

VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

Jaarverslag 2005

VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

Jaarverslag 2005



Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap



Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

VOORWOORD

Het afgelopen jaar 2005 was andermaal een vruchtbaar jaar voor de Vlaamse Gezondheidsraad. Tijdens het achtste jaar van haar bestaan bracht de raad een aantal adviezen uit over belangrijke gezondheidsthema's. In de adviezen over afvalstortplaatsen en biomonitoring werd gewezen op de verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid betreffende de gezondheidseffecten van milieufactoren. Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg werd uitgebreid stilgestaan bij de thuiszorg van personen met een psychische problematiek en/of een psychiatrische aandoening en bij de ondersteuning van mantelzorgers van personen met een psychisch probleem. Daarnaast was er ook aandacht voor het Vlaamse preventieve gezondheidszorgbeleid met het advies over de implementatie van de 'kaderovereenkomst inzake rookstop' van de Wereldgezondheidsorganisatie. Ook de rol van de Vlaamse openbare omroep op het vlak van gezondheid kwam in de adviesverlening aan bod. De volledige adviesteksten vindt u verderop in dit jaarverslag.

De Vlaamse Gezondheidsraad wil zich echter niet beperken tot een gefragmenteerde adviesverlening, topic per topic, maar wil zich ook engageren voor de ontwikkeling van een totaalvisie op het Vlaamse gezondheidsbeleid. Daartoe werden in 2005 een aantal belangrijke stappen gezet. Met het kabinet van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd overlegd gepleegd over een integrale visie op het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Dit overleg mondde uit in vier nieuwe adviesvragen over thema's die ook in de beleidsbrief van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin aan bod komen. Belangrijker nog was de oprichting van de nieuwe ad hoc werkgroep gezondheidsbeleid die zich buigt over een advies over het toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid.

Een adviesraad kan haar belangrijke opdracht alleen maar waarmaken wanneer zij een beroep kan doen op een kwaliteitsvolle ondersteuning. Ook in 2005 kon de Vlaamse Gezondheidsraad rekenen op de bekwame inzet van de medewerkers van de administratie Gezondheidszorg: Ria Vandenreyt, Tom Meulenbergs en Regine Bouilliaert, en op de gewaardeerde morele steun van de heer Chris Vander Auwera, directeur-generaal van de administratie Gezondheidszorg. Waarvoor hartelijke dank!

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat op 1 januari 2006 met de start van het project Beter Bestuurlijk Beleid (BBB), de bestuurlijke vernieuwingsoperatie van de Vlaamse overheid, de Vlaamse Gezondheidsraad zou opgaan in de nieuwe strategische adviesraad van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zolang de nieuwe strategische adviesraad echter geen feit is, zal de Vlaamse Gezondheidsraad doorgaan met het uitoefenen van haar adviesopdracht. Daarom buigen de deskundigen van de verschillende werkgroepen zich op dit moment reeds over een aantal nieuwe adviezen zoals het advies over het toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid.

Prof. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

JAARVERSLAG 2005

INHOUD

VOORWOORD	1
1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD.	5
A) Opdracht	5
B) Samenstelling	5
C) Structuur	6
D) Huidige samenstelling	6
E) Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg	13
F) Werkgroep Gezondheid en Milieu	13
G) Werkgroep Gezondheidsbeleid	18
H) Ondersteuning	18
2. ACTIVITEITEN 2005	20
A) Overzicht vergaderingen	20
B) Gefinaliseerde adviezen	21
2.1. Advies inzake de implementatie van de kaderovereenkomst inzake tabaks- controle van de Wereldgezondheidsorganisatie	22
2.2. Advies inzake afvalstortplaatsen	27
2.3. Advies inzake het gedeeld engagement van de sectoren thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg inzake thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen	35
2.4. Advies inzake mantelzorgers van personen met een psychische proble- matiek	51
2.5. Advies inzake gezondheid en de opdracht van de openbare omroep	63
2.6. Advies inzake biomonitoring	64
3. PLANNING 2005	70
A) Adviezen op vraag	70
B) Eigen initiatieven	70
4. BIJLAGE: ADRESSENLIJST	71



1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

a) Opdracht

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft als algemene opdracht advies te verlenen over alle gezondheidsaangelegenheden aan de Vlaamse Regering, in casu de minister bevoegd voor Gezondheidszorg, en het Vlaams Parlement, op hun verzoek of op eigen initiatief.* Daar-toe dient de Raad het gezondheidsbeleid en de ontwikkelingen op het gebied van 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 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 gezondheidsbeleid of –aspecten.

b) Samenstelling

Volgens het decreet en 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. Hun mandaat duurt 5 jaar en is tweemaal hernieuwbaar. Minstens 1/5 van de leden wordt om de 5 jaar vervangen. De Vlaamse minister benoemt de voorzitter van de Raad en 2 ondervoorzitters die door de Raad onder zijn leden worden voorgedragen.

De leden van de Raad zijn allen deskundig in gezondheidsaangelegenheden en zijn actief in instellingen, verzorgingsvoorzieningen, diensten of verenigingen binnen de gezondheidszorg. Ten minste 1/3 van de leden wordt benoemd op basis van hun wetenschappelijke activiteiten in de diverse betrokken disciplines.

Ten hoogste 2/3 van de leden is van hetzelfde geslacht en bij benoeming is ten minste 1/3 van de Raad jonger dan 35 jaar. In de huidige samenstelling zijn er 13 vrouwen tegenover 20 mannen, en bij benoeming van de Raad waren 12 leden 35 jaar of jonger.

* De Vlaamse Gezondheidsraad werd opgericht bij decreet van 20 december 1996 (B.S. 15 februari 1997; gewijzigd bij decreet 18 mei 1999, B.S. 15 juli 1999). Het besluit van de Vlaamse Regering van 28 januari 1997 geeft uitvoering aan dit decreet.

c) Structuur

- Plenaire: Volgens artikel 6 van het decreet komt de Raad minstens éénmaal per jaar in plenaire zitting bijeen. In de praktijk gebeurt dit een tiental keer per jaar.
- Bureau: Binnen de Raad wordt een bureau opgericht, dat samengesteld is uit de voorzitter, de 2 ondervoorzitters (dit zijn de respectievelijke voorzitters van de preventieve en curatieve kamer) en uit 4 leden van de Raad, die op voordracht van de Raad door de Vlaamse minister worden benoemd. Het bureau heeft als opdracht de werkzaamheden van de Raad te organiseren, coördineren en voorbereiden, alsook de beslissingen van de Raad uit te voeren.
- Kamers: De Raad bestaat uit 2 kamers: de kamer voor preventieve zorg en de kamer voor curatieve zorg. De kamers zijn elk samengesteld uit ten hoogste 21 leden van de Raad, gecoöpteerde leden inbegrepen. Zij worden op voordracht van de Raad door de Vlaamse minister benoemd. De Raad regelt de werking van beide kamers en de wijze waarop zij aan hem rapporteren, en staat in voor een regelmatig gestructureerd overleg tussen beide kamers.
- Werkgroepen: De regering, de minister, de Raad en het bureau kunnen vaste of tijdelijke werkgroepen oprichten en samenstellen. Deze werkgroepen kunnen zowel sectoraal adviseren als ad hoc voor thema's die kameroverschrijdend zijn. Deze werkgroepen bestaan uit maximum 12 leden, waarvan 1/3 afkomstig is uit de Raad en de overige leden externe deskundigen zijn. De werking van de werkgroepen en de wijze waarop zij rapporteren aan de Raad, de kamers en het parlement wordt bepaald in het huishoudelijk reglement. Sinds de aanstelling van de Vlaamse Gezondheidsraad in zijn nieuwe samenstelling werden er 2 ad hoc werkgroepen samengesteld voor de bespreking van decreten (respectievelijk betreffende het gezondheidsinformatiesysteem en de bedrijfsgezondheidszorg). Er zijn twee permanente werkgroepen actief: de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg en de werkgroep Gezondheid en Milieu. In 2006 werd één ad hoc werkgroep geïnstalleerd: de werkgroep gezondheidsbeleid.

d) Huidige samenstelling

De benoeming van de leden, voorzitter, ondervoorzitters en het bureau van de Vlaamse Gezondheidsraad in zijn huidige samenstelling verscheen in het Belgisch Staatsblad op 20 november 2002.

Karin Genoe, David Larmuseau en Leen Meulenbergs namen in de loop van 2005 ontslag omwille van gewijzigde beroepsactiviteiten. Mia Defever nam ontslag wegens pensionering.

Voorzitter : Dhr. Lieven Annemans

Bureau : Mevr. Carine Boonen
Dhr. Jan De Maeseneer
Dhr. Luc Hens
Dhr. David Larmuseau*
Dhr. Jos Lievens
Dhr. Christophe Mouton
Dhr. Luc Van Roye

Preventieve kamer	Curatieve kamer
Voorzitter: David Larmuseau*	Voorzitter: Carine Boonen
Leden	Leden
Jan De Maeseneer	Jean-Pierre Baeyens
Maurits De Ridder	Bert De Bakker
Luc Hens	Mia Defever*
Karel Hoppenbrouwers	Hendrika Dijkhoffz
Fred Louckx	Karin Genoe*
Lea Maes	Virginie Huys
Stephan Van den Broucke	Katrien Kesteloot
Nik Van Larebeke	Jos Lievens
Kristiane Van Lierde	Philip Marroyen
Patrick Van Reempts	Leen Meulenbergs*
Joost Weyler	Koen Milisen
	Christophe Mouton
	Gaëtane Stassijns
	Sigrid Sterckx
	Jef Van Holsbeke
	Rosette Van Overvelt
	Arne Van Renterghem
	Luc Van Roye

* nam ontslag in de loop van 2005

VGR: ledenlijst

Naam		Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Lieven ANNEMANS		Licentiaat in de Lichamelijke Opvoeding, Bijzonder Licentiaat in de Bedrijfskunde, Handelsingenieur, Doctor in de Toegepaste Economische Wetenschappen (gezondheidseconomie)	- HEDM, IMS Health - Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen - Vrije Universiteit Brussel	Senior consultant Hoofddocent gezondheidseconomie
Prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS		Dokter in de Geneeskunde Internist-Geriater	- AZ Damiaan Oostende - Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie - Clinical Section European Region International association of Gerontology	Hoofdgeneesheer Secretaris-generaal Voorzitter
Dr. Carine BOONEN		Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde	Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen	Algemeen directeur
Dhr. Bert DE BAKKER		Licentiaat in de Politieke en Sociale Wetenschappen Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen	Virga Jesseziekenhuis Hasselt	Algemeen directeur
Prof. dr. Mia DEFEVER		Licentiaat en Doctor in de Sociale Wetenschappen	- K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap - Health Policy	Hoogleraar Editor
Prof. dr. Jan DE MAESENEER		Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde Geaggregeerde HO	- Universiteit Gent, Vakgroep Huisarts-geneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg - Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Gent	Gewoon hoogleraar Huisarts (deeltijds)

Naam		Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Dr. Maurits DE RIDDER		Geneesheer-hygiënist, arbeidsgeneeskunde en radioprotectie Licentiaat in de Milieusanering	- FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg - Universiteit Gent, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde	Geneesheer-arbeidsinspecteur Wetenschappelijk medewerker
Mevr. Hendrika DIJKHOFFZ		Verpleegkundige Licentiaat in de Rechten	- Groep Gasthuizusters van Antwerpen vzw - Plantijnhogeschool, Antwerpen - Universiteit Antwerpen	Juridisch adviseur Lector Wetenschappelijk medewerker
Mevr. Karin GENOE		Licentiaat in de Politieke Wetenschappen – bestuurskunde Postgraduaat in de Bedrijfskunde	Bloedtransfusiecentrum Vlaams-Brabant–Limburg	Administratief manager
Prof. dr. Luc HENS		Licentiaat in de Biologie Doctor in de wetenschappen	VUB, vakgroep Menselijke Ecologie	Gewoon hoogleraar en diensthoofd
Prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS		Dokter in de Genees-, Heel- en Verloskunde Gediplomeerde in de Gespecialiseerde studie van Jeugdgezondheidszorg Doctor in de Medische Wetenschappen	- K.U.Leuven, departement Maatschappelijke Gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg - Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg	Hoofddocent en onderzoeker Voorzitter
Mevr. Virginie HUYS		Ziekenhuisverpleegkundige Licentiaat in de Medische en Sociale Wetenschappen Verpleegkundige thuisgezondheidszorg	Sovervlag vzw, dept. Gezondheid en Welzijn	Stafmedewerker thuisverpleging
Prof. dr. Katrien KESTELOOT		Licentiaat en Doctor in de Economische Wetenschappen	- UZ Leuven - K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verpleegswetenschap	Financieel directeur Gewoon hoogleraar

Naam		Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Dhr. David LARMUSEAU	Licentiaat in de Toegepaste Economische Wetenschappen	Licentiaat in de Medische-Sociale Wetenschappen	Psychiatrische Centra Sleidinge	Administratief-economisch directeur
	Licentiaat in de Pedagogische en Psychologische Wetenschappen	Licentiaat in de Medische-Sociale Wetenschappen	- Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg - Verbond Sociale Ondernemingen (Gezondheid)	Directeur
Prof. dr. Fred LOUCKX	Licentiaat en Doctor in de Sociologie	Licentiaat en Doctor in de Sociologie	VUB, faculteit Geneeskunde en Farmacie	Directeur
Prof. dr. Lea MAES	Licentiaat in de Sociale Wetenschappen	Licentiaat in de Sociale Wetenschappen	Universiteit Gent, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde	Gewoon hoogleraar
Dhr. Philip MARROYEN	Doctor in de Medische Wetenschappen	Doctor in de Medische Wetenschappen	CGG Noord-West-Vlaanderen	Docent
	Licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen (sociale pedagogie)	Licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen (sociale pedagogie)	- Federatie van diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg - Verbond Sociale Ondernemingen (gezondheid)	Voorzitter
Mevr. Leen MEULENBERGS	Licentiaat in de Psychologie	Licentiaat in de Psychologie	Vlaams Patiëntenplatform	Voorzitter
Prof. dr. Koen MILISEN	Verpleegkundige	Verpleegkundige	Vlaams Patiëntenplatform	Secretaris
	Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen en Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen	Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen en Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen	- K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap - UZ Leuven, dienst geriatrie	Docent verplegingswetenschap
Dhr. Christophe MOUTON	Burgerlijk Scheikundig Ingenieur	Burgerlijk Scheikundig Ingenieur	Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw	Verpleegkundig specialist
	Bedrijfskundig Ingenieur	Bedrijfskundig Ingenieur		Directeur Administratie, Financiën, Informatica en Technische dienst

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Gaëtane STASSIJNS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; specialisatie Fysische Geneeskunde en Revalidatie Doctor in de Medische Wetenschappen	• UZ Antwerpen, Fysische Geneeskunde en Revalidatie • UA	Adjunct-kliniekhoofd Docent
Prof. dr. Sigrid STERCKX	Licentiaat en Doctor in de Moraalwetenschappen	• Universiteit Gent, vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap	Postdoctoraal navorser Deeltijds Docent
Dr. Stephan VAN DEN BROUCKE	Licentiaat en Doctor in de Psychologie	• Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie • K.U.Leuven, departement Psychologie (Onderzoeks-groep voor Stress, Gezondheid en Welzijn)	Senior expert Deeltijds Docent
Dhr. Jef VAN HOLSBEEK	Ziekenhuisverpleegkundige Licentiaat Medisch-Sociale en Ziekenhuiswetenschappen	• Verbond der Verzorgingsinstellingen, Geestelijke Gezondheidszorg	Stafmedewerker Sectorcoördinator voor de GGZ
Prof. dr. Nik VAN LAREBEKE	Dokter in de Geneeskunde Geaggregeerde HSO Milieudeskundige	• Universiteit Gent (Studiecentrum Carcinogenese en Primaire Preventie van Kanker, Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Exp. Cancerologie) • Free Clinic, Brussel	Hoofddocent Arts (Deeltijds)
Prof. dr. Kristiane VAN LIERDE	Licentiaat in de Logopedie en Audiologie Doctor in de Sociale Gezondheids-wetenschappen (logopedie)	• Universiteit Gent, Universitair ziekenhuis Gent, dienst NKO, Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	Wetenschappelijk medewerker Deeltijds docent
Mevr. Rosette VAN OVERVELT	Ziekenhuisapotheker	• Fusieziekenhuis MONICA Deurne-Antwerpen	Algemeen directeur

Naam		Opleiding/discipline	Organisatie		Functie
Prof. dr. Patrick VAN REEMPTS		Geneesheer-specialist in de Kindergeneeskunde en Neonatologie Geaggregeerde HSO	• UZ Antwerpen, dienst Neonatologie • UA, faculteit Geneeskunde, vakgroep Pediatrie		Diensthooft Hoofddocent pediatrie
Dr. Arne VAN RENTERGHEM		Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde	• Groepspraktijk		Huisarts
Dhr. Luc VAN ROYE		Licentiaat Handels- en Consulaire Wetenschappen	• Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen - Nederlandstalige Kamer		Directeur
Prof. dr. Joost WEYLER		Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; Verzekerings- en Arbeids-geneeskunde; Epidemioloog	• UA, vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde		Hoogleraar epidemiologie

e) Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Samenstelling

- Effectieve leden: David Larmuseau (voorzitter)*
Jos Lievens (voorzitter)
Philip Marroyen
Jef Van Holsbeke
- Externe experts: Joël Boydens
Mieke Craeymeersch
Raf De Rycke
Hilde Dierckx
Leo Du Laing
Patricia Lebeer
Ann Moens
Jozef Peuskens
Stefaan Van Roey

Werksaamheden

In 2005 rondde de werkgroep geestelijke gezondheidszorg twee adviezen af: (1) een advies over het gedeeld engagement van de sectoren thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg inzake thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap en (2) een advies inzake mantelzorgers van personen met een psychische problematiek. Deze adviezen vormen een tweeluik.

f) Werkgroep Gezondheid en Milieu

Samenstelling

- Effectieve leden: Nik Van Larebeke (voorzitter)
Maurits De Ridder
Luc Hens
Arne Van Renterghem
- Externe experts: Ethel Brits
Wim Decoen
Willem Dhooge
Mark Goethals
Peter Hoet
Colin Janssen
Gregor Verhoef
Joost Weyler

* David Larmuseau nam ontslag als lid van de Vlaamse Gezondheidsraad en als voorzitter van de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg. Jos Lievens nam in de loop van 2005 het voorzitterschap van de werkgroep over.



Werkzaamheden

De werkgroep Gezondheid en Milieu bereidde in 2005 twee adviezen voor: (1) een advies inzake afvalstortplaatsen en (2) een advies inzake biomonitoring als een noodzakelijke voorwaarde voor het correct inschatten van de gezondheidseffecten van milieufactoren.

Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg: Lijst van externe deskundigen

Naam		Opleiding/discipline	Organisatie		Functie
Dr. Joël BOYDENS		Psychiater	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten		Medische Directie
Mevr. Mieke CRAEYMEERSCH		Licentiate in de Orthopedagogiek	Federatie van Vlaamse Simileskringen vzw		Directeur
Dhr. Raphaël DE RYCKE		Licentiaat Toegepaste Economische Wetenschappen Gegregreerde HSO	Provinciaalstaat der Broeders van Liefde vzw		Gedelegeerd bestuurder
Mevr. Hilde DIERCKX		Licentiaat in de Psychologische en Pedagogische Wetenschappen (richting Orthopedagogiek) Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen (richting ziekenhuisbeleid)	- Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven - Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost vzw		Administratief Manager Divisie Geestelijke Gezondheidszorg Directeur
Dhr. Leo DU LAING		Licentiaat-doctorandus in de Sociologie	Verbond der Verzorgingsinstellingen		Stafmedewerker sector Geestelijke Gezondheidszorg
Mevr. Patricia LEBEER		Gegradueerde sociaal verpleegkunde Gegradueerde in de Sociale Agogiek Licentiaat in de Medisch Sociale Wetenschappen (gerontologie)	Socialistische Mutualiteit		Diensthooft Zorgnetwerken en -Zorgverzekering
Mevr. Ann MOENS		Licentiaat in de Klinische Psychologie (richting kind, jeugdige en gezin)	- GGZ Waas en Dender - Verbond der Verzorgingsinstellingen		Directeur Voorzitter stuurgroep CGG-VVI

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Jozef PEUSKENS	Dokter in de genes-heel-verloskunde Specialisatie psychiatrie, revalidatiegen. Dokter geneeskund. Wetenschappen	• UC St Jozef Kortenberg • K.U.Leuven	Algemeen en medisch directeur Hoogleraar deeltijds
Dhr. Stefaan VAN ROEY	Licentiaat in de Rechten Baccalaureaat in de Wijsbegeerte Gediplomeerde in de Aanvullende Studien Toegepaste Ethiek	• Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen	Stafmedewerker

Werkgroep Gezondheid en Milieu: Lijst van externe deskundigen

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Mevr. Ethel BRITS	Licentiaat Biochemie	• Vito-Milieutoxicologie	Onderzoeker
Prof. dr. Wim DECOEN	Licentiaat Scheikunde-Biotechnologie Licentiaat Milieusanering Doctor in de Toegepaste Biologische Wetenschappen; Ecotoxicologie en Milieu-Risicoevaluatie	• Universiteit Antwerpen • Laboratorium Ecofysiologie, Biochemie en Toxicologie • Departement Biologie	Hoofddocent
Dhr. Willem DHOOGE	Ingenieur in de Scheikunde en Landbouwindustrieën Ingenieur in de Milieusanering	• Universiteit Gent, Vakgroep Inwendige Geneeskunde, Dienst Endocrinologie	Wetenschappelijk medewerker
Dr. Mark GOETHALS	Geneesheer Specialist in Cardiologie	• OLV Ziekenhuis Aalst, Cardiovasculair Centrum, Hartfalen en Harttransplantatie Eenheid • Werkgroep Daedalus, Actiegroep tegen Concentratie van Vliegtuiglawaaï	Staflid cardiologie

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Peter HOET	Landbouwingenieur Doctor in Medische Wetenschappen	K.U.Leuven • Departement Maatschappelijke gezondheidszorg: Arbeids-, milieu & verzekeringsgeneeskunde • Departement Pathofysiologie Pneumologie, Laboratorium Longtoxicologie	Hoofddocent
Prof. dr. Colin JANSSEN	Doctor in de Toegepaste Biologische Wetenschappen; Ecotoxicologie en Milieurisico-evaluatie	• UGent, Vakgroep Toegepaste Ecologie en Milieubiologie; Lab. Milieutoxicologie	Hoogleraar en diensthoofd
Prof. dr. Gregor VERHOEF	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde	• K.U.Leuven, Vakgroep hematologie	Gewoon hoogleraar en kliniekhoofd
Prof. dr. Joost WEYLER	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; Verzekerings- en Arbeids-geneeskunde; Epidemioloog	• UIA, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde	Hoogleraar epidemiologie

g) Werkgroep Gezondheidsbeleid

Opdracht

De werkgroep gezondheidsbeleid werd opgericht om een advies over het toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid voor te bereiden. Op basis van haar beraadslagingen en na overleg met een aantal externe deskundigen zal de werkgroep een ontwerpadvies voorleggen aan de plenaire vergadering.

Samenstelling

Jan De Maeseneer (voorzitter)
Lieven Annemans
Virginie Huys
Jos Lievens
Fred Louckx
Lea Maes
Philip Marroyen
Sigrid Sterckx
Stephan Vandenbroucke
Patrick Van Reempts
Arne Van Renterghem
Luc Van Roye

Werkzaamheden

De werkgroep gezondheidsbeleid kwam in de loop van 2005 7 maal in zitting bijeen. Op 8 september 2005 werd een volledige dag gewijd aan de consultatie van externe deskundigen (Ludo Fret, Jos Kesenne, Dirk Ramaekers en Sonia Teughels) en aansluitende discussies. Het uiteindelijke advies zal in de loop van het voorjaar 2006 worden geformuleerd.

h) Ondersteuning

De administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap neemt het secretariaat waar van de Vlaamse Gezondheidsraad. Dit omvat zowel organisatorische, praktische als inhoudelijke ondersteuning van de activiteiten. De administratie verstrekt tevens alle inlichtingen over de Vlaamse Gezondheidsraad.

Adres: **VGR-secretariaat**
Administratie Gezondheidszorg
Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap
Markiesgebouw lokaal 423
Markiesstraat 1
1000 Brussel



E-mail: *vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be*

Tel.: 02-553 35 35

Fax: 02-553 34 70

Coördinatie: Ria Vandenreyt

Secretariaat: Regine Bouilliaert

Inhoudelijke ondersteuning: Tom Meulenbergs

2. ACTIVITEITEN 2005

a) Overzicht vergaderingen

In 2005 vonden er 33 vergaderingen plaats: 8 plenaire vergaderingen, 4 bureauvergaderingen, 11 vergaderingen van de permanente werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), 3 vergaderingen van de permanente werkgroep Gezondheid en Milieu (G&M), en 7 vergaderingen van de ad hoc werkgroep gezondheidsbeleid (GZ-Beleid).

Datum	Type	Inhoud
13-01-2005	Plenaire	overleg met minister Vervotte
13-01-2005	WG GGZ	psychiatrische huiszorg
25-01-2005	WG G&M	afvalstortplaatsen
03-02-2005	WG GGZ	psychiatrische huiszorg
15-02-2005	Plenaire	
10-03-2005	WG GGZ	psychiatrische huiszorg; mantelzorg
29-03-2005	Plenaire	
29-03-2005	Bureau	
14-04-2005	WG GGZ	psychiatrische thuiszorg; mantelzorg; hoorzitting met deskundigen
19-04-2005	Plenaire	
21-04-2005	WG G&M	biomonitoring
10-05-2005	WG G&M	biomonitoring
12-05-2005	WG GGZ	mantelzorg; voorbereiding kabinetsbezoek
24-05-2005	WG GZ-Beleid	
24-05-2005	Bureau	
24-05-2005	Plenaire	
09-06-2005	WG GGZ	overleg met kabinet-Vervotte
17-06-2005	WG GGZ	rapportering kabinetsbezoek
21-06-2005	Bureau	
21-06-2005	Plenaire	
28-06-2005	WG GZ-Beleid	
30-08-2005	WG GZ-Beleid	
08-09-2005	WG GZ-Beleid	
16-09-2005	WG GGZ	mantelzorg; GGZ voor ouderen; preventie en GGZ
04-10-2005	WG GZ-Beleid	
13-10-2005	WG GGZ	mantelzorg; preventie en GGZ; GGZ voor ouderen; GGZ en allochtonen; vermaatschappelijking GGZ
18-10-2005	Bureau	
18-10-2005	Plenaire	
27-10-2005	WG GZ-Beleid	
10-11-2005	WG GGZ	mantelzorg; preventie en GGZ; GGZ voor ouderen; GGZ en allochtonen; vermaatschappelijking GGZ

Datum	Type	Inhoud
08-12-2005	WG GZ-Beleid	preventie en GGZ
08-12-2005	WG GGZ	
20-12-2005	Plenaire	

b) Gefinaliseerde adviezen

In 2005 werkte de Vlaamse Gezondheidsraad 6 adviezen af: 2 adviezen op vraag en 4 adviezen op eigen initiatief.

De adviesvragen handelden over de implementatie van de 'kaderovereenkomst inzake tabakscontrole' van de Wereldgezondheidsorganisatie in Vlaanderen en gezondheid en de opdracht van de openbare omroep. De 2 adviesvragen werden respectievelijk gesteld door de administratie Gezondheidszorg en door de Vlaams minister van Bestuurszaken, Buitenlands Beleid, Media en Toerisme, de heer Geert Bourgeois.

De adviezen op eigen initiatief handelden over afvalstortplaatsen, het gedeeld engagement van de sectoren thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg inzake thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische problemen, mantelzorgers van personen met een psychische problematiek en biomonitoring.

Hieronder vindt u een (soms ingekorte) versie van de adviezen; de integrale versies van de adviezen zijn te raadplegen op de website van de Vlaamse Gezondheidsraad: www.wvc.vlaanderen.be/vgr.

2.1. ADVIES INZAKE DE IMPLEMENTATIE VAN DE KADEROVEREENKOMST INZAKE TABAKSCONTROLE VAN DE WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE IN VLAANDEREN

I. BELEIDSADVIES

A. Historiek en beleidskader

De Vlaamse Gezondheidsraad ontving in oktober 2004 van de administratie Gezondheidszorg de vraag om advies te verlenen over het *‘Ontwerp van decreet houdende instemming met de kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake de bestrijding van het tabaksgebruik, opgemaakt in Genève op 21 mei 2003’*.

Deze kaderovereenkomst is de eerste bindende internationale overeenkomst op gebied van preventieve gezondheidszorg. Op 22 januari 2004 ondertekende België de conventie. Gezien het gemengde karakter van de overeenkomst moet ook de Vlaamse Regering instemming verlenen aan de federale minister van Buitenlandse Zaken om de conventie te ratificeren. Vooraleer tot ratificatie te kunnen overgaan, moet worden nagegaan in welke mate de regelgeving moet worden aangepast en welke bijkomende maatregelen nodig zijn om te kunnen voldoen aan de overeenkomst.

Omwille van de dringendheid van de vraag om advies besloot de VGR om in 2 fasen te werken: in een eerste stap werd een advies geformuleerd over de ratificatie zelf, waarin de Vlaamse Gezondheidsraad haar steun uitsprak voor de ratificatie van deze overeenkomst.¹ Tegelijk werd echter opgemerkt dat ratificatie op zich onvoldoende is en dat de nadruk vooral moet liggen op de opvolging en implementatie van deze overeenkomst. Er werd dan ook besloten om in een tweede advies hier uitgebreider op in te gaan.

B. Methode

Dit advies werd een eerste maal besproken tijdens een vergadering van de preventieve kamer op 16 november 2004. Een ontwerpadvies werd voorgelegd aan de plenaire vergadering en goedgekeurd op 15 februari 2005.

Het proces van adviesformulering werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dr. Machteld Wauters als inhoudelijk medewerker van de Vlaamse Gezondheidsraad.

C. Advies

De Vlaamse Gezondheidsraad hecht groot belang aan een effectieve en snelle implementatie van deze kaderovereenkomst ter bestrijding van het tabaksgebruik. Om dit te waarborgen moet een **geïntegreerd plan van aanpak** worden opgesteld, met elkaar aanvullende en ondersteunende maatregelen van gezondheidseducatie, omgevingsgericht werken en wetgevende en financieel-economische maatregelen.

In dit plan moeten minstens volgende elementen terug te vinden zijn:

- Een algemene verantwoordelijke voor de opvolging moet worden aangeduid. Het lijkt ons het meest aangewezen om hier te kiezen voor de respectievelijke ministers verantwoordelijk

voor Volksgezondheid. Deze zullen enerzijds moeten waken over de uitvoering van initiatieven binnen het eigen bevoegdheidsdomein, maar daarnaast ook instaan voor overleg met andere beleidsdomeinen (bv. onderwijs, werk) en coördinatie met andere beleidsniveaus, om zo te komen tot een geïntegreerde aanpak op alle terreinen en het realiseren van de verschillende bepalingen van de overeenkomst.

- Om de verschillende doelstellingen te realiseren moet een concreet plan worden uitgewerkt hoe de uitvoering hiervan in de praktijk zal gebeuren. Hiervoor verwijst de Raad naar het *'Plan van aanpak om het tabaksgebruik in Vlaanderen te verminderen'*², opgesteld door het Vlaams Platform Tabakspreventie, dat op 8 oktober 2004 aan de minister werd overhandigd. Dit plan geeft een overzicht van de maatregelen en concrete interventies die worden aanbevolen om roken in Vlaanderen te verminderen, op basis van een integrale strategie van tabakspreventie.
- Er moet een voldoende budget worden voorzien voor de uitvoering. Volgens de aanbevelingen van de Europese Commissie is er voor effectieve tabakspreventie minimaal 2 € per inwoner nodig.³ Het huidige budget moet geleidelijk worden opgetrokken met als streefdoel dit op termijn te bereiken. Daarbij moet gewaakt worden over de kosten-effectieve aanwending van dit budget.
- De Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond roken moet hieraan worden aangepast.

II. ACHTERGROND

A. Inleiding

Roken is, wereldwijd en in Vlaanderen, de belangrijkste oorzaak van te voorkomen ziekte en overlijden. Het gebruik van tabak veroorzaakt momenteel wereldwijd naar schatting 4.9 miljoen doden per jaar.⁴ In de EU is 1 op 7 overlijdens het gevolg van roken: jaarlijks sterven meer dan 650.000 Europeanen omdat ze roken.³ Longkanker is hierbij de voornaamste doodsoorzaak, maar roken veroorzaakt ook andere kankers, ondermeer van mond- en keelholte, slokdarm, pancreas, nier en blaas. Tabaksgebruik wordt verantwoordelijk geacht voor ongeveer 1/3 van alle kwaadaardige kankers. Daarnaast draagt het ook bij tot de ontwikkeling van hart- en vaatziekten en longaandoeningen. De helft van de rokers sterft aan de gevolgen van tabaksgebruik, en de gemiddelde levensverwachting van rokers is dan ook 6 tot 8 jaar korter dan deze van mensen die nooit hebben gerookt. In geïndustrialiseerde landen maken gezondheidszorgen voor aandoeningen tengevolge van tabaksgebruik 10% uit van de jaarlijkse globale gezondheidsfactuur. De totale kosten veroorzaakt door roken worden voor de EU geschat op 100 miljard euro per jaar of meer dan 1% van het BBP, of nog: 200 tot 300 euro per inwoner³.

Verontrustend is dat het gebruik van tabak bij jongeren toeneemt, en dan vooral dat steeds meer jonge meisjes beginnen te roken. Volgens de Vlaamse Gezondheidsindicatoren nam het percentage dagelijkse rokers van 15 jaar en ouder in Vlaanderen licht af bij mannen tussen 1997 en 2001 (van 35.5 tot 32.8%), maar bleef dit bij vrouwen nagenoeg gelijk (van 22 tot 22.8%).⁵ In de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar is deze evolutie iets meer uitgesproken, met een daling van 41 naar 33% rokende mannen, en een stijging van 21 naar 27% rokende vrouwen.⁵ Recente gegevens wijzen wel op een verdere daling van het aantal volwassenen die dagelijks roken, van 40% in 1982 tot 20% in 2004⁶. Deze daling is het opvallendst in de

lagere sociale groepen: op 1 jaar nam het aantal dagelijkse rokers in deze groep af van 27% naar 15%. Dit wijst erop dat de inspanningen van de laatste jaren (met ondermeer prijsverhogingen en reclamebeperkingen) wel degelijk een effect sorteren, en in de komende jaren zeker moeten voortgezet worden.

De Wereldgezondheidsorganisatie erkende dit als een van de belangrijke uitdagingen op gebied van gezondheidszorg voor de 21^e eeuw, en nam dan ook het initiatief om dit op internationaal niveau aan te pakken. De Algemene Vergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie keurde op 21 mei 2003 de 'Framework Convention on Tobacco Control' unaniem goed. Het gaat om het eerste internationale verdrag, met dwingend karakter, omtrent volksgezondheid, dat werd aangenomen in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie. België is momenteel bezig met de procedure voor ratificatie.

Na ratificatie moet de Kaderconventie vervolgens een realiteit worden, doordat de lidstaten de bepalingen omzetten in nationale uitvoeringswetgeving.

B. Aanbevelingen

1. VOORAFGAANDE BESCHOUWINGEN

De tabaksconventie bevat een geheel van zeer verscheiden maatregelen: zowel maatregelen om de vraag naar en de beschikbaarheid van tabak te doen dalen, maatregelen om de omgeving te beschermen, als maatregelen in verband met informatie. Deze maatregelen variëren van educatieve maatregelen over instellen van en toezicht houden op het rookverbod in openbare plaatsen tot het gevoelig verhogen van de taksen en accijnzen op tabaksproducten en de aanpak van smokkel. Het is duidelijk dat een dergelijke integrale aanpak een betrokkenheid vergt van verschillende beleidsniveaus en beleidsdomeinen: naast volksgezondheid ook financiën, onderwijs, werk, economische zaken, consumentenzaken, ...

a) Artikelen behorend tot bevoegdheidsdomein Vlaanderen

Vlaanderen is bevoegd voor preventie en gezondheidspromotie. Concreet wordt dit in de conventie aangehaald in artikel 12 (education, communication, training and public awareness) en artikel 14 (demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation).

b) Wat gebeurt er al in Vlaanderen?

Eén van de 5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die in 1998 werden opgesteld, was gericht op een daling van het aantal rokers: *"In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen, en specifiek voor jongeren, met 10% gedaald zijn"*. In het kader hiervan werkten zowel het VIG als de Logo's sinds 1998 rond tabakspreventie en rookstop. Daarnaast zijn ook andere organisaties actief, ondermeer op het gebied van rookstop (bv. WVVH, VRGT, mutualiteiten).

Op basis van een evaluatie van de gegevens uit de Gezondheidsenquêtes voor 1998 tot 2002 moet worden geconstateerd dat deze doelstelling niet werd bereikt. Bij mannen is er weliswaar een lichte daling zichtbaar (niet significant), maar niet bij vrouwen, en vooral niet bij jonge meisjes: tussen 1998 en 2002 bleef het aantal rokende vrouwen ongeveer stabiel, en nam het aantal rokende meisjes in de leeftijdscategorie 12-18 jaar zelfs toe.⁵ Het

falen van dit beleid is ondermeer te wijten aan het feit dat de middelen die de Vlaamse overheid ter beschikking stelde aan de organisaties die dit moesten realiseren ontoereikend waren.

2. CONCRETE AANBEVELINGEN

Om een effectieve en snelle implementatie van deze kaderovereenkomst te waarborgen moet een **integraal plan van aanpak** worden opgesteld, met elkaar aanvullende en ondersteunende maatregelen van gezondheidseducatie, omgevingsgericht werken en wetgevende en financieel-economische maatregelen.

Hiervoor verwijst de Raad naar het '*Plan van aanpak om het tabaksgebruik in Vlaanderen te verminderen*'², opgesteld door het Vlaams Platform Tabakspreventie, dat op 8 oktober 2004 aan de minister werd overhandigd. Dit plan geeft een overzicht van de maatregelen en concrete interventies die worden aanbevolen om roken in Vlaanderen te verminderen, op basis van een integrale strategie van tabakspreventie.

De Raad schaart zich achter de prioriteiten die door dit Platform werden vooropgesteld, met name:

- *primaire tabakspreventie*: het voorkomen van het beginnen roken bij kinderen en jongeren, door middel van onderbouwde tabakspreventieprogramma's voor leerlingen vanaf de derde graad van het lager onderwijs;
- *secundaire tabakspreventie*: de ondersteuning van rokers om te stoppen met roken, door het optimaliseren over heel Vlaanderen van gespecialiseerde diensten om rokers in groep te begeleiden bij het stoppen met roken. De Raad verwijst in dit verband ook naar zijn eerder advies omtrent rookstop;⁷
- informatie en *vorming van gezondheidswerkers* en andere intermediairen: het voorzien van 1 specifieke voortgezette opleiding en erkenning van bestaande opleidingen rond stoppen met roken, naast het realiseren van een basisopleiding in het curriculum van alle toekomstige professionele gezondheidswerkers;
- omgevingsgericht werken: het realiseren van een *rookbeleid op het werk en op school*. Hiervoor is vorming van gezondheidswerkers en intermediairen (scholen en schoolbegeleidingsdiensten, diensten voor preventie en bescherming op het werk) over beleidsmatig werken rond tabakspreventie op school en op het werk vereist.
- een *rookvrije thuisomgeving*, met bijzondere aandacht voor toekomstige en jonge ouders en opvoeders;
- massamedia en PR: het geregeld ontwikkelen van een *mediacampagne* met een specifieke boodschap.

Om deze maatregelen te kunnen realiseren is het nodig om **voldoende financiële middelen** ter beschikking te stellen. De Amerikaanse CDC hebben als richtinvestering voor een effectieve antitabaksstrategie 5 tot 13 euro per inwoner vooropgesteld. De Europese Commissie beveelt aan om deze waarden over te nemen voor de EU, waarbij de investering in rookpreventie in eerste instantie al zou moeten verhogen met 1 tot 3 € per inwoner.³ Een dergelijke investering is verantwoord aangezien economische berekeningen aangeven dat anti-tabaksmaatregelen de op één na doeltreffendste manier zijn om het gezondheidsbudget

te besteden, na inenting bij kinderen. Bovendien is dit bedrag slechts een fractie van de kosten veroorzaakt door roken (200 tot 300 € per inwoner). Daarbij moet wel gewaakt worden over de kosten-effectieve aanwending van dit budget.

Dit geld zou afkomstig kunnen zijn uit de fiscale inkomsten uit tabak (in 2002 was dit bijna 2 miljard euro) en aan de gemeenschappen beschikbaar worden gemaakt via een tabakspreventiefonds.

III. SLOTBESCHOUWINGEN

Noodzaak voor **een integrale en gecoördineerde aanpak**:

Naast de eigen bevoegdheden van de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid is er ook een ruimere aanpak nodig door de Vlaamse Regering (bv. onderwijs, tewerkstelling,...) en is er overleg nodig met andere beleidsniveaus voor de realisatie van de doeleinden die niet onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen (o.a. financiële maatregelen, reclameverbod, rookverbod op publieke plaatsen,...). In die zin kan verwezen worden naar de oprichting van een nationaal overlegplatform. Aangezien preventie een exclusieve gemeenschapsbevoegdheid is menen wij dat de Vlaamse minister verantwoordelijk voor Volksgezondheid hier een belangrijke rol in heeft te vervullen en zelfs het voortouw zou kunnen nemen door zelf het initiatief te nemen voor de oprichting van een dergelijk platform.

IV. REFERENTIES

1. Vlaamse Gezondheidsraad (2004). *Advies inzake ratificatie van de kaderovereenkomst inzake tabakscontrole van de Wereldgezondheidsorganisatie*. Brussel, 27 oktober 2004.
2. Vlaams Platform Tabakspreventie (2004). *Plan van aanpak om het tabaksgebruik in Vlaanderen te verminderen*. Brussel: VIG.
3. The ASPECT Consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union. Past, present and future*. Luxemburg: European Commission.
4. World Health Organization (2004). *Tobacco & Health in the developing world. A background paper for the high level round table on tobacco control and development policy*. Brussels.
5. Administratie Gezondheidszorg, team Beleidsevaluatie (2004). Evolutie van het rookgedrag in Vlaanderen. In *Gezondheidsindicatoren 2001-2002* (pp. 198-201). Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
6. OIVO (2005). *De tabaksconsumptie*. Brussel: OIVO.
7. Vlaamse Gezondheidsraad (2004). *Advies inzake rookstop*. Brussel, 16 maart 2004.

2.2. ADVIES INZAKE AFVALSTORTPLAATSEN

I. INLEIDING

De gezondheidseffecten van het storten van afval op stortplaatsen verontrust vele omwonenden. Love Canal (USA), Lekkerkerk (Nederland), Mellery (Wallonië), de Hoge Maey in Antwerpen, zeer recent nog het stort “Le Radar” op de grens van Flobecq (Vloesberg) en Brakel (grens Wallonië en Vlaanderen), en de kleiputten in Ramsel zijn bekende namen in dit verband. Tal van wetenschappelijke studies, ook uit België, wijzen inderdaad op het optreden van gezondheidsschade bij personen die in de buurt van stortplaatsen wonen waar gevaarlijk chemisch afval (zware metalen, solventen en pesticiden) wordt gestort (Howard, 2000; Howard et al., 2000; De Bont & Van Larebeke, 2002). Alhoewel huishoudelijk afval voor een groot deel uit relatief ongevaarlijke materialen bestaat (zie tabel 1), bevat het ook een aantal gevaarlijke stoffen en producten, waaronder producten voor het ontstoppen van leidingen, voor het schoonmaken van ovens, voor het schoonmaken van metalen en houten voorwerpen, motorolie en brandstofadditieven, smeermiddelen en oplosmiddelen voor roest, schoonmaakproducten voor motoren, koelvloeistoffen voor airconditioning, vloeistoffen gebruikt om het starten van motoren te vergemakkelijken, verdunners voor verven, producten om oude verf te verwijderen, lijmen, herbiciden, pesticiden, fungiciden en houtbewaarmiddelen (Valaoras, 2000).

II. METHODE

Het voorliggend advies is een advies op eigen initiatief van de werkgroep Milieu en Gezondheid van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 effectieve leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: prof. dr. Nik Van Larebeke (voorzitter), prof. dr. Luc Hens, dr. Arne Van Rentergem en dr. Maurits De Ridder; en 7 externe experts: mevr. Ethel Brits, prof. dr. Wim De Coen, ir. Willem Dhooge, dr. Mark Goethals, prof. dr. Peter Hoet, prof. dr. Colin Janssen, prof. dr. Gregor Verhoef. Dit advies kwam tot stand op basis van het bijgesloten rapport opgesteld door de Dienst Onderzoek van de afdeling Bodemonderzoeken en Attestering van de Openbare Afvalstoffenmaatschappij voor het Vlaams Gewest (OVAM) (zie bijlage 1), van twee vergaderingen met de werkgroep ‘stortplaatsen’ van de OVAM, en van 4 vergaderingen van de werkgroep Milieu en Gezondheid van de Vlaamse Gezondheidsraad (19 januari, 3 mei, 28 oktober 2004 en 25 januari 2005). Tijdens de vergadering van 28 oktober 2004 waren mevr. Liesbeth Havet en mevr. Katleen Jansen, medewerkers van de werkgroep ‘stortplaatsen’ van de OVAM, als externe deskundigen in hoorzitting uitgenodigd. Dit advies weerspiegelt evenwel alleen de visie van de Vlaamse Gezondheidsraad en niet noodzakelijk deze van de OVAM of van medewerkers van de OVAM.

Het advies werd ter goedkeuring overgemaakt aan de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad ter bespreking op 15 februari 2005.

De gezondheidseffecten van afvalstortplaatsen is een problematiek die behoort tot de bevoegdheid van zowel de Vlaams minister van Volksgezondheid als de minister van Leefmilieu. Hoewel dit advies in eerste instantie gericht is aan de minister van Volksgezondheid, benadrukt de Vlaamse Gezondheidsraad dat een adequate aanpak van deze problematiek een nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen vereist.

Het proces van adviesformulering werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dr. Machteld Wauters en dhr. Tom Meulenbergs, inhoudelijk medewerkers van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. ACHTERGROND

A. Wetgeving

De wettelijke basis voor het beheer van afvalstoffen in Vlaanderen wordt momenteel gevormd door het Afvalstoffendecreet van 1981. Samen met dit decreet werd de OVAM opgericht. Het Afvalstoffen-decreet en zijn uitvoeringsbesluit van 1982 regelen van dan af onder meer de stortvergunningen, die daarvoor via het ARAB (Algemeen reglement voor de arbeidsbescherming, 1946) een exploitatievergunning kregen.

Voor een overzicht van de wetgeving over afvalstorten wordt verwezen naar een document van medisch-milieukundige Koen Miseur (zie bijlage 2).

B. Gezondheidseffecten nabij stortplaatsen

Er zijn aanwijzingen dat in de omgeving van sommige stortplaatsen een groter risico bestaat tot het krijgen van blaas-, lever-, pancreas- en nierkanker en van leukemie en non-Hodgkin lymphomas (State of New York Department of Health, 1998; Goldberg et al., 1999).

De EUROHAZCON studie vergeleek de effecten op de zwangerschap bij vrouwen die op een afstand van 0 tot 3 km van een gevaarlijke stortplaats wonen en diegenen die tussen 3 en 7 km wonen (Dolk et al., 1998). Men ontdekte een stijging met 33% van het risico op een niet-chromosomale congenitale anomalie (neurale buisdefecten, gespleten gehemelte en enkele cardiovasculaire en gastrointestinale aandoeningen) bij baby's die binnen een straal van 3 km werden geboren. Ook chromosomale congenitale geboortefwijkingen bleken een gelijkaardig verhoogde incidentie te vertonen (incidentieratio 1,41, 95% CI 1,00-1,99), ook wanneer rekening werd gehouden met *confounding* factoren zoals leeftijd van de moeder en socio-economische status (Vrijheid et al., 2002).

Als resultaat van studies die de gevaren voor de gezondheid van het leven nabij stortplaatsen in de Verenigde Staten onderzochten, heeft het 'Agency for Toxic Substances and Disease Registry' (ATSDR) zeven groepen van gezondheidseffecten geïdentificeerd die meer voorkomen in populaties die in de nabijheid van stortplaatsen leven: geboortedefecten, kanker, stoornissen van het immuunstelsel, nier- en leveraandoeningen, aandoeningen van het ademhalingsstelsel en neurotoxicologische aandoeningen (Buczynska, Rolecki & Tarkowski, 1999).

Alhoewel een oorzakelijk verband tussen afvalstorten en gezondheidseffecten niet strikt bewezen is, lijkt het zeer waarschijnlijk dat afvalstorten inderdaad belangrijke effecten op de gezondheid kunnen hebben. Daarnaast kunnen geurhinder en ongerustheid ook bijdragen tot een aantal klachten. Voor meer details wordt verwezen naar het rapport 'Gezondheidseffecten nabij stortplaatsen' (De Bont & Van Larebeke, 2002) (zie bijlage 3).

C. De Openbare Afvalstoffenmaatschappij voor het Vlaamse Gewest (OVAM)

Het Vlaamse Gewest is bevoegd voor het leefmilieubeleid in Vlaanderen. Inzake het milieubeleid is het dan ook de Vlaamse Regering die de eindbeslissingen neemt, uiteraard op initiatief

van de Vlaamse minister van Leefmilieu. Voor het beleidsvoorbereidend en -uitvoerend werk kan de minister rekenen op een aantal organisaties zoals de OVAM, een Vlaamse Openbare Instelling. De OVAM heeft tot taak de hoeveelheid afval te verminderen en de bodemverontreiniging in Vlaanderen tegen te gaan. In bijlage is een rapport opgenomen dat speciaal voor dit advies door de Dienst Onderzoek van de afdeling 'Bodemonderzoeken en Attestering' werd opgesteld. In dit rapport worden achtereenvolgens behandeld:

- De structuur van de OVAM en het functioneren van de afdeling Bodemonderzoeken en Attestering en van de Dienst Onderzoek, in het bijzonder de werkgroep 'stortplaatsen'.
- De wijze waarop bodemonderzoeken worden doorgevoerd; het register van potentieel verontreinigde gronden (POT-sites); het bestaan van strategische projecten, gestoeld op het zogenaamde site-decreet dat op 18 mei 2001 werd goedgekeurd door het Vlaams Parlement, die voor een aantal aspecten in het kader van brownfieldontwikkeling en woonzones een oplossing kan bieden.
- De stapsgewijze procedure van het bodemsaneringsdecreet, met achtereenvolgens het oriënterend bodemonderzoek, het beschrijvend bodemonderzoek, het bodemsaneringsproject, de bodemsaneringswerken en de nazorg, daarbij aangewende bodemsaneringstechnieken.
- De bodemsaneringstechnieken
- De soorten stortplaatsen.
- De rol van de afdeling Afvalstoffenbeheer van de OVAM en van het team 'stortplaatsen' bij de dienst Organische Afvalstoffen van de OVAM
- Knelpunten bij de uitvoering van bodemonderzoeken op stortplaatsen

Van bijzonder belang voor dit advies zijn de indeling van de stortplaatsen (punt 5) en de opsomming van knelpunten (punt 7) bij de uitvoering van bodemonderzoeken op stortplaatsen.

IV. ADVIES

1. Het beleid inzake afvalstorten en bodemverontreiniging moet fundamenteel meer gericht worden op de bescherming van de menselijke gezondheid. Onder meer bij de opleiding van bodemdeskundigen, bij het opzetten van internationale samenwerking en bij het inschatten van de risico's moet het inperken van gezondheidsrisico's centraal staan. Het regelgevend kader is onvoldoende bedacht vanuit effecten op de menselijke gezondheid.

Het document 'Basisinformatie voor risico-evaluaties' (OVAM, 2004) is onvoldoende voor een correcte inschatting van de gezondheidsrisico's voor de mens. Zowel bij het opstellen van bodemsaneringsnormen als bij de locatiespecifieke risico-evaluatie dient meer aandacht te worden besteed aan volgende elementen:

- a) *Interactie tussen verschillende agentia uit hetzelfde stort en bestaan van andere blootstellingen dan deze die verband houden met het afvalstort.*

Bij het beoordelen van de impact van een lokaal stort dient rekening gehouden met het feit dat andere inrichtingen een gelijkaardige blootstelling met zich kunnen

brengen, of andere blootstellingen die hetzelfde gezondheidseffect hebben of zelfs synergistisch inwerken samen met de blootstelling veroorzaakt door het stort. Het kankerverwekkend effect van een welbepaalde dosis van een genotoxische kankerverwekkende stof neemt toe naarmate de populatie die de blootstelling ondergaat een hogere mutatiefrequentie vertoont tengevolge van diverse andere blootstellingen (Van Larebeke, 2004). Ook kankerbevorderende stoffen en epigenetische carcinogenen zullen uiteraard meer effect hebben na een voorafgaande blootstelling aan kankerinitierende genotoxische carcinogenen (Van Larebeke, 2004).

In de paragraaf “Integratie van de normen en aanvullende bijstellingen” wordt gesteld: “Wel dient nog te worden nagegaan of de bodemsaneringsnormen een voldoende marge hebben met de achtergrondwaarden.” Er wordt gesteld dat de bodemsaneringsnorm eventueel moet worden opgetrokken naar hogere concentraties van toxische stoffen. De klemtoon zou echter vooral moeten liggen op het feit dat, voor stoffen met een betekenisvolle toxiciteit, de globale blootstelling niet substantieel hoger mag zijn dan de ‘achtergrond’ blootstelling.

Ook in de paragraaf “combinatietoxicologie” ligt de klemtoon verkeerd. Daarin wordt gesteld: “Combinatietoxicologie dient te worden bekeken als hiermee in de normering ook rekening is gehouden. In “Basisinformatie voor risico-evaluaties” deel 4: stofdata normering (OVAM, 2004) wordt aangegeven of hiermee rekening is gehouden. “Voor nog niet genormeerde stoffen kán combinatietoxicologie worden bekeken in functie van de beschikbare informatie. Het gebruik van combinatietoxicologie dient toxicologisch goed onderbouwd en beschreven te zijn.” Hier zou moeten gesteld worden dat combinatietoxicologie in de mate van het mogelijke in rekening gebracht dient te worden *telkens* wanneer er een betekenisvolle blootstelling aan meer dan één agens bestaat.

b) Het bestaan van gevoelige subpopulaties.

In het bijzonder dient rekening te worden gehouden met de grotere gevoeligheid van het embryo en de foetus. Recente bevindingen (Perera et al. 1999; Whyatt et al. 2001; Perera et al. 2002; Perera 2003) wijzen erop dat de DNA herstel-mechanismen minder efficiënt zijn in utero dan op volwassen leeftijd, terwijl misschien een kwart van de celdelingen voor de geboorte plaats grijpt (Zhang et al., 1995; Paashuis & Heddle, 1998).

- c) Met betrekking tot kankerverwekkende stoffen moeten naast de lijsten opgesteld door het International Agency for Research on Cancer (IARC) en het Environmental Protection Agency (EPA) ook nog andere wetenschappelijke publicaties in rekening te worden gebracht. In de paragraaf “Humane toxicologie” van het document ‘Basisinformatie voor risico-evaluaties’ (OVAM, 2004) staat vermeld: “Indien een stof volgens het EPA systeem, in klasse A, B1 of B2 valt dient de stof als carcinogeen beschouwd te worden en kan een toetsingswaarde worden afgeleid voor een carcinogeen.” In termen van fysisch-chemische hygiëne en in functie van het voorzorgsbeginsel dienen ook agentia die door de EPA beschouwd worden als “mogelijk kankerverwekkend voor de mens, klasse C) beschouwd te worden als kankerverwekkende stoffen. Inderdaad, men dient te beseffen dat (Van Larebeke, 2004):

- een zeer groot aantal stoffen (ongeveer 10% van de niet-polymere scheikundige stoffen)(talrijke reactieve stoffen die een genotoxische carcinogene werking hebben en tal van hormoonverstorende en/of receptorbindende stoffen) in mindere of meerdere mate een carcinogene werking hebben.
 - een groot aantal stoffen (ongeveer 2% tot 3% van de hoog-volume scheikundige stoffen) xeno-oestrogene eigenschappen hebben.
 - veel van deze stoffen ook in zeer lage dosis een betekenisvol effect kunnen hebben
 - chronische blootstelling veelal relatief meer gezondheidsschade veroorzaakt dan kortdurende blootstelling
 - het uiterst moeilijk is zwart op wit te bewijzen dat een agens kankerverwekkend is
2. Om de meer recente gegevens over de relatie gezondheid en wonen in de omgeving van stortten te integreren in het beleid vraagt de Vlaamse Gezondheidsraad dat de minister passende wetgevende initiatieven zou nemen in twee domeinen:
- de milieueffectrapportage (m.e.r.) waar methodologische richtlijnen moeten verzekeren dat voor afvalstorten een gezondheidsrisicoanalyse wordt uitgevoerd.
 - VLAREM II waar onder de betrokken subafdeling (5.2.4.6) omtrent controle en toezichtprocedures de gezondheidsmonitoring, in het bijzonder rond de aandoeningen die in de literatuur als risicovol worden aangemerkt, hoort te worden ingevoerd.
3. In functie van het centraal stellen van de bescherming van de menselijke gezondheid in het afvalbeleid dient de administratie Gezondheidszorg, en in het bijzonder de Vlaamse Gezondheidsinspectie, systematisch betrokken te worden bij het afleveren van milieuvergunningen voor afvalstorten als bij het toezicht tijdens de exploitatie en tijdens de periode van nazorg. Dit toezicht dient dus niet alleen te gebeuren door de Afdeling Milieu-inspectie van de Vlaamse milieuadministratie (AMINAL), maar door de Afdeling Milieu-inspectie in samenwerking met de Vlaamse Gezondheidsinspectie.
4. In het kader van een betere aansluiting op de bescherming van de menselijke gezondheid dient de uitbating van een afvalstort, of het lokaliseren van een oud stort waar vermoedelijk betekenisvolle kwantiteiten aan gezondheidsbedreigende stoffen werden gedumpt, gepaard te gaan met een monitoring van de chemische, fysische of biologische polluenten en met een bewaking op het vlak van biologische en gezondheidseffecten. Deze bewaking dient gebaseerd te zijn op:
- een *screening op milieustalen* middels biofunctionele testen (zoals de Ames test voor opsporen van mutagene agentia en in vitro tests voor het opsporen van hormoonverstorende stoffen);
 - de *registratie van klachten*;
 - *epidemiologische waarnemingen* (middels de bestaande gegevensbestanden zoals het kankerregister, het register van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, de kruisdatabank die wordt opgezet door het Steunpunt Milieu en Gezondheid);

- *biomonitoring* op omwonenden van inwendige dosis aan pollutanten en van biologische effecten (onderzoek analoog aan dat uitgevoerd door het Steunpunt Milieu en Gezondheid).

5. De diensten van de OVAM zouden de opdracht moeten krijgen een systematische studie uit te voeren naar bodemverontreiniging in Vlaanderen, dit gecentreerd rond potentieel verontreinigde sites. Inderdaad, de huidige benadering waarin een eventueel onderzoek zich tot één welbepaald perceel beperkt, laat de eventueel bestaande gelijkaardige vervuiling in belendende percelen buiten beschouwing, met alle gevolgen van dien, onder meer met betrekking tot hercontaminatie vanuit belendende percelen. Het is vaak niet duidelijk waar de exacte grenzen van een stort gesitueerd zijn waardoor het kan gebeuren dat eigenaars ten onrechte een onderzoek moeten uitvoeren, terwijl andere percelen met een stortverleden worden verkocht zonder onderzoek. In eerste instantie dient een uitgebreid verkennend bodemonderzoek te worden uitgevoerd op een voormalige stort-site, waarbij aan de hand van indicatieve boringen en uitgebreid historisch onderzoek de stortgrenzen in kaart worden gebracht.

Prioritisering dient gebaseerd te zijn op het gezondheidsrisico voor de mens en dient met tal van factoren rekening te houden, waaronder de aanwezigheid van waterwinning en van scholen, de bevolkingsdichtheid en de vermoedelijke samenstelling van het afval.

6. Voornoemd systematisch onderzoek zou door de OVAM zelf ambtshalve moeten worden georganiseerd. Deze diensten zouden dit globaal onderzoek binnen een redelijk aantal jaren moeten kunnen afronden.
7. In het kader van voornoemd systematisch onderzoek verdient de oprichting van een laboratorium voor elementair bodemonderzoek binnen de Vlaamse overheid (bijvoorbeeld binnen OVAM, VMM of AMINAL), aanbeveling. Dit laboratorium zou in staat moeten zijn een eenvoudig beschrijvend onderzoek met eigen middelen uit te voeren.
8. De nodige decretale bepalingen dienen te worden uitgevaardigd zodanig dat de inspectie-diensten oude storten of storten zonder vergunning toch kunnen inspecteren. Dit om situaties waarbij geen inspectie of onderzoek kan gebeuren omdat er geen vergunning van kracht is, in de toekomst te vermijden. Een bijkomend probleem hierbij is dat het vaak niet duidelijk is waar de exacte grenzen van een stort gesitueerd zijn. In eerste instantie dient een uitgebreid verkennend bodemonderzoek te worden uitgevoerd op een voormalige stortsite, waarbij aan de hand van indicatieve boringen en uitgebreid historisch onderzoek de stortgrenzen in kaart worden gebracht. Ook hier dient prioritisering gebaseerd te zijn op het gezondheidsrisico voor de mens en dienst met tal van factoren rekening te worden gehouden, waaronder de aanwezigheid van waterwinning en van scholen, de bevolkingsdichtheid en de vermoedelijke samenstelling van het afval.
9. In het kader van een kwaliteitsbewaking moeten bodemonderzoeken die op last van de OVAM uitgevoerd worden aan een meer intensieve controle onderworpen worden, met vooral meer controles op het terrein. Dergelijke bodemonderzoeken moeten vandaag door de saneringsplichtigen worden betaald, die zich daarvoor kunnen wenden tot de

erkende bodemsaneringsdeskundigen en laboratoria van hun keuze. Het verdient aanbeveling dat een rechtstreekse band tussen saneringsplichtige en de erkende bodemsaneringsdeskundige wordt vermeden om de kans op onregelmatigheden te verminderen. Dat dergelijke bodemonderzoeken niet rechtstreeks door saneringsplichtigen zouden worden betaald maar wel door tussenkomst van een openbaar fonds, bijvoorbeeld binnen de OVAM, kan hierbij van nut zijn.

10. De inspectiediensten en de OVAM moeten voldoende aandacht besteden aan eventuele contaminatie met stoffen (zoals bijvoorbeeld broom- en fluorhoudende verbindingen, en ftalaten) die de jongste decennia in stijgende hoeveelheden worden aangewend en hierdoor ook in stijgende mate als pollutanten in afvalstorten terechtkomen. De inspectiediensten en de OVAM moeten, indien nodig, betreffende analyses laten uitvoeren.

V. REFERENTIES

- Buczynska, A., Rolecki, R., & Tarkowski S. (1999). Industrial wastes and health hazards. *Med Pr*, 50(2), 179-90.
- De Bont, R., & Van Larebeke, N. (2002). Gezondheidseffecten nabij stortplaatsen. Beschikbaar via Steunpunt Milieu en Gezondheid, <http://www.milieu-en-gezondheid.be>.
- Dolk, H., Vrijheid, M., Armstrong, B., Abramsky, L., Bianchi, F., Garne, E., et al. (1998). Risk of congenital anomalies near hazardous-waste landfill sites in Europe: the EUROHAZCON study. *Lancet*, 352, 423-27.
- Howard, C.V. (2000). Particulate aerosols, incinerators and health. In P. Nicolopoulou-Stamati, L. Hens & C.V. Howard (Eds.), *Health Impacts of Waste management Policies* (Environmental Science and Technology Library). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Howard, C.V., Staats De Yanes, G., & Nicolopoulou-Stamati, P. (2000). Persistent Organic Chemical Pollution: an Introduction. In P. Nicolopoulou-Stamati, L. Hens & C.V. Howard (Eds.), *Health Impacts of Waste management Policies* (Environmental Science and Technology Library). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Goldberg, M.S., Siemiatyck, J., DeWar, R., Desy, M., & Riberdy, H. (1999). Risks of developing cancer relative to living near a municipal solid waste landfill site in Montreal, Quebec, Canada. *Arch Environ Health*, 54(4), 291-6.
- Openbare Afvalstoffenmaatschappij voor het Vlaams Gewest. (2004). OVAM: Bodemonderzoek & stortplaatsen. OVAM: Brussel.
- Openbare Afvalstoffenmaatschappij voor het Vlaams Gewest. (2004). OVAM: Basisinformatie voor risico-evaluaties. OVAM: Brussel.
- Perera, F.P., Jedrychowski, W., Rauh, V., & Whyatt, R.M. (1999). Molecular epidemiologic research on the effects of environmental pollutants on the fetus. *Environ-Health-Perspect.* 107, Suppl 3, 451-60.
- Perera, F., Hemminki, K., Jedrychowski, W., Whyatt, R., Campbell, U., Hsu, Y. et al. (2002). In utero DNA damage from environmental pollution is associated with somatic gene mutation in newborns. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 11(10 Pt 1), 1134-7.
- Frederica Perera, Columbia University, EMS congress, Miami May 2003.
- Paashuis-Lew, Y.R., & Heddle, J.A. (1998). Spontaneous mutation during fetal development and post-natal growth. *Mutagenesis*, 13(6), 613-7.
- State of New York Department of Health. (1998). *Investigation of cancer incidence and residence near 38 landfills with soil gas migration conditions, New York State, 1980-1989*. Atlanta, GA: Agency for Toxic Substances and Disease Registry.
- Valaoras, G. (2000). Waste Management Policies in the United States of America. In P. Nicolopoulou-Stamati, L. Hens & C.V. Howard (Eds.), *Health Impacts of Waste management Policies* (Environmental Science and Technology Library). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Van Grimbergen, L. (2000). Household waste management in the Flemish region of Belgium. In P. Nicolopoulou-Stamati, L. Hens & C.V. Howard (Eds.), *Health Impacts of Waste management Policies* (Environmental Science and Technology Library). Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Van Larebeke, N. (2004). Gezondheidseffecten van blootstelling aan omgevingsconcentraties van mutagene of hormoonverstorende agentia, studie uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Milieumaatschappij. MIRA, MIRA/2004/03, Ugent.

- Vrijheid, M., Dolk, H., Armstrong, B., Abramsky, L., Bianchi, F., Fazarinc, I., Garne, E., et al. (2002). Chromosomal congenital anomalies and residence near hazardous waste landfill sites. *Lancet*, 359(9303), 320-3.
- Whyatt, R.M., Jedrychowski, W., Hemminki, K., Santella, R.M., Tsai, W.Y., Yang, K., et al. (2001). Biomarkers of polycyclic aromatic hydrocarbon-DNA damage and cigarette smoke exposures in paired maternal and newborn blood samples as a measure of differential susceptibility. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 10(6), 581-8.
- Zhang, X.B., Urlando, C., Tao, K.S., & Heddle, J.A. (1995). Factors affecting somatic mutation frequencies in vivo. *Mutat Res*, 338(1-6), 189-201.

Tabel 1: Samenstelling van huishoudelijk afval in Vlaanderen (in gewichtsprocenten): gegevens voor 1996 (naar Van Grimbergen, 2000)

Groenten, fruit en tuinafval	35,9%
Papier en carton	16,8%
Glas	5,5%
Metalen	3,2%
Textiel	1,1%
Plastieken	4,0%
Klein gevaarlijk afval	0,7%
Bouw en Sloopafval	13%
Hout	0,8%
Diverse grote voorwerpen	11,0%
Straat-en marktafval	2,6%
Ander afval	5,4%
Totaal	100%

VI. BIJLAGEN

Bijlagen 1 tot 3 kunnen worden geraadpleegd op de website van de Vlaamse Gezondheidsraad: www.wvc.vlaanderen.be/vgr.

2.3. ADVIES INZAKE HET GEDEELD ENGAGEMENT VAN DE SECTOREN THUISZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG INZAKE THUISZORG VOOR MENSEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN EN/OF PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

I. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In dit advies formuleert de Vlaamse Gezondheidsraad aanbevelingen op welke manier de organisatie van de thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen kan worden verbeterd en, waar nodig, verder worden uitgebouwd. Deze thuiszorg kan zowel aangewezen zijn voor personen die in hun thuissituatie verblijven, als voor personen die tijdelijk in een residentiële voorziening zijn opgenomen, in casu de voor- en nazorg bij opname. Dit advies wil zich niet louter toespitsen op de ondersteuning van de zorg- en hulpverleners in de thuissituatie maar ook een antwoord bieden op de vraag naar een naadloze overgang tussen de nulde, eerste, tweede en derde lijnszorg. Hierbij is het belangrijk dat de juiste hulp op het juiste moment wordt ingeschakeld waarbij het subsidiariteitsprincipe het uitgangspunt is. De naadloze overgang en juiste zorg kunnen maar gerealiseerd worden als er voldoende cliëntgebonden informatie-uitwisseling is tussen de transmurale zorg en de thuiszorg.

Alvorens over te gaan tot het formuleren van een advies en een aantal specifieke voorstellen tot bijsturing van de huidige organisatie, wordt de achtergrond van de thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen geschetst met onder meer aandacht voor de omvang van de doelgroep, de te realiseren opdrachten en een omschrijving van de principes.

II. METHODE

Dit advies werd voorbereid door de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dhr. David Larmuseau (voorzitter), dhr. Jos Lievens, dhr. Philip Marroyen en dhr. Jozef Van Holsbeke; en 9 externe experts: dr. Joël Boydens, dhr. Raf De Rycke, mevr. Hilde Dierckx, dhr. Leo Du Laing, mevr. Patricia Lebeer, mevr. Ann Moens, prof. dr. Jozef Peuskens, dhr. Stefaan Van Roey en mevr. Mieke Craeymeersch. Dit onderwerp werd besproken op de vergaderingen van 9 en 30 september, 14 oktober, 9 november en 8 december 2004 en van 13 januari en 3 februari 2005 op basis van tekstvoorstellen van verschillende leden van de werkgroep. Op basis van deze werkzaamheden werd op 15 februari 2005 een discussienota voorgelegd aan de Plenaire Vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad. Aan de hand van de tekstamendementen bij deze discussienota werd een definitief advies opgesteld dat op 19 april werd besproken en goedgekeurd in de Plenaire Vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad.

Het proces van adviesformulering werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dr. Machteld Wauters en dhr. Tom Meulenbergs, inhoudelijk medewerkers van de Vlaamse Gezondheidsraad en door mevr. Ria Vandenreijt, secretaris van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. BELEIDSADVIES

A. Achtergrond

1. BEGRIPPEN

Om veel voorkomende terminologische discussies te voorkomen is het aangewezen om enkele begrippen te verduidelijken:

1.1. *Psychisch probleem en psychiatrische stoornis*

Een *psychisch probleem* is een probleem, vaak ten gevolge van een intense emotionele beleving die aanleiding geeft tot een verminderd functioneren. Dit psychisch probleem is vaak eenmalig of kent een relatief korte duur en kan effecten hebben op één of enkele levensdomeinen, bijvoorbeeld naar aanleiding van rouwverwerking. Vaak kan een individu dit probleem te boven komen mits ondersteuning en de nodige verwerkingstijd. Professionele hulp is niet altijd nodig. Een psychisch probleem kan ook een niet gediagnosticeerde psychiatrische stoornis omvatten en kan na verloop van tijd eventueel evolueren naar een psychiatrische stoornis.

Een *psychiatrische stoornis* is een medisch gediagnosticeerde ziekte, die gepaard gaat met een verminderd functioneren op meerdere levensdomeinen, bijvoorbeeld schizofrenie. De stoornis kan beperkt zijn in tijd of kan een chronisch karakter hebben. Veelal is professionele hulp van verschillende types hulpverleners noodzakelijk om de negatieve gevolgen van het verminderd functioneren in te perken.

Alhoewel het met het oog op een helder taalgebruik nuttig kan zijn om in dit advies een onderscheid te maken tussen een ‘psychisch probleem’ en een ‘psychiatrische stoornis’, is dit onderscheid op operationeel vlak vaak een theoretisch gegeven. Immers op basis van de door de betrokken personen geformuleerde zorgbehoeften en/of hulpvragen is het onderscheid niet even vanzelfsprekend te maken. Overigens is het bij een aantal zorgvragen bovendien niet relevant om dit onderscheid te maken.

1.2. *Eerstelijnsactoren in de hulpverlening en gespecialiseerd GGZ-aanbod*

Als *eerstelijnsactoren* in de hulpverlening worden die actoren beschouwd die zorgvragen globaal, generalistisch en polyvalent benaderen. Door hun breedspectrum benadering van de menselijke problemen, hebben eerstelijnsactoren kennis van vele verschillende dimensies in de zorg- en hulpverlening. Voorbeelden van dergelijke actoren zijn onder meer de huisartsen, de verpleegkundigen, verzorgenden, de diensten voor gezinszorg en de centra voor algemeen welzijnswerk (CAW's).¹ De dienstverlening van de eerstelijns kenmerkt zich door laagdrempeligheid en een vlotte toegankelijkheid.

Als *gespecialiseerd GGZ-aanbod* worden die actoren beschouwd die problemen van mensen eerder specialistisch benaderen, in casu hoofdzakelijk vanuit de specialisatie geestelijke gezondheidszorg. Hun kennis van problemen op dit ene domein is dan ook meer geëxpliciteerd. Met andere invalshoeken op het probleem hebben ze minder ervaring. Het gespecialiseerd

¹ Wanneer gesproken wordt over Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW's) worden zowel deze ingebouwd in de ziekenfondsen als de autonome centra bedoeld.

GGZ-aanbod werkt zowel ambulant (bv. de zelfstandig gevestigde psychiater of de centra voor geestelijke gezondheidszorg), semi-residentieel (bv. beschut wonen) als residentieel (bv. psychiatrisch verzorgingstehuis, psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) wat veronderstelt dat het individu (tijdelijk) wordt opgenomen in een voorziening.

Naast deze professionele actoren, spelen de *mantelzorgers* een grote rol in de zorg voor mensen met psychische problemen in hun thuissituatie. Enerzijds nemen deze mantelzorgers verantwoordelijkheid op voor heel wat zorgvragen van bijvoorbeeld een familielid, een vriend, een buur, een naaste of een collega. Anderzijds behoren mantelzorgers zelf ook tot het doelpubliek van de professionele actoren, die zorg en ondersteuning verlenen aan het hele cliënt-systeem, inclusief de mantelzorgers rond de cliënt.²

1.3. Wat is een thuiszorgsituatie?

Een thuiszorgsituatie is die zorgsituatie waarbij een persoon met psychische problemen en/of een psychiatrische stoornis in zijn natuurlijke thuismilieu verblijft en er nood heeft aan hulp en dienstverlening. Hulp en dienstverlening zijn er dan op gericht om de persoon in zijn of haar natuurlijke thuismilieu te handhaven.

Thuiszorg kan worden gegeven in de woning van de cliënt (bijvoorbeeld door een huisbezoek van een huisarts of verpleegkundige, of door verzorgenden in het gezin van de cliënt), in zijn leefmilieu (op het werk, de school, de buurt, in de vrije tijd) of in gebouwen van een dienst of voorziening (bijvoorbeeld in een gespreksruimte van een CAW, een dienstencentrum, OCMW of CGG).

Thuiszorg sluit geenszins uit dat een cliënt tijdelijk wordt opgenomen in een residentiële setting. In dat geval dient ernaar gestreefd om de cliënt van zodra mogelijk te laten terugkeren naar zijn natuurlijke thuismilieu.

2. DOELGROEP

De doelgroep bestaat uit alle mensen die kampen met een psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis en nood hebben aan professionele hulp en ondersteuning om zich in hun natuurlijke thuismilieu te handhaven. De focus van dit advies richt zich op de zorgfasen tijdens de welke deze personen in hun thuismilieu verblijven of in voorbereiding/opvolging zijn van een opname in een residentiële voorziening (zijnde de voor- en nazorg hiervan).

Er zijn geen exacte en alomvattende cijfers bekend over de omvang van de doelgroep van mensen met een *psychisch probleem en/of psychiatrisch stoornis*. Deze cijfers zijn moeilijk te verkrijgen, onder meer door de ruime en bijgevolg vage omschrijving van 'psychisch probleem'. Verder blijven de indicaties omtrent de omvang van de doelgroep vaag omdat een aanzienlijke groep cliënten uit de reguliere thuiszorg nog niet gedetecteerd is als cliënten met psychische problemen en/of psychiatrische stoornis. In die gevallen dat reguliere thuiszorgdiensten, zoals bijvoorbeeld de ingebouwde CAW's of de diensten voor gezinszorg, wél worden geconfronteerd met zorgvragen van cliënten met psychische problemen en/of psychiatrische stoornis kunnen evenmin exacte cijfers gegeven worden aangezien de thuiszorg

² De Vlaamse Gezondheidsraad zal een afzonderlijk advies formuleren omtrent de noden en wensen bij mantelzorgers. Het advies over mantelzorg is complementair aan dit advies.

geen eenduidige indicatoren hanteert om een cliënt al dan niet als een persoon met een psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis te duiden. Bovendien zijn heel wat eerstelijnsactoren niet bevoegd om een diagnose te stellen. Enkel wanneer een cliënt een uitgesproken psychisch probleem heeft of zijn of haar ziektebeeld als dusdanig bestempelt, benoemen ze hem of haar als een cliënt met psychische problemen en/of psychiatrische stoornis.

Daarnaast zal bij een cliënt met fysieke problemen of problemen ten gevolge van ouderdom, de aandacht in de eerste plaats naar deze beperkingen gaan. In heel wat hulpverleningssituaties zijn de hulpverleners niet gefocust op een eventuele diagnose van een psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis omdat deze diagnose niet relevant is en de kwaliteit van de hulp niet bepaalt.

Ondanks al deze beperkingen zijn er een aantal bronnen die een idee kunnen geven van de mogelijke omvang van de doelgroep. Uit een Europees epidemiologisch onderzoek van Bruffaerts et al. (2004) blijkt dat 27% van de Belgen vermeldt dat hij/zij tijdens zijn/haar leven ooit te maken had met een psychiatrische stoornis. Eén op 9 Belgen verklaart gedurende de laatste 12 maanden geconfronteerd te zijn met een psychiatrische stoornis. Vertaald naar Vlaanderen zou dit betekenen dat 1,6 miljoen inwoners van het Vlaamse gewest tijdens hun leven te maken hebben met een psychiatrische stoornis, waarvan 540.000 inwoners tijdens de laatste 12 maanden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze cijfers gebaseerd zijn op de zelfperceptie van de bevolking en niet op medische gegevens waardoor ze veeleer een indicator zijn voor de globale groep van mensen met een psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis.

Onder de term *“mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen”* kunnen verschillende doelgroepen vallen aangezien in de verschillende sectoren en registratiesystemen andere criteria worden gehanteerd om deze deelpopulatie af te bakenen. Dit is dan ook een zeer uitgebreide en diverse groep. In de gemeenschappelijke verklaring van de interministeriële conferentie d.d. 6/12/2004 wordt deze term eveneens gehanteerd. Om een inschatting te maken van het aantal mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen, geven diverse bronnen een indicatie over de omvang van de groep:

- Uit de registratie van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) blijkt dat er in 2003 56.405 cliënten in zorg waren bij een CGG, waarvan 8.280 met zorgperiodes van twee jaar of langer. Van deze cliënten mag men veronderstellen dat een grote groep onder hen wordt geconfronteerd met ernstige en langdurige problemen en dat zij in hun thuismilieu verblijven. Gezien de wachttijdproblematiek en de doorverwijzing van cliënten naar zelfstandig gevestigde therapeuten, zijn deze cijfers in elk geval een onderschatting van het potentieel aantal cliënten.
- In het jaarverslag 2003 van het RIZIV staan voor heel België 60.000 invaliden om psychische redenen vermeld, wat impliceert dat deze 60.000 meer dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn. Dit cijfer houdt geen rekening met personen die niet in de arbeidsmarkt zijn ingetreden, kinderen, jongeren of 65-plussers aangezien deze in geval van langdurige ziekte niet worden meegerekend in de statistieken inzake arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Indien we er van uitgaan dat er in heel België op een zelfde moment 16.000 cliënten tijdelijk verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een

algemeen ziekenhuis, 3.500 bewoners in een initiatief beschut wonen, evenveel in een psychiatrisch verzorgingstehuis, en deze in mindering brengen van het aantal invaliden om psychische redenen, kan men afleiden dat minstens 37.000 psychisch invaliden zich in hun leefomgeving bevinden. Het reële cijfer ligt waarschijnlijk nog hoger gelet op het feit dat niet elke opgenomen persoon in een psychiatrisch ziekenhuis of verzorgingstehuis of beschut wonen het statuut van invalide heeft. Omgekeerd kunnen ook mensen opgenomen zijn zonder het statuut van invalide te hebben. Zoals eerder vermeld kunnen ook mensen die tijdelijke in een (psychiatrisch) ziekenhuis zijn opgenomen, in hun thuissituatie nood hebben aan zorg en ondersteuning (voor- en nazorg).

Grosso modo kunnen we de doelgroep indelen volgens 3 verschillende criteria met betrekking tot de zorgsituatie:

- a. mensen zonder psychisch probleem, mensen met een psychisch probleem of mensen met een psychiatrische stoornis
- b. al dan niet bediend door eerstelijnsactoren of door het gespecialiseerd GGZ-aanbod of door beide actoren gelijktijdig
- c. al dan niet geholpen in de thuissituatie en/of in een gespecialiseerde voorziening

Uit deze verschillende mogelijke combinaties van zorgsituaties blijkt de heterogeniteit van de doelgroep, evenals de heterogeniteit van situaties waarin zorgverleners worden geplaatst.

3. TAKEN EN OPDRACHTEN

De taken en opdrachten die door eerstelijnsactoren moeten worden gerealiseerd ten aanzien van mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen zijn in se niet verschillende van deze ten aanzien van cliënten met een andere problematiek. Wel zijn er ten aanzien van de eerstgenoemde groep soms specifieke aandachtspunten nodig en kan een andere aanpak aangewezen zijn. Hieonder worden de taken en opdrachten algemeen toegelicht. Deze zullen een andere concrete invulling krijgen naargelang de betrokken zorgverlener of dienst.

Deze verschillende opdrachten vormen een dynamisch en complementair geheel waarbij er niet altijd sprake hoeft te zijn van een vaste chronologische volgorde. Zo kan het in de loop van het zorgverleningsproces aangewezen terug te koppelen naar een andere opdracht.

3.1. Eerste opvang en introductie

Onder eerste opvang en introductie wordt verstaan dat de hulpverlener de hulpvraag van de cliënt beluistert en een eerste ondersteuning biedt. Daarnaast wordt, steeds vertrekkende vanuit de concrete zorgvraag van de cliënt, ook een algemene introductie gedaan met betrekking tot het hulpverleningsaanbod. Niet alleen professionele hulpverleners maar ook mantelzorgers kunnen gespecialiseerde hulp inroepen.

Gelet op hun generalistische en polyvalente invalshoek, is het meestal bij eerstelijnsactoren dat een persoon met psychische problemen of psychiatrische stoornissen het eerst aanklopt, vaak naar aanleiding van een andere aanwezige hulpvraag.

3.2. Probleemverkenning en intake

Onder probleemverkenning wordt verstaan dat de concrete hulpvraag verder wordt geanalyseerd en uitgediept. Het is belangrijk om zich hierbij niet te beperken tot de door de cliënt geformuleerde aanmeldingsvraag. In geval van een eenvoudig probleem of van een probleem dat niet bestemd is voor de hulpverlener of dienst waarbij een cliënt zich heeft aangemeld, kan onmiddellijk worden overgegaan tot de actiefase. In andere situaties doet de gecontacteerde hulpverlener of dienst een uitgebreide intake waarbij in overleg met de cliënt en het cliëntsysteem, het probleem wordt gedetecteerd en geanalyseerd en wordt afgetoetst welke hulp noodzakelijk, haalbaar en wenselijk is.

Deze opdracht kan zowel worden vervuld door eerstelijnsactoren als door het gespecialiseerde GGZ-aanbod, en dit elk vanuit de eigen invalshoek. Als het gaat om een complexe problematiek zal de medische diagnostiek vooral, maar zeker niet uitsluitend, in een gespecialiseerde GGZ-context worden aangeboden. In geval van combinatie van somatische en psychiatrische problematiek en/of de nood aan bijkomende medisch-technische onderzoeken zal het diagnostisch onderzoek op initiatief van de behandelend arts multidisciplinair verlopen.

3.3. Actiefase

Afhankelijk van de concrete zorgvraag kan de actiefase beperkt blijven tot de zorgverlener of dienst waarbij een cliënt zich heeft aangemeld. In andere, vaak meer complexe zorgsituaties kan het nodig zijn om een cliënt gericht door te verwijzen naar andere zorgverleners, zowel eerstelijnsactoren als meer gespecialiseerde GGZ. Deze doorverwijzing kan betrekking hebben op het geheel van de zorgvraag of op bepaalde aspecten ervan. Zo kan het nodig zijn om achterliggende psychische problemen of psychiatrische stoornissen te detecteren; hiervoor moet een beroep worden gedaan op de gespecialiseerde GGZ. Omgekeerd kan het ook noodzakelijk zijn dat na de probleemverkenning door de gespecialiseerde GGZ eerstelijnsactoren ingeschakeld worden in de hulpverlening. In geval van een doorverwijzing moet deze voorzien zijn van de nodige informatie. Indien de zelfredzaamheid van de cliënt ertoe noodzaakt, moet de doorverwijzer de nodige ondersteuning bieden bij verdere contactname.

De actiefase kan bestaan uit verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Deze verschillende vormen kunnen op hetzelfde moment en complementair aan elkaar voorkomen. Belangrijk is dat bij elke vorm van zorg en ondersteuning bijzondere aandacht gaat naar preventie om een escalatie van problemen te vermijden.

3.3.1. Algemene advisering en bemiddeling

In elke hulpverleningssituatie is het belangrijk dat de hulpverlener oog heeft voor de rechten van en de voordelen voor de cliënt, en hierover advies verleent. Dit geldt ook wanneer dit niet expliciet vervat zit in de concrete zorgvraag van de cliënt. Indien nodig en mogelijk moet een hulpverlener cliënten ook ondersteunen of voor hen bemiddelen zodat ze hun rechten en voordelen effectief kunnen uitputten. Indien dit aangewezen is, moet een hulpverlener de cliënt hiervoor doorverwijzen naar een dienst tot wiens basisopdrachten dit behoort.

3.3.2. Rol ten aanzien van de mantelzorger(s)

Ook in de zorg en hulp aan cliënten met psychische problemen en/of psychiatrische stoornis nemen mantelzorgers een belangrijke plaats in door heel wat huishoudelijke, zorgende

en sociale taken op zich te nemen. Professionele zorgverleners hebben ten aanzien van deze mantelzorgers enkele expliciete opdrachten: overleg en samenwerking, informeren en adviseren, oog hebben voor hun noden en verwachtingen en bewaken van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht. Het daadwerkelijk opnemen van deze opdrachten is van belang in de preventie van problemen.

3.3.3. Medisch-therapeutische behandeling

Heel wat hulpvragen van mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen vergen geen interventie van gespecialiseerde actoren en kunnen, indien de betrokkene een formele hulpvraag stelt, door eerstelijnsactoren worden afgehandeld. Wanneer het gaat om de medische behandeling van mensen met psychiatrische stoornissen kan een bijkomende expertise in de GGZ noodzakelijk zijn. Dit geldt a fortiori voor patiënten met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen.

De meer gespecialiseerde medische zorg wordt doorgaans aangeboden door gespecialiseerde zorgverleners (zelfstandige gevestigde psychiaters, CGG, of psychiatrische ziekenhuis). Slechts in uitzonderlijke omstandigheden, veelal crisissituaties, verplaatsen de gespecialiseerde hulpverleners zich naar de thuissituatie van de patiënt om daar de behandeling te geven. De nadruk van de activiteiten ligt in deze situatie op snelle diagnosestelling, kortdurende en intensieve behandeling en stabilisering van de situatie (maximum 72 uur). Deze stabilisering gaat samen met spanningsreductie van de crisissituatie en een constante gevaartaxatie. Gevaartaxatie houdt ook in dat men zeer alert is voor strikt medische complicaties (intoxicaties, verwondingen) waar een snelle medische interventie noodzakelijk is (bv. na de thuisinterventie een opname op spoed, indien nodig een gedwongen opname).

3.3.4. Verzorging

De zorgfunctie 'verzorging' omvat het helpen bij of het overnemen van activiteiten uit het dagelijks leven, alsmede de lichamelijke verzorging. Verzorging omvat onder meer technisch-verpleegkundige zorgen bijvoorbeeld wondzorg, inspuitingen, medicatieverstrekking en toezicht op medicatie en ondersteuning bij of het overnemen van lichamelijke ADL-functies: hygiënische zorgen, mobiliteit, voeding. Dit type zorg kan bij de hier beschreven doelgroep het gevolg zijn van een verminderd functioneren ten gevolge van het psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis of van lichamelijke problemen die soms niets met de psychische of psychiatrische problematiek te maken hebben.

Deze zorgopdrachten worden in de praktijk in belangrijke mate opgenomen door de mantelzorg. Indien nodig worden zij hierin bijgestaan door eerstelijnsactoren.

3.3.5. Begeleiding

Met de term 'begeleiding' wordt de ondersteuning bedoeld op het vlak van het (leren) hanteren van de expliciete en manifeste gevolgen van de psychiatrische stoornis, het verbeteren van het sociaal functioneren en van de kwaliteit van leven. Begeleiding omvat bijgevolg die activiteiten die het psychisch, sociaal en somatisch functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het draaglijk maken van psychische stoornissen, het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid. Dit vertaalt zich in ondersteunende activiteiten op velerlei levensdomeinen zoals lichamelijke gezondheid, psychische

gezondheid, medicatie(trouw), zelfredzaamheid, wonen, werk, financiën en vrije tijd. Recente ervaringen met pilootprojecten psychiatrische thuiszorg waarbij gepoogd werd een brug te slaan tussen thuiszorgdiensten en gespecialiseerde centra, wijzen op het belang van individuele begeleiding. De individuele begeleider is dan diegene die samen met de cliënt het traject uitstippelt, de cliënt begeleidt, de veiligheid garandeert en de cliënt opvangt als het fout gaat.

Vanuit de rehabilitatiegedachte vindt de begeleiding van mensen met een psychiatrische problematiek wat betreft het functioneren op diverse levensdomeinen, meer en meer plaats in het milieu waar de betrokkene verblijft. Deze zorgopdrachten kunnen door diverse hulpverleners worden opgenomen, zowel eerstelijnsactoren als gespecialiseerde GGZ. Ook de mantelzorgers nemen hier als niet-professionelen een belangrijke taak op zich. Tijdens een cliëntgericht overleg worden vanuit de specifieke expertise van elke betrokken actor duidelijke zorgopdrachten afgebakend in functie van de individuele cliënt.

3.3.6. Activering

De zorgfunctie ‘activering’ omvat het begeleiden van de cliënt inzake arbeid, vorming, tijdsbesteding en ontmoeting. Deze opdracht kan worden beschouwd als een specifieke vorm van de hierboven beschreven begeleidingsopdracht. In de praktijk wordt de activeringsopdracht opgenomen door het psychiatrische thuiszorg-begeleidingsteam of door een activeringsproject.

4. DIENSTVERLENING TUSSEN DE VERSCHILLENDE PARTNERS

4.1. Cliëntgebonden advisering

Bij de uitvoering van hun zorgopdrachten moeten de verschillende partners op elkaar een beroep kunnen doen. Hiertoe moeten bijvoorbeeld mogelijkheden worden gecreëerd opdat het gespecialiseerde GGZ-aanbod oproepbaar en bereikbaar is voor cliëntgebonden adviesverlening aan actoren uit de thuiszorg. Deze intermediaire opdracht van adviesverlening en consult heeft dan betrekking op cliënten met een psychisch probleem waarvan de thuiszorgactoren vermoeden dat er meer aan de hand is. Het kan ook gaan om cliënten die in het verleden reeds met de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen in aanraking kwamen en die op dat moment nood hebben aan meer gespecialiseerde expertise. De klemtoon ligt op adviezen ten aanzien van telkens één cliënt of cliëntsituatie. Omgekeerd moeten gespecialiseerde actoren ook het advies kunnen inwinnen van andere (eerstelijns)actoren. Om dit in de praktijk te realiseren, moeten de betrokken zorgverleners op geregelde tijdstippen participeren aan een cliëntgebonden overleg.

Organisatorisch is het voor de realisatie van deze adviesfunctie belangrijk dat de verschillende actoren in de thuiszorg zicht hebben op de beschikbaarheid van andere hulpverleners in hun regio, zowel eerstelijnsactoren als actoren van de gespecialiseerde GGZ: op welke wijze en wanneer zijn welke beschikbaar voor welk type van adviesverlening of consult? Uitgaande van de historisch gegroeide werkingsgebieden dient gezocht te worden naar werkingsgebieden die zowel voor de organisaties binnen de eerstelijnszorg als voor de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen een functionele samenwerking mogelijk maken.

4.2. Vorming en bijscholing

De verschillende actoren dienen elkaar eveneens te ondersteunen op het vlak van vorming en bijscholing met het oog op deskundigheidsbevordering en dit door middel van intervisie en/of coaching. Deze vorming situeert zich op twee niveaus: vorming voor basiswerkers en vorming voor referentiewerkers. Voor beide niveaus geldt dat de regie over de vorming best in handen is van de thuiszorgactoren.

De vorming van *basisedewerkers* van de eerstelijnsactoren is vooral gericht op tips rond de omgangsvormen met cliënten, achtergrondinformatie rond psychische problematieken, kennis van signalen van een dreigende decompensatie bij een cliënt (alarmsignalen), kennis van crisisscenario's en kennis van het bestaande zorg- en dienstenaanbod in de regio.

Heel wat thuiszorgorganisaties hebben intussen medewerkers aangetrokken die beschikken over een bijkomende expertise in de geestelijke gezondheidszorg. Deze *referentiewerkers* hebben als voornaamste taak om de basisedewerkers van de eigen organisatie in hun werk te ondersteunen door middel van advies of vorming. Naast de vorming van de basisedewerkers hebben deze referentiewerkers vooral nood aan vorming op het vlak van praktische casusbegeleiding in groep, het bewaken van grenzen in de hulpverlening en multidisciplinaire samenwerking.

De thuiszorgactoren van hun kant hebben tot opdracht de gespecialiseerde GGZ-actoren te vormen en bij te scholen omtrent de omgang met het individuele netwerk van de cliënt en omtrent de strategieën ter opbouw en/of versterking van dit individuele netwerk. Hierbij gaat prioritaire aandacht naar het ondersteunen van basiswerkers en wordt stilgestaan bij het doelpubliek dat in de thuiszorg wordt bereikt.

5. COÖRDINATIE

5.1. Cliëntgebonden coördinatie

Teneinde te komen tot een optimale zorg is samenwerking tussen alle hulpverleners uit het individuele netwerk van de cliënt, zowel professionelen als mantelzorgers, noodzakelijk. Deze samenwerking verloopt idealiter gecoördineerd. Hierbij dienen alle actoren die betrokken zijn in de zorgverlening aan één cliënt tijdelijk te worden samengeroepen. Twee vormen van cliëntgebonden samenwerking moeten worden onderscheiden: zorgcoördinatie en zorgbemiddeling.

5.1.1. Cliëntgebonden zorgcoördinatie

De taak van een *zorgcoördinator* bestaat erin om de zorgverleners die bij een zorgsituatie betrokken zijn, op te sporen en samen te brengen voor overleg om te komen tot een gecoördineerde zorg. De zorgcoördinator vervult deze opdrachten in overleg en met de toestemming van de cliënt. Een zorgcoördinator moet zijn of haar taken kunnen uitoefenen vanuit een onafhankelijke positie en voldoende vertrouwen genieten bij de verschillende actoren. Ook voldoende kennis van de sociale kaart is belangrijk. In de praktijk moet deze taak worden opgenomen door de bestaande structuren en netwerken in de thuiszorg. Deze zijn toegankelijk voor de cliënt en hebben reeds expertise opgebouwd inzake zorgcoördinatie.

5.1.2. Cliëntgebonden zorgbemiddeling

Binnen de bijeenkomst van de zorgcoördinatie neemt één zorgverlener expliciet de rol op van *zorgbemiddelaar*. Deze bemiddelaar is de centrale aanspreekfiguur voor een cliënt en

heeft als opdracht diens zorgvraag af te toetsen, de mogelijkheden te verkennen en te zoeken naar het beste zorgaanbod. De zorgbemiddelaar begeleidt bijgevolg de zorgvraag en zorgt ervoor dat de cliënt die zorg ontvangt die hij of zij op dat moment nodig heeft en dit op de meest aangewezen plek. Hierbij vertrekt de zorgbemiddelaar steeds vanuit de behoeften en noden van de cliënt. Een zorgbemiddelaar helpt ook bij het opstellen van een zorgenplan en waakt er voortdurend over dat vraag en aanbod met elkaar in overeenstemming blijven. Door wie deze bemiddelingsfunctie in een concrete cliëntsituatie wordt opgenomen, is afhankelijk van de individuele situatie. Gezien de opdrachten van de zorgbemiddelaar is het wel belangrijk dat de zorgbemiddeling gebeurt door een zorgverlener die kennis heeft van en betrokken is bij de concrete hulpverleningssituatie. De bemiddelaar moet ook dicht bij de cliënt staan, met hem of haar een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd en oog hebben voor de integrale problematiek. Ook een voldoende kennis van de sociale kaart wordt van de zorgbemiddelaar verwacht.

5.2. Structurele coördinatie

Zorgverstrekkers vanuit verschillende lokale organisaties bundelen hun expertise, tekenen gemeenschappelijke werkmodellen uit die individuele casussen overstijgen (bijvoorbeeld de manier van handelen inzake intake, indicatiestelling, toewijzing van cliënten, uitbouw en gebruik van thuiszorgdossiers) en organiseren de informatieoverdracht tussen de betrokken actoren. Daarnaast staan ze ook in voor intervisie en vorming.

Voor het realiseren van deze structurele coördinatie moet rekening worden gehouden met de historisch gegroeide situatie. Het probleem is echter dat de samenstelling van deze bestaande structuren doorgaans beperkt is tot de eerstelijnsactoren. Er wordt voorgesteld dat ook de gespecialiseerde GGZ-actoren in deze overlegstructuren aanwezig zouden zijn en nauw betrokken worden bij de uitbouw van de lokale organisatie van de zorg in de thuiszorg.

6. GLOBALE PRINCIPES BIJ DE ORGANISATIE VAN ZORG IN DE THUISSITUATIE

Op basis van ervaringen in de lopende projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie, het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegevens vanuit wetenschappelijke onderzoeken, verschillende studiedagen, uitgebreid overleg op verschillende niveaus en in verschillende werkgroepen worden onderstaande uitgangspunten vooropgesteld.

➤ De cliënt en diens context staan centraal – zorg op maat

Het centrale idee is en blijft steeds het respect voor de cliënt en zijn vraag. Op basis van de individuele behoeften van de zorgvrager en de prioriteiten die de cliënt hierin stelt, bepaalt de cliënt het nodige zorgaanbod. De zorgvrager wordt dan ook als volwaardige partner betrokken bij de opmaak van een totaal zorgenplan, waarin de mogelijke inbreng van de verschillende betrokken actoren wordt beschreven. Het centraal stellen van de cliënt en diens context moet leiden tot een zorgaanbod dat op maat van de cliënt wordt samengesteld en wordt aangepast in functie van mogelijk wisselende noden van de cliënt en zijn mantelzorgers.

➤ Subsidiariteitsbeginsel

De zorg gebeurt zo dicht mogelijk bij de cliënt, door hulpverleners op het minst gespecialiseerde zorgniveau waar de vereiste deskundigheid voorhanden is om kwaliteitsvolle zorg te

bieden. Concreet dient de zorg idealiter te worden geboden door hulpverleners van de laagst mogelijke lijn, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk is. De eerst aangewezenen om, indien nodig, zorgopdrachten te verrichten zijn dan ook de mantelzorgers die hierbij kunnen ondersteund worden door professionele hulpverleners. Ook wanneer de mantelzorgers (elementen van) de nodig geachte zorg niet willen of kunnen opnemen, is het de taak van eerstelijnsactoren om de nodige zorg te leveren. Indien meer gespecialiseerde zorg nodig is, kan de zorg (of elementen ervan) worden opgenomen door hulpverleners uit de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen.

➤ *Een omvattend zorgaanbod*

De zorg in de thuissituatie omvat een geheel van zorgopdrachten dat wordt gerealiseerd door een samenspel van actoren, zowel generalisten als specialisten. Ook mantelzorgers dienen als zorgaanbieders te worden betrokken bij de realisatie van het zorgaanbod waarbij rekening wordt gehouden met hun draagkracht.

➤ *Continuïteit van zorg*

Aangezien cliënten doorheen hun ziekteproces op verschillende zorgverleners kunnen beroep doen is het bewerkstelligen van de continuïteit in de zorg zeer belangrijk. Een goede overdracht van informatie, communicatie, overleg, samenwerking en onderlinge afstemming zijn cruciaal. Voorbeelden hiervan zijn onder meer overleg en afspraken tussen alle informele en formele hulpverleners die op eenzelfde moment rond een cliënt zijn ingeschakeld, ontslagmanagement, dossieroverdracht en de ontwikkeling van crisisscenario's.

➤ *In overleg*

Het geheel van zorgopdrachten voor mensen in de thuissituatie kan voor de betrokken doelgroep veelal niet worden gedragen door één individuele zorgverlener. Zorg in de thuissituatie gaat uit van een overlegsituatie met verscheidene zorgverleners waarbij ook de cliënt wordt betrokken. Het overleg- en teammodel zorgt ervoor dat de draagkracht van de zorgverleners en mantelzorgers maximaal wordt benut en dat de cliënt en de zorgverlener(s) zich maximaal op elkaar kunnen afstemmen. Het opmaken van een zorgenplan kan dit overleg stimuleren.

➤ *Multisectoriële samenwerking*

Zorg in de thuissituatie voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen is niet het exclusieve werkterrein van één zorgsector, noch van de eerstelijns-actoren, noch van de meer gespecialiseerde GGZ-hulpverlening. Het samenspel van de actoren van de eerstelijnsgezondheidszorg en de GGZ moet resulteren in een optimale zorg in de thuissituatie. Dit samenspel kan worden geoperationaliseerd in de vorm van 'samen doen' maar eveneens in het zich complementair opstellen tegenover elkaar. Dit veronderstelt dat men ten minste op de hoogte is van elkaars eigenheid, competenties en expertises en dat er op een integrale en geïntegreerde manier wordt gewerkt.

➤ *Multidisciplinaire samenwerking*

Zorg in de thuissituatie voor mensen met psychische problemen of psychiatrische stoornissen vereist cliënt-teamoverleg tussen verschillende betrokken zorgverleners. Het is het samenspel

en de complementariteit van de verschillende disciplines die het mogelijk maken dat de zorg in de thuissituatie al zijn opdrachten kan waarmaken.

➤ *Geen nieuwe op zich staande juridische structuur, wel een samenwerkingsvorm*

De diverse zorgopdrachten moeten gerealiseerd worden in het huidige samenwerkingsmodel. Het is niet de bedoeling om nieuwe, op zich staande juridische structuren te creëren met geëigende erkennings- en programmatiseringsnormen en financieringsregels. Wel dienen de bestaande zorgactoren en hun bevoegde overheden de nodige middelen vrij te maken teneinde de bijkomende zorgopdrachten voor deze doelgroep gemeenschappelijk te kunnen opnemen. De partijen dienen onderling te beslissen op welke wijze deze samenwerking structureel gestalte kan krijgen, bijvoorbeeld onder de vorm van een functioneel samenwerkingsverband of geformaliseerd netwerk.

B. Advies

Om aan de bovengenoemde veelheid en verscheidenheid van zorgsituaties een beter antwoord te kunnen bieden, zowel kwantitatief als kwalitatief, dan nu het geval is, dient de huidige organisatie van de zorg te worden bijgestuurd via verschillende ingrepen die betrekking hebben op verschillende actoren. Belangrijk hierbij is dat alle betrokken actoren, naast een verruiming van de middelen voor het realiseren van hun hoofdopdrachten op het vlak van zorg en ondersteuning, in het belang van de zorggebruiker uitdrukkelijk kiezen om op basis van de beschikbare mensen en middelen bijkomend te investeren in deskundigheidsbevordering, overleg en samenwerking. Alle betrokken actoren dienen hiervoor te kunnen beschikken over voldoende financiële mogelijkheden om de deskundigheid en onderlinge samenwerking verder te kunnen uitbouwen, bijvoorbeeld om gemeenschappelijk overleg te organiseren en hieraan ook daadwerkelijk te kunnen participeren. Bijgevolg dienen de onderstaande voorstellen in hun samenhang te worden geoperationaliseerd.

Voor zover de Vlaamse Regering van oordeel is dat er wijzigingen moeten worden doorgevoerd t.a.v. de eerstelijnsactoren, die erkend zijn en gefinancierd worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering, alsook t.a.v. de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, zal de Vlaamse Regering deze punten dienen aan te kaarten via de Interministeriële Conferentie.

1. BIJSTURINGEN MET BETREKKING TOT DE EERSTELIJNSACTOREN

Omdat de zorg voor mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen in verhouding meer tijd in beslag neemt en enkele specifieke vaardigheden vereist, zijn op Vlaams niveau volgende bijsturingen noodzakelijk.

- 1.1. Het gefinancierde urencontingent voor de gezinszorgdiensten en de opdracht van de regionale dienstencentra dienen te worden uitgebreid. Deze uitbreiding moet mogelijk maken en valoriseren dat deze diensten in de toekomst meer dan nu het geval is de zorg, begeleiding en ondersteuning zullen moeten opnemen van de mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen.
- 1.2. Ook de CAW's, zowel de autonome als deze ingebouwd in de ziekenfondsen, moeten over meer middelen kunnen beschikken om de hulpverlening nog beter te laten

aansluiten op de behoeften van de cliënten met een psychisch probleem en/of psychiatrische stoornis. Immers, de hulp aan deze cliënten is veel tijdsintensiever (door bijvoorbeeld meer huisbezoeken, de noodzaak van een intensievere begeleiding en meer overleg met thuiszorgpartners). Daarnaast is het ook belangrijk dat de hulpverleners door vorming kunnen beschikken over een basisdeskundigheid inzake hulpverlening aan deze doelgroep.

- 1.3. Om de basis-GGZ-expertise in al deze diensten te versterken, is het aanstellen van referentiewerkers binnen de gezinszorgdiensten, de autonome en ingebouwde CAW's en regionale dienstencentra aangewezen. Naast het beperkt zelf begeleiden van enkele cliënten, hebben deze referentiewerkers als voornaamste opdracht de veldwerkers, zowel professionele als niet-professionele (mantelzorgers en vrijwilligers) te vormen en te coachen. De aanstelling van deze referentiewerkers veronderstelt eveneens een uitbreiding van de financiering.
- 1.4. In de Vlaamse regelgeving en de concrete organisatie van de SIT's en de SEL's dient de inbreng van de gespecialiseerde GGZ-hulpverlening mogelijk te worden gemaakt zodat ook zij kunnen participeren aan cliëntgebonden en structureel overleg. Bovendien moet worden voorzien in een financiering van de deelname aan teamoverleg door andere diensten zoals bijvoorbeeld gezinszorgdiensten.

De financiering van de verschillende eerstelijnsactoren dient dus te worden aangepast zodat deze actoren over de nodige middelen kunnen beschikken voor het kwalitatief uitvoeren van hun basisopdrachten, het ontwikkelen van de nodige expertise en het organiseren van/deelnemen aan structureel en cliëntoverleg in het kader van expliciete GGZ-indicaties met andere eerstelijnsactoren (Vlaamse bevoegdheid) en met de gespecialiseerde GGZ-actoren (Vlaamse en federale bevoegdheid).

2. BIJSTURINGEN MET BETREKKING TOT DE GESPECIALISEERDE GGZ-HULPVERLENING

➤ *Op niveau van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg:*

De expertise van de CGG kan worden geconcretiseerd in cliëntgebonden advies, diagnostiek, activering en complementaire begeleiding of behandeling ten huize. In principe kan vanuit de CGG gespecialiseerde ondersteuning, in de brede betekenis van het woord, worden geboden aan de zorgverleners van de thuiszorg. Het *Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg* laat toe dat de CGG hun rol opnemen in de thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen. De Vlaamse overheid zal echter de nodige financiële middelen moeten vrijmaken om de CGG in staat te stellen de geschetste opdrachten kwalitatief en kwantitatief te kunnen waarmaken en niet enkel beperkt experimenteel doch ook structureel uit te bouwen.

Aansluitend daarbij kan via een uitvoeringsbesluit op *het Decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg* de nodige structurele band worden gelegd met het *Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg* en het *Decreet van 14 juli 1998 houdende erkenning en subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen in de thuiszorg*.

➤ *Op niveau van alle gespecialiseerde GGZ-actoren (Vlaamse en federale bevoegdheid)*

Om tegemoet te komen aan de vraag van de eerstelijnsactoren met betrekking tot liaison en dringende GGZ-hulpverlening, dient werk te worden gemaakt van de realisatie van modules crisiszorg, welke kunnen interveniëren in een thuissituatie,³ en waaraan de gespecialiseerde GGZ-actoren via een functioneel samenwerkingsverband participeren.

De financiering van het gespecialiseerde GGZ-aanbod dient te worden aangepast zodat voor deze actoren de nodige middelen worden vrijgemaakt voor het zorginhoudelijke en cliënt-gebonden overleg in het kader van expliciete GGZ-indicaties met eerstelijnsactoren en met andere gespecialiseerde actoren (Vlaamse en federale bevoegdheid).

De verschillende actoren – mantelzorgers, generalisten en specialisten – dienen uitgenodigd om aansluitend op de klinische en functionele samenwerking ook op structureel niveau de zorg in de thuissituatie maximaal op elkaar af te stemmen met het oog op verdere multi-sectoriële en multidisciplinaire samenwerking. Het concept van de functionele netwerken, naar analogie met de organisatie van de palliatieve netwerken, kan hiervoor model staan.

3. BIJSTURINGEN MET BETREKKING TOT DE ACTIVERING VAN DE DOELGROEP

Met het oog op de reïntegratie in de samenleving, is het belangrijk dat personen met psychische problemen of een psychiatrische stoornis tewerkgesteld kunnen worden of een zinvolle dagbesteding hebben. In dit verband dient de Vlaamse overheid er onder meer op toe te zien dat het begrip ‘persoon met een handicap’ in het kader van het Vlaams Fonds voor Integratie van Personen met een Handicap voldoende ruim wordt gehanteerd. Dit moet ook aan personen met psychische problemen of een psychiatrische stoornis voldoende mogelijkheden bieden voor activering door tewerkstelling of dagbesteding. Er moet worden nagegaan wat op dit vlak de knelpunten zijn en op welke wijze deze bijgestuurd kunnen worden.

Daarnaast moeten personen met psychische problemen of een psychiatrische stoornis ook een expliciete doelgroep vormen in het tewerkstellingsbeleid van de Vlaamse overheid ten aanzien van zwakke doelgroepen (o.a. sociale werkplaatsen).

IV. REFERENTIES

- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European study on epidemiology of mental disorders. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 60(2), 75-85.
- Decoster, B. & Lanoye, H. (2004). Gezinszorg bij cliënten met psychische en/of psychiatrische problemen. Een project van Familiehulp vzw. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 28(257), 24-31.
- Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L. & Van Holsbeke, J. (1999). Nieuw beschrijvend begrippenkader Geestelijke gezondheidszorg. Brussel: Licap.
- De inhoud en de organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening. Advies van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep psychiatrie, 1999.
- De operationalisering van de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische crisishulpverlening. Advies van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep psychiatrie, 2001.
- De psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep psychiatrie, 2001.

³ Cf. De inhoud en de organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening. Advies van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep psychiatrie, 1999; De operationalisering van de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische crisishulpverlening. Advies van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, permanente werkgroep psychiatrie, 2001.

- De zorgfunctie thuiszorg als een gedeeld engagement van de sector thuiszorg en de sector geestelijke gezondheidszorg. Nota van de Federatie Beschut Wonen, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, Solidariteit voor het Gezin en Sovervlag, juni 2004.
- Psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, februari 2001.
- Zorg in de thuissituatie voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen. Nota van het Verbond der Verzorgingsinstellingen, september 2004.

BIJLAGE: VOORBEELD VAN FUNCTIONELE SAMENWERKING MET HET OOG OP GEPASTE ZORG VOOR DE SUBGROEP VAN MENSEN MET EEN ERNSTIGE EN LANGDURIGE PSYCHIATRISCHE STOORNIS

Op basis van het voorgaande wordt een concreet voorbeeld uitgewerkt van een functionele samenwerking van de nodige expertises om het zorgaanbod van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen in de thuissituatie te optimaliseren. Merk op: het gaat in dit voorbeeld om een beperkte subgroep van de in dit advies beoogde doelgroep. Enerzijds wordt aan cliënten de nodige continuïteit aan zorg geboden en anderzijds krijgen zorgverstrekkers uit de regio een herkenbaar aanspreekpunt aangeboden. Bovendien wordt juridisch geen nieuwe zorgverstrekker opgericht en dienen geen nieuwe structurele financieringskanalen te worden geopend. Het zijn bijgevolg de individuele actoren die vrijwillig samenwerken en de nodige financiële middelen bij elkaar brengen. Het overleg hieromtrent dient regionaal te gebeuren, bij voorkeur met ondersteuning van de Overlegplatforms GGZ waar alle betrokken GGZ-actoren deel van uit maken, en in overleg met de geëigende overlegorganen van de eerstelijnsactoren. Van belang hierbij is een evenwichtige participatie van de verschillende partners uit de verschillende sectoren. Om dit aanspreekpunt te operationaliseren kan naar analogie met de palliatieve netwerken een functioneel team worden samengesteld bestaande uit medewerkers, die vanuit verschillende actoren uit de eerstelijnszorg (referentiewerkers) en de gespecialiseerde GGZ-sector (bv. psychiatrisch ziekenhuis, centrum geestelijke gezondheidszorg, beschut wonen) ter beschikking worden gesteld. Dit team kan binnen een werkingsgebied diverse opdrachten opnemen.

- *Begeleiding van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen die in hun thuismilieu verblijven.*

De tijdsbesteding van 1 VTE per week ziet er als volgt uit: 10 à 12 huisbezoeken per week waarbij rekening dient gehouden met 50% directe patiënttijd, 20% verplaatsingen, 10% administratie, 20% overleg. Dit impliceert dat elke VTE-begeleiding een maximale caseload van 20 patiënten kan dragen, wetende dat niet elke cliënt wekelijks een huisbezoek vereist of dat sommige cliënten tijdelijk zijn opgenomen. Voor deze begeleidingsopdracht zijn medewerkers met een ruime klinische ervaring noodzakelijk, bij voorkeur minstens A1-niveau: psychiatrisch of sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, ...

- *Dienstverlening*

Consultfunctie naar hulpverleners in de eerste lijn die vragen hebben over of moeilijkheden ondervinden met mensen met zowel psychische problemen als psychiatrische

stoornissen. Deze consultfunctie kan zowel telefonisch geschieden als face-to-face, bijvoorbeeld deelname aan een cliëntgebonden overleg of het participeren aan een intervisie van zorgverleners van de eerstelijns. Omdat adviesverlening zonder een ruime, actuele klinische ervaring weinig realistisch is, wordt deze consultopdracht idealiter opgenomen door dezelfde personeelsleden die ook instaan voor de directe begeleiding van cliënten. Rekening houdend met de ervaringen in de federaal gefinancierde pilootprojecten psychiatrische zorg in de thuissituatie, wordt uitgegaan van een verhouding 2/3 begeleiding – 1/3 consult.

Gespecialiseerde vorming vereist naast kennis van GGZ specifieke pedagogische kwaliteiten. Afhankelijk van de inhoud moet worden nagegaan door wie deze vorming het best kan worden gegeven.

➤ *Spreading*

Naar analogie met de palliatieve netwerken maar rekening houdend met het voorkomen van psychische problemen en psychiatrische stoornissen, wordt een werkingsgebied van 200.000 inwoners voorgesteld. De grenzen van het werkingsgebied en het bijhorend streefcijfer van 200.000 inwoners dienen te worden aangepast zodat een team een gebied bestrijkt met een straal van maximaal 20 kilometer. Hiertoe kan een team zijn werking eventueel opsplitsen in deelteams die regionaal worden gespreid.

2.4. ADVIES INZAKE MANTELZORGERS VAN PERSONEN MET EEN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

I. INLEIDING

Vlaanderen telt meer dan 400.000 mantelzorgers die op één of andere manier zorg verlenen aan een zorgbehoevende persoon uit hun directe omgeving.¹ Hierdoor is mantelzorg, samen met zelfzorg, de meest verspreide vorm van zorg in onze samenleving. De Vlaamse Regering beklemtoont het belang van mantelzorg. Zowel in de 'Vlaamse Regeerverklaring 2004-2009' als in de beleidsnota van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, mevrouw Inge Vervotte, engageert de regering zich om de mantelzorg in Vlaanderen te ondersteunen.²

Binnen de grote groep van mantelzorgers vormen de personen die zorg verlenen aan iemand met een psychische problematiek een specifieke categorie. Naast de typische noden en behoeften van alle mantelzorgers, worden zij geconfronteerd met heel specifieke problemen gerelateerd aan de aard en de ernst van de symptomen van de psychische problematiek van de zorgbehoevende.

De Vlaamse Gezondheidsraad erkent de specifieke moeilijkheden waarmee mantelzorgers van personen met een psychische problematiek worden geconfronteerd en wil daarom in dit beleidsadvies een aantal aanbevelingen formuleren die moeten leiden tot (1) een betere ondersteuning van mantelzorgers van personen met een psychische problematiek en (2) een optimalisering van de samenwerking tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en de mantelzorgers. Op het vlak van regelgeving wijst de Raad vooral op de noodzaak van een gecoördineerd mantelzorgbeleid waardoor het voor mantelzorgers duidelijker moet worden welke plaats zij in het zorgproces innemen, welk hun rechten zijn en op welke vergoedingen zij aanspraak kunnen maken.

II. METHODE

Dit advies werd voorbereid door de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dhr. David Larmuseau (voorzitter), dhr. Jos Lievens, dhr. Philip Marroyen en dhr. Jozef Van Holsbeke; en 9 externe experts: dr. Joël Boydens, dhr. Raf De Rycke, mevr. Hilde Dierckx, dhr. Leo Du Laing, mevr. Patricia Lebeer, mevr. Ann Moens, prof. dr. Jozef Peuskens, dhr. Stefaan Van Roey en mevr. Mieke Craeymeersch. Dit onderwerp werd besproken tijdens de vergaderingen van 10 maart, 14 april en 12 mei 2005. Tijdens het proces van adviesformulering werden een aantal deskundigen geconsulteerd: mevr. Benedicte De Koker (Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie), Prof. dr. Paul Igodt (diensthoofd Psychiatrie

¹ Onderzoek van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies (CBGS) wijst uit dat Vlaanderen in de leeftijdscategorie van 25 tot 64 jaar tussen de 400.000 en 580.000 mantelzorgers telt. (Jacobs & Lodewijckx, 2004).

² "De Vlaamse Regering ondersteunt mensen die zelf zorgtaken willen opnemen. (...) We ondersteunen mantelzorgers o.m. via mantelzorgverenigingen, sociaal-culturele verenigingen en vormingsinitiatieven voor mantelzorgers. Zo kunnen verwanten die zorg op zich nemen, hun draagkracht versterken en kansen en grenzen aftasten. Dat komt zowel de mantelzorger als de verzorgde ten goede." (Vlaamse Regering, 2004); "In het kader van de thuiszorg wens ik de keuze van de zorgvrager en mantelzorger te ondersteunen door te ijveren voor een voldoende ruim en toegankelijk zorgaanbod, vertrekkend vanuit de bestaande zorgvoorzieningen. Niet enkel de ondersteuning van de oudere zelf, maar ook van de mantelzorg en vrijwilligers moeten ankerpunten zijn in het beleid." (Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2004).

UZ Leuven – voorzitter Federatie van Vlaamse Simileskringen vzw), mevr. Yeter Keten (Transculturele mantelzorg, Provincie Oost-Vlaanderen), mevr. Marleen Rombaut (Brussels Overleg Thuiszorg, Brusselse Welzijnsraad) en dhr. Johan Tourné (Ziekenzorg, Christelijke Mutualiteiten).

Het ontwerpadvies werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Plenaire Vergadering van 24 mei 2005. Vanuit de administratie Gezondheidszorg werd het proces van adviesformulering opgevolgd door dhr. Tom Meulenbergs.

III. BELEIDSADVIES

A. Achtergrond

1. BEGRIPSBEPALING

Mantelzorg kan worden gedefinieerd als de zorg aan een zorgbehoevende persoon die niet in het kader van een beroep of van het georganiseerd vrijwilligerswerk wordt gegeven, maar door één of meerdere leden uit de directe omgeving van de zorgbehoevende persoon wordt verleend. De *mantelzorger* zelf is dan de persoon, man of vrouw, die op regelmatig basis zorgtaken opneemt voor een zorgbehoevende huisgenoot, familielid, vriend, buur of kennis (Jacobs & Lodewijckx, 2004).

Samen met zelfzorg en vrijwilligerszorg behoort mantelzorg tot de *informele zorg*. *Formele zorg* daarentegen is zorg die aangeboden wordt door professionele zorgverleners in het kader van hun beroepsactiviteiten. Formele zorg en informele zorg staan niet tegenover elkaar; het betreft veeleer complementaire zorgvormen die kaderen binnen één zorgcontinuüm. Hierbij dient te worden opgemerkt dat mantelzorg niet stopt wanneer de zorgbehoevende persoon professionele zorg krijgt toegediend, bijvoorbeeld bij een residentiële opname. De mantelzorger neemt in het zorgcontinuüm bijgevolg een centrale plaats in.

Binnen de grote groep van mantelzorgers vormen de mantelzorgers *van personen met een psychische problematiek* een specifieke categorie. Een ‘psychische problematiek’ omvat zowel psychische problemen als medisch gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen zoals bijvoorbeeld depressie en schizofrenie.³

2. MANTELZORGACTIVITEITEN

De mantelzorger vervult een hele waaier van zorgtaken die gaan van het luisteren naar problemen, het bijspringen in de administratie, het vervoer naar de dokter of het ziekenhuis tot het toezicht houden op de medicatie. Deze verschillende zorgtaken kunnen als volgt worden gecategoriseerd: sociaal-emotionele taken, huishoudelijke taken en persoonsverzorgende taken.

Bij belangrijke scharniermomenten in de zorg voor personen met psychische problemen, bijvoorbeeld bij opname of ontslag in geval van residentiële opname, is de mantelzorger een belangrijke schakel in het zorgproces waarbij het met name een belangrijke bron van informatie is voor de professionele zorgverleners, bijvoorbeeld over de ziektegeschiedenis van de

³ Zie Vlaamse Gezondheidsraad (2005) voor het onderscheid tussen psychisch probleem en psychiatrische stoornis.

zorgbehoevende. Vaak is van de verschillende betrokken partijen de mantelzorger als enige op de hoogte van de voorafgaande fasen van de zorgverlening. De betrokkenheid van de mantelzorger bij opname is dan ook algemeen aanvaard. Het betrekken van de mantelzorger bij het ontslagmanagement, bijvoorbeeld via een briefing over het precieze karakter van de zorgverlening tijdens de opname, is evenwel veel minder aanvaard. Hierdoor blijft de mantelzorger vaak met een aantal vragen achter. Hoe kan ik als mantelzorger helpen om herval te vermijden? Hoe ga ik best om met de zorgbehoevende?

Naargelang de context waarin de zorgbehoevende zich bevindt, zal de rol van de mantelzorger verschillen. Hieronder wordt de rol van de mantelzorger voor een persoon met een psychische problematiek geschetst. Verschillende situaties moeten worden onderscheiden naargelang de fase van het zorgproces waarin de zorgbehoevende zich bevindt. Wij bespreken er vier: (1) thuiszorg, (2) residentiële opname, (3) ambulante zorg en (4) beschut wonen. Er dient evenwel te worden opgemerkt dat er een groep van mantelzorgers van mensen met een psychische problematiek is die vooralsnog geen toegang hebben tot professionele hulp waardoor zowel de zorgbehoevende als de mantelzorger zich in een isolement bevinden (Van Os, 2000).

2.1. De rol van de mantelzorger in de professionele thuiszorg

Thuiszorg is het geheel van activiteiten ter ondersteuning van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende in het thuismilieu. Bij de realisatie ervan zijn verschillende partners betrokken; de zorgbehoevende en de mantelzorger kunnen voor ondersteuning onder meer rekenen op het georganiseerd vrijwilligerswerk en/of professionele thuiszorgdiensten.⁴ Cijfers van de professionele thuiszorgdiensten van West-Vlaanderen geven aan dat de specifieke groep van personen met een psychische problematiek één vijfde van hun cliënteel uitmaakt (Familiezorg West-Vlaanderen et al., 2004).

In de reguliere thuiszorg is de mantelzorger een partner in de zorg die actief betrokken is bij de opmaak, uitvoering en bijsturing van het zorgenplan dat wordt opgemaakt in overleg tussen de zorgbehoevende, de professionele diensten en de mantelzorger. Zoals in de regeling is voorzien, dienen de professionele hulpverleners hierbij rekening te houden met de draagkracht en de draaglast van de mantelzorger.

2.2. De rol van de mantelzorger tijdens een residentiële opname

Wanneer de gezondheidstoestand van de persoon met een psychische problematiek zich wijzigt, kan een residentiële opname wenselijk zijn. Binnen het zorgcontinuüm kan deze opname worden begrepen als een verderzetting van de thuiszorgsituatie in een (tijdelijk) andere context. Hoewel de zorg (medisch-therapeutisch) wordt overgenomen, blijft de mantelzorger betrokken partij.

Wat betreft de mate waarin een mantelzorger betrokken wordt bij de professionele zorg moet een onderscheid worden gemaakt tussen twee groepen van mantelzorgers: (1) de mantelzorgers van een minderjarige of een oudere zorgbehoevende en (2) de mantelzorgers van een zorgbehoevende tussen de 18 en 65 jaar. De eerste groep wordt veelal op één of andere manier betrokken bij de zorg, ook al is dit soms vrij minimaal. Voor de tweede groep

⁴ De Vlaamse Gezondheidsraad heeft zich in een vorig advies uitgesproken over de thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen (Vlaamse Gezondheidsraad, 2005).

daarentegen is dit veel minder het geval wat niet zonder gevolgen is voor de mantelzorger. Hoewel de residentiële opname voor de mantelzorger een opluchting kan betekenen, geeft onderzoek aan dat het gebrek aan communicatie tussen de professionele zorgverleners en de mantelzorger aanleiding geeft tot nieuwe stresssituaties bij de mantelzorger (Kerseboom, 1997). Het gebrek aan communicatie tussen de verschillende partijen en het niet betrekken van de mantelzorger hebben overigens niet alleen impact op de mantelzorger maar ook op de zorgverlening. Wanneer de professionele zorgverleners uit de residentiële voorziening de mantelzorgers niet of weinig betrekken, blijft de door de mantelzorger opgebouwde ervaringsdeskundigheid onvoldoende benut.

In het geval dat de residentiële opname het gevolg is van de aanvraag tot gedwongen opname bevindt de mantelzorger zich een moeilijke situatie. Enerzijds kan hij de initiatiefnemer zijn van een vrijheidsberovende maatregel die door de vrederechter wordt opgelegd maar anderzijds blijft hij diegene die instaat voor de informele zorg van de zorgbehoevende. Deze gespannen situatie kan als gevolg hebben dat de mantelzorger zelf emotioneel verscheurd wordt terwijl de relatie met de zorgbehoevende door de gedwongen opname grondig verstoord kan raken waardoor het terug opnemen van de mantelzorg na de opname ernstig wordt bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt. Ook wanneer de mantelzorger zich bedreigd voelt en de politie inschakelt, kan de zorgrelatie tussen mantelzorger en zorgbehoevende ernstig worden geschonden.

2.3. De rol van de mantelzorger bij ambulante zorg

Wanneer de persoon met een psychisch probleem een beroep doet op ambulante zorg, speelt de mantelzorger ook hierbij veelal een centrale rol. Zo zet de mantelzorger zich in om de zorgbehoevende te motiveren op consultatie te gaan en zoekt hij vaak zelf uit waar de persoon met een psychische problematiek met welke vraag en tegen welke voorwaarden terecht kan.

Ondanks deze belangrijke rol is de mantelzorger slechts in geringe mate betrokken bij de zorgverlening op het niveau van de ambulante zorg. Vanuit de specifieke psychotherapeutische context en het vrijwaren van het vertrouwen van de patiënt is het voor de hulpverlener meestal niet evident om ook de mantelzorger de nodige begeleiding en ondersteuning te bieden. Gevolg is dat ook hier de mantelzorger voor vorming en informatie vaak alleen maar terecht kan bij mantelzorgorganisaties, familieverenigingen en zelfhulpgroepen.

2.4. De rol van de mantelzorger bij beschut wonen

Bij beschut wonen staat het bevorderen van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende centraal. Een sterke betrokkenheid van de mantelzorger bij het beschut wonen lijkt echter in tegenspraak te zijn met deze zelfredzaamheidsidee waardoor mantelzorgers die wensen zorg te dragen tijdens het beschut wonen vaak niet worden gehoord of begrepen. Nochtans kan de mantelzorger een brugfiguur zijn die het netwerk rond de bewoner mee in stand helpt te houden.

3. REGELGEVING

De Vlaamse overheid schenkt vandaag reeds in een aantal decreten en besluiten aandacht aan de mantelzorger:

- **Basisdecreet thuiszorg van 14 juli 1998 houdende de erkenning en de subsidiëring van verenigingen en welzijnsvoorzieningen van gebruikers en mantelzorgers**

Dit decreet versterkt het aanbod van thuiszorgdiensten via de erkenning en subsidiëring van nieuwe types van voorzieningen zoals de diensten voor gezinszorg, de diensten- en dagverzorgingscentra, de centra voor kortverblijf en oppashulp. Via dit decreet worden vijf verenigingen van mantelzorgers en gebruikers erkend en gesubsidieerd. Deze verenigingen vertolken de stem van de mantelzorgers, verdedigen hun belangen en organiseren vorming.

- **Regelgeving in de ouderenzorg**

In de ouderenzorg vormde het 'Decreet van 5 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden' het startsein voor een verschuiving van de residentiële ouderenzorg ten voordele van zorg in de thuissituatie. Nieuwe soorten voorzieningen en diensten werden opgericht en voor een kleine groep bejaarden werd eind jaren 1980 de bijdrage voor hulp aan derden geïntroduceerd waarmee zorgvragers zorg kunnen kopen.

- **Vrijwilligersdecreet van 23 maart 1994 betreffende het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector**

Dit decreet regelt zowel het autonome als ingebouwde vrijwilligerswerk door o.m. de erkenning en subsidiëring van vrijwilligersorganisaties.

- **Persoonlijk Assistentiebudget**

Met het Persoonlijke Assistentiebudget (PAB), toegekend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, kunnen personen met een handicap, ook een psychische handicap, zelf hun assistentie organiseren en financieren. De assistent die met het PAB-budget wordt betaald, kan eventueel ook een mantelzorger zijn.

Hierbij dient evenwel te worden opgemerkt dat totnogtoe slechts een beperkt aantal personen met een psychische handicap van dit systeem gebruik maken.⁵ Criteria van zorgbehoefte vormen het voornaamste obstakel opdat zij over een PAB-budget kunnen beschikken. Aangezien de gangbare en erkende schalen afgestemd zijn op fysieke zorgbehoefte, meten zij weinig of niet de specifieke zorgbehoeften van personen met psychische problemen (Familiehulp – VVI, 2002).

Bovendien geldt voor de aanvragen bij het Vlaams Fonds een leeftijdsgrens. Alle zorg die via het Vlaams Fonds kan worden bekomen, moet worden aangevraagd voor het 65ste levensjaar. Eenmaal de zorgbehoefte ouder is dan 65 jaar, heeft een persoon met een (psychische) handicap geen toegang meer tot het aanbod van het Vlaamse Fonds.

- **Vlaamse zorgverzekering**

Via de Vlaamse zorgverzekering kunnen personen met een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen die thuis worden verzorgd, niet-medische kosten gedeeltelijk

⁵ Uit een onderzoek naar het profiel van PAB-gebruikers blijkt dat 20% onder hen een enkelvoudige of meervoudige 'mentale handicap' heeft (Breda et al., 2004, pp. 48-49). De overige PAB-gebruikers hebben een enkelvoudige (27%) of meervoudige fysieke handicap (31%), of een andere handicap (22%), bijvoorbeeld autisme of een cognitieve handicap. Bovendien werd vastgesteld dat het gemiddelde PAB-budget van personen met een 'mentale handicap' (22.812 EUR) significant lager ($p < 0,05$) was dan het PAB-budget toegekend aan personen met een fysieke of andere handicap (26.035 EUR).

terugbetaald krijgen. Bij de eerste versie van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering kwam de mantelzorger uitdrukkelijk in beeld: de mantelzorger diende te worden geregistreerd en de uitbetaling van de mantelzorg gebeurde maandelijks via een overschrijving aan de zorgbehoevende.

Per 1 januari 2003 werden een aantal veranderingen doorgevoerd met nadelige gevolgen voor de mantelzorgers en de zorgbehoevenden die thuis worden verzorgd. De mantelzorger hoeft niet langer te worden geregistreerd en is bijgevolg niet gekend. Wat betreft de financiering werd er een discriminatie ingevoerd ten aanzien van de zorgbehoevende die thuis wordt verzorgd. Deze laatste kan via een forfaitair systeem maandelijks 90 euro besteden aan mantelzorg en/of professionele thuiszorg. Voor bewoners van een residentiële voorziening daarentegen is een tegemoetkoming van 125 euro voorzien. Bovendien dient de zorgbehoevende die thuis wordt verzorgd een score van 35+ op de BEL-schaal te behalen in tegenstelling tot de zorgbehoevende in een residentiële voorziening die deze tegemoetkoming krijgt zonder enige vorm van scoring.

Bij mantelzorgers van personen met een psychische problematiek stelt zich het bijkomende probleem dat de mantelzorger zich vaak niet als mantelzorger ziet of door anderen zo niet wordt gezien waardoor geen beroep wordt gedaan op een tegemoetkoming van de zorgverzekering.

Net als bij het PAB-budget, stelt zich tevens het probleem van de ontoereikendheid van de gehanteerde zorgbehoevendheidscriteria.

- **Zorgkrediet**

Mensen die hun loopbaan onderbreken in de vorm van een thematisch verlof om de zorg voor kinderen of zorgbehoevende familieleden op te nemen, kunnen bij de Vlaamse overheid een bijkomende aanmoedigingspremie Zorgkrediet aanvragen.

Door het onvoorspelbaar en wisselend karakter van het psychische gezondheidsprobleem is het voor mantelzorgers van personen met een psychische problematiek evenwel moeilijk om van deze maatregel gebruik te maken. Dit probleem ten aanzien van het opnemen van het Zorgkrediet maskeert een meer algemeen probleem met betrekking tot de combinatie van zorg en arbeid voor mantelzorgers van personen met een psychische problematiek.

Ondanks de aandacht die de verschillende decreten en besluiten besteden aan de mantelzorger is er geen sprake van een gecoördineerd en pro-actief mantelzorgbeleid. Hierdoor is het voor de mantelzorger vaak onduidelijk over welke rechten hij beschikt of op welke vergoedingen hij aanspraak kan maken.

4. *KNELPUNTEN*

4.1. *Algemeen*

➤ Belasting

Uit onderzoek bij gezinsleden van personen met psychische problemen blijkt dat zij af te rekenen hebben met verschillende vormen van belasting (Kerseboom, 1997). Bruffaerts (2004)

maakt hierbij een onderscheid tussen objectieve en subjectieve vormen van belasting. De objectieve belasting is onder meer gerelateerd aan de confrontatie en het omgaan met de symptomen van de psychische problematiek, bijvoorbeeld spanning en dreiging met geweld, zelfmoordgedachten, zelfmoorddreiging en zelfmoordpogingen, onvoorspelbaar gedrag, ingenuïteit, manipulaties, grensoverschrijdend of onvoorspelbaar gedrag, depressiviteit en verwardheid. Daarnaast krijgen familieleden van personen met een psychische problematiek af te rekenen met subjectieve belasting onder meer door de gevoelens van woede, schuld en schaamte waarmee ze kampen. Vaak kunnen ze ook onvoldoende aandacht besteden aan werk of studie en maken ze zelf extra kosten voor de hulpverlening of het herstel van aangerichte schade en lijden ze onder het gebrek aan contact met hulpverleners.

Door de hoge betrokkenheid van de mantelzorger bij de persoon met een psychische problematiek kan worden aangenomen dat deze vormen van belasting a fortiori voor de mantelzorger gelden.

➤ Gebrek aan betrokkenheid en informatiedoorstroming

Uit de beschrijving van de rol van de mantelzorger bij de verschillende mogelijke situaties blijkt dat er zich op het vlak van de betrokkenheid van de mantelzorger tijdens het zorgproces een belangrijk knelpunt situeert. Hoewel de mantelzorger zelf sterk verbonden is met de zorgbehoevende en vaak als eerste de zorg opnam, wordt hij in bepaalde fasen van het zorgproces onvoldoende (h)erkend als betrokken partij en voelt hij zich aan de kant geschoven.

Bovendien wordt de informatiedoorstroming tussen zorgverleners en de mantelzorger bemoeilijkt door de patiëntenrechtelijke positie van de zorgbehoevende persoon zoals bepaald in de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De regelgeving op het vlak van de patiëntenrechten beheerst niet alleen de relatie tussen een zorgbehoevende persoon en de professionele zorgverleners, maar ook tussen de professionele zorgverleners en de in de patiëntenrechtenwet genoemde vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger hebben een specifiek wettelijk toegekende rol te vervullen in de directe nabijheid van de zorgbehoevende persoon. In de praktijk valt de persoon van de mantelzorger evenwel niet noodzakelijk samen met de functie van vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Dit heeft tot gevolg dat er een blokkering kan ontstaan tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners, en dit op het gebied van informatiedoorstroming, communicatie en beslissingsrecht.

Door dit gebrek aan informatiedoorstroming kan de mantelzorger weet de mantelzorger vaak niet op welke wijze hij kan bijdragen tot de zorg voor de persoon met de psychische problematiek wat mogelijk de kwaliteit van zorg hypothekeert. In het slechtste geval raakt de mantelzorger verbitterd en boos, en keert hij zich tegen de professionele zorgverleners of de zorgbehoevende.

4.2. Specifiek

➤ Stigma en taboe

Door het stigma en het taboe die rusten op psychische gezondheidsproblemen gaan mantelzorgers zich isoleren, te laat hulp inroepen en kunnen negatieve emoties zoals schuld en schaamte overheersen.

➤ Praktische en financiële besommeringen

Mantelzorgers van personen met een psychische problematiek worden geconfronteerd met heel wat praktische en financiële besommeringen zoals bijvoorbeeld het vervoer naar de dagbesteding, de hoge therapiekosten en kosten in verband met aangerichte schade.

➤ Focus en beschikbaarheid van de zorgverlening

De professionele zorg voor personen met een psychische problematiek is vaak sterk gericht op behandeling en therapie waardoor andere levensdomeinen (bijvoorbeeld werk, school, wonen en relaties) waar de mantelzorger betrokken partij is, op de achtergrond verdwijnen. Ook voldoende activering en een gevarieerd aanbod in beschut wonen ontbreken.

Het tekort aan ambulante zorg voor personen met een psychisch probleem en een tekort aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren vormt een bijkomend knelpunt voor de mantelzorger (Hoorzitting betreffende psychotherapeutische begeleiding van psychiatrie patiënten, 2001).

➤ Zorgcircuits

In het denken rond zorgcircuits binnen de geestelijke gezondheidszorg is geen structurele plaats voorzien voor de mantelzorger.

➤ Misbruik

Gezien de kwetsbaarheid van personen met psychische problemen is het niet ondenkbaar dat een mantelzorger op een of andere manier misbruik maakt van de zorgbehoevende. Dit misbruik kan onder meer financieel, emotioneel of seksueel van aard zijn. Het omgekeerde is evengoed mogelijk: de persoon met psychische problemen kan ook misbruik maken van de mantelzorger.

B. Advies

Om een antwoord te bieden op de problemen waarmee mantelzorgers voor personen met een psychische problematiek vandaag worden geconfronteerd zijn initiatieven gewenst met betrekking tot de ondersteuning van mantelzorgers en de samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners. Daarnaast dient ook de bestaande regelgeving op een aantal punten te worden bijgestuurd. Voor de concrete uitwerking en implementatie van deze initiatieven en bijsturingen is overleg tussen de Vlaamse overheid en de organisaties van mantelzorgers zoals de vijf erkende mantelzorgverenigingen en de Federatie van Vlaamse Simileskringen aangewezen.

1. ONDERSTEUNING VAN DE MANTELZORGER

➤ Crisisinterventie aan huis

Uit een bevraging van de Federatie van Vlaamse Simileskringen blijkt dat de uitbouw van een permanente crisisdienst de grootste nood is van gezinnen (Craeymeersch, 2003). Nu is het zo dat mantelzorgers bij crises, bijvoorbeeld een psychose of een geval van agressie of dreiging, zich vaak verplicht voelen om de politie in te schakelen terwijl er eerder nood is

aan een spoedinterventie van een hulpverleningsinstantie. De Vlaamse Gezondheidsraad adviseert dan ook de verdere uitbouw van een permanente crisisopvang die aan huis kan komen. Hoewel deze crisisinterventie bedoeld is voor de zorgbehoevende is ze uitermate ondersteunend voor het gezin en de mantelzorger.

➤ *Vlaams expertisecentrum met mantelzorglijn*

Mantelzorgers ervaren vaak de nood aan informatie over de aanpak van concrete (probleem)situaties. Op zulke momenten zou een mantelzorglijn die de mantelzorger van een persoon met een psychisch probleem via telefoon of internet in contact brengt met een permanent bemand expertisecentrum, een uitkomst bieden voor de informatienood.

Dit Vlaams expertisecentrum mantelzorg kan zich baseren op de deskundigheid die de afgelopen jaren door de vijf erkende en gesubsidieerde verenigingen van mantelzorgers werd opgebouwd.

➤ *Vormingsaanbod*

Samen met de mantelzorgverenigingen zou een Vlaams expertisecentrum mantelzorg een actieve rol kunnen opnemen in het vormen van mantelzorgers over bijvoorbeeld de psychische problematiek, behandel- en opvangmogelijkheden en de sociale kaart.

Ook de vorming van de mantelzorger wat betreft het omgaan met de typische symptomen van de psychische problematiek, zgn. 'copingcursussen', moet worden ondersteund. Samenwerking met bestaande socio-culturele en onderwijsorganisaties is dan aan te bevelen.

➤ *Respijtzorg*

Gezien de belasting die mantelzorg met zich meebrengt, moet de mantelzorger op gepaste tijden afstand kunnen nemen van zijn zorgtaak. Door de onvoorspelbaarheid van de zorg voor een persoon met een psychische problematiek is dit niet altijd evident; vaak is er niet direct een alternatief ter vervanging van de mantelzorger. De Vlaamse overheid dient daarom initiatieven op het vlak van respijtzorg te ondersteunen zoals logeervoorzieningen voor de zorgbehoevende, zorghotels en oppasdiensten.

➤ *Toegankelijk en betaalbaar dagbestedingaanbod*

De beschikbaarheid van een dagbestedingaanbod is niet alleen een essentieel element van een goede zorgverlening voor de zorgbehoevende zelf, ook voor de mantelzorger betekent dit een grote ontlasting. De verdere uitbouw van een toegankelijk en betaalbaar dagbestedingaanbod voor mensen met een psychische problematiek is bijgevolg een belangrijke ondersteuningsmaatregel voor de mantelzorger.

➤ *Aandacht voor doelgroepen*

De Vlaamse overheid dient in haar mantelzorgbeleid aandacht te hebben voor de ondersteuningsnood van specifieke doelgroepen zoals jonge mantelzorgers, de ouder wordende mantelzorgers en de allochtone mantelzorgers. De Vlaamse overheid kan projecten voor deze doelgroepen stimuleren en financieren. Ook de specifieke situatie van de mantelzorger in Brussel verdient bijzondere aandacht.

2. *SAMENWERKING TUSSEN MANTELZORGER EN PROFESSIONELE ZORGVERLENERS*

➤ *Gezinsvriendelijke geestelijke gezondheidszorg*

De Vlaamse overheid kan een gezinsvriendelijke gezondheidszorg promoten door de betrokken partijen zoals ambulante en residentiële diensten te stimuleren om een ‘familieprotocol’ af te sluiten. In dit protocol dient onder meer te worden bepaald op welke wijze de geestelijke gezondheidszorg familieleden en mantelzorgers wenst te betrekken bij de zorgverlening en rekening wenst te houden met de balans draagkracht-draaglast van het hele gezin, mantelzorger inclusief.

➤ *Vorming zorgverleners*

De Vlaamse overheid dient te stimuleren dat in de diverse vormings- en bijscholingsprogramma's voor professionele zorgverleners de aandacht en plaats van de mantelzorgers alsook de nood om hen te betrekken tijdens de verschillende zorgfasen aan bod komen.

3. *BELEID EN REGELGEVING*

➤ *Gecoördineerd en pro-actief mantelzorgbeleid*

De Vlaamse overheid schenkt nu reeds heel wat aandacht aan de mantelzorger. Toch blijft het voor de mantelzorger vaak onduidelijk over welke rechten hij precies beschikt. Daarom adviseert de Vlaamse Gezondheidsraad om werk te maken van een gecoördineerd mantelzorgbeleid waardoor het voor mantelzorgers duidelijk is welke plaats zij innemen in het zorgproces, welk hun rechten zijn en op welke vergoedingen zij aanspraak kunnen maken. Teneinde dit gecoördineerd beleid te kunnen realiseren stelt de Vlaamse Gezondheidsraad voor te komen tot een gecoördineerd decreet of een soort continuüm-van-zorg-decreet waarin de afstemming en samenwerking tussen professionele zorgverleners, zorgbehoevende en mantelzorger wordt opgenomen.

➤ *Bijsturing regelgeving*

Daarnaast vraagt de Vlaamse Gezondheidsraad ook:

- aandacht voor het wegwerken van de discriminatie die in Vlaamse zorgverzekering bestaat tussen de zorgbehoevende die thuis wordt verzorgd en die persoon die verblijft in een residentiële voorziening;
- de erkenning van zorgbehoevendheidsschaal, onder meer te hanteren in het kader van de Vlaamse zorgverzekering en het Persoonlijk Assistentiebudget, die de specifieke zorgbehoevendheid van mensen met een psychische problematiek adequaat kan meten. De huidige gehanteerde schalen (BEL, KATZ) brengen onvoldoende de psychische dimensies van de zorgbehoevendheid in beeld. Om te komen tot het meten van deze huidige blinde vlekken, is bijkomend onderzoek vereist, onder meer ter ijking van andere bestaande schalen, bijvoorbeeld de Mechelse Activiteiten Schaal (MAS) (Familiehulp – VVI, 2002).
- bijzondere aandacht voor de positie van de mantelzorger binnen het patiëntenrechtelijk statuut van een zorgbehoevend persoon. Er wordt dan ook geadviseerd dat de Vlaamse

Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in het kader van de Interministeriële Conferentie genoemde problematiek opneemt met de Federale Minister van Volksgezondheid bevoegd voor patiëntenrechten.

IV. REFERENTIES

- Breda, J., Van Landeghem, C., Claessens, D. & Vandervelde, M. (2004). *Drie jaar later: evaluatie van het PAB-gebruik*. Rapport uitgevoerd in opdracht van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een handicap. Beschikbaar via www.vlafo.be.
- Bruffaerts, R. (2004). Tussen patiënt en zorgverstreker. Familieleden van psychiatrische patiënten als partners in zorg. *Psychiatrie en Verpleging, Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 80 (1), 21-32.
- Craeymeersch, M. (2003). Uw stem. *Similes*, 25 (105), 33.
- Familiehulp-VVI (2002). *Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij psychisch zorgbehoevenden in het kader van de zorgverzekering. Onderzoek in opdracht van de Vlaamse adviesraad zorgverzekering*. Onuitgegeven onderzoeksrapport.
- Familiezorg West-Vlaanderen, Solidariteit voor het Gezin, Familiehulp West-Vlaanderen & Thuiszorg Bond Moyson (2004). *Gezinszorg bij personen met ernstige psychische problemen. Een gezamenlijk project van de vier diensten gezinszorg in West-Vlaanderen met de steun van de Provincie West-Vlaanderen*. Nota.
- *Hoorzitting betreffende psychotherapeutische begeleiding van psychiatrische patiënten*, Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen (Vlaams Parlement), 14 juni 2001, stuk 785 (nr. 1), 26-38 (uiteenzetting door de heer Leo Du Laing en de heer Jos Lievens).
- Jacobs, T. & Lodewijckx, E. (2004). *Zicht op zorg: studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Kerseboom, J.S. (1997). *Door zorg omgeven: over belasting en de omgeving van chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2004). *Beleidsnota 2004-2009*.
- Vlaamse Gezondheidsraad (2005). 'Advies over het gedeeld engagement van de sectoren thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg inzake thuiszorg voor mensen met psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen.' Beschikbaar via <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr>.
- Van Os, J. (2000). Indicatoren en cijfers. In M. De Hert, S. Van den Broucke & R. Van Nuffel (Eds.), *Naar een geestelijk gezonde samenleving* (pp. 71-86). Diegem: Kluwer Editorial.
- Vlaamse Regering (2004). *Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen*. Vlaamse Regeerverklaring 2004-2009.

ADDENDUM: ANTWOORD OP VRAGEN I.V.M. DE WENSELIJKHEID VAN EEN VLAAMS EXPERTISECENTRUM MANTELZORG EN DE PATIËNTENRECHTERLIJKE POSITIE VAN DE MANTELZORGER

In reactie op bovenstaand advies stelde minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, mevrouw Inge Vervotte, op 15 juli 2005 twee schriftelijke vragen ter verduidelijking en met betrekking tot de operationalisering van het advies:

1. Is een Vlaams expertisecentrum de meest adequate oplossing om tegemoet te komen aan de behoefte aan ondersteuning van mantelzorgers?
2. In welke richting dient een oplossing te worden gezocht voor de problemen die voortvloeien uit de onduidelijke patiëntenrechterlijke positie van de mantelzorgers, i.c. het feit dat een mantelzorger niet altijd tevens vertrouwenspersoon van de patiënt is?

De Vlaamse Gezondheidsraad bezorgde de minister op 20 december 2005 onderstaand antwoord op beide vragen.

1. VLAAMS EXPERTISECENTRUM MANTELZORG

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft hierover de vijf erkende mantelzorgverenigingen en de deskundigen die over het thema toelichting gaven aan de Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg, geconsulteerd. Hun reacties werden aan de minister overgemaakt.

2. PATIËNTENRECHTERLIJKE POSITIE VAN DE MANTELZORGER

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft hierover Prof. Herman Nys (hoogleraar medisch recht, K.U.Leuven) en mevrouw Willeke Dijkhoffz (voormalig federale ombudsvrouw rechten van de patiënt) gehoord.

Beiden deskundigen wijzen op het onderscheid tussen de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger van de patiënt. De vertrouwenspersoon is steeds iemand die optreedt samen met (dus nooit namens) de patiënt zelf die, omdat hij nog steeds bekwaam is, zelf zijn rechten als patiënt uitoefent. De vertrouwenspersoon treedt dus nooit in de plaats van de patiënt. De vertrouwenspersoon is ook steeds een informele figuur.

De vertegenwoordiger van de patiënt treedt juridisch in diens rechten en plichten: hij oefent namens de beslissingsonbekwame patiënt diens rechten uit. De wet op de patiëntenrechten beschrijft veel nauwkeuriger wie er vertegenwoordiger kan zijn en wat zijn bevoegdheden zijn.

Zowel de vertrouwenspersoon als de vertegenwoordiger van de patiënt doen dit op basis van vrijwilligheid.

De mantelzorger kan zonder probleem vertrouwenspersoon zijn. Een mantelzorger kan slechts vertegenwoordiger zijn in de mate dat hij een naaste verwant is van de patiënt (art. 14 van de wet) of als dat niet het geval is, hij door de patiënt die toen nog beslissingsbekwaam was, werd aangewezen als zijn vertegenwoordiger.

Professor Nys erkent het probleem van de patiëntrechterlijke positie van de mantelzorger, maar is van mening dat het geen goede oplossing zou zijn om de vertrouwenspersoon een duidelijker statuut te geven. Dit strookt niet met de informele rol van de vertrouwenspersoon. Hij stelt als mogelijke oplossing voor om de verwijzing naar de vertrouwenspersoon te schrappen. Dit zou tot minder verwarring leiden en zou ook het probleem van de relatie mantelzorger-vertrouwenspersoon (als dit niet dezelfde persoon is) kunnen oplossen. Dit zou aan minister Demotte kunnen worden voorgesteld.

Een andere oplossing die door de experts wordt voorgesteld en die de Vlaamse Gezondheidsraad steunt, is om via zelfregulering en afspraken de stilzwijgende overeenkomst tussen patiënt en vertrouwenspersoon meer vorm te geven. Als dit in een soort van protocol wordt opgenomen heeft men, meer dan bij het opleggen via regelgeving, een grotere kans op slagen, omdat men beroep doet op de goodwill van de partners zelf. In het protocol kan bijvoorbeeld worden beschreven hoe een voorziening best omgaat met de mantelzorgers. Ondanks dat een protocol weinig juridische waarde heeft kunnen de 'good practices' op termijn andere voorzieningen ertoe aanzetten om ook een protocol af te sluiten. De werkgroep pleit er voor om dit alles te kaderen in het globale functioneren van de voorzieningen. De werkgroep adviseert om de inhoudelijke modaliteiten verder te laten uitwerken in een werkgroep met deskundigen (mantelzorg + anderen).

2.5. ADVIES INZAKE GEZONDHEID EN DE OPDRACHT VAN DE OPENBARE OMROEP

I. INLEIDING

Op 6 april 2005 ontving de Vlaamse Gezondheidsraad een oproep van Vlaams minister van Bestuurszaken, Buitenlands Beleid, Media en Toerisme, de heer Geert Bourgeois, om deel te nemen aan de bevraging over de toekomstige opdracht van de openbare omroep, VRT. De plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad formuleerde hierover op 6 juni 2005 een briefadvies aan de voorzitter van de Vlaamse Mediaraad, Prof. Els De Bens.

II. ADVIES

De Vlaamse Gezondheidsraad verleent advies over allerlei gezondheidsaangelegenheden en gaat vanuit deze invalshoek graag in op de oproep van minister Bourgeois.

De media hebben immers een zeer grote impact op de attitude en het gedrag van mensen inzake gezondheid. Mede hierdoor is ook de impact van de media op de besluitvorming op het gebied van gezondheid, gezondheidszorg en gezondheidsgelateerde topics groot.

De media kunnen door informatieverstrekking en sensibilisering een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid van mensen. Ze kunnen individuen aanzetten tot het maken van de juiste keuzes.

De media moeten zich er ook van bewust zijn dat ze een grote indirecte impact hebben op gezondheidsgelateerd gedrag. Dit kan positieve gevolgen hebben, maar ook negatieve.

Enkele positieve voorbeelden: rookverbod in tv-programma's, promotie van gezonde voeding.

Enkele negatieve voorbeelden: het verkeerd in beeld brengen van de gevolgen van de hightechnologische ontwikkelingen, het aanbod van programma's over plastische ingrepen. Met het eerste voorbeeld schept men mogelijks verkeerde verwachtingen (vb. succesvolle ingrepen op spoedafdelingen liggen minder hoog), met het tweede creëert men overconsumptie.

De Vlaamse Gezondheidsraad is van oordeel dat de media, en zeker de openbare omroep, de grootste zorgvuldigheid moeten nastreven in hun berichtgeving. De media moeten er ook over waken dat de berichtgeving geen stigmatisering (vb. tegenover mensen met een psychische of psychiatrische stoornis) of imitatiegedrag (vb. bij berichtgeving over zelfdoding) bevordert. Ook het taalgebruik zelf is belangrijk (vb. zelfdoding in plaats van zelfmoord, ouderen in plaats van bejaarden).

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft met dit advies een antwoord gegeven op de vraag wat ze van de openbare omroep verwacht en waarmee rekening kan worden gehouden in de nieuwe beheersovereenkomst. De raad acht het niet zijn opdracht om een uitspraak te doen over vraag 2 (de eigenheid van de publieke omroep).

De Vlaamse Gezondheidsraad hoopt dat de openbare omroep deze aanbevelingen ter harte neemt en op deze wijze bijdraagt tot een 'gezonde(re)' samenleving.

2.6. ADVIES INZAKE BIOMONITORING

I. INLEIDING

Fysische en chemische milieufactoren hebben een aanzienlijke impact op de menselijke vruchtbaarheid en de (embryonale) ontwikkeling waarbij in het bijzonder het zenuwstelsel kwetsbaar is. Ook bij een aantal beschavingsziekten die vooral op latere leeftijd opduiken, bijvoorbeeld kanker en cardiovasculaire aandoeningen, spelen milieufactoren een rol. Het Vlaamse preventiedecreet voorziet dat de Vlaamse Regering de nodige maatregelen neemt om de gezondheid van de Vlaming te beschermen door de ontwikkeling en uitvoering van een biomonitoringsprogramma. Biomonitoring omvat dan het organiseren van meetcampagnes op levende organismen, waaronder de mens, waarbij ofwel de blootstelling aan polluenten wordt bestudeerd aan de hand van de inwendige concentraties (blootstellingsbiomonitoring), ofwel de biologische of gezondheidseffecten van polluenten worden onderzocht (effectgerichte biomonitoring). Hierdoor laat biomonitoring niet alleen toe om de risico's op gezondheidseffecten op te sporen vooraleer er zich herkenbare ziektebeelden voordoen, maar kan het beleid ook preventief worden georiënteerd en nadien worden opgevolgd. Uiteraard dienen de eventuele nadelige neveneffecten van een maatregel in overweging genomen te worden.

In dit advies formuleert de Vlaamse Gezondheidsraad een voorstel over de wijze waarop een Vlaams biomonitoringsprogramma dient te worden uitgebouwd. In een eerste luik worden een aantal concrete beleidsaanbevelingen gedaan betreffende de uitbouw van een getrapte biomonitoringsstrategie. Deze getrapte biomonitoringsstrategie dient te worden opgezet naast een projectmatige molecuulair-epidemiologische bewaking, berustend op regelmatige biomonitoringscampagnes op de mens en/of op dieren in verschillende typegebieden. In een tweede luik worden deze beleidsaanbevelingen verder gespecificeerd en wetenschappelijk onderbouwd.

De problematiek van de gezondheidseffecten van milieufactoren is een bevoegdheidsoverschrijdend thema en belangt zowel de Vlaams minister van Volksgezondheid als de minister van Leefmilieu aan. Hoewel de Vlaamse Gezondheidsraad zich in dit advies in eerste instantie richt tot de minister van Volksgezondheid, benadrukt de Raad dat voor een adequate aanpak van deze problematiek een nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen noodzakelijk is.

II. METHODOLOGIE

Het voorliggend advies is een advies op eigen initiatief voorbereid door de werkgroep Gezondheid en Milieu van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 effectieve leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: prof. dr. Nik Van Larebeke (voorzitter), prof. dr. Luc Hens, dr. Arne Van Rentergem en dr. Maurits De Ridder; en 7 externe experts: mevr. Ethel Brits, prof. dr. Wim De Coen, ir. Willem Dhooge, dr. Mark Goethals, prof. dr. Peter Hoet, prof. dr. Colin Janssen, prof. dr. Gregor Verhoef. Dit advies kwam tot stand op basis van een voorbereidende nota opgesteld door de voorzitter van de werkgroep Milieu en Gezondheid, deels gebaseerd op de studie "Evaluatie van de luchtkwaliteit in Vlaanderen door effectgerichte metingen in de omgevingslucht" in opdracht van de Administratie

Milieu-, Natuur-, Land- en Waterbeheer (AMINAL). De nota werd besproken en verder uitgewerkt tijdens de vergaderingen van de werkgroep op 21 april en 10 mei 2005. Het advies werd op 21 juni 2005 ter goedkeuring voorgelegd aan de Plenaire Vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad.

Het proces van adviesverlening werd vanuit de administratie Gezondheidszorg opgevolgd door dhr. Tom Meulenbergs.

III. BELEIDSADVIES

A. ADVIES

1. De Vlaamse Gezondheidsraad is van mening dat milieufactoren in aanzienlijke mate bepalend zijn voor (1) de menselijke vruchtbaarheid en de (embryonale) ontwikkeling, onder meer van het zenuwstelsel, en (2) een aantal beschavingsziekten die vooral op oudere leeftijd optreden zoals kanker en cardiovasculaire aandoeningen.
2. De Vlaamse Gezondheidsraad stelt dat biomonitoring, d.i. het organiseren van meetcampagnes op de mens of op levende organismen, een belangrijke bijdrage kan leveren tot het identificeren van gezondheidsschadende milieufactoren en een nodige voorwaarde is voor het correct inschatten van de gezondheidsrisico's die aan deze milieufactoren verbonden zijn. Hierbij dient opgemerkt dat:
 - alleen effectgerichte biomonitoring toelaat om de biologische en gezondheidsschadende effecten van alle op een bepaalde plaats, in een bepaald milieustaal aanwezige polluenten, op een geïntegreerde en correcte wijze te meten;
 - alleen blootstellingsbiomonitoring op de mens, waarbij inwendige concentraties van polluenten worden gemeten, toelaat om de globale menselijke blootstelling correct in te schatten;
 - alleen de effectgerichte biomonitoring op de mens toelaat om vroegtijdig biologische en preklinische effecten van milieu- of andere factoren in menselijke populaties op te sporen.

Men dient rekening te houden met het feit dat effectgerichte biomonitoring niet oorzaak-specifiek is. Ook zijn de mogelijke parameters niet altijd een goede merker voor klinische effecten, hoewel met de tijd meer en meer parameters beschikbaar komen die dat wel zijn.

3. Biomonitoring dient planmatig te zijn en, samen met fysico-chemische analyses, deel uit te maken van een permanente bewaking van de kwaliteit van het leefmilieu. Naast een projectmatige moleculair-epidemiologische bewaking, berustend op regelmatige biomonitoringscampagnes op de mens en/of op dieren in verschillende type-gebieden, dient een systematische getrapte biomonitoringsstrategie te worden opgezet.

Wanneer uit effectgerichte biomonitoringstests op milieustalen tijdens *systematische of incidentgestuurde screening* ongunstige resultaten worden genoteerd, dient een *gerichte projectmatige milieuscreening* aan de hand van tweede niveau effect-gebaseerde tests te gebeuren. Geven deze laatste ook ongunstige resultaten, dan dient aan de betrokken bevolkingsgroepen een *biomonitoringsonderzoek op de mens* te worden voorgesteld. Zijn de resultaten van de effectgerichte biomonitoringstests op milieustalen in het kader van

de systematische of incidentgestuurde screening werkelijk verontrustend, dan is het aangewezen om onmiddellijk over te gaan tot biomonitoring op de mens zonder eerst gerichte projectmatige milieuscreening uit te voeren. Bij ongunstige resultaten kunnen fractio-natie van stalen en chemische analyses in combinatie met effectgerichte tests een gedeel-telijke of volledige identificatie van de toxische stoffen toelaten. Biomonitoring dient rekening te houden met regionale variaties en tijdstrendsverschillen in incidentie of pre-valentie van ziekten. Vooral daar waar verontrustende resultaten bekomen worden dienen met de betreffende tests tijdsreeksen te worden opgebouwd.

4. Inzake pathologie die door milieublootstelling veroorzaakt of verergerd wordt, stelt de Vlaamse Gezondheidsraad voor om prioritair aandacht te besteden aan:
 - het genotoxische en kankerrisico;
 - de verstoring van het endocrien evenwicht en daarmee samenhangend aan de fer-tiliteit;
 - de aantasting van de respiratoire gezondheid door toxische en allergische fenomenen (chronisch obstructieve longaandoeningen en astma);
 - de verstoring van de neurologische ontwikkeling (prenataal en postnataal).
5. Effectgericht meten op milieustalen dient vooral betrekking te hebben op genotoxiciteit, op niet-genotoxische kankerbevorderende invloeden, op hormoonverstoring en op immuno-respiratoire toxiciteit. Tests voor effectgericht meten op milieustalen moeten worden inge-zet in drie screeningssituaties:
 - a. bij *incidentgestuurde screening*, voor het op korte termijn inschatten van gezondheids-risico's samenhangend met een (plaatselijk) incident of met bijzondere weers- of andere omstandigheden, bijvoorbeeld in het kader van een rampenplan;
 - b. bij *systematische screening*, erop gericht om op vele plaatsen, eventueel meermaals per jaar, een ruwe inschatting te maken van de gezondheidsrisico's samenhangend met milieufactoren;
 - c. bij *gerichte projectmatige milieuscreening*, gericht op een meer grondige evaluatie van gezondheidsrisico's samenhangend met milieufactoren, wat moet toelaten om:
 - het gezondheidsrisico van veel voorkomende milieutoestanden waaraan een groot deel van de bevolking een groot deel van de tijd is blootgesteld met grotere nauwkeurigheid in te schatten;
 - nog onbekende agentia of activiteiten (van mengsels) die potentieel belangrijke gezondheidsrisico's met zich mee kunnen brengen, op te sporen.
6. Geschikte tests voor effectgericht meten op milieustalen zijn:
 - voor het meten van **genotoxiciteit**:
 - *bij incidentgestuurde screening*:
de klassieke Ames test, in de eerste plaats met bacteriestam TA 98 en (hoofd-zakelijk met betrekking tot lucht) met een nitroreductase deficiënte stam zoals TA98NR, de komeettest op menselijke lymfocyten;

- *bij systematische screening:*
de Ames test, de komeettest op menselijke lymfocyten (in vitro) en de micronucleus test (in vitro);
 - *bij gerichte projectmatige milieuscreening:*
de micronucleus test en de chromosoomaberratie test op menselijke lymfocyten (in vitro).
- voor het meten van **niet-genotoxische kankerbevorderende invloeden:**
- *bij incidentgestuurde en systematische screening:*
inhibitie van cel-cel communicatie doorheen gap junctions op WB-F344 rat lever epitheliale cellen in vitro;
 - *bij gerichte projectmatige milieuscreening:*
celtransformatietest op de Syrische Gouden Hamster Embryo (SHE) cellen in vitro.
- voor het meten van **hormonale verstoring:**
- *bij incidentgestuurde en systematische screening:*
de Yeast Estrogen Screen (YES) test en de Estrogen Receptor Binding Assaytest (ERBA);
 - *bij gerichte projectmatige milieuscreening:*
een Estrogen receptor transactivatietest zoals de MCF-7 test, de MVLN test en de test op TM4 sertoli cellen.
- voor het meten van **immuno-respiratoire toxiciteit:**
- *tests voor irritatie of inflammatie:*
il-8 productie door A549 cellen in vitro, TNF- α productie door THP-1 cellen in vitro, cytokine productie (il-6, il-8) door BEAS-2B cellen in vitro;
 - *tests voor allergeniciteit:*
tests op dendritische cellen in vitro.

Voor elk van deze eindpunten kan men, in het kader van incidentgestuurde of systematische screening, ook beroep doen op snelle biotechnologische assays waarbij via promotor-reporter fusie op een snelle manier een toxicologische signaal kan worden verkregen. Afhankelijk van het toxicologisch eindpunt dat men wil bestuderen kunnen specifieke promotoren (o.a. DNA-schade en herstel geassocieerde genen) worden geselecteerd die in een uiteinde-lijke screeningsbatterij als tests van het eerste niveau kunnen worden opgenomen.

7. BIOMONITORING OP DE MENS

Blootstellings- en effectgerichte biomonitoring moeten als één geheel worden beschouwd. Beiden zijn onderdeel van een moleculair-epidemiologische benadering die toelaat meer informatie te bekomen over milieugebonden aandoeningen en de determinanten ervan. Een

moleculair-epidemiologische benadering zal, in vergelijking met klassieke epidemiologische waarnemingen, meer en betere informatie opleveren door:

- een grotere gevoeligheid, die berust op het vaststellen van vroege, minder ernstige effecten die zich bij zeer veel personen met de betreffende blootstelling voordoen, terwijl slechts een kleine minderheid uiteindelijk (na lange tijd) de betreffende ziekte ontwikkelt;
- een betere resolutie, die meer mogelijkheden biedt om gezondheidsschadende agentia te identificeren, onder meer via blootstellingseffectrelaties en chemische adducten aan biologische macromoleculen;
- het geven van informatie over het gezondheidseffect van blootstellingen aan lage dosis waardoor sneller bepaalde associaties tussen een blootstelling en gezondheidseffecten kunnen worden gelegd. Zo kan bijvoorbeeld de diagnose van kanker als parameter worden vervangen door parameters die een premaligne toestand reflecteren, waaraan dan, zowel op maatschappelijk vlak (saneren van het leef- of werkmilieu) als op individueel vlak (levensstijl, chemopreventieve medicatie) nog iets kan worden veranderd. Ook trends (veranderingen in de tijd) in het risico op bepaalde aandoeningen kunnen vroegtijdig worden opgespoord. Men dient wel te beseffen dat een premaligne toestand niet gelijk staat met een diagnose van kanker. Niet alle premaligne toestanden evolueren naar kanker.

7.2. De biomonitoring op de mens moet gebieds- of contextgericht zijn. Relevante informatie kan op de meest efficiënte en kosteneffectieve wijze worden ingewonnen door groepen personen te onderzoeken die zo duidelijk mogelijk verschillen in hun blootstelling aan de betreffende milieufactoren.

7.3. Het verdient aanbeveling groepen personen in sterk verschillende stadia van het leven bij het onderzoek te betrekken.

7.4. Wat de inwendige blootstelling bij de mens betreft zijn de volgende chemicaliën zeer relevant (maar uiteraard niet limitatief): (a) de klassieke parameters zoals zware metalen, PAK's, vluchtige organische stoffen (zoals benzeen), chloorhoudende organische stoffen, en (b) de meer recente stoffen zoals detergenten, ftalaten, musks, parabenen en broom en fluorhoudende substanties

7.5. De effectgerichte biomonitoring bij de mens dient tests te omvatten voor:

- genotoxiciteit (komeetttest voor recente schade, micronuclei en chromosoomaberraties voor geaccumuleerde schade);
- expressie van het tumorale fenotype (tumormerkers);
- nierfunctie;
- kwaliteit van het sperma en hormoonconcentraties;
- neuropsychische effecten (bij jonge kinderen en adolescenten);
- longfunctie

Eventueel moet het gebruik van nieuwe biomerkers die door toxicogenomics of proteomics worden aangeduid, worden overwogen.

7.6. Om uit te maken of er verschillen bestaan in ziekmakende milieufactoren tussen twee gebieden dienen de onderzochte subjecten niet representatief te zijn voor hun respectieve gebieden, maar wel representatief te zijn in termen van blootstelling aan de milieufactoren zoals die aanwezig zijn in hun respectieve gebieden

7.7. Epidemiologische en biomonitoringsstudies moeten niet enkel of niet zozeer gezien worden als een benaderingswijze die toelaat om oorzakelijke verbanden te bewijzen, maar veeleer als een middel om gevaren en risicosituaties op te sporen. Binnen dit concept is een correctie voor “multiple testing” niet aangewezen omdat het gebruik ervan, doorheen een verlaging van de “statistical power”, het vermogen van deze studies om een gevaar of een risico op te sporen op een irrationele wijze vermindert. Om op een kosten-efficiënte manier een associatie wijzend op het bestaan van een risico met de nodige betrouwbaarheid vast te stellen, dient dit risico te worden geverifieerd via een andere benadering (experimenteel onderzoek, chemische analyses) of via een tweede gericht epidemiologisch of biomonitoringsonderzoek.

7.8. De Vlaamse Gezondheidsraad adviseert om biomonitoringsstudies op de mens te laten uitvoeren door een samenwerkingsverband zoals het Steunpunt Milieu en Gezondheid of een op te richten (virtueel) instituut dat de wetenschappelijke studie en de monitoring van gezondheidseffecten van milieufactoren als opdracht zou krijgen.

7.9. De overheid dient het uitvoeren van biomonitoringsstudies te vergemakkelijken. In dit kader stelt de Vlaamse Gezondheidsraad voor om de bepaling in het *decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid* die stelt dat bevolkingsonderzoek slechts toegelaten is mits toestemming van de Vlaamse Regering (art. 31, §2), aan te passen. Meer bepaald dient de toestemmingsvereiste te worden vervangen door een kennisgevingsplicht. De Vlaamse Gezondheidsraad beklemtoont evenwel dat biomonitoringsstudies, net zoals andere vormen van medisch-wetenschappelijk onderzoek waarbij mensen of dieren betrokken zijn, dienen te beantwoorden aan internationaal geldende ethische normen. Om dit te toetsen dient voorafgaandelijk aan de biomonitoring de onderzoeksopzet te worden goedgekeurd door een ethisch comité dat op grond van de Wet van 1 mei 2004 inzake experimenten met mensen bevoegd is om advies te verlenen.

B. ACHTERGROND

BIJLAGEN

Voor de volledige adviestekst met inbegrip van de achtergronden en bijlagen, zie de website van de Vlaamse Gezondheidsraad: www.wvc.vlaanderen.be/vgr.

3. PLANNING 2006

A. ADVIEZEN OP VRAAG

1. Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Naar aanleiding van een overleg met het kabinet Vervotte ontving de Vlaamse Gezondheidsraad in juni 2005 vier adviesvragen met betrekking tot de volgende thema's uit de geestelijke gezondheidszorg: (1) preventie in de geestelijke gezondheidszorg, (2) de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, (3) de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen en (4) de strategische aanpak van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze adviezen zullen in de loop van 2006 worden gefinaliseerd.

B. ADVIEZEN OP EIGEN INITIATIEF

1. Werkgroep Gezondheidsbeleid

In 2005 werd in de schoot van de Vlaamse Gezondheidsraad een ad hoc Werkgroep Gezondheidsbeleid opgericht die als opdracht meekreeg een advies te formuleren met als uitgangspunt de toekomstige uitdagingen van het Vlaamse gezondheids(zorg)beleid. De werkzaamheden van deze werkgroep zullen in het voorjaar van 2006 uitmonden in een definitief advies waarin een visie zal worden ontwikkeld over de toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen.

BIJLAGE:

ADRESSENLIJST LEDEN VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Prof. dr. Lieven ANNEMANS

Universiteit Gent
p.a. Brusselsesteenweg 91
1860 Meise
Tel: 0476/241144
Fax: 02/2709434
E-mail: *lieven.annemans@ugent.be*

Prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS

AZ Damiaan Oostende
Nieuwpoortsteenweg 57
8400 Oostende
Tel: 059/553404
Fax: 059/553408
E-mail: *jpbaeyens@skynet.be*

Dr. Carine BOONEN

Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02/5070170
Fax: 02/5135269
E-mail: *cb@vvi.be*

Dhr. Bert DE BAKKER

Virga Jesseziekenhuis
Stadsomvaart 11
3500 Hasselt
Tel: 011/308210
Fax: 011/308217
E-mail: *bert.debakker@virgajesse.be*

Prof. dr. Jan DE MAESENEER

Universiteit Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (1K3)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/2403542
Fax: 09/2404967
E-mail: *jan.demaeseneer@UGent.be*

Dr. Maurits DE RIDDER

Burggravenlaan 341
9000 Gent
Tel: 09/222 80 14
Fax: 09/240 51 07
E-mail: *maurits.deridder@UGent.be*

Prof. dr. Mia DEFEVER

K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Kapucijnenvoer 35, 4^e verdieping
3000 Leuven
Tel: 016/33 69 78
Fax: 016/33 69 70
E-mail: *mia.defever@med.kuleuven.ac.be*

Mevr. Hendrika W. DIJKHOFFZ

Groep Gasthuiszusters van Antwerpen vzw
Sint-Augustinuslaan 20
2610 Wilrijk
Tel: 03/443 39 79
Fax: 03/443 31 29
E-mail: *willeke.dijkhoffz@gvagroup.be*

Mevr. Karin GENOE

Rode Kruis Vlaanderen
Bloedtransfusiecentrum Vlaams-Brabant-Limburg
Herestraat 49/BTC
3000 Leuven
Tel: 016/316101
Fax: 016/316100
E-mail: *karin.genoe@rodekruis.be*

Prof. dr. Luc HENS

VUB, vakgroep Menselijke Ecologie
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
Tel: 02/4774281
Fax: 02/4774964
E-mail: *human.ecology@vub.ac.be*

Prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS

K.U.Leuven; Dienst Jeugdgezondheidszorg
Kapucijnenvoer 35/1
3000 Leuven
Tel: 016/336873
Fax: 016/336883
E-mail: *karel.hoppenbrouwers@med.kuleuven.ac.be*

Mevr. Virginie HUYS

vzw Sovervlag
Sint-Jansstraat 32-38
1000 Brussel
Tel: 02/5150388
Fax: 02/5150308
E-mail: *virgine.huys@socmut.be*

Prof. dr. Katrien KESTELOOT

Financieel Directeur
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/344973
Fax: 016/344920
E-mail: *katrien.kesteloot@uzleuven.be*

Dhr. David LARMUSEAU

Psychiatrische Centra Sleidinge
Weststraat 135
9940 Sleidinge
Tel: 09/3580449
Fax: 09/3580466
E-mail: *david.larmuseau@pcsleidinge.be*

Dhr. Jos LIEVENS

Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
Martelaarslaan 204 B
9000 Gent
Tel: 09/2335099
Fax: 09/2333589
E-mail: *jl@fdgg.be*

Prof. dr. Fred LOUCKX

VUB, vakgroep Medische Sociologie
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
Tel: 02/4774720
Fax: 02/4774711
E-mail: *flouckx@vub.ac.be*

Prof. dr. Lea MAES

UZ Gent, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (Blok A)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/2403685
Fax: 09/2404994
E-mail: *lea.maes@UGent.be*

Dhr. Philip MARROYEN

CGG Noord-West-Vlaanderen
Langestraat 113
8000 Brugge
Tel: 050/342424
Fax: 050/342142
E-mail: *cgg.nwvl.directie@easynet.be*

Mevr. Leen MEULENBERGS

FOD Volksgezondheid, International Relations Division
Esplanadegebouw K
1010 Brussel
Tel: 0495/381305
Fax: 02/2186746
E-mail: *lmeulenbergs@skynet.be*

Prof. dr. Koen MILISEN

K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Kapucijnenvoer 35, 4^e verdieping
3000 Leuven
Tel: 016/336975
Fax: 016/336970
E-mail: *koen.milisen@med.kuleuven.be*

Dhr. Christophe MOUTON

VZW Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman
Directeur Administratie, Financiën, Informatica en Technische dienst
Briekestraat 12
8900 Ieper
Tel: 057/223716
Fax: 057/223408
E-mail: *christophe.mouton@yperman.net*

Prof. dr. Gaëtane STASSIJNS

UZA, Fysische Geneeskunde en Revalidatie
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03/8213589
Fax: 03/8254317
E-mail: *gaetane.stassijns@uza.be*

Prof. dr. Sigrid STERCKX

Universiteit Gent, vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap
Blandijnberg 2
9000 Gent
Tel: 09/2647887
Fax: 09/2644187
E-mail: *sigrid.sterckx@UGent.be*

Prof. Dr. Stephan VAN DEN BROUCKE

Onderzoeksgroep voor Stress, Gezondheid en Welzijn
K.U.Leuven
Tiensestraat 102
3000 Leuven
E-mail: *stephan.vandenbroucke@psy.kuleuven.be*

Dhr. Jozef VAN HOLSBEKE

Verbond van Verzorgingsinstellingen (VVI)
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02/5070198
Fax: 02/5135269
E-mail: *jvh@vvi.be*

Prof. dr. Nik VAN LAREBEKE

UZ Gent, Studiecentrum Carcinogenese en Primaire Preventie van Kanker (3K3)
Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Experimentele Cancerologie
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 02/3801410
GSM: 0475.44.99.55
Fax: 02/3811645
E-mail: *nicolas.vanlarebeke@UGent.be*

Dr. Kristiane VAN LIERDE

UZ Gent, dienst Logopedie (gebouw 2P1)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/2402391
Fax: 09/2404993
E-mail: *kristiane.vanlierde@UGent.be*

Mevr. Rosette VAN OVERVELT

Fusieziekenhuis MONICA
Florent Pauwelslei 1
2100 Deurne – Antwerpen
Tel: 03/3205601
Fax: 03/3205600
E-mail: *rvanovervelt@monica.be*

Prof. dr. Patrick VAN REEMPTS

UZ Antwerpen; Dienst Neonatologie
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03/8215802
Fax: 03/8214802
E-mail: *patrick.van.reempts@uza.be*

Dr. Arne VAN RENTERGHEM

Hundelgemsesteenweg 1252
9820 Merelbeke
Tel: 09/2308668
Fax: 09/2322001
E-mail: *arne@mediaventures.be*

Dhr. Luc VAN ROYE

Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Nederlandstalige Kamer
Gildenstraat 9-11
1000 Brussel
Tel: 02/2868552
Fax: 02/2306694
E-mail: *luc.vanroye@vov-info.be*

Prof. dr. Joost WEYLER

UA, Campus Drie Eiken
Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Antwerpen
Tel: 03/8202653
Fax: 03/8202640
E-mail: *joost.weyler@ua.ac.be*

EXTERNE DESKUNDIGEN

Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Dr. Joël BOYDENS

Landsbond Christelijke Mutualiteiten, Medische Directie
Haachtsesteenweg 579-PB 40
1031 Brussel
Tel: 02/2464473
Fax: 02/2464649
E-mail: *joel.boydens@cm.be*

Mevr. Mieke CRAEYMEERSCH

Similes
Groeneweg 151
3001 Heverlee
Tel: 016-232382
Fax: 016-238818
E-mail: *mieke.craeymeersch@chello.be*

Dhr. Raphael DE RYCKE

Stropstraat 119

9000 Gent

Tel: 09/2214545

Fax: 09/2219889

E-mail: *raf.de.rycke@fracarita.org*

Mevr. Hilde DIERCKX

Dutselstraat 160

3220 Holsbeek

Tel: 016/348608

Fax: 016/344947

E-mail: *hilde.dierckx@uz.kuleuven.ac.be*

Dhr. Leo DU LAING

Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)

Guimardstraat 1

1040 Brussel

Tel: 02/5070195

Fax: 02/5135269

E-mail: *ldl@vvi.be*

Mevr. Patricia LEBEER

Socialistische Mutualiteit

Vrijdagmarkt 10

9000 Gent

Tel: 09/2655686

Fax: 09/2655850

E-mail: *patricia.lebeer@socmut.be*

Mevr. Ann MOENS

Scheldedijk 7

9200 Dendermonde

Tel: 03/7600050

Fax: 03/7650050

E-mail: *annmoens@ggz.be*

Prof. dr. Jozef PEUSKENS

Universitair Centrum St-Jozef

Leuvense Steenweg 517

3070 Kortenberg

Tel: 02/7580511

Fax: 02/7595380

E-mail: *jozef.peuskens@uc-kortenberg.be*

Dhr. Stefaan VAN ROEY

Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Gildenstraat 9-11
1000 Brussel
Tel: 02/2335472
Fax: 02/2306694
E-mail: *stefaan.vanroey@vov-info.be*

WERKGROEP GEZONDHEID EN MILIEU

Mevr. Ethel BRITS

VITO, Milieutoxicologie
Retieseweg
2440 Geel
Tel: 014/335215
Fax: 014/582657
E-mail: *ethel.brits@vito.be*

Prof. dr. Wim DECOEN

UA, Campus Middelheim
Labo Ecofysiologie, Biochemie & Toxicologie
Groenenborgerlaan 171
2020 Antwerpen
Tel: 03/2653370
Fax: 03/2653497
E-mail: *wim.decoen@ua.ac.be*

Dhr. Willem DHOOGHE

UZ Gent, Dienst Endocrinologie 6K12IE
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/2400333
Fax: 09/2403897
E-mail: *willem.dhooge@UGent.be*

Dr. Marc GOETHALS

Onze Lieve Vrouw-Ziekenhuis
Moorselbaan 164
9300 Aalst
Tel: 053/724223(OLV)
Fax: 053/724029 (OLV)
GSM: 0475/234012
E-mail: *m.goethals@skynet.be*, *marc.goethals@olvz-aalst.be*

Prof. dr. Peter HOET

K.U.Leuven, Arbeids-, milieu en verzekeringsgeneeskunde en afdeling, Pneumologie –
Longtoxicologie
Herestraat 49 O& N 706
3000 Leuven
Tel: 016/347115
Fax: 016/347124
E-mail: *peter.hoet@med.kuleuven.be*

Prof. dr. Colin JANSSEN

Laboratorium voor Milieutoxicologie
Jozef Plateastraat 22
9000 Gent
Tel: 09/2643775
Fax: 09/2643766
E-mail: *colin.janssen@UGent.be*

Prof. dr. Gregor VERHOEF

UZ Gasthuisberg, departement Hematologie
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/346880
Fax: 016/346881
E-mail: *gregor.verhoef@uz.kuleuven.ac.be*

COLOFON

Samenstelling en tekstbehandeling:

Tom Meulenbergs

Inhoudelijk medewerker Vlaamse Gezondheidsraad

Verantwoordelijke uitgever:

Prof. dr. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

Administratie Gezondheidszorg

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Markiesgebouw lokaal 434

Markiesstraat 1

B-1000 BRUSSEL

E-mail: *vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be*

Website: *www.wvc.vlaanderen.be/vgr*

Depotnummer:

D/2006/3241/014

Druk en layout:

Drukkerij Peeters

Warotstraat 50

B-3020 HERENT

Uitgave:

Maart 2006