoegd, die luidt als volgt: §4. De controlearts kan niet optreden voor een controleopdracht bij een sportmanifestatie, waarbij de controleopdracht zou kunnen worden beïnvloed door zijn of haar betrokkenheid bij of door bindingen met de betrokken sportvereniging.”

De VGR is van mening dat in de tekst de problematiek van de mogelijke binding met personen ontbreekt. De bedoeling is dat de controlearts niemand controleert waarmee hij persoonlijke bindingen heeft. Onder persoonlijke binding kan verstaan worden familie of patiënt. Dit is echter niet altijd te voorzien. Persoonlijke binding met een sporter kan echter geen reden zijn om een dopingcontrole niet te laten doorgaan. De VGR stelt voor dat in het verslag van de controlearts expliciet zou vermeld worden of er al dan niet persoonlijke bindingen waren met de gecontroleerde sportbeoefenaars.

□ **Art. 20.** Artikel 73 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 28 februari 1992, 18 december 1992, 23 april 1993, 25 juni 1993, 22 januari 1996, 7 augustus 1996, 2 juli 1997 en 31 oktober 2000, wordt vervangen door wat volgt: “**Art. 73.** Onverminderd het bepaalde in artikel 2, 6°, b) van het decreet, omvat de lijst van verboden substanties en van de verboden middelen, bedoeld in artikel 22 van het decreet:

§1. Substanties:

1° De stimulantia

Norefedrine

De VGR is van mening dat Norefedrine en Fenylpropanolamine dezelfde substanties zijn; de drempelconcentraties verschillen echter. Daarom stelt de werkgroep voor aan Norefedrine het volgende toe te voegen, net als bij Fenylpropanolamine:

Norefedrine de concentratie in de urine mag niet hoger zijn dan 25 microgram per milliliter

□ **Art. 20.** Artikel 73 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 28 februari 1992, 18 december 1992, 23 april 1993, 25 juni 1993, 22 januari 1996, 7 augustus 1996, 2 juli 1997 en 31 oktober 2000, wordt vervangen door wat volgt: “**Art. 73.** Onverminderd het bepaalde in artikel 2, 6°, b) van het decreet, omvat de lijst van verboden substanties en van de verboden middelen, bedoeld in artikel 22 van het decreet:

§3. Substanties verboden in bepaalde omstandigheden

2° De Beta-blokkers

Beta-blokkers zijn enkel verboden in precisie- en concentratiesporten (schieten, boogschieten, kunstduiken, biljart, darts)

De VGR is van mening dat deze omschrijving te vaag is vooral met betrekking tot de terminologie precisie- en contactsporten. Daarom wordt voorgesteld te verwijzen naar de

internationale sportfederaties die de beta-blokkers verbieden. Deze regel kan beter als volgt omschreven worden: *Beta-blokkers zijn enkel verboden in sporttakken waar de internationale regelgeving dit verbiedt, zoals daar zijn (deze opsomming is niet beperkend): schieten, boogschieten, kunstduiken, biljart, darts. De minister kan dit verbod uitbreiden naar andere sportdisciplines in geval geen internationale regelgeving bestaat.*

□ **Art. 21.** Artikel 74 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“**Art. 74.** De Vlaamse minister kan substanties of middelen, bedoeld in artikel 73, toevoegen of schrappen. *De Vlaamse minister houdt daarbij onder andere rekening met de lijst van verboden substanties en verboden middelen die gehanteerd wordt door het I.O.C.*

De bedoeling is de lijst verboden producten zoveel mogelijk overeen te stemmen met internationale regelgeving. De werkgroep MVS is van mening dat de verwijzing naar de IOC-lijst alleen te beperkt is. Ook internationale federaties hebben eigen lijsten. De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten stelt voor het artikel als volgt te formuleren: *De Vlaamse minister houdt daarbij zoveel mogelijk rekening met de internationale regelgeving.*

C. Voorstel geformuleerd door de VGR betreffende artikel 77§3

Dit artikel geeft de mogelijkheid aan de sportbeoefenaar zich te laten begeleiden tijdens de procedure van de monsterneming door een arts naar keuze. Voor de minderjarigen kan dit door één van zijn wettelijke vertegenwoordigers.

In de praktijk blijkt dat deze mogelijkheid slechts kan toegepast worden in topcompetities waar ‘team-artsen’ of ‘persoonlijke artsen’ aanwezig zijn. In veruit de meeste dopingcontroles is dit een ‘theoretische’ mogelijkheid gezien meestal geen ‘persoonlijke arts’ aanwezig is. Daarbij komt dat in de internationale regelgeving voorzien wordt in de mogelijkheid van begeleiding van een persoon naar keuze van de sportbeoefenaar.

In een streven naar gelijkheid met de internationale regelgeving en om ondermeer discussie en betwisting omtrent begeleiding tijdens dopingcontroles van buitenlanders te vermijden stelt de VGR voor ook hier de mogelijkheid van begeleiding door een persoon naar keuze toe te passen en deze mogelijkheid niet te beperken tot een arts. Daarbij komt dat door deze uitbreiding aan elke sportbeoefenaar de reële mogelijkheid wordt gegeven beroep te doen op een begeleiding tijdens de monsterneming. Dit laatste zal de transparantie van de dopingcontroles vergroten. Deze begeleiding beperkt zich tot het administratieve gedeelte van de monsterneming.

3.6. VOORONTWERP VAN DECREET TOT WIJZIGING VAN HET DECREET VAN 27 MAART 1991 INZAKE MEDISCH VERANTWOORDE SPORTBEOEFENING

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Op vraag van de heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport (adviesvraag op 8 mei 2001), brengt de Vlaamse Gezondheidsraad advies uit over het Voorontwerp van decreet van de Vlaamse regering tot wijziging van het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening.

II. METHODIEK

De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten telt *drie VGR-leden*: dhr. prof. dr. J. Bouckaert (voorzitter), dhr. Luc Bosschaerts en mevr. R. Van Overvelt en *vier experts*: dhr. prof. dr. K. De Meirleir, dhr. prof. dr. R. Lysens, mevr. C. Sneyers en dhr. dr. R. Roelandt. Omwille van de hoogdringendheid van het advies, de grote belasting van de werkgroep MVS (derde dringend advies in één maand) en de grote beroepsbelasting van verschillende leden van de werkgroep MVS werd de volgende procedure ter formulering van het advies toegepast: het voorontwerp met de memorie van toelichting werd naar alle leden van de werkgroep gestuurd en mogelijke opmerkingen alsook voorstellen tot aanpassingen konden binnen de 14 dagen aan de voorzitter meegedeeld worden. Indien er belangrijke inhoudelijke opmerkingen waren, zou een werkvergadering van de werkgroep MVS georganiseerd worden. Indien geen belangrijke inhoudelijke opmerkingen werden overgemaakt, formuleert de voorzitter, rekening houdend met de minder belangrijke opmerkingen, het advies dat ter goedkeuring aan de VGR wordt voorgelegd. Ook aan dhr. dr. M. Dobbelaere en dhr. dr. J. Verstuyft van de administratie Gezondheidszorg, team Medisch Verantwoorde Sportbeoefening, werd gevraagd opmerkingen te formuleren.

De heer R. Overloop coördineerde voor de Vlaamse Gezondheidsraad de administratieve aspecten van deze procedure.

Door de leden van de werkgroep MVS en de administratie werden geen belangrijke inhoudelijke opmerkingen gemaakt. Rekening houdende met een vraag om meer verduidelijking betreffende één artikel werd een definitief voorstel tot advies uitgewerkt. Dit voorstel werd aan alle VGR-leden overgemaakt; zij konden opmerkingen of redenen voor niet-akkoord formuleren. Het standpunt van één VGR-lid werd op zijn vraag expliciet in het advies opgenomen.

III. SITUERING VAN HET PROBLEEM

Zie motie van toelichting toegevoegd aan het voorontwerp van decreet.

IV. BEVINDINGEN EN ADVIEZEN

De VGR heeft weinig opmerkingen betreffende het voorontwerp van decreet. Alleen inza-
ke artikel 17§7 wordt een inhoudelijke opmerking geformuleerd:

“Indien de sportbeoefenaar een wettige reden voor weigering van de monsterneming van
bloed aanvoert, beoordeelt de controlearts het ingeroepen motief. De inhoud van de wetti-
ge reden mag door de controlearts niet worden onthuld als ze door het medisch geheim
wordt gedekt.”

De vraag wordt gesteld in hoeverre het hier gaat om een absolute geheimhouding. Geeft dit
niet de mogelijkheid tot misbruik? Kan de inhoud van de wettige reden in geval van
medisch geheim medegedeeld worden aan de arts van de disciplinaire commissie of disci-
plinaire raad? Zo ja, in welke omstandigheden?

De VGR stelt zich de vraag of er wel een medische reden is om geen bloed te mogen
nemen. Zet het aanvaarden van redenen om geen bloedname te doen de deur niet open
voor misbruiken?

3.7. EERSTE VERSIE VAN VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE ORGANISATIE VAN DE PREVEN- TIEVE GEZONDHEIDSZORG

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

In haar brief van 21 juni 2001 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en
Gelijke Kansen, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over
de eerste versie van het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de preven-
tieve gezondheidszorg.

Het decreet beoogt de talrijke initiatieven, die in het verleden werden genomen voor de uit-
bouw van de gezondheidspromotie en ziektepreventie in Vlaanderen, een algemene onder-
bouw te geven zodat een wettelijke kader ontstaat waarbinnen deze activiteiten een veran-
kering vinden en structureel kunnen worden uitgebouwd.

De Plenaire vergadering keurde het advies goed op 18 september 2001.

II. METHODIEK

Dit advies werd voorbereid aan de hand van schriftelijke reacties van 12 leden van de
Plenaire vergadering. Het ontwerpadvies werd op 28-08-2001 besproken op het Bureau van
de VGR en op 18-09-2001 in de Preventieve kamer.

Mevr. K. Colaert volgde het proces van adviesformulering als inhoudelijk medewerker van
de VGR.

III. ADVIES

A. Algemene bespreking

Een algemene opmerking is dat het voorstel van decreet vooral een continuering inhoudt van vroeger gemaakte keuzes zonder een voorafgaande analyse van de huidige noden inzake preventieve gezondheidszorg gekoppeld aan een eigentijdse visie op deze sector.

De VGR formuleert volgende bedenkingen en voorstellen tot aanpassing:

- ❑ De VGR wordt niet vermeld in het ontwerpdecreet. De VGR is van oordeel dat een adviesorgaan een belangrijke rol kan hebben bij het adviseren over de krachtlijnen van een preventief gezondheidsbeleid. Een goede adviesverlening situeert zich in een vroege fase van de beleidsvoorbereiding. De gezondheidsconferentie kan deze rol niet overnemen (zie verder).
- ❑ Het is een goed uitgangspunt om *ziektepreventie en gezondheidsbevordering te beschouwen als elkaar aanvullende, maar onderscheiden aspecten van preventieve gezondheidszorg*. Toch is het *belangrijk om deze en een aantal andere concepten grondiger uit te klaren*. Is gezondheidsbevordering een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg, of staan gezondheidsbevordering en preventieve gezondheidszorg (waarbinnen ziektepreventie en andere activiteiten kunnen geplaatst worden) naast elkaar binnen een ruimer kader?
- ❑ De *invulling van de notie gezondheidsbevordering* in dit voorontwerp van decreet legt *sterk de nadruk op de individuele verantwoordelijkheid inzake gezondheid*, ten koste van de maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit komt onder meer tot uiting in de eenzijdige nadruk op leefgewoonten in de omschrijving van gezondheidsbevordering. Het concept gezondheidspromotie, zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie, besteedt daarentegen ook aandacht aan het creëren van een gezondheidsbevorderende leefomgeving. Bovendien wordt het beïnvloeden van leefgewoonten in de teksten verengd tot de sociaal-cognitieve benadering (d.w.z. aansturen op bewuste gedragsverandering), terwijl in de huidige stand van zaken op het vlak van gezondheidsbevordering, in Vlaanderen zowel als internationaal, de sociaal-ecologische benadering (d.w.z. gezonde keuzes voor de hand liggend maken door de inrichting van de sociale en fysieke omgeving) juist sterk beklemtoond wordt als een vernieuwende strategie. *Het aspect sociale omgeving zou dus duidelijker moeten benadrukt worden*, en de *structuren* (organisaties, hun samenwerking en de coördinatie hiervan) om een gezonde en gezondheidsbevorderende sociale omgeving te creëren zouden moeten aangeduid worden.
- ❑ Inzake de structurele uitbouw van de gezondheidsbevordering *regelt het voorontwerp de bestaande organisatiestructuur van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen, eerder dan te zorgen voor een nieuwe en duidelijkere structuur*. Hierdoor wordt een kans gemist om de samenwerking tussen de huidige actoren – partnerorganisaties en uitvoerders – te intensifiëren en structureel te verankeren.

Bovenstaande bemerking komt het duidelijkst tot uiting in de keuze van de *aandachtsgebieden voor de preventieve gezondheidszorg*, zoals bepaald in artikel 4 § 2, en artikels 27 tot en met 51. De in deze artikels voorgestelde indeling gaat uit van drie verschillende indelingsprincipes, namelijk volgens ontwikkelingsfasen, aandoeningen (o.a. geestelijke gezondheid, kanker, seksuele gezondheid, verslaving) en determinanten (o.a. blootstelling aan biologische en fysisch-chemische agentia, leefgewoonten, ongevallen). Dit resulteert in 'clusters' die zeer heterogeen zijn van aard en onderling sterk overlappen. Zo veronderstelt primaire preventie van kanker bijvoorbeeld maatregelen inzake leefgewoonten en biologische en fysisch-chemische agentia, en impliceren

verslavingspreventie, seksuele gezondheidsbevordering en ongevallenpreventie eveneens een verandering van leefgewoonten. Deze overlapping is weliswaar ook aanwezig in de bestaande historisch gegroeide structuur, doch deze situatie bestendigen via een decreet houdt het risico in dat ook het gebrek aan samenwerking op het terrein bevestigd wordt.

Opmerkelijk is dat een aantal determinanten (o.a. de sociale omgeving) en aandoeningen, die vanuit epidemiologisch oogpunt belangrijk zijn (o.a. cardiovasculaire ziekten), ontbreken. *Het geheel van de aandachtsgebieden is dus onvolledig.*

- Het *referentiekader voor de keuze van de specifieke aandachtsgebieden* is niet duidelijk: hoewel in de toelichtingnota wordt verwezen naar verschillende mogelijke indelings- of clusteringprincipes en naar het belang van historische en organische groei van bepaalde (sub)sectoren, wordt er geen referentiekader voor de gekozen clustering vermeld.

Om een meer homogene en volledige structuur mogelijk te maken, wordt *een alternatieve indeling* voorgesteld, *gebaseerd op het internationaal aanvaarde Lalonde-model*. Dit model werd ook door de Vlaamse Gezondheidsraad gehanteerd als uitgangspunt voor het advies aangaande een conceptueel kader voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen³³, en maakt een onderscheid tussen *4 soorten gezondheidsdeterminanten*: biologisch/genetische factoren, leefgewoonten, leefomgeving en gezondheidszorg-systeem. Vertrekkend vanuit dit model kunnen de aandachtsgebieden voor preventieve gezondheidszorg, in functie van de te beïnvloeden risico- en protectieve factoren, als volgt samengevoegd worden:

- *Biologische factoren*
 - ⇒ Preventiemaatregelen met betrekking tot infectieziekten en andere aandoeningen door blootstelling aan biologische agentia (met inbegrip van primair preventieve en profylactische maatregelen)
 - ⇒ Preventiemaatregelen met betrekking tot chronische ziekten en aangeboren of erfelijke afwijkingen (chronologisch afgelijnd in functie van ontwikkelingsfasen)
- *Leefomgeving*
 - ⇒ Preventiemaatregelen met betrekking tot blootstelling aan fysische of chemische agentia
 - ⇒ Maatregelen gericht op het creëren van een gezondheidsbevorderende sociale omgeving (gezonde scholen, gezonde gemeenten, gezonde bedrijven, enz.)
- *Leefgewoonten*
 - ⇒ Maatregelen gericht op het bevorderen van gezonde leefgewoonten (o.a. gezonde voeding, fysieke activiteit, veilig gedrag, tandzorg, gezonde seksualiteitsbeleving, enz.)
 - ⇒ Maatregelen ter preventie van ongezonde leefgewoonten m.b.t. tabak, alcohol, drugs, e.a.
- *Gezondheidszorg*
 - ⇒ Maatregelen met betrekking tot de secundaire preventie van bepaalde aandoeningen of risicofactoren voor aandoeningen (o.a. kanker, risicofactoren voor geestelijke gezondheidsproblemen).

Bij deze indeling kunnen uiteraard meerdere partnerorganisaties actief zijn rond één bepaald aandachtspunt (bijvoorbeeld leefgewoonten: VAD, Sensoa en VIG), en kunnen omgekeerd partnerorganisaties ook actief zijn rond meerdere aandachtspunten (bijvoorbeeld Kind & Gezin rond vaccinatie en leefgewoonten; VIG rond gezondheidsbevorderende sociale omgevingen en leefgewoonten).

³³ Memorandum van de Vlaamse Gezondheidsraad: Een conceptueel kader voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Brussel, ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg, 15 juni 1999.

- In het voorontwerp van decreet wordt – terecht – gewezen op het belang van een *inclusief beleid* (o.a. artikels 2 en 29). Die nadruk wordt echter *niet voldoende structureel vertaald in de voorgestelde organisatie van de preventieve gezondheidszorg*. Een mogelijkheid om dit aspect sterker te beklemtonen zou erin kunnen bestaan om het te behandelen onder een afzonderlijke titel van Boek V, met toepassing op de verschillende aandachtsgebieden die in dit boek worden uitgewerkt. Tevens is het aangewezen om bij de vertaling van het beleid en het aanduiden van de partnerorganisaties en de uitvoerders rekening te houden met de reeds verworven expertise van diverse organisaties en voorzieningen.
- Gezien de aard van de werkzaamheden en de complexiteit van de te hanteren strategieën heeft de sector preventie en gezondheidsbevordering meer nood aan samenwerking. In dit voorontwerp van decreet wordt het *concurrentieprincipe* geïntroduceerd *als middel om een flexibel en dynamisch beleid te voeren, gericht op kwaliteitsverbodging* (cf. toelichtingnota p. 12). Daar waar het belang van flexibiliteit en kwaliteit³⁴ niet ter discussie staat, en ook de noodzaak tot kwaliteitszorg en kwaliteitsbeoordeling door de sector van gezondheidsbevordering erkend wordt, stelt zich de vraag of een werking volgens marktprincipes en de daardoor gestimuleerde concurrentie de nodige samenwerking binnen de sector niet zal belemmeren. Bovendien stelt zich de meer fundamentele vraag of marktgerichtheid wel zinvol is op het gebied van preventie, aangezien preventie een antwoord wil bieden op maatschappelijke noden, en slechts in mindere mate op individuele noden. Dergelijke noden worden niet alleen vaak als minder essentieel beschouwd, en hebben derhalve slechts een beperkte ‘marktwaarde’, maar vragen ook om maatregelen op het vlak van maatschappelijke interventies. Daarbij is wat de ‘klant’ of eindgebruiker als effectief percipieert niet noodzakelijk het meest effectief of kwaliteitsvol. *Het risico is dus reëel dat een te sterke nadruk op marktgerichtheid de praktijk inzake preventie en gezondheidsbevordering doet verglijden naar ‘populaire’ maar weinig zinvolle maatregelen.*
- Preventiebeleid wordt, zoals ook de toelichtingsnota impliciet aangeeft, vaak geconfronteerd met de notie *‘wetenschappelijke onzekerheid’*. Niettemin zijn er een groeiend aantal domeinen (preventie van kanker, preventie van blootstelling aan hormoonverstorende stoffen, enz.) waar de overtuiging toeneemt dat men niet kan wachten met het installeren van een beleid tot volledige zekerheid is verkregen. Hiertoe werden een reeks *principes* (o.a. voorzorgsbeginsel, ‘no regret policy’) en *methodes* voor omzetting van deze principes in het beleid (o.a. risico-analyse met randvoorwaarden) uitgewerkt. Deze zijn niet aan de orde in het voorontwerp van decreet. Daardoor ontstaat de indruk van een tekst, gebaseerd op niet geheel hedendaagse beleidsconcepten, die daardoor niet in lijn is met bijv. het EU-beleid terzake.
- De indruk van een *niet geheel eigentijdse continuering van begane paden*, geldt ook de inhoudelijke verantwoording van de tekst. Zo gaat de toelichtingsnota (p. 20-21) in op kankerpreventie. Er wordt geconcludeerd dat er best wordt vastgehouden aan de bestaande strategieën inzake o.a. borstkankerscreening. Wat lijkt te ontbreken, is een reflectie op het deel van de literatuur waarin men vaststelt dat de traditionele preventiestrategieën vaak niet de doelstellingen haalden die ze voorstelden, en daardoor nopen tot reflectie op de basisaannamen die eraan ten grondslag liggen. Bovendien is het aangewezen dat er veel meer aandacht gaat naar vermijden, voorkomen en preventie van blootstelling.

³⁴ In de toelichting wordt gesproken over kwantiteit en kwaliteit. In het ontwerp van decreet en in de toelichtingsnota wordt nog over verloren potentiële levensjaren gesproken. Nergens wordt echter de idee van ‘quality adjusted life years’ verder geconcretiseerd.

- ❑ Het benoemen van *partnerorganisaties en uitvoerende organisaties* als actoren binnen de sector van de preventieve gezondheidszorg, met een onderscheiden opdracht en inbreng, vindt de VGR een aan te moedigen invalshoek. De *aard van de samenwerkingsrelatie* tussen de verschillende partnerorganisaties onderling, alsook de samenwerkingsrelatie tussen de partnerorganisaties en de uitvoerders, de samenwerkingsrelaties met de LOGO's en tussen het Vlaamse en het lokale beleidsniveau, dient evenwel verder geëxpliciteerd. In de toelichtingsnota (p. 9) wordt enkel gestipuleerd dat partnerorganisaties ondersteuning *kunnen* bieden aan de uitvoerders.
- ❑ De VGR stelt zich de vraag of de artikels 7, 10, 11, 21 enz. voldoende *ruimte* laten *aan lokaal/regionaal initiatief vanuit de basis* en voor initiatieven door organisaties genomen in samenwerking met lokale en provinciale overheden.
- ❑ *Educatie en communicatie* zijn belangrijke instrumenten om een preventief gezondheidsbeleid te realiseren. De tekst is hierover zeer dual: enerzijds vindt men zowel in het voorontwerp (bijv. art. 6 § 2) als in de toelichtingsnota (bijv. p. 19) uitdrukkelijke verwijzingen naar 'publieksvoorlichting'; anderzijds wordt geen aandacht besteed aan de uitwerking van een beleid terzake.
- ❑ De *Vlaamse administratie* krijgt een sleutelrol in dit nieuwe decreet. Terecht staat in de toelichtingsnota dat dit *meer mensen en middelen* vereist.

B. Bespreking per artikel: voorontwerp van decreet

a. Boek I: Algemene bepaling en definities

Art. 2, 3°: Hier wordt een definitie van 'biomonitoring' gegeven. Nergens in de tekst wordt dit concept verder gebruikt (kan eventueel geplaatst worden onder art. 44 § 1).

Voorstel voor tekstaanpassing (indien het nuttig wordt geacht een definitie op te nemen):
... op de mens te kunnen evalueren, **alsmede de studie van biologische parameters die toelaten biologische of gezondheidseffecten te meten.**

Art. 2, 7°: Een definitie van *duurzame ontwikkeling* houdt ook de component in van evenwicht tussen maatschappelijke, economische en milieuaspecten³⁵.

Art. 2, 9°: Het begrip *gezondheid* wordt enkel summier gedefinieerd in artikel 2, 9° van het voorontwerp. De volledige definitie van de WGO luidt: 'gezondheid is een staat van volledig fysiek, sociaal en psychisch welbevinden en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap'. De geciteerde definitie is de oude statische definitie van gezondheid.

Art. 2, 10°: In het Ottawa Charter van 1986 (het basisdocument betreffende gezondheidsbevordering) wordt *gezondheidsbevordering* omschreven als 'een sociaal en politiek proces dat niet enkel die acties omvat die gericht zijn op het verhogen van de vaardigheden en de mogelijkheden van individuen, maar ook acties omvat die gericht zijn op het veranderen van de sociale, fysieke en economische condities om hun impact op gezondheid te verminderen. Gezondheidspromotie is het proces om mensen in staat te stellen controle te verwerven over de determinanten van gezondheid en hierdoor hun gezondheid te verbeteren'. De oorspronkelijke formulering van gezondheidsbevordering is bijgevolg *niet enkel gericht op het veranderen van individueel gedrag (leefstijl), maar ook op het veranderen van de omgeving* die (rechtsreeks of onrechtstreeks) invloed heeft op de gezondheid van een populatie.

³⁵ Een veel geciteerde definitie is deze uit het Brundtland rapport (WCED, 1987).

De artikels en paragrafen in het voorontwerp van decreet en de toelichtingsnota betreffende gezondheidsbevordering zijn bijna exclusief gericht op het veranderen van de leefstijl van individuen en niet op het aanpassen van de omgeving (fysisch, psychisch en sociaal). De literatuur geeft voldoende aanwijzingen dat de gezondheid en de leefstijl van mensen in grote mate (rechtstreeks of onrechtstreeks) beïnvloed wordt door omgevingsfactoren. Het is niet omdat gedrag of leefstijl de meest proximale oorzaak is van ziekte dat direct inwerken op gedrag de beste strategie is voor preventie. De determinanten van gedrag kunnen in sommige gevallen op een eenvoudiger en efficiënter wijze gewijzigd worden. Structurele interventies zijn vaak efficiënter dan gedragsstrategieën indien deze maatschappelijk aanvaard worden.

Art. 2, 10°: voorstel voor tekstaanpassing: gezondheidsbevordering: het onderdeel van de preventieve gezondheidszorg dat tot doel heeft mensen **en groepen** in staat te stellen de controle over de determinanten van hun gezondheid te **versterken** en zo hun gezondheid te verbeteren **door** een gezonde levensstijl te bevorderen en **een gezonde leefomgeving te creëren**.

Art. 2, 12°: voorstel voor tekstaanpassing: gezondheidsdoelstelling: een op een specifiek domein **in het brede veld van de gezondheidszorg** na te streven, tijdsgebonden, meetbaar, haalbaar, en maatschappelijk **aanvaardbaar resultaat in het kader van een overeengekomen beleidsvisie omtrent gezondheid**.

Art. 2, 13°: voorstel voor tekstaanpassing: gezondheidsindicator: **kencijfer** (...)

Art. 2, 14°: In deze paragraaf wordt een *inclusief beleid* beperkt tot de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap. Een gezondheidspromotiebeleid (bijv. tabaksbeleid) moet echter vaak zowel op het federale als op het Vlaamse niveau gevoerd worden.

Nergens wordt in het decreet verwezen naar de belemmeringen voor een coherent preventief beleid die te wijten zijn aan de *huidige bevoegdheidsverdelingen* in België. Het lijkt aangewezen in het decreet een regeling op te nemen waarbij alle bevoegdheidsniveaus op een constructieve wijze samenwerken om te komen tot bijv. een coherent beleid voor de preventie van druggebruik, tabaksgebruik, voeding, enz. Bijna geen enkel thema kan alleen binnen de Vlaamse Gemeenschap op een adequate wijze aangepakt worden.

Art. 2, 15°: voorstel voor tekstaanpassing: individuele zorgaanbieder: een arts, paramedicus of beoefenaar (...) die **onder meer** handelingen stelt **op het gebied** van preventieve gezondheidszorg, (...). Hier kan best ook verwezen worden naar de federale wetgeving.

Art. 2, 16°: *Limietwaarden* is ook een begrip dat men vindt in de Vlaamse milieuwetgeving. Het verdient aanbeveling de hier gebruikte terminologie af te stemmen op deze in de milieuwetgeving. Het dient evenwel opgemerkt dat in de praktijk de meeste waarden gebruikt in milieubeleid *geen* gezondheidskundige onderbouw hebben.

Voorstel: limietwaarden, waaronder grenswaarden, richtwaarden en streefwaarden

Art. 2, 17°: voorstel voor tekstaanpassing: De term 'loko-regionaal' wordt best vermeden (d.i. een pleonasme).

Art. 2, 24°: voorstel voor tekstaanpassing: de term 'uitvoerder' vervangen door '**organisatie met terreinwerking**', zijnde een voorziening met rechtspersoonlijkheid of een individuele zorgaanbieder.

Art. 2, 24°: voorstel voor tekstaanpassing: organisatie met terreinwerking: een vereniging met rechtspersoonlijkheid die erkend en/of gesubsidieerd wordt door de Vlaamse regering en die, hetzij **in rechtsreeks contact met de uiteindelijke doelgroep**, hetzij **als intermediaire structuur**, de opdrachten uitvoert, (...).

Art. 2, 25°: voorstel voor tekstaanpassing: ziektepreventie: het onderdeel van de preventieve gezondheidszorg dat via rechtstreekse interventies tot doel heeft (a) welbepaalde ziekten of aandoeningen **te voorkomen door de factoren die een risico vormen voor de aandoening**

weg te nemen of beschermende factoren te versterken; (b) de gezondheidsschade te beperken *en/of* genezingskans te vergroten door vroegtijdige detectie (...); (c) *de verergering van ziekten en aandoeningen en eventuele verdere invalidering ten gevolge ervan te voorkomen*³⁶

Art. 2: voorstel om in te voegen: intermediair: persoon of organisatie die al dan niet deel uitmaakt van de georganiseerde gezondheidszorg en vanuit zijn taken en functie een invloed kan uitoefenen op de determinanten van gezondheid bij de uiteindelijke doelgroep.

Art. 2: voorstel om in te voegen: problemen gerelateerd aan middelengebruik: omvat riskant gebruik (bijv. risico's op het vlak van verkeer), misbruik van middelen (bijv. functioneringsproblemen) en afhankelijkheid (bijv. DSM IV-criteria).

Art. 2: voorstel om in te voegen: gezondheidswinst: De definitie van wat men onder gezondheidswinst verstaat, zou voor de duidelijkheid kunnen bijgevoegd worden. Deze term wordt gebruikt in de opdrachtverklaring (cf. art. 3).

b. Boek II: Opdrachtverklaring, doelstellingen en verantwoordelijkheden

Titel II: doelstellingen en verantwoordelijkheden

Art. 4, § 2: voorstel voor tekstaanpassing: Die determinanten (...) ingedeeld in functie van de volgende aandachtgebieden (dezelfde aanpassing geldt voor de toelichtingsnota (punt B, p. 3-4):

- **FACTOREN**
 - a) preventiemaatregelen met betrekking tot infectieziekten en andere aandoeningen door blootstelling aan biologische agentia
 - b) preventiemaatregelen met betrekking tot chronische ziekten en aangeboren of erfelijke afwijkingen, chronologisch afgelijnd in functie van ontwikkelingsfasen
- **LEEFOMGEVING**
 - c) preventiemaatregelen met betrekking tot blootstelling aan fysische of chemische agentia
 - d) maatregelen gericht op het creëren van een gezondheidsbevorderende sociale omgeving
- **LEEFGEWOONTEN**
 - e) maatregelen gericht op het bevorderen van gezonde leefgewoonten
 - f) maatregelen ter preventie van ongezonde leefgewoonten
- **GEZONDHEIDSZORG**
 - g) maatregelen met betrekking tot de secundaire preventie van bepaalde aandoeningen of risicofactoren voor aandoeningen

Art. 4, § 3: De *aandacht voor specifieke doelgroepen* en de bijzondere aandacht voor bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede is terecht. De manier waarop deze bijzondere aandacht in de praktijk vorm zal krijgen, zou een duidelijker structurele verankering moeten krijgen in het decreet.

Titel III: Verantwoordelijkheden

Art. 5: Hier worden *burgerplichten* beschreven, *niet de verantwoordelijkheden van de overheid* om een gezondheidsbevorderende – of minstens niet-bedreigende – leefomgeving te creëren (en dit is meer dan ‘aanbod’ van preventieve zorg).

Art. 5 § 1: Individuele verantwoordelijkheid mag in geen geval een verdoken invoering betekenen van de individuele gezondheidsaansprakelijkheid.

³⁶ De VGR doet een voorstel tot tekstaanpassing, maar stelt zich vragen bij het nut van de gebruikte terminologie.

Art. 5 § 1: voorstel voor tekstaanpassing: Ieder persoon draagt een individuele verantwoordelijkheid (...) het aannemen van gezonde leefgewoonten en andere maatregelen **die doeltreffend zijn** ('kunnen getroffen worden' schrappen).

Art. 5 § 2: voorstel voor tekstaanpassing: Onverminderd de individuele verantwoordelijkheid, bedoeld in § 1, heeft iedere persoon recht op een **fysieke, sociale en psychische omgeving die de gezondheid bevordert en op een** maatschappelijk aanvaard aanbod van preventieve gezondheidszorg, zoals omschreven in artikel 2, 19°, 3 en 4 indien hij: (...). Dezelfde aanvulling geldt voor de toelichtingsnota (punt D, p. 5).

Art. 6, § 1: Het *behoud van het principe* van het werken met *gezondheidsdoelstellingen* vindt de VGR positief. Evenwel, de *vijfjarige stand van zaken omtrent de gezondheidsstatus van de Vlaamse bevolking* waarin dit artikel voorziet, wordt niet gerelateerd aan de werking van de gezondheidsconferentie. Evenmin wordt gepreciseerd via welke modaliteiten voorzien zal worden in de wetenschappelijk verantwoorde onderbouwing waarnaar in dit artikel wordt verwezen (bijv. wetenschappers hebben de nodige onafhankelijkheid nodig om de wetenschap te beoefenen, gebrek aan performante epidemiologische gegevens in Vlaanderen als pijnpunt). Een dergelijke onderbouwing vergt een operationeel kader voor het uitvoeren van beleidsvoorbereidend wetenschappelijk onderzoek en een aangepaste bestaffing van inhoudelijke deskundigen.

Art. 7: Zoals geformuleerd is dit artikel volgens de VGR onaanvaardbaar.

Uit de toelichting blijkt dat men met '*het verlenen van een toestemming*' het probleem van de 'wilde screening' wil tegengaan. Dit is bevreemdend: in Vlaanderen is het probleem niet zozeer 'wilde screening', maar een gebrek aan methodologisch correcte screening om te peilen naar de effecten van specifieke, Vlaamse problemen. Deze vergunning zou geen belemmering voor wetenschappelijk onderzoek mogen vormen.

Geldt het verlenen van toestemming niet evenzeer t.a.v. initiatieven inzake gezondheidsbevordering, goed wetende dat de grenzen tussen gezondheidsbevordering en ziektepreventie niet altijd duidelijk te trekken zijn? Wie gaat dit beoordelen? Moet voor alles toelating gevraagd worden? Een voorbeeld: sommige bedrijven promoten griepvaccinatie, andere niet. Of: huisartsenorganisaties stippelen een beleid uit i.v.m. tetanospreventie of preventie van verwikkelingen bij diabetes. Het is begrijpelijk dat er geen wirwar van boodschappen mag gegeven worden, maar het kan niet zijn dat voor alles toelating gevraagd moet worden aan de Vlaamse overheid.

c. Boek III: Organisatie

Titel I: Gezondheidsconferenties

Art. 8: De VGR vindt dat een gezondheidsconferentie een strategische en een signaalfunctie kan hebben, maar dat ze niet de rol van de VGR kan overnemen. De gezondheidsconferentie kan geen instrument zijn voor het pro-actief bepalen van de krachtlijnen van een preventief gezondheidsbeleid. Volgens de VGR kunnen ad hoc gezondheidsconferenties die zich focussen op een bepaald thema wel een toetsende rol hebben. De VGR stelt zich tevens de vraag wat er zal gebeuren met de *wetenschappelijke validering van de besluiten en aanbevelingen* van de conferentie. Aansluitend is de VGR van oordeel dat de VGR expliciet als adviesorgaan in het decreet moet worden opgenomen.

Om de drie jaar zal een conferentie samengeroepen worden die zich slechts over 1 of een beperkt aantal gezondheidsdoelstellingen of thema's zal kunnen buigen. Als telkens één doelstelling of thema wordt behandeld, *zal dit ritme van samenroepen niet volstaan* om over alle vereiste onderwerpen voldoende beleidsadviezen te kunnen aanleveren. Als meerdere doelstellingen of thema's tegelijk aan bod komen, dan *zal de samenstelling van de conferentie per thema moeten verschillen* (verschillende expertise nodig). De opdrachten die in het voorontwerp van decreet aan dergelijke conferenties worden toegekend, met name voorstel van gezondheidsdoelstelling of beleidsthema, en voorstellen hoe dit dient uitgevoerd te worden, dreigen ervoor te zorgen dat een conferentie over meerdere jaren zal lopen, en *het systeem van conferenties een min of meer permanent proces zal zijn* (de ene loopt in de andere over)³⁷. Tenslotte stelt de VGR zich ook vragen bij de kosten-effectiviteit van deze conferenties.

Art. 8, § 3: Het uitwerken van de benodigde methodieken, producten en diensten is veeleer een taak voor de partnerorganisaties, en niet voor de gezondheidsconferentie. De taak van de conferentie zou daarentegen meer gericht moeten zijn op het bepalen van de nodige strategieën.

Art. 8, § 3: voorstel voor tekstaanpassing: Na goedkeuring van de ontwerpen door het Vlaams Parlement bepaalt de conferentie hiervoor de **vereiste strategieën en voorstellen voor beleidsmaatregelen** waaraan kostenramingen kunnen gekoppeld worden. Dezelfde aanvulling geldt voor de toelichtingsnota.

Titel II: Voorzieningen en individuele zorgaanbieders

Art. 10: De term 'voorziening' is overbodig en creëert verwarring met de erkende voorzieningen binnen de huidige structuur.

Art. 10: voorstel voor tekstaanpassing: In uitvoering van (...) kan de Vlaamse regering **organisaties voor terreinwerking** of individuele zorgaanbieders belasten (...).

Art. 11: Het is niet duidelijk in hoeverre een medewerking vanwege partnerorganisaties, uitvoerders en zeker vanwege individuele zorgaanbieders afdwingbaar is. Voorgesteld wordt dit artikel te schrappen.

Hoofdstuk I: Partnerorganisaties

Art. 12: De aflijning tussen de verschillende partnerorganisaties, en de wijze waarop zij met middelen van de Vlaamse overheid actief kunnen zijn in de preventieve gezondheidszorg, is niet erg scherp.

Art. 12 § 3: De juiste betekenis van de term 'prestatiegebonden subsidiëring' voor de partnerorganisaties, zoals bepaald in dit artikel, is onduidelijk. De term wordt niet gepreciseerd in de algemene bepalingen en definities, vermeld in artikel 2. Begrepen kan worden dat de basissubsidie die de partnerorganisaties ontvangen voor de uitvoering van hun permanente opdrachten afhankelijk zal gemaakt worden van bepaalde prestatienormen, doch er wordt niet aangegeven hoe deze normen zullen bepaald worden, waarop zij betrekking zullen hebben (bijv. de kwantiteit of de kwaliteit van de geleverde prestaties), en hoe de beoordeling zal plaatsvinden. Het is niet duidelijk hoe en op basis van welke (kwalitatieve en/of kwantitatieve) criteria de prestatiegebonden werking van de partnerorganisaties zal geëvalueerd worden, en in welke mate een sterk prestatiegebonden werking van deze organisaties de mogelijkheid biedt om de noodzakelijke en gevraagde expertise verder te blijven ontwikkelen en up to date te houden.

³⁷ De lange tijd die nodig is geweest om tot een advies omtrent borstkankerscreening te komen, is hier een illustratie van.

Art 12, § 4: Het is niet duidelijk volgens welke procedure bijkomende opdrachten door de Vlaamse regering uitgeschreven of toegekend kunnen worden aan partnerorganisaties, en op basis van welke criteria de toewijzing zal geschieden.

Hoofdstuk II: Uitvoerders

Art 14 -16: voorstel voor tekstaanpassing: de term 'uitvoerders' vervangen door '**organisaties met een terreinwerking**'

Art 15-16: Hier ontbreekt een duidelijke visie over wie wat doet, hoe de complementariteit is georganiseerd³⁸.

Art. 15 § 1: Partnerorganisaties zijn per definitie erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Uitvoerders kunnen erkend of gefinancierd worden door de Vlaamse regering. Indien zij dit niet zijn, kunnen zij dan nog ondersteuning genieten van partnerorganisaties? Kunnen hun verenigingen zich dan nog inschrijven op bestekken of ingaan op opdrachten die door de Vlaamse overheid worden uitgeschreven?

Is er plaats voor voorzieningen welke, hoewel het hun hoofdplicht niet is, toch indirect een grote invloed kunnen hebben op het gezondheidsgedrag van vooral 'broze' groepen (bijv. diensten voor gezinszorg, diensten voor thuisverpleging en mantelzorgorganisaties)?

Art. 15 § 3: Het is niet duidelijk volgens welke procedure bijkomende opdrachten door de Vlaamse regering uitgeschreven of toegekend kunnen worden aan de uitvoerders, en op basis van welke criteria de toewijzing zal geschieden.

Art 15: voorstel voor toevoeging § 4: De organisaties met een terreinwerking dienen bij het inschrijven voor een bestek een zekere expertise t.a.v. de bijkomende opdracht aan te tonen, alsook samen te werken met een partnerorganisatie door bij voorrang gebruik te maken van de deskundigheid aangeleverd door de partnerorganisaties.

Hoofdstuk III: Individuele zorgaanbieders

Art 17: De Vlaamse overheid heeft momenteel weinig bevoegdheden om de inbreng van individuele zorgaanbieders te regelen. Nochtans wordt gesteld dat de rol van de huisarts cruciaal is voor de preventie. De financiering verloopt totnogtoe volledig via de federale ziekteverzekering. Dit heeft reeds tot spanningen geleid. Hoe zal dit worden opgevangen?

Titel III: Andere bestuursniveaus

Art. 18: Wat is de verhouding tussen de respectievelijke bevoegdheden van LOGO's, gemeenten, provincies en uitvoerders? Zij moeten allen bijdragen tot de uitvoering van het preventiebeleid. Hoe is de werkwijze, wat zijn de instrumenten en hoe is hun verhouding tot elkaar?

Titel IV: LOGO's

Art. 19: Het behoud van de LOGO's als structuur in de preventieve gezondheidszorg is belangrijk. Het verdient evenwel aanbeveling de bevoegdheden van de LOGO's duidelijker te omschrijven als zijnde diegenen die de opdracht hebben de afstemming tussen lokale uitvoerders te bevorderen en bovenlokale samenwerkingsverbanden af te sluiten met gemeenten, OCMW's en preventieve en curatieve diensten.

³⁸ Consultatiebureaus voor het jonge kind worden georganiseerd door plaatselijk ingerichte besturen. Hun koepel is niet Kind en Gezin, maar wel organisaties zoals Kind en Preventie, enz. Welk is de plaats van Kind en Gezin in heel dit decreet? Wordt deze instantie reeds voldoende gefinancierd via een andere weg?

Art. 21: Er wordt geen gewag gemaakt van de subsidiëringmodaliteiten voor de LOGO's. Naar analogie van de vermelding voor de partnerorganisaties en uitvoerders dient in de tekst van het decreet vermeld dat de LOGO's een basissubsidie ontvangen voor de uitvoering van hun kerntaken (bijdragen tot de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen), en of zij ook kunnen intekenen op opdrachten die door de Vlaamse regering worden uitgeschreven of toegekend.

Art. 21, § 1: voorstel voor tekstaanpassing: Een LOGO heeft de opdracht om binnen haar werkgebied **in samenwerking met de lokale partners** de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen na te streven. De toevoeging en andere taken (...) regering schrappen.

Art. 21, § 2: voorstel voor tekstaanpassing: Een LOGO kan binnen haar werkgebied **in functie van lokale prioriteiten** ook andere initiatieven nemen inzake preventieve gezondheidszorg. (...).

Art. 21: voorstel voor toevoeging § 3: De LOGO's dienen bij voorrang gebruik te maken van de deskundigheid aangeleverd door de partnerorganisaties.

Titel V: Collectieve gezondheidsovereenkomst

Art. 22: Het statuut van de collectieve gezondheidsovereenkomsten (CGO) als samenwerkingsvorm moet worden geconcretiseerd. Uit de tekst van het voorontwerp, noch uit de toelichtingsnota, kan worden afgeleid in welke zin een CGO fundamenteel verschilt van de opdrachten aan uitvoerders zoals bepaald in artikel 15 § 3, en in welke mate er middelen ter beschikking gesteld zullen worden voor de uitvoering van de CGO. Wat is het juridisch karakter ervan? En hoe verhoudt dit zich tot de convenanten die door de vorige Vlaamse regering in leven werden geroepen?

d. Boek IV: Verantwoordingsplicht, toezicht en gegevensoverdracht

Art. 26, § 3: voorstel voor tekstaanpassing: De uitwerking van dit artikel is wellicht te specifiek voor een kaderdecreet, en hoort veeleer thuis in een uitvoeringsbesluit. Deze paragraaf kan best vervangen worden door: **De Vlaamse regering bepaalt het kader en de modaliteiten voor de gegevensverzameling door partnerorganisaties, organisaties met een terreinwerking, LOGO's en individuele zorgverstrekkers, in functie van de planning en opvolging van het beleid inzake preventieve gezondheidszorg.**

Art. 26: voorstel voor tekstaanpassing: Het gaat hier over 'deskundigheidstransfert' in plaats van over 'continuïteit'.

e. Boek V: Preventiemaatregelen m.b.t. de aandachtsgebieden, bedoeld in art 4, § 2

Titel I: Preventiemaatregelen gericht op een bepaalde ontwikkelingsfase of leeftijdscategorie

Titel I: voorstel voor tekstaanpassing: **Preventieve en gezondheidsbevorderende** maatregelen gericht op (...).

Art. 28: voorstel voor tekstaanpassing: De Vlaamse regering kan maatregelen bepalen, ter preventie **van chronische ziekten en aangeboren of erfelijke afwijkingen en ter bevordering van de gezondheid**, die in relatie staan (...).

Art. 29: Het belang van een inclusief beleid strekt zich uit over alle aandachtsgebieden van de preventieve gezondheidszorg. Voorgesteld wordt om dit aspect te behandelen onder een afzonderlijke titel achteraan boek V, met toepassing op de verschillende aandachtsgebieden die in dit boek worden uitgewerkt.

Titel II: Preventiemaatregelen met betrekking tot infectieziekten en andere aandoeningen door blootstelling aan biologische agentia

Art. 37: De aangifteplicht verwijst naar medisch toezicht in een kinderopvangverblijf. Wat met scholen (profylaxe in het kader van CLB; geen verplichte aangiftes)?

Titel III: Preventiemaatregelen met betrekking tot blootstelling aan fysische of chemische agentia

Art. 42, § 1: Omdat 'limietwaarden' niet gedefinieerd zijn (cfr. art. 2) is het moeilijk te beoordelen wat hier bedoeld wordt. Belangrijk is dat in de uiteindelijke tekst de hier bedoelde limietwaarden een gezondheidkundige onderbouw hebben.

Art. 43: Streefwaarden, in de hier gebruikte betekenis, zijn o.m. aan de orde in de Europese regelgeving en de Vlaamse milieuwetgeving. Nochtans werd aangetoond dat door het niet afdwingbaar karakter van deze waarden, hun effectiviteit laag is. Daardoor wordt de bedoeling van dit artikel onduidelijk.

Art. 45: voorstel tot toevoeging: De Vlaamse regering richt een informatie- en coördinatiecel op voor preventie van milieugebonden aandoeningen. Deze cel stuurt onder meer het toegepast onderzoek inzake blootstelling aan fysische en chemische agentia en daarmee samenhangende biologische en gezondheidseffecten.

Titels IV – IX

Art. 46-51: De structurering volgens deze aandachtsgebieden is logisch maar te overlappend. Voorgesteld wordt deze structuur te wijzigen volgens de aandachtsgebieden aangeduid in de tekstaanpassingen bij art. 4, § 2. De VGR vraagt zich af of de concrete uitwerking best wordt ingevuld in het decreet of in besluiten van de Vlaamse regering. Indien hiervoor wordt geopteerd en indien deze indeling wordt behouden worden de topics best verder uitgewerkt (zie voorstel voor toevoeging van artikel 52).

Art 47: Dit luikje is erg vaag geformuleerd. Wat wordt precies bedoeld met gezondheidsschade door seksueel gedrag, behalve SOA?

Voorstel voor toevoeging punt 1°: het treffen van maatregelen om de seksuele gezondheid te bevorderen.

Art. 48§2.: Voorstel voor herformulering van de eerste alinea: De Vlaamse regering treft in eerste instantie maatregelen om de oorzakelijke factoren van kanker, voor zover die bekend zijn, aan de bevolking kenbaar te maken op een gepaste wijze.

Art. 50: voorstel voor toevoeging punt 4°: het creëren van een omgeving die een gezonde leefwijze bevordert.

Art. 51: voorstel voor tekstaanpassing: doelstelling van preventie van problemen gerelateerd aan middelengebruik: de doelstelling van preventie van problemen gerelateerd aan middelengebruik (en hiermee bedoelen we de problemen als gevolg van zowel riskant gebruik, misbruik als afhankelijkheid) bestaat erin dat iedereen op een verantwoorde manier met het gebruik van middelen en met middelengebruik in de omgeving kan omgaan.

Art. 52: voorstel voor toevoeging: Organisatie van drugpreventie in Vlaanderen: drugpreventiestructuur

Indien de thema's toch zouden behouden blijven en aangevuld worden stelt de VGR volgende toevoeging voor:

1° Om een drugbeleid in de verschillende sectoren te realiseren zet de Vlaamse regering een ondersteuningsstructuur op Vlaams en bovenlokaal niveau op:

- Op *Vlaams* niveau is er een centraal aanspreekpunt nodig voor sensibilisering, informatieverstrekking, gegevensverzameling, conceptontwikkeling, ondersteuning, afstemming en coördinatie. De VAD (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen) staat in voor deze taken.

- *Op een bovenlokaal niveau zijn netwerken nodig voor de uitvoering (ondersteuning, vorming en afstemming) van een Vlaams drugbeleid. Het preventiewerk verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) staat in voor deze uitvoering. Zij werkt hiervoor samen met de VAD (cf. decreet 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg³⁹).*

2° Partners in de uitvoering van een Vlaams drugbeleid

De Vlaamse regering maakt afspraken met gemeentelijke en provinciale overheden over de samenwerking in de realisatie van een Vlaams drugbeleid.

- Het provinciale niveau organiseert overleg op het vlak van preventie en hulpverlening en tussen hulpverlening en preventie. Zij realiseren mee het Vlaams prioritair beleid.
- Steden en gemeenten vormen op lokaal vlak de partners om een drugbeleid te ondersteunen. Naast een drugbeleid in elke maatschappelijke sector is afstemming tussen deze sectoren nodig op lokaal vlak. Het lokaal drugbeleid heeft nood aan een specifieke lokale voortrekker.

Daarnaast zijn er ook diverse andere partners die het Vlaams drugbeleid mee vorm kunnen geven (programma-ontwikkelaars, inclusieve preventiewerkers, enz).

Art. 53: voorstel voor toevoeging: taken in de uitvoering van de doelstellingen: De Vlaamse regering treft maatregelen ter preventie van problemen gerelateerd aan middelengebruik. Deze maatregelen kunnen het volgende inhouden:

- 1° Het ter beschikking stellen van middelen of methodieken om problemen gerelateerd aan middelengebruik te voorkomen of het nemen van andere op dit doel gerichte preventieve maatregelen. Dit omvat o.a. objectieve informatieverstrekking (evidence-based, op maat van de verschillende doelgroepen), sensibiliseren van de Vlaamse bevolking en specifieke deelgroepen met betrekking tot (de aanpak van) deze thematiek, degelijk uitgewerkte en uitgeteste concepten waarbij ingespeeld wordt op actualiteit, signalen en trends, een aangepast vormingsaanbod (gericht naar sleutelfiguren in de sectoren), ondersteunen van intermediairen: begeleiding bij de initiële ontwikkeling en implementatie van een drugbeleid, bijsturing en evaluatie, afstemming en coördinatie binnen en tussen de sectoren, uniforme registratie die de werking in kaart brengt en afstemt, onderzoek dat de wetenschappelijke fundering van het preventieve handelen garandeert.
- 2° Het opsporen van de omstandigheden en risico's die leiden tot problemen gerelateerd aan middelengebruik. Taken op vlak van praktijkondersteunend onderzoek zijn onder andere uniforme registratie, dieptepeilingen en praktijkondersteunend onderzoek.
- 3° Het ter beschikking stellen van middelen of methodieken om problemen gerelateerd aan middelengebruik te voorkomen, af te bouwen of te stoppen.
 - Bij *vroeginterventie*, die loopt over de grens van preventie en hulpverlening heen, gaat het om het vroegtijdig reageren op problemen, nog voor er sprake is van ernstig problematisch gedrag. De onmiddellijke omgeving van de cliënt heeft hierin een belangrijke rol te vervullen. Taken zijn onder andere: ondersteuning en vorming van intermediairen, vormings- en ondersteuningsaanbod naar huisartsen en andere eerstelijnsverleners op vlak van vroegdetectie, ondersteunen van onmiddellijke omgeving/ouders/partners van de gebruikers.
 - Het afbouwen en stoppen gebeurt in essentie in de hulpverleningssetting. Hulpverlening moet bij voorkeur dicht bij de cliënt worden aangeboden. Naast zelfhulp en

³⁹ Hoofdstuk II, afdeling 1, Art.7 §3 'Teneinde de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek te vrijwaren, doen de centra voor geestelijke gezondheidszorg een beroep op de ondersteuning en begeleiding van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) of haar rechtsopvolger'.

mantelzorg (nulde lijn) verdient vroegdetectie, vroeginterventie, begeleiding en doorverwijzing de aandacht van de werkers op de eerste lijn. Samen met de ambulante opvang (gedifferentieerd, met verschillende finaliteiten) en de residentiële hulpverlening dient een globaal hulpverleningsaanbod te worden uitgewerkt waarin zorg op maat en zorgcontinuïteit op een efficiënte manier worden georganiseerd.

De drughulpverlening in Vlaanderen wordt momenteel grotendeels federaal gefinancierd. Om een efficiënte zorg te kunnen garanderen is overleg en afstemming tussen de Vlaamse en federale overheid nodig.

4° Het treffen van maatregelen om de negatieve gevolgen voor de gezondheid, die door problemen gerelateerd aan middelengebruik kunnen toegebracht worden, te verminderen of te beperken. *Harm reduction* is erop gericht om zoveel mogelijk de schadelijke gevolgen van het druggebruik op de gezondheid, het sociaal welzijn en op juridisch vlak – zowel voor het individu, als voor zijn omgeving, als voor de maatschappij – in te perken. Spuitenruil, peer support netwerken, vindplaatsgericht werken, zijn belangrijke werkvormen om risicogroepen te bereiken.

Titel IX: Het is wellicht nuttig hier ook te spreken over de *preventiemaatregelen m.b.t. een foutief geneesmiddelengebruik* (dus niet alleen spreken over geneesmiddelengebruik, maar ook over het foutief innemen van geneesmiddelen ten gevolge van bijv. anafabetisme, taalbarrière, culturele of intellectuele barrière, gebrek aan overleg tussen arts-apotheker-patiënt, enz.). In een studie van de Dienst Geneesmiddelenvoorlichting – Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, KUL in samenwerking met de vzw Focus Klinische Farmacie, staat o.a.: ‘opdat een geneesmiddel zijn optimale werking kan uitvoeren, moet het correct door de arts worden voorgeschreven, op een adequate manier door de apotheker worden afgeleverd en tenslotte therapietrouw door de patiënt worden ingenomen. Ten minste 30% van de patiënten zou zijn geneesmiddel niet correct gebruiken wanneer de schakel ‘arts-apotheker-patiënt’ niet optimaal functioneert’.

Aangezien 30% foutief geneesmiddelgebruik aanzienlijk is, lijkt het aangewezen het te vermelden in het voorontwerp van decreet.

f. Boek VI: beroepsprocedures

Titel I, art. 52: Deze paragraaf is niet duidelijk. De bevoegdheid van de **Vlaamse Adviesraad** wordt hier ook uitgebreid naar voorzieningen die niet actief zijn op het vlak van verzorging, en momenteel erkend zijn op grond van het Besluit inzake gezondheidspromotie. De huidige samenstelling van deze Vlaamse Adviesraad klopt niet als ze ook rond preventie-erkenningen bevoegd is.

g. Boeken VIII-X

De *wijzigings-, opheffings- en overgangsbepalingen* zijn nog niet uitgewerkt, en kunnen derhalve nog niet becommentarieerd worden. Aangezien een kaderdecreet slechts ingang kan vinden via uitvoeringsbesluiten, kan de huidige organisatie op basis van het Besluit van de Vlaamse regering inzake gezondheidspromotie van 1991, aangepast in 1997 best gehandhaafd blijven tot het voorliggend kaderdecreet omgezet is in uitvoeringsbesluiten, om een situatie van onduidelijkheid in de structurering van de gezondheidsbevordering te voorkomen.

C. Puntgewijze bespreking van de toelichtingsnota

p. 1: Gezondheid kan inderdaad beschouwd worden als een actief te verwerven ‘goed’, en de toestand die moet nagestreefd worden. De verantwoordelijkheid van dit proces ligt grotendeels bij de persoon zelf. De VGR is evenwel van mening dat meer de nadruk moet worden gelegd op de economische en socio-culturele omgevingsfactoren waarin personen zich bewegen.

p. 4, punt C: Dit punt staat er een beetje verloren bij. In de rest van de tekst wordt niet meer vermeld hoe hiermee zal worden omgegaan.

Een verminderde graad van zelfredzaamheid op sociaal en economisch vlak bedreigt niet alleen de geestelijke maar ook de lichamelijke gezondheid.

p. 5, punt D: Een verduidelijking van de positie van de illegalen t.a.v. preventie is wenselijk.

p. 5, punt D: De doelstelling dat ‘een doelmatig preventief gezondheidsbeleid (...) zal tot een minder uitgaven aan de zijde van de curatieve gezondheidszorg’ leiden, geldt alleen voor gezondheidszorgsystemen met een sterke centrale organisatie en gaat niet op voor een zorgsysteem met open markt en betaling per prestatie als sturend mechanisme.

De bewering alsof preventie tot besparing zal leiden is niet evidence based. In een recente gezondheidseconomische studie kwam men tot de bevinding dat stoppen met roken en niet-rokers veel hogere gezondheidsuitgaven veroorzaken dan rokers, die helaas op jongere leeftijd sterven. De kosten in de gezondheidszorg situeren zich vooral op hogere leeftijd door de uitgaven van zorg (ROB, RVT) en ouderdomsziekten (dementie, één oudere heeft gemiddeld vijf aandoeningen). Mensen langer laten leven door preventieve maatregelen is niet automatisch kostenbesparend voor de ziekteverzekering.

p. 5, punt D: Het collectief aanbod blijft bestaan (vaccinaties) en individuele preventiepakketten op basis van risicoprofiel worden gestimuleerd. Toch wordt het belang van de collectieve preventie in het voorontwerp van decreet onvoldoende benadrukt.

p. 5, punt D: Het is belangrijk hier het onderscheid te maken tussen programmatorische preventie en individuele preventie. Beide moeten steunen op ‘evidence-based medicine’.

*p. 5, punt E, titel: **de doelgroepen in Vlaanderen en Brussel***

p. 9: Kunnen partnerorganisaties ook gezondheidsovereenkomsten afsluiten? Volgens de voorbeelden die vermeld worden (bijv. ziekenfondsen), zou dit kunnen. De ziekenfondsen lijken na analyse van de tekst in de toekomst bovendien in aanmerking te komen om zowel partner, uitvoerder als deelnemer aan collectieve gezondheidsovereenkomsten te zijn. Dit wordt volgens de VGR een moeilijk kluwen.

p. 9: Partnerorganisaties, uitvoerders en collectieve gezondheidsovereenkomsten worden uitgeschreven onder vorm van bestekken of uitgeschreven opdrachten. Men stapt dus blijkbaar af van het werken met overeenkomsten (convenanten) voor basisopdrachten, en gaat terug over naar een onzekere financiering via het inschrijven op bestekken en opdrachten. Dit meedingen naar opdrachten is voor de voorzieningen een tijdrovend en onzeker kader.

p. 9, punt B, partnerorganisaties: Kandidaat-partnerorganisaties zoals we die vandaag kennen, kunnen zijn: Vlaams Instituut Gezondheidspromotie, Vereniging **voor** Alcohol- en **andere** Drug**problemen** (VAD), Sensoa, VRGT, WVVH, VWVJ, mutualiteiten, WVVA, VVGG...

De VGR stelt voor om de mutualiteiten als partnerorganisaties te schrappen. De mutualiteiten zijn terreinorganisaties en brengen geen expertise aan zoals de andere opgesomde organisaties.

p. 9, punt B, partnerorganisaties: Waar is de plaats voor universiteiten?

p. 9, punt B: De rol van Kind en gezin is niet duidelijk.

p. 9-10, punt B: Koepelorganisaties CB en CLB kunnen erkend en/of gefinancierd worden. Welke voordelen biedt dit? Geeft dit pas dan recht op ondersteuning van partnerorganisaties? Deze instanties kunnen zich als verenigingen van uitvoerders inschrijven op bestekken of ingaan op opdrachten m.b.t. preventieve gezondheidszorg. Kunnen zij ook nog collectieve gezondheidsovereenkomsten afsluiten?

Individuele CB en CLB kunnen erkend en/of gefinancierd worden. Ze kunnen zich enkel inschrijven op bestekken of ingaan op opdrachten m.b.t. preventieve gezondheidszorg via hun verenigingen (koepelorganisaties). Kunnen zij ook nog collectieve gezondheidsovereenkomsten afsluiten via deze verenigingen?

p. 10, uitvoerders: Kandidaat-uitvoerders zoals we die vandaag kennen, kunnen zijn: CLB's, bedrijfsgeneeskundige diensten, regionale screeningscentra, laboratoria, wijkgezondheidscentra, VLK, centra voor menselijke erfelijkheid, consultatiebureaus voor het jonge kind, **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**, **Centra voor Ontwikkelingsstoornissen**, **Vertrouwenscentra voor Kindermishandeling**, enz.

Wat is het statuut van mantelorganisaties en socio-culturele organisaties, welke een invloed kunnen hebben op gezondheidsgedrag van vaak broze groepen in de samenleving?

p. 10: individuele zorgaanbieders: Hier dient ook plaats te zijn voor meer dan de louter medische disciplines, zoals bijv. de diensten voor gezinszorg.

p. 14, punt III: Het gezondheidsbeleid moet niet alleen 'op goede gegevens' maar vooral 'op goede conclusies en goede gegevens' gesteund worden.

p. 15, punt A: In het kader van inclusief beleid is het aangewezen ook de administratie 'tewerkstelling' te betrekken. In de bespreking is eveneens geen verwijzing naar federale instanties. Allerhande federale initiatieven zijn ook actief in de opgesomde gebieden (verslaving, diabetespreventie, Fonds voor arbeidsongevallen, Fonds voor beroepsziekten, enz.) Het inclusief samenhangend beleid dat voorgestaan wordt, houdt toch best rekening met deze Belgische realiteit. Bijvoorbeeld ziekenfondsen zijn hier goed geplaatst om bruggen te slaan.

p. 15, punt B: Naast het doen afzien van zwangere vrouwen van roken en alcoholgebruik is ook doen afzien van medicatiegebruik bij zwangere vrouwen van groot belang.

p. 15, punt B: Een belangrijk accent dient gelegd te worden op preventieve diagnostiek tijdens de zwangerschap, hetzij vanuit genetisch-/erfelijkheidsaspect voor het tijdig detecteren van aangeboren aandoeningen (enzyme, DNA-diagnostiek), hetzij het tijdig detecteren van aangeboren structurele aandoeningen (gespecialiseerde echografie).

p. 16, punt B: Voor de leeftijdsgroep 'jonge kind' wordt gepleit voor regelmatig onderzoek, omdat kinderen uit deze doelgroep niet mondig zijn. Voor de leeftijdsgroep 'schoolgaande jeugd' en 'adolescent' wordt verwezen naar de CLB-regelgeving. Is de notie regelmatig onderzoek hier niet van belang: van een schoolgaand kind wordt verwacht dat het mondig is, dus er is geen nood aan regelmatig onderzoek? Decreten zijn krachtiger dan CLB-besluiten. Zijn er ook initiatieven buiten de schoolcontext? Welke?

p. 16, punt B: Wat is de mogelijkheid tot afstemming van CLB-activiteiten op de beleids-opties inzake preventieve gezondheidszorg? Wat zou dit concreet betekenen?

p. 16-17, punt B: Voor de leeftijdscategorie 'beroepsactieve leeftijd' is nergens sprake van de leerling in beroepsopleiding en de stagair. De rol van de schoolarts zou hier kunnen vastgelegd worden.

p. 18, punt C: De aangifteplicht verwijst naar medisch toezicht in een kinderopvangverblijf. Wat met scholen? Wat met profylaxe in het kader van CLB? Geen verplichte aangiftes?

p. 20, punt E: de rol en de expertise van de CGG dient hier expliciet te worden vermeld. Hun spilpositie t.o.v. de eerstelijns en de derdelijns is hierbij cruciaal.

p. 22, punt I.: *voorstel voor tekstaanpassing*: Maatregelen ter bevordering van gezonde leefgewoonten zijn in ieder westers land aan de top van de gezondheidsagenda komen te staan omdat dit **een belangrijke** invalshoek vormt om de zogenaamde beschavingsziekten te kunnen bestrijden.

p. 22, punt J: Preventie van **problemen gerelateerd aan middelengebruik**⁴⁰

Drugs⁴¹ en drugproblemen worden vaak haast automatisch geassocieerd met verslaving. Toch ligt de koppeling niet zo eenduidig. Druggebruik brengt verschillende risico's met zich mee die kunnen resulteren in problemen van lichamelijke, geestelijke, sociale en juridische aard en dit op verschillende niveau's: voor de gebruiker zelf, voor zijn omgeving en/of voor de samenleving. Problemen gerelateerd aan middelengebruik kennen verschillende gradaties en een procesmatig verloop. We spreken van **riskant gebruik** bij risico's en problemen als gevolg van (al dan niet eenmalig) overmatig gebruik, bijvoorbeeld in het verkeer, onverantwoord seksueel gedrag, problemen met justitie, enz. *Misbruik* van middelen resulteert in functioneringsproblemen (op school, op het werk, in relaties, enz.) terwijl we spreken van **afhankelijkheid** wanneer onder andere continu gebruik in grote hoeveelheden, tolerantie, controleverlies en craving optreden (op basis van DSM IV-criteria). Drugs⁴² en drugproblemen worden vaak haast automatisch geassocieerd met verslaving. Toch ligt de koppeling niet zo eenduidig. Druggebruik brengt verschillende risico's met zich mee die kunnen resulteren in problemen van lichamelijke, geestelijke, sociale en juridische aard en dit op verschillende niveau's: voor de gebruiker zelf, voor zijn omgeving en/of voor de samenleving.

Cijfergegevens

- Gebruik van middelen

Uit een onderzoek naar het gebruik van illegale middelen (Patterson, Steinberg, 2000: 18-51) blijkt dat 38.2% van de volwassenen tussen 18 en 55 jaar ooit cannabis gebruikte en 8.0% gebruikte dit gedurende het afgelopen jaar. 20.7% van de schoolgaande jongeren (12-18 j.) gebruikte ooit cannabis. Een derde van de jongeren die het afgelopen jaar cannabis gebruikte (16%) deed dit minstens éénmaal per week (Kinable, 2000).

De andere illegale drugs worden eerder sporadisch gebruikt.

Alcohol en tabak blijven de meest frequent gebruikte genotsmiddelen in Vlaanderen. 53.9% van de volwassenen en 76.0% van de jongeren dronk het afgelopen jaar alcohol. 31.8% van de volwassenen en 36.5% van de jongeren rookte het afgelopen jaar tabak. Bijna vier op tien volwassenen roken regelmatig en 18.6% drinkt dagelijks alcohol.

⁴⁰ Referenties:

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Fevery, J., Ansoms, S. (2000) De prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56 (3), pp. 177-186

Alberty, C., Beuken, M., De Ketele, S., Van Vaerenbergh, J. (1999) *Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen en interneringen 1995*. Statistisch Steunpunt, Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, Ministerie van Justitie, Brussel.

Kinable, H. (2000) *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid op School. Syntheserapport schooljaar 1999-2000*. VAD, Brussel, 61p + bijlagen.

Rijkswacht. Centraal Bureau der Opsporingen – Programma Drugs (2000) *Jaarrapport 1999*. 48p.

⁴¹ Onder drugs verstaan we alcohol, psychoactieve geneesmiddelen en andere drugs, alsook gokken.

⁴² Onder drugs verstaan we alcohol, psychoactieve geneesmiddelen en andere drugs, alsook gokken.

- Problematisch middelengebruik

In 1999 werden 15.436 personen met problematisch middelengebruik opgenomen in 161 hulpverleningscentra (PZ, PAAZ, CGG, TG, CIC, DC, MSOC, SHW) die aan de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) (Vandenbussche 2000) participeren. Bij 43.2 % gaat het voornamelijk om problemen als gevolg van alcoholmisbruik, bij 16.1% gaat het om misbruik van stimulantia, bij 15.7% om cannabis en bij 15.3% om opiatenmisbruik, 6.6% slaap- en kalmeermiddelen.

Onder patiënten die de huisarts raadplegen kreeg 8.9% de diagnose van alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik. Bij mannen tussen 18 en 60 jaar loopt dit cijfer op tot 18% (Aertgeerts, et al. 2000).

Overmatig alcohol- en druggebruik geeft ook schadelijke gevolgen in het verkeer. De meeste dronken bestuurders die betrokken zijn bij een ongeval met doden of ernstig gewonden zijn te vinden in de leeftijdsgroepen van 40 tot 49 jaar. In 1995 werden 17.825 personen veroordeeld voor dronkenschap in het verkeer (Alberty, et al. 1999).

- In 1999 werden bijna 29.000 processen-verbaal opgesteld voor illegaal drugbezit, druggebruik, in- en uitvoer, verkoop, handel en/of productie van drugs. Het gaat hierbij om 24.978 personen (Rijkswacht, 2000: 7-15).

Preventie

Preventie van problemen gerelateerd aan middelenmisbruik richt zich in principe tot iedereen, als (potentiële) gebruiker en/of als omgeving waarin de problemen zich manifesteren. De ontstaansfactoren van middelenmisbruik zijn veelzijdig en complex met elkaar verweven. Ze hebben te maken met persoonlijkheidskenmerken, met omgevingsfactoren en met kenmerken van het middel. Om te voorkomen dat problemen ontstaan en om problemen vroegtijdig te detecteren en aan te pakken, is een systematische aanpak nodig, op maat van de onderscheiden doelgroepen.

Om een effectief preventiebeleid met betrekking tot middelenmisbruik te organiseren, houden we rekening met volgende werkingsprincipes:

- Persoons-, omgevings-, en middelengericht werken
- Intersectoraal werken (in de verschillende maatschappelijke sectoren zoals onderwijs, arbeid en vrijetijd, met samenwerking en afstemming op lokaal vlak)
- Op lange termijn werken (geen eenmalige initiatieven, maar een drugbeleid voeren dat geïntegreerd wordt in elke organisatie)
- Participatief en emancipatorisch werken

Als strategie wordt gekozen voor het werken met intermediären en sleutelfiguren in de maatschappelijke sectoren. Zij zijn de tussenpersonen naar de uiteindelijke doelgroepen. Door sensibilisering, vorming en permanente ondersteuning van deze intermediären kunnen grotere groepen op een intensere en meer efficiënte manier bereikt worden. De sensibilisering en ondersteuning moet gebeuren door een specifieke ondersteuningsstructuur voor preventie. Naast het verantwoord leren omgaan met het gebruik van middelen, beoogt preventie van middelenmisbruik eveneens dat mensen leren verantwoord omgaan met het middelenmisbruik in hun omgeving. Bedoeling is dat jongeren (peer-educatie) en volwassenen (in verschillende rollen als ouders, partner, opvoeders, collega's, directe chefs, klanten,...) leren op een effectieve en efficiënte manier reageren op middelenmisbruik (o.a. vroegdetectie en vroeginterventie).

De publieke opinie hecht zeer veel belang aan preventie van problemen gerelateerd aan middelengebruik. Daarom krijgt dit actieterrein voor een preventief beleid van de Vlaamse Gemeenschap een apart aandachtsgebied toebedeeld in dit voorontwerp van decreet.

3.8. ADVIES OVER HET VOORONTWERP VAN BESLUIT VAN DE VLAAMSE REGERING HOUDENDE DE VOORWAARDEN VOOR DEELNEMING AAN MOTORSPORTWEDSTRIJDEN EN MOTORSPORTPROEVEN

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Op vraag (dd. 5/3/2001) van de heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Angelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport, brengt de Vlaamse Gezondheidsraad advies uit over het Voorontwerp Besluit houdende de voorwaarden voor deelneming aan motorsportwedstrijden en motorsportproeven.

De Vlaamse Gezondheidsraad merkt op dat een advies over bovenstaand onderwerp fundamenteel verschilt naargelang de invalshoek van waaruit het wordt beschouwd: enerzijds een strikt “medische” invalshoek, waarin de problematiek van lichamelijke schade centraal staat en anderzijds een bredere “gezondheids”-invalshoek, waarin naast de fysieke, de psychische en sociale aspecten meer aan bod komen. De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten van de VGR heeft omwille van haar specifieke “medische” expertise in dit advies vooral het strikt medisch/technische aspect van het voorstel bestudeerd. De Vlaamse Gezondheidsraad neemt zich voor op eigen initiatief nog een advies uit te brengen over de gezondheidseffecten, in hun algemene context, die verbonden zijn aan het beoefenen van (gemotoriseerde) sport op jeugdige leeftijd.

II. METHODIEK

De werkgroep Medisch Verantwoord Sporten telt drie VGR-leden: dhr. prof. dr. J. Bouckaert (voorzitter), dhr. Luc Bosschaerts en mevr. R. Van Overvelt; en vier experts: dhr. prof. dr. K. De Meirleir, dhr. prof. dr. R. Lysens, mevr. C. Sneyers en dhr. dr. R. Roelandt.

Op vraag van de VGR hebben de volgende personeelsleden van de administratie Gezondheidszorg, team Medisch Verantwoorde Sportbeoefening, deelgenomen aan de besprekingen: dhr. dr. J. Verstuyft, dhr. dr. M. Dobbeleir en dhr. P. Ghelen.

Het proces van adviesformulering werd opgevolgd door dhr. R. Overloop.

Dit advies werd voorbereid tijdens een vergadering van de werkgroep Medisch Verantwoord Sporten die plaatsvond op 19 april 2001. Een voorstel van advies werd rondgestuurd naar alle leden van de werkgroep. Rekening houdend met de opmerkingen en commentaren van de leden werd een definitief voorstel tot advies uitgewerkt. De plenaire vergadering heeft het advies goedgekeurd op 18 september 2001.

III. ADVIES

A. SITUERING VAN HET PROBLEEM

De federale regelgeving in verband met de zedelijke bescherming van de jeugd verbiedt de organisatie van motorsportwedstrijden in ons land voor jongeren onder de 15 jaar. In de ons omringende landen is weinig regelgeving door de overheid en zijn het de sportfederaties die leeftijdsgrenzen bepalen. In de meeste landen worden aangepaste proeven of wedstrijden georganiseerd voor jongeren onder de 15 jaar. In Engeland reeds vanaf de leeftijd

van 6 jaar. In wedstrijden of opleidingsproeven georganiseerd in Nederland is er een deelname van Vlaamse jongeren onder de 15 jaar.

Op heden zijn er 2 sportfederaties die motorsportactiviteiten organiseren in Vlaanderen: de Vlaamse Motorsport Bond van België (VMBB) en de Federatie van Amateur Motorsportbonden (FAM). De BMB spitst zich meer toe op de competitieve sport en organiseert competities vanaf 15 jaar. De FAM daarentegen schenkt veel aandacht aan de opleiding en voorbereiding van jongeren onder de 15 jaar en organiseert in die context proeven en opleiding voor jongeren onder de 15 jaar.

Het decreet Medisch verantwoord Sporten (MVS) voorziet dat de Vlaamse overheid leeftijdsgrenzen kan bepalen inzake sportbeoefening (artikel 19).

De heer J. Sauwens, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Ambtenarenzaken en Sport, heeft een voorontwerp van besluit uitgewerkt waardoor, onder bepaalde voorwaarden, deelname aan motorsportproeven kan vanaf de leeftijd van 8 jaar en deelname aan motorsportwedstrijden kan vanaf de leeftijd van 12 jaar. Beide sportfederaties zijn betrokken geweest bij de uitwerking van het voorontwerp.

B. BEVINDINGEN

Eerst worden de minimumleeftijden voor deelname aan motorsportproeven en motorsportwedstrijden besproken. In een tweede deel worden enkele punten van het voorstel afzonderlijk besproken.

Advies in verband met de minimumleeftijden

Motorsport is omwille van de specifieke kenmerken van de sportdiscipline (snelheid, valpartijen, ...) een risicosport voor de gezondheid. Wil men deze sporttak openstellen voor jongeren, dan moeten voorwaarden ingebouwd worden die het risico tot een minimum herleiden. Gegevens over sportongevallen tijdens “aangepaste” motorwedstrijden voor jongeren zijn niet ter beschikking en meestal anekdotisch. In hoeverre voorgestelde maatregelen efficiënt zijn om risico op gezondheidsschade zoveel mogelijk te beperken blijft meestal een open vraag. Het risico op sportblessures zal hoe dan ook in de sport en afhankelijk onder meer van de sportdiscipline aanwezig blijven.

Argumenten voor lage leeftijdsgrenzen zijn: het kunnen inschakelen van een voldoende lange opleiding die specifieke vaardigheden aanleert, en dit buiten competitieverband. Gelijkheid met omgrenzende landen. Opleidingen in andere risicosporten worden ook reeds op jonge leeftijd georganiseerd (paardrijden) en sportfederaties zijn vragende partij omwille van het kunnen opvangen en rekruteren van kinderen en jongeren.

De werkgroep staat achter het principe van de responsabilisering van de sportfederaties ook voor wat betreft gezondheidsgerelateerde aspecten: als expert binnen hun sporttak kunnen zij voorstellen uitwerken om het risico op blessure te minimaliseren. Door de sportbeoefening van de motorsport onder de 15 jaar te linken aan voorwaarden door de overheid goedgekeurd, blijven alle mogelijkheden open om indien nodig, in te grijpen.

De werkgroep MVS stelt voor dat er een goede opvolging dient te gebeuren in verband met de frequentie, omstandigheid en aard van sportblessures binnen deze sporttak. Algemene richtlijnen dienaangaande zouden moeten geformuleerd worden in het voorstel van besluit. Dergelijke inventarisering is nodig om, indien nodig, snel en efficiënt op te treden.

Adviezen in verband met specifieke punten

❑ Hoofdstuk IV – Motorsportwedstrijden en motorsportproeven.

Art. 6. De *erkende* sportfederaties die motorsportwedstrijden of motorsportproeven inrichten...

De werkgroep stelt zich de vraag wat gebeurt met de niet-erkende sportfederaties. Zijn zij dan niet gebonden door deze regelgeving?

De bedoeling van de wetgever is waarschijnlijk aan te geven dat alleen erkende federaties dergelijke activiteiten kunnen/mogen organiseren. Dit zou echter beter moeten geëxpliciteerd worden.

❑ Hoofdstuk V – Het sportmedisch onderzoek

Art. 9. §1. De motorsportbeoefenaar moet een medisch geschiktheidsattest kunnen voorleggen om aan motorsportproeven of motorsportwedstrijden te mogen deelnemen in de volgende gevallen:

De werkgroep stelt voor te specificeren dat het attest moet gegeven worden door een keuringsarts, erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Dit in analogie met gelijkaardige regelgeving in andere sporttakken.

❑ Art. 9. §1. De motorsportbeoefenaar moet een medisch geschiktheidsattest kunnen voorleggen om aan motorsportproeven of motorsportwedstrijden te mogen deelnemen in de volgende gevallen:

2° jaarlijks voor de aanvang van de eerste wedstrijd of proef;

Om te vermijden dat de motorsportbeoefenaars zich op zeer korte termijn twee keer dienen aan te melden bij een keuringsarts voor het verkrijgen van het medisch geschiktheidsattest, stelt de werkgroep MVS voor het volgende toe te voegen:

“wanneer het aanvangsonderzoek niet minder dan drie maanden voordien heeft plaatsgevonden”.

❑ Art. 9. §1. De motorsportbeoefenaar moet een medisch geschiktheidsattest kunnen voorleggen om aan motorsportproeven of motorsportwedstrijden te mogen deelnemen in de volgende gevallen:

3° na elk ongeval met fysieke ongeschiktheid

De werkgroep MVS meent dat deze bepaling veel te vaag geformuleerd is: wie zal dat vaststellen of controleren? Hoe wordt dit praktisch uitgewerkt? Wie neemt hierin een beslissing? Met het oog op de concrete toepassing van de maatregel stelt de werkgroep MVS voor Art. 9 §1. 3° concreter te formuleren en de volgende passus toe te voegen: “De federaties die een aangifte van een ongeval ontvangen, mogen de motorsportbeoefenaar pas terug laten deelnemen aan motorsportproeven of motorsportwedstrijden wanneer een attest van de erkende keuringsarts wordt voorgelegd.”

3.9. ADVIES OVER DE POSITIE VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

In haar brief van 22 mei 2001 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over *de positie van de Vlaamse Gezondheidsraad*, rekening houdend met het nieuwe kader dat gecreëerd wordt met de door de Vlaamse regering vooropgestelde hervorming van het bestuurlijk beleid.

De Plenaire vergadering keurde het advies goed op 18 september 2001. Het Bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de Plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

Dit advies werd voorbereid door het bureau van de VGR (op 28/08/2001) en besproken in de Plenaire Vergadering van 18 september 2001. Mede aan de basis van dit advies ligt een SWOT-analyse⁴³ van de VGR, die werd voorbereid aan de hand van besprekingen in de Plenaire vergadering van 17/06/2001 en schriftelijke reacties van de VGR-leden. Mevr. Wendy Christiaens en mevr. Karen Colaert volgden het proces van adviesverlening op als inhoudelijk medewerkers.

III. ADVIES

A. Inleiding

Uitgangspunt bij de formulering van het advies is 'wat er moet veranderen aan de werking of structuur van de VGR om in de toekomst beter te kunnen functioneren'. Ter voorbereiding werd de werking van de VGR geëvalueerd aan de hand van een SWOT-analyse.

Er werd ook overwogen een impactanalyse uit te voeren, maar gezien de haalbaarheid en gebruikswaarde van een dergelijke analyse (verhouding investering van tijd en middelen – te behalen resultaat) werd besloten om hiervan af te zien.

B. Impact van adviesverlening op beleid

Een goede adviesverlening, die impact heeft op het beleid, kan slechts bereikt worden indien reeds in een vroege fase nauw met het beleid kan worden samengewerkt, of minstens overlegd. De **adviesverlening wordt** op deze wijze **structureel ingebed in het beleid**. Het beleid kan nadien in overleg treden met het middenveld.

In het advies van de VGR *'Memorandum van de Vlaamse Gezondheidsraad: een conceptueel kader voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen'* (15/06/1999) werd hieromtrent reeds een duidelijke visie weergegeven, onder de paragraaf 'aanbevelingen inzake de (organisatie van) gezondheidszorg'.

⁴³ Dit is een analyse van de sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen voor de VGR in haar huidige werking. De items die daarbij aan bod kwamen, zijn: verscheidenheid aan expertises, aanstelling ten persoonlijke titel, vergaderritme, voorbereiding door werkgroepen betrekken van externe experts en mensen uit het veld bij adviesverlening, onderzoeksopdrachten, administratieve opvolging en inhoudelijke ondersteuning, een aantal decretale bepalingen, aard van de adviezen (algemeen versus specifiek), impact van adviesverlening, plaats van de VGR binnen de hervorming van de Vlaamse overheidsinstellingen, overleg met administratie en kabinet, werkingsmiddelen (o.a. tijd en geld).

“Met het oog op een kwalitatief hoogstaand en tevens efficiënt gezondheidszorgbeleid, is het belangrijk om de impliciete (historische) keuzes zichtbaar te maken en te beoordelen. Vervolgens kan men, als zou blijken dat de keuzes niet conform zijn met de vooropgestelde doelstellingen, strategieën ontwikkelen om het beleid eventueel om te buigen. Deze analyse dient zo onafhankelijk mogelijk te worden verricht.

*De politieke besluitvorming moet het resultaat zijn van een ruim maatschappelijk debat, met inbegrip van overleg met de actoren. Een noodzakelijke randvoorwaarde is het beduidend investeren in de **analyse van het gevoerde gezondheidsbeleid, waar o.a. de VGR, naast administratie en onderzoeksinstellingen, zou kunnen toe bijdragen.***

De realisatie van een toekomstgericht gezondheidsbeleid vraagt om een transparante beleidsvoering. Dit betekent dat:

- *Een minister voor gezondheid vertrekt vanuit een ‘opdrachtverklaring’ waarin de globale doelstellingen van het gezondheidsbeleid voor een bepaalde legislatuur worden geëxpliciteerd op basis van het regeerakkoord.*
- *Deze ‘opdrachtverklaring’ vertaald wordt in een aantal specifieke beleidsdoelstellingen.*
- *Vanuit de administratie, die door haar inhoudelijke dossierkennis en contact met het werkveld de vinger aan de pols kan houden van maatschappelijke ontwikkelingen, voorbereidende nota’s m.b.t. deze beleidsdoelstellingen worden opgesteld.*
- ***Vervolgens deze nota’s getoetst worden en van een advies voorzien worden door een adviesraad, in casu de Vlaamse Gezondheidsraad***
- *De minister, op basis hiervan, een beleidsvoorstel kan voorleggen aan de Vlaamse regering*
- *Indien het voorstel daar ‘groen licht’ krijgt, het grondig maatschappelijk debat en de democratische toetsing in het Vlaams Parlement (na voorbereiding in de commissie) plaatsvindt.*
- *Dit tenslotte door de Vlaamse regering in beleid wordt omgezet.*
- *Het middenveld zowel bij beleidsvoorbereiding als bij implementatie ten volle zijn rol kan spelen, op basis van expertise en ‘vinger aan de pols’.”*

C. Aanbevelingen inzake de toekomstige positie van de VGR

1) Algemeen

Het is belangrijk dat er binnen het Vlaamse gezondheidsbeleid een structuur aanwezig is die **onafhankelijk expertadviezen** uitbrengt. In een democratie biedt een niet-belangen gebonden adviesraad een belangrijke meerwaarde.

De wens tot **herwaardering van overlegorganen naast adviesorganen** is terecht, mits men voor beide organen een verschillende functie voorziet. Adviesorganen, die staan voor expertise, pluraliteit, democratie en transparantie, moeten verantwoordelijk zijn voor het formuleren van meer algemene strategische adviezen. Overlegorganen, waarin het middenveld inspraak krijgt en representativiteit een belangrijk gegeven is, zullen adviezen formuleren vanuit een eerder operationeel gezichtspunt. Het is belangrijk dat beide soorten organen naast elkaar bestaan. **Samenvoegen van organen samengesteld uit onafhankelijke experten en organen met middenveldfuncties is evenwel niet wenselijk.**

De intentie om – in het kader van de hervorming van de Vlaamse overheidsinstellingen – een aantal adviesraden samen te voegen, zoals bijv. de Vlaamse Gezondheidsraad en de Gezins- en Welzijnsraad, zal mogelijk meer sectoroverschrijdende adviezen tot gevolg hebben, maar zal tevens het proces van adviesverlening bemoeilijken. Een meer frequente samenwerking tussen beide raden is m.a.w. een prioriteit (bijvoorbeeld bij middel van ad hoc werkgroepen), maar het is het noodzakelijk dat beide raden **onafhankelijk** van elkaar blijven functioneren (omwille van toch vaak heel uiteenlopende expertises en kennisdomeinen). In geval van samenwerking is het bovendien nodig aan te duiden bij welke raad het zwaartepunt van het advies ligt.

2) Structuur van de VGR

De VGR wordt gekenmerkt door een grote *verscheidenheid aan expertises* (veelzijdigheid): de toets van adviezen is breed en er wordt een ruime kijk op de gezondheidszorgproblematiek gegarandeerd. De diversiteit van de expertise van de leden is een goed klankbord om de relevantie van de adviezen in een context te plaatsen die op zich ook relevant is voor het publiek/de populatie waarop het advies van toepassing is. Hoewel het moeilijk blijft om met uiteenlopende expertises tot eenduidige adviesverlening te komen, is dit is een groei-proces, met een positieve ontwikkeling. Door deze *verscheidenheid aan expertises* is het echter soms moeilijk te realiseren dat alle adviezen door de volledige raad gedragen worden (dit is vooral problematisch bij heel specifieke thema's, waar slechts weinig leden expertise in hebben). De expertise waarvoor bepaalde leden in de VGR zijn opgenomen, komt niet steeds tot zijn recht omdat *adviesvragen* vaak *meer* met *algemene dan* met *specifieke gezondheidszorg* te maken hebben. Deze leden zouden met hun *expertise* een grotere meerwaarde betekenen *binnen specifieke werkgroepen*.

Het lijkt daarom aangewezen dat de VGR nog duidelijker het onderscheid maakt tussen 2 soorten adviezen: *strategische adviezen*, die een eerder algemene benadering vragen in één van de kamers en/of de plenaire vergadering, en *operationele adviezen*, die een meer specifieke voorbereiding vergen en geformuleerd worden in een werkgroep (en finaal getoetst in de plenaire)⁴⁴.

Het *huidige vergaderritme van werkgroepen en bureau* (1x per maand) is goed en heeft een groot voordeel: het laat toe op korte termijn te reageren op zaken die met spoed moeten behandeld worden en lopende zaken op continue basis op te volgen. De vergaderdruk voor de leden van de plenaire ligt te hoog. Het kan daarom een goede optie zijn om het vergaderritme van de *plenaire* te verminderen (bijv. 1x per drie maand – cf. werkwijze bij GWR). Dit is haalbaar indien de functie (activiteit, werking) van de preventieve en curatieve kamer gehervat wordt.

3) Samenstelling van de VGR

De adviesformulering van de VGR wordt positief beïnvloed door een aantal bepalingen in het decreet m.b.t. de samenstelling van de raad (cf. art. 4 § 2). Het evenwicht tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke leden en verschillende leeftijden is positief en moet behouden worden.

4) Werking en middelen

De grootste limiterende factoren voor een kwaliteitsvolle werking van de VGR zijn *tijd en werkmogelijkheden* (o.a. *financiële mogelijkheden*). De huidige takenpakketten van de leden laten niet steeds toe het – toch wel zinvol ervaren – werk van de VGR op een goede manier uit te voeren. Vermits iedereen voor zijn individuele expertise is aangenomen, en niet vanuit een bepaalde groepering/instelling, kan die tijd moeilijk/niet verhaald worden op de werkgever.

Er is een *toenemende vraag* van buitenaf (het 'veld') *naar adviesteksten en studierapporten* van de VGR. Dit heeft te maken met een grotere bekendheid van de VGR (o.a. door ruimere verspreiding van het jaarverslag, de symposia). Daarom is een blijvende aandacht voor *externe communicatie* wenselijk: brede verspreiding van VGR-adviezen en studie-rapporten is aangewezen.

⁴⁴ Betrokkenheid van externe experts en mensen uit het veld bij adviesverlening (cf. in de werkgroepen) kan ook tot impasses leiden: een permanente bewaking van de dynamiek binnen de werkgroep is nodig.

Op het ogenblik dat de VGR haar adviezen betekent aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid en aan de voorzitter van het Vlaams Parlement, zouden de adviezen ook publiek kunnen worden gemaakt, bijv. via een VGR-website.

5) Relatie met kabinet en administratie

Frequenter overleg met kabinet en administratie is nodig, niet alleen om afstemming van adviesverlening op het beleid te bevorderen en onduidelijkheden snel uit te klaren, maar ook om de adviesverlening structureel in te bouwen in een vroege fase van beleidsvoorbereiding. Meer contact tussen overheid en VGR kan ook de motivatie van de leden gunstig beïnvloeden. De VGR hecht er ook veel belang aan om *tijdig om advies gevraagd te worden* over alle beleidsrelevante initiatieven.

De aanwezigheid van de verantwoordelijken van de administratie op vergaderingen is, met het oog op voorgaande bemerkingen, noodzakelijk.

3.10. ADVIES OVER DE TOEKOMSTIGE ORGANISATIE EN ROL VAN DE OVERLEGPLATFORMS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er op eigen initiatief van de VGR: op de plenaire vergadering van 19 september 2000 werd beslist dat de werkgroep geestelijke gezondheidszorg (GGZ) het advies *‘een kader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen’ themagewijs zou uitdiepen*. Er werden vier thema’s gekozen: ‘de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’, ‘de toekomstige organisatie en rol van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg’, de doelgroep ‘jeugd’ en de doelgroep ‘ouderen’.

Voorliggend advies betreft *‘de toekomstige organisatie en rol van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg’* – het *tweede deelthema*.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 18 september 2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

De werkgroep ‘geestelijke gezondheidszorg’ telt **11 leden**: *VGR leden*: mevr. H. Dierckx (voorzitter), dhr. dr. J. Janssen en dhr. M. Tack; *externe experts*: dhr. dr. J. Boydens, mevr. M. Craeymeersch, dhr. prof. dr. D. Deboutte, dhr. R. De Rycke, dhr. prof. dr. P. Igodt, dhr. dr. B. Remans, dhr. H. Schröter en dhr. J. Van Holsbeke. Bij de uitwerking van dit thema werden ook dr. J. Lievens en dhr. L. Du Laing als externe deskundige betrokken.

Mevr. K. Colaert volgde het proces van adviesformulering als inhoudelijk medewerker van de VGR op.

Ter voorbereiding van dit deeladvies vond twee keer een overleg plaats met de voorzitters en coördinatoren van de Vlaamse Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg (21/11/2000 en 14/12/2000). Bij de adviesformulering werd tevens uitgegaan van de krijtlijnen en beleidsaccenten omtrent de toekomstige rol van de overlegplatforms, aangegeven door de subsidiërende en erkennende overheid en door de overlegplatforms zelf (zie literatuurlijst). Deze synthese wordt weergegeven in de eerste bijlage.

In de tweede bijlage wordt, bij wijze van voorbeeld, een scenario uitgewerkt. Het betreft een denkoefening m.b.t. de mogelijke inbreng en procesbegeleiding van de overlegplatforms bij het organiseren van zorgcircuits door de GGZ-actoren. Het is slechts één scenario, naast vele andere mogelijkheden (de bijlagen kunnen worden opgevraagd bij het VGR-secretariaat)

De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 21 december 2000. In totaal werd 5 keer vergaderd (21/12/2000, 25/01/2001, 22/02/2001, 22/03/2001 en 27/03/2001).

III. ADVIES

A. Inleiding

In 1990 nam de eerste vrijwillige reconversie in de psychiatrie een aanvang. Dit bracht enkele belangrijke verschuivingen met zich mee, o.a. door het creëren van psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen. Samen met deze reconversie werden ook de overlegplatforms geïnstalleerd.

Overlegplatforms zijn opgericht om *overleg en samenwerking tussen zorgaanbieders* in de geestelijke gezondheidszorg te *bevorderen*. De uiteindelijke doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. In het *KB van 10 juli 1990* staan vier opdrachten geformuleerd:

- 1) onderzoek verrichten en overleg plegen over de behoefte aan psychiatrische voorzieningen in het gebied waar de instellingen en diensten die bij het samenwerkingsverband aangesloten zijn, gevestigd zijn;
- 2) overleg plegen over taakverdeling en complementariteit op het vlak van het aanbod van diensten, activiteiten en beoogde doelgroepen om zo beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren;
- 3) overleg plegen over de mogelijke samenwerking en taakverdeling o.m. inzake crisisinterventie, dagactiviteiten voor psychiatrische patiënten met uitzondering van het oprichten van het beheer van beschut wonen;
- 4) in voorkomend geval overleggen met andere samenwerkingsverbanden.

Mede door de snelle maatschappelijke ontwikkelingen worden andere en tegelijk hogere eisen gesteld aan de geestelijke gezondheidszorg van vandaag. Dit vertaalt zich o.m. in een aangepaste organisatie van de GGZ en dus ook in *nieuwe verwachtingen ten aanzien van de overlegplatforms*.

Overlegplatforms kunnen o.a. een *ondersteunende en stimulerende rol vervullen bij de uitbouw van zorgcircuits en netwerken*. Er zullen nieuwe samenwerkingsovereenkomsten⁴⁵ moeten gesloten worden tussen diverse voorzieningen: functioneel, inhoudelijk, organisatorisch, en/of bestuurlijk. Kernvragen hierbij zijn: welke voorzieningen gaan voor welke doelgroepen samenwerken met welke partners en onder welke voorwaarden? Hoe kunnen de overlegplatforms dit proces faciliteren?

Zowel de federale als de Vlaamse *overheid* trekken een aantal 'krijtlijnen' voor de toekomstige organisatie van de overlegplatforms. Deze krijtlijnen komen niet steeds overeen met wat naar voor is gekomen uit de evaluatie van *de overlegplatforms* na 10 jaar werking. Een vergelijking van beide invalshoeken is daarom nuttig en kan een indicatie zijn van wat haalbaar is in de toekomst (bijlage 1).

⁴⁵ Het betreft hier samenwerking met een juridisch minimaal geformaliseerd karakter, opdat de gevormde netwerken voldoende tegenstelbaar zijn t.o.v. derden.

Algemeen kan gesteld worden *dat de visies van de overlegplatforms m.b.t. hun toekomstige organisatie en rol uiteen lopen*. Sommige willen projectmatig werken en *sterk vernieuwen*. Anderen willen de nadruk leggen op het *zichzelf verbeteren*, maar zonder tot globale vernieuwing over te gaan. Optimalisatie betekent ten minste 1) nagaan wie als partners bijkomend in de overlegplatforms moet betrokken worden, 2) nagaan hoe best kan worden geïnvesteerd in onderzoek om overlappingsen te vermijden en 3) continueren van de ondersteuning van overleg (als corpus van het takenpakket van het overlegplatform).

B. Organisatie en werking

Overlegplatforms situeren zich in Vlaanderen hoofdzakelijk op provinciaal niveau. Door de ontwikkeling van netwerken en zorgcircuits wint het *lokaal en regionaal overleg* echter aan belang. De samenwerking zal immers concreet gestalte moeten krijgen binnen de werkingsgebieden – die aan de basis zullen moeten liggen van de organisatie van zorgcircuits. De grootte van de werkingsgebieden is o.m. afhankelijk van de doelgroep (o.a. prevalentie, specificiteit zorgvragen).

De overheid stelt een programmering voor zorgcircuits op. Het is de taak van de leden van het overlegplatform om na te gaan hoe ze deze *programmering binnen werkingsgebieden* kunnen *invullen*. De overlegplatforms kunnen a.h.v. elementen uit wetenschappelijke studies de door de overheid vooropgestelde criteria evalueren. Het is aangewezen dat de programmering voortdurend wordt bijgestuurd in overleg met het ‘veld’.

Deze heroriëntatie in de structuur en organisatie van zorg heeft als consequentie dat de overlegstructuur in de platforms georganiseerd moet worden op basis van de zorgcircuits per doelgroep i.p.v. per voorzieningensoort: *werkgroepen worden coördinatiegroepen* o.l.v. een coördinator of procesbegeleider. Er worden meer zorgorganisatorische en patiënt-gerichte problemen besproken, waarbij de clinici uit het werkveld meer en nadrukkelijk moeten betrokken worden.

Een dergelijke werking komt best tot zijn recht in een andere organisatie, namelijk in een *dynamische matrixstructuur* waarbij het overwicht van het sectorgebonden overleg bijgestuurd wordt. Deze nieuwe organisatie is gebaseerd op een combinatie van 1) het bestuurlijke organisatieniveau van het overlegplatform (verticale structuur) en 2) het doelgroepgerichte overleg i.f.v. de vorming van de zorgcircuits (horizontale structuur).

C. Samenstelling

De huidige samenstelling van de overlegplatforms is binnen de voorgestelde matrix-structuur niet meer relevant. De structuur van de overlegplatforms is momenteel geënt op de vertegenwoordiging van ‘soorten’ voorzieningen. Naast de 5 soorten leden – m.n. de psychiatrische ziekenhuizen, de PAAZ’en, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de initiatieven beschut wonen en de PVT’s – dienen ook de *vrij gevestigde psychiaters*⁴⁶ *effectief lid* te worden van de overlegplatforms, evenals de relevante *voorzieningen met een RIZIV-conventie* (doelgroep GGZ), *mutualiteiten, huisartsen*⁴⁷ en *patiënten- en familie-organisaties*.

⁴⁶ De positie van de zelfstandig werkende psychologen en psychotherapeuten dient verduidelijkt te worden. Tevens dient gezocht te worden naar een organisatiewijze, waarbij de vrij gevestigde psychiaters op voldoende representatieve wijze aan het overleg kunnen deelnemen. Toekomstige vertegenwoordiging via een provinciale afgevaardigde van de Vlaamse Vereniging voor Zenuwartsen (VVZ) lijkt hiervoor het aangewezen referentiekader.

⁴⁷ Mutualiteiten en huisartsen worden nu reeds expliciet in het KB van 10 juli 1990 vermeld. De participatie aan het overleg van deze groepen – via een officiële afvaardiging – dient zeker versterkt te worden.

Naast deze actoren zullen nog andere partners in het overleg betrokken moeten worden: o.a. SIT's, LOGO's en algemene ziekenhuizen. Het zijn *partners* (actoren in het werkingsgebied) die bij het overleg en de samenwerking worden betrokken i.f.v. *een bepaalde doelgroep*⁴⁸. Het is essentieel dat deze partners hun rol in het overleg kunnen opnemen opdat de overlegplatforms (c.q. de GGZ-sector) zich op die manier meer zouden inbedden in de brede maatschappelijke context⁴⁹. In dit kader is ook de omgekeerde beweging essentieel, nl. de vertegenwoordiging van de GGZ-sector (bij voorkeur via het overlegplatform) binnen het lokale welzijnsoverleg.

Tevens is het nodig dat – naast beheer en directie – ook lokale klinische werkers een actieve rol binnen de overlegplatforms opnemen⁵⁰. Het lijkt daarbij aangewezen om het *onderscheid* te maken *tussen* overleg omtrent *inhoud en organisatie van zorg*. Op basis van dit onderscheid kunnen zowel beheer/directie als patiëntenwerkers een specifieke inbreng hebben.

Het aantal gesprekspartners moet 'haalbaar' blijven – haalbaar in de zin dat flexibele aanspreekpunten gecreëerd worden zodat de overlegmomenten niet exponentieel groeien. Een andere bekommernis betreft het risico van een te grote heterogeniteit van de gesprekspartners met onoverzichtelijkheid als gevolg.

Het is noodzakelijk vast te leggen wat het *mandaat* is van genodigden en/of hoger genoemde externe partners in het overleg. Hun inbreng moet evenwaardig zijn t.o.v. de inbreng van de effectieve leden van het overlegplatform.

D. Transparantie en éénduidigheid in het zorgaanbod

Er is in Vlaanderen een heel *gedifferentieerd aanbod van zorg* (verschillende organisatie van zorg, verschillende financiering van zorg, verschillende instanties voor zorg, enz.). Deze rijkdom wordt nog niet voldoende benut, onder meer door een *gebrek aan transparantie*⁵¹. Het moet bovendien een belangrijk aandachtspunt zijn om dit zorgaanbod te *spreiden*, via de implementatie van zorgcircuits en zorgprogramma's zodat in elk werkingsgebied de minimaal vereiste zorg aanwezig is.

De overheid omschrijft voor elke doelgroep welke zorgfuncties en zorgmodaliteiten in een bepaald werkingsgebied minimaal aanwezig moeten zijn. De programmering hiervan dient te gebeuren op basis van behoeftestudies en andere wetenschappelijke evidentie.

Zorgaanbieders kunnen, samen met een aantal partners, 'intekenen' voor bepaalde zorgfuncties en zorgmodaliteiten om via een netwerk tot de gezamenlijke organisatie van zorgcircuits over te gaan⁵². Dit kan aan de hand van een *netwerkovereenkomst*, een akkoord

⁴⁸ In functie van de betrokken doelgroep moeten specifieke betrokken actoren inspraak krijgen:

- doelgroep jeugd: o.a. MPI's, voorzieningen binnen de Bijzondere Jeugdzorg, Centra voor Leerlingenbegeleiding (zijnde de fusie van de PMS-centra en het MST);
- doelgroep ouderen: o.a. gezinszorg, rusthuizen, RVT;
- doelgroep middelenafhankelijkheid, bijv. drugs (cf. opdrachten voor de overlegplatforms in de federale drugsnota);
- doelgroep 'langdurige hulpvragen': organisaties actief op vlak van tewerkstelling, arbeidszorg en activering, huisvesting.

⁴⁹ Door de doelgroepgerichte benadering van de organisatie van de GGZ in samenwerking met alle relevante partners afhankelijk van de aard van het zorgcircuit, kunnen de principes van vermaatschappelijking en subsidiariteit van de zorg een concreet gezicht krijgen.

⁵⁰ De afvaardiging van de leden – directieleden en bestuurders versus hulpverleners – wordt mee bepaald door de opdracht/rol van het platform en de aard van het overleg of project.

⁵¹ Transparantie kan bereikt worden aan de hand van diverse kerncijfers (bijv. MPG-gegevens, financiële gegevens (cf. de profit-sector), kerndoelstellingen, beheersorganen, patiëntenstromen) – ook in 'social profit'. Interorganisatieel samenwerken is niet mogelijk zonder transparantie: wil men complementair samenwerken, dan moet men elkaars 'cijfers' kennen. Hierin ligt een opdracht voor de overlegplatforms, namelijk deze cijfers samenbrengen en vergelijken, zodat men een goed zicht krijgt op het aanbod in de werkingsgebieden om waar nodig herschikkingen te adviseren.

⁵² Deelname aan het zorgcircuit blijft de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder: tekent men niet in, is er risico dat men op termijn zijn erkenning verliest. Participatie aan een netwerk mag niet geweigerd worden onder de hypothese dat de kandidaat-partner de samenwerkingsafspraken m.b.t. het doelgroepgerichte zorgcircuit onderschrijft.

tussen alle betrokken GGZ-actoren in een werkingsgebied m.b.t. de organisatie van één of meerdere zorgcircuits. ***De opdracht van de overlegplatforms is om de zorgaanbieders ondersteuning te geven bij de concrete vormgeving van zorgcircuits.*** Van een overlegplatform mag verwacht worden dat het na een realistische periode van overleg een ***regionaal beleidsplan*** voor de hele provincie (d.i. het werkingsgebied van het overlegplatform) kan voorleggen. Het overlegplatform staat in voor de bundeling van de overeenkomsten van de verschillende netwerken en de afstemming van de door de actoren voorgestelde zorgcircuits t.o.v. de door de overheid vastgelegde programmering.

De vooropgestelde ***programmering*** fungeert ook als een vorm van ***sturing***: als tekorten of overlappingsen ontdekt worden moet dat een uitnodiging zijn voor de voorzieningen (en andere zorgverstrekkers), de overlegplatforms en de overheid om hier iets aan te veranderen. Het is daarom belangrijk dat de overheid aangeeft ***welke output ze verwacht***. Dit resultaat moet hard gemaakt worden met cijfers (cf. transparantie). Het is de taak van de overheid om te ***evalueren of de vooropgestelde output gehaald is***: nagaan wat de factoren zijn die gespeeld hebben bij het al dan niet halen van het gevraagde resultaat. Er dienen mogelijkheden gecreëerd waarbij bijv. erkenning afhankelijk wordt gemaakt van de gerealiseerde output.

E. Zeggingskracht van overlegplatforms

Hoewel het KB heel duidelijk is wat de overlegplatforms betreft, is het voor de overlegplatforms niet steeds duidelijk wat de overheid van hen verwacht. Uitvoering van het KB kan echter niet tot structurele veranderingen leiden zolang de overlegplatforms niet over een duidelijk mandaat beschikken. Ook de huidige samenstelling – gebaseerd op de verhoudingen tussen de leden voorzieningen – is mede oorzaak van het behoud van de homeostase. ***Communicatie en overleg***, de kernopdracht van de overlegplatforms, zijn processen om mensen te beïnvloeden. Het zijn met andere woorden ***manieren om – op lange termijn – richting te geven*** aan ideeën en concepten. Zorgverleners zijn middels de overlegplatforms 10 jaar regelmatig met elkaar in contact gekomen en in communicatie blijven treden. Dit heeft een bepaalde betrokkenheid doen ontstaan die er zonder de overlegplatforms niet zou geweest zijn. Deze vorm van sturing verloopt evenwel traag en zou via de nodige ondersteuning vanwege de overheid meer resultaatgericht moeten verlopen.

Ook ***in het kader van zorgvernieuwingprojecten*** (bijv. initiatieven zoals psychiatrische thuiszorg of projecten rond crisisinterventie) is ‘overleg’ in de platforms aangewezen. De neerslag van dit overleg wordt aan de overheid overgemaakt, zodat, op het moment dat een voorziening een nieuw project aan de overheid voorlegt, het resultaat van de besprekingen binnen het overlegplatform mee in overweging kan genomen worden. Deze voorafgaande communicatie binnen het overlegplatform is nuttig omdat het platform een overzicht heeft over alle voorzieningen (en hun activiteiten) in de werkingsgebieden behorend tot het werkterrein van het overlegplatform. Het overlegplatform kan m.a.w. ***een advies geven aan de erkennende overheid rond prioriteiten in het zorgaanbod*** op basis van een goed onderbouwd regionaal beleidsplan⁵³ voor de eigen werkingsgebieden en op basis van de ervaringen met experimenten rond zorgcircuits en zorgvernieuwing. Op die manier is er een voldoende garantie dat projecten gedragen zijn door de betrokken actoren in het werkingsgebied en dat ze beantwoorden aan de behoeften van de bevolking.

⁵³ Er is nood aan een theoretische omschrijving en een gestandaardiseerde structuur van een regionaal beleidsplan: ‘met welke cijfers kan je iets aantonen en met welke niet’: er is een duidelijk referentiekader nodig met een goed omschreven methodologie, waarbij een lange termijnvisie aan de basis ligt (cf. infra).

Als overlegplatforms in adviezen investeren, is het belangrijk dat de overheid er rekening mee houdt. De verantwoordelijkheid om in te gaan op een advies of niet ligt bij de overheid zelf: ***erkennen van voorzieningen of netwerken blijft de verantwoordelijkheid van de overheid.*** Er is wel transparantie nodig; indien de overheid het advies van een overlegplatform niet volgt, is een ***omstandige motivatie van de overheid wenselijk waarom zij afwijkt van het advies.*** De overlegplatforms hebben de taak om het proces van de totstandkoming van de zorgcircuits binnen het eigen werkingsgebied (d.i. het provinciale territorium) te ondersteunen en te begeleiden. Van een overlegplatform mag m.a.w. na een realistische periode van overleg (bijv. 3 jaar) verwacht worden dat het een regionaal beleidsplan voor de hele provincie (d.i. het werkingsgebied van het overlegplatform) kan voorleggen dat rekening houdt met de programmering van de zorgcircuits van de overheid. ***Koppelen van de goedkeuring van beleidsplannen aan erkenning en subsidiëring van de overlegplatforms*** is een wenselijke optie. Dit impliceert een sturing door de overheid van de overlegplatforms, en mede daardoor ook van de ontwikkelingen in het zorgaanbod.

F. Relatie met de overheden

De overheid moet aangeven voor welke materies zij hetzij de individuele voorzieningen, hetzij het overlegplatform (= de voorzieningen als groep) aanspreekt. De overlegplatforms bezetten een indirecte positie: de partners worden door de overheid rechtstreeks uitgenodigd om via de overlegplatforms tot samenwerking te komen. Voorzieningen worden nu onvoldoende gemotiveerd om de overlegplatforms als gespreksforum te benutten. Individuele voorzieningen zijn wettelijk niet verplicht om lid te worden van een overlegplatform; het gevaar voor 'papieren' lidmaatschap is niet denkbeeldig.

Overlegplatforms zijn een goed referentiepunt om communicatie met de provinciale besturen op gang te brengen. De meeste overlegplatforms hebben een sterke organisatie (met de focus op GGZ). Dit vormt een tegengewicht t.o.v. de provinciale structuren die zich vooral op welzijn richten. Er is contact nodig tussen provinciale structuren en overlegplatforms (overlegplatforms zouden de bevoorrechte gesprekspartners van de provincies moeten zijn om het beleid op provinciaal niveau te ondersteunen). Dit kan geformaliseerd worden in een jaarlijkse wederzijdse rapportering, en kan worden ingevuld afhankelijk van de geplogenheden binnen de provincies en de respectievelijke overlegplatforms.

Er bestaat momenteel geen geformaliseerd communicatiekanaal tussen zowel de subsidiërende als de erkennende overheid en overlegplatforms, waardoor de communicatie m.b.t. de opdrachten van de overlegplatforms versnipperd en gebrekkig verloopt. Een officiële vertegenwoordiging van beide overheden op het gemeenschappelijk overleg van de overlegplatforms kan hieraan tegemoet komen.

G. Overlegplatforms: dienstverlening ten behoeve van de patiënt

Het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu start via de overlegplatforms met een ***proefproject betreffende de bemiddelingsfunctie*** met als doel de operationalisering van het begrip klachtenopvang in de gezondheidszorg. *'De geschetste problematiek is niet essentieel anders binnen de somatische en geestelijke gezondheidszorg. (...) Op basis van de reeds opgebouwde expertise en knowhow kan de geestelijke gezondheidszorg op korte termijn, binnen een experimenteel kader, door middel van actie-onderzoek, de nodige elementen aandragen om het systeem van klachtenbemiddeling te veralgemenen binnen de volledige gezondheidszorg'*⁵⁴.

⁵⁴ Omzendbrief d.d. 25 januari 2001 aan de voorzitters van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, omtrent proefproject betreffende de bemiddelingsfunctie.

De overlegplatforms moeten *ondersteunend en faciliterend optreden t.a.v. de patiëntenwerking op lokaal niveau, uitgevoerd en gedragen door patiënten- en familieorganisaties (d.i. 'empowerment')*⁵⁵. Als instellingsoverschrijdend initiatief is het overlegplatform, mits toepassing van het *subsidiariteitsprincipe*⁵⁶, een geschikt kader om patiënten te informeren, klachten op te vangen, te inventariseren en indien mogelijk te bemiddelen. Het is aangewezen dat de overlegplatforms dit steeds doen *in overleg met de betrokken organisaties* (bijv. Vlaams Patiëntenplatform, Federatie van Vlaamse Simileskringen, vzw Uilenspiegel). Meer algemeen blijkt in de praktijk *het provinciale niveau een goede orde van grootte te zijn voor serviceverlening*. Dankzij de bekendheid van de overlegplatforms krijgen zij ook meer en meer vragen. Ze kunnen als een soort 'meldpunt' of ombudsfunctie functioneren waar goede informatie te vinden is voor zowel patiënten, families en gebruikers als verwijzers binnen en buiten de GGZ, over de GGZ in het eigen werkingsgebied.

H. Financiering

Het overlegplatform krijgt duidelijker omschreven opdrachten en de verwachtingen zijn groter. Hiervoor zal o.a. meer logistieke steun nodig zijn, en dus ook een bijkomende financiële ondersteuning.

Op de eerste plaats is er een *verschuiving* nodig *van interne gelden*, in het voordeel van de procesbegeleiding bij het organiseren van zorgcircuits. Daarnaast is er een *directe financiering* nodig *voor bijkomende opdrachten* (bijv. dienstverlening ten behoeve van patiënten, projectmatige opdrachten). Aanvullend zijn er financiële middelen nodig om *mensen met een klinische expertise expliciet te betrekken bij het overlegproces dat moet leiden tot de oprichting van de zorgcircuits*.

Daarnaast zal onderzocht moeten worden wat de kostprijs is van het management van de geïnstalleerde zorgcircuits, vanuit welke middelen en met welke financieringsmethodieken de overheden op termijn deze bijkomende werkzaamheden t.l.v. de actoren of voorzieningen kunnen financieren, dit ter voorbereiding van de toekomstige financiering van de zorgcircuits.

I. Uitstippelen en realiseren van een gecoördineerd GGZ-onderzoeksbeleid

Toegepast onderzoek is een opdracht van de overlegplatforms. De overlegplatforms hebben in hun feitelijke werking aangetoond dat ze een belangrijke rol kunnen opnemen in de begeleiding van onderzoek, en in de ondersteuning en begeleiding van voorzieningen die samen aan zorgvernieuwing en zorgontwikkeling willen werken. Dergelijke *kleinschalige en provinciale onderzoeksprojecten* kunnen informatie genereren met een specifieke lokale meerwaarde. Dit onderzoek haalt echter niet de nodige draagkracht omdat de overlegplatforms afzonderlijk kleinschalige en kortstondige onderzoeken opstarten – waarvoor geen groot budget beschikbaar is. Bovendien lopen in veel overlegplatforms gelijkaardige of dezelfde onderzoeken met verschillende methodieken zodat vergelijking tussen de provincies moeilijk is.

Onderzoek zou voor bepaalde gemeenschappelijke thema's meer afgestemd en gecoördineerd moeten verlopen. Het is belangrijk dat er voor bepaalde zaken die tot structurele veranderingen kunnen leiden (bijv. behoefteonderzoek, beleidsplannen), een methodologie

⁵⁵ door het ter beschikking stellen van financiële middelen, tijd en mankracht

⁵⁶ De zorgverlener is het meest geschikt om de patiënt te informeren. Pas als hij/zij hieraan niet kan voldoen, moet deze taak verschuiven naar een andere niveau – steeds zo dicht mogelijk aansluitend bij de individuele patiënt, het niveau van de zorg en de voorziening, of indien nodig het voorzieningsoverschrijdend niveau (dan is het overlegplatform een goed aanknopingspunt).

gezocht wordt, die voor alle overlegplatforms gelijk is. Om te kunnen investeren in een gezamenlijk onderzoeksbeleid kan bijv. een deel van de middelen (ook mensen, inzichten en expertise) van de overlegplatforms beter **gepooled** worden **op Vlaams niveau, met een gemeenschappelijke coördinatie** vanuit de participerende overlegplatforms.

Beide werkmethodeken, namelijk enerzijds specifieke lokale en provinciale projecten en anderzijds een Vlaams onderzoeksbeleid – mede gedragen door de overlegplatforms – voor de gemeenschappelijke thema's, dienen evenwaardig naast elkaar te kunnen bestaan.

Een andere hinderpaal voor degelijk onderzoek is dat **belangrijke gegevens niet voorhanden, niet toegankelijk of onvoldoende gestandaardiseerd** zijn: daardoor zijn ze ook niet bruikbaar voor bespreking en inpassing in bijvoorbeeld de regionale beleidsplannen. In dit kader is het noodzakelijk dat de overlegplatforms kunnen beschikken over onder meer de MPG-gegevens en de gegevens m.b.t. de Vlaamse registratie van de CGG's voor zover het hun eigen leden betreft. Voorwaarde is dat een evenwicht wordt gevonden tussen minimale en wenselijke gegevens enerzijds en de afstemming tussen de overheden anderzijds.

Literatuurlijst

DE GEEST, G. (2000) *Verwachtingen en impulsen vanuit de Vlaamse overheid*. In: Verslag Symposium: het eerste decennium overlegplatforms GGZ: terug- en vooruitblik, vrijdag 8 december 2000, Oude Abdij, drongen.

KEIRSE, M. (2000) *Verwachtingen en impulsen vanuit de federale overheid*. In: Verslag Symposium: het eerste decennium overlegplatforms GGZ: terug- en vooruitblik, vrijdag 8 december 2000, Oude Abdij, drongen.

NASSEN, E., ET AL (2000) *Nieuw beschrijvend begrippenkader geestelijke gezondheidszorg*. VVI-VMSI

PONCELET, J., M. SMEETS (2000) *Evaluatie van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg*. In: Verslag Symposium: het eerste decennium overlegplatforms GGZ: terug- en vooruitblik, vrijdag 8 december 2000, Oude Abdij, drongen.

REMANS, B. (1998) *Netwerken als spiegelpaleizen. Lezing in het kader van Permanente Vorming psychiatrie*. Leuven, 3 december 1998, Brugge, 10 december 1998.

REMANS, B. (1999) *Regionalisering in de Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg – sneuveltekst VGR*

REMANS, B. (2001) *Een beleidspsychiatrisch perspectief voor psychiatrische zorgcircuits – sneuveltekst VGR*.

VAN HOLSBEKE, J. (2000) *De rol van de overlegplatforms binnen de vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. In: Verslag Symposium: het eerste decennium overlegplatforms GGZ: terug- en vooruitblik, vrijdag 8 december 2000, Oude Abdij, drongen.

3.11. ADVIES OVER GEZONDHEIDSSCHADENDE EFFECTEN VAN MILIEUFACTOREN

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er op eigen initiatief van de Vlaamse Gezondheidsraad. Het advies handelt over prioriteiten en inzichten naar de toekomst toe inzake gezondheidsschadende effecten van milieufactoren.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 20 november 2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

Dit advies kwam tot stand binnen *de VGR-werkgroep 'Gezondheid en Fysisch-Chemisch Milieu'*. Daartoe kwamen de leden van de werkgroep bijeen op 4 september 2000. Dit advies is opgesteld op basis van de besprekingen tijdens deze vergadering, schriftelijke bemerkingen en aanvullingen en telefonische contacten met de werkgroepleden.

De werkgroep telt **12 leden**: *VGR leden*: dhr. prof. dr. L. Hens, dhr. prof. dr. K. Raes, dhr. prof. dr. N. Van Larebeke (voorzitter); *externe experts*: dhr. prof. dr. M. Boogaerts, dhr. prof. dr. F. Comhaire, mevr. prof. dr. M. Kirsch-Volders, dhr. prof. dr. G. Moens, dhr. prof. dr. B. Nemery, dhr. prof. dr. W. Stevens, dhr. prof. dr. M. Van Sprundel, mevr. dr. M. K. Viane en dhr. prof. dr. R. Vlietinck.

Aan dit advies ging heel wat voorbereidend werk vooraf. De neerslag van deze voorbereidingen kan onderverdeeld worden in een aantal rapporten. Elk van deze rapporten wordt kort toegelicht in de bijlagen (deze kunnen worden opgevraagd bij het VGR-secretariaat):

⇒ *Milieufactoren en hun gezondheidseffecten, met hoofdstukken over:*

- 1.1. Agentia die huidaandoeningen kunnen veroorzaken
- 1.2. Agentia die aandoeningen van de luchtwegen kunnen veroorzaken
- 1.3. Agentia die endometriose kunnen veroorzaken
- 1.4. Pesticiden die kanker kunnen veroorzaken
- 1.5. Polluenten (andere dan pesticiden) die kanker kunnen veroorzaken
- 1.6. Agentia die de fertiliteit kunnen aantasten (zie fiche, alsook de tabel met meer uitgebreide informatie)
- 1.7. De immunotoxiciteit van dioxines
- 1.8. Agentia die Cardiovasculaire of nieraandoeningen kunnen veroorzaken
- 1.9. Niet-ioniserende electromagnetische straling.

⇒ *Aandoeningen die kunnen veroorzaakt worden door milieufactoren. Deze sectie bestaat uit een samenvatting over een aantal belangrijke aandoeningen met een aantal wetenschappelijke rapporten in bijlage.*

Gezien de omvang van deze rapporten, dienen ze aangevraagd te worden bij het VGR-secretariaat.

⇒ *Instanties in Vlaanderen die over blootstellingsgegevens beschikken. Bestaat uit een korte samenvatting en verwijst naar het rapport "Blootstelling aan gezondheids-schadende agentia in Vlaanderen: overzicht van de bestaande gegevens", opgesteld door de Eenheid Menselijke Ecologie van de VUB., in opdracht van de VGR.*

⇒ *Kwantitatieve aspecten van een aantal blootstellingen. Deze sectie bestaat uit een samenvatting van twee rapporten, opgesteld in opdracht van de Vlaamse Milieu-maatschappij, voor het milieu en natuurrapport Vlaanderen met de oorspronkelijke rapporten in bijlage.*

Het verzamelen van de zeer talrijke gegevens waarop dit advies gebaseerd is, werd mogelijk gemaakt door:

- de inspanningen van de leden van de werkgroep en van een aantal experts buiten de werkgroep;
- twee studies in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad, namelijk een literatuurstudie inzake *'Kwantitatieve aspecten van gezondheidsbedreigende milieufactoren'* en een op een

bevraging gesteund rapport over 'Blootstelling aan gezondheidsschadende agentia in Vlaanderen: overzicht van de bestaande gegevens';

- het kunnen gebruik maken van de wetenschappelijke rapporten over gevolgen voor de menselijke gezondheid, opgesteld in opdracht van de Vlaamse Milieumaatschappij in het kader van het *MIRA 2000-Scenario rapport*.

Op 20 september werd de prioriteitenlijst inzake schadelijke agentia (cf. p. 9 van het advies) voorgelegd aan een aantal experts van binnen en buiten de werkgroep. Op basis van de bevindingen in deze expertenmeeting werd de finale prioriteitenlijst voor schadelijke agentia in dit advies opgesteld.

III. RESULTATEN

A. Voorafgaande beschouwingen

In een eerste voorlopige versie omvatte dit advies ook een sectie over 'Omgevingsgebonden risicofactoren voor de geestelijke gezondheid'. Omwille van wijzigingen in de taakverdeling binnen de Vlaamse Gezondheidsraad en de splitsing van de werkgroep 'Milieu en Gezondheid', met oprichting van een afzonderlijke werkgroep 'gezondheid en psycho-sociaal Milieu', werd deze sectie niet verder uitgewerkt en bijgevolg niet opgenomen in dit advies. Het advies is veelomvattend, maar toch is het zeker niet volledig⁵⁷.

B. Inzichten naar de toekomst toe en prioriteiten

Een volledig en definitief rapport opstellen over de gezondheidsschadende effecten van milieufactoren is uiteraard niet mogelijk. Wel zijn de werkgroepen 'Milieu en Gezondheid' (in een eerste periode) en vervolgens de werkgroep 'Gezondheid en Fysisch-Chemisch Milieu' erin geslaagd een overzicht te geven van:

- de belangrijkste gezondheidsbedreigende fysisch-chemische milieufactoren;
- de aandoeningen die erdoor kunnen veroorzaakt worden;
- de instanties in Vlaanderen die over blootstellingsgegevens beschikken;
- kwantitatieve aspecten inzake blootstelling en gezondheidseffecten – voor een beperkt aantal agentia.

Met nauwkeurigheid aangeven in welke mate gezondheidsschade optreedt, is totaal onmogelijk. De mate waarin personen blootgesteld zijn aan de verschillende milieufactoren is immers slechts bij benadering gekend, en de onzekerheid inzake het pathogeen vermogen van een bepaald agens bij blootstelling aan lage dosissen is in veel gevallen zeer groot en kan soms meer dan een factor honderd bedragen.

Uit dit overzicht blijkt dat zeer talrijke milieufactoren de gezondheid kunnen schaden. Het lijkt ook waarschijnlijk dat hun belang voor de volksgezondheid onderschat werd, zowel in Vlaanderen als in de meeste westerse landen. Deze onderschatting houdt verband met de zeer grote complexiteit van het probleem: de invloed van elke milieufactor op zich is meestal zeer klein en nagenoeg niet te meten, en gezondheidsschade vloeit meestal voort uit blootstelling aan verschillende complexe mengsels waartussen talrijke interacties plaatsvinden die moeilijk kunnen blootgelegd worden. Bovendien stelt de impact van milieufactoren

⁵⁷ Hoewel ongetwijfeld een belangrijke gezondheidsbedreigende fysische milieufactor, werd bijvoorbeeld lawaai niet opgenomen in deze studie.

op de gezondheid een maatschappijprobleem. Heel wat belangengroepen neigen ertoe het ernstig nemen van deze problematiek uit te stellen.

De VGR beklemtoont dat het **een prioriteit** is **om het micro-milieu** (met onder meer tabaksrook, infestatie met schimmels, huisdieren) **aan te pakken**, naast de aandacht voor het macro-milieu (bijv. verkeer, industrie).

a. Inzichten naar de toekomst toe

Gezien, doorheen het leefmilieu, blootstelling plaatsgrijpt aan zeer talrijke agentia waarvan het gezondheidsschadend vermogen slechts zeer gedeeltelijk gekend is, lijkt het redelijk te stellen dat:

- het ontwikkelen van een nieuwe meetstrategie met daarin inbegrepen de oprichting van een effectgericht meetnet, complementair aan het klassieke meetnet, een combinatie van toxicologische metingen met chemische metingen kan toelaten chemische agentia verantwoordelijk voor biologische effecten te identificeren.
- het bevorderen en intensifiëren van epidemiologische en moleculair-epidemiologische studies,
- en het nastreven van de fysisch-chemische hygiëne; (bestaande uit het zoveel mogelijk inperken van de blootstelling aan reactieve of hormoonverstorende scheikundige stoffen en schadelijke stralingen)

nodige voorwaarden zijn om de negatieve impact van milieufactoren op de menselijke gezondheid te verminderen.

1) Een nieuwe meetstrategie: naast het klassieke ook een effectgericht meetnet

□ Testen van milieustalen

Tot op heden bestaat de bewaking van het leefmilieu nagenoeg uitsluitend uit het meten van scheikundige stoffen en stralingen. Gezien het zeer grote aantal potentieel belangrijke agentia (die niet allemaal kunnen gemeten worden) is het aangewezen met behulp van een aantal biologische tests na te gaan of in een gegeven compartiment (lucht, water, bodem, voeding) een gezondheidsschadende activiteit aanwezig is. Dergelijke effectgerichte, functionele tests geven aan of stoffen aanwezig zijn die een effect hebben op voor de menselijke gezondheid belangrijke eindpunten, zoals DNA-schade, hormoonverstoring, verstoring van afweermechanismen, beschadiging van celgroei. Wanneer de hierbij genomen tests geen afwijkende resultaten tonen, betekent dit dat het risico op direct potentieel gevaar sterk gereduceerd is. Positieve stalen kunnen verder geanalyseerd worden om de chemische componenten te identificeren. Het uitbouwen van een effectgericht meetnet is een prioriteit en is m.b.t. genotoxiciteit vrij snel te implementeren. Inzake genotoxiciteit moet de klemtoon trouwens op biomonitoring van het leefmilieu liggen, omdat biomonitoring op de mens bijzonder ongevoelig is in termen van opsporen van mutagene en kankerverwekkende effecten. Inzake hormonale verstoring zijn er reeds enkele biomonitoring tests beschikbaar, maar is er internationaal nog geen consensus over de aan te wenden methoden. Ontwikkelen van betere tests is hier een prioriteit. Met betrekking tot stoffen die vooral via de voeding risico's meebrengen is het meten van hun gehalte in lokaal geproduceerde voedingswaren het beste bewakingsinstrument voor de bescherming van de menselijke gezondheid.

□ Biomonitoring bij de mens: meten van interne blootstelling en effecten

Op grond van wetenschappelijke inzichten met betrekking tot de opname van toxische stoffen in het menselijk lichaam en het ontstaansmechanisme van een aantal belangrijke aandoeningen (vooral dan m.b.t. synergistische interacties) mag men inderdaad verwachten dat het effect van milieufactoren op de menselijke gezondheid niet altijd voorspeld en ingeschat kan worden op basis van metingen op milieustalen. Zulks blijkt ook uit een aantal epidemiologische en moleculair-epidemiologische studies, onder meer uit het onderzoek 'Milieu en Gezondheid' in Vlaanderen op groepen personen uit Hoboken, Wilrijk en Peer. Een biomonitoring op de mens is daarom eveneens noodzakelijk. Deze moet betrekking hebben op het meten van de inwendige dosis van pollutanten en op het opvolgen van biologische en gezondheidseffecten, enerzijds in het kader van blootstelling aan respectievelijk typische stedelijke, industriële en agrarische milieus, en anderzijds in het kader van 'crisis'-situaties.

□ Epidemiologisch onderzoek

In ons land staan tal van bepalingen het uitvoeren van degelijke epidemiologische studies in de weg. Het verwijderen van een aantal onnodige belemmerende factoren, die berusten op een verkeerd interpreteren van de schending van het privé-leven, is aangewezen. Degelijk epidemiologisch onderzoek kan belangrijk zijn bij de detectie van schadelijke effecten en is nodig om inzicht te krijgen in de etiologische fractie, de mate waarin een bepaalde factor een oorzaak (nodige voorwaarde) is in het ontstaan van een bepaalde pathologie in een bepaalde populatie.

Het is nodig hier te pleiten voor epidemiologische studies die kwalitatief aanvaardbaar zijn (d.i. planmatig, strategisch, systematisch en doordacht – methodologisch correct). Het is daarbij belangrijk dat er in Vlaanderen aandacht wordt besteed aan een algemeen kader voor strategisch systematisch epidemiologisch onderzoek, met daarbovenop incident-gebonden onderzoek.

2) *Nastreven van de fysisch-chemische hygiëne*

We zijn blootgesteld aan duizenden gezondheidsschadende stoffen, elk in lage of zelfs zeer lage dosis; de onzekerheden m.b.t. hun potentie en m.b.t. de verhoudingen tussen de verschillende risico's zijn groot en onze capaciteit tot het stellen van prioriteiten is onvoldoende. Willen we de incidentie van een aantal 'beschavingsziekten' doen dalen dan is het nastreven van een fysisch-chemische hygiëne wellicht een nodige voorwaarde. Deze ***fysisch-chemische hygiëne bestaat erin de blootstelling aan reactieve scheikundige stoffen, aan hormoon-achtige stoffen en tevens aan bepaalde vormen van straling te beperken, en heeft betrekking zowel op antropogene als natuurlijke agentia.***

Prioritaire aandachtspunten inzake fysisch-chemische hygiëne zijn het terugdringen van de bioconcentratie van accumuleerbare stoffen (zoals dioxines, PCBs, zware metalen, sommige pesticiden, farmaca, enz.) in het voedsel, het verminderen van de totale uitstoot door verkeer: Hieraan kan tegemoet gekomen worden door 1) het gebruik van minder vervuillende voertuigen ter verlaging van de blootstelling aan ozon, benzeen en polycyclische aromatische koolwaterstoffen en 2) stimuli voorzien om te komen tot minder verkeer, de verdere reductie van de uitstoot van cadmium, lood, arseen en dioxines door bepaalde industriële sectoren, en 3) de aanwending af te remmen van producten of procedees die vervuillend, of onvoldoende getest zijn (bijv. vernevelaars).

Mogelijke meer specifieke maatregelen, die binnen afzienbare tijd kunnen ingevoerd worden, zijn:

- Onderzoek naar aangepaste technieken voor het elimineren van hormoonverstorende stoffen tijdens de waterzuivering, waarbij kan worden gestreefd naar versterkte afbraak via bacteriologische of chemische processen, en/of absorptie aan vaste dragers zoals filters of partikels.
- Betere informatie geven over de voor en de nadelen van het houden van huisdieren type kat en hond, zeker in atopische families.
- Onderzoek naar het activeren van inerte agentia tot gezondheidsschadende stoffen in waterzuiveringsstations (voorbeeld: ethoxylaten).
- Dosisvermindering en optimalisering van de beschermingsmiddelen bij medische toepassingen van ioniserende stralen.
- Beperking van de huidige en toekomstige dosisbelasting van de bevolking in de buurt van zones met verhoogde concentraties van stoffen die ioniserende straling afgeven (dit kan o.m. door het afgraven van kleinere gebieden zoals een besmet wegdek of de oeverbesmetting van enkele kleine rivieren; het beperken van het grondgebruik in de besmette zones tot het kweken van voedergewassen of het omvormen van de zone in natuurgebied; het afdekken van besmette zones met een voldoende dikke kleilaag).
- Inspanningen leveren op regionaal/nationaal/Europees vlak om een degelijke bekendmaking van ingrediënten in producten (huis, tuin en voeding) te verplichten.

Alhoewel de fysisch-chemische hygiëne op korte termijn belangrijke kosten impliceert, kan het nastreven ervan op lange termijn gunstige economische effecten hebben. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst de fysisch-chemische hygiëne en het rationeel gebruik van grondstoffen een steeds grotere betekenis krijgen als motor van de economie.

a. Prioriteiten

Hoewel niet gemakkelijk en onzeker, lijkt het toch mogelijk, en daarenboven noodzakelijk, om een aantal prioriteiten aan te geven. Eerst worden een aantal **agentia** vermeld die als pathogene factoren prioritair aandacht verdienen; vervolgens wordt aandacht besteed aan de **compartimenten** en tenslotte worden een aantal **activiteiten** (sectoren) aangeduid die een aanzienlijke bedreiging voor de gezondheid met zich brengen en bij prioriteit dienen aangepakt te worden in het kader van de gezondmaking van het leefmilieu. Uiteraard moeten binnen een sector (activiteit) prioriteiten gesteld worden, rekening houdend met de prioriteiten inzake agentia.

1) Prioritaire agentia

Hieronder worden een aantal (groepen) agentia opgesomd, gerangschikt in drie klassen in volgorde van dalende prioriteit wat hun impact (als milieufactor) op de volksgezondheid betreft⁵⁸. Voor binnenhuispolluenten wordt een afzonderlijke klassering opgegeven. Bij de klassering van de agentia werd rekening gehouden met:

- aantal gevallen van een aandoening vermoedelijk geassocieerd met blootstelling aan de betrokken factor (incidentie, prevalentie);
- ernst van de aandoening (rekening houdend met verlies aan gezonde levensjaren, met referentie naar het DALY (disability adjusted life year) concept);
- verlies aan kwaliteit van het leven (voor zover niet reeds verrekend in het DALY- en QALY (Quality Adjusted Life Year) concept);

⁵⁸ De hier opgegeven klassering is deze die resulteert uit de expertenvergadering van 20 september 2001.

- de persoonlijke vrijheid (mogelijkheid) om de blootstelling zelf te beïnvloeden;
- het intrinsiek pathogeen vermogen van het agens (van belang voor de kans op ziekte wanneer zich toch accidenteel een blootstelling voordoet aan een agens dat doorgaans niet in het leefmilieu voorkomt).

De werkgroep is er zich terdege van bewust dat wetenschappelijke inschatting van prioriteiten geen zaak van democratie is (de meerderheid kan wetenschappelijk ongelijk hebben). Gezien de complexiteit van de materie en de beperkingen van de competentie van elk individuele expert lijkt het echter aangewezen de resultante van de mening van een aantal experts naar voor te schuiven. Men hoopt op deze wijze een rangschikking te bekomen die weliswaar niet volledig sluitend is maar toch een ernstige aanwijzing geeft van waar de prioriteiten liggen⁵⁹.

Oorspronkelijk werd door de werkgroep “Fysisch-chemisch Milieu en Gezondheid” geopteerd voor een ranglijst eerder dan discrete klassen, omdat een ranglijst meer de notie van een gradatie insluit: tussen een 2° en een 3° plaats is het verschil misschien onbestaande of toch alleszins onzeker, maar het agens op de 2° plaats zal naar alle waarschijnlijkheid meer risico's inhouden dan dat op de 12° plaats. Nochtans waren sommige experts, aanwezig op expertenvergadering van 20 september, niet bereid om de agentia één voor één te rangschikken. Deze collega's gaven er de voorkeur aan iedere agens te klasseren in één van drie klassen m.b.t. hun belang als gezondheidsschadende milieufactor: “Zeer belangrijk”, “Belangrijk”, “Minder belangrijk”, met dien verstande dat het om een relatieve klassering gaat, wat inhoudt dat een klassering als “Minder belangrijk” niet betekent dat aan het betreffende agens geen belang moet worden toegekend als gezondheidsbedreigende milieufactor. Ook de plenaire vergadering van de V.G.R. heeft de voorkeur gegeven aan een rangschikking beperkt tot drie klassen. In bijlage 5 vindt men een tabel met sommige cijfergegevens m.b.t. de klassering (als “Zeer belangrijk”, “Belangrijk” of “Minder belangrijk”) van de agentia.

❑ Polluenten van het leefmilieu in het algemeen (ook buitenshuis)

• Zeer belangrijke agentia

Stofdeeltjes in de ingeademde lucht: stofdeeltjes, en dan vooral de deeltjes kleiner dan 10 µm, en meer nog deze die kleiner zijn dan 2,5 µm, verergeren ontstekingen van de luchtwegen en asthma, dragen mogelijks bij tot het ontstaan van deze ziekten en zijn (op korte termijn) geassocieerd met een toename van de sterfte. Stofdeeltjes kleiner dan 10 µm zijn, in sommige studies, geassocieerd met een toegenomen incidentie van longkanker zowel bij mannen als bij vrouwen.

Zware metalen: deze zijn wellicht van groot belang in Vlaanderen en kunnen de ontwikkeling en de werking van het zenuwstelsel verstoren, nierziekten induceren, kanker veroorzaken.

Lood: inductie van nierziekten, verstoring van de ontwikkeling en de werking van het zenuwstelsel, hypertensie, kanker

⁵⁹ Het is belangrijk aan te geven dat deze prioriteitenlijst ook enigszins onderhevig is aan invloed van tijd en ruimte (d.i. over een jaar kunnen de omstandigheden zo veranderd zijn dat een andere prioriteitenlijst moet opgesteld worden).

Cadmium: inductie van nierziekten, verstoring van de ontwikkeling en van de werking van het zenuwstelsel, kanker

Kwik: nierziekten, verstoring van de ontwikkeling en van de werking van het zenuwstelsel; inductie van sclerodermie-achtige afwijkingen

Chroom: kanker, allergische aandoeningen

Arseen: kanker

Nikkel: kanker; allergische aandoeningen

Dioxines en PCBs: deze krachtige receptorbindende stoffen dragen bij tot het kankerrisico en hebben immunotoxische, hormoonverstorende en ontwikkelingsverstorende effecten, waarbij vooral de verstoring van de ontwikkeling van het zenuwstelsel zorgen baart. Zouden ook kunnen betrokken zijn bij de inductie van endometriose.

Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen (PAK's) en hun Atmosferische reactieproducten: blootstelling gebeurt via ademhaling en voeding, kan kanker veroorzaken en draagt bij tot het ontstaan van verscheidene ziekten van de luchtwegen.

- **Belangrijke agentia**

Pesticiden: in het bijzonder: hexachloorcyclohexanen (kanker, hormoonverstorend; verstoring vruchtbaarheid); huishoudelijk gebruik van dichloorvos (kanker); atrazine (kanker); simazine (kanker); methoxychlor (kanker); 4,6-dinitro-o-cresol; ethyleendibromide (kanker, vruchtbaarheid); hexachlorobenzeen (kanker, hormoonverstoring); dieldrin (hormoonverstorend, kanker); vinclozolin (hormoonverstorend, verstoring vruchtbaarheid).

Alkylfenolen en hun polyethoxylaten: Onder de alkylfenoethoxylaten zijn de nonyl (hoofdzakelijk), octyl en dodecyl derivaten commercieel het belangrijkste. Naast zijn gebruik als oppervlaktespanning verlagende stof wordt nonylfenol gebruikt als looimiddel, als een component van pesticideformuleringen, als een anti-oxidans in plastics en rubber, als een additief in smeermiddelen, bij de productie van verven en lijmen, en als een component bij de productie van epoxyharsen. Hormoonverstorende stoffen die de mannelijke fertiliteit kunnen aantasten.

Ozon: draagt bij tot ontsteking van de luchtwegen. Veroorzaakt longkanker bij B6C3F1 muizen. Is geassocieerd met een verhoogde incidentie van longkanker bij mannen in Californië. G

Nitraten: een verhoogd inname gaat gepaard met een verhoogde vorming, in de maag, van mutagene en kankerverwekkende nitrosamines. In Vlaanderen is verontreiniging door nitraten een veel voorkomend probleem. Vooral verhoogde concentraties in groenten vormen een probleem.

Stikstofoxydes: veroorzaken of verergeren aandoeningen van de luchtwegen. Spelen een belangrijke rol in atmosferische reacties waarbij andere gezondheidsschadende stoffen ontstaan.

Phtalaten, als belangrijke componenten van bepaalde plastics, werken hormoonverstorend en kunnen bijdragen tot een verminderde vruchtbaarheid. Phtalaten (zoals di-n-butyl-, di-ethylhexyl en butylbenzylphtalaat) worden algemeen gebruikt als weekmakers in polymeren zoals PVC, in verven, lijmen, adhesieven, drukinkten en stopverven. Aangezien de phtalaten enkel fysisch, en niet chemisch gebonden aanwezig zijn, kunnen ze uitgewassen worden of migreren uit de polymeren naar andere materialen waarmee ze in contact staan, namelijk naar vloeistoffen of naar de lucht door vervluchtiging.

Geluidsoverlast: verstoort vermoedelijk het psychisch evenwicht; kan een vermindering van het gehoor veroorzaken en kan bijdragen tot het ontstaan van hypertensie.

- **Minder belangrijke agentia**

Alkenen en sommige derivaten: deze genotoxische kankerverwekkende stoffen hebben misschien een impact die vergelijkbaar is met deze van de PAKs.

Gechloreerde alkenen zoals trichloroethyleen, hexachlorobutadiën en vinylchloride (Vinylchloride is kankerverwekkend en kan aanleiding geven tot een Raynaud fenomeen (verstoring van de bloedsomloop in de vingers) en tot de auto-immuunziekte sclerodermie).

Trihalomethanen zoals chloroform, bromoform, bromodichloromethaan en chlorodibromomethaan. Ontstaan vooral in door behandeling van oppervlaktewater geproduceerd drinkwater.

Asbest en keramische vezels: Asbest concentraties zoals die op sommige plaatsen in Vlaanderen (bijv. drukke kruispunten en afvalstortplaatsen) voorkomen brengen een betekenisvolle toename van het risico op sommige kankers.

Ultraviolet licht: inductie van kanker; inductie van de auto-immuunziekte Lupus. De inductie van huidkanker neemt toe met 1,4% per 1% afname aan de ozonconcentratie in de hogere lagen van de atmosfeer.

Boompollen: allergische aandoeningen. Mogelijk in synergetische interactie met dieseluitletstoffen.

Ioniserende straling te wijten aan menselijke activiteiten (medische toepassingen niet meegerekend): kanker; hier dient opgemerkt dat blootstelling aan ioniserende straling grotendeels op medische toepassingen of op natuurlijke bronnen berust en niet direct voor preventie door milieusanering in aanmerking komt.

Op de expertenvergadering werd ook gewezen op het belang van andere agentia, te weten benzeen, koolstofmonoxyde, niet ioniserende elektromagnetische stralingen, SO₂, synthetische hormonen, gepolybromineerde bifenylen, siliciumverbindingen. Deze agentia werden niet gerangschikt.

In onderstaande tabel worden, ter vergelijking met de prioriteiten zoals hierboven gesteld, **de 20 meest prioritaire stoffen opgegeven zoals die voorkomen in de "CERCLA List of Priority Hazardous Substances" van het U.S.A. Agency for Toxic Substances and Disease Registry**. Deze lijst heeft betrekking op plaatselijke verontreiniging, hoofdzakelijk rond afvalstorten. Op te merken valt dat sommige stoffen of producten dubbel voorkomen, namelijk afzonderlijk en behorende tot een klasse.

Rangschikking volgens dalende prioriteit	Stof of klasse van stoffen
1	Arsenic
2	Lood
3	Kwik
4	Vinylchloride
5	Benzeen
6	PCBs
7	Cadmium
8	Benzo(a)pyreen
9	Polycyclische aromatische koolwaterstoffen
10	Benzo(b)fluorantheen
11	Chloroform
12	DDT, P,P'-
13	Aroclor 1260 (PCB mengsel)
14	Aroclor 1254 (PCB mengsel)
15	Trichloroethyleen
16	Chroom, hexavalent
17	Dibenzo(a,h)anthraceen
18	Dieldrin
19	Hexachlorobutadiëen
20	DDE, P,P'-

❑ Binnenhuispolluenten

• Zeer belangrijke agentia

Tabaksrook: binnenshuis ongetwijfeld zeer belangrijk: kanker, ontsteking van de luchtwegen.

• Belangrijke agentia

Benzeen en andere solventen: kunnen in sommige omstandigheden een betekenisvolle bijdrage leveren tot het ontstaan van kanker. Benzeen is van belang als pollutant van de buitenlucht, andere polluenten wellicht eerder als pollutant van lucht binnen gebouwen. Chronische blootstelling aan hogere concentraties van solventen kunnen verstoring van de werking van het zenuwstelsel veroorzaken.

Algemene woningshygiëne: belangrijke blootstelling aan schimmelcontaminatie ten gevolge van bouwkundige fouten, aanwezigheid van planten, overstromingen, onvoldoende ventilatie (bijv. probleem van waterverdampers en – verstuivers), o.a. in sociale woningen. Heeft ook betrekking op de huismijt.

Onderhoudsprodukten: de ‘veiligheid’ van het produkt voor gebruiker en milieu is niet steeds voldoende aangetoond (o.a. ook manier van aanwenden, zoals verstuiving, kan bijkomende risico’s meebrengen). Geklasseerd als “Belangrijk”.

• Minder belangrijke agentia

Huisdieren: allergische aandoeningen.

Radon: verhoogt het risico op longkanker. Van belang als pollutant van binnenhuislucht.

Op de expertenvergadering werd ook gewezen op het belang van andere agentia, te weten stikstofoxyden, koolstofmonoxyde, gepolybromineerde bifenylen, stofpartikels, biociden. Deze agentia werden niet gerangschikt noch geklasseerd.

2) Prioriteiten in termen van compartimenten

Het lijkt waarschijnlijk dat blootstelling via ademhaling de belangrijkste blootstellingsweg is m.b.t. de inductie van aandoeningen van de luchtwegen, met inbegrip van kanker. Voor de andere organen lijkt het evenwel waarschijnlijk dat blootstelling via voeding van overwegend belang is.

Het is daarom duidelijk dat de introductie van de chemisch-fysische hygiëne in de voeding een topprioriteit is wat bescherming van de gezondheid betreft. Gebruik van afvalvetten en -oliën in diervoeder en recyclage van dierlijke resten zijn dan ook te verwerpen met het oog op de bescherming van de gezondheid. Traceerbaarheid en identificatie van alle bestanddelen van voeding, inclusief additieven, dient nagestreefd te worden.

Verontreiniging van de voeding gebeurt echter, behalve doorheen het incorporeren van voornoemde resten en oliën, ook doorheen verontreiniging van de bodem, water en luchtcompartimenten. Zo gebeurt blootstelling aan luchtpolluenten, zoals dioxines en PAKs, hoofdzakelijk doorheen de voeding. Zware metalen en nitraten komen via verontreiniging van bodem en water in het voedsel terecht.

3) Prioritaire activiteiten

- 1° Verkeer, dat een belangrijke bron is van blootstelling aan stofdeeltjes, PAKs, benzeen, alkenen, zware metalen, asbest, ozon en lawaai, is de topprioriteit.. Geklasseerd als “Zeer belangrijk”.
- 2° Industriële landbouwactiviteiten: zijn een belangrijke bron van blootstelling aan pesticiden en nitraten. In Vlaanderen stelt de (zeer intensieve) landbouw heel wat problemen. Bovendien worden pesticiden en biociden overvloedig gebruikt bij onderhoud van wegen en in de huishoudelijke sfeer. Geklasseerd als “Zeer belangrijk”.
- 3° Industriële activiteiten: een belangrijke bron van zware metalen, PAKs, dioxines, benzeen en andere solventen en vluchtige organische stoffen, onder meer van stoffen die de ozonconcentratie in de bovenste luchtlagen doen afnemen. Geklasseerd als “Zeer belangrijk”.
- 4° Binnenshuis zijn passief roken, onderhoudswerken en hobby-activiteiten (met blootstelling aan solventen en isocyanaathoudende materialen zoals polyurethaan) ongetwijfeld prioriteiten. Geklasseerd als “Belangrijk”.
- 5° Vervaardiging, gebruik en vernietiging (vooral door verbranding) van plastics en andere synthetische polymeren: deze activiteiten zijn een belangrijke bron van blootstelling aan Phtalaten en daarnaast ook aan vinylchloride. Geklasseerd tussen “Belangrijk” en “Minder Belangrijk”.
- 6° Activeren van inerte agentia tot gezondheidsschadende stoffen in waterzuiveringsstations. Geklasseerd als “Minder Belangrijk”.

3.12. ADVIES OVER VERKEER EN GEZONDHEID

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

De Vlaamse Gezondheidsraad wenst op eigen initiatief een advies uit te brengen rond het thema 'Verkeer en Gezondheid'. Dit advies wenst het gezondheidsaspect, waarop het verkeer en vervoer een grote invloed heeft, bij het mobiliteitsbeleid uitgesproken onder de aandacht te brengen. Het advies houdt rekening met de recente mobiliteitsontwikkelingen en sluit aan bij de preventieve gezondheidszorg (medisch milieukundig netwerk), zoals besproken in de beleidsnota 'Welzijn, gezondheid en gelijke kansen in perfecte harmonie: een symfonie' van de Vlaamse Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen Vogels, en is opgesteld in samenwerking met de Vlaamse Stichting Verkeerskunde. Indien gewenst, is de Vlaamse Gezondheidsraad desgevallend bereid om bepaalde aspecten van het advies verder uit te werken en diepgaander te bespreken in een volgend advies.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 20/11/2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

De werkgroep 'Gezondheid en Fysisch-Chemisch Milieu' telt 12 leden: VGR-leden: dhr. prof. dr. Nicolas van Larebeke (voorzitter), dhr. prof. dr. Luc Hens, dhr. prof. dr. Koen Raes. Externe experts: dhr. prof. dr. Marc Boogaerts, dhr. prof. dr. Frank Comhaire, dhr. prof. dr. Benoit Nemery, mevr. Prof. dr. Micheline Kirsch-Volders, dhr. prof. dr. Guido Moens, dhr. prof. dr. Wim Stevens, dhr. prof. dr. Marc Van Sprundel, dhr. prof. dr. Robert Vlietinck, mevr. dr. Maira-Kristina Viaene.

Mevrouw Karen Colaert en Mevrouw Wendy Christiaens volgden het proces van adviesformulering als inhoudelijke medewerker van de VGR op.

Het advies houdt rekening met de recente mobiliteitsontwikkelingen en sluit aan bij de preventieve gezondheidszorg (medisch milieukundig netwerk), zoals besproken in de beleidsnota 'Welzijn, gezondheid en gelijke kansen in perfecte harmonie: een symfonie' van de Vlaamse Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen Vogels, en is opgesteld in samenwerking met de Vlaamse Stichting Verkeerskunde. Het gaat hier om een eerste analyse van het thema 'Verkeer en Gezondheid' en wenst geenszins uitputtend te zijn. Het advies werd uitgewerkt op basis van schriftelijke reacties op de ontwerptekst.

De werkgroep kwam met het oog op het uitwerken van dit advies samen op 13 november 2001.

III. RESULTATEN

A. Polluenten in het verkeer

Rekening houdend met de evolutie van de luchtvervuiling en meer specifiek de evolutie van het aandeel van de verschillende verkeersemisies gedurende de laatste jaren, evenals de toekomstprognoses, en de gezondheidsrisico's die deze voor de bevolking inhouden, werd een selectie gemaakt van polluenten die op beleidsvlak primordiaal aandacht verdienen.

a. Zwevend stof

Zwevend stof en meer bepaald de kleinere fractie PM₁₀ vormt een groot gevaar voor de volksgezondheid. Recente studies wijzen immers niet alleen op een verband met ademhalingsproblemen, maar ook op een stijging van de mortaliteit. Een ander probleem van zwevend stof is bovendien de vasthechting van andere polluenten waardoor bijkomend een groot aantal andere nadelige gezondheidseffecten kunnen optreden. Deze bevindingen leiden reeds tot een verscherping van de normen op Europees vlak. Zo worden de grenswaarden voor fijn stof (PM₁₀) via de EU dochterrichtlijn 1999/30/EG verlaagd tot respectievelijk 50 µg/m³ (dag; max. 35 overschrijdingen) en 40 µg/m³ (jaar) vanaf 01/01/2005 en 50 µg/m³ (dag; max. 7 overschrijdingen) en 20 µg/m³ (jaar) vanaf 01/01/2010 (EU-doelstelling 2010).

Een aantal maatregelen dringen zich op. Zo is er dringend nood aan een uitbreiding van het onderzoek naar zwevend stof in Vlaanderen. Leemtes in de kennis omvatten onder meer het al dan niet verbonden zijn van de schadelijke invloed met de massa van de deeltjes dan wel met het aantal deeltjes of eerder met de chemische samenstelling. Modelresultaten vertonen bovendien een onderschatting van de werkelijke PM₁₀-concentraties doordat er een onbekende fractie aanwezig is afkomstig van onbekende bronnen.

Onderzoek naar de interactie met andere polluenten, zoals SO₂, VOS, PAKs, NO_x en andere (eventueel synergisme) en naar de juiste samenstelling van de deeltjes is noodzakelijk om het uiteindelijk gezondheidseffect, alsmede de bijdrage erin van de polluenten die zich op de deeltjes vasthechten juist te kunnen schatten.

Er is nood aan een uitgebreidere monitoring (uitbouw van de meetnetten lucht met PM₁₀ en PM_{2.5}-monitoren) van de zwevende deeltjes naar grootte. Idealiter zouden de 3 fracties die onderscheiden worden apart opgevolgd moeten worden. Hierbij dient de bijdrage van het verkeer tot deze verschillende fracties nagegaan te worden. Pas dan kan een meer gericht beleid gevoerd worden. Bijzondere aandacht is nodig voor de kleinste fractie (PM_{2.5}), aangezien deze het diepst in het lichaam kan binnendringen.

Door de Europese normen op de emissiefactoren wordt een daling van de emissie van fijn stof vooropgesteld, echter nog ver boven wat op gezondheidsniveau aanvaardbaar geacht kan worden. Een bijkomende verstrenging van de normen en doelstellingen dringt zich op. Aangezien concentraties tussen 10 en 50 µg/m³ het meest bijdragen tot vervroegde sterfte (in het MIRA-S wordt per 10 µg/m³ (jaar) zwevende stof een 2% toename in vervroegde sterfte berekend) is een richt(of grens)waarde van 10 µg/m³ (jaar) aangewezen. Dit is lager dan de EU-doelstelling 2010 van 20 µg/m³ en de voorgestelde overeenkomstige richtwaarde voor Vlaanderen. Ook de daggemiddelde concentratiewaarden dienen verlaagd te worden aangezien er 2% meer sterfte optreedt bij PM₁₀-concentraties van 50 µg/m³ (dag) (EU-doelstelling 2010). Zelfs indien de EU-doelstellingen in 2010 gehaald worden, blijft er dus nog een aanzienlijk gezondheidsrisico bestaan.

Op technisch vlak dient gestreefd te worden naar verbeterde motoren met inschakeling van stoffilters. Stoffilters zijn vooral interessant bij dieselloertuigen aangezien deze verantwoordelijk zijn voor de grootste PM-uitstoot. De op dit moment ontwikkelde stoffilters zorgen wel voor een aanzienlijke daling van zwevende deeltjes, maar zijn al te zeer verbonden met neveneffecten zoals verhoging van het brandstofverbruik, daling van de motorefficiëntie of een verhoogde uitstoot van andere pollutanten. Stimulering van onderzoek naar een verbetering van deze stoffilters met inbegrip van wegwerking van eventuele schadelijke neveneffecten is aan te bevelen.

Stimulering van de overschakeling naar alternatieve brandstoffen (gasvormige zoals LPG of alcoholen zoals ethanol, methanol) is een andere maatregel die genomen kan worden om een emissiereductie te bewerkstelligen. Hierbij moet echter eerst goed nagegaan worden in hoeverre deze alternatieve brandstoffen geen andere problemen met zich meebrengen waarvoor niet onmiddellijk een oplossing gevonden kan worden zoals de hoge brandbaarheid en/of explosiviteit en de toxische effecten van alcoholen.

Beleidsmatig zou er aandacht besteed moeten worden aan de slijtage-emissie (emissie afkomstig van slijtage van het wegdek, banden en remvoeringen) welke eveneens een aanzienlijke bijdrage levert tot de totale fijn stof-emissies. De verwachte stijging van het aantal voertuigen en de stijging in het aantal afgelegde kilometers zal deze slijtage-emissie in de toekomst immers verder doen toenemen.

Aandacht voor de PM-concentraties binnenshuis is nodig om na te gaan of er geen opstapeling plaatsvindt zoals bij de benzeenemissies.

b. Benzeen

Binnen de VOS (vluchtige organische stoffen) is benzeen het meest schadelijk voor de volksgezondheid. Het verwachte effect van de blootstelling aan benzeen bij de huidige meetwaarden in Vlaanderen bedraagt ongeveer 0.9-6 leukemiegevallen per 100 000 inwoners.

Gezien de hoge carcinogeniteit van benzeen is het aan te raden om benzeen als antiklop-middel zo snel mogelijk te vervangen. Minder schadelijke alternatieven dienen ingeschakeld te worden. In afwachting van deze vervanging kunnen volgende mitigerende maatregelen genomen worden.

Een verscherping van de voorgestelde benzeen-normen is hier aan de orde. De normen voor benzeen zoals voorgesteld voor VLAREM II zijn immers niet ambitieus genoeg rekening houdende met de huidige jaargemiddelde concentraties (deze liggen nu reeds onder de voorgestelde richtwaarde ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) voor VLAREM II in de landelijke gebieden en in sommige steden) en de gezondheidsrisico's. Belangrijk is daarbij de vaststelling dat de werkelijke blootstelling van personen, waar gemeten, aanzienlijk hoger is dan uit immissiemetingen kan worden afgeleid. De resultaten van het recente LIFE-project (MACBETH) in Antwerpen (VITO, 1999) waar de blootstelling binnenshuis significant hoger bleek dan kan verwacht worden op basis van de immissieconcentraties in de omgevingslucht treden dit bij. Deze immissieconcentraties binnenshuis dienen verder opgevolgd te worden om de normering hieraan eventueel aan te passen.

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de landelijke/regionale gemiddeldes en de soms zeer hoge lokale concentraties zoals in de steden, tunnels, parkings, nabijheid van

benzinstations en drukke verkeersaders. In de steden komen de emissies hoofdzakelijk voor rekening van met koude motor startende personenwagens met een driewegkatalysator. Er moet bijgevolg gestreefd worden naar een vermindering van de koude start-emissies als gevolg van een verbetering van de katalysatoren en een regelmatige inspectie.

Een strengere reglementering voor de benzeenemissies van benzinstations is nodig aangezien er geen significante daling waar te nemen is in het aantal stations waarvan de emissies de drempelwaarde overschrijden. Een snelle invoering van de damprecuperatie zodat men de verdamping van brandstoffen bij het vullen van de citernes en bij het tanken (ook op benzinetanks van wagens) kan beperken (uitvoering Europese Solventrichtlijn) moet voorzien worden.

Een snellere vervanging van de oude modellen en opsporing van de grootvervuilers is aangewezen aangezien blijkt dat oude modellen terwijl ze ongeveer 21% van het autopark vertegenwoordigen en 14% van het totale aantal kilometers, ze verantwoordelijk zijn voor 72% van de totale benzeenemissies afkomstig van auto's en voor 58% van de totale benzeenemissies van het wegverkeer.

Overschakeling naar alternatieve brandstoffen (zie zwevend stof) vormt ook hier een alternatieve oplossing om de emissies terug te dringen.

c. Ozon

Ozon is een secundaire pollutant die ontstaat uit stikstofoxiden (NO_x) en vluchtige organische stoffen (VOS). Dit proces vindt plaats onder invloed van zonlicht bij hoge temperaturen. In het licht van de ononderbroken stijging van de achtergrondconcentraties, is de ozonproblematiek van groot belang. De meest efficiënte en misschien wel de enige manier om de ozonconcentraties voldoende te beperken, bestaat eruit de NO_x - en VOS-concentraties gezamenlijk gevoelig te verminderen. Tijdelijke maatregelen, zoals het afraden of verbieden van autogebruik bij ozonpieken, zijn weinig effectief omdat er dan meer buitenactiviteiten (wandelen, fietsen) plaatsvinden, waarbij grotere fysieke inspanningen geleverd worden zodat de gezondheidsrisico's nog toenemen. Wat normering betreft is het van belang om naast het viseren van specifieke pollutanten, aandacht te besteden aan de samenstelling van de pollutantenmengsels en na te gaan hoe hierdoor het ozonvormend potentieel beïnvloed wordt.

B. Lawaaihinder

De richtwaarden voor geluid zoals in VLAREM II geformuleerd (o.m. 45 dB(A) als richtwaarde in woongebieden overdag) worden duidelijk niet gehaald: meer dan 50% van de bevolking staat bloot aan > 55 dB(A) en $\pm 27\%$ aan > 65 dB(A). Het is dringend nodig om specifiek grenswaarden voor het geluid afkomstig van het verkeer vast te leggen. Strengere geluidsimmissienormen zijn een noodzaak. Hierbij kunnen in een eerste fase de WHO-richtwaarden gevolgd worden, vastgelegd op het niveau van het laagste nadelige gezondheidseffect. Om de meerderheid van de bevolking te vrijwaren van serieuze (matige) hinder overdag mag het geluidsniveau in woonzones 55 dB(A) (50 dB(A)) niet overschrijden. 's Nachts zou 45 dB(A) niet overschreden mogen worden met een maximum geluidsniveau van 30 dB(A) in de slaapkamer om geen slaapverstoring te veroorzaken. Deze WHO-richtwaarden tonen aan dat de richtwaarden zoals geformuleerd in VLAREM II, aangezien nog

lagere waarden worden nagestreefd, zeer ambitieus zijn. Een opvolging van de WHO-richtwaarden zou reeds een grote stap in de goede richting betekenen, rekening houdende met de huidige blootstellingsniveaus in Vlaanderen. In een tweede fase kunnen dan strengere richtwaarden nagestreefd worden, op basis van verdere studies naar nog niet volledig uitgeklaarde dosis-responsrelaties voor een aantal negatieve gezondheidseffecten van lawaaihinder.

Het meten van de geluidshinder gebeurt nog steeds niet op een gestructureerde manier in Vlaanderen. Het is meestal beperkt tot bepaalde plaatsen (meetnet ANNE (AMINAL)) of enkel de recentste metingen worden bijgehouden zodat evoluties moeilijk af te leiden zijn (metingen Afdeling Wegenbouwkunde (LIN)). Om Acties 81 en 85 van het MINA-plan 2 nl. het 'Uitwerken van geluidsnormen en saneringsmaatregelen voor wegverkeer' en 'Knelpunten van geluidshinder inventariseren' uit te voeren, moet eerst de basisinformatie voor de bestrijding van geluidshinder worden verzameld. Hiervoor is het nodig dat het aantal metingen fors verhoogd wordt om een duidelijk beeld te krijgen van de globale geluidsimmissie in Vlaanderen i.p.v. de geluidsemissies van enkele puntbronnen. Dit zou eventueel kunnen binnen het meetnet ANNE van AMINAL.

De psychologische effecten (effecten op de mentale gezondheid, productiviteit, ergernis, sociaal gedrag) van lawaaihinder verdienen een uitgebreid onderzoek in Vlaanderen, aangezien de informatie hierover op dit moment nog steeds beperkt is.

De meest efficiënte manier om geluidshinder te beperken is de aanpak bij de bron m.n. minder en qua snelheid aangepast verkeer. Naast de beheersing van het verkeersvolume heeft een snelheidsverlaging relatief het grootste effect. Voldoende toezicht en controle op de naleving van de huidige snelheidslimieten zou echter reeds een aanzienlijke daling van de lawaaihinder met zich meebrengen. Het gebruiken van intelligente snelheidsadapters (ISA) waarbij de snelheid automatisch aangepast wordt aan het geldende snelheidsregime kan dan een volgende stap zijn. Daarnaast is het gebruik van geluidsarme wegverharding (verlaging van 4 tot 6 dB(A) mogelijk) de meest aangewezen structurele maatregel om het door banden veroorzaakte lawaai te verminderen. Voldoende lage geluidsnormen en hiermee verbonden controle, evenals technologische maatregelen (nieuwe emissienormen gericht op daling van motor- en rolgeluid, inschakeling elektrische voertuigen) kunnen de lawaaihinder hierbij complementair verminderen. Hierbij dient ook voldoende aandacht besteed te worden aan lawaaiërende voertuigen zoals vrachtwagens, tractoren, motor- en bromfietsen. Hiervoor worden immers niet dezelfde geluidsdempende maatregelen genomen als voor personenwagens. Dit dient gecombineerd te worden met voldoende toezicht.

C. Gebreken binnen het gezondheidsbeleid

Er wordt beleidsmatig nog steeds te weinig aandacht besteed aan de gezondheidseffecten van verkeerspollutie, zoals o.m. in het regeerakkoord van de Vlaamse regering betreffende het Vlaams Mobiliteitsplan. Hierin krijgen de gezondheidseffecten enkel aandacht in de vorm van de verkeersveiligheid. Dit uit zich ook op een andere manier. Zo is er bijvoorbeeld een Vlaams Overlegforum voor Veiligheid dat zich met de acute ongevallen bezighoudt maar bestaat er geen instantie die zich focust op de luchtverontreiniging afkomstig van het verkeer. Ook bij de effectrapportage komt de geringe aandacht voor gezondheidseffecten naar voor. Binnen de bestaande MER worden de gezondheidsaspecten onvoldoende op een volwaardige manier geïntegreerd. De uitwerking van een degelijke interdisciplinaire

effectrapportering waarin alle aspecten op een volwaardige manier worden behandeld is hier aan de orde. Dit zijn allemaal aanwijzingen die onze bezorgdheid ondersteunen inzake de geringe integratie van het gezondheidsthema binnen het mobiliteitsbeheer. Het initiatief om een Nationaal Milieugezondheidsplan (NEHAP) op te stellen, zoals aangehaald in het Federaal Plan inzake Duurzame Ontwikkeling 2000-2004, is lovenswaardig, maar heeft enkel maar effect wanneer de specifieke maatregelen en acties van dit Milieugezondheidsplan rechtstreeks geïntegreerd en in rekening gebracht worden bij plannen die zich specifiek richten op bepaalde maatschappelijke activiteiten of sectoren zoals de mobiliteitsplannen. Zonder deze integratie zal ook in het geplande Nationale Mobiliteitsplan het gezondheidsaspect onderbelicht blijven.

D. Doelgroepenbeleid

– Aandacht voor de senioren

Aangezien het aandeel senioren binnen de totale bevolking een stijgende lijn kent, is het nodig dat aan deze bevolkingsgroep voldoende aandacht besteed wordt. Typisch aan senioren is het feit dat ze minder goed te been zijn, bepaalde functies beginnen te minderen (zicht, gehoor,...), de reflexen zijn niet meer zo goed. Deze kenmerken, gecombineerd met het minder regelmatige gebruik van de wagen, maken dat een deel onder hen niet meer zo geschikt is om auto te rijden. In dit kader kunnen schoolbussen, die toch enkel maar 's morgens en 's avonds gebruikt worden voor het leerlingenvervoer, ingezet worden voor het vervoer van deze senioren, als een soort belbus. Elke gemeente heeft wel minimaal één schoolbus die voor deze doeleinden kan ingezet worden. Dit dient door de overheid opgelegd te worden om willekeur in de inschakeling van deze schoolbussen te vermijden.

– Aandacht voor fietsers

Het fietsverkeer dient aangemoedigd te worden als milieu- en gezondheidsvriendelijk vervoermiddel. Een in dit kader lovenswaardig project is het organiseren van fietspooling. Hierbij rijden scholieren in groep, onder toezicht van een begeleider, naar school. Een probleem bij deze fietspooling vormt het afsluiten van een verzekering voor de fietsbegeleider. Hieraan dient op beleidsniveau dringend de nodige aandacht besteed te worden.

E. Betrokkenheid van de preventieve gezondheidszorg

De preventieve gezondheidszorg dient betrokken te worden bij informatie, sensibilisatie en educatie van de bevolking betreffende de gezondheidseffecten van het verkeer en vervoer. Het opnemen van de gezondheidsaspecten (zowel veiligheid, luchtverontreiniging als geluidshinder) van de mobiliteit als één van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen is aan te raden. Het medisch milieukundig netwerk, met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) en de lokale steunpunten (LOGO's), kan bij de uitwerking hiervan een functie vervullen. Het VIG zorgt dan voor de ondersteuning van de LOGO's en de verschaffing van onderzoeksgegevens.

Hierbij zou de rol van deze instellingen uitgebreid worden van het eerder puur medische aspect naar welzijnswerk voor de totale bevolking.

Als mogelijke taken van de LOGO's zien wij:

- a) de bevolking op lokale schaal informeren en bewust maken van de volledige kosten en baten (met nadruk op de gezondheidskosten en -baten) van de transportkeuze die ze maken. Dit kan door het vergroten van de toegankelijkheid tot onderzoeksresultaten betreffende de milieugezondheid en het aandeel hierin van het verkeer en vervoer.

- b) het beïnvloeden van het rijgedrag door promotie van een milieuvriendelijker en rationeel gebruik van de privé-wagen (zoals het afraden van het gebruik van de wagen voor korte verplaatsingen om de emissies en geluidshinder te beperken), en het aanmoedigen van bestuurders om zuiniger te leren rijden via een training in rijvaardigheid en rijgedrag.
- c) aanmoedigen van de mensen of intermediairen om deel te nemen in de besluitvorming om zo hun betrokkenheid bij het mobiliteitsbeleid te vergroten en om de behoeften van de verschillende gemeenschappen (voetgangers, fietsers, autobestuurders, landelijk, stedelijk,...) beter te leren kennen en in rekening te kunnen brengen.
- d) het gebruik van 'actief transport' (wandelen en/of fietsen) aanmoedigen door te wijzen op de gezondheidsvoordelen die tweërlei zijn. Ten eerste draagt het bij tot een goede gezondheid door de hiermee verbonden fysieke activiteit (preventieve en beschermende voordelen voor een groot aantal gezondheidscondities inclusief cardiovasculaire ziekten, diabetes, depressie en osteoporose). Ten tweede draagt het bij tot een goede gezondheid door een reductie van de negatieve gezondheidseffecten als gevolg van gemotoriseerd vervoer.
- e) medewerkers kunnen in scholen gaan spreken betreffende deze thema's en zo direct de toekomstige generaties informeren en sensibiliseren.

Om deze taak ten volle te kunnen vervullen, is uiteraard een verdere uitbouw, zowel qua personeel als expertise, van deze steunpunten noodzakelijk. Bovendien kan, om de steunpunten niet te zwaar te belasten, een netwerk uitgebouwd worden met reeds bestaande instellingen die rond verkeer werkzaam zijn zoals o.a. de Vlaamse Stichting Verkeerskunde, Langzaam Verkeer vzw, BIVV.

IV. AANBEVELINGEN

1. Meer aandacht voor de gezondheidsaspecten van het verkeer (zowel de acute (verkeersveiligheid) als de chronische (luchtverontreiniging en lawaaihinder)).

Te zeer wordt de aandacht bij het bespreken van de gezondheidsaspecten van het verkeer beperkt tot het veiligheidsaspect. Uiteraard is de acute verkeersveiligheid (onder de vorm van slachtoffers van verkeersongevallen) zeer belangrijk, maar de chronische gezondheidsaspecten van het verkeer met name ten gevolge van de uitgestoten pollutanten (luchtverontreiniging) en lawaaihinder worden te vaak onderschat.

In dit kader beveelt de Vlaamse Gezondheidsraad aan om onderzoek naar de aanpak van deze gezondheidsaspecten van het verkeer in het buitenland te stimuleren, omdat deze informatie onvoldoende gekend is en kan bijdragen tot een betere kennis van deze problematiek en incorporatie binnen het beleid.

2. Gezondheid systematisch inbrengen in de besluitvorming en uitvoering van het verkeersbeleid.

Er is nood aan een betere integratie van de gezondheidsaspecten binnen het mobiliteitsbeleid en bij de effectrapportage.

De gezondheidsaspecten dienen in de opgemaakte mobiliteitsplannen op alle beleidsniveaus geïntegreerd te worden, zowel gemeentelijk, provinciaal, gewestelijk als nationaal. De daaruit voortvloeiende maatregelen moeten nagegaan worden op hun effectiviteit.

Bij de uitvoering van het verkeersbeleid is het noodzakelijk dat naar coherentie van de maatregelen gestreefd wordt. Zo is het bijvoorbeeld vanuit gezondheidsoogpunt belangrijk dat er meer eenheid en coherentie komt in de uitvoering van verkeersremmende maatregelen (dit zal de overzichtelijkheid voor de weggebruiker vergroten, wat niet alleen het aantal ongevallen zal doen dalen, maar ook de verhoogde pollutie als gevolg van bruuske remmanoeuvres). Hiervoor is bestuurlijke afstemming tussen gewest, provincies en gemeenten een noodzakelijke voorwaarde.

Daarnaast is het nodig dat de gezondheidseffecten van het verkeer in het gezondheidsbeleid opgenomen worden. Zo dienen de gezondheidsaspecten van verkeer (zowel luchtverontreiniging, lawaaihinder als verkeersveiligheid) geformuleerd te worden als één van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

Het medisch milieukundig netwerk en meer bepaald het VIG en de LOGO's kunnen ingeschakeld worden bij de informatie, educatie en sensibilisatie van de bevolking aangaande deze problematiek. Ter ondersteuning van deze taken kan een netwerk met binnen het verkeersdomein actieve instellingen uitgebouwd worden.

3. Streven naar een optimale mix van maatregelen.

Rekening houdende met de grote complexiteit van het verkeersdomein en verwevenheid met tal van andere beleidsdomeinen moet er gestreefd worden naar het inzetten van een optimale mix van maatregelen, zowel technologische, beheers/beleidsmaatregelen als economische maatregelen. Idealiter worden deze maatregelen wettelijk ingebed.

– Technologisch:

In verband met de aanvaardbaarheid van een milieu- en gezondheidsvriendelijk mobiliteitsbeleid is het wellicht belangrijk voldoende nadruk te leggen op technische maatregelen en technologische verbeteringen. Zo is het verplicht gebruik van minder krachtige en minder vervuilende (o.m. dankzij de kleinere afmetingen en lager gewicht) personenwagens uiteindelijk een veel geringere beperking van de persoonlijke vrijheid inzake mobiliteit dan het verplicht gebruik van het openbaar vervoer met zijn onvermijdelijke beperkingen inzake uurroosters. Voorbeelden van interessante technologische maatregelen: de inschakeling van stoffilters in de motoren om de uitstoot van zwevende stofdeeltjes te verminderen; ontwikkelen, op de markt brengen en gebruiken van minder vervuilende motoren en brandstoffen; intelligente snelheidsadapters (ISA); geluidsdemping lawaaiërigere voertuigen zoals tractoren, vrachtwagens, motor- en bromfietsen.

– Beheers-/beleidsmaatregelen:

De convenanten tussen de centrale overheid en de gemeenten zijn het middel bij uitstek om de gezondheidsaspecten van het verkeer te integreren op lokaal vlak. Op lokaal vlak kan men de impact op de gezondheid immers rechtstreeks en snel aanpakken. In dit kader dient naast de verkeersveiligheid ook voldoende aandacht besteed te worden aan lawaaihinder en luchtpollutie. Een zekere druk van de centrale overheid om deze problematiek daadwerkelijk uit te werken binnen de convenanten is hierbij gewenst. Te vaak blijft de uitwerking van deze convenanten in beleidsplannen immers te oppervlakkig en weinig concreet. Niet alleen het opnemen van deze problemen binnen de convenanten en de hieruit resulterende mobiliteitsplannen, maar ook een verhoogd toezicht op het respecteren van deze plannen is noodzakelijk om resultaten te boeken. Dit laatste blijkt nogal eens een zwak punt te zijn. Ook de provincies dienen hun verantwoordelijkheid op te nemen in deze materie voor de wegen die onder hun bevoegdheid vallen.

– Economische maatregelen:

Het fietsverkeer voor korte verplaatsingen en het gebruik van scooters (met laag verbruik en lage geluidsniveaus) voor middellange afstand (10-15 km) kunnen aangemoedigd worden via vergoedingen. Uiteraard dient dit vergezeld te worden van een goed structureel beleid om de veiligheid van deze weggebruikers niet in gevaar te brengen.

– Wettelijke inbedding:

De maatregelen worden om echt effect te sorteren best wettelijk ingebed, zodat men op een juridische basis kan terugvallen wanneer bepaalde afspraken niet worden nagekomen.

Zo kan men om de overlast van het vrachtvervoer in te perken overdag (gedurende een duidelijk vastgelegde tijdsperiode) een verbod invoeren op het inhalen door vrachtwagens. Door het terugdringen van de vrachtwagens op één rijstrook zal de hinder voor de andere weggebruikers verminderen waardoor minder opstoppen zullen optreden. Hierdoor zal bovendien het vrachtwagenverkeer langzamer verlopen, wat de verplaatsing van het goedertransport van de weg naar het spoor en de binnenscheepvaart in de hand zal werken, in geval gezorgd wordt voor goed werkende overslagplaatsen en een aantal knelpunten in het waterwegennet weggewerkt worden.

4. Verzoening veiligheidsbeleid en pollutiebeleid

De gezondheidsproblematiek van verkeer dient integraal aangepakt te worden en voorgestelde maatregelen dienen dan ook rekening te houden met alle gezondheidsaspecten van verkeer. Zo mag het beleid zich niet enkel blindstaren op het terugdringen van het aantal verkeersongevallen. Andere gezondheidsgevolgen dienen evenzeer in rekening gebracht te worden om te vermijden dat bepaalde maatregelen wel winst opleveren op het vlak van verkeersveiligheid maar dat deze winst volledig te niet wordt gedaan door negatieve gezondheidseffecten van luchtpollutie en/of lawaaihinder.

Het verkeersveiligheidsbeleid richt zich sterk op het terugdringen van het aantal ongevallen door snelheidsverlaging. Dit is positief aangezien een lagere snelheid niet alleen zorgt voor een daling van de ernst en het aantal ongevallen, maar ook voor een daling van de geluidsemissies, een daling van het energieverbruik, een daling van de emissies met 10-15% (vooral CO₂ en NO_x) en een daling van de bandslijtage.

Om dit te bereiken worden allerlei snelheidsremmende maatregelen genomen. Al deze maatregelen zijn echter niet even geschikt vanuit gezondheidsoogpunt. Zo zijn o.m. verhoogde wegdekken en verkeersdrempels zeer populair. Deze maatregelen zullen echter niet per se gezondheidswinst opleveren, omwille van het feit dat onderzoek heeft aangewezen dat op deze plaatsen de concentraties aan luchtpolluenten aanzienlijk hoger blijken te zijn omwille van het (sterk) afremmen en terug versnellen van de voorbijrijdende voertuigen. De gezondheidsbalans voor de bewoners in de nabijheid van dergelijke verkeersingrepen is dus niet noodzakelijk positief.

Naast een verscherping van het handhavingsbeleid om ervoor te zorgen dat de snelheidslimieten daadwerkelijk gerespecteerd worden, is op termijn de inschakeling van ISA (Intelligent Speed Adaptation) een voorbeeld waarbij zowel het veiligheidsbeleid als pollutiebeleid met elkaar verzoend worden, aangezien een harmonieus rijgedrag op zowel de veiligheid als de uitstoot van polluenten een positieve invloed heeft.

5. Stofgebonden maatregelen

algemeen

- onderzoek naar de blootstelling van autogebruikers aan verkeerspolluenten in het licht van bevindingen die op een verhoogde blootstelling van autogebruikers wijzen

zwevend stof

- uitbreiding onderzoek naar zwevend stof (leemtes in de kennis wegwerken, onderzoek naar interactie met andere polluenten)
- uitbreiding monitoring van de zwevende deeltjes naar grootte
- verstrenging normen en doelstellingen: richtwaarde van 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (jaar) aangewezen
- verbetering motoren met inschakeling van stoffilters
- overschakeling naar alternatieve brandstoffen
- beleid inzake slijtage-emissie

benzeen

- snelle vervanging van benzeen in de gebruikte brandstoffen
- verscherping voorgestelde benzeennormen
- verder onderzoek naar de immissieconcentraties binnenshuis
- vermindering koude start-emissies als gevolg van een verbetering van de katalysatoren en een regelmatige inspectie
- snelle invoering van de damprecuperatie
- snellere vervanging van de oude modellen en opsporing grootvervuilers
- overschakeling alternatieve brandstoffen

ozon

- naast normering van specifieke polluenten dient de normering ook gericht te worden naar polluentenmengsels in het licht van de ozonvorming. Zo moet de normering zich richten op de combinatie van NO_x en VOS.

6. Lawaaihinder

- bestaande milieukwaliteitsnormen (VLAREM II) als langetermijndoelstelling nastreven en WHO-richtwaarden als middellangetermijndoelstelling en op basis van deze globale normen en richtwaarden geluidsemissie- en immissienormen voor de verschillende voerswijzen vastleggen
- uitbreiding meetnet
- onderzoek naar de psychologische effecten van lawaaihinder bij de bevolking
- meer toezicht en controle op de naleving van de snelheidslimieten (verscherping handhavingsbeleid) en inschakeling intelligente snelheidsadapters (automatisering snelheid)
- structurele maatregelen: geluidsarme wegdekken bij grote verkeersdichtheid
- geluidsdemping lawaaijige voertuigen zoals vrachtwagens, tractoren, motor- en bromfietsen en hieraan gekoppeld voldoende toezicht

3.13. ADVIES OVER DE INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG TEN BEHOEVE VAN JEUGD

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er op eigen initiatief van de VGR: op de plenaire vergadering van 19 september 2000 werd beslist dat de werkgroep geestelijke gezondheidszorg (GGZ) het advies *‘Een kader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen’ themagewijs* zou uitdiepen. Er werden vier thema’s gekozen: ‘de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’, ‘de toekomstige organisatie en rol van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg’, de doelgroep ‘jeugd’, en de doelgroep ‘ouderen’. De deelthema’s m.b.t. de laatstgenoemde doelgroepen dienen beschouwd als een eerste concreterisering van het basiskader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Voorliggend advies betreft *‘De inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van kinderen en jongeren’* – het *derde deelthema*. Dit advies maakt deel uit van een groter geheel van adviezen over de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Er werd geopteerd om de doelgroep jeugd binnen de GGZ expliciet te positioneren.

Vanuit de huidige schaarste aan middelen m.b.t. GGZ-jeugd en de nood om de specificiteit van de zorg naar bedoelde doelgroep te kunnen beklemtonen, is dit advies hoofdzakelijk gericht op de hoofdopdrachten van het gespecialiseerde aanbod inzake GGZ-jeugd, nl. diagnostiek, advisering, crisisinterventie en behandeling van kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening zoals beschreven in de internationaal geaccepteerde classificatiesystemen.

Het model GGZ-jeugd dient verder afgestemd met het concept integrale jeugdhulpverlening, wat bij voorkeur in overleg met de Gezins en Welzijnsraad dient te gebeuren.

De plenaire vergadering keurde het advies goed op 18/12/2001. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

II. METHODIEK

De werkgroep ‘Geestelijke Gezondheidszorg’ telt 12 leden: VGR leden: mevr. H. Dierckx (voorzitter), prof. dr. J. De Maeseneer, dhr. dr. J. Janssen en dhr. M. Tack; externe experts: dhr. dr. J. Boydens, mevr. M. Craeymeersch, dhr. prof. dr. D. Deboutte, dhr. R. De Rycke, dhr. prof. dr. P. Igodt, dhr. dr. B. Remans, dhr. H. Schröter en dhr. J. Van Holsbeke. Mevr. W. Christiaens en K. Colaert volgden het proces van adviesformulering als inhoudelijk medewerkers van de VGR op.

Er werd gebruik gemaakt van de diverse nota’s die door de *Werkgroep Zorgcircuit Jeugd* (op Vlaams niveau) – het overleg tussen de Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrische centra en centra voor geestelijke gezondheidszorg (vanwege de twee Vlaamse federaties voor geestelijke gezondheidszorg) – werden gepubliceerd en waarin een model werd uitgewerkt van een zorgcircuit geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep jeugd (voorstel tot zorgcircuit in de geestelijke gezondheidszorg – Jeugd, uitgave VVGG, 2000; Zorgcircuit in de geestelijke gezondheidszorg jeugd, specificiteit en basisprincipes, uitgave VVGG, 2001). Tevens was de

Federale Beleidsnota Geestelijke Gezondheidszorg een belangrijk referentiekader. Er werd bovendien kennis genomen van de initiatieven van de minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen inzake integrale jeugdhulpverlening⁶⁰. Daarnaast wordt met betrekking tot registratie van het aanbod en gebruik van het circuit GGZ-jeugd verwezen naar het voorstel dat door de kinder- en jeugdpsychiatrische centra werd ontwikkeld ter revisie van MPG. De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 21 december 2000. In totaal werd 7 keer vergaderd (26/04/2001, 31/05/2001, 28/06/2001, 06/09/2001, 11/10/2001, 8/11/2001 en 6/12/2001).

III. RESULTATEN

A. De Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugd: definitie en opdracht

Geestelijke Gezondheidszorg voor jeugd betreft het *interdisciplinair zorgaanbod* ten behoeve van kinderen/jongeren met een psychiatrische aandoening. Dit zorgaanbod *behoort tot het domein van gezondheidszorg*. De globale opdracht van gezondheidszorg is: preventie, diagnostiek, behandeling en begeleiding van een ziekte, stoornis of handicap. Primaire preventie is slechts ten dele opdracht van geestelijke gezondheidszorg⁶¹.

De *doelstelling* van geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep jeugd is het *ondersteunen en (opnieuw) mogelijk maken van de ontwikkeling en het functioneren* van kinderen en jongeren. In haar preventieve en curatieve activiteiten richt de geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep jeugd zich op:

- diagnostiek van ernstige psychische en psychiatrische stoornissen;
- de advisering met betrekking tot deze stoornissen;
- de behandeling en de begeleiding van kinderen en jongeren waarbij deze stoornissen optreden;
- Indien mogelijk het voorkomen van stoornissen.

Als *werkmethode* kan de hulpverlening of begeleiding zich hetzij rechtstreeks tot het kind/de jongere richten, hetzij als mediator t.o.v. diverse intermediairen (gezin, school). Daarbij wordt zowel aandacht besteed aan consultfuncties⁶² als overleg.

B. Gegevens m.b.t. psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren

1) Algemeen

Onder een psychiatrische stoornis of aandoening verstaat men problematisch gedrag dat interfereert met de ontwikkeling en het functioneren van het kind of de jongere en voor het kind, de jongere of zijn/haar context lijden of last betekent. In sommige gevallen is er *een (ten dele) neurobiologische oorzaak*. In de meeste gevallen is er eerder sprake van een biologische constellatie (kwetsbaarheid door een genetische oorzaak) die de kans op het

⁶⁰ Het model rond samenwerking inzake zorg voor de doelgroep jeugd in het ontwerpadvies van de VGR biedt een inhoudelijk concept (inzake zorgfuncties, zorgmodules, keuze van partners is vrij). Het benadert ook alle betrokken partners voor deze doelgroep samen. In het ontwerpadvies wordt een poging gedaan om welzijn en gezondheidszorg samen aan bod te laten komen. Integrale jeugdhulpverlening vermeldt enkel de partners onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Het concept geeft te veel de visie vanuit welzijnszorg weer.

⁶¹ Alhoewel preventie van geestelijke gezondheidsproblemen of stoornissen niet het object is van dit advies worden verder enkele overwegingen inzake preventie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren geformuleerd.

⁶² Consult heeft hier een ruimere betekenis dan een strikt medisch consult.

ontstaan van stoornis of aandoening onder bepaalde psychische en sociale omstandigheden (stress) groter kan maken. In andere gevallen blijkt het uiteindelijk gewicht van *de psychosociale omstandigheden* die het probleem hebben veroorzaakt of bepalen mede afhankelijk van ook weer biologische factoren, naast de mate van sociale steun die iemand ontvangt of eerdere ervaringen die men heeft opgedaan.

Ontwikkeling (normaal of verstoord) wordt bepaald door een *continu proces van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende neurobiologische, cognitieve en psychosociale factoren*. Hierbij is het ene niet het fundament van het andere. In dit proces blijkt de foetale ontwikkeling en de periode van de eerste drie levensjaren van 'levensbelang'.

Op basis van epidemiologisch onderzoek kan het aantal kinderen en jongeren met ernstige stoornissen of aandoeningen in ontwikkeling en functioneren geschat worden op ruim 150.000 in Vlaanderen. Uit divers internationaal, maar ook Vlaams, bevolkingsonderzoek (Hellinckx, 1991, 1993; Vermeiren & Deboutte, 2000) blijkt dat er bij nagenoeg twee op tien kinderen en jongeren sprake is van emotionele of gedragsproblematiek die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling en het dagelijks functioneren. Het betreft bijvoorbeeld ontwikkelingsproblemen, leerproblemen, problemen in sociaal functioneren, psychosomatische klachten, depressieve klachten, suïcidaliteit, middelengebruik (alcohol en drugs), antisociaal gedrag, spijbelen, posttraumatische klachten enz. Bij nagenoeg de helft ervan (10%) betreft het psychiatrische stoornissen of aandoeningen met een ernstige negatieve invloed op ontwikkeling en functioneren. Deze stoornissen zijn o.a. gekenmerkt door reeds langdurig bestaand probleemgedrag dat als zodanig door verschillende bronnen (ouders, leerkracht, kind of jongere zelf) wordt herkend. Er bestaat bij deze kinderen en jongeren een grote kans op schooldrop-out en persistentie van de stoornis/aandoening tot in de volwassenheid.

2) Bijzondere doelgroepen⁶³

- Omwille van het belang van de foetale periode en de eerste levensjaren heeft de zorg voor het zeer jonge kind een belangrijke preventieve betekenis. Anderzijds komen er zowel diagnostisch als therapeutisch meer en meer mogelijkheden voor vroegtijdige onderkenning en behandeling van baby's en jonge kinderen (*infants*) met ontwikkelingsstoornissen, regulatiestoornissen van emoties en gedrag die op zich een ernstige bedreiging vormen voor de ontwikkeling van een sensitieve en responsieve ouder- kind relatie en van een veilige hechting. *Adolescente moeders* zijn wat dit betreft een hoge risicogroep.
- Een andere specifieke doelgroep met grote maatschappelijke relevantie wordt gevormd door de jeugdigen met ernstig en persisterend *delinquent gedrag* (5% van de jeugdige delinquenten). Ze zijn verantwoordelijk voor de overgrote meerderheid van delicten die gepleegd worden door jongeren. Uit onderzoek (Vermeiren en Deboutte, 1999) blijkt dat er in deze groep sprake is van een hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen en aandoeningen. Jeugdige seksuele daders vormen hierin een specifieke subgroep.
- Alhoewel middelengebruik bij jongeren zeer frequent voorkomt (Vermeiren & Deboutte, 2000) gaat ernstig *middelengebruik* door jongeren in de regel samen met psychiatrische problematiek die misbruik vaak vooraf gaat. Misbruik door, of afhankelijkheid van, middelen bij jongeren is derhalve in eerste instantie een probleem van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, niet van drughulpverlening.

⁶³ Het overzicht is niet exhaustief bedoeld.

- 30 tot 40% van de kinderen en jongeren geven aan *slachtoffer of getuige* te zijn (geweest) van geweld. Het wordt steeds duidelijker dat de gevolgen voor ontwikkeling en functioneren zeer ernstig (kunnen) zijn. Dit geldt niet alleen voor het slachtoffer zijn maar ook voor het getuige zijn van geweld.
- Ook **allochtone jongeren** vormen een groep die vaak te kampen heeft met psychiatrische problemen. Zo blijken bijvoorbeeld bij Turkse kinderen vaak angststoornissen, problemen op school en gedragsproblemen voor te komen. Bij Turkse adolescenten zijn er indicaties van een toenemende incidentie van schizofrenie en andere psychotische disorders. (Ihsan Al-Issa & M. Tousignant, 1997).
- De prevalentie van *verstandelijke handicap* bedraagt om en nabij 3%. Over het voorkomen van psychiatrische aandoeningen bij verstandelijk gehandicapten zijn geen gegevens beschikbaar. Ze vormen omwille van hun handicap en de gevolgen ervan voor ontwikkeling en functioneren evenwel een groep die specifieke aandacht verdient.
- Tenslotte zijn er de *kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis*. Zij vormen een hoge risicogroep voor de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen.

3) Algemene visie, uitgangspunten en organisatieprincipes

Het kind/de jongere, zijn of haar ontwikkeling en (geestelijke) gezondheid staan centraal en vormen het eerste uitgangspunt voor organisatie en beleid. De *primaire ordeningsprincipes* worden gevormd door:

- de ontwikkelingsfasen van de doelgroep;
- de hulpvrager (de betrokkene zelf en in vele gevallen de omgeving);
- de hulpvraag en de vertaling daarvan in (behandel)nood of behoefte;
- de inhoud en het beoogde resultaat van het hulpverleningsproces.

De organisatie of de voorziening (het ziekenhuis, het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) is binnen deze visie niet het primaire ordeningsprincipe met het oog op de beleidsvoering en de organisatie van geestelijke gezondheidszorg aan kinderen en jongeren.

Met betrekking tot de afbakening tussen jeugd en volwassenheid gaat men uit van de socio-economische en juridische realiteit van de minder- en meerderjarigheid. Anderzijds geldt met betrekking tot een aantal problemen, stoornissen en/of behandelingsvormen dat een strikte afgrenzing op de leeftijd van 18 jaar voor betrokkenen zelf en de hulpverlening hinderlijk kan zijn. De doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg *voor jeugd* gaat *derhalve tot de leeftijd van 18 jaar en, op basis van specifieke indicatie, eventueel tot 21 jaar*. De doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen begint vanaf 18 jaar en, op basis van specifieke indicatie, vanaf 16 jaar. *Afstemming met het aanbod voor volwassenen is derhalve gewenst.*

GGZ staat of valt met de realisatie van een op verandering en ontwikkelingsstimulering gericht proces dat bepaald wordt door een professioneel opgebouwde en gecontinueerde therapeutische relatie. 'Menskracht' is het belangrijkste en vaak het enige waarover de GGZ beschikt om haar opdracht te realiseren.

Met betrekking tot kinderen en jongeren *impliceert* dit een *specifieke deskundigheid en specifieke middelen* met het oog op het opbouwen van een werkrelatie met kind en jongere. Bovendien dient men te beschikken over de *noodzakelijke kennis omtrent*:

- (1) de normale ontwikkeling in al haar facetten;
- (2) de kenmerken van psychische en psychiatrische stoornissen en van stoornissen in ontwikkelen en functioneren gedurende de kindertijd en adolescentie;

- (3) de gevolgen van deze stoornissen op de normale ontwikkeling en groei;
- (4) de impact van de normale ontwikkeling en groei op het ontwikkelingsverloop van stoornissen;
- (5) de voornaamste risico's en beschermende factoren in elke fase van de ontwikkeling van de psychopathologie;

De kerndisciplines binnen GGZ-jeugd zijn derhalve, naast de kinder- en jeugdpsychiater, de klinisch ontwikkelingspsycholoog, de maatschappelijk werker en de psychiatrisch verpleegkundige of gegradueerde in de orthopedagogiek.⁶⁴

Geestelijke gezondheidszorg gebeurt ambulant, zonodig gedurende korte of langere tijd in een residentiële of semi-residentiële setting. De zorg dient in eerste instantie in het leefmilieu van het kind/de jongere te worden geboden (bijv. via intermediairen, op ambulante wijze, thuisbegeleiding, enz.).

Afhankelijk van de context en/of de problematiek, is het mogelijk dat een kind of een jongere niet meer te handhaven is binnen het eigen milieu. De behandeling vergt dan gedurende een bepaalde periode intensieve professionele hulp die op ambulante wijze niet kan aangeboden worden. De effectiviteit van deze residentiële of semi-residentiële behandeling hangt evenwel in sterke mate af van de mate waarin ze is ingebed in een hulpverleningsproces dat ambulant van aard is. Dagbehandeling is vanuit deze visie een intensieve, interdisciplinaire en multi-systemische ambulante (indien mogelijk thuis) behandeling.

Continuïteit van zorg en zorg op maat zijn dus sleutelbegrippen voor de organisatie van zorg. Dit kan slechts optimaal gerealiseerd worden binnen functionele samenwerkingsverbanden van zowel ambulante als semi-residentiële (dag of nacht) en residentiële hulp en behandeling.

C. De inhoud van Geestelijke Gezondheidszorg voor Jeugd

Kenmerkend voor de doelgroep van kinder- en jeugdpsychiatrische zorg is de ontwikkeling en de afhankelijkheid van een verzorgende en opvoedende omgeving. Daarin onderscheidt ze zich ook van de doelgroep van volwassenen. Dit betekent o.a. dat in al haar activiteiten kinder- en jeugdpsychiatrische zorg 'ontwikkelingshulp' is en de context (ouders, school) erbij betrokken dient te zijn. *De kenmerken van ontwikkeling* zijn bovendien in belangrijke mate bepalend voor inhoud en vorm van hulpverlening. Zo dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen **3 subdoelgroepen**, nl. infants (0 –4 jaar), kinderen (5 tot 12 jaar) en adolescenten (13 tot 18 jaar).

Anderzijds wordt de inhoud en vorm van hulp in zeer belangrijke mate bepaald door *de aard van de stoornis of aandoening en de inzichten die op basis van wetenschappelijke evidentie* zijn verworven inzake de behandeling ervan. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat nogal wat stoornissen of aandoeningen de betekenis hebben van een invaliderende handicap. Dan is niet zozeer een model gericht op verandering aan de orde maar zijn kind, jongere en de context meer gebaat met hulp op basis van een handicapmodel.

Met betrekking tot kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek dient door de overheid erkend te worden dat ook zij recht hebben op een geestelijke gezondheidszorg. *Het aanbod voor kinderen en jongeren dient zich duidelijk te onderscheiden van het*

⁶⁴ In het kader van samenwerking en afstemming met andere partners spreekt het voor zich dat de kinderartsen en de huisartsen hierbij een sleutelpositie innemen.

*aanbod voor volwassenen*⁶⁵. Dit betreft niet alleen de inhoud maar ook de vorm. De inhoud ervan wordt door de Vlaamse werkgroep geestelijke gezondheidszorg voor jeugd en context als volgt omschreven (1999, 2000):

- De *kernfuncties* zijn: *diagnostiek en advisering, crisisinterventie, behandeling en begeleiding*. Advisering, (psycho-) educatie, sociopedagogische activering, casemanagement en verzorging zijn functies die met deze kernopdrachten verbonden zijn. Tertiaire of curatieve preventie is inherent aan deze kernfuncties, terwijl secundaire preventie functioneel gestalte krijgt in de vorm van doelgroepgeoriënteerde preventieprogramma's.
- Het *zorgprogramma jeugd en context* dient minstens de genoemde kernfuncties te omvatten. Het dient zodanig ontwikkeld te worden dat er niet alleen aandacht is voor de betrokkene zelf maar ook voor zijn/haar omgeving (gezin, school, vrijetijdsorganisaties), via consult, intervisie en supervisie. Het gaat dus om het kind, de jongere en zijn/haar context en het kind/de jongere in zijn/haar context.
- Er dient aandacht besteed te worden aan het feit dat voor een belangrijk deel van de doelgroep niet zozeer een hulpverleningsmodel gericht op herstel en remediëring van toepassing is, doch een *handicapmodel* zoals in situaties waarbij sprake is van blijvende stoornissen of aandoeningen (bijv. jongeren binnen de sector van het Vlaams Fonds).
- Tenslotte dient *een ondersteunend en adviserend aanbod* inzake hulp en preventie geformuleerd te worden ten aanzien van de eerstelijnszorg, bijzondere jeugdbijstand, centra voor leerlingenbegeleiding, justitie en de somatische zorg voor kinderen en jongeren. Ook met betrekking tot jongeren met ernstig middelenmisbruik is voor GGZ-jeugd een essentiële rol weggelegd inzake diagnostiek en behandeling van het basisprobleem en de onderlinge stoornissen. Bijzondere aandacht is ook nodig voor kinderen en jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen die hulp dienen aangeboden te krijgen binnen het kader van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke en het nog te ontwikkelen jeugdsanctierecht. Vooral voor deze groepen dient GGZ-jeugd, via brugfuncties, de nodige begeleiding en ondersteuning te bieden.

D. Situering binnen het totale veld van hulp aan kinderen en jongeren

De *zorg voor het welzijn van de bevolking t.a.v. jeugd is georganiseerd binnen diverse sectoren* met een specifieke opdracht, organisatie en financiering. Naast de GGZ-voorzieningen nemen ook andere sectoren een belangrijke taak op binnen de hulpverlening voor kinderen en jongeren: gezondheidszorg, onderwijs, welzijnszorg en justitie. Mede gezien de plannen van de minister inzake 'integrale jeugdhulpverlening' is het belangrijk de opdracht van *GGZ ten behoeve van kinderen en jongeren ten opzichte van deze sectoren te situeren*.

a. Gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg kunnen de 'basisgezondheidszorg'⁶⁶, de eerstelijns en gespecialiseerde zorg onderscheiden worden:

- Voorzieningen binnen de '**basisgezondheidszorg**', bijvoorbeeld Kind en Gezin, Centra voor Ontwikkelingsstoornissen en de Centra voor Leerlingenbegeleiding bieden naast preventie-activiteiten, ook screening.

⁶⁵ Voor een model ter beschrijving van het aanbod wordt verwezen naar de VVGG publicatie (Voorstel tot zorgcircuit GGZ-Jeugd, 2000).

⁶⁶ Met 'basisgezondheidszorg' wordt het gestructureerd en gesubsidieerd aanbod van voorzieningen bedoeld met als hoofdoopdracht het instaan voor primaire preventie. De basisgezondheidszorg dient onderscheiden te worden van het zogenaamd eerstelijnsaanbod en de welzijnszorg.

- In de **eerstelijnszorg** staat de huisarts centraal. Zowel de basisgezondheidszorg als de eerstelijns zijn partners van de geestelijke gezondheidszorg die zich als gespecialiseerde zorg op de tweede en derde lijn situeert.
- **Gespecialiseerde zorg:** de somatische zorg zowel aangeboden door gespecialiseerde zorgverstrekkers (bijv. pediaters) als door algemene ziekenhuizen (diensten zoals bijv. spoedgevallen, kindergeneeskunde), behandelt klachten die vaak symptomen zijn van een onderliggende psychiatrische aandoening (cq. de psychosomatische problematiek). Anderzijds is er sprake van een belangrijke somatische comorbiditeit bij kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening. Voor beide probleemgebieden is de uitbouw van liaisonfuncties en liaisonactiviteiten cruciaal.

Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren met een **neurologische of metabole aandoening** hoger is dan men op basis van algemeen bevolkingsonderzoek zou verwachten. Er dient derhalve, zeker met betrekking tot de functie diagnostiek, een samenwerking te zijn tussen de geestelijke en somatische gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

b. Onderwijs

Om zich met een goed zelfwaardegevoel en in een stimulerende relatie met anderen binnen de gemeenschap te handhaven, dient een kind onder andere een gevoel van competentie te verkrijgen. **De ontwikkeling van competentie is een essentiële opdracht van onderwijs.** De **relatie met GGZ-Jeugd** betreft de realisering van deze opdracht voor kinderen en jongeren met psychiatrische aandoeningen.

Niet tegenstaande het recht op onderwijs is er geen onderwijsaanbod voor vele kinderen en jongeren die opgenomen zijn in een kinder- en jeugdpsychiatrische dienst. Nochtans vormt de aanwezigheid van een ernstige psychiatrische aandoening het gemeenschappelijk kenmerk van de overgrote meerderheid van kinderen en jongeren die onderwijs genieten op basis van een type 3 attest.

c. Justitie

De opdracht van justitie is niet langer het organiseren van jeugdbescherming onder de vorm van zorg. Ze richt zich onder andere op de **strafrechtelijke zorg voor jeugdige delinquenten**. Justitie dient ook te waken over de erkenning van jeugdigen als volwaardige actoren in het gemeenschapsleven (Rechten van het Kind). Justitie brengt hen bij het overtreden van de gemeenschapsregels, het bewustzijn van de verantwoordelijkheid bij onder andere door het opleggen van sancties (Nationale Commissie voor de hervorming van de wetgeving inzake jeugdbescherming, 1997). België is één van de weinige westerse landen waar vanuit Justitie geen zorgaanbod is voor jeugdige delinquenten.

Een tweede relevant domein van justitie betreft **situaties van mishandeling, misbruik en disfunctionerend ouderschap** (onder andere ontzetting uit de ouderlijke macht).

De **relatie met GGZ-jeugd** betreft het (forensisch) onderzoek en advies met betrekking tot de genoemde materies. Daarnaast is er de behandeling onder justitieel toezicht en controle van onder andere jeugdigen met een psychiatrische aandoening die als misdrijf omschreven feiten (MOF) plegen (forensische kinder- en jeugdpsychiatrie).

d. Welzijnszorg

De opdracht van welzijnszorg bestaat erin ieder individu in staat te stellen volwaardig deel uit te maken van de gemeenschap, onder andere door het zorg dragen voor woning, voeding, werk en opvoeding. Bij de federalisering is het domein van de jeugdbescherming en de **bijzondere jeugdzorg** een bevoegdheid geworden van de Vlaamse gemeenschap. In de desbetreffende wetgeving (decreten) werd het voor de jeugdbescherming centrale begrip van ‘het kind in nood of bedreigd in zijn lichamelijke of psychosociale integriteit’ vervangen door ‘de problematische opvoedingssituatie’ (POS). Het welzijnsaanbod is, naast de pleeg- en thuiszorg, hoofdzakelijk van (semi-)residentiële aard. Deze residentiële zorg heeft vooral een ‘gezinsvervangende’ doelstelling. De voorzieningen binnen de bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen kennen een uniforme toegangsdeur via de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg. In Vlaanderen is het **Vlaams Fonds voor Integratie van Personen met een Handicap** verantwoordelijk voor de zorg voor personen met een handicap. Onder het Vlaams Fonds ressorteren ook de thuisbegeleidingsdiensten, de observatie- en behandelingscentra (OBC) en enkele gespecialiseerde voorzieningen voor kinderen en jongeren met autisme (MPI).

Er zijn aanwijzingen dat een ‘**problematische opvoedingssituatie**’ in een aantal gevallen het gevolg is van en een rol speelt in het persisteren van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren. Een problematische opvoedingssituatie is nochtans zelden de enige of belangrijkste oorzaak of onderhoudende factor van een psychiatrische stoornis of aandoening. Uit divers onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van, en de combinatie met, kindgebonden factoren (onder andere neurobiologische) van veel grotere betekenis zijn.

De relatie met GGZ-jeugd betreft in eerste instantie de diagnostiek en advisering met betrekking tot de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening en de betekenis ervan voor ontwikkeling, functioneren en opvoeding. Bij een onbekend aantal is er sprake van een indicatie voor hulp vanwege geestelijke gezondheidszorg voor jeugd.

E. Het huidig aanbod van GGZ-Jeugd

Binnen de gezondheidszorg wordt een onderscheid gemaakt tussen de gezondheidszorg voor lichamelijke aandoeningen en de geestelijke gezondheidszorg. Alhoewel nog weinig systematisch en vaak nog zeer marginaal is er zowel in de preventieve basisgezondheidszorg als in de eerstelijnsgezondheidszorg een groeiende aandacht voor emotionele en gedragsproblemen van kinderen en jongeren.

Het specifieke aanbod voor jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen of stoornissen wordt gevormd door de kinder- en jeugdpsychiatrische centra en de jeugdteams binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. **De kinder- en jeugdpsychiatrische diensten** zijn een (meestal klein) onderdeel van een algemeen/universitair ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis⁶⁷. De **jeugdteams van de centra geestelijke gezondheidszorg** hebben – ook na de schaalvergroting – een beperkte omvang en beschikken over zeer minimale uren kinder- en jeugdpsychiater.

⁶⁷ Door de verschillende inbedding van de K-diensten – nl. enerzijds in een psychiatrisch ziekenhuis gericht op hoofdzakelijk volwassenen- en ouderenzorg en anderzijds een algemeen of universitair ziekenhuis met in de nabijheid diverse diensten als pediatrie, neurologie – heeft zich de nodige differentiatie kunnen ontwikkelen op vlak van doelgroepen en problematiek.

In België behoort de zorg voor de volwassen chronisch psychiatrisch zieke in hoofdzaak tot de opdracht van de GGZ en het wordt betaald vanuit gezondheidszorg. Voor kinderen en jongeren is dit niet het geval. Binnen het Vlaams Fonds zijn er, ten behoeve van kinderen en jongeren met een psychiatrische handicap, de *Medisch Pedagogische Instituten voor kinderen en jongeren met emotionele en gedragsstoornissen (categorie 14)*. De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis is voorwaarde voor hulp.

In het domein van gezondheidszorg situeren zich ook de *revalidatiecentra voor kinderen en jongeren met een psychiatrische stoornis*. Zij werken met een RIZIV overeenkomst (federale financiering). Tenslotte zijn er de *vrij gevestigde kinder- en jeugdpsychiaters* en meestal niet-gesubsidieerde zogenaamde vrij gevestigde jeugdhulpverleners al dan niet met een specifieke opleiding.

Alhoewel in het beleid inzake gezondheidszorg de toegang tot gespecialiseerde zorg via de huisarts dient plaats te vinden, vervult deze laatste een zeer beperkte rol voor wat de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd betreft. Afhankelijk van leeftijd en problematiek zijn ouders, onderwijs, justitie, Vlaams Fonds en bijzondere jeugdzorg zeer belangrijke verwijzers.

F. Toekomstige organisatie van Geestelijke Gezondheidszorg voor Jeugd

1) Inleiding

Voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd is een eigen herkenbare organisatie GGZ-jeugd wenselijk die multi-systemisch en multimodaal is opgevat. Er worden werkingsgebieden bepaald om een optimale spreiding en toegankelijkheid te realiseren. Bovendien is samenwerking een noodzaak. Daarom wordt een conceptueel onderscheid gemaakt tussen (kern)actoren en partners die samen participeren in de zorgverstrekking aan jeugd. Tenslotte vraagt de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd een apart management, omdat er voldoende verschillen zijn tussen GGZ-jeugd en GGZ voor andere doelgroepen

2) Een eigen herkenbare organisatie van Geestelijke Gezondheidszorg Jeugd

Het aanbod van hulp en behandeling voor kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening – het zorgprogramma – dient *multi-systemisch* (gericht op jeugd en context (gezin, school, vrije tijd)) en *multimodaal* (gericht op alle terreinen van functioneren en ontwikkeling) te zijn.

Elke GGZ hulp inzake psychiatrische aandoeningen is te beschrijven als een project met een specifieke doelstelling, inhoud en vorm, op maat van het kind of de jongere. In de regel zijn bij de uitvoering ervan verschillende disciplines betrokken. Vanuit verschillende posities ten opzichte van het kind of de jongere trachten zij de doelstellingen te realiseren die afgeleid zijn van de globale doelstellingen inzake behandeling, functioneren en ontwikkeling. De medische eindverantwoordelijkheid van een dergelijk project is de taak van de kinder- en jeugdpsychiater (zoals aangegeven in het decreet op de geestelijke gezondheidszorg en in de regelgeving inzake gezondheidszorg).

Conform het voorgaande dienen de verschillende registratiesystemen verder aangepast en op elkaar afgestemd te worden door deskundigen terzake waarbij zowel de federale (het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, het RIZIV) als de Vlaamse overheid (i.f.v. de CGG en ook de MPI's, categorie 14) wordt betrokken, teneinde de nodige uniformiteit en compatibiliteit te kunnen bekomen t.a.v. de diverse betrokken

voorzieningen en diensten, ressorterend onder de verschillende bevoegde overheden. De voorkeur gaat uit naar registratiesystemen conform bestaande systemen zoals ICPC2, ICD10, ICF, DSMIV enz.⁶⁸

Geestelijke gezondheidszorg voor jeugd vraagt een geëigend organisatiemodel en managementstructuur. Alhoewel de doelstellingen van de GGZ-jeugd in essentie dezelfde zijn als voor andere doelgroepen zijn er belangrijke verschillen. Deze verschillen betreffen zowel de inhoud als de vormgeving ervan. Zo is de *basisgezondheidszorg* ten behoeve van jeugd anders dan voor volwassenen. Ook het *juridisch kader* voor minderjarigen is grondig verschillend. Hierboven werd reeds gewezen op de specifieke kenmerken in *attitude, kennis en vaardigheden* die vereist zijn. Dit laatste heeft belangrijke gevolgen *voor personeelsbeleid en het beleid inzake vorming en deskundigheidsbevordering*.

Effectief strategisch en operationeel beleid in de organisatie en ontwikkeling van het aanbod GGZ-jeugd veronderstelt derhalve een te onderscheiden management. Voor de uitwerking en concretisering zijn er verschillende mogelijkheden, waarbij aandacht dient besteed aan het management van zowel de zorginhoud als de zorgorganisatie, beide passend in een globaal managementskader.

3) Werkingsgebieden

Uitgaande van de 'Rechten van het Kind' is ook specifieke en aangepaste GGZ voor kinderen en jongeren een recht. Ze dient derhalve zodanig georganiseerd te worden dat aan dit recht wordt tegemoet gekomen.

Om dit te realiseren en een optimale spreiding en toegankelijkheid te bereiken, geniet het de voorkeur ***werkingsgebieden te bepalen***. Dit betekent dat een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg voor Jeugd de verplichting heeft om aan kinderen en jongeren uit het gebied met een hulpvraag de meest gepaste hulp aan te bieden⁶⁹ (eventueel via verwijzing). Per werkingsgebied dient het volledig zorgprogramma jeugd ontwikkeld te worden en zodanig georganiseerd dat én specialisatie én spreiding én toegankelijkheid voor de bevolking optimaal is. Een basisprincipe is dat ***hulpverlening zo dicht mogelijk bij de duurzame verblijfplaats van het kind of de jongere*** plaatsvindt. In verband met de lokalisatie moet men met volgende factoren rekening houden:

- de ***programmering van het zorgprogramma voor GGZ-jeugd met daarin apart te onderscheiden modules***. Er dient m.a.w. een redelijke vraag te zijn naar hulp in en rond het werkingsgebied. Het aantal kinderen en jongeren tot 18 jaar vormt een indicatie voor deze programmering (bevolkingsgegevens, epidemiologische gegevens, enz.). Programmering en spreiding dienen door de overheid in evenwicht te worden gebracht met maximale aandacht voor toegankelijkheid en bereikbaarheid.
- de ***spreiding van modules***, waarbij de omvang van de beoogde doelgroep en een verantwoorde case-load in grote mate bepalend is voor de mate van spreiding. Voor specialistische modules (bijv. op basis van een combinatie van leeftijdsgroep en een specifieke pathologie) is spreiding minder relevant omdat de omvang van voorzieningen die deze module aanbieden en de specialistische aard van de hulp hier beperkingen opleggen. ***Doeltreffendheid op het vlak van het organisatiemanagement*** m.b.t. budgetten, personeelszaken, reistijden, huisvestingskosten, e.d. spelen eveneens een rol bij de te spreiden modules.

⁶⁸ Momenteel wordt de MPG-registratie voor de ziekenhuizen gereviseerd, en is ook voor de CGG een nieuw registratiesysteem in ontwikkeling.

⁶⁹ Dit betekent niet dat elk kind of jongere verplicht is bij een organisatie in het werkingsgebied (van de verblijfplaats) hulp te vragen. Er is en blijft het recht van iedereen om hulp te vragen aan wie en waar men wil. De verplichting geldt alleen voor de voorziening.

- **bestaande functionele (socio-geografische) entiteiten en gegroeide werkzame samenwerkingsverbanden**, waarbij de optimale afstemming tussen deze entiteiten en samenwerkingsverbanden het aandachtspunt vormt. Bij de afbakening van de werkingsgebieden wordt er specifiek van uitgegaan dat de grootte van het gebied mee bepaald wordt door de noodzakelijke middelen en de vereiste kwalitatieve en kwantitatieve voorwaarden om de geprogrammeerde zorgmodules te realiseren. Hierbij dient rekening gehouden met de eerder genoemde epidemiologische gegevens en behoefte, en het feit dat bij de verdere ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg de Overlegplatforms GGZ een specifieke en faciliterende rol hebben⁷⁰.

Op basis van de huidige gegevens kunnen voor diverse basisfuncties, zoals bijv. de ambulante zorg verstrekt door de centra voor geestelijke gezondheidszorg, werkingsgebieden afgebakend worden van ongeveer 400.000 à 500.000 inwoners (Remans, 1999)⁷¹. Deze centra beschikken over meerdere vestigingsplaatsen waarbij de lokale en regionale inbedding vooropstaat i.f.v. bereikbaarheid en toegankelijkheid. Dit neemt niet weg dat voor gespecialiseerde opdrachten met een beperktere case-load (enerzijds op basis van epidemiologische gegevens en anderzijds op basis van de beperkte middelen) een ruimere schaalgrootte wenselijk is, nl. werkingsgebieden van 1.000.000 tot 1.200.000 inwoners (bijv. forensische kinderpsychiatrie). Op dit supraregionale niveau dient het volledige zorgaanbod voor GGZ-jeugd met alle specialistische functies minimaal aanwezig te zijn.

4) De participanten

De toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd stelt samenwerking centraal. Het samenwerkingsmodel bestaat uit actoren (en partners) die samen een zorgcircuit⁷² voor GGZ-jeugd realiseren. Hiertoe worden voorafgaandelijk netwerken gevormd, geformaliseerd via een netwerkovereenkomst. Vanuit het netwerkoverleg wordt de operationalisering van de zorgcircuits voorbereid, dit in afstemming en overleg met andere relevante partners.

• Actoren

De actoren vormen de kern van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd. Zij staan in voor diagnostiek, behandeling en therapie, en begeleiding.

De belangrijkste participanten in de organisatie voor, en de verdere ontwikkeling van het zorgprogramma ten behoeve van jeugd zijn de bestaande kinder- en jeugdpsychiatrische diensten (AZ/UZ, PZ), het specifiek aanbod onder RIZIV conventie en de kinderteams van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).

Voor zover binnen het werkingsgebied aanwezig, dienen ook Medisch Pedagogische Instituten (MPI) voor kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen (categorie 14), de privé gevestigde kinder- en jeugdpsychiaters (+ kinderpsychologen/therapeuten) en andere diensten met een specifiek aanbod voor deze doelgroep op functionele wijze betrokken te worden in de ontwikkeling van de zorgprogramma's. Vermits de psychiatrische problematiek bij de

⁷⁰ Zie ook het advies van de VGR van 18/09/2001 'de toekomstige rol en organisatie van de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg'.

⁷¹ Zie ook het advies van de VGR van 18/09/2001 'de toekomstige rol en organisatie van de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg'.

⁷² Er wordt expliciet aandacht gevraagd voor een voldoende juridische vormgeving van de zorgcircuits (bijv. via een zorgassociatie, waarvan het wettelijk karakter nog in voorbereiding is of een andere vormgeving naargelang de keuze van de actoren); alsook een minimale organisatorische en operationele vormgeving (ter vergelijking: het model van een multifunctionele eenheid in Nederland), teneinde te voorkomen dat het engagement tot samenwerking zich zou beperken tot een theoretische of 'papieren' gegevenheid.

doelgroep van de MPI's categorie 14 op de voorgrond staat, dienen deze voorzieningen beschouwd als actor binnen het zorgcircuit van de GGZ-jeugd. In die zin is het wenselijk dat de regelgeving omtrent de MPI's categorie 14 wordt aangepast.

- **Partners**

Partners bevinden zich niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook in aangrenzende maatschappelijke domeinen zoals onderwijs, justitie en welzijnszorg. Met betrekking tot de langdurige zorg voor kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening of stoornis zal afstemming en samenwerking met de specifieke voorzieningen binnen het Vlaams Fonds en de bijzondere jeugdzorg dienen plaats te vinden.

In de gezondheidszorg is de huisarts een belangrijke partner. Hij fungeert daarbij als eerste en meest nabije persoon, alsook als tussenpersoon tussen de jongere enerzijds en de actoren anderzijds die zullen instaan voor de diagnostiek en de behandeling. In deze vervult de huisarts een filterfunctie. Andere partners zijn ouders, leerkrachten, Kind en Gezin, straathoekwerkers, vertrouwenscentra en CLB's.

G. De prioriteiten in de vernieuwde structuur

1) Uitbouw van diagnostiek, assessment en advisering van kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening of stoornis

De eerste en belangrijkste opdracht is *diagnostiek, assessment en evaluatie* van de ontwikkeling en het functioneren van infants, kinderen en jongeren met een psychiatrische stoornis of aandoening. Een tweede opdracht is het *adviseren* aan ouders, school, hulpverleners binnen de welzijnssector (bijzondere jeugdzorg, gehandicaptenzorg) en somatische gezondheidszorg (brugfuncties!!!) over de 'gebruiksaanwijzing' en noodzakelijke behandeling van en zorg voor de betrokken kinderen en jongeren..

Diagnostiek en assessment betekenen een proces van informatieverzameling over ontwikkeling en functioneren waarbij diverse informatiebronnen betrokken worden (kind, ouders, school) alsook een onderzoek van betrokken infant, kind of jonger vanuit een geïntegreerd bio-psycho-sociaal werkmodel. Eén en ander veronderstelt kinder- en jeugdpsychiatrische deskundigheid en de beschikbaarheid van een multidisciplinair team dat opereert op basis van een interdisciplinaire visie inzake psychiatrische stoornissen, ontwikkeling en functioneren. Naast de discipline van klinische ontwikkelingspsychologie is er ook behoefte aan de diverse diagnostische mogelijkheden.

In de regel is voor diagnostiek en assessment geen opname noodzakelijk. Wel dient er mogelijkheid te zijn voor dagobservatie en out-reaching observatie van kind of jongere in de eigen context (gezin of home, school). Alhoewel functioneel te onderscheiden van dient diagnostiek en assessment in een nauwe relatie te staan met en deel uit te maken van het hulpverleningsproces aan jeugd. Rekening houdend met de huidige toestand en de te verwachten ontwikkelingen inzake diagnostiek en behandeling van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren dienen deze functies ook gelinkt te worden met de pediatrische functies van een algemeen ziekenhuis.

2) De uitbouw van ambulante behandeling, crisisinterventie en dagbehandeling

De ontwikkeling en uitbouw van een functionele integratie van poliklinische, ambulante en out-reaching zorg is de belangrijkste en eerste prioriteit.

Er is een grote nood aan uitbouw van en differentiatie in ambulante en out-reaching multi-systemische en multimodale behandeling, begeleiding en dagbehandeling voor jeugd. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat bij een groot percentage van kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening sprake is van een (dreigende) invaliderende handicap. Zo dient de GGZ-jeugd continu ter beschikking te staan voor kinderen en jongeren met bijvoorbeeld een disruptieve stoornis of aandoening, een autisme spectrum stoornis, enz.

Dit houdt ook in dat 24-uurs beschikbaarheid en ambulante, out-reaching crisisinterventie voorzien moet worden die tevens dient te beschikken over modaliteiten voor kortdurende opname en ondersteuning naar de huisarts toe.

3) de klinische en residentiële zorg

In het algemeen kan gesteld worden dat de langste wachttijden betrekking hebben op kinderen van lagere schoolleeftijd. Het betreft vooral kinderen met disruptieve gedragsstoornissen of autisme spectrum stoornissen. Opname in een klinische behandelingsseenheid voor volwassenen is mogelijk vanaf 16 jaar. Oudere adolescenten kunnen derhalve voor opname terecht in een PAAZ of PZ. Hiermee rekening houdend ***is de eerste prioriteit de uitbouw van mogelijkheden voor klinische behandeling van kinderen.***

Met betrekking tot adolescenten ligt de behoefte vooral op het terrein van de forensische jeugdpsychiatrie en residentiële behandeling van ernstige eetstoornissen en afhankelijkheidsproblemen. Rekening houdend met de beschreven visie ***heeft het de voorkeur dat klinische behandeling onderdeel is van een multifunctionele ambulant georiënteerde organisatie van GGZ-jeugd.***

Uit analyse van onder andere MPG-gegevens inzake de populatie van kinder- en jeugdpsychiatrische centra blijkt dat met name kinderen en jongeren met autisme stoornissen ‘langblijvers’ zijn. Voor deze doelgroep bestaat er een groot probleem van doorstroming naar de voorzieningen binnen het Vlaams Fonds.

4) therapeutische pleeg- en thuiszorg

Ervaringen in diverse Europese landen en Wallonië hebben aangetoond dat therapeutische pleeg- en thuiszorg een ***belangrijke aanvulling is en soms een alternatief vormt voor – langdurige – klinische behandeling*** van kinderen. Onderzocht dient te worden of deze specifieke behandelingsmogelijkheden ontwikkeld kunnen worden.

H. De participatie van kinderen en ouders in het beleid

Rekening houdend met de ‘Rechten van het Kind’ en de ‘Rechten van Ouders’ dient erover gewaakt te worden dat elke interventie voorwerp is van ***‘informed consent’ van betrokken kind of jongere én zijn/haar ouders.*** Dit geldt ook en vooral voor kinderen en jongeren die geplaatst zijn in een voorziening van bijzondere jeugdzorg of het Vlaams Fonds.

Conform de geldende regelgeving dient bij het uitblijven van toestemming van kind, jongere en degene(n) die drager zijn van de ‘ouderlijke macht’ en er sprake is van een voor het kind of de jongere noodzakelijke zorg de uitspraak van de jeugdrechter afgewacht te worden. Hiertoe dienen duidelijke protocollen te worden afgesproken tussen GGZ-jeugd en justitie.

Ouders van kinderen met een psychiatrische aandoening moeten zich kunnen verenigen en worden gehoord. Zij moeten kunnen participeren in de ontwikkeling en het algemeen beleid van de GGZ voor jeugd. Elke voorziening voor behandeling van kinderen en jongeren dient

een systeem op te zetten van participatie ervan in het algemeen beleid van de voorziening. Ook de provinciale overlegplatforms GGZ dienen hierbij een actieve rol te spelen, o.a. door het systematisch betrekken bij het overleg van een vertegenwoordiging van ouders wiens kind op één of andere wijze contact heeft met de GGZ-jeugd.

IV. CONCRETE REALISERING

A. Zorgcircuits van GGZ-Jeugd via netwerken

Realisering van een volwaardig gedifferentieerd aanbod van GGZ-jeugd op basis van de beschreven visie en functionele inhoud veronderstelt dat met de huidige beperkte en versnipperde middelen als 'startkapitaal' gestalte gegeven wordt aan de zorgcircuits voor jeugd, organisch deel uitmakend van de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorgcircuits worden gerealiseerd via de oprichting van netwerken tussen de betrokken actoren (en/of partners) (cf. supra). De concrete vormgeving van de zorgcircuits GGZ-jeugd veronderstelt derhalve:

- integratie van de huidige middelen (zowel Vlaams – gezondheid en deels welzijn – als federaal);
- differentiatie van het aanbod van diagnostiek, advisering (justitie, bijzondere jeugdzorg, eerstelijnsgezondheidszorg, basisgezondheidszorg), behandeling en crisisinterventie, in eerste instantie op basis van ontwikkelingskenmerken (infants, kinderen, adolescenten);
- versterking van middelen: vooral interdisciplinair poliklinisch, ambulant, outreaching en dagbehandeling;
- geïntegreerd onderwijsaanbod;
- eigen management;
- regionale verantwoordelijkheid (werkingsgebied);
- verbetering toegankelijkheid (financieel);
- participatie in beleid: o.a. vereniging van ouders van kinderen met een psychiatrische aandoening.

Een dergelijk zorgcircuit dient een nauwe relatie te hebben met het perinataal centrum en de pediatrie functies van het AZ enerzijds en met het aanbod binnen het Vlaams Fonds en bijzondere jeugdzorg voor kinderen en jongeren anderzijds.

B. De rol van de Overlegplatforms

Op basis van het VGR-advies inzake de overlegplatforms⁷³ kan gesteld worden dat met betrekking tot de ontwikkeling van de GGZ-jeugd **de opdracht voor de overlegplatforms** erin bestaat om **met de beschikbare middelen en mogelijkheden een geëigende organisatie van de zorgcircuits geestelijke gezondheidszorg jeugd te faciliteren en** – in overleg met de bevoegde minister – **het werkingsgebied te bepalen**. Dit gebeurt in overleg met de 'kern' actoren (diensten kinder- en jeugdpsychiatrie, voorzieningen met RIZIV-conventie, kinderteams CGG), alsook met de MPI's categorie 14 en de vrij gevestigde psychiaters. Tevens dient een vertegenwoordiging van de ouders van kinderen met een psychiatrische aandoening uit het werkingsgebied bij dit proces betrokken te worden.

⁷³ Cf. 'De toekomstige rol en organisatie van de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg' (18 september 2001)

Dit dient uit te monden in *een provinciaal plan GGZ-jeugd* dat aan de andere bij het provinciaal overleg betrokken actoren en de belangrijkste belendende sectoren (eerstelijns-gezondheidszorg, basisgezondheidszorg, justitie (jeugdrechters), bijzondere jeugdzorg, GGZ-volwassenen) wordt voorgelegd.

Na goedkeuring door de minister zal dit plan uitgangspunt en basis zijn voor de verdere ontwikkeling van de GGZ-jeugd binnen het werkingsgebied.

A. De preventie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren

Alhoewel het thema van dit advies geen betrekking heeft op preventie als dusdanig is het, rekening houdend met de plannen van de minister inzake 'integrale jeugdzorg', wellicht opportuun toch enkele overwegingen inzake preventie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren te formuleren.

Zoals eerder aangegeven, wordt ontwikkeling bepaald door een continu proces van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende neurobiologische, cognitieve, en psychosociale factoren. Hierbij is het ene niet het fundament van het andere. In dit proces blijkt de foetale ontwikkeling en de periode van de eerste drie levensjaren van 'levensbelang'.

Alhoewel er nog onvoldoende zicht is op de protectieve en risicofactoren kunnen toch reeds volgende **stellingen** onderbouwd worden:

- Geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren hangt in grote mate af van de mate waarin een maatschappij 'kindvriendelijk'⁷⁴ is en rekening houdt met het tempo en de (ontwikkelings-)behoeftes van kinderen en jongeren;
- Geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren wordt ernstig bedreigd door confrontatie met geweld en inadequate opvang bij confrontatie met geweld (zowel binnen het gezin als daarbuiten). Recent onderzoek heeft bovendien aangetoond dat niet alleen het slachtoffer zijn van geweld maar ook het getuige zijn ervan gerelateerd is aan diverse vormen van psychopathologie. Dit is des te meer relevant gegeven het feit dat nagenoeg 40% van de kinderen en jongeren aangeeft slachtoffer of getuige te zijn van geweld.
- Het belang van geïntegreerde 'bio-psycho-sociale' pre- en postnatale zorgen met betrekking tot een in alle opzichten gezond en kindvriendelijk milieu – zowel biologisch en ecologisch als psychisch en sociaal – tijdens de foetale ontwikkeling en eerste levensjaren kan moeilijk overschat worden⁷⁵.
- Hoe eerder een psychiatrische aandoening gedetecteerd en adequaat behandeld wordt, hoe kleiner de kans dat een psychiatrische aandoening evolueert naar invalidering en marginalisering (onder andere als gevolg van inadequate bejegening, opvoeding en begeleiding). Er is op dit terrein een grote lacune inzake kennis, vaardigheden en middelen op het niveau van basisgezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg.
- Rekening houdend met de huidige inzichten dient ten behoeve van preventie en promotie ernstig overwogen te worden niet langer de 'problematische opvoedingssituatie' maar 'het kind en zijn of haar ontwikkelingsbehoeften' als uitgangspunt voor beleid te nemen.

⁷⁴ Met 'kindvriendelijk' wordt bedoeld dat de Rechten van het Kind (= minderjarigen) in alle facetten van het maatschappelijk leven erkend en toegepast worden.

⁷⁵ Zie hiervoor ook het advies van de VGR m.b.t. het psycho-sociaal milieu en de risicofactoren hieromtrent. Het wordt wenselijk geacht om op termijn eveneens een advies te formuleren omtrent het belang en de organisatie van primaire preventie en promotie inzake geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren.

B. Knelpunten en randvoorwaarden

1. *Ontoereikendheid van het aanbod*

Uitgaande van de epidemiologische gegevens inzake het voorkomen van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren is de doelgroep in Vlaanderen minimum 150.000 eenheden groot. Rekening houdend met een opvolgingsperiode van 10 jaar en een tijds-investering van 5u per kind of jongere, zijn 43 kinder- en jeugdpsychiaters nodig met het oog op een minimaal psychiatrisch assessment. Dit veronderstelt bovendien de beschikbaarheid van tenminste tweemaal zoveel klinische ontwikkelingspsychologen ten behoeve van de uitvoering van het assessment.

Vertrekkende van de epidemiologische gegevens inzake persistentie tot in de volwassenheid is dit het geval bij minimum 50% van de doelgroep. Indien men uitgaat van een minimum beschikbaarheid van een kinder- en jeugdpsychiater van één uur per maand ($n = 75.000$) zijn er tenminste 500 kinder- en jeugdpsychiaters nodig. Voor andere disciplines (minus professionals in het kader van residentiële zorg) is het minimum FTE dan 1500 ter uitvoering van behandeling en begeleiding⁷⁶.

2. *Overige knelpunten*

De belangrijkste knelpunten voor de verdere ontwikkeling van GGZ-jeugd – de diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening – zijn enerzijds het **gebrek aan specifiek management en de versnippering en kleinschaligheid van het huidige aanbod**, anderzijds het **gebrek aan middelen**. ‘Middelen’ betreft vooral professionele ‘menskracht’ en een aangepast ‘kader’.

Er dient niet alleen geïnvesteerd in de GGZ-jeugd op zich. Er moet ook aandacht zijn voor **adequate opleiding en deskundigheidsbevordering**. Dit geldt bovendien niet alleen voor de professionals ten behoeve van de specifieke geestelijke gezondheidszorg voor jeugd maar ook voor de huisarts en werkers binnen de basisgezondheidszorg (Kind en Gezin, CLB). **Onderwijs** dient te voorzien in een adequaat aanbod voor kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening.

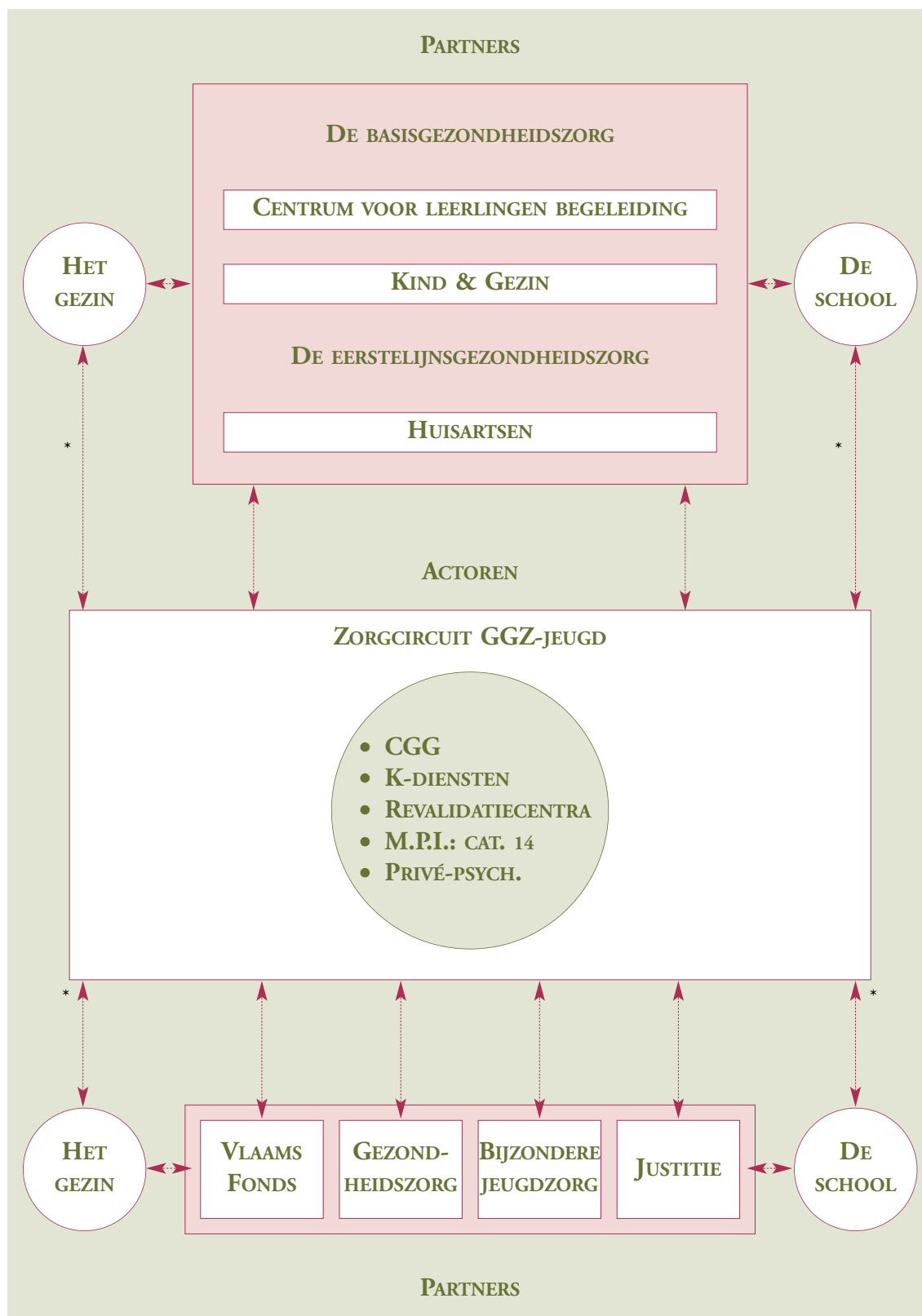
Er dient een oplossing te komen voor het **vervoer van kinderen en jongeren in dagbehandeling**.

Het aanbod voor kinderen en jongeren in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg dient ook in de toekomst gevrijwaard en verder uitgebouwd te worden. T.o.v. de middelen in de residentiële GGZ-zorg blijft het ambulante aanbod ondermaats. Deze middelen dienen specifiek onderscheiden te blijven van de welzijnszorg.

⁷⁶ Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat er bij deze berekeningen van uitgegaan wordt dat de basisgezondheidszorg (o.a. opdracht van Kind en Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding) en de eerstelijnszorg beschikken over de deskundigheid en de noodzakelijke middelen ter screening en detectie van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren. Dit is evenwel geenszins het geval.

SCHEMATISCHE VOORSTELLING

VAN DE ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG TEN BEHOEVE VAN DE JEUGD



* Al naargelang echelonnering nagestreefd wordt moet deze pijl blijven of verdwijnen

Literatuurlijst

- I. AL-ISSA en M. TOUSIGNANT** (1997) *Ethnicity, Immigration, and psychopathology*, Plenum Press, pp. 302.
- HELLINCKX W., DE MUNTER A., GRIETENS H.** (1991) *Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen. Deel 1* Garant, Leuven-Apeldoorn.
- HELLINCKX W., DE MUNTER A., GRIETENS H.** (1993) *Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen. Deel 2* Garant, Leuven-Apeldoorn.
- VERMEIREN R., DEBOUTTE D.** (2000) *Antwerpse scholieren over hun geestelijke gezondheid en delinquent gedrag*. Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen.
- REMANS, B.** (1999) *Regionalisering in de Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg. Van instellingszorg naar gemeenschapszorg*. Onuitgegeven tekst.
- WERKGROEP ZORGCIRCUIT JEUGD** (2000) *Voorstel tot zorgcircuit in de geestelijke gezondheidszorg-jeugd*. Uitgave van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- WERKGROEP ZORGCIRCUIT JEUGD** (2001) *Zorgcircuit in de geestelijke gezondheidszorg jeugd, specificiteit en basisprincipes*, Uitgave van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- AELVOET, M. i.s.m. VANDENBROUCKE, F.** (2001); *De psyche: mij een zorg?!*; Beleidsnota Geestelijke Gezondheidszorg. Brussel.

4. ADVIEZEN IN VOORBEREIDING

4.1. EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE VAN ZIEKENHUIZEN

Voortbouwend op de adviezen 'Ziekenhuisconcept voor Vlaanderen' (dd. 15/12/1998) en 'Memorandum Conceptueel Kader voor de Vlaamse Gezondheidszorg' (15/06/1999) besloot de VGR verder in te gaan op enkele specifieke onderwerpen. Het eerst thema waarop wordt ingegaan is de externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen. De maatschappelijke vraag naar kwaliteitsgaranties is reëel. Dit geldt ook voor de ziekenhuizen: het is voor de patiënt, voor ziekenfondsen, voor de overheid, enz. nuttig te weten welke ziekenhuizen voldoen aan een bepaald kwaliteitsniveau. De zorgaanbieders zoeken zelf adequate technieken om goede, kwaliteitsvolle zorg te evalueren. Zij willen de efficiëntie, het verantwoord gebruik en de noodzaak aan middelen aantonen. Er bestaat dan ook een vraag naar het toepassen van nieuwe kwaliteitsbeoordelingstechnieken, complementair of vernieuwend ten aanzien van de huidige inspectie. Het advies betracht een eerste aanzet te geven over hoe bijkomende kwaliteitsgaranties voor ziekenhuizen gerealiseerd kunnen worden. Het advies wordt gefinaliseerd in januari 2002.

4.2. MASSACOMMUNICATIE OVER BINNENHUISPOLLUTIE

Dit advies wordt momenteel voorbereid en komt er op vraag van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister voor Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen. De adviesvraag bevat enkele zeer concrete vragen inzake massacommunicatie over binnenhuispollutie. De aanleiding is de vaststelling dat de pollutie-niveaus voor heel wat stoffen binnenshuis hoger zijn dan in het buitenmilieu, dat we allemaal het grootste deel van de dag binnenshuis verblijven, en dat de klassiek als gevoelige groepen aangeduide zeer jonge kinderen en ouderen extra veel tijd binnenshuis doorbrengen. Bovendien wordt de binnenluchtkwaliteit als één van de voornaamste medisch milieukundige problemen in Europa bestempeld, en is een belangrijke fractie van de jaarlijks door milieufactoren verloren gezonde levensjaren (disability-adjusted life years) te wijten aan binnenhuisfactoren.

De concrete vragen hebben zowel betrekking op de inhoudelijke prioriteit die aan dit thema dient te worden gegeven als op de vraag of en voor wie en zo ja, onder welke vorm en met welke specifieke inhoud communicatie-acties nuttig kunnen zijn.

Dit advies wordt gefinaliseerd in januari 2002.

4.3. INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG TEN BEHOEVE VAN OUDEREN

De VGR besliste reeds in 2000 dat het advies 'Een kader voor de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen' themagewijs verder zou worden uitgediept. Dit resulteerde inmiddels in adviezen over 'De psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie', 'De toekomstige organisatie en rol van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg' en 'De inhoud en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van jeugd'. Deze adviezen zijn opgenomen in dit jaarverslag. Het laatste advies dat in deze context wordt uitgewerkt is het advies over 'De inhoud en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van ouderen'. De werkgroep heeft reeds een werkdocument hierover gefinaliseerd en aan de plenaire vergadering overgemaakt. De werkgroep hoopt dat de nieuw samengestelde VGR dit als leidraad zal gebruiken om hierover een advies uit te brengen.

5. BELEIDSVOORBEREIDENDE (LITERATUUR)-STUDIES

De Vlaamse Gezondheidsraad besteedt ter ondersteuning van de adviesopdracht beperkte studieopdrachten uit aan universiteiten.

Hieronder vindt u een overzicht van de studieopdrachten die tot op heden werden uitgevoerd. Zij kunnen op vraag worden toegestuurd (ook via e-mail). U kan zich hiervoor wenden tot het VGR-secretariaat (tel. 02-553 35 64, fax. 02-553 35 84, e-mail: regine.bouli-aert@wvc.vlaanderen.be).

Overzicht:

- Behoeftte aan gezondheidszorg bij de Vlaamse bevolking (1999)
- Concrete samenwerkingsmodellen in de Somatische en Geestelijke Gezondheidszorg (april 2000)
- Ontwikkeling en validatie van beleidsindicatoren inzake gezondheidsgerelateerd gedrag (april 2000)
- Toepassingsmogelijkheden in functie van gezondheidsbevordering bij mensen in kansarme situaties (april 2000)
- Naar een geïntegreerde psycho-sociaal-medische intake op de eerste lijn (oktober 2000)
- De impact van psycho-sociale factoren op de volksgezondheid (oktober 2000)
- Blootstelling aan gezondheidsschadende agentia in Vlaanderen/België: overzicht van de bestaande gegevens (oktober 2000)
- Nood aan zorgcoördinatie rond zwaar zorgbehoevende patiënten in vlaanderen: een explorerend onderzoek – partim: bronnenanalyse (30 november 2001) – dit onderzoek zal in het voorjaar van 2002 worden voorgesteld.

In voorbereiding zijn:

- Nood aan zorgcoördinatie rond zwaarzorgbehoevende patiënten in Vlaanderen: een explorerend onderzoek (partime: registratie-onderzoek)
- Voorbereidend onderzoek met het oog op de bijsturing en aanvulling van de vlaamse gezondheidsdoelstellingen

De studies die nog niet werden voorgesteld of nog in voorbereiding zijn, zullen ten laatste tegen de zomer van 2002 beschikbaar zijn.

6. BIJLAGEN

6.1. OPDRACHT EN STRUCTUUR VAN DE VGR

I. OPDRACHT

Volgens art. 3 van het decreet heeft de Vlaamse Gezondheidsraad als opdracht *de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement* op haar verzoek of op eigen initiatief advies te verlenen omtrent alle gezondheidsaangelegenheden. Daartoe dient de raad het gezondheidsbeleid en de ontwikkelingen inzake gezondheid te volgen en te toetsen aan de gezondheidsstatus van de bevolking en oog te hebben voor de nieuwe noden betreffende de gezondheidszorg, het aanbod van de verzorgingsvoorzieningen te evalueren en voorstellen te formuleren voor de verdere ontwikkeling ervan.

De raad verleent in het bijzonder advies over de volgende aangelegenheden:

- de sociologische, epidemiologische, wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen die relevant zijn voor het gezondheidsbeleid en voor de afstemming ervan op de zich ontwikkelende behoeften;
- de strategische keuzen en methodieken met het oog op een doeltreffende en efficiënte gezondheidspromotie;
- de bevordering van de toegankelijkheid van de verzorgingsvoorzieningen;
- specifieke materies waarvoor het advies van de Raad is voorzien in andere decreten of besluiten;
- ethische problemen met betrekking tot het gezondheidsbeleid of -aspecten.

II. STRUCTUUR

A. Plenaire zitting

Volgens art. 6 van het decreet komt de raad minstens éénmaal per jaar in plenaire zitting bijeen. In de praktijk worden een tiental plenaire zittingen per jaar georganiseerd.

B. Bureau

Volgens art. 7 van het decreet wordt binnen de raad een bureau opgericht. Het bureau wordt samengesteld uit de voorzitter, de ondervoorzitters en vier leden van de raad.

Het bureau heeft als opdracht de werkzaamheden van de raad te organiseren, te coördineren en voor te bereiden, alsook de beslissingen van de raad uit te voeren. Elk advies wordt na toevoeging van een eindadvies door het bureau aan de regering bezorgd.

C. Kamers

Volgens art. 8 § 1 van het decreet bestaat de raad uit 2 kamers: de kamer voor preventieve zorg en de kamer voor curatieve zorg.

D. Werkgroepen

Volgens art. 25 § 1 van het uitvoeringsbesluit kunnen de regering, de raad en het bureau werkgroepen oprichten.

In 2000 waren 6 werkgroepen actief. Verderop, in hoofdstuk 4, wordt dieper ingegaan op de samenstelling en de werkzaamheden van de werkgroepen.

E. Rol van de administratie gezondheidszorg

Volgens art. 27 van het uitvoeringsbesluit neemt de administratie gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse gemeenschap het secretariaat waar van de raad. De administratie verstrekt tevens alle inlichtingen die nodig zijn voor de werking van de raad.

6.2. OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE WERKZAAMHEDEN IN 2001

	JAN	FEB	MAA	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEC	TOT
Plenaire		X		X		X			X		X	X	6
Bureau	X		X	X		X		X		X		X	7
Preventieve Kamer					X				X	X	XX		5
Curatieve Kamer												X	1
Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg	X	X	XX	X	X	X			X	X	X	X	11
Werkgroep Gezondheid & Fysisch Milieu				X						X	X		3
Werkgroep Gezondheid & Psycho-sociaal Milieu					X								1
Werkgroep Medisch Verantwoord Sporten				XX									2
Werkgroep Externe Evaluatie van Ziekenhuizen		X	X	X	X	X				X	X	X	8
TOTAAL	2	3	4	7	4	4		1	2	4	4	8	44

6.3. ADRESSENLIJST VGR-LEDEN

dhr. prof. dr. **Jean-Pierre BAEYENS**

Gen. Jungbluthlaan 11

8400 Oostende

Tel: 059/55.34.04

Fax: 059/55.34.08

E-mail: jpbaeyens@azdamiaan.be

dhr. **Philippe BEUTELS**

Centrum voor Evaluatie en Vaccinatie

Epidemiologie en Sociale Geneeskunde

UIA

Universiteitsplein 1

2610 Wilrijk

Tel: 03/820.26.58

Fax: 03/820.26.40

E-mail: pbeutels@uia.ua.ac.be

mevr. dr. **Carine BOONEN**

Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen

Guimardstraat 1

1040 Brussel

Tel: 02/511.80.08

Fax: 02/513.52.69

E-mail: cb@vvi.be

dhr. **Luc BOSSCHAERTS**

Braambosweg 1

3140 Keerbergen

Tel: 015/50.09.80

Fax: 015/50.09.99

E-mail: luc.bosschaerts@pandora.be

dhr. prof. dr. **Jacques BOUCKAERT**

Campus HILO-UG

Watersportbaan 2

9000 Gent

Tel: 09/264.63.35

Fax: 09/264.64.84

E-mail: jacques.bouckaert@rug.ac.be

dhr. **Bert DE BAKKER**

Virga Jesseziekenhuis

Stadsomvaart 11

3500 Hasselt

Tel: 011/30.82.10

Fax: 011/30.82.17

E-mail: bert.debakker@virgajesse.be

dhr. prof. dr. **Jan DE MAESENEER**
Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
UZ – 1K3
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/240.35.42
Fax: 09/240.49.67
E-mail: jan.demaeseneer@rug.ac.be

mevr. **Lieve DECALUWE**
UZ Leuven
Algemene Directie
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/34.86.18
Fax: 016/34.49.70
E-mail: lieve.decaluwe@uz.kuleuven.ac.be

mevr. prof. dr. **Mia DEFEVER**
CZV
KU Leuven
Kapucijnenvoer 35, 4^e verdieping
3000 Leuven
Tel: 016/33.69.78 – 050/22.06.95
Fax: 050/22.05.41
E-mail: mia.defever@med.kuleuven.ac.be

mevr. prof. dr. **Joke DENEKENS**
UIA – Departement Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk
Tel: 03/820.25.29
Fax: 03/820.25.26
E-mail: joke.denekens@skynet.be

Dhr. dr. **Maurits DE RIDDER**
Burggravenlaan341
9000 Gent
Tel.: 09/222.80.14
E-mail: maurits.deridder@rug.ac.be

mevr. **Sandra DERIEUW**
Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
Haachtsesteenweg 579
1031 Brussel
Tel: 02/246.49.05
Fax: 02/246.49.15
E-mail: sandra.derieuw@cm.be

mevr. **Maya DETIEGE**
Klapdorp 8
2000 Antwerpen
Tel: 03/227.20.58
E-mail: maya.detiege@socmut.be

mevr. **Hilde DIERCKX**
Dutselstraat 160
3220 Holsbeek
Tel: 016/34.86.08
E-mail: hilde.dierickx@uz.kuleuven.ac.be

mevr. **Marijs GEIRNAERT**
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02/423.03.35
Fax: 02/423.03.34
E-mail: m.geirnaert@vad.be

dhr. prof. dr. **Luc HENS**
VUB – menselijke ecologie
Laarbeeklaan 103
1090 Jette
Tel: 02/477.42.81
Fax: 02/477.49.64
E-mail: gronsse@meko.vub.ac.be

Dhr. prof. dr. **Karel HOPPENBROUWERS**
KU Leuven – dienst jeugdgezondheidszorg
Kapucijnenvoer 35/1
3000 Leuven
Tel: 016/33.68.73
Fax: 016/33.68.83
E-mail: karel.hoppenbrouwers@med.kuleuven.ac.be

dhr. dr. **Jozef JANSSEN**
Universitair Centrum St. Jozef
Leuvensesteenweg 517
3070 Kortenberg
Tel: 02/758.05.11
Fax: 02/759.53.80
E-mail: jozef.janssens@uc-kortenberg.be

mevr. prof. dr. **Katrien KESTELOOT**
Algemene Directie
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/33.69.75
Fax: 016/33.69.70
E-mail: katrien.kesteloot@uz.kuleuven.ac.be

mevr. dr. **Lea MAES**
Hulleweg 10
9830 St. Martens-Latem
Tel: 09/282.64.79
Fax: 09/282.64.79
E-mail: lea.maes@rug.ac.be

Mevr. **Leen MEULENBERGS**
Breekiezel 36
3670 Gruitrode
Tel: 02/210.44.62
Fax: 02/210.67.46
E-mail: leen.meulenbergs@health.fgov.be

mevr. **Isabel MOENS**
Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02/511.80.08
Fax: 02/513.52.69
E-mail: im@vvi.be

mevr. **Maureen RAEDT**
Thuiszorg Bond Moyson
President Kennedypark 2
8500 Kortrijk
Tel: 056/23.03.96
Fax: 056/23.03.80
E-mail: maureen.raedt@socmut.be

dhr. prof. dr. **Koen RAES**
Universiteit Gent – Faculteit Rechten
Universiteitstraat 4
9000 Gent
Tel: 09/264.68.39
Fax: 09/264.69.83
E-mail: koen.raes@rug.ac.be

mevr. dr. **Hilde ROELS**
Beukenlaan 45
2940 Hoevenen
Tel: 03/664.64.24
Fax: 03/664.93.79
E-mail: dr.hilde.roels@pandora.be

dhr. prof. dr. **Walter SERMEUS**
CZV
KU Leuven
Kapucijnenvoer 35
3000 Leuven
Tel: 016/33.69.66
Fax: 016/33.69.70
E-mail: walter.sermeus@med.kuleuven.ac.be

mevr. **Ingrid STEENS**

Centrum voor Gezondheidseconomie en Ziekenhuisbeleid (VUB)

Laarbeeklaan 101

1090 Jette

Tel: 02/477.55.37

Fax: 02/477.58.00

E-mail: ingrid.steens@az.vub.ac.be

dhr. **Marc TACK**

CAT Preventiehuis

Martelaarslaan 204a

9000 Gent

Tel: 09/233.58.58

Fax: 09/233.29.82

E-mail: cat.preventiehuis@cat.uunethost.be

dhr. dr. **Wim TAMBEUR**

Algemene Directie

UZ Leuven

Herestraat 49

3000 Leuven

Tel: 016/34.49.45

Fax: 016/34.49.20

E-mail: wim.tambeur@uz.kuleuven.ac.be

dhr. dr. **Bart VAN DAELE**

Algemene Directie

UZ Leuven

Herestraat 49

3000 Leuven

Tel: 016/34.49.94

Fax: 016/34.49.27

E-mail: bart.vandaele@uz.kuleuven.ac.be

dhr. dr. **Stephan VAN DEN BROUCKE**

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

Gustave Schildknechtstraat 9

1020 Brussel

Tel: 02/422.49.49

Fax: 02/442.49.59

E-mail: stephan.vandenbroucke@vig.be

Dhr. prof. dr. **Michel VANHOORNE**

UZ Gent – vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel: 09/240.36.91

Fax: 09/240.51.07

E-mail: Michel.Vanhoorne@rug.ac.be

dhr. prof. dr. **Nik VAN LAREBEKE**

U Gent – Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Exp. Cancerologie

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel: 02/380.14.10

Fax: 02/381.16.45

E-mail: nicolos.vanlarebeke@rug.ac.be

mevr. **Rosette VAN OVERVELT**

Fusieziekenhuis MONICA

F. L. Pauwelslei 1

2100 Deurne -Antwerpen

Tel: 03/320.56.01

Fax: 03/320.56.00

E-mail: rvanovervelt@monica.be

dhr. prof. dr. **Patrick VAN REEMPTS**

UZA – Neonatologie

Wilrijkstraat 10

2650 Edegem

Tel: 03/821.58.10

fax: 03/821.48.02

E-mail: Patrick.Vanreempts@uza.uia.ac.be

dhr. dr. **Patrick WATERBLEY**

Heilig Hartziekenhuis

Wilgenstraat 2

8800 Roeselare

Tel: 051/23.76.03

Fax: 051/23.76.26

E-mail: waterbley.devolder@village.uunet.be

dhr. dr. **Etienne WAUTERS**

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

Haachtsesteenweg 579

1031 Brussel

Tel: 02/246.44.70

Fax: 02/246.46.49

E-mail: etienne.wauters@cm.be

dhr. prof. dr. **Joost WEYLER**

UIA, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde

Universiteitsplein 1 blok 5 – 5^{de} verdieping

2610 Antwerpen

Tel.: 03/820.26.53

Fax.: 03/820.26.40

E-mail: weyler@uia.ua.ac.be

6.4. PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIËNTEN IN DE THUISSITUATIE

(bij advies 3.1.)

I. IMPLEMENTATIE IN HET WERKVELD

Dit advies tekent de klijtlijnen waarbinnen de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie kan georganiseerd worden. Bij de verdere implementatie ervan dient op volgende vragen een antwoord te worden geformuleerd. Deze vragen worden best ingevuld a.h.v. een realiteitstoetsing en dienen als leidraad bij de opvolging en begeleiding van de diverse pilootprojecten in het werkveld.

- Wat zijn de **noden** van de personen met psychische problemen in hun thuissituatie en van hun familie? Is de thuiszorg voor elke patiënt haalbaar? Kunnen deze behoeften gekwantificeerd worden?
- Moet een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende **subdoelgroepen**: bijv. de gestabiliseerde psychiatrische patiënt die liever alleen woont i.p.v. samen met andere in een huis van een initiatief beschut wonen; de patiënt die – in een eerste psychotische episode – een intensieve medisch-therapeutische behandeling nodig heeft, doch zich niet wil laten opnemen?
- Welke kwalificaties en **deskundigheden** zijn nodig om psychiatrische thuiszorg te kunnen uitbouwen?
- Welke **actoren** dienen te worden betrokken bij de uitbouw van de psychiatrische thuiszorg? Wat is de rol van de huisarts, rol van de mantelzorg?
- Hoe kunnen de verschillende **expertisen** – de inhoudelijke deskundigheid van de GGZ enerzijds en de ervaring van het organisatie- en overlegmodel binnen de thuiszorg anderzijds – **gebundeld** en geïntegreerd worden?
- Op welke manier kunnen haalbare en concrete afspraken gemaakt worden rond de gezamenlijke organisatie van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie? Hoe dient mogelijke **taakverdeling** te worden uitgebouwd?
- Wordt er geopteerd voor één bepaald model dat zijn verdiensten heeft bewezen en wordt ‘opgelegd’ (top-down benadering) of kunnen er **verschillende modellen** naast elkaar bestaan afhankelijk van de lokale en regionale interesses en keuzes (bottom-up benadering)?
- Dient de samenwerking al dan niet te worden **geformaliseerd**? Op welke wijze gebeurt dit het best: bijv. model initiatieven beschut wonen, netwerkovereenkomst?
- Hoe kan de continuïteit van de zorg over de verschillende zorgvormen heen worden verzekerd? Kan een vorm van **trajectbegeleiding** hieraan tegemoet komen? Wat is de rol van de zorgbemiddelaar en of de case manager/ontslagmanager hierbij?
- Wat met de **lokale en regionale inbedding** van thuiszorg in het GGZ-zorglandschap, alsook participatie aan overlegstructuren?
- Wat is de rol van de **overheid** bij de ontwikkeling van transmurale samenwerking en geïntegreerde thuiszorg?
- Aan welke **erkenningscriteria** moet psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie voldoen?
- Op welke wijze dient de **financiering** van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie bij voorkeur te gebeuren? Wat wordt verwacht van de Vlaamse overheid, RIZIV, federale overheid? Kan een raming worden gemaakt van de noodzakelijke financiële middelen?

- Op welke wijze kan de **kwaliteit** van de psychiatrische zorg aan patiënten in de thuissituatie worden bewaakt?
- Hoe dient de **evaluatie** te gebeuren, met welke criteria en ook gezondheidseconomische parameters?

II. INVENTARIS VAN BESTAANDE INITIATIEVEN

A. Inleiding

Om tot een inventaris te komen werden in een eerste fase de overlegplatforms GGZ aangeschreven, met de vraag om adressen door te geven van projecten 'psychiatrische thuiszorg' in hun provincie. Via Popov-GGZ werden de adressen van projecten verkregen die deelnemen aan het door Popov-GGZ georganiseerde actie-onderzoek hieromtrent. De adressen, doorgegeven door andere overlegplatforms – behalve deze van Vlaams Brabant en Brussel – waren op deze lijst terug te vinden. Naar alle projecten werd vervolgens een brief geschreven met daarin een aantal vragen i.v.m. het onderwerp⁷⁷. Naar aanleiding daarvan vond er een tussenkomst plaats door een verantwoordelijke van Popov-GGZ: er werd gevraagd om de projecten niet extra te belasten met een bevraging door de VGR, omdat dezelfde vragen aan bod komen in het actie-onderzoek. Er werd overeengekomen dat de VGR kan beschikken over de – nu nog voorlopige – resultaten van het actie-onderzoek. Daarom werden de projecten opnieuw aangeschreven met deze mededeling, en met de vermelding dat een antwoord op de vragen van de VGR niet meer nodig was. Zij waren evenwel vrij om bijkomende informatie door te geven indien zijn dat toch wensten te doen.

Zowel telefonisch als schriftelijk werd door een aantal coördinatoren van de projecten meegedeeld dat het aspect 'knelpunten' in het onderzoek van Popov-GGZ niet – voldoende – aan bod komt. Omwille hiervan hebben medewerkers van 8 verschillende projecten bijkomende gegevens toegestuurd.

De 'looptijd' van de initiatieven kan zeer verschillen: sommige projecten situeren zich in de opstartfase en zijn nog niet echt geconcretiseerd, andere initiatieven hebben reeds werker-
varing in de psychiatrische zorgverlening voor patiënten in de thuissituatie opgebouwd.

De inventaris die in punt B aan bod komt, is een selectie uit de voorlopige resultaten (!) van het **actie-onderzoek van Popov-GGZ**, waaraan 23 projecten deelnemen, verspreid over alle Vlaamse provincies behalve Vlaams-Brabant en Brussel.

In punt C worden de bevindingen van het **project 'Psychiatrische Patiënten in de Thuiszorg' van het overlegplatform Vlaams-Brabant** weergegeven.

⁷⁷ Brief van 15 september 2000 aan projecten 'psychiatrische thuiszorg': "Om een gegronde discussie te kunnen voeren, is het o.a. belangrijk een zicht te krijgen op de organisatie en werking van bestaande projecten psychiatrische thuiszorg in Vlaanderen. Is het mogelijk om een beschrijving te ontvangen van uw project, met daarin specifiek aandacht voor aantal personeelsleden en specifieke inzet van personeel, gemiddelde case-load die men voorop stelt, aard van de behandelde problemen (bijv. chronische zorg versus crisiszorg), betrokken zorgverstrekkers en instellingen, wie coördineert (wie is verantwoordelijk en hoe is eventuele samenwerking geformaliseerd binnen het project). Kan u ook kort aangeven wat volgens u in de bestaande organisatie van gezondheidszorg de voornaamste knelpunten zijn voor het uitbouwen van een efficiënte thuiszorg voor psychiatrische patiënten?".

B. Popov-GGZ: actieonderzoek 'psychiatrische thuiszorg'

1) Organisatie van de projecten

a. Doelgroep

Bij de meeste pilootprojecten wordt geopteerd voor *langdurige behandeling* en *zorg voor chronische psychiatrische patiënten* waarbij steun, belangenbehartiging en rehabilitatie belangrijke deelaspecten zijn. Bij 1/3 van de pilootprojecten richt men het aanbod ook in voor crisis-interventie.

De aandacht blijkt vooral naar *volwassen en oudere cliënten* te gaan. De meest voorkomende doelgroepen zijn hierbij: *psychotische stoornissen en duale diagnose van verslaving en psychiatrische symptomen*.

Wat de *ADL-functies* betreft, wordt er een duidelijk onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke en lichamelijke ADL:

- Op vlak van huishoudelijke ADL blijkt er een eerder onbesliste houding: Bij een derde tot de helft van de projecten wordt geantwoord dat deze vaardigheden bij aanvang niet van de cliënt vereist worden.
- Op vlak van lichamelijke ADL zijn er meer duidelijke verwachtingen t.a.v. de cliënt: bij een ruime meerderheid van de projecten verwacht men dat de cliënten zich zelfstandig kunnen kleden, wassen, naar toilet gaan, zich kunnen oriënteren in tijd en ruimte.

Bij iets minder dan de helft van de projecten wordt verwacht dat het *beschikken van een vaste woonst* een vereiste is waaraan zeker moet voldaan worden.

Ten aanzien van de *kenmerken van de patiënt* wordt bij aanvang niet verwacht dat hij vrij is van symptomen. Voor ongeveer de helft van de projecten is symptoombeheersing ook geen voorwaarde, maar een kwart van de projecten verwacht dit wel.

Ruim de helft van de projecten stelt dat de *vrijwillige keuze voor thuiszorg* zeker een verwachting is bij de aanvang. Bij ongeveer 1/3 van de projecten heeft men hierin nog geen beslissing genomen. Blijkbaar is dit aspect nog een potentieel discussiepunt.

b. Doelstelling

Door de grote meerderheid van de projecten worden de verbetering van de *levenskwaliteit* van de cliënt, het verhogen van de draagkracht van de *mantelzorg* en het meer doelgericht gebruik maken van de *opnamen in een intramurale voorziening* (duur van opname verminderen en onnodige opname vermijden) als belangrijkste doelstellingen beschouwd.

c. Zorgfuncties

Bij alle projecten worden zorgbemiddeling en zorgcoördinatie van dienstverlening van derden als een zorgfunctie binnen hun zorgprogramma's gezien. De zorgfuncties 'zorgplanning en implementatie', 'zorg voor de ADL van de cliënt', begeleiding, ondersteuning en psycho-educatie' en 'specialistische en methodische behandelingen' wordt bij het merendeel van de pilootprojecten aangeduid. Deze laatste functie wordt vooral ingevuld als een opvolgen van medicamenteuze psychiatrische behandeling. Ook de zorgfuncties 'activering en structureren van arbeid en vrije tijd' en 'opvolging, evaluatie en bijsturing' wordt door de meerderheid aangeduid. Merkwaardig is dat de typische zorgfuncties zoals 'outreach' en 'assertieve rekrutering' van mogelijke cliënten slechts in beperkte mate opgenomen worden.

d. Samenstelling Teams

De drie meest voorkomende disciplines in de teams zijn: **maatschappelijk werker, psychiater en gegradueerd psychiatisch verpleegkundige**.

Gemiddeld is een groep medewerkers **samengesteld uit 4 à 5 verschillende disciplines**. Deze teams hebben de volgende kenmerken: **1)** bij 7 van de 8 projecten maakt een psychiater deel uit van het team, **2)** 6 van de 8 tellen een verpleegkundige in het team – bij 4 projecten daarvan gaat het om een gegradueerde psychiatisch verpleegkundige.

Bij de **kleinste teams, van 1 tot 3 medewerkers**, maken steeds een verpleegkundige en/of een maatschappelijk werker deel uit van het team. In de helft van de projecten is ook een psychiater lid van het team.

Teamleden van projecten voor psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie bouwden hun **ervaring** in de sector sterk overwegend uit in de PZ'en (38%) en de initiatieven beschut wonen (23%). De ervaring vanuit de CGG's is ook substantieel (13%). Ervaring vanuit PAAZ'en en vanuit thuisverpleging is slechts zeer beperkt aanwezig (5%).

Er worden voornamelijk vanuit psychiatrische ziekenhuizen, initiatieven beschut wonen en centra geestelijke gezondheidszorg personeelsleden ter beschikking gesteld. Er is m.a.w. **geen evenwicht in de samenstelling van de teams**.

e. Zorgenplan

Bij bijna de helft van de projecten wordt vermeld dat er een zorgenplan in gebruik is. De meerderheid heeft dit nog in ontwikkeling.

In alle projecten zijn er cliënten waar andere zorgverstrekkers optreden naast teamleden van het project.

f. Tijdsduur van het zorgprogramma en case-load

De meerderheid van de projecten geeft aan dat de tijdsduur van de begeleiding zich meestal zal situeren **tussen de drie maanden en een onbepaalde lange periode die meer kan zijn dan 2 jaar, maar niet levenslang**. Er wordt vooraf meestal geen beperking op tijd gesteld. Bij alle projecten is het moeilijk om hun mogelijke **case-load** te voorzien. Het aantal cliënten per zorgverstrekker dat hier vermeld wordt is zeer uiteenlopend. Het varieert van 8, over 10,14, 20, tot 30 cliënten per VTE. De case-load bepaald mee de **zorgcapaciteit** van het project. Men vermeldt bij 10 van de 15 projecten die op deze vraag geantwoord hebben een zorgcapaciteit te voorzien van 10 tot 25 cliënten.

g. Initiatiefnemers

Gemiddeld lagen 3 à 4 initiatiefnemers aan de basis van de pilootprojecten. De PZ'en, CGG's en beschut wonen waren alle drie in minstens de helft van het aantal pilootprojecten (mee) initiatiefnemer.

Ruim 27% van de pilootprojecten geeft **3 of 4 initiatiefnemers** op. Kenmerken van deze groep zijn **1)** bij de ruime meerderheid van deze groep waren zowel extra- als semi- en intramurale partners als initiatiefnemers aanwezig. Extramuraal gaat het vooral over een CGG, semi-muraal over beschut wonen en intramuraal zowel over PZ als over PAAZ'en. **2)** Bij 1 project waren de initiatiefnemers exclusief extramuraal.

Eveneens ruim 27% van de projecten geeft **6 à 9 initiatiefnemers** op. Kenmerken van deze groep zijn: **1)** bij deze projecten waren zowel extra- als intramurale voorzieningen goed vertegenwoordigd en vrij evenwichtig in aantal als initiatiefnemer. **2)** In al deze projecten zijn een CGG en een SIT vertegenwoordigd.

Ruim 45% van de projecten telden **1 of 2 initiatiefnemers**. Kenmerken van deze groep zijn: **1)** bij de initiatiefnemers die oorspronkelijk alleen optraden waren 1 CGG, 1 initiatief beschut wonen, 1 PAAZ en 3 PZ'n. **2)** Bij de duo's waren telkens tweemaal een initiatief beschut wonen en tweemaal een PZ betrokken.

Van zodra er minstens drie initiatiefnemers betrokken waren bij het pilootproject, werd meestal een goed evenwicht bereikt tussen intra- en extramurale partners.

h. Samenwerking

In de vragenlijst werd een samenwerkingsverband omschreven als “formele overeenkomsten tot samenwerking die ruimer zijn dan de zorg voor één individuele cliënt. De overeenkomst wordt gesloten met andere organisaties (vzw, openbaar bestuur) dan de eigen organisatie of privé-personen. De samenwerking die hier bedoeld wordt betreft enkel overeenkomsten aangaande de zorgverlening”.

Er zijn **gemiddeld 7 samenwerkingspartners per project**. Hierbij zijn extramurale, semi- en intramurale voorzieningen vrij evenwichtig aanwezig. Dit aantal is ongeveer het dubbele van het aantal initiatiefnemers. Dit betekent dat nagenoeg alle initiatiefnemers een ruim aantal partners zochten om de effectieve samenwerking op te bouwen.

- In 19/21 projecten zijn een **CGG** en/of een initiatief **beschut wonen** als partner aanwezig.
- In een ruime meerderheid van de projecten treedt een **PAAZ** en een **PZ** op als partner.
- In ongeveer de helft van het aantal projecten wordt een reguliere **thuiszorgorganisatie** als partner opgegeven, een **samenwerkingsinitiatief van huisartsen** en/of een **SIT**.

Voor de **permanentie** (mate waarin en de wijze waarop de hulpverleners van de thuiszorg 24 uur per dag en 7 dagen per week voor de cliënt bereikbaar en voor zorgverlening voor de cliënt beschikbaar zijn) doet de meerderheid van de projecten beroep op de permanentie die door één of meerdere partners wordt georganiseerd. De 17 projecten die op deze vraag geantwoord hebben zijn allen rechtsreeks telefonisch bereikbaar tijdens de kantooruren, de helft is 's avonds rechtsreeks telefonisch bereikbaar en een derde ook tijdens de ochtenduren. Een kwart tot een derde is ook tijdens de weekends rechtstreeks telefonisch te bereiken, behalve 's nachts.

i. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg van de patiënt in het zorgprogramma betreft de continuïteit van zorg terwijl de patiënt nog in het project ‘opgenomen’ is. Minstens de helft van de projecten streeft om instrumenten te gebruiken voor de evaluatie van het functioneren van de patiënt, van de mantelzorg, en van de woonomgeving bij opneming van de patiënt in het project. In bijna de helft van de projecten is er een zorgplan in gebruik. De meerderheid heeft dit nog in ontwikkeling. Bij ruim een vierde van de projecten wordt een logboek gebruikt. De meerderheid heeft dit nog in ontwikkeling. Bij de grote meerderheid van de projecten wordt dit logboek bewaard bij de patiënt thuis.

Continuïteit van de zorg van de patiënt uit het zorgprogramma betreft de continuïteit van zorg bij de start van het project, wanneer het zorgprogramma wordt beëindigd of bij andere onderbrekingen van het programma.

⇒ *Bij verwijzing naar het thuiszorgprogramma*

Voor ongeveer een derde van de projecten is het nog onduidelijk hoe garanties kunnen worden ingebouwd in de werking om de continuïteit in zorg te garanderen bij verwijzing. In ruim een derde wordt de verwijzer bezocht door de hulpverlener van de thuiszorg. In de helft van de projecten worden de volgende maatregelen voorzien:

- De verwijzer wordt op de hoogte gehouden van het concrete verloop van het zorgprogramma van zijn/haar patiënt, en/of
- Vanuit het zorgproject worden concrete afspraken gemaakt met verwijzers over de therapeutische verantwoordelijkheid over de patiënt, en/of
- De verwijzer wordt gecontacteerd bij het beëindigen van het zorgprogramma door de patiënt, en/of
- Het zorgplan wordt besproken met de verwijzer.

⇒ *Bij opname in een PAAZ of een psychiatrisch ziekenhuis*

Bij de ruime meerderheid wordt hiertoe:

- de patiënt in het ziekenhuis bezocht door een hulpverlener van de thuiszorg, en/of
- getracht de patiënt bij ontslag terug in het thuisprogramma op te nemen indien dit geïndiceerd is, en/of
- het zorgplan besproken met de verantwoordelijken van de PAAZ

⇒ *Bij verwijzing uit het zorgprogramma*

Bij de helft tot de meerderheid van de projecten:

- Wordt de nieuwe dienst bezocht door de hulpverlener van de thuiszorg samen met de patiënt
- Krijgt de nieuwe dienst een omstandig schriftelijk rapport over de patiënt.

⇒ *Therapeutische verantwoordelijkheid bij verlaten van het project*

Bij de ruime meerderheid van de projecten beschouwt men zich niet meer als therapeutisch verantwoordelijk voor de patiënt. Bijna een vierde beschouwt zich in bepaalde gevallen wel verantwoordelijk afhankelijk van het feit of de patiënt nadien al dan niet in de verblijft.

j. Ruimtelijke inplanting

Drie categorieën komen frequent voor: CGG en een initiatief beschut wonen worden elk 6 keer vernoemd als ruimtelijke inplanting van het project. 5 projecten huizen onder hetzelfde dak als een PZ. Slecht 1 project beschikt over een eigen huisvesting.

k. 'Huisbezoek'

Het huisbezoek wordt **ruimer opgevat dan een bezoek-aan-huis bij de cliënt**. De meest aangeduide locaties situeren zich in andere settings binnen de hulpverleningswereld.

Bij ruim de helft van de projecten worden de cliënten meestal wekelijks bezocht. Bij ruim 1/3 gebeurt dit om de 14 dagen.

Ongeveer de helft van de projecten is van mening dat het bestaande aanbod in de geestelijke gezondheidszorg in de regio voldoende is. Er wordt vooral een tekort aangegeven aan: arbeidstrajectbegeleiding, dagactiviteitencentra en plaatsen in psychiatrische verzorgingstehuizen.

In het lastenboek van het onderzoek werd de vraag gesteld naar het relatief belang van de verschillende financiers van de werkings- en personeelskosten. Voorlopig kan uit de gegevens geconcludeerd worden dat bij de ruime meerderheid van de *pilootprojecten de deelnemende partners (17/19) één van de of de enige financiers zijn*. Voor een vierde van de vermelde projecten zijn ‘andere openbare gelden’ (provincie, gemeenten, OCMW) ook een financierende partner.

2) Knelpunten aangegeven vanuit ‘het veld’

Deze inventaris van knelpunten werd opgesteld aan de hand van documenten opgestuurd door projecten ‘psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie’ zelf.

• Middelen

- ⇒ “Onzekere subsidiëring voor niet-prestatiegebonden activiteit (case-load kan sterk variëren qua noden); kostprijs dus moeilijk te evalueren, toch liefst forfaitair, of a rato van case-load. Op dit moment worden werkingskosten, noch personeel op vaste basis gesubsidieerd”
- ⇒ “Geen budget binnen de gezinszorg: binnen de reguliere thuiszorg en meer bepaald de gezinszorg is er geen differentiatie binnen de subsidiëring. Diensten die psychiatrische patiënten aantrekken worden onrechtstreeks gestraft.”
- ⇒ “Beperkte bestaffing: één psychiatrisch verpleegkundige hebben we vrijgesteld, wat staat voor een 15-tal dossiers. Op heden is de vraag steeds groter dan het aanbod, maar uitbreiding zit er niet in zolang er geen subsidies tegenover staan.”
- ⇒ “Momenteel worden wij gedetacheerd vanuit het psychiatrisch ziekenhuis en is de zorg gratis voor de cliënt. Voor veel mensen is dit een voordeel omdat zij het op financieel vlak niet breed hebben, maar het is niet mogelijk om alle kosten op onze werkgever te verhalen. Vandaar dat er ook heel wat onduidelijkheden blijven.”

• Opleiding

- ⇒ “Arbeidsmarkt-aanbod van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen is beperkt: wat is het juiste profiel voor medewerkers? Wat met vorming van thuisverzorgers: wie?”

• Mantelzorg

- ⇒ “De plaats van de familie in het ondersteuningsproces is niet evident.”

• Samenwerking en overleg

- ⇒ “Elk gezinslid heeft zijn/haar eigen hulpverlener.”
- ⇒ “Elke hulpverlener heeft zijn eigen behandelingsplan dat niet op elkaar is afgestemd.”
- ⇒ “Overleg tussen alle betrokken hulpverleners rond één en dezelfde cliënt is moeilijk organiseerbaar. Zeker met artsen is dit niet evident te regelen. Tijdsgebrek en gebrek aan honorarium zijn daar niet vreemd aan.”
- ⇒ “De verzorgende als meest aanwezige en hiërarchisch laagst geplaatste in de psychiatrische wereld.”
- ⇒ “Verschillende ‘bedrijfsculturen’ in verschillende organisaties: dit vraagt gewenning en geduld.”
- ⇒ “Medische invalshoek (genezen) en de sociale invalshoek (rehabiliteren) liggen soms ver uit elkaar.”

• Referentiekader

- ⇒ “Het werken in de psychiatrische thuiszorg brengt heel wat onzekerheid met zich mee. We hebben geen houvast, we kunnen nergens op terugvallen (qua referentiekader, behandelmethodes, enz.). Het lijkt soms nog ‘natte-vinger-werk’. We weten onvoldoende wat ‘psychiatrische thuiszorg’ juist inhoudt of wat het zou moeten inhouden. Doordat

wij het moeilijk kunnen omschrijven, lijkt het ons logisch dat andere (thuiszorg)diensten het ook niet weten. Hierdoor loopt de samenwerking nog moeilijk (wat kunnen we van elkaar verwachten, wat kunnen we de cliënten bieden, enz.).”

- ⇒ “Ons belangrijkste probleem blijft dat binnen de psychiatrie weinig geloof gehecht wordt aan de mogelijkheid tot veranderen. Therapieën zijn nog te veel gericht op ‘bezighouden’ in plaats van daadwerkelijk het (huishoudelijk) leven terug in handen te nemen.”
- ⇒ “Gebrek aan erkenning van de plaats van de ambulante CGG op dit werkveld: psychiatrische problemen worden nog al te sterk vereenzelvigd met het psychiatrisch ziekenhuis, terwijl de psychiatrische thuiszorg mee een motor kan zijn om de psychiatrie aan huis te brengen.”

C. Project ‘Psychiatrische Patiënten in de Thuiszorg’ (PpiT) – overlegplatform Vlaams-Brabant

1) Organisatie van het project

In dit project staat de integratie van de psychiatrische patiënten in de reguliere thuiszorg voorop. 17 GGZ-voorzieningen toonden zich bereid om gedurende een jaar aan het project deel te nemen (het ging in mei 2000 van start). Op dit ogenblik (november 2000) zijn reeds 30 patiënten in het project geïnccludeerd.

De nadruk ligt vooral op de proceskant van het onderzoek: veel aandacht wordt besteed aan moeilijkheden en hindernissen die het uitbouwen van samenwerking tussen reguliere thuiszorg (in casu de SIT’s) en de GGZ-voorzieningen rond concrete patiënten met zich meebrengt. Daarbij wordt vertrokken van een zorgenplan zoals in de thuiszorg gebruikelijk is, en dat met minieme aanpassingen bruikbaar blijkt. Regelmatig overleg wordt door alle aanwezigen geëvalueerd (een deel van de financiering die het project van de Vlaamse Gemeenschap ontving, gaat naar het honoreren van overlegmomenten voor zelfstandig werkenden, huisartsen en anderen). Uitgangspunt is dat de reguliere thuiszorg zoveel mogelijk de opvang van patiënten in de thuiszorg opneemt, en dat GGZ-voorzieningen op vraag (en op dit ogenblik meestal zonder dat hiervoor ondersteuning is voorzien) de noodzakelijke bijkomende opvang voorzien. Het gaat daarbij over kennis en vaardigheden die met werkers uit de reguliere thuiszorg wordt gedeeld.

2) Aandachtspunten die in de begeleidingsgroepen aan bod kwamen

- De moeilijkheid om elkaar te vinden: GGZ en SIT’s moeten elkaar nog leren kennen. Aanmelding van patiënten blijkt soms veel tijd te vragen, omdat het juiste aanspreekpunt niet bekend is.
- Patiënten die voor thuiszorg worden aangemeld lijken soms een negatieve selectie te vormen van patiënten die bestaande, meer geïnstitutionaliseerde zorg afwijzen, bijv. omwille van persoonlijkheidskenmerken en gebrek aan ziekte-inzicht.
- Na enige tijd komen een aantal vragen tot inclusie vanuit de eerste lijn. Waar werd verwacht dat de thuiszorg de GGZ werk uit handen zou nemen, blijken zij een groep mensen met ernstige problemen aan te melden, waarvoor ze van de GGZ ondersteuning verwachten.
- Bij de bekendmaking van het initiatief naar groepen van familieleden (SIMILES), is er een sterke respons, met verwachtingen waaraan de GGZ vreest niet te kunnen voldoen.
- De respons vanuit de eerste lijn wordt als erg positief geëvalueerd. Waar aanvankelijk voor territoriumstrijd werd gevreesd, blijkt er nu eerder een vraag naar overdracht van kennis en vaardigheden te bestaan, waarop de GGZ wil proberen in te gaan.

6.5. SAMENVATTING BELEIDSNOTA VAN DE FEDERALE REGERING I.V.M. DE DRUGPROBLEMATIEK (bij advies 3.2.)

Actiepunten

1. Een geïntegreerde, globale benadering

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
1 Cel drugbeleid/Interministeriële conferentie Drugbeleid – cel gezondheidsbeleid drugs – algemene cel drugbeleid	Volksgezondheid	medio 2001 eind 2002	7.000.000 begroting 2002
2 Justitie-hulpverlening: duidelijke afspraken – werkgroep – lokale samenwerkingsakkoorden – justitiële case-managers	Volksgezondheid	begin 2001 midden 2001	geen
3 Luik 'drugs' van het globaal plan – statuut; contracten onbepaalde duur – taakafbakening preventie – coördinatie	Binnenlandse Zaken	eind 2002	onderhandelen tss BiZa en Gemeen- schappen
4 Internationaal drugbeleid – cel drugbeleid = 'nationale coördinator'	Buitenlandse Zaken		geen

2. Epidemiologie/Evaluatie/Onderzoek

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
1 Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving – onder verantwoordelijkheid	Volksgezondheid	op advies Cel Drugbeleid en overleg gemeenschappen	34.000.000 32.000.000 29.000.000
2 Early Warning	Volksgezondheid	idem 1	inclusief in 1
3 Evaluatie behandelingsmethoden, zorgvoorzieningen, zorgcircuits, preventietechnieken – DWTC schrijft onderzoek uit	Wetenschaps- beleid	juli 2001	16.500.000
4 Evaluatie MSOC's	Sociale Zaken	uitgevoerd op 1 oktober 2001	afhankelijk van resultaten

3. Preventie

Onderhandelingen met Gemeenschappen moeten hieraan voorafgaan

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
1 Psycho-actieve geneesmiddelen – consensusconferentie – voorschrijfgedrag – preventiecampagne	Volksgesondheid	medio 2001 begin 2001 begin 2001	20.000.000
2 Sturen onder invloed – drugtesten – uitvoeringsbesluit – medicatie	Justitie	1 dec. 2000 1 jan. 2002	begroting Soc. Zaken (zie 1)
3 Tabak en alcohol tabak: beleidsnota wordt uitgewerkt – campagnes – rookbeleid in scholen – additieven verbieden alcohol onderwijs: leren omgaan arbeidsplaats: preventieaanbod aanbevelingen EAAP 2000-2005 reclamereglementering	Volksgesondheid Volksgesondheid	in de loop van de legislatuur	extra middelen in overleg met gemeenschappen
4 Uitbouw van preventie – opleiding leerkrachten – wetenschappelijke onderbouw en evaluatie – buurtniveau of lokaal beleid – academische vorming verslavingszorg – illegale dansfeesten	Binnenlandse zaken	na oprichting Cel Drugbeleid	geen meerkost

4. Zorgverlening, risicobeperking, (her)integratie

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
1 Organisatie van het zorgaanbod – globaal en geïntegreerd aanbod – lokale zorgcircuits – registratie en kwaliteitsbewaking – lokale Coördinatiegroep Drugs – specifiek traject voor jongeren – allochtone druggebruikers – netwerk van crisisopvang	Volksgezondheid en Sociale Zaken	loop van 2001	geen
2 Financiering van zorgverlening – lastenboek – globale financiering lokaal zorgcircuit – evaluatie caseload ambulante en dagcentra – oplossing voor niet-verzekerde druggebruikers	Sociale Zaken	dec. 2001	afh. v. evaluatie
3 Verslavingszorgcasemanagement – ondersteuning van interessante projecten	Volksgezondheid	na oprichting LCD	30.000.000
4 Druggebruikers met psychiatrische problemen (dubbele diagnostiek) – experimenten evalueren en ondersteunen – aandacht in zorgcircuits	Volksgezondheid	korte termijn medio 2002	begrotingscontrole
5 Netwerk voor spoed- en crisisopvang – evaluatie pilootprojecten – uitbreiding capaciteit crisisopname in algemeen ziekenhuizen – wettelijk kader voor normering, financiering en erkenning in AZ	Volksgezondheid	medio 2001 (20 bedden) begin 2002 (40 bedden)	begrotingscontrole
6 Minderjarigen – CBJ – diversiemaatregelen justitie – belang van ouderwerking: nieuwe modules in RIZIV-conventies	Gemeenschappen Sociale Zaken	einde 2001	begroting Justitie

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
7 Nazorg – afstemming initiatieven toe- leiding arbeidsmarkt	Maatschappelijke integratie	eind 2001	wordt onder- zocht in diverse plannen
8 Substitutiebehandelingen – afdwingbare wetgeving voor conclusies consensusconferentie – eenvormige registratie	Volksgezondheid	begin 2001 eind 2001	14.000.000
9 Spuitenruil – KB – verantwoordelijkheid gemeen- schappen	Volksgezondheid	is uitgevoerd	gemeenschappen
10 Gecontroleerde heroïne- verstrekking – buitenlandse onderzoeken worden geëvalueerd	Volksgezondheid	afh. van buitenlandse experimenten	geen

5. Repressie

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
1 Federaal Veiligheidsplan – georganiseerde misdaad/ drughandel			
2 Strafrechtelijk beleid – drughandel – richtlijn over aanpak drug- handel – integratie programma drugs van rijkswacht in federale politie	Justitie en BiZa juni 2001	geen	
3 Strafrechtelijke reactie op druggebruik	Justitie	eind 2001	begrotings- controle
4 Straftoemeting – 1 ^{ste} veroordeling niet in uittreksel strafregister ruimere toepassing probatie en individualisering van straf- toemeting (toepassing maat- schappelijke enquête)	Justitie	juli 2002 eind 2001	

WAT	VERANTW MINISTER	TIMING	BUDGET
5 Therapeutisch advies – wettelijke erkenning van de werkvorm – geld vrijmaken via preventie- en drugcontracten (BiZa) en via GAM (Justitie)	Justitie	na oprichting Cel Drugbeleid	Justitie beschikt over ruim budget
6 Verbeurdverklaard druggeld – onderzoeken of geld preventie of zorg kan financieren	Justitie	juni 2001	positieve budgettaire gevolgen
7 Een coherent penitentiair beleid – omzendbrief penitentiair drugbeleid is klaar (8 krachtlijnen)	Justitie	2001	Justitie beschikt over ruim budget

6.6. LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AZ	Algemeen Ziekenhuis
CGG	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
LOGO	Lokaal Gezondheidsoverleg
MPI	Medisch Pedagogisch Instituut
OBC	Observatie- en behandelingscentra
OP	Overlegplatform
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PVT	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
SIT	Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg
VIG	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere drugsverslavingen
VAR	Vlaamse Adviesraad voor de erkenning van Voorzieningen
VAZA	Vlaamse Adviescommissie voor ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding
VGR	Vlaamse Gezondheidsraad

COLOFON

Samenstelling en tekstbehandeling

Karen Colaert, Wendy Christiaens, Rudi Overloop, Ria Vandenreyt

Administratie Gezondheidszorg

Team Algemene Beleidsondersteuning

Verantwoordelijke uitgever:

Prof. dr. Katrien Kesteloot

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

Depotnummer:

D/2002/3241/047

Druk

NV Peeters

3020 Winksele-Herent

