

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Jaarverslag 2002



ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

VOORWOORD

De Vlaamse Gezondheidsraad werd in 1997 opgericht, en kreeg van de toenmalige Vlaamse minister bevoegd voor Gezondheidsbeleid de opdracht het 'gezonde geweten' van de Vlaamse overheid te belichamen. Er werd bewust gekozen voor een samenstelling van deskundigen op het vlak van gezondheid met zeer diverse specialismen en achtergronden: artsen en paramedici, economen, sociologen, juristen,.... Dit heeft de afgelopen jaren gezorgd voor een brede kijk op de gezondheidsproblematiek en een multidisciplinaire adviesverlening.

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft er intussen zijn eerste 5 jaar werking opzitten. In deze 5 jaar is de raad zeer actief geweest: er werden in totaal 60 adviezen gefinaliseerd, er waren 10 werkgroepen actief, en er werden 24 literatuurstudies uitgevoerd in opdracht van de VGR. Rekening houdend met de beperkte middelen en het feit dat de leden en externe experts zich vrijwillig inzetten en steeds opnieuw een deel van hun kostbare tijd moeten vrijmaken voor vergaderingen en het nalezen van teksten, is dit op zich al een prestatie. De onderwerpen van deze adviezen waren zeer uiteenlopend, van milieu-effecten, over geestelijke gezondheidszorg, tot een conceptueel kader voor de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Enkele voorbeelden van adviezen die vertaald werden in concrete beleidsmaatregelen zijn ondermeer de formulering van gezondheidsdoelstellingen, van kwaliteitsthema's en -indicatoren voor psychiatrische ziekenhuizen, palliatieve netwerken en RVT's,

2002 was voor de Vlaamse Gezondheidsraad een overgangsjaar, met de aanstelling van een nieuw samengestelde raad in september, waarbij de oorspronkelijke samenstelling van de raad voor de helft werd vernieuwd (17 nieuwe leden vs 18 "blijvers"). Door die gedeeltelijke hernieuwing is er een goed evenwicht tussen continuïteit en vernieuwing. Getuige daarvan de tips en adviezen die ik van de vorige voorzitter, Prof. Katrien Kesteloot, mocht ontvangen, waarvoor mijn oprechte dank.

Maar aangezien de vorige raad reeds in het begin van het jaar werd opgeheven, heeft de werking van de VGR bijna een half jaar stil gelegen. Daardoor kan, ten onrechte, de indruk worden gewekt dat 2002 een kalm jaar was. Sinds zijn benoeming in september is de raad in zijn nieuwe samenstelling echter al zeer actief geweest. In zijn eerste werkingsmaanden heeft de raad van de minister reeds 4 adviesvragen ontvangen, waarvan er 2 zijn behandeld in ad hoc opgerichte werkgroepen, waarbij ook externe experts werden betrokken. In totaal zijn er op 4 maanden tijd 14 vergaderingen geweest (hoewel het aantal vergaderingen niet noodzakelijk een indicator is voor de graad van activiteit...).

Uit vele goed onderbouwde interventies, spontane reacties en doordachte voorstellen blijkt de sterke betrokkenheid van vele leden, wat ik erg heb geapprecieerd. Ook wens ik hier aan te geven hoe zeer ik onder de indruk was van het tijdige en kwaliteitsvolle werk dat werd geleverd door de ondersteunende personen in de Vlaamse administratie: Ria Vandenreyt, Machteld Wauters en Regine Bouilliaert. Zonder hen zouden de adviezen ongetwijfeld veel later, en niet met dezelfde kwaliteit gerealiseerd worden. Vooral aan hen daarom ook mijn bijzondere dank!



De huidige leden hebben besloten om de manier van werken van de Raad, met name voor de behandeling van adviesvragen, binnenkort te evalueren en hierover te overleggen met de minister. We moeten streven naar een rol voor de Raad die inspeelt op de huidige noden van het beleid, met respect voor onafhankelijkheid. Concreet betekent dit dat we grondig moeten nadenken over onder andere het tijdstip binnen het besluitvormingsproces waarop de Raad geraadpleegd wordt. Ook betekent het dat we opnieuw moeten nadenken over de aard van het advies dat van de Raad verlangd wordt. Het 'gezonde geweten' moet in de mate van het mogelijke op wetenschappelijke argumenten berusten, maar uit mijn beperkte ervaring met de raad blijkt dat we niet ontsnappen aan adviezen die gevoed worden door pragmatische overwegingen, het zoeken naar evenwicht enz... Wellicht is dat niet altijd een slechte zaak maar men moet dit durven in vraag stellen en nadenken over een manier om de rol van de raad en het type van adviesverlening beter te omlijnen.

Hoe moet het verder met de Vlaamse Gezondheidsraad? De vraag werd hier vorig jaar ook al gesteld, en is momenteel opnieuw zeer actueel in het kader van de geplande herstructurering van de adviesraden. Deze hervorming heeft de bedoeling om per beleidsdomein één strategische adviesraad te creëren. Concreet zou dit voor de Vlaamse Gezondheidsraad een samenvoeging met de Gezins- en Welzijnsraad betekenen (beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid). Wellicht zal voor het jaar 2003 de grote uitdaging dan ook worden om bij deze hervormingen de onafhankelijke, onbevooroordeelde en wetenschappelijk gefundeerde adviesrol te kunnen behouden.

De VGR hoopt in de toekomst verder te kunnen bijdragen tot het Vlaamse gezondheidsbeleid en het verbeteren van de gezondheidstoestand van alle Vlamingen, want dat moet het ultieme doel zijn waarvoor we geregeld naar Brussel komen. Daartoe rekenen we erop ook in de toekomst een beroep te kunnen doen op de constructieve medewerking en inzet van de leden en externe experts.

Prof. Lieven ANNEMANS
Voorzitter VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD



VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

JAARVERSLAG 2002

INHOUD

VOORWOORD	1
1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD ALS ADVIESORGAAN	9
A) OPDRACHT	9
B) SAMENSTELLING	9
C) STRUCTUUR	10
D) HUIDIGE SAMENSTELLING	10
E) ONDERSTEUNING	16
2. ACTIVITEITEN 2002	17
A) OVERZICHT VERGADERINGEN	17
B) GEFINALISEERDE ADVIEZEN	17
2.1. ADVIES INZAKE MASSACOMMUNICATIE OVER BINNENHUISPOLLUTIE	18
2.2. ADVIES INZAKE EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE VAN ZIEKENHUIZEN	28
2.3. VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG	48

3. PLANNING 200353

3.1. ADVIEZEN OP VRAAG (IN VOORBEREIDING)	53
A) VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE HET GEZONDHEIDSINFORMATIESYSTEEM.	53
B) VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG.	53
C) ADVIESVRAAG M.B.T. UITVOERING KOSTEN- BATENANALYSE VAN NACHTVLUCHTEN.	54
D) POSITIE VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD MET BETREKKING TOT HET KADERDECREET OP DE STRATEGISCHE ADVIESRADEN.	55
E) ADVIES OVER ZESDE GEZONDHEIDSDOELSTELLING IN VERBAND MET PREVENTIE VAN ZELFMOORD EN DEPRESSIE.	55
3.2. EIGEN INITIATIEVEN	57
A) WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	57
B) RICHTLIJNEN VOOR BEOORDELING VAN ONTWERPDECRETEN	57
C) GLOSSARIUM MET TERMINOLOGIE	57
D) EVALUATIE WERKING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD	58

BIJLAGEN59

BIJLAGE 1 :	
ADRESSENLIJST LEDEN VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD	59
BIJLAGE 2 :	
ADVIES VAN HET VLAAMS INSTITUUT VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE INZAKE DE COMMUNICATIE ROND CO-INTOXICATIE	65

COLOFON76



1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad ALS ADVIESORGAAN

a) Opdracht

Volgens het decreet van 20 december 1996 houdende de oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad heeft de Vlaamse Gezondheidsraad als algemene opdracht de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement op haar verzoek of op eigen initiatief advies te verlenen omtrent alle gezondheidsaangelegenheden. Daartoe dient hij het gezondheidsbeleid en de ontwikkelingen inzake gezondheid te volgen en te toetsen aan de gezondheidsstatus van de bevolking en oog te hebben voor de nieuwe noden betreffende de gezondheidszorg, het aanbod van de verzorgingsvoorzieningen te evalueren en voorstellen te formuleren voor de verdere ontwikkeling ervan.

De Raad verleent in het bijzonder advies over de volgende aangelegenheden:

- de sociologische, epidemiologische, wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen die relevant zijn voor het gezondheidsbeleid en voor de afstemming ervan op de zich ontwikkelende behoeften;
- de 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 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 15 vrouwen tegenover 20 mannen, en bij benoeming van de Raad waren 12 leden 35 jaar of jonger.

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 zijn er 2 'ad hoc' werkgroepen samengesteld voor de bespreking van decreten. In 2003 wordt de samenstelling van een permanente werkgroep 'Geestelijke Gezondheidszorg' gepland.

d) Huidige samenstelling

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

Voorzitter : Dhr. Lieven Annemans
Bureau : Mevr. Carine Boonen
Mevr. Joke Denekens
Dhr. Luc Hens
Dhr. David Larmuseau
Dhr. Jos Lievens
Dhr. Christophe Mouton

PREVENTIEVE KAMER	CURATIEVE KAMER
Voorzitter Dhr. David Larmuseau	Voorzitter Mevr. Carine Boonen
Leden	Leden
Mevr. An Boudewyns	Dhr. Jean-Pierre Baeyens
Dhr. Jan De Maeseneer	Dhr. Bert De Bakker
Dhr. Maurits De Ridder	Mevr. Mia Defever
Mevr. Joke Denekens	Mevr. Hendrika Dijkhoffz
Mevr. Maya Detiège	Mevr. Karin Genoe
Dhr. Luc Hens	Mevr. Virginie Huys
Dhr. Karel Hoppenbrouwers	Mevr. Katrien Kesteloot
Dhr. Fred Louckx	Dhr. Jos Lievens
Mevr. Lea Maes	Dhr. Philip Marroyen
Dhr. Stephan Van den Broucke	Mevr. Leen Meulenbergs
Dhr. Nik Van Larebeke	Dhr. Koen Milisen
Mevr. Kristiane Van Lierde	Dhr. Christophe Mouton
Dhr. Patrick Van Reempts	Mevr. Gaëtane Stasseyns
Dhr. Joost Weyler	Mevr. Sigrid Sterckx
	Dhr. Jozef Van Holsbeke
	Mevr. Rosette Van Overvelt
	Dhr. Arne Van Renterghem
	Dhr. Luc Van Roye

VGR-ledenlijst

NAAM	OPLEIDING / DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. Prof. dr. Lieven ANNEMANS	Licentiaat in de Lichamelijke Opvoeding, Bijzonder Licentiaat in de bedrijfskunde, Handels- ingenieur, Doctor in de Toegepaste Economische Wetenschappen, spec. Gezondheidseconomie	• HEDM • Universiteit Gent - Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen	Wetenschappelijk directeur Docent gezondheidseconomie
Dhr. Prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS	Dokter in de Geneeskunde Internist-Geriater	• AZ Damiaan Oostende • Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatric	Hoofdgeneesheer Secretaris-Generaal
Mevr. Dr. Carine BOONEN	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde	• Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen	Algemeen Directeur
Mevr. Dr. An BOUDEWYNS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde en Doctor in de Medische Wetenschappen	• UZ Antwerpen – dienst NKO	Arts - Onderzoekster
Dhr. Bert DE BAKKER	Licentiaat in de Politieke en Sociale Wetenschappen; Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen	• Virga Jesseziekenhuis Hasselt	Algemeen Directeur
Mevr. Prof. dr. Mia DEFEVER	Licentiaat en Doctor in de Sociale Wetenschappen	• KU Leuven – Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap • Health Policy	Hoogleraar Editor
Dhr. Prof. dr. Jan DE MAESENEER	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; geaggregeerde hoger onderwijs	• Universiteit Gent - Vakgroep Huisarts- geneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg • Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Gent	Hoogleraar huisartsgenees- kunde Huisarts (deeltijds)
Mevr. Prof. dr. Joke DENEKENS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; geaggregeerde hoger onderwijs	• Universitaire Instelling Antwerpen Faculteit Geneeskunde - Vakgroep Huisartsgeneeskunde • Groepspraktijk Mechelen	Hoogleraar en diensthoofd Academisch adviseur onderwijs UA Huisarts (deeltijds)

NAAM	OPLEIDING / DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. Dr. Maurits DE RIDDER	Geneesheer-hygiënist, arbeidsgeneeskunde en radioprotectie Licentiaat in de Milieusanering	- Fed. Min. van Tewerkstelling en Arbeid - Universiteit Gent – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde	Geneesheer-Arbeidsinspecteur Wetenschappelijk medewerker
Mevr. Maya DETIEGE	Apotheker	- Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten - Apotheek Multipharma 465, Antwerpen	Hoofdapotheker Adjunct-apotheker
Mevr. Hendrika DIJKHOFFZ	Verpleegkundige Licentiaat in de Rechten	Sint Vincentiusziekenhuis Antwerpen	Stafmedewerker verpleegkundig departement
Mevr. Karin GENOE	Licentiaat in de Politieke Wetenschappen – bestuurskunde Postgraduaat in de Bedrijfskunde	UZ Leuven	Administratief manager
Dhr. Prof. dr. Luc HENS	Licentiaat in de Biologie Doctor in de wetenschappen	VUB – Vakgroep Menselijke Ecologie	Hoogleraar en diensthoofd
Dhr. Prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS	Dokter in de Genees-, heel- en verloskunde; Gediplomeerde in de gespecialiseerde studie van Jeugdgezondheidszorg Doctor in de Medische Wetenschappen	- KU Leuven – Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg Jeugdgezondheidszorg - Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg	Docent en onderzoeker Voorzitter
Mevr. Virginie HUYS	Ziekenhuisverpleegkundige ; verpleegkundige thuisgezondheidszorg ; Licentiaat in de Medische en Sociale Wetenschappen	Sovervlag vzw – dept. Gezondheid en Welzijn	Stafmedewerker thuisverpleging
Mevr. Prof. dr. Katrien KESTELOOT	Licentiaat en Doctor in de Economische Wetenschappen	- UZ Leuven - K.U. Leuven - Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap	Financieel Directeur Gewoon hoogleraar
Dhr. David LARMUSEAU	Licentiaat in de Toegepaste Economische Wetenschappen Licentiaat in de Medische-Sociale Wetenschappen	Psychiatrische Centra Sleidinge	Administratief-Economisch Directeur

NAAM	OPLEIDING / DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. Jos LIEVENS	Licentiaat in de Pedagogische en Psychologische Wetenschappen	• Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg	Directeur
Dhr. Prof. dr. Fred LOUCKX	Licentiaat en Doctor in de Sociologie	• VUB - faculteit Geneeskunde en Farmacie	Gewoon hoogleraar
Mevr. Prof. dr. Lea MAES	Licentiaat in de Sociale Wetenschappen Doctor in de Medische Wetenschappen	• Universiteit Gent - Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde	Docent
Dhr. Philip MARROYEN	Licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen (Sociale Pedagogie)	• CGG Noord-West-Vlaanderen • Federatie van diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg	Directeur Voorzitter
Mevr. Leen MEULENBERGS	Licentiaat in de Psychologie	• FOD Volksgezondheid - International Relations Division • Vlaams Patiëntenplatform	Secretaris
Dhr. Prof. dr. Koen MILISEN	Verpleegkundige; Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen en Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen	• KU Leuven - Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap • UZ Leuven - Dienst geriatrie	Docent verplegingswetenschap Verpleegkundig specialist
Dhr. Christophe MOUTON	Burgerlijk Scheikundig Ingenieur Bedrijfskundig Ingenieur	• UZ Leuven	Administratief manager
Mevr. Prof. dr. Gaëtane STASSIJS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; specialisatie Fysische Geneeskunde en Revalidatie Doctor in de Medische Wetenschappen	• UZ Antwerpen - Fysische Geneeskunde en Revalidatie • UIA	Adjunct-kliniekhoofd Docent
Mevr. Prof. dr. Sigrid STERCKX	Licentiaat en Doctor in de Moraalwetenschappen	• Universiteit Gent - Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap • Universiteit Antwerpen - Faculteit Toegepaste Economische Wetenschappen	Postdoctoraal navorser Deeltijds Docent

NAAM	OPLEIDING / DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dr. Stephan VAN DEN BROUCKE	Licentiaat en Doctor in de Psychologie	- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie - Onderzoek en Documentatie - KU Leuven – dept. Psychologie (Onderzoeksgroep voor Stress, Gezondheid en Welzijn)	Wetenschappelijk Afdelingshoofd Deeltijds Docent
Dhr. Jef VAN HOLSBEKE	Ziekenhuisverpleegkundige Licentiaat Medisch-Sociale en Ziekenhuiswetenschappen	Verbond der Verzorgingsinstellingen - Geestelijke Gezondheidszorg	Stafmedewerker Sectorcoördinator voor de GGZ
Dhr. Prof. dr. Nik VAN LAREBEKE	Dokter in de Geneeskunde; geaggregeerde hoger onderwijs; Milieudeskundige	- Universiteit Gent (vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Exp. Cancerologie) - Free Clinic, Brussel	Hoofddocent Arts (Deeltijds)
Mevr. Dr. Kristiane VAN LIERDE	Licentiaat in de Logopedie en Audiologie Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen	Universiteit Gent, Universitair ziekenhuis Gent, dienst NKO, Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	Wetenschappelijk medewerker Doctor-assistent in de Logopedie
Mevr. Rosette VAN OVERVELT	Ziekenhuisapotheker	Fusieziekenhuis MONICA Deurne-Antwerpen	Algemeen Directeur
Dhr. Prof. dr. Patrick VAN REEMPTS	Geneesheer-specialist in de Kindergeneeskunde en Neonatologie Geaggregeerde voor Hoger Onderwijs	- UZ Antwerpen – dienst neonatologie - UA – Vakgroep Pediatrie, Faculteit Geneeskunde	Diensthooft Hoofddocent pediatrie
Dhr. 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
Dhr. Prof. dr. Joost WEYLER	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; Verzekerings- en Arbeidsgeneeskunde; Epidemioloog	UIA – Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde	Hoofddocent Epidemiologie

e) Ondersteuning

De administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (team algemene beleidsondersteuning) 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
Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap
administratie Gezondheidszorg
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 Machteld Wauters

2. ACTIVITEITEN 2002

a) Overzicht vergaderingen

Sinds de installatie van de nieuwe Raad begin september hebben er 14 vergaderingen plaats gehad : 4 plenaire vergaderingen, 4 vergaderingen van het bureau, en 6 vergaderingen van werkgroepen ter voorbereiding van adviezen omtrent 3 decreten (respectievelijk betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg, de bedrijfsgezondheidszorg, en het gezondheidsinformatiesysteem).

DATUM	TYPE	INHOUD
3-9-2002	Plenaire	Installatievergadering nieuwe Raad
17-9-2002	Plenaire	Verkiezing bureau en ondervoorzitters
26-9-2002	Ad hoc werkgroep	Bespreking decreet eerstelijnsgezondheidszorg
15-10-2002	Bureau	
15-10-2002	Plenaire	
29-10-2002	Bureau	
7-11-2002	WG GIS *	Bespreking decreet gezondheidsinformatiesysteem
19-11-2002	Bureau	
26-11-2002	WG BGZ *	Bespreking decreet bedrijfsgezondheidszorg
9-12-2002	WG GIS	
12-12-2002	WG BGZ	
17-12-2002	Plenaire	
17-12-2002	Bureau	
21-12-2002	WG BGZ	

* WG GIS = werkgroep Gezondheidsinformatiesysteem
WG BGZ = werkgroep Bedrijfsgezondheidszorg

b) Gefinaliseerde adviezen

In 2002 werden door de Vlaamse Gezondheidsraad 3 adviezen afgewerkt. In zijn vorige samenstelling rondde de Raad nog een advies op vraag af inzake massacommunicatie over binnenhuispollutie en een advies op eigen initiatief inzake de externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen. In zijn nieuwe samenstelling formuleerde de Raad op vraag van de minister een advies omtrent het voorontwerp van decreet betreffende eerstelijnsgezondheidszorg.

Daarnaast kreeg de nieuwe Raad nog 2 adviesvragen voorgelegd omtrent voorontwerpen van decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem en de bedrijfsgezondheidszorg, die beide in behandeling zijn (zie adviezen in voorbereiding onder punt 3)

Hieronder vindt u een 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/) of kunnen op het secretariaat worden aangevraagd.

2.1. ADVIES INZAKE MASSACOMMUNICATIE OVER BINNENHUISPOLLUTIE

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies kwam er op vraag van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen. In haar brief van 23 oktober 2001 vroeg zij de Raad om een advies te formuleren omtrent de opportuniteit van massacommunicatie over binnenhuispollutie.

De aanleiding hiertoe was de vaststelling dat de pollutie-niveaus voor heel wat stoffen binnenshuis hoger zijn dan in het buitenmilieu, dat we allemaal het grootste deel van de dag binnenshuis verblijven, en dat de klassiek als gevoelige groepen aangeduide zeer jonge kinderen en ouderen extra veel tijd binnenshuis doorbrengen. Bovendien wordt de binnenluchtkwaliteit als één van de voornaamste medisch milieukundige problemen in Europa bestempeld, en is een belangrijke fractie van de jaarlijks door milieufactoren verloren gezonde levensjaren (DALY's of disability-adjusted life years) te wijten aan binnenhuisfactoren. Anderzijds heeft de individuele burger op het binnenklimaat in zijn woonst een grotere mogelijke impact dan op het buitenklimaat. Een informatie- en sensibiliseringscampagne is dus zeker een te overwegen element dat deel kan uitmaken van een beleidsaanpak voor deze thematiek.

II. METHODIEK

De preventieve kamer, aangevuld met leden uit de werkgroep 'fysisch-chemisch milieu', kwam met het oog op het uitwerken van dit advies samen op 5 en 18 december 2001. Omwille van hun specifieke kennis en ervaring werd aan het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie gevraagd een advies voor te bereiden over CO-intoxicatie. Dit document werd (in bijlage) mee opgenomen in dit advies (zie bijlage 2).

Een ontwerp van advies werd overgemaakt aan alle leden van de plenaire vergadering, die de mogelijkheid kregen hun commentaar, visie en/of aanvullingen te formuleren. Deze reacties werden verwerkt in de definitieve adviestekst.

Dhr. Rudi Overloop volgde het proces van adviesformulering op als inhoudelijk medewerker van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. BELEIDSADVIES

1. Situering

"Gezondheid en milieu" is een actueel en maatschappelijk belangrijk beleidsthema waarover de Vlaamse Gezondheidsraad in het verleden reeds enkele adviezen formuleerde. Een wat verwaarloosd aspect van omgevingsverontreiniging met potentiële gezondheidsgevolgen is evenwel de binnenhuispollutie. Elementen die daartoe bijdragen zijn de over verschillende departementen versnipperde bevoegdheden, het gebrek aan beleidsprecedenten, terughoudendheid om zich te mengen in wat als persoonlijke levenssfeer wordt beschouwd, alsook de algemene perceptie dat pollutie een buitenshuisfenomeen is. Toch liggen pollutie-niveaus voor heel wat stoffen binnenshuis hoger dan in het buitenmilieu. Bovendien verblijven we allemaal het grootste deel van de dag binnenshuis, wat maakt dat de blootstelling aan deze stoffen groter is, en dit geldt nog in sterkere mate voor gevoelige groepen als zeer jonge kinderen, ouderen en zieken.

Wetenschappelijke en beleidspublicaties stellen dan ook dat:

- Alhoewel nog verre van volledig gekarakteriseerd, binnenluchtkwaliteit als één van de voornaamste medisch milieukundige problemen in Europa bestempeld kan worden¹;
- Een belangrijke fractie van de jaarlijks door milieufactoren verloren gezonde levensjaren, uitgedrukt als 'disability-adjusted life years' te wijten zijn aan binnenhuisfactoren²;
- In het Vlaams beleid meer aandacht voor de binnenhuispollutie wenselijk is³
- Campagnes om het publiek besef te vergroten en informatie te verspreiden nodig zijn⁴

Naar aanleiding van een vraag om stappen te ondernemen in de aanpak van de CO-problematiek, heeft de administratie Gezondheidszorg voorgesteld om deze problematiek ruimer te bekijken en te kaderen binnen gezondheidsproblemen verbonden aan het binnenhuismilieu.

Volgende thema's werden geselecteerd:

- CO-preventie
- Vochtigheid, schimmels, allergie
- Chemische agentia (formaldehyde, rook, ...)

¹ 2e Europese conferentie aangaande gezondheid en milieu, Helsinki 1994.

² De Hollander et al: An aggregate public health indicator to represent the impact of multiple environmental exposures. *Epidemiology* 10:606-617, 1999.

³ Ad hoc commissie milieu en gezondheid, Vlaams Parlement, 2001.

⁴ Directoraat-Generaal voor onderzoek, Europees Parlement, 1997.

Vanuit het besef dat de individuele burger een grotere mogelijke impact op het binnenklimaat in zijn woonst heeft dan op het buitenklimaat, werd een voorstel uitgewerkt waarbij informatie en sensibilisatie van de burger deel uitmaken van een beleidsaanpak voor deze thematiek. Er wordt voorgesteld een campagne te voeren, gespreid over drie jaar, onder de gemeenschappelijke noemer 'ventilatie', waarbij ieder jaar dezelfde thema's herhaald worden, maar telkens de klemtoon op één thema wordt gelegd. Het eerste jaar zou de CO-problematiek aan bod komen.

Men stelt voor dat de campagne zou bestaan uit 6 concrete acties:

1. Informatieverspreiding: hiervoor zijn 3 doelgroepen, nl. de algemene bevolking, die via een mediacampagne (spot + folders) zou worden bereikt; de zorgverstrekkers (met als doel de herkenning van het probleem te bevorderen); en installateurs (concrete informatie m.b.t. veilige toestellen en omstandigheden).
2. Screening van woningen: primaire (op vraag van bewoner of eigenaar) en secundaire (na intoxicatie)
3. Saneringspremies
4. Juridische acties
5. Indoor cartings
6. Registratie

De minister vraagt aan de VGR advies over de opportuniteit en uitwerking van een dergelijke campagne.

2. Advies : algemeen

Uit de studie blijkt dat er op het vlak van preventie van binnenhuispollutie nood is aan

- meer onderzoek en een betere registratie: de bestaande registratie is te weinig gestructureerd om een degelijk zicht te krijgen op de omvang van de problemen. In de literatuur wordt diverse malen gewezen op grote en talrijke lacunes wat betreft onze kennis over de omvang en het effect van binnenhuispollutie
- een multidisciplinaire invalshoek en een geïntegreerde benadering: deze zijn noodzakelijk om de verschillende determinanten te kunnen beïnvloeden en het probleem aldus op een effectieve manier aan te vatten
- meer coördinatie van preventie-initiatieven: een goed uitgewerkte preventiestrategie moet de versnippering tegengaan en alle actoren motiveren voor dezelfde doelstelling
- evaluatie van preventie-projecten: dit moet toelaten besluiten te trekken over de effectiviteit van de initiatieven, en een kosten-batenanalyse op te stellen.

De VGR is van mening dat een communicatiecampagne nuttig kan zijn en kan bijdragen tot het succes van een preventiecampagne, maar dat het onderwerp, in casu de preventie van binnenhuispollutie, een zeer grondige aanpak verdient. Communicatiecampagnes die onvoldoende gedragen worden door begeleidende maatregelen, die onvoldoende overlegd zijn met de diverse actoren, die onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn en die onvoldoende

ingebod zijn in een strategisch goed ontwikkeld preventieprogramma, hebben sowieso weinig slaagkansen.

Een extern expert van de werkgroep Gezondheid en Fysisch-Chemisch Milieu is van oordeel dat voorlichtingscampagnes hun doel nooit volledig zullen bereiken. In Nederland echter slaagt men erin om al meer dan 10 jaar geen enkel geval van CO-intoxicatie te hebben. Daar kan namelijk geen enkel verwarmingstoestel geplaatst worden zonder keuring. Een efficiëntere oplossing dan een campagne is dan ook een verplichting in te voeren waarbij elk nieuw toestel bij aankoop moet worden geregistreerd en moet worden geïnstalleerd door een erkende installateur, die tegelijkertijd de rest keurt. Dergelijke maatregel kun je echter opleggen bij de aanschaf van nieuwe toestellen, maar dan moeten toch nog acties ondernomen worden om de veiligheid van de duizenden toestellen die reeds in gebruik zijn te garanderen.

De leden van de Preventieve Kamer stellen zich ook vragen bij de ethische aspecten van deze voorstellen: in hoeverre kan een overheid ingrijpen in het binnenhuismilieu? En legt de bescherming en afscherming van het privé-domein à priori geen zware hypotheek op het mogelijk succes van dergelijke campagnes?

3. Concrete antwoorden op de vragen gesteld door de minister

- *Meent de Raad dat de aanpak van binnenhuispollutie vanuit volksgezondheidkundig standpunt een hoge beleidsprioriteit verdient binnen een algemeen "Gezondheid en Milieu" beleid?*

Het thema van de binnenhuispollutie is voldoende belangrijk om er meer aandacht aan te besteden. In Vlaanderen is echter de blootstelling nog niet voldoende geëvalueerd. Op populatieniveau is zeer weinig bekend over gezondheidseffecten bij blootstelling aan een combinatie van agentia en stimuli in het binnenmilieu. Bekend is dat de blootstelling aan radon en roken een onderling versterkend effect hebben op de kans op longkanker. Ook bij asbest en roken is er sprake van een meer dan additief effect op de gezondheid.⁵

De toename van de incidentie van astma of COPD (chronische bronchitis en longemfyseem) in Nederland⁶ wordt door sommige onderzoekers mede in verband gebracht met een verslechterd binnenmilieu in woningen en in scholen. Als oorzaak wordt daarbij vooral de isolatie en het daardoor kierdichter worden van woningen genoemd, met gevolgen voor de vochthuishouding en binnenluchtkwaliteit. Voldoende wetenschappelijk aangetoond is dit niet.

Veel gezondheidseffecten zijn echter aspecifiek, dat wil zeggen niet aan één oorzaak te relateren. Aspecifieke gezondheidseffecten zijn gewoonlijk mede afhankelijk van zowel endogene als exogene en leefstijl-afhankelijke factoren.

De aandacht voor de binnenhuispollutie mag alleszins niet gaan ten koste van andere domeinen.

⁵ Milieu en Gezondheid 2001, Overzicht van risico's, doelen en beleid, TNO-rapport 2001, p. 144 zelfde rapport, p. 147

- *Acht de Raad het zinvol dat de Vlaamse overheid een communicatie- en informatiecampagne start over binnenhuispollutie?*

Ja, indien dergelijke campagne deel uitmaakt van een groter geheel van begeleidende maatregelen en acties (zie verder).

- *Zo ja, welke themata zijn binnen een dergelijke campagne prioritair?*

Voor wat betreft CO-intoxicatie en de preventie ervan is in Vlaanderen voldoende expertise aanwezig om interventies te starten. Deze expertise is aanwezig bij de diverse deelnemers aan vroegere campagnes, recent gecoördineerd door het VIG. Van deze expertise moet zeker gebruik gemaakt worden bij het opstarten van nieuwe initiatieven (zie advies uitgewerkt door VIG in bijlage 2). Voor wat betreft de andere thema's rijzen er meer problemen op het vlak van expertise die direct inzetbaar is.

Het derde thema "chemische stoffen" verdient alleszins meer consideratie. Chemische agentia zijn een enorm breed terrein (zie bijlage): bv. hoort het hele gamma van verf- en drogisterijproducten daar ook toe?

Er zijn natuurlijk nog andere thema's die aandacht verdienen (zie bijlage): tabaksrook (in de naar schatting 60% woningen waarin wordt gerookt, is tabaksrook verreweg de grootste vervuilende bron in het binnenmilieu. Tabaksrook heeft ook onder meer effect op de concentratie van koolmonoxide, formaldehyde en benzeen in woningen), bakken en braden met olie, het gebruik van openhaarden, ... De leden van de Preventieve Kamer vinden alleszins dat de keuze van de thema's relevant is, maar onvoldoende verantwoord wordt.

Het lijkt anderzijds wel aangewezen om een beperkt aantal thema's te kiezen; dit biedt het voordeel dat alle aandacht hierop kan gericht worden, met mogelijk een groter effect.

- *Welke zijn de prioritaire doelgroepen (bewoners; eigenaars/bouwers; ontwerpers/producenten)?*

Er zijn ongetwijfeld meer dan drie doelgroepen. Deze moeten bijzonder zorgvuldig afgebakend worden : de aandacht moet ook gaan naar gezondheids- en welzijnswerkers, huurders (o.a. studenten, pas afgestudeerden, ...), huurdersbonden, architecten, ingenieurs, onderhoudspersoneel, allerlei intermediaire organisaties.

Het voorgestelde initiatief kan (deels) gekaderd in een algemeen beleid van Duurzame Ontwikkeling. Immers, veel problemen met een ongezond binnenhuismilieu staan in verband met slechte huisvesting en dus met sociale uitsluiting. Een groot knelpunt bij het realiseren van verbeteringen in het binnenmilieu is de krappe woningmarkt, zowel in de koop- als huursector, zeker als het gaat om de relatief "goedkopere" segmenten. Woonconsumenten hebben nauwelijks de mogelijkheid gezondheidsoverwegingen bij hun woningkeuze te laten meespelen.

Speciale aandacht moet uitgaan naar zeer jonge kinderen en ouderen : zeer jonge kinderen zijn bij uitstek gevoelig voor allergische en chemische sensibilisering van het immuunsysteem. Door een verminderd weerstandsvermogen zijn ook ouderen en zieken extra gevoelig voor bacteriële, virale en schimmelinfecties.

- *Voortgaande op internationale precedents en/of literatuur, welke impact kan van een dergelijke campagne verwacht worden?*

Een systematische literatuursearch zou moeten doorgevoerd worden en een bevraging bij buitenlandse instituten die dergelijke campagnes mogelijks hebben opgezet. Binnen het korte tijdsbestek van deze adviesvraag is een grondig onderzoek echter niet mogelijk.

Bij gebrek aan voldoende gegevens uit de literatuur en van bevoegde instituten is een voorbereidend project noodzakelijk om voldoende gegevens te verzamelen voor het systematisch plannen van een massa mediale campagne of een campagne via andere kanalen. Momenteel blijkt niemand in Vlaanderen voldoende op de hoogte van de problematiek om op deze vraag een pasklaar antwoord te geven.

- *Als bijlage vindt u een draft voorstel van mijn administratie aangaande een informatie-campagne over de binnenhuisproblematiek welke geïntegreerd zit in een breder gamma van beleidsacties. Is een dergelijke aanpak nuttig en zo ja, welke aanpassingen stelt de Raad voor ter optimalisering van het voorstel?*

Het kan zinvol zijn gebruik te maken van de LOGO's. Helaas hebben deze niet steeds de gewenste directe impact "te velde". Vandaar het voorstel om mede op gemeentelijk niveau te ageren waar diverse instanties een beter inzicht hebben in lokale problemen. Eigen initiatieven via OCMW's kunnen worden ingepast.

De oplossing van problemen met het binnenmilieu wordt in Nederland⁷ vooral gezocht in de sfeer van gedragsvoorlichting, handleidingen voor de praktijk (inclusief voorbeeldprojecten), productvoorlichting en het stimuleren van initiatieven tot verbetering. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de overheid nog wel een kader of raamwerk aangeeft van basisregels met betrekking tot gezondheid, veiligheid en welzijn, maar de verantwoordelijkheid voor een goed binnenmilieu is primair een zaak voor de bewoners en andere partijen in de markt zoals architecten, ontwerpers, installateurs, beheerders, detailhandel, adviseurs. De overheid verwacht dat deze acties de komende jaren een gunstig effect hebben op de kwaliteit van het binnenmilieu. Dit betreft met name verbeterde bouwconstructies, vervanging van verwarmingsapparatuur naar systemen met een "gesloten afvoer" van verbrandingsgassen zoals NOx en CO, verbeterde ventilatievoorzieningen, vochtbestrijdingsprogramma's, terugdringing van VOS (Vluchtige Organische Stoffen)-houdende producten, verwijderen van asbest, het vervangen van loden drinkwaterleidingen en het rookbeleid. Daarnaast is het streven erop gericht om door middel van een stelsel van keurmerken, de goede kwaliteit van tot de woning behorende installaties en van binnenhuis te gebruiken consumentenartikelen te garanderen.

Een andere mogelijke strategie wordt beschreven in Healthy Indoors (Canada)⁸: er worden vijf doelen vooropgesteld en een aantal concrete richtlijnen uitgewerkt om deze doelen te bereiken.

⁷ Milieu en gezondheid 2001, pag. 142-155

⁸ Healthy Indoors, Achieving Healthy Indoor Environments in Canada (www.healthyindoors.com), Discussion Paper for Phase II, pag. 9-19

Doel 1: gezondheidswinst boeken en professionele opleiding verbeteren

- meer onderzoek doen
- meetinstrumenten ontwikkelen die de voordelen van een gezonde binnenhuisomgeving kunnen aantonen
- de opleiding van gezondheidswerkers verbeteren

Doel 2: een revolutie nastreven in het ontwerp van nieuwe en gerenoveerde gebouwen

- de vorming van geïntegreerde teams promoten (architecten, gezondheidsspecialisten, ingenieurs, onderzoekers, ontwikkelaars, ondernemers) dmv incentives en programma's
- de kosten en baten kwantificeren
- professionele vorming in de sector verbeteren
- het ontwikkelen en promoten van praktisch haalbare doelstellingen, ratingsystemen en standaarden

Doel 3: een nationale campagne voeren om de gezondheid in bestaande gebouwen te verbeteren

- de vorming van geïntegreerde teams promoten
- de kosten en baten kwantificeren
- professionele vorming in de sector verbeteren
- een brede sociale marketing campagne uitwerken voor eigenaars en huurders
- het ontwikkelen en promoten van praktisch haalbare doelstellingen en ratingsystemen door financiële stimuli

Doel 4: ontwikkeling en gebruik van vernieuwende producten, materialen en technologieën

- promoot de ontwikkeling en het gebruik van producten met lage emissie (database ontwikkelen, normen en richtlijnen opstellen, labels promoten)
- monitoring- en controle-technologieën ontwikkelen en aanwenden (sensoren, testkits)

Doel 5: gezond individueel gedrag en consumentenbewustzijn promoten

- nood aan een bewustmakingsproces op lange termijn
- doelgroepen: eigenaars, vastgoedmakelaars, ondernemers, onderhoudspersoneel, beleidsmakers, industriëlen, ouders, gezondheidswerkers. Specifieke doelgroepen moeten afgebakend en specifieke programma's opgesteld.
- steun campagnes voor kinderen en in scholen
- bewustmaking en engagement van het grote publiek (via media, inspectiediensten, labelling-programma's, cijfers bekendmaken, informatie verspreiden, ...). Labelling-programma's beïnvloeden het koopgedrag van de consument, leiden tot productverbeteringen en kunnen een positieve invloed hebben op de kwaliteit van het binnenhuismilieu.

➤ *Aan welke vereisten moet de communicatie voldoen om de grootst mogelijke reductie van het gezondheidsrisico te bewerkstelligen?*

We kunnen vaststellen dat de vorige CO-campagnes hun doel niet bereikt hebben (het aantal CO-doden is niet verminderd). Het is duidelijk dat een communicatiecampagne gedragen moet worden door een hele reeks maatregelen en acties.



Hieronder sommen we enkele bouwstenen op voor een inclusieve aanpak.

- nood aan een geïntegreerde benadering (het binnenhuismilieu is een complex systeem: ventilatie, licht, energie, vocht, bouwmaterialen, meubels, ... en een reeks (potentieel) vervuilende stoffen interageren met de bewoners en beïnvloeden het binnenhuismilieu)
- samen met de diverse betrokken partijen een actie uitwerken en promoten
- streven naar een beter begrip en bewustmaking bij het brede publiek : o.a. strijden tegen vooroordelen (luchtverversingssystemen en schoonmaakproducten zijn soms meer vervuilend dan zuiverend)
- Wie neemt de verantwoordelijkheid? Wie legt rekenschap af? Wie neemt initiatief? Geen gemakkelijk op te lossen vraag in een land als België waar de bevoegdheden erg versnipperd zijn
- recht op weten : meet- en controle-instrumenten ontwikkelen en ter beschikking stellen ; verzamelde data publiek maken
- wettelijk kader scheppen : om de problemen daadwerkelijk te kunnen aanpakken acht de Preventieve Kamer het nodig dat een stringente wetgeving terzake wordt opgesteld.

Tabel 1: Overzicht mogelijke vormen van binnenhuispollutie

OORZAKEN - AGENTIA	GEZONDHEIDSRISICO	RISICOGROEPEN	MOGELIJKE INTERVENTIES
Stikstofdioxide, formaldehyde Vluchtige organische stoffen uit bouwmaterialen, meubels, ... Tabaksrook Verbrandingsgassen uit open toestellen Emissies uit kledingsstoffen	Irritatie of prikkelend gevoel in ogen, neus en keel	Astmapatiënten, COPD-patiënten, zeer jonge kinderen, weinig mobiele ouderen, zieken, en mensen met een slecht functionerend afweer-systeem	
Nicotine, koolmonoxide en insecticiden	Neurotoxische reacties zoals hoofdpijn, vermoeidheid, duizeligheid of misselijkheid		
Huisstofmijten, plaagdieren (zoals kakkerlakken), schimmels, bacteriën en pollen afkomstig uit de buitenlucht	Allergische reacties: astma, COPD (chronische bronchitis en longemfyseem)		Vocht c.q. droogte, met als maat het vochtgehalte of de relatieve luchtvochtigheid, is een belangrijke bevorderende c.q. belemmerende factor voor biologische agentia
Defecten aan de warmwatervoorziening	Besmetting van de longen door de Legionellabacterie		
Defecten aan de airco-installatie	Bacteriële, soms ook virale, infecties en schimmel-infecties		
Sommige vluchtige organische stoffen zoals glycolethers en -esters in watergedragen verfsystemen en reinigings- en onderhoudsmiddelen	Reprotoxische en genotoxische effecten		
Radon, asbest, benzeen, PAK's, ftalaatesters (weekmakers), pentachloorfenol (houtverduurzaming), asbesthoudende stofdeeltjes en omgevingstabaksrook Ioniserende straling van de radioactieve vervalproducten van radon en thoron die van nature voorkomen in de bodem en bouwmaterialen	Carcinogene effecten		Straling als gevolg van radon en thoron uit bouwmaterialen normeren

OORZAKEN - AGENTIA	GEZONDHEIDSRISICO	RISICOGROEPEN	MOGELIJKE INTERVENTIES
Fijn stof: belangrijkste bronnen: tabaksrook, rook van open haarden, lucht uit de wasdroger en deeltjes uit de buitenlucht	Aandoeningen van de luchtwegen astma, allergieën	Astmapatiënten, COPD-patiënten, zeer jonge kinderen, weinig mobiele ouderen, zieken, en mensen met een slecht functionerend afweersysteem	
Geluid (buren, ventilatie, CV-installatie)	Slaapverstoring, stressverschijnselen		reglementering i.v.m. de vereiste contactgeluidsisolatie aanpassen emissiebeperking van geluid van vaste installaties
Thermische factoren zoals lucht- en stralingstemperatuur	Aantasting van het comfort en hinder		
Lichtkwaliteit: dag-, zon- en kunstlicht	Hinder, oogklachten, hoofdpijn		

2.2. ADVIES INZAKE EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE VAN ZIEKENHUIZEN

I. HISTORIEK EN BELEIDSKADER

Dit advies komt er op eigen initiatief van de Vlaamse Gezondheidsraad. De Vlaamse Gezondheidsraad vond het aangewezen om, verder bouwend op een aantal bestaande adviezen - een Ziekenhuisconcept voor Vlaanderen (15/12/1998); Memorandum Conceptueel Kader voor de Vlaamse Gezondheidszorg (15/06/1999) - over ziekenhuizen advies te geven, met de focus op enkele specifieke onderwerpen. Externe kwaliteitsevaluatie van de ziekenhuizen werd als eerste thema gekozen.

De maatschappelijke vraag naar kwaliteitsgaranties is reëel. Dit geldt ook t.a.v. ziekenhuizen: het is voor de patiënt, voor ziekenfondsen, voor de overheid, enz. nuttig te weten welke ziekenhuizen voldoen aan een bepaald kwaliteitsniveau. De zorgaanbieders zoeken zelf adequate technieken om goede, kwaliteitsvolle zorg te evalueren. Zij willen de efficiëntie, het verantwoord gebruik en de noodzaak aan middelen aantonen. Er bestaat dan ook een vraag naar het toepassen van nieuwe kwaliteitsbeoordelingstechnieken, complementair of vernieuwend ten aanzien van de huidige inspectie. Dit advies is een eerste aanzet om aan te geven hoe bijkomende kwaliteitsgaranties voor ziekenhuizen gerealiseerd kunnen worden.

II. METHODIEK

De werkgroep 'externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen' telde 11 leden : 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dr. P. Waterbley (voorzitter), dhr. B. De Bakker, mevr. L. Decaluwe, dr. E. Wauters; en 7 externe experts: prof. dr. P. Blockx, prof. dr. F. Colardyn, dr. D. Devos, dr. D. Himpe, dr. R. Mertens, mevr. A. Proost, mevr. A. Van De Velde.

De werkgroep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 13 februari 2001. In totaal werd 10 keer vergaderd (13/02/2001, 20/03/2001, 17/04/2001, 15/05/2001, 19/06/2001, 17/07/2001, 18/09/2001, 16/10/2001, 20/11/2001, 11/12/2001).

Mevr. Karen Colaert en mevr. Wendy Christiaens volgden het proces van adviesformulering als inhoudelijk medewerkers van de Vlaamse Gezondheidsraad op.

De plenaire vergadering keurde het advies schriftelijk goed. Het bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten.

III. ADVIES

1. Passend investeren in een professionele externe kwaliteitsevaluatie ("smart costs")

Voor kwaliteit in de gezondheidszorg bestaan veel definities. Volgende voldoende "stevige" definitie werd gekozen als uitgangspunt : "...the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current knowledge"¹

Intern kwaliteitsbeleid van de ziekenhuizen blijft de essentie :

- Kwaliteit moet continu geleverd en geëvalueerd worden. Men kan en mag niet naast elke "stielman" continu een controleur plaatsen. Externe kwaliteitsevaluatie is slechts intermitterend.
- Kwaliteitsaandacht en –beleid gebeurt best in een multidisciplinaire, open en motiveerende sfeer ("bottom-up", al was het maar voor het belang van een eerlijke registratie en rapportering).
- De lokale context of specificiteiten (bijv. type van diensten, architectonische eigenschappen ...) zijn dikwijls een gegeven waar enkel intern vlot mee kan omgesprongen worden.

Maar een moderne, professionele en geloofwaardige externe kwaliteitsevaluatie is eveneens onmisbaar geworden.

Externe kwaliteitsevaluatie is een objectiverende (onafhankelijke) bevestiging dat er voldoende bewijsmateriaal is om met redelijke zekerheid te stellen dat de kwaliteit, beoordeeld ten aanzien van expliciete standaarden, intern gewaarborgd wordt.

De vroegere erkenningsprocedures van de overheid voldoen niet meer. Een gezamenlijk project van externe kwaliteitsevaluatie door de verschillende stakeholders, kan een antwoord zijn op een gezamenlijke uitdaging :

- De zorgverstrekkers staan voor het organiseren van steeds complexere en meer ingrijpende zorgpatronen. Het visualiseren en objectiveren van geleverde kwaliteit werkt niet alleen bevestigend, maar kan belangrijk zijn vanuit aansprakelijkheidsstandpunt of voor het legitimeren van aanspraak op middelen.
- De patiënt wordt terecht mondiger, kritischer en moet er kunnen op rekenen dat ziekenhuizen aan essentiële standaarden voldoen.
- De overheid en de verzekeringsinstellingen hebben hun specifieke verantwoordelijkheid. Het aanpakken van het variatiefenomeen (prijs en volume) kan enkel degelijk indien er parallel gewerkt wordt aan een professionele techniek van kwaliteitsevaluatie. Nieuwe previsionele budgettering veronderstellen een begeleidende kwaliteitsgarantie, zij het maar om fenomenen als onderconsumptie te voorkomen. Vormen van contracting moeten naar méér dan de prijs kijken.
- Tenslotte is er de internationale vergelijkbaarheid van kwaliteit, vereist bij een internationalisatie van de zorgvraag en –aanbod.

¹ Lohr, 1990, in 'Lied T.R., Sheingold S.H.: Relationships among performance measures for medicare managed care plans. Health Care Financing Review, Spring Vol. 22, nr 3, p 23-33, 2001.'

Een externe kwaliteitsevaluatie mag geen bureaucratie worden. Het mag voor de zorgverstrekkers die dagelijks instaan voor de organisatie en het werk, geen vreemde, demotiverende aangelegenheid worden die daarenboven nog veel middelen opslorpt.

Wel moeten voldoende middelen voorzien worden voor een gezamenlijk project van de verschillende stakeholders. Vooraf moet de wil er zijn om er iets professioneels van te maken op een vergelijkbaar internationaal niveau. Dit veronderstelt de bereidheid tot investeren, gezien zonder de nodige middelen het project enkel een papieren tijger wordt en dan ook geen zin meer heeft. Ons land kent momenteel geen uitzonderlijk hoge administratiekosten voor de gezondheidszorg. Een verschuiving van bureaucratische administratie naar intelligente organisatiekosten (smart costs) kan reeds middelen vrijmaken.

2. "Scope" (breedte van de evaluatie) : ook de core business (medische en verpleegkundige zorg)

Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen moet duidelijk onderscheiden worden van domeinen als de erkenning van individuele zorgverstrekkers. Deze materie komt hier niet ter sprake.

Binnen de externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen, dient volgend onderscheid gemaakt.

- De strikte overheidserkenning (autorisatie) en de compliance audit (het voldoen aan de strikte overheidsreglementering).

De wetgeving (o.a. de erkenningsbesluiten) mag niet te exhaustief zijn. Overregulering leidt tot onbedoelde effecten en schiet dikwijls zijn doel voorbij. Kwaliteitsevaluatie veronderstelt heel flexibele mechanismen in een snel evoluerende materie en sector.

De strikte overheidserkenning en de compliance audit, gebeurt best door de overheidsadministratie. Dit heeft ook het voordeel dat de equipes die ingezet worden voor de verdere kwaliteitsevaluatie van de zorg, niet met deze taak belast worden.

- De verdergaande kwaliteitsevaluatie betreft zowel de herkenbare kwaliteit (bijv. patiëntensatisfactie) als de wetenschappelijke kwaliteit (evidence based).

De externe kwaliteitsevaluatie moet immers durven gaan tot de "core business" wil ze relevant en geloofwaardig zijn.

Een evaluatie van kwaliteitssystemen, van het management van zorgprocessen is een noodzaak. Tevens moet op een verstandige en voorzichtige manier gebruik kunnen gemaakt worden van performantie-indicatoren, ook op medisch vlak (toepassen van universeel aanvaarde internationale standaarden). Externe kwaliteitsevaluatie moet hier zijn ambitie rationeel beperken tot het nagaan van de grote lijnen die meetbaar zijn en waar algemene consensus over bestaat.

Dit deel van de evaluatie moet een stimulans zijn voor het intern kwaliteitsbeleid rond de "core business"

3. Public disclosure

Eenmaal het professionele extern evaluatiesysteem voldoende zijn waarde en betrouwbaarheid bewezen heeft, moet een afgesproken open informatie aan het publiek kunnen gebeuren.

Vooreerst is iedereen als potentiële patiënt een betrokken partij. Daarnaast zal dit mechanisme een extra stimulus voor het interne kwaliteitsbeleid zijn. Tenslotte is een georganiseerd, gefundeerd en genuanceerd antwoord op een bestaande vraag van het publiek te verkiezen boven de boulevardpers.

4. Keuze voor accreditatie

Er worden internationaal vier systemen voor kwaliteitsevaluatie onderscheiden. ISO-certificatie concentreert zich op het kwaliteitssysteem.² EFQM komt net als ISO uit de industrie, is heel breed management-gericht en beperkt zich tot het verlenen van een "award".

Visitatie en accreditatie zijn meer specifiek voor de gezondheidszorg. Maar visitatie wordt internationaal gedefinieerd als praktijkgerichte evaluatie onder collega's (peers).

Accreditatie lijkt momenteel de meest aangewezen techniek voor onze vraagstelling. Het heeft zijn connecties met de gezondheidszorg en kan ook andere technieken integreren zoals ISO-certificatie voor bijvoorbeeld medisch-technische diensten. Daarnaast worden bij accreditatie ook performantie-indicatoren toegepast, waardoor de "core-business" (cfr. supra) ook aan bod kan komen.

Enkele essentiële principes voor accreditatie

1. Het opstellen van expliciete prioriteitsdomeinen, expliciete standaarden en een expliciete gestandaardiseerde procedure.

Er wordt best stap voor stap gewerkt. Ook in het buitenland beperkte men voor een eerste fase de ambitie tot enkele prioriteitsdomeinen.

De standaarden en procedure moeten voldoen aan de internationale criteria (cfr. infra: ALPHA-project).

2. "Accrediting the accreditors".

De accrediterende instantie moet eveneens voldoen aan expliciete criteria. De internationale standaarden moeten hier kunnen getoetst worden.

3. Onafhankelijk en zeker niet louter de overheid.

Er wordt hier geen uitspraak gedaan over het privé of openbaar karakter van de accrediterende instelling.

Het is duidelijk dat de accrediterende instantie over de nodige onafhankelijkheid moet beschikken.

Gezien de sector zelf het project moet dragen én de expertise in de sector zit (bijv. geneesheren, verpleegkundigen, technici, managers met gespecialiseerde expertise en ervaring), kan de accreditatie niet louter overgelaten worden aan de overheid. De internationale criteria voor accreditatie onderstrepen overigens het belang van een heel grote betrokkenheid van de stakeholders (de medische, paramedische, technische en management-professionals van de ziekenhuissector, de overheid, de verzekeringsinstellingen...). Een gezamenlijk project voor een gezamenlijke uitdaging.

² ISO = International Organisation for Standardization; EFQM = European Foundation for Quality Management

Concrete aanpak: enkele suggesties

Een onafhankelijke instantie moet opgezet worden met overduidelijke betrokkenheid van de sector.

Aan volgende taakafspraken kan gedacht worden :

a) Wetenschappelijke commissies :

multidisciplinaire expertengroepen die zoeken naar prioritaire aandachtsgebieden en expliciete criteria (literatuur, ontwikkelen consensus, internationale contacten ...).

b) Accreditatieraad.

- Bekrachtigt de expliciete prioriteitsgebieden, de expliciete standaarden en de gestandaardiseerde procedure
- Bepaalt het globaal beleid over public disclosure
- Brengt een jaarlijks globaal rapport uit over de kwaliteitsproblematiek en over de activiteiten

c) Accreditatiecollege.

- Valideert de rapporten van de accreditatie per instelling. Er wordt een uitspraak gedaan binnen vooropgestelde categorieën, bijv. zonder en met aanbevelingen, met licht of ernstig voorbehoud (en passende termijnen voor herevaluatie).
- Beslist in de concrete dossiers over public disclosure
- Brengt een jaarlijks rapport uit over de kwaliteit in de ziekenhuizen

d) Uitvoerende multidisciplinaire accreditatieteams.

Hier moet een luik "kwaliteitsdeskundigen" (audit, statistiek, uniforme aanpak, ...) voorzien zijn en een luik "professionele experts" (clinici, verpleegkundigen, managers, ...).

In de huidige Belgische constellatie, lijken a) en b) logischerwijze onder de federale bevoegdheid en c) en d) onder de gemeenschapsbevoegdheid te vallen.

Hoe dan ook moet tussen de instanties een intense samenwerking en wederzijdse feedback gebeuren. Indien er een politieke beslissing komt, kunnen andere punten uitgewerkt worden zoals ondermeer waar de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid en sanctionerende bevoegdheid ligt, wat als beroepsmogelijkheid voorzien wordt én wat gedaan wordt voor kwaliteitsevaluatie van de extramurale sector.

5. Internationaal denken en bijbenen

Ons land moet het warm water niet uitvinden.

In bijlage³ is een overzicht opgenomen van internationale toepassingen van accreditatie. Ons land zal zeker geen voorloper meer zijn. Maar intense contacten met bijvoorbeeld Nederland en Frankrijk, kunnen ons snel doen bijbenen.

³ te vinden op de VGR-website: www.wvc.vlaanderen.be/vgr/.

Het internationale ALPHA-project (ISQua⁴) moet hier zeker vermeld worden.

- Vooreerst wil dit project de vier systemen (ISO, accreditatie, visitatie, EFQM) integreren tot één uniform systeem. Dit project moet verder opgevolgd worden.
- Daarnaast ondersteunt dit project landen die beginnen aan de ontwikkeling van een accreditatieproces en de nodige standaarden.
- Tenslotte voorziet dit project een internationaal evaluatieproces om accrediteerders te accrediteren.

IV. ACHTERGROND

A. SITUERING

1. De maatschappelijke vraag naar kwaliteitsgaranties in de gezondheidszorg

a. De cliënt

De *maatschappelijke vraag naar kwaliteitsgaranties* in de gezondheidszorg, en dus ook in ziekenhuizen, is *reëel*⁵. Dit geldt op de eerste plaats ten aanzien van de cliënt: de *bevolking* en de *externe verwijzers* (bijv. huisartsen) maar ook in toenemende mate de verzekeraars (privé en ziekenfondsen).

Aan de hand van kwaliteitsgaranties kan worden *aangetoond dat er goede zorg wordt geleverd*. Dit houdt twee elementen in: 1) de garantie dat er overal een bepaalde minimumkwaliteit in de zorg aanwezig is en 2) de waarborg van het kwaliteitsverbeterend effect.

In het verlengde hiervan is *cliënteninformatie* een belangrijk gegeven. Een heel ingrijpende beslissing wordt nog vaak genomen op basis van de vermeende reputatie van een ziekenhuis of ziekenhuisgeneesheer. De verwijzer moet dikwijls, als adviseur, het kaf van het koren scheiden op basis van eigen ervaring, voortgaand op een eigen kwaliteitsbeoordeling op afstand. Openheid en transparantie kunnen deze situatie verbeteren.

Ook '*public disclosure*' kan het gevolg zijn van de eis tot kwaliteitsgaranties. Public disclosure bevat interessante mogelijkheden: een sector kan een reputatie van een gesloten corporatisme, dat te weinig kritisch is om kwaliteitsmaatregelen te nemen, vermijden. De ervaring in het buitenland met public disclosure was echter dikwijls negatief: sensatie, al te oppervlakkige parameters, geen correctie van de data volgens case-mix met onterecht nakijken van verwijzingscentra, DRG-creep, weigeren van risico-patiënten, enz. Het is belangrijk dat de ziekenhuissector zelf, eventueel samen met de overheid en andere partijen, het initiatief neemt om *transparantie* te garanderen. Zo kunnen alle verduidelijkingen, nuances, statistische beperkingen, enz. meegegeven worden om sensatie te vermijden. Een recht op informatie zal zo niet ontsporen. Externe kwaliteitsevaluatie kan hierbij een rol spelen.

⁴ ALPHA staat voor 'Agenda for Leadership in Program for Healthcare Accreditation', en vertegenwoordigt de activiteiten van ISQua. ISQua staat voor 'International Society for Quality in Healthcare'.

⁵ Shaw, CD: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Qual Health Care 12: 170, 2000.

b. De ziekenhuizen

De ziekenhuizen kijken uit naar moderne mechanismen van externe kwaliteitsevaluatie. De nieuwe technologieën en de veroudering van de bevolking zijn slechts twee elementen die een blijvende stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg verklaren.

Soms moeten ziekenhuizen jarenlang kwaliteitsinitiatieven in stand houden zonder adequate financiering ⁶. Externe kwaliteitsevaluatie kan een legitimatie zijn voor de nood aan middelen. Bovendien kan het een instrument zijn tot succes in de competitiestrijd tussen ziekenhuizen die aanleiding kan geven tot kwaliteitsverbetering. De externe kwaliteitsevaluatie kan de ziekenhuizen helpen bij het zo efficiënt mogelijk verschaffen van zorg. Externe kwaliteitsevaluatie kan ook kaderen binnen de internationalisering van zorg.

De aansprakelijkheids crisis in de VSA toonde veel nefaste gevolgen van een recht op schadevergoeding dat ontspoord. Men ontwikkelde er sindsdien belangrijke mechanismen om zowel de cliënt als de zorgaanbieder eerlijk te behandelen: bepaalde procedures om energieopslopende onterechte betwistingen en verdachtmakingen te vermijden, peer review protection law ⁷ enz.

De Vlaamse zorgaanbieders willen ook moderne procedures en *afgesproken criteria van wat onder vereist kwaliteitstoezicht verstaan wordt* ⁸. Fenomenen als een (voor advocaten en geïnteresseerde cliënten lucratieve) heksenjacht, defensieve geneeskunde en het weigeren van hoogrisico patiënten kunnen vermeden worden indien duidelijker vastligt wat onder zorgvuldigheid verstaan wordt. *Externe kwaliteitsevaluatie kan even geruuststellend zijn voor een raad van beheer als het werk van een externe bedrijfsrevisor.*

In het licht van bovenstaande overwegingen, kunnen ook verzekeraars burgerlijke aansprakelijkheid interesse tonen.

c. Het 'variatie-fenomeen' qua prijs, kwaliteit of type activiteit

Er zijn inherente onzekerheden in een toegepaste en steeds evoluerende wetenschap als geneeskunde. Er zijn verschillende scholen voor bijna elke subdiscipline. Maar bepaalde vaststellingen kunnen niet door de beugel ⁹. *Consumptieverschillen* zijn reëel, maar tot nu toe werd er nog niet ingegrepen.

Prijsvariatie wordt door de overheid en verzekeringsinstellingen getolereerd en geïnduceerd: ze doen geen controles i.f.v. prijsvariaties (bijv. de forfaitaire vergoeding voor een heupprothese of keizersnede). Supplementen (door artsen, ook door ziekenhuizen) verschillen van streek tot streek. De duurdere aanbieders claimen dikwijls superieure kwaliteit te leveren. Maar dit wordt niet gestaafd. Externe kwaliteitsevaluatie kan een steun zijn in deze discussie. *Superieure prijs voor superieure kwaliteit, moet bewezen worden.*

⁶ Een voorbeeld is het wegwerpmateriaal, waar een strikte kwaliteitspolitiek – eenmalig gebruik dus – jarenlang niet vergoed werd door de overheid, die zijn ogen leek te sluiten voor dit probleem. Andere voorbeelden zijn de moleculaire biologie en de electrofysiologie. In Frankrijk vond de overheid ooit dat Factor VIII niet moest verhit worden en dat bepaalde antistoffen niet moesten opgespoord worden. De 'Centre national de transfusion' had, gezien zijn statuut als overheidsinstelling, geen bewegingsruimte om zelf maatregelen te nemen. Frankrijk heeft eruit geleerd en nam toonaangevende initiatieven.

⁷ In ons land bestaat er geen enkele vorm van 'peer review protection': ziekenhuizen die registreren en een onderbouwd kwaliteitsbeleid voeren lopen risico's van beslag door een rechter van alles wat gedocumenteerd is.

⁸ Een hoofdgeneesheer, een medische raad, een directie en raad van beheer worden nog al te dikwijls geconfronteerd met een gebrek aan methodiek, onduidelijke bevoegdheid en slagkracht.

⁹ Bijvoorbeeld: 'Obsoleete technieken' (een RIZIV-terminologie, bijv. phonocardiografie) blijven middelen opsloppen, ten gunste van enkele achtergebleven of minder scrupuleuze professionals, maar ten nadele van veel anderen en ten nadele van nieuwe technieken of gefundeerde problemen.

Maar evenzeer moet *lagere kwaliteit door onbekwaamheid of krenterigheid* opgespoord worden, vooral indien provisionele externe budgetteringen de 'fee for service' meer en meer zouden vervangen.

d. Overheid

Tenslotte is de regulerende overheid ook vragende partij omdat duidelijk wordt dat de huidige erkennings- en programmatienormen voorbijgestreefd zijn.

Overaanbod moet vermeden worden (budgettair maar ook om kwaliteitsredenen gezien het belang van voldoende 'werkvolume'). Vraag is op welke wijze dit best gebeurt: 1) aan de hand van criteria zoals 'één per provincie' (met niet altijd kwaliteitsstimulerende intredebepalingen), of 2) met financiële incentives en moderne erkenningsinstrumenten die gedragsoriënterend zijn voor de aanbieders om, in samenwerking voor een epidemiologische regio, een rationeel en kwalitatief hoogstaand aanbod te ontwikkelen ('le concert des hôpitaux' in tegenstelling tot 'la guerre des hôpitaux').

2. Externe kwaliteitsevaluatie versus interne kwaliteitsinitiatieven

De maatschappelijke vraag naar kwaliteitsgaranties is reëel. Een externe kwaliteitsevaluatie kan een objectieve bekrachtiging zijn, maar nooit alle interne kwaliteitsinitiatieven vervangen of qua belang zelfs benaderen. In wat volgt wordt beknopt de context geschetst waarin de discussie over gestandaardiseerde vragen en formalismen tegenover de inhoud van het zorgproces, zich afspeelt.

a. Complexiteit van het zorgproces: de 'core business'

Een ziekenhuis is niet alleen heel *arbeidsintensief en kapitaalintensief* maar ook uiterst *complex qua productieproces* - waar het om leven of dood gaat.

De *scholingsgraad in ziekenhuizen* behoort tot de hoogste van de bedrijfssector. Er bestaan verschillende professies met eigen karakteristieken, die het runnen van dienst- of productieprocessen er niet eenvoudiger op maken.

De *zorgprocessen worden steeds invasiever en vereisen een steeds hogere en multidisciplinaire know how*. De medicamenteuze en technische diagnostische en therapeutische ingrepen veranderen van orde (ingrijpen op hoogrisico patiënten, mogelijkheden van beeldvorming en endoscopische, endovasculaire, en meer 'endo'-ingrijpen op het immunologisch systeem, en binnenkort ook op het genetisch systeem). De graad van multidisciplinaire know-how (artsen, verpleegkundigen, paramedici, fysici, ingenieurs, enz.) wordt dermate noodzakelijk dat communicatie, systematiek en geformaliseerde duidelijkheid van het proces kwaliteitspremissen zijn. Een geïntegreerd ziekenhuis is een premisse voor een geïntegreerde kwaliteitsbenadering.

Deze medische 'core business' van ziekenhuizen is de essentie van de zorg voor de patiënt en kan niet zomaar afwezig blijven bij een externe kwaliteitsevaluatie. Hier stelt zich *een bevoegdheidsprobleem voor de Vlaamse Gemeenschap* (cfr. infra).

Daarnaast is al duidelijk dat de vereiste know how voor het doen van kwaliteitsuitspraken dermate ge(sub)specialiseerd is, dat *een overheidsorgaan zonder expertenhulp niet zal volstaan*.

b. Randvoorwaarden en het aspect 'herkenbare kwaliteit' binnen een totale aanpak

De complexiteit van het zorgproces heeft implicaties voor de hele organisatie: complexiteit van technische diensten, van het veiligheidsbeleid, van het management. Een keuken in een ziekenhuis met immuun gecompromitteerde patiënten, is niet hetzelfde als een hotelkeuken. Er zullen *verschillende facetten* in aanmerking moeten genomen worden.

Naast de besproken 'wetenschappelijke kwaliteit' (evidence based quality) is er 'herkenbare kwaliteit' (observable quality) die ook in rekenschap moet genomen worden. De herkenbare kwaliteit is niet de essentie van de zorg voor de patiënt en daarenboven is de patiënt (of de familie) hier zelf een geïnformeerde waarnemer. Dit betekent evenwel niet dat externe kwaliteitsevaluatie blinde vlekken zou mogen hebben op terreinen als privacy, comfort en elementaire menselijkheid tijdens het zorgproces.

c. Intern en extern kwaliteitsbeleid: een wel te begrijpen complementariteit

Uit bovenstaande analyse blijkt dat *externe kwaliteitsevaluatie hoogstens een objectiverende bevestiging kan zijn om te stellen dat er voldoende bewijsmateriaal is om met redelijke zekerheid te stellen dat de kwaliteit intern gewaarborgd wordt*.

Enkel de interne kwaliteitsaanpak kan de continue optimalisering van de complexe processen aan. Een *kwaliteitsbeleid gebeurt daarom best bottom-up*, met aanwezigheid van multidisciplinaire competentie, en met een continue aandacht voor interne communicatie en de eigen specificiteiten van elke organisatie ¹⁰.

Alleen de interne kwaliteitsaanpak vermijdt nefaste mechanismen als de registratie-creep of het weigeren van hoog-risico patiënten. En een interne aanpak kan zoveel meer garanties geven voor het uiterst belangrijk ¹¹ niet-sanctionerend karakter van een kwaliteitsbeleid.

Dit is een waarschuwing ten aanzien van het gebruik van de *kwaliteitsindicatoren voorzien in het kwaliteitsdecreet*. Het lijken liquiditeitsparameters van financiële staten: ze kunnen op rood staan als er niets aan de hand is en een lichte aanpassing alle onrust neutraliseert, maar liquiditeitsparameters kunnen lang op groen staan en slaan slechts rood een dag voor het drama. Daarnaast zijn de kwaliteitsindicatoren *niet case-mix gecorrigeerd* en zou een schuchtere statistische aanpak (bv. informatie omtrent significantie) niet misstaan.

d. Interne kwaliteitsevaluatie in de ziekenhuizen

Er gebeurt al heel wat in de Vlaamse ziekenhuizen op het vlak van kwaliteitscontrole, kwaliteitsevaluatie, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbeleid.

¹⁰ Ziekenhuizen zijn onderling verschillend, bijv. een oncologisch-haematologische activiteit impliceert eigen kwaliteitscriteria

¹¹ Omwille van de objectiviteit van de informatie en de positieve medewerking van iedereen. Hierboven werd reeds de noodzaak van een minimaal wettelijk gegarandeerde peer review protection vermeld.

Voorbeelden (niet limitatief) daarvan zijn:

- klinische paden
- evidence based medicine
- medical audits
- incident reporting
- kwaliteitswerkgroepen (vaak bezig met het verbeteren van organisatorische aspecten zoals geneesmiddelendistributie, distributie van maaltijden)
- biomed-projecten (decubituspreventie, verpleegkundig dossier, enz.) gestuurd door de federale overheid
- FONA-registratie (fouten, ongevallen en bijna-ongevallen)
- Zelfevaluatie volgens het EFQM-model of de Vlaamse variant, Kwadrant ¹²
- Registratie van QIP-indicatoren ¹³
- Enkele ISO-certificaten in o.a. ziekenhuisapotheek, labo nucleaire geneeskunde, enz.
- Bewaking van ziekenhuishygiëne
- Formulariumcommissie
- Commissie medisch materiaal
- Perinatale sterfte

Het onderwerp van dit advies is evenwel niet het interne kwaliteitsbeleid. Externe kwaliteitsevaluatie moet gesitueerd worden ten aanzien van intern kwaliteitsbeleid. Er moet vermeden worden dat externe kwaliteitsevaluatie een eigen abstract kader oplegt dat allerlei zwaar bureaucratische verplichtingen oplegt aan ziekenhuizen, waardoor de interne initiatieven geremd worden.

e. Kwalitatief zorgproces buiten het ziekenhuis

Het zorgproces bij de patiënt loopt, na een steeds kortere en intermitterende ziekenhuisfase (opname of dagziekenhuis of poliklinisch), verder. *De huisarts en de thuiszorg zijn cruciaal bij het totaal verloop van een kwalitatief proces.* Naarmate de verblijfsduren in ziekenhuizen korter worden, wint transmurale zorg aan belang (cf. ziekenhuizen die geroutineerde expert-verpleegkundigen uitsturen voor complexe pijntherapie thuis; huisartsen die intra-muros multidisciplinair meer betrokken worden in het zorgproces). Hoewel dit advies zich beperkt tot externe kwaliteitsevaluatie in ziekenhuizen, moet er ook aandacht besteed worden aan kwaliteit van de extramurale sector.

¹² Kwadrant is een management model voor zorgexcellentie en is nauw verwant met modellen als EFQM en INK. Dit model werd specifiek ontwikkeld voor gebruik in Vlaamse zorginstellingen

¹³ Quality Indicator Project (QIP) bestaat uit een aantal sets van wetenschappelijk verantwoorde en gevalideerde indicatoren die de klinische zorg opvolgen die geleverd wordt binnen de instelling. Dit project, opgestart door Maryland Hospitals and Health Systems (MHA) in Baltimore, wordt wereldwijd gecoördineerd door het Centre for Performance Sciences en wordt in Vlaanderen begeleid door het CZV van KULeuven.

Dit geldt o.a. om stille actoren in de discussie niet te vergeten. *Extramurale* (soms of dikwijls commerciële) laboratoria, medische beeldvorming, enz. mogen niet vergeten worden vanuit budgettaire en kwalitatieve oogpunten. Ook zij moeten kwaliteit leveren en hun onmisbare rol in de gezondheidszorg legitimeren gezien de beperkte middelen en de grote uitdagingen voor de gezondheidszorg (nieuwe technologieën, veroudering bevolking).

f. Erkenningsprocedure Vlaamse overheid

1. Vroegere erkenningsprocedure

De huidige erkenningsprocedure bevat enkele karakteristieken die voor verbetering vatbaar lijken.

- *Eén geneesheer-inspecteur* doet - hoofdzakelijk - een '*compliance audit*', op basis van de erkenningsnormen. De *inspectie is niet multi-disciplinair* en slaat noch inhoudelijk op de 'core business' (medische zorg) noch op alle facetten zoals veiligheidsbeleid, keuken, huishoudelijke diensten, enz.
- *niet bottom-up* (alleen bemoedigende commentaar op lokale kwaliteitsinitiatieven)
- *geen expliciete standaarden* (met impact op rechtszekerheid), ten gevolge van de dikwijls wanordelijke en weinig systematische federale erkenningsnormen
- *De Vlaamse overheid inspecteert input* (d.i. voornamelijk structuur, bijv. hoeveel artsen zijn er), *niet het resultaat*. De registratie van output- en resultaatgegevens is nog niet sluitend. Betrouwbaarheid van gegevens is essentieel. Outcome bekijken is belangrijk maar is in veel gevallen moeilijk en er kunnen maar zelden conclusies aan gekoppeld worden: moeilijk te meten, stochastisch, zeldzame fenomenen, enz. Het belangrijkste probleem is dat er vaak geen consensus is over outcome. Daarom is het nuttig ook het proces te controleren (bijv. voor bepaalde infecties is het nodig regelmatig een screening te doen; men moet nakijken of het ziekenhuis dit echt doet en niet wachten tot er ongelukken gebeuren). Controle van het proces moet op de eerste plaats een interne aangelegenheid zijn, want elk proces aan externe controle onderwerpen is niet haalbaar.
- *te weinig analyse van het zorgproces* rond de patiënt (gevoelige communicatiemomenten, enz.)
- *Mogelijk te groot geloof in het kwaliteitsdecreet*, kwaliteitshandboek en kwaliteitsindicatoren (cfr. supra).

2. De visitatie

Beschrijving

Het ziekenhuis wordt bezocht door een groep van algemeen geneeskundige en verpleegkundige ambtenaren. Zij gaan na in welke mate beantwoord wordt aan de federale normen, maar beperken zich daar niet toe. Het overall bezoek duurt 5 dagen. Aan het eind van het bezoek formuleren zij hun conclusies.

Dit systeem van externe kwaliteitsevaluatie wordt visitatie genoemd, maar komt wat de eigenschappen betreft beter overeen met het accreditatiemodel.

Zwakke punten

Het is voor het ziekenhuis niet duidelijk waar het visitatieteam aandacht aan geeft, evenmin wat de standaarden zijn waartegen de realiteit van het ziekenhuis wordt getoetst. De ambtenaren hebben onvoldoende systematiek en wettelijke instrumenten, zij zijn met andere woorden beperkt in hun expertise en hun wettelijk instrumentarium.

Sterke punten

Het is een intensief bezoek van een groep personen, (i.p.v. van een individu) gedurende vijf dagen. Een aantal gekende kwaliteitsproblemen, waarvoor niet voldoende motivatie bestond om er iets aan te veranderen, worden blootgelegd. Dit heeft een mobiliserend effect.

B. BESCHRIJVING VAN DE VERSCHILLENDE MODELLEN VOOR EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE

In de internationale literatuur zijn vier modellen van externe kwaliteitsevaluatie te onderscheiden. Hoewel deze modellen op een aantal dimensies van elkaar verschillen, spreekt men toch van een convergentie van ISO, EFQM en accreditatie als een onmiskenbare toekomstige evolutie wat externe kwaliteitsevaluatie betreft ¹⁴. Hierna volgt een beschrijving en analyse van de vier modellen en de voor- en nadelen ervan.

1) Accreditatie

Het betreft een *systematische evaluatie van ziekenhuizen tegen een set van expliciete kwaliteitsstandaarden*. Dit gebeurt typisch op basis van een *standaardenhandboek* met enkele honderden standaarden. Evaluatie wordt gedaan o.m. met een *bezoek ter plaatse* en wordt grondig voorbereid door ziekenhuis en bezoekers. De evaluatie wordt uitgevoerd door een *multidisciplinair team van een drietal personen*, gedurende twee tot drie dagen. Het resulteert in een *gedetailleerd rapport met een expliciet begeleidende of ondersteunende bedoeling*. Meestal zijn er *drie à vijf mogelijke resultaten* (i.p.v. ja of neen). Het resultaat is een drietal jaar geldig. Meestal betreft het een vrijwillig en vertrouwelijk proces, gedragen door de sector zelf.

Accreditatie is het enige alternatief voor directe overheidscontrole. Accreditatie met een systeembenadering, kwaliteitsmonitoring en management referentiekader geeft een evaluatie van het ganse systeem en is het beste instrument om te komen tot convergentie van de sterktes van een veelheid van kwaliteitsevaluatiemodellen in een gemeenschappelijk model ¹⁵.

Accreditatie geeft een *externe beoordeling* van de kwaliteit in tegenstelling tot het visitatiemodel dat een interne evaluatie biedt. Het EFQM-model wordt niet verkozen omdat het een generisch model is. Slechts één van de negen modules handelt over de core business en er zijn slechts vijf criteria voorhanden om deze te toetsen. Deze vijf criteria zijn bovendien zeer algemeen en moeten dus nog vertaald worden naar de gezondheidssector. In tegenstelling tot ISO en EFQM is accreditatie *specifiek voor de gezondheidszorgsector* en minder vreemd voor klinici gezien ook klinische indicatoren gehanteerd worden.

¹⁴ Shaw, CD: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Qual Health Care 12: 172, 2000.

¹⁵ Donahue K, Vanostenberg P: Joint Commission International Accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care 12: 246, 2000.

In vergelijking met EFQM wordt er minder energie geïnvesteerd in de conceptualisatie en visualisatie van de aard van gezondheidszorgdiensten dan organisaties.

De meeste accreditatieprogramma's reflecteren in detail over de specifieke gezondheidszorgdiensten die een organisatie verschaft. Het is duidelijk dat het gedeeltelijk zijn oorsprong vindt in peer review. Het accreditatiemodel is veel specifiekere dan ISO : ISO beperkt zich tot het kwaliteitssysteem, terwijl accreditatie ook de relevante inhoudelijke aspecten behandelt, bijvoorbeeld ziekenhuisinfecties (performance indicators). Accreditatie kan wel zeer duur zijn, alhoewel ze vaak gebruikt worden in non-profit organisaties.

2) Quality Awards

Ontstaan uit 'Baldrige Awards' (USA) ter stimulering van de kwaliteit (van het management) in de productiesector. De idee werd overgenomen door de European Foundation for Quality Management (EFQM). Het belangrijkste doel van EFQM is organisaties over heel Europa te stimuleren en assisteren in hun streven naar verbetering, wat uiteindelijk moet leiden tot klanten- en werknemertevredenheid, impact op de samenleving en zakencijfers.

Het legt sterk de nadruk op *zelf-evaluatie tegenover een gestructureerd model*. De evaluatie is gestructureerd rond 9 thema's (Leadership, People Management, Policy and Strategy, Resources and Process Management, Customer and People Satisfaction, impact on Society en Business Results) en is in vergelijking met de andere modellen *relatief sterker gericht op kwaliteit van dienstverlening en patiënt-satisfactie, administratie en personeelsbeheer*.

In tegenstelling tot ISO waarbij het de bedoeling is om internationale normen te implementeren, is het bij EFQM niet te doen om standaardisering van kwaliteitssystemen, maar wel om het promoten van kwaliteitsmanagement.

Conceptueel lijkt EFQM het meest volledige model in vergelijking met de concepten verborgen achter ISO, accreditatie en visitatie. Het EFQM-model blijft echter wel een generisch model en is niet aangepast aan de gezondheidszorg. EFQM is niet te complex, toegankelijk, niet te duur, empirisch gevalideerd in andere industrieën en complementair aan de ontwikkelingsdoelstellingen van organisaties.

3) ISO 9000

ISO heeft zijn oorsprong in de industrie en dienstensector. *Standaarden slaan op administratieve procedures en het kwaliteitssysteem*, veeleer dan op klinische resultaten. Het wordt het meest gebruikt voor technische diensten. ISO leidt tot uitreiking van een certificaat. De procedure van evaluatie is administratief vrij zwaar. De audit wordt uitgevoerd door experts in ISO-normen, maar die niet noodzakelijk expert zijn in dat type organisatie. In dat opzicht verschilt het van visitatie. Dit is mogelijk omdat de ISO-normen toepasbaar zijn op alle soorten organisaties en omdat de certificatie gaat over de kwaliteit van het systeem en niet over de inhoud van het werk. Wat gezondheidszorg betreft helpt ISO om het organisatieproces van gezondheidszorgdiensten te versterken, maar het geeft geen garantie over de geschiktheid van de selectie van de behandelingen voor patiënten of andere gezondheidsindicatoren. Het raakt het klinische proces niet en bekijkt enkel de manageriële processen rond de klinische beslissingen.

Ondanks de naam is de toepassing *in de gezondheidssector verre van gestandaardiseerd*.

Uiteenlopende pogingen tot aanpassing aan de gezondheidssector vindt men in talrijke landen. In een recente studie werden 82 landen bevraagd. Op de 35 respondenten hadden er slechts 7 richtlijnen ontwikkeld voor de implementatie van ISO 9002 in de zorgsector (AU, IRE, ISR, NZ, CH, UK, USA), en vijf hadden specifieke interpretaties gemaakt, maar zonder richtlijnen.

4) *Visitatie*

Het is een systeem van *praktijkbezoek onder collega's* en heeft een uitgesproken *professionele oriëntatie* (i.p.v. institutioneel). Toepassing blijft grotendeels beperkt tot Nederland en (in mindere mate) het UK. Dit model behandelt de praktijkorganisatie en klinische praktijk. De visitatieteams zijn meestal unidisciplinair en de standaarden worden impliciet afgeleid van praktijkrichtlijnen en persoonlijke ervaring. Rapporten zijn niet toegankelijk voor het publiek.

Alle vier de besproken modellen hebben voor- en nadelen, eigen benaderingen en overlappingen. Het ISO-perspectief kan ingebed worden in het accreditatiemodel of de EFQM-benadering. Visitatie en accreditatie leunen het dichtst aan bij de klinische praktijk, terwijl ISO en EFQM meer aandacht hebben voor de manageriële en organisatorische omstandigheden waarin zorgprocessen plaatsvinden. De modellen zijn complementair, veeleer dan dat ze elkaar uitsluiten. De belangrijkste verschillen liggen in de verschillende oorsprong, perspectieven en doelstellingen.

Tabel 1: Doelstellingen van de 4 types van externe kwaliteitsevaluatie¹⁶

Visitatie	professional performance
Accreditatie	health service delivery
EFQM	management system
ISO	quality of operations

Professionals hebben meestal de voorkeur voor visitatie en accreditatie omdat deze modellen het meest hun werk benaderen. Managers binnen een organisatie zullen geneigd zijn om veeleer te kiezen voor ISO of EFQM omdat in deze modellen meer aandacht besteed wordt aan organisatorische processen. Een debat over de keuze van het model en de methode is dikwijls een debat over professionele controle. Het debat gaat niet zozeer over de inhoud en de methode van het model maar veeleer of de introductie van het model een machtsverhouding kan bereiken tussen actoren in het gezondheidszorgsysteem dat overeenstemt met beleidsopaties.

Eén van de mogelijke valkuilen die alle modellen hebben, is de neiging om bureaucratisch te worden. Dit ondermijnt het potentieel van de modellen om verandering te introduceren

¹⁶ Shaw, CD: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Qual Health Care 12: 171, 2000.

C. DOELSTELLINGEN EN CRITERIA VOOR EEN EXTERNE KWALITEITSEVALUATIE

a. Definitie kwaliteit

Kwaliteit wordt door ISQua gedefinieerd als "...the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current knowledge " ¹⁷.

Het is belangrijk voor ogen te houden dat kwaliteit een dynamisch en evolutief proces is en geen statisch gegeven.

b. Externe kwaliteitsevaluatie

Externe kwaliteitsevaluatie is een objectiverende bevestiging dat er voldoende bewijsmateriaal is om met redelijke zekerheid te stellen dat de kwaliteit intern gewaarborgd wordt.

Shaw definieert een extern mechanisme als een regionaal of een (potentieel) nationaal proces waaraan dienstenorganisaties vrijwillig deelnemen om de organisatie te verbeteren en het afleveren van gezondheidsdiensten te beoordelen tegen expliciete, gepubliceerde standaarden door middel van teams gemodereerd door een onafhankelijke autoriteit ¹⁸.

1. Niet sanctionerend karakter van, en rechtszekerheid door externe kwaliteitsevaluatie

De bedoeling van externe kwaliteitsevaluatie is om een bepaald kwaliteitsniveau in een ziekenhuis te garanderen doordat het een gestandaardiseerde internationaal erkende evaluatieprocedure doorlopen heeft. Ziekenhuizen die bij evaluatie niet voldoen aan de standaarden moeten de kans krijgen in eerste fase zich aan te passen. Niet-accreditatie zou moeten de te vermijden uitzondering blijven. Externe kwaliteitsevaluatie moet immers op de eerste plaats een prikkel zijn voor instellingen om kwaliteit te leveren.

2. Criteria voor een extern kwaliteitsevaluatiesysteem

Er kunnen een aantal criteria onderscheiden worden op basis waarvan een extern kwaliteits-evaluatiesysteem kan beoordeeld worden. In het licht van het ALPHA-project kan gezocht worden naar een ideale combinatie.

De keuzes die zich stellen worden besproken in een artikel van Mertens en De Béthune ¹⁹.

a) Wie is de eigenaar ?

Een kwaliteitsevaluatie speelt zich per definitie niet noodzakelijk binnen de muren van het ziekenhuis af. Het is immers de bedoeling patiënten, verwijzende artsen, overheid en verzekeraars aan te tonen dat de instelling kwaliteitsvolle zorg biedt. Daarom heeft externe kwaliteitsevaluatie een functionele band met een externe instantie. Maar wie zal het programma controleren, wie definieert de inhoud en aan wie behoren de resultaten? De eigendom van het proces van accreditatie moet gedeeld worden door alle betrokkenen.

¹⁷ Lohr, 1990, in 'Lied T.R., Sheingold S.H.: Relationships among performance measures for medicare managed care plans. Health Care Financing Review, Spring Vol. 22, nr 3, p 23-33, 2001.'

¹⁸ Shaw, CD: External quality mechanisms for health care: summary of the ExPert project on visitation, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Qual Health Care 12: 169, 2000.

¹⁹ Mertens R, de Béthune X: Evaluation Externe de la Performance Hospitalière: rôle des organismes assureurs et choix d'avenir. Ongepubliceerde tekst (2001).

b) Wat zijn de doelstellingen ?

De doelstellingen van een externe kwaliteitsevaluaties zijn vaak het onderwerp van discussie. De mogelijkheden situeren zich op een continuüm met als extremen enerzijds de evaluatie moet ons in staat stellen de goede van de slechte in termen van kwaliteit te onderscheiden, anderzijds de evaluatie moet op de eerste plaats een instrument zijn om de kwaliteit te verbeteren. Bij het eerste extreem ligt de klemtoon op het aspect van externe controle. In het tweede geval gaat het meer om begeleiding, waarbij participatie en de pedagogische doelstelling benadrukt worden.

c) Welk type standaarden hanteert men ?

Men onderscheidt drie elementen die het onderwerp kunnen uitmaken van evaluatie, nl. structuren, processen en resultaten. Vandaag is men het er over eens dat men veel verder moet gaan dan dat: bewaken van complicaties, risico-analyse, kosten, efficiëntie, patiënttevredenheid enzoverder moeten eveneens geëvalueerd worden. Het lijkt wel aangewezen om een aantal prioritaire domeinen af te bakenen. Die afbakening moet gebeuren in overeenstemming met de verwachtingen en eisen van alle betrokken partijen, te beginnen bij de patiënten.

d) Wat is de samenstelling van het audit-team ?

Het audit-team is multidisciplinair en samengesteld op maat van de instelling die geaccrediteerd wordt.

e) Welk type resultaten en openbaarheid van de resultaten ?

Dit aspect van de evaluatie hangt in sterke mate af van de identiteit van de eigenaar van de procedure en de doelstellingen. Men kan kiezen voor ofwel een soort openbare resultatenlijst, ofwel een vertrouwelijk rapport bestemd voor de betrokken instelling. Er is een groot verschil in potentiële impact op de kwaliteit van de zorg tussen één of enkele performantiescores t.o.v. een gedetailleerd rapport van een multidisciplinair team binnen een accreditatiesysteem. De gedetailleerdheid van het resultaat van de externe evaluatie reflecteert de wil om de evaluatie te beschouwen als een soort « pedagogisch instrument » dat bedoeld is om de instelling te begeleiden in het verbeteren van de kwaliteit.

f) Wat zijn de consequenties van de audit en resultaten ?

De kans bestaat dat het resultaat van de evaluatie stemt tot ontevredenheid. Welke gevolgen moeten daaraan gekoppeld worden ? Er moet gevolg gegeven worden aan de evaluatie, zoniet wordt het uitgehouden en niet au serieux genomen. Het is mogelijk om initiatieven te nemen ter ondersteuning van de ziekenhuizen om op die manier een hoger kwaliteitsniveau te bereiken. Binnen dat kader kan gewerkt worden met partiële of tijdelijke accreditaties die de instelling in staat stellen tot een hoger kwaliteitsniveau op te klimmen.

Het ANAES gebruikt in Frankrijk 4 categorieën:

- zonder aanbevelingen, betekent dat de procedure na vijf jaar herhaald wordt.
- met aanbevelingen, betekent dat de geaccrediteerde instelling ten een de volgende procedure een rapport opmaakt van waarin staat wat werd ondernomen om aan de aanbevelingen van het accreditatie-orgaan tegemoet te komen. De procedure wordt eveneens na vijf jaar herhaald.

- met voorbehoud, houdt in dat de geaccrediteerde instelling een rapport opmaakt en het aan het accreditatie-orgaan overmaakt tegen een afgesproken vervaldatum. De procedure wordt na minder dan vijf jaar herhaald.
- met grootste voorbehoud, houdt in dat het accreditatie-orgaan aan de geaccrediteerde instelling oplossingen vraagt voor de vragen die het onderwerp uitmaakten van de grootste terughoudendheid tegen een afgesproken vervaldag. De procedure wordt na minder dan vijf jaar herhaald.

g) Internationale verankering?

Het is wenselijk om te kiezen voor een evaluatiesysteem waarvan de resultaten vergelijkbaar zijn met andere landen. Op die manier worden internationale vergelijkingen mogelijk en kan beroep gedaan worden op een groter geheel van ervaringen, dan de ervaring die beschikbaar is in één land.

Het ALPHA-project van de International Society for Quality in Health Care (ISQua) is een initiatief dat de internationale kwaliteitsstandaard wil promoten.

h) Dynamiek van het programma?

De kwaliteitsevaluatie kan geen momentopname zijn. Het evalueren van kwaliteit is immers een continu proces. Bovendien doen zich vaak nieuwe problemen voor in de medische wereld die zeer snel evolueert. Ook op die nieuwe tendensen moet ingespeeld worden. Accreditatie en certificatie werken volgens een periodiciteit van twee tot vijf jaar. De periodiciteit wordt gekozen in functie van het evenwicht tussen efficiëntie en het gewicht van het systeem. Sommige systemen kiezen de intervallen in functie van de bekomen resultaten. Andere nemen ook begeleidingsmaatregelen tussen de auditmomenten. Langs de andere kant vraagt vergelijkbaarheid in de tijd, stabiliteit van de standaarden.

D. VOORSTEL VAN AANPAK

1. Doelstelling externe kwaliteitsevaluatie

Nadat de verschillende modellen van externe kwaliteitsevaluatie op een rijtje werden gezet, blijkt duidelijk dat binnen de Belgische context het accreditatiemodel het meest aangewezen is. Bovendien moet externe kwaliteitsevaluatie duidelijk onderscheiden worden van interne evaluatie, hoewel beide sterk afhankelijk zijn van elkaar. De externe kwaliteitsevaluatie beperkt zich niet tot de compliance audit, maar gaat een stuk verder. De externe evaluatie biedt op die manier de stimulans aan de instelling om de kwaliteit van de interne evaluatie te garanderen.

a. Compliance audit

De compliance audit controleert de conformiteit van de operationele activiteiten met wetgeving, reglementen, procedures en gebruikelijke standaarden. De VGR beklemtoont dat externe kwaliteitsevaluatie veel verder moet gaan dan een compliance audit. De compliance audit is echter wel een essentieel onderdeel van de interne kwaliteitsevaluatie. De externe evaluatie neemt wel de controle op zich van de compliance audit, zodat de kwaliteit ervan gegarandeerd wordt.

b. Verdergaande externe evaluatie

Intrinsiek moet men gaan naar de beoordeling van de medische praktijk, de core business. Om dat te kunnen doen zijn de federale normen ontoereikend en zijn er expertengroepen nodig. De externe evaluatie mag geen rem betekenen voor de interne dynamiek van een ziekenhuis. Daarom wordt een groot deel van de kwaliteitsbewaking over gelaten aan de interne evaluaties.

c. Accreditatieprocedure

Hoe verloopt de accreditatieprocedure concreet? De procedure start bij een fase van 'self-assessment' van de instelling. De resultaten daarvan worden overgemaakt aan het accreditatie-orgaan. Vervolgens brengt een groep experts van het accreditatie-orgaan een bezoek aan de instelling die geaccrediteerd kan worden. Dit accreditatiebezoek heeft o.a. tot doel de resultaten van de 'self-assessment' te valideren. De experts stellen op basis van hun bezoek aan de instelling een rapport op waarin zowel de 'self-assessment' als de resultaten van het accreditatiebezoek vervat zijn. De expertengroep is multidisciplinair samengesteld op maat van de instelling die bezocht wordt. Eén lid van de expertengroep draagt de functie van coördinator van het accreditatiebezoek.

Het accreditatiebezoek is samengesteld uit verschillende fases, te beginnen met het inschatten van de dynamiek van de kwaliteitsverbeteringen binnen de instelling. Vervolgens vinden ontmoetingen plaats met individuen en groepen die aan de 'self-assessment' hebben deelgenomen, er worden plaatsen in de instelling bezocht en de experts ontmoeten patiënten. Het bezoek wordt afgesloten door het formuleren van de eerste conclusies van de experts.

Het accreditatie-orgaan stelt uiteindelijk een accreditatierapport op dat het geheel van conclusies van de experts bevat, samen met aanbevelingen in overeenstemming met de voorstellen van de experts, de modaliteiten volgens welke de aanbevelingen moeten gevolgd worden en de vermelding van de periode waarin de instelling een nieuwe procedure mag verwachten. Tenslotte wordt het accreditatierapport overgemaakt aan de directeur van de instelling

d. Accreditatiestandaarden en indicatoren

Een standaard is een objectief gegeven die een situatie beschrijft van een kwantitatief standpunt. Een standaard heeft slechts betekenis wanneer het in staat stelt een situatie te karakteriseren en vergelijkingen in tijd en ruimte toelaat. De standaarden moeten aan een aantal voorwaarden voldoen: een standaard moet eenvoudig zijn, gedefinieerd, interpreteerbaar, reproduceerbaar en meetbaar. Bovendien mag een standaard nooit geïnterpreteerd worden los van de context waarin hij waargenomen wordt.

Daarnaast kunnen interne en externe standaarden onderscheiden worden: een interne standaard wordt door de instelling zelf voorop gesteld om de evolutie van de situatie die men wil verbeteren te kunnen inschatten. Een externe standaard daarentegen wordt gekozen door een externe instantie met de bedoeling resultaten van de kwaliteitsevaluatie vergelijkbaar te maken ²⁰.

²⁰ Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé: Manuel d'accréditation des établissements de santé, 1999.

Een voorbeeld van een standaard is de volgende met betrekking tot het patiëntendossier:

"1. Het beheer van het patiëntendossier is georganiseerd zodanig dat toegang tot de informatie gegarandeerd wordt.

- Het patiëntendossier kan op elk moment gelokaliseerd worden en is op elk moment toegankelijk.*
- Het dossier wordt bewaard rekening houdend met de bewaartermijn en veiligheidsmaatregelen.*

2. Het dossier van de patiënt maakt het onderwerp uit van een continue evaluatie en verbetering.

- De instelling evalueert de kwaliteit van de dossiers*
- De instelling zorgt voor beheer dat streeft naar de verbetering van de dossiers."*

Het volgende voorbeeld betreft de opname van patiënten ²¹:

"De opname in de instelling of één van de afdelingen ervan, is georganiseerd en maakt het onderwerp uit van een duidelijke informatieverstrekking.

- Het publiek en professionelen extern aan de instelling worden geïnformeerd over de activiteiten van de instelling.*
- De toegang tot de spoeddienst wordt duidelijk aangegeven aan de binnenzijde en aan de buitenzijde van de instelling.*
- Volgens hun specificaties, organiseren de afdelingen zich op een manier die rekening houdt met de verwachtingen van het publiek.*
- De afdelingen worden duidelijk gesignaleerd aan de binnenkant van de instelling om de circulatie van alle personen te vergemakkelijken."*

2. Accreditatieorgaan

In de eerste plaats moeten expliciete standaarden opgesteld worden om externe kwaliteits-evaluaties op een grondige en eenduidige manier te kunnen uitvoeren. Deze standaarden worden idealiter opgesteld door een expertengroep, waarin verschillende disciplines vertegenwoordigd zijn.

Aangezien de externe kwaliteitsevaluatie de compliance audit moet overschrijden, kan de externe evaluatie niet gebeuren door enkel overheidsambtenaren. Het strekt tot aanbevelen dat ook experts bij de externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen betrokken worden. Bovendien kan het medisch korps enkel geëvalueerd worden door peers, waarvan verwacht wordt dat zij minstens evenveel expertise hebben als de instantie die zij moeten evalueren. De experts kunnen ook buiten de Vlaamse grenzen gerekruteerd worden.

3. Consequenties

Het accreditatiesysteem in de richting van het Franse model, geniet de voorkeur van de werkgroep. Dit systeem kenmerkt zich door de nadruk op participatie van onafhankelijke professionals op alle niveaus, en dus niet louter de overheid.

²¹ idem p. 50-55.



Het accreditatie-orgaan is een wettelijke entiteit die geregeerd wordt door een overheidsorgaan. Het handelt in overeenstemming met de wet die zijn macht en verantwoordelijkheid definieert. De structuur van het orgaan garandeert dat de leden die gekozen worden geen specifieke dominerende belangen hebben. Het accreditatieorgaan moet vrij zijn van commerciële, financiële en andere druk die beslissingen kan beïnvloeden. Een representatief accreditatieorgaan moet bestaan uit een eerlijke vertegenwoordiging van alle 'stakeholders'. De leden van het accreditatieorgaan moeten activiteiten die belangenvermenging impliceren, vermijden. De autoriteit en de plichten van de leden van het accreditatie-orgaan zijn duidelijk gedefinieerd en vervat in een functiebeschrijving. De hele staf heeft een jobomschrijving die up to date gehouden wordt en die specificaties omvat van verantwoordelijkheden, jobfuncties en activiteiten, en doelstellingen. De leden krijgen duidelijke instructies zodat zij hun verantwoordelijkheden en plichten begrijpen, evenals de standaarden en diensten van het accreditatie-orgaan, inclusief zich bewust zijn van het vertrouwelijke karakter van de informatie over klanten. De leden moeten de mogelijkheid krijgen om deel te nemen aan opleidingsprogramma's die hen kunnen helpen bij het vervullen van hun functie. Er worden regelmatige bijeenkomsten voorzien van de accreditateurs en waar nodig worden comités opgericht worden om hen te assisteren bij het vervullen van hun verantwoordelijkheden. Wetten en procedures zijn eveneens instrumenten die de accreditateurs leiden bij hun werk en beslissingen. Minstens jaarlijks worden de verwezenlijkingen van het accreditatie-orgaan geëvalueerd, evenals de effectiviteit van hun individuele en collectieve prestaties. Het accreditatie-orgaan voldoet aan statutaire vereisten. Er wordt op toegezien dat de vertrouwelijkheid van de informatie verkregen in de loop van accreditaties gegarandeerd wordt op alle niveaus van de organisatie. Informatie over een bepaalde cliënt wordt niet vrijgegeven, tenzij mits de toestemming van de cliënt.

Het accreditatie-orgaan is verantwoordelijk voor het bepalen van de criteria die de accreditatiestatus bepaalt en voor de beslissing over het al dan niet toekennen van een accreditatiestatus op basis van informatie uit het rapport dat ze hebben opgemaakt na afloop van de fase van gegevensverzameling over de cliënt. Er bestaan richtlijnen en processen voor het al dan niet toekennen van een accreditatie. Deze richtlijnen moeten minimaal de patiënten en hun veiligheid in rekening brengen, vervolgens dienen beslissingen over accreditatie genomen te worden op basis van het bereiken van expliciete standaarden. Er wordt in acht genomen hoe accreditatie de kwaliteitsverbetering kan faciliteren. Tenslotte mag ook de consistentie tussen accreditatiebeslissingen niet verwaarloosd worden.

Het accreditatie-orgaan kan geen autoriteit delegeren naar een persoon buiten het orgaan zelf, voor het toekennen, behouden, uitbreiden, reduceren, uitstellen of terugtrekken van accreditatie. Bij het toekennen van een accreditatie aan een organisatie, wordt de naam van de geaccrediteerde organisatie vermeld, evenals de 'scope' van de accreditatie, de effectieve datum van de accreditatie en de termijn gedurende welke de accreditatie geldig is.

2.3. VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

I. BELEIDSKADER

In haar brief van 24 juli 2002 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over het voorontwerp van decreet betreffende de *eerstelijnsgezondheidszorg*.

Deze tekst beoogt een kaderdecreet te creëren waarin de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt geregeld, met de nadruk op het multidisciplinaire karakter ervan.

Dit verzoek om advies werd voorgelegd aan de Raad op de installatievergadering op 3 september 2002, met de vraag om tegen 30 september 2002 een advies te formuleren. De Raad betreurt hierbij de korte termijn die ze heeft om dit voorontwerp te bestuderen en een gegrond advies uit te brengen. De plenaire vergadering keurde het advies goed op 15 oktober 2002.

II. METHODIEK

Gezien de beperkte termijn werd dit advies voorbereid aan de hand van schriftelijke commentaren van leden van de Raad. Het ontwerpadvies werd op 17/9/2002 en 15/10/2002 besproken op de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad en op 26/9/2002 in een ad hoc samengestelde werkgroep. Het voorontwerp van decreet werd toegelicht door het kabinet (dhr. Pieter Vandenbulcke) op de vergaderingen van 3 en 26 september 2002.

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

III. ADVIES

A. Inleiding

De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 1998 dat een meer geïntegreerde gezondheidssector nodig is, met een veel sterkere nadruk op de eerstelijnsgezondheidszorg ¹.

¹ World Health Organization: *Health 21 – the introduction to the health for all policy for the WHO European region. Regional committee for Europe, 1998.*

Doelstelling 15 van 'European Health 21' luidt dan ook dat tegen het jaar 2010 iedereen in Europa een betere toegang zou moeten hebben tot de eerstelijnsgezondheidszorg, die zich specifiek op het gezin en de gemeenschap richt, en die op haar beurt ondersteund wordt door een flexibel systeem van secundaire en tertiaire voorzieningen. Om dit te realiseren zouden overheden prioriteit moeten geven aan de ontwikkeling en het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg, ondermeer door het verzekeren van de financiering ervan, het bevorderen van onderlinge netwerken en het ondersteunen van de ontwikkeling van lokale gezondheidsinformatiesystemen².

Met dit decreet wil de Vlaamse Regering een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg realiseren. Het decreet benadrukt het multidisciplinaire karakter van de eerstelijnsgezondheidszorg. De Vlaamse Regering wil hiermee een kader creëren waarin de *samenwerking* binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt geregeld. Het decreet schept een wettelijk kader voor de erkenning en subsidiëring van (reeds bestaande of nieuw op te richten) *samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering*, voor het creëren van samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), die bredere samenwerkingsverbanden moeten vormen ter vervanging van de huidige samenwerkingsverbanden geïntegreerde thuisverzorging (SIT), en tenslotte voor de ondersteuning van *partnerorganisaties* die reeds actief zijn in het veld. Een betere samenwerking tussen de verschillende actoren in de eerstelijnsgezondheidszorg vormt de basis voor het ontwikkelen van een meer geïntegreerd zorgsysteem, essentieel voor een efficiënte behandeling van met name chronische aandoeningen, die in toenemende mate het voorwerp van zorgverlening vormen. De Vlaamse Gezondheidsraad meent dan ook dat dit voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijk document vormt. Met name het principe om de zorgregio's centraal in te delen, en zo tot een territoriale organisatie van de gezondheidszorg te komen, wordt wellicht een belangrijk element in de toekomstige ontwikkelingen van de zorgstructurering in Vlaanderen.

B. Algemene bespreking van de tekst van het decreet en de toelichtingsnota

De Vlaamse Gezondheidsraad stelt vast dat een aantal belangrijke suggesties die de Raad eerder formuleerde in het advies "*Samenwerking in de eerste lijn*"³ niet terug te vinden zijn in dit voorontwerp van decreet. In dit advies stelde de Raad dat voor het organiseren van een meer adequate samenwerking in de eerste lijn, het prioritair is om te voorzien in voldoende capaciteit. De Raad onderschrijft nog steeds nadrukkelijk de aanbevelingen die in dat advies werden gedaan.

- Het voorliggend ontwerp van decreet wordt niet ervaren als een kaderdecreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg, aangezien het niet verder ingaat op de *organisatie* van de eerstelijnsgezondheidszorg. Wel wordt een kader gecreëerd waarin de *samenwerking* in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gestimuleerd. Daarom wordt voorgesteld om de titel van het decreet te wijzigen in "*Decreet betreffende de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg*". Dit zou beter de inhoud van het decreet dekken dan de huidige titel, die verkeerde verwachtingen schept naar de inhoud van het decreet.

² World Health Organization: *Primary Health Care 21: "Everybody's business" – An international meeting celebrating 20 years after Alma-Ata. Consensus statement of the meeting, 1998.*

³ Het advies "*Samenwerking in de eerste lijn*" is terug te vinden in het jaarverslag 2000 van de Vlaamse Gezondheidsraad en op de website van de VGR : www.wvc.vlaanderen.be/vgr/.

- Dit decreet is bedoeld als kaderdecreet voor samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een dergelijk decreet moet een kader scheppen waarbinnen elke zorgverstrekker zich kan plaatsen en waarbij men voelt dat men samen bij de gebruiker meer kan bereiken dan alleen. Dit decreet wordt echter niet als dusdanig ervaren : enerzijds is het erg vaag, bijvoorbeeld wat betreft de samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, anderzijds wordt het op sommige plaatsen te gedetailleerd, zoals in artikel 10 en 12 waar de SEL's qua vertegenwoordiging en taken gedetailleerd worden omschreven. Zo is dit voorontwerp noch een echt kaderdecreet, noch een operationeel decreet.
- Een decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg zou in de eerste plaats moeten leiden tot een verbetering van het zorgaanbod voor de zorggebruiker, en, via een betere organisatie en informatieverstrekking, leiden tot een verduidelijking van de mogelijkheden van zorgverlening naar de gebruiker toe. De Raad vraagt zich af of deze doelstelling met het voorontwerp van decreet in zijn huidige vorm wordt bereikt. Er moet over worden gewaakt dat enerzijds het zorgaanbod naar de zorggebruiker toe duidelijker wordt gemaakt, en anderzijds de werkbelasting voor de zorgverstrekker niet wordt verhoogd, door extra vergaderingen in nieuwe structuren. In het kader van een beter bestuurlijk beleid is het oprichten van één operationeel aanspreekpunt bevorderlijk voor de herkenbaarheid en bereikbaarheid naar de burger toe. De Raad verwijst in dit verband ook naar de aanbevelingen in zijn advies van 2000, waarin de nood aan stroomlijning vanuit het standpunt van de zorggebruiker werd benadrukt.
- De Raad mist in dit decreet de inbedding van de hulpverlening in het bredere welzijnsgebeuren en de ontwikkeling van de samenleving. In het vorig advies van de VGR (2000) omtrent de samenwerking in de eerste lijn, werd benadrukt dat 'welzijn' en 'gezondheid' twee complementaire vormen van instroom zijn, en dat het belangrijk is dat beide op elkaar zijn afgestemd, om deze instroom goed te laten verlopen. Dit betekent dat de welzijns- en gezondheidssector bijzonder belangrijke partners worden, en dat het essentieel is dat deze partners ook onderling goed samenwerken. Een functionele samenwerking tussen de welzijnssector en de eerstelijnsgezondheidszorg moet op verschillende niveaus mogelijk zijn, aangezien de instroom van zorgvragen van verschillende kanten kan komen (bv. zowel bij de huisarts als bij het OCMW...) en doorgegeven worden naar andere gezondheids- en/of welzijnswerkers. Het voorliggend decreet moet zorgen voor een goede organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, van waaruit dan mogelijkheden voor een functionele samenwerking met de welzijnszorg zouden moeten worden opgezet. Een heldere regeling van de instroom welzijn volgens duidelijke functionele werkingsgebieden is hierbij vereist. Concreet stellen we voor om bij de taken van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg het initiëren van samenwerking met andere domeinen, met name in de sociale sector, expliciet toe te voegen.
- Aangezien het werkgebied van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg zal bepaald worden door de zorgregio's, meent de Raad dat het aangewezen was dat over het decreet betreffende de zorgregio's ook advies was gevraagd aan de Raad. Het voorstel om de indeling in zorgregio's te gebruiken als basis voor de afbakening van de werkgebieden van de SEL's is op zich positief, aangezien dit op termijn kan leiden tot een vereenvoudiging van de structurering van de zorg in Vlaanderen, als deze indeling



ook als basis wordt gebruikt voor de territoriale organisatie van andere structuren. Er wordt echter op gewezen dat hierbij ook moet worden rekening gehouden met de realiteit, waarbij historisch gegroeide lokale netwerken binnen deze regio's al goed kunnen functioneren. Het is belangrijk dat de werking van deze samenwerkingsverbanden steunt op een lokale dynamiek, en dat binnen de grenzen die door de overheid worden bepaald voldoende ruimte wordt gelaten aan het lokale initiatief. Samenwerking tussen zorgverleners zal enkel constructief zijn als de vraag van onderuit komt en niet als een verplichting wordt opgelegd. Om de overgang van de bestaande structuren (GDT's en SIT's) naar de SEL's vlot te laten verlopen, wordt door de Raad voorgesteld om een *zorgregiomanager* met een tijdelijke opdracht aan te stellen, bijvoorbeeld per provincie. Deze moet alle actoren in dit overgangsproces betrekken en een maximale stroomlijning realiseren, rekening houdend met de reeds bestaande operationele netwerken. Dit is uitermate belangrijk om de medewerking van de mensen uit het veld te verkrijgen.

- Een verbeterde organisatie van de thuiszorg door het bevorderen van de samenwerking in het kader van een samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) is positief, ondermeer in het kader van de veroudering van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen. Teneinde het zorgcontinuüm te garanderen pleit de Raad ervoor dat bij de verplichte partners van de SEL ook de thuisvervangende zorg (ROB's, RVT's, dagopvang,...) zou worden opgenomen, om de overgang tussen bv. thuiszorg, dagopvang en een tijdelijke opname vlot te laten verlopen.
Om een goede werking van de SEL's te garanderen wordt er op aangedrongen dat voor deze samenwerkingsinitiatieven ook voldoende financiële middelen worden voorzien.
- In verband met het registreren en uitwisselen van gegevens binnen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (artikel 10, §1, punt 9°) wordt voorgesteld om een meldpunt op te richten voor problemen die niet op lokaal niveau kunnen worden opgelost, of die wellicht ook in andere SEL's voorkomen. In de Raad werd het voorbeeld gegeven van het constateren van een verhoogde opname van demente bejaarden met decompensatie tijdens weekends op de spoedopname: dit zou door het ziekenhuis kunnen worden signaleerd aan het plaatselijke SEL, dat de situatie kan analyseren en dan met de partnerorganisaties eventueel naar mogelijke oplossingen zoeken. Aangezien dit probleem zich ook in andere regio's kan stellen, zou het nuttig kunnen zijn om dergelijke problemen en de mogelijke aanpak ervan op een georganiseerde wijze door te geven naar de andere SEL's. Dit zou een efficiënte 'bottom-up' probleemsignalering kunnen opleveren, en vermijden dat men telkens opnieuw hetzelfde werk moet doen (al zal natuurlijk steeds rekening moeten worden gehouden met de lokale situatie).
- Vele van de gebruikte definities zijn niet eenduidig, en verschillen van de gebruikte definities in eerdere regelgeving (zowel op Vlaams, federaal, als Europees niveau).
- In artikel 3, §1, wordt gesteld dat "de vrijheid van keuze van zorg en zorgverstrekker in hoofde van de gebruiker wordt geëerbiedigd". De Raad gaat weliswaar akkoord met het principe van keuzevrijheid, maar vindt dat dit wel moet worden genuanceerd om inadequate gebruik van voorzieningen ('shopping') te vermijden. Zoals nu gesteld gaan we niet verder op weg naar een meer georganiseerde en kosten-effectieve zorgverlening. De keuzevrijheid van de patiënt moet gaan over een globaal pakket van aanbod dat een



bepaalde zorgaanbieder verstrekt, waarbij er ook een engagement is van de patiënt tegenover de zorgverlener, en met vastgestelde procedureregels voor wijziging. De Raad kan zich vinden in de manier waarop dit in de memorie van toelichting werd verwoord, en meent dan ook dat de tekst van het decreet meer in overeenstemming hiermee zou moeten geformuleerd worden.

- De toevoeging van het laatste luik omtrent de *diensten van maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen* aan dit decreet rond de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, roept heel wat vragen op. De Raad vindt het niet echt gepast dat het kader van dit decreet wordt gebruikt om de werking van de diensten voor maatschappelijk werk in het kader van de ziekenfondsen te regelen. Dit zou beter in een aparte tekst gebeuren.

3. PLANNING 2003

3.1. ADVIEZEN OP VRAAG (IN VOORBEREIDING)

A) VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE HET GEZONDHEIDSINFORMATIESYSTEEM.

In haar brief van 29 oktober 2002 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over het *voorontwerp van decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem*.

Dit voorontwerp van decreet beoogt een kader te scheppen voor de oprichting van een gezondheidsinformatiesysteem met 2 dimensies, nl. het 'operationeel' en het 'epidemiologisch' informatiesysteem, voor de sectoren van de gezondheidszorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Via het *operationeel* informatiesysteem wil men de onderlinge gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers in het kader van de individuele zorgverlening binnen de gezondheidszorg wettelijk regelen en optimaliseren, met name tussen zorgverstrekkers en zorgaanbieders onderling (zowel individueel als organisaties). Het *epidemiologisch* informatiesysteem wil een wettelijke basis vormen om gegevensuitwisseling mogelijk te maken tussen enerzijds zorgverstrekkers en zorgaanbieders (zowel individuele als organisaties) en anderzijds de administratie. De bedoeling hiervan is de integratie van gegevens inzake gezondheid en gezondheidszorg in relationele databanken mogelijk te maken, met respect voor de persoonlijke levenssfeer, en met het oog op verdere verwerking van deze gegevens voor beleidsondersteunende en epidemiologische doeleinden, om zo het Vlaamse gezondheidsbeleid zoveel mogelijk op evidentie te baseren.

Er werd een werkgroep samengesteld ter voorbereiding van het advies. Deze werkgroep bestaat uit 8 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad, aangevuld met 8 externe experts in hoorzitting. De werkgroep kwam voor het eerst samen op 7 november 2002. Het ontwerp-advies op basis van de besprekingen in de werkgroep werd een eerste maal besproken op de Plenaire Vergadering op 17 december 2002. Het definitieve advies wordt gepubliceerd op de website van de Vlaamse Gezondheidsraad (wvc.vlaanderen.be/vgr).

B) VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG.

In haar brief van 20 november 2002 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om te adviseren over het *ontwerp van decreet betreffende de bedrijfsgezondheidszorg*.

Met dit decreet beoogt de Vlaamse regering de bedrijfsgezondheidszorg, die momenteel hoofdzakelijk federaal geregeld is, in Vlaanderen op een efficiënte wijze te organiseren en als tak van de georganiseerde preventie een plaats te bieden in het geheel van de Vlaamse preventieve gezondheidszorg. De bedrijfsgezondheidszorg bekleedt een belangrijke plaats in het Vlaamse preventielandschap. De werkplek biedt immers een uiterst geschikt kader om, aan de hand van ziektepreventie en gezondheidsbevordering, op bevolkingsniveau gezondheidswinst te boeken, omwille van de wisselwerking tussen arbeid en gezondheid, de potentiële reikwijdte van gezondheidsbevordering op de werkplek en het belang van de relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en de zorg om gezondheid en milieu buiten het bedrijf. De bedrijfsarts is, naast de huisarts, een cruciale actor om, wat preventieve gezondheidszorg betreft, een groot segment van de Vlaamse bevolking te bereiken. Een efficiënt georganiseerde bedrijfsgezondheidszorg zal de gezondheid van de werkende bevolking in Vlaanderen dan ook ten goede komen, en kan bovendien bijdragen tot de realisatie van een aantal Vlaamse gezondheidsdoelstellingen bij de totale Vlaamse bevolking.

Aangezien er in de Vlaamse Gezondheidsraad slechts een beperkte expertise met betrekking tot dit onderwerp aanwezig was, werd ervoor gekozen om het advies voor te bereiden in een werkgroep met 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad aangevuld met 8 externe experts. De werkgroep kwam voor het eerst samen op 26 november, en vergaderde nadien nog op 12 en 20 december 2002. Het ontwerpadvies op basis van de besprekingen in de werkgroep werd een eerste keer besproken in de Plenaire Vergadering op 17 december 2002. Het definitieve advies zal op de website van de Vlaamse Gezondheidsraad gepubliceerd worden.

C) ADVIESVRAAG M.B.T. UITVOERING KOSTEN-BATENANALYSE VAN NACHTVLUCHTEN.

In haar brief van 20 december 2002 vroeg de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, mevrouw Mieke Vogels, de Vlaamse Gezondheidsraad om zo snel mogelijk te adviseren over de opportuniteit en budgettaire inpasbaarheid van een kosten-batenanalyse van de nachtvluchten, op korte termijn uitgevoerd door de Vlaamse Gezondheidsraad.

Begin 2002 sloten de federale en de Vlaamse en Brusselse gewestregeringen een akkoord om de nachtvluchten vanop Brussel-Nationaal op 1 vliegroute te concentreren. Doordat dit als gevolg een verplaatsing van het nachtlawaai naar een aantal Vlaamse gemeenten ten Noorden van Brussel had, veroorzaakte deze beslissing heel wat ophef. Daar eerder politieke consensus bestond om dit akkoord enkel uit te voeren onder de voorwaarde dat er minder mensen zouden gestoord worden, lijkt het nuttig een kosten-batenanalyse van de nachtvluchten uit te voeren, om de reële impact van nachtvluchten op adequate wijze in kaart te brengen. De inschatting van de gezondheidsimpact (slaapverstoring, prevalentie van hypertensie, kosten voor de ziekteverzekering...) zal een belangrijk onderdeel van deze analyse uitmaken.

Het bureau van de VGR heeft deze adviesvraag bij hoogdringendheid behandeld. Het advies zal op de website van de VGR te raadplegen zijn.

*D) POSITIE VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD MET BETREKKING TOT
HET KADERDECREET OP DE STRATEGISCHE
ADVIESRADEN.*

Naar aanleiding van de goedkeuring van het kaderdecreet strategische adviesraden, verzocht het kabinet van de minister bevoegd voor Welzijn en Gezondheid de Vlaamse Gezondheidsraad om een standpunt dienaangaande te bepalen.

Het kaderdecreet tot regeling van strategische adviesraden schept het kader waarbinnen in de toekomst strategische adviesraden voor de verschillende beleidsdomeinen zullen worden opgericht. De veranderingsmanagers die binnen de administratie zijn aangesteld om de veranderingen in het kader van het 'Beter Bestuurlijk Beleid' door te voeren, worden er mee belast de oprichtingsdecreten voor de strategische adviesraden voor hun beleidsdomein voor te bereiden tegen 30 juni 2003.

Eén van de doelstellingen van het kaderdecreet is de stroomlijning van het huidige adviesstelsel, wat meteen een versobering ervan inhoudt. Het is immers de bedoeling om per beleidsdomein één strategische adviesraad tot stand te brengen. Concreet betekent dit voor de Vlaamse Gezondheidsraad een samensmelting met de Gezins- en Welzijnsraad.

De Vlaamse Gezondheidsraad bracht hierover reeds eerder een advies uit (zie jaarverslag 2001). De voornaamste conclusies van dit advies waren:

- scheiding van advies en overleg, waarbij de Vlaamse Gezondheidsraad een adviesorgaan moet blijven dat onafhankelijke expertadviezen uitbrengt;
- de Vlaamse Gezondheidsraad moet samengesteld zijn uit onafhankelijke deskundigen, met een verscheidenheid aan expertises;
- een grotere samenwerking met de Gezins- en Welzijnsraad hoeft niet noodzakelijk te leiden tot een samensmelting van beide raden;
- er moet voldoende tijd en werkingsmiddelen zijn voor degelijke adviesverlening.

In overleg met de Gezins- en Welzijnsraad werd ook een voorstel geformuleerd voor een mogelijke structuur voor een dergelijke nieuwe strategische adviesraad voor het beleidsdomein Welzijn & Volksgezondheid. Dit zal door de huidige Vlaamse Gezondheidsraad opnieuw worden geëvalueerd in het licht van het momenteel voorliggende kaderdecreet.

*E) ADVIES OVER ZESDE GEZONDHEIDSDOELSTELLING IN VERBAND MET
PREVENTIE VAN ZELFMOORD EN DEPRESSIE.*

Minister Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, nam het initiatief voor het formuleren van een zesde gezondheidsdoelstelling.

Volgens het ontwerp van decreet op de preventieve gezondheidszorg verloopt de procedure hiervoor in 6 stappen:

1. Initiatief van de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid
2. Voorbereidende analyse in werkgroepen
3. Gezondheidsconferentie, waar een voorstel van gezondheidsdoelstelling en preventiestrategieën worden geformuleerd na bijstelling op basis van de publieksinbreng
4. De Vlaamse Gezondheidsraad wordt om advies gevraagd
5. De gezondheidsdoelstelling wordt ter goedkeuring aan de Vlaamse regering voorgelegd
6. Het Vlaams Parlement debatteert erover en staat borg voor de democratische legitimatie

Op 3 en 4 december 2002 werd in Antwerpen de eerste Gezondheidsconferentie gehouden omtrent preventie van zelfmoord en depressie. De keuze voor preventie van zelfmoord als zesde gezondheidsdoelstelling komt ondermeer voort uit doelstelling 6 van de WHO-strategie 'Health for all in the 21th century', die een significante vermindering van de zelfmoordratio's tegen 2020 beoogt. De noodzaak hiervoor blijkt uit de actuele zelfmoordcijfers in Vlaanderen, die bij de hoogste van de Europese Unie zijn. In Vlaanderen pleegt om de 7 uur iemand zelfmoord, en gebeurt er iedere 35 minuten een zelfmoordpoging. Zelfmoord en zelfmoordpogingen zijn verantwoordelijk voor bijna 5 % van de verloren potentiële levensjaren door ziekte of voortijdig overlijden (DALYs).

Tijdens de Gezondheidsconferentie werd een eerste ontwerp van gezondheidsdoelstelling als volgt geformuleerd :

" Het globaal sterftecijfer door zelfmoord bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8 % ten opzichte van 2000 ".

Bovendien werden 10 preventiestrategieën uitgewerkt (cfr www.gezondheidsconferentie.be: conclusies).

De volgende stap voor de goedkeuring van een nieuwe gezondheidsdoelstelling is het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, dat in de loop van 2003 zal worden gevraagd.

3.2. EIGEN INITIATIEVEN

A) WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Er zal binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep rond geestelijke gezondheidszorg worden opgericht, met als opdracht de opvolging van de experimenten in het kader van de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg zoals die vanuit de interministeriële conferentie (task force) wordt uitgetekend en afstemming met de ontwikkelingen op het vlak van de Integrale Jeugdhulp en andere ontwikkelingen waar de Vlaamse Gemeenschap initiatieven in neemt en die kunnen interfereren met de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep zal specifiek evalueren wat de mogelijke impact is van deze ontwikkelingen op aspecten van de zorgverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg waarvoor de Vlaamse regering bevoegd is, met name de organisatie van de eerste lijnsgezondheidszorg, thuiszorg en preventie.

De werkgroep kan op eigen initiatief adviezen dienaangaande opmaken en voorleggen aan de Vlaamse Gezondheidsraad voor verdere afhandeling.

De werkgroep zal worden samengesteld uit mensen uit verschillende disciplines, met een expertise m.b.t. geestelijke gezondheidszorg.

B) RICHTLIJNEN VOOR BEOORDELING VAN ONTWERPDECRETEN

Tijdens de discussie omtrent de adviezen m.b.t. voorontwerpen van decreet die momenteel in behandeling zijn bij de Vlaamse Gezondheidsraad, groeide de behoefte aan richtlijnen voor de beoordeling van decreten. Zo wordt veel belang gehecht aan wat men kan omschrijven als 'decretale hygiëne' (wat moet in een kaderdecreet en wat hoort er niet in thuis?) en de coherentie in het beleid, waarbij enerzijds inhoudelijke afstemming van decreten en anderzijds mogelijke interacties met federale regelgeving in aanmerking moeten worden genomen. Hierbij zou het ondermeer nuttig zijn om de effecten van regelgeving op Vlamingen in Brussel te evalueren (een 'Brussel-effectenrapport'). De Raad vatte het plan op om hiervoor richtlijnen op te stellen, die een leidraad kunnen bieden bij de toekomstige adviesverlening over ontwerpdecreten.

C) GLOSSARIUM MET TERMINOLOGIE

Bij het beoordelen van de 3 adviesvragen die de Raad dit jaar kreeg, viel het telkens op dat er nogal wat opmerkingen waren in verband met de gehanteerde terminologie en definities in de verschillende decreten. Zo werd vastgesteld dat dezelfde termen in verschillende decreten anders werden gedefinieerd, of dat voor eenzelfde concept een andere term werd gebruikt. Om het gebruik van terminologie in de toekomstige regelgeving op gebied van gezondheid zoveel mogelijk te uniformeren wil de Raad een voorstel uitwerken met terminologie en definities.

D) EVALUATIE WERKING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Bij zijn aantreden nam de Vlaamse Gezondheidsraad zich voor om na een half jaar in zijn nieuwe samenstelling de werking van de Raad te evalueren.

Bij deze evaluatie zal ondermeer aandacht worden besteed aan :

- De plaats van het advies van de Raad binnen de procedure van adviesverlening
- De behandeling van adviezen in de plenaire vergadering vs de preventieve en curatieve kamer vs werkgroepen (herwaardering werking van de preventieve en curatieve kamers kan vergaderritme van plenaire verminderen).
- Termijnen : het korte tijdsbestek is een probleem voor een goede werking en gedegen adviesverlening
- de samenstelling van de Vlaamse Gezondheidsraad (mogelijke coöptatie van leden indien tekorten in bepaalde expertisen)
- prioriteiten voor adviezen op eigen initiatief
- communicatie met kabinet

De SWOT-analyse die de vorige VGR uitvoerde betreffende zijn werking (zie jaarverslag 2001) kan hiervoor als leidraad dienen.

Deze evaluatie zal worden gekaderd in het advies omtrent de hervorming van de adviesraad.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 : ADRESSENLIJST LEDEN VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Dhr. prof. dr. Lieven ANNEMANS
Universiteit Gent
p.a. Brusselsesteenweg 91
1860 Meise
Tel: 02/2708881
Fax: 02/2709434
E-mail: lieven.annemans@hedm.be

Dhr. prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS
AZ Damiaan Oostende
Nieuwpoortsteenweg 57
8400 Oostende
Tel: 059/553404
Fax: 059/553408
E-mail: jpbayens@skynet.be

Mevr. dr. Carine BOONEN
Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02/5070170
Fax: 02/5135269
E-mail: cb@vvi.be

Mevr. dr. An BOUDEWYNS
Universitair Ziekenhuis Antwerpen - Dienst NKO
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03/8213385
Fax: 03/8250536
E-mail: an.boudewyns@skynet.be

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

Dhr. 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@rug.ac.be

Dhr. dr. Maurits DE RIDDER
Burggravenlaan 341
9000 Gent
Tel: 09/2686300
Fax: 09/2686333
E-mail: maurits.deridder@rug.ac.be

Mevr. prof. dr. Mia DEFEVER
KU Leuven ; Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Kapucijnenvoer 35, 4e verdieping
3000 Leuven
Tel: 016/336978
Fax: 016/336970
E-mail: mia.defever@kuleuven.ac.be

Mevr. prof. dr. Joke DENEKENS
Universitaire Instelling Antwerpen ; Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk
Tel: 03/8202529
Fax: 03/8202526
E-mail: joke.denekens@skynet.be

Mevr. Maya DETIEGE
Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
Sint-Jansstraat 32-38
1000 Brussel
Tel: 02/5150660
E-mail: maya.detiege@socmut.be

Mevr. Hendrika DIJKHOFFZ
Sint-Vincentiusziekenhuis
Sint-Vincentiusstraat 20
2018 Antwerpen
Tel: 03/2852720
Fax: 03/2392323
E-mail: willeke.dijkhoffz@gvagroup.be



Mevr. Karin GENOE
UZ Gasthuisberg ; KU Leuven - Algemene Directie (AD03)
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/344953
Fax: 016/344947
E-mail: karin.genoe@uz.kuleuven.ac.be

Dhr. 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

Dhr. prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS
KU 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

Mevr. prof. dr. Katrien KESTELOOT
Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Financieel Directeur
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/344973
Fax: 016/344920
E-mail: katrien.kesteloot@uz.kuleuven.ac.be

Dhr. David LARMUSEAU
Psychiatrische Centra Sleidinge
Weststraat 135
9940 Sleidinge
Tel: 09/3580449
Fax: 09/3580466
E-mail: david.larmuseau@advalvas.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

Dhr. prof. dr. Fred LOUCKX
VUB ; Vakgroep Medische Sociologie
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
Tel: 02/4774720
Fax: 02/4774711
E-mail: flouckx@gesg.vub.ac.be

Mevr. prof. dr. Lea MAES
Universiteit Gent ; Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde (Blok A)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09/2403685
Fax: 09/2404994
E-mail: lea.maes@rug.ac.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: leen.meulenbergs@health.fgov.be

Dhr. prof. dr. Koen MILISEN
KU 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.ac.be



Dhr. Christophe MOUTON
UZ Gasthuisberg ; KU Leuven - Algemene Directie
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016/348593
Fax: 016/344947
E-mail: christophe.mouton@uz.kuleuven.ac.be

Mevr. 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

Mevr. prof. dr. Sigrid STERCKX
Universiteit Gent ; Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap
Meersstraat 11
9000 Gent
Tel: 09/2647887
Fax: 09/2644187
E-mail: sigrid.sterckx@rug.ac.be

Dhr. dr. Stephan VAN DEN BROUCKE
Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)
Gustave Schildknechtstraat 9
1020 Brussel
Tel: 02/4224949
Fax: 02/4224959
E-mail: stephan.vandenbroucke@vig.be

Dhr. Jozef VAN HOLSBEKE
Verbond der Verzorgingsinstellingen
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02/5070198
Fax: 02/5135269
E-mail: jvh@vvi.be

Dhr. prof. dr. Nik VAN LAREBEKE
UZ Gent ; Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Experimentele Cancerologie
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 02/3801410
Fax: 02/3811645
E-mail: nicolas.vanlarebeke@rug.ac.be

Mevr. 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@rug.ac.be

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

Dhr. prof. dr. Patrick VANREEMPTS
Universitair Ziekenhuis Antwerpen ; Dienst Neonatologie
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03/8215802
Fax: 03/8214802
E-mail: patrick.van.reempts@uza.be

Dhr. 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
Gildenstraat 9-11
1000 Brussel
Tel: 02/2868552
Fax: 02/2306694
E-mail: luc.vanroye@publilink.be

Dhr. prof. dr. Joost WEYLER
Universitaire Instelling Antwerpen ; Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Antwerpen
Tel: 03/8202653
Fax: 03/8202640
E-mail: weyler@uia.ua.ac.be

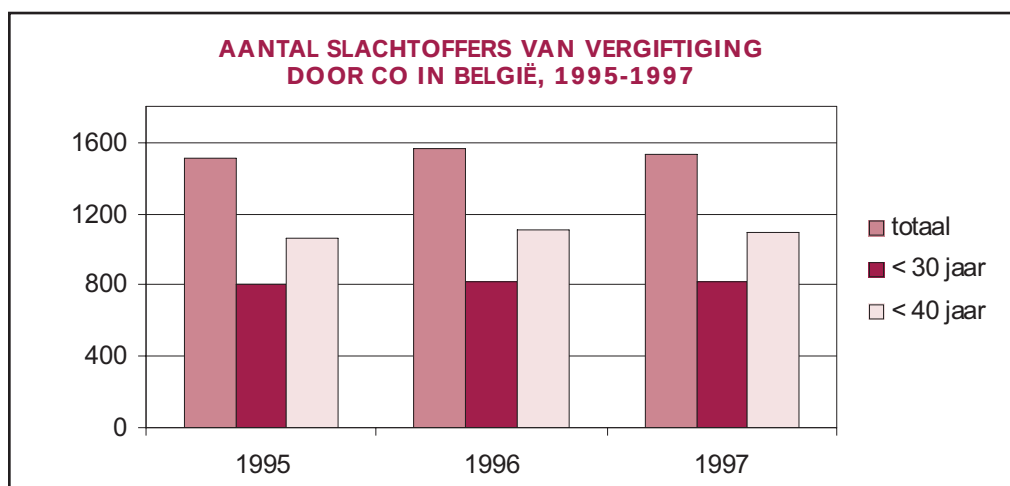
BIJLAGE 2: ADVIES VAN HET VLAAMS INSTITUUT VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE INZAKE DE COMMUNICATIE ROND CO-INTOXICATIE

Bijlage bij het advies inzake massacommunicatie over binnenhuispollutie

1. SITUERING VAN DE PROBLEMATIEK

1.1. Omvang van de CO-intoxicatieproblematiek in Vlaanderen

Sedert 1995 voert het Antigifcentrum in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid de registratie uit van slachtoffers van intoxicatie door koolstofmonoxide (CO) in België. Deze gegevens worden verzameld via de ziekenhuizen en via het parket. Uit de gegevens voor de periode 1995-1997 (zie grafiek) blijkt dat in ons land elk jaar meer dan 1500 mensen in het ziekenhuis opgenomen met een ernstige vergiftiging. Dit cijfer is in de betreffende periode nagenoeg stabiel gebleven; er is zelfs sprake van een lichte stijging. Jongeren (tot dertig jaar) vertegenwoordigen de helft van de slachtoffers. Jaarlijks sterven er in ons land ongeveer 150 mensen aan CO-vergiftiging.



Deze gegevens zijn echter niet volledig. CO-slachtoffers die enkel naar de huisartsen gaan, zijn niet vertegenwoordigd in deze statistieken. We kunnen dus stellen dat de cijfers waarover we beschikken maar het topje van de ijsberg vormen. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is het dan ook alleszins verantwoord om preventief te werken rond deze problematiek.

1.2. Determinanten van CO-vergiftiging

De factoren die aan de basis liggen van ongevallen met CO-vergiftiging kunnen onderverdeeld worden in verschillende categorieën:

- omgevingsfactoren: o.a. woning, weersomstandigheden, ...
- eigenschappen van verwarmingstoestellen: o.a. technische eigenschappen, locatie, ...
- het gedrag en de kennis van de mensen: het gebruik van de toestellen in de omgeving

Een CO-vergiftiging komt meestal voor door een combinatie van deze factoren. Doorgaans gaat het om een samenloop van omstandigheden waarin meerdere risicofactoren tegelijk aanwezig zijn. We geven een overzicht van de meest voorkomende oorzaken van een CO-vergiftiging.

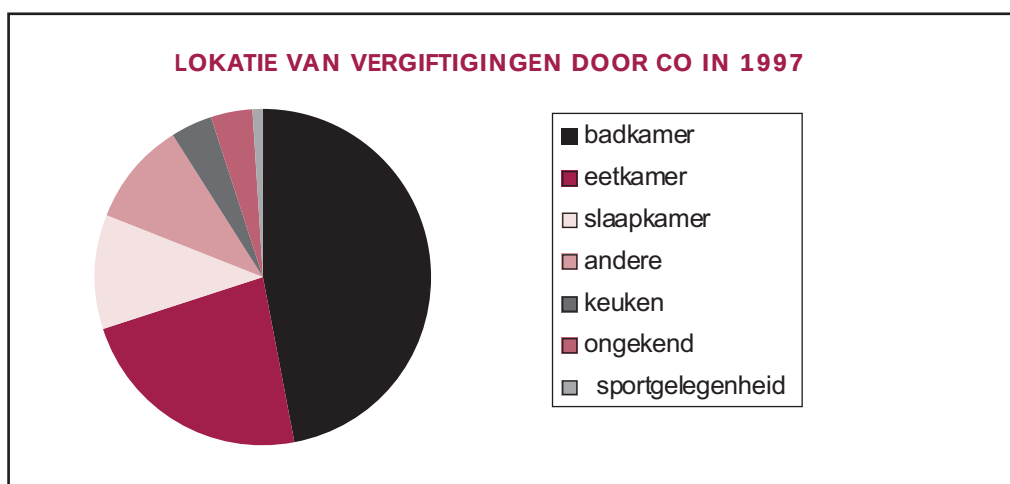
1.2.1. Determinanten m.b.t. verwarmingstoestellen

1.2.1.1. Eigenschappen van de toestellen

Het grootste deel van de CO-vergiftigingen wordt veroorzaakt door gasgeisers. In 1997 kon 38% van de ongevallen hieraan worden toegeschreven. Vooral kleine 5-liter gasgeisers vormen een risico, daar zij niet beschikken over een rookafvoersysteem. Andere toestellen zijn verantwoordelijk voor een kleiner aandeel in de vergiftigingen.

1.2.1.2. Lokatie

Gezien gasgeisers zich meestal in de badkamer bevinden is het logisch dat de badkamer de plaats is waar de meeste CO-vergiftigingen voorkomen. Bijna de helft van de vergiftigingen gebeurt in de badkamer. De tweede meest voorkomende lokatie is de eetkamer.



In de grafiek merkt men dat ook in de slaapkamer vrij veel CO-vergiftigingen voorkomen.

Hiervoor kunnen twee redenen worden aangehaald.

- In de slaapkamer staat dikwijls een bijverwarming die niet is aangesloten op een rook-afvoersysteem.
- In de slaapkamer passeren soms ook kanalen van schoorstenen. Soms vertonen deze scheuren of barsten, waardoor de verbrandingsgassen rechtstreeks binnendringen in de kamer. Dit impliceert dat er ook in slaapkamers zonder verwarmingstoestel gevaar kan schuilen.

1.2.2. Determinanten in de omgeving

1.2.2.1. Schoorstenen

Vlaanderen kent een oud woningpatrimonium. Veel huizen bezitten nog schoorstenen voor toestellen op kolen en mazout. In veel van deze huizen staat nu echter een meer geperfectioneerd toestel (hoog rendementstoestel) dat op gas is aangesloten. De schoorstenen zijn vaak niet aangepast aan de noden van deze nieuwe toestellen.

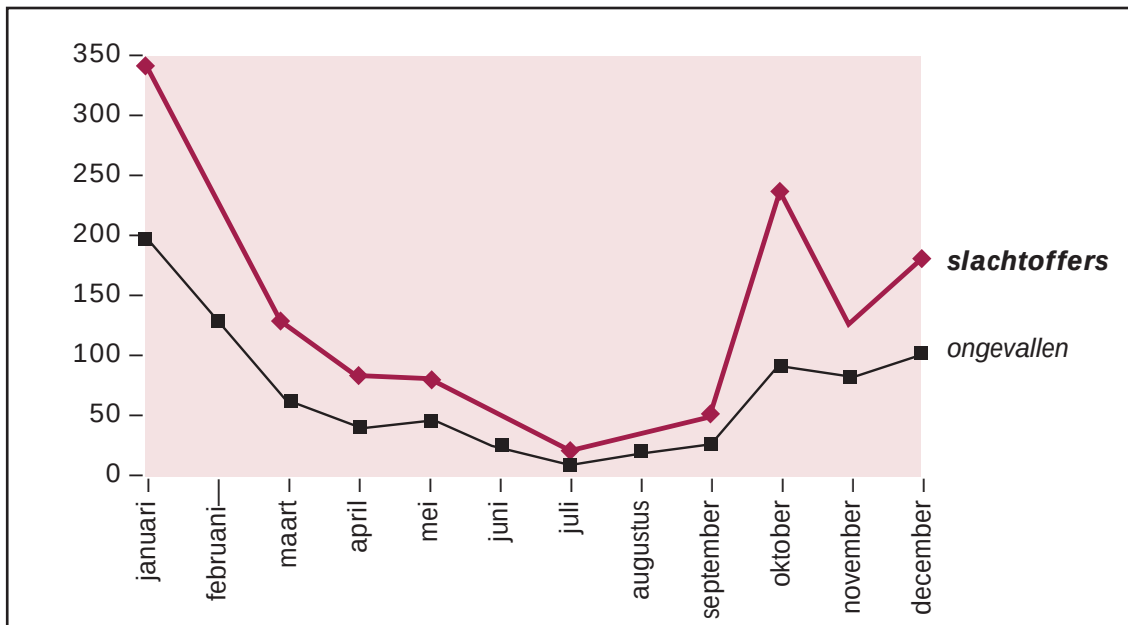
Er bestaat nog steeds geen normering voor schoorstenen. Sommige nieuwe schoorstenen voldoen dan ook helemaal niet aan de eisen van bepaalde typen van toestellen. Dit verklaart ook waarom er ook in nieuwbouw soms CO-risico's worden vastgesteld.

1.2.2.2. Ventilatie

Een ander probleem in heel wat woningen is het tekort aan ventilatie. Huizen worden tegenwoordig vaak heel goed geïsoleerd. Een (te) goede isolatie brengt echter met zich mee dat er weinig verse lucht in de kamer wordt toegelaten. Dit is een risicofactor voor CO-vergiftigingen: een tekort aan zuurstof kan het aanmaken van CO in de kachel veroorzaken. In elke kamer waar een verwarmingstoestel staat dat lucht uit de kamer neemt, moet dus voldoende verluchting aanwezig zijn.

1.2.2.3. Periode van het jaar en weertype

Registratiegegevens van ongevallen door CO-vergiftiging tonen aan dat zich opvallend meer ongevallen voordoen in de winterperiode. De meeste CO-slachtoffers vallen in de maanden tussen oktober en april. Voornamelijk tijdens zachte herfst-, winter- of lentedagen doen ongevallen zich voor, wat wijst op een duidelijk verband tussen het weertype en CO-vergiftigingen. Bij zachter weertype kan de trek in de schoorsteen negatief beïnvloed worden, wat een terugslag kan veroorzaken in toestellen die aangesloten zijn op een schoorsteen.



1.2.3. Determinanten gelegen in het gedrag en de kennis van mensen

1.2.3.1. Kennis aangaande de risico's op CO-vergiftiging

Uit onderzoek blijkt dat weinig mensen volledig op de hoogte zijn van de mogelijke oorzaken en gevolgen van CO-vergiftiging, en zich vaak baseren op vooroordelen. Veelal wordt de oorzaak van CO-vergiftiging in externe factoren gelegd en wordt de eigen verantwoordelijkheid afgewezen.

Jongere mensen missen anderzijds vaak de ervaring met dit onderwerp, en brengen CO-vergiftiging niet in verband met de (combinatie van) oorzaken.

1.2.3.2. Weerstand tegen verandering

Om het gevaar voor CO-vergiftiging te verminderen zijn vaak veranderingen nodig aan toestellen, woningen of het eigen gedrag. Dit stuit dikwijls op verzet. Mensen zijn niet vlug geneigd om de eigen woning te veranderen of het eigen gedrag aan te passen.

Anderzijds hebben weerstanden tegen structurele aanpassingen vaak te maken met financiële overwegingen en met de verstandhouding tussen huurder en verhuurder.

1.2.3.3. Meldreflex bij intermediairen

Intermediairen die regelmatig aan huis komen in oudere woningen of bij risico-doelgroepen hebben niet steeds de meldingsreflex. Dit heeft te maken met hun onvolledige kennis voor het onderkennen van een CO-problematiek, met de weerstanden die ze ondervinden bij de betrokken personen, en met het niet op de hoogte zijn van mogelijke meldpunten en hulpverlenende instanties.

2. AANBEVELINGEN VOOR CO-PREVENTIE IN VLAANDEREN

2.1. Strategische aanbevelingen

Rekening houdend met de determinanten van CO-vergiftiging die in de voorgaande paragraaf werden vermeld, dient een strategie voor de preventie van deze problematiek de volgende elementen te bevatten (Van Laeken, 2001):

- Er is nood aan een betere registratie van CO-ongevallen: de bestaande registratie is te weinig gestructureerd om een degelijk zicht te krijgen op de omvang van het probleem.
- Een multidisciplinaire invalshoek is noodzakelijk om de verschillende determinanten te kunnen beïnvloeden en het probleem aldus op een effectieve wijze aan te vatten.
- Er is nood aan meer coördinatie van preventie-initiatieven op dit vlak. Er zijn een aantal initiatieven waarbij goed werk wordt geleverd, doch deze verlopen vaak (te) onafhankelijk van elkaar. Een aanzet tot een dergelijke gecoördineerde aanpak bestaat pas sinds 1999, toen het VIG de versnipperde initiatieven omtrent CO-preventie heeft gecentraliseerd onder de noemer van één duidelijke en herkenbare boodschap voor alle organisaties in Vlaanderen.
- Er is nood aan evaluatie van preventieprojecten terzake. De huidig lopende initiatieven en projecten worden nauwelijks geëvalueerd, doorgaans omwille van de te beperkte financiële mogelijkheden. Hierdoor is het echter niet mogelijk besluiten te trekken over de effectiviteit van deze initiatieven, of om de bestaande acties op basis van procesevaluatie te optimaliseren.

2.2. Methodische aanbevelingen

Een effectieve en methodisch verantwoorde aanpak van CO-preventie veronderstelt de volgende aspecten.

2.2.1. Integratie van acties op verschillende domeinen

Gezien de complexiteit en multigedetermineerdheid van de CO-intoxicatieproblematiek kan van geïsoleerde acties weinig effect worden verwacht. Het verdient dan ook aanbeveling verschillende benaderingen te combineren in één gecoördineerde campagne:

- Een informatiecampagne gericht naar het brede publiek en een naar intermediairen
 - o Voor het brede publiek: gericht op sensibilisatie en kennisverhoging aangaande de risico's van CO-vergiftiging
 - o Voor intermediairen: gericht op sensibilisatie in functie van herkenning van risicosituaties en vergroting van de meldingsreflex

- Vorming naar de directe doelgroep (risicogroepen) en intermediairen
- Centrale structurele maatregelen
 - o Op punt stellen van de reglementering betreffende CO-inspectie, CO-premies, screening van woningen, bescherming van huurders bij verbouwingen, ...
 - o Inrichten van een meldpunt
- Lokale implementatie van CO-preventieprojecten

2.2.2. Netwerking

CO-intoxicatie is een complexe problematiek die vele facetten van 'gezond wonen' raakt. Daarom is het nodig dat de verschillende instanties en experten-organisaties die werkzaam zijn op dit domein samenwerken. Het betreft hier o.a. gemeentelijke overheden (dienst huisvesting, ambtenaar en bevoegde schepen), brandweer, OCMW (PWA , technische dienst), buurtorganisaties, ziekenhuizen, verhuur- en huurbonden, wetswinkels, LOGO's, wit-geel kruis, mutualiteiten (de Dienst Gezondheidsbevordering van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten organiseert jaarlijks een CO-preventiecampagne), ...

Deze samenwerking kan gebeuren in een netwerkverband, met de volgende taken:

- Inhoudelijk: ontwikkelen van inhoudelijke expertise i.v.m. het opzetten van CO-preventie
- Structureel: ontwikkelen van structurele beleidsmaatregelen.
- Implementatie: implementeren van acties en structurele maatregelen op lokaal niveau:
 - o sensibilisering van de bevolking en intermediaire organisaties
 - o opzetten van vorming voor intermediairen met bijzondere aandacht voor de meldreflex
 - o procedure installeren waarbij men beroep kan doen op een onafhankelijke 'gezond wonen'-ambtenaar
 - o het voorzien van mogelijke saneringspremies voor huurders of verhuurders, ...

Dit netwerk heeft vooral een uitgebreide rol inzake gezond wonen, waarvan CO een deelproblematiek is. Het 'gezond wonen'-netwerk kan georganiseerd worden per regio, gemeente of streek.

2.2.3. Gebruik van aangepast educatief materiaal

Het is belangrijk om bij preventie-acties de reeds bestaande en uitgeteste educatieve materialen te gebruiken. Deze materialen hebben reeds voldoende bekendheid en herkenbaarheid verworven, hetgeen de herkenbaarheid bij het publiek vergroot.

Een vormingspakket rond de oorzaken, gevolgen en de preventiemogelijkheden inzake CO-vergiftiging werd recent uitgewerkt door het VIG. Het pakket richt zich in eerste instantie naar de verschillende intermediairen op het veld en naar de sociaal-culturele organisaties, en geeft aan de lesgevers (vormingswerkers) de nodige basisinformatie om een vormingsavond uit te werken. Het bestaat uit:

- een uitgebreide handleiding met technische en medische informatie
- de brochure 'CO - een stille moordenaar' (bedoeld voor verspreiding naar een breed publiek)
- een volledig uitgewerkte handleiding voor een info-avond met bijhorende didactische middelen
- de video 'CO-intoxicatie'

2.3. Aanbevelingen voor de implementatie van een CO-preventiebeleid in Vlaanderen

2.3.1. Algemene doelstellingen

- Coördinatie van de versnipperde initiatieven in Vlaanderen aangaande CO-vergiftiging
- Uitwerking van een algemene sensibilisatiecampagne omtrent CO-vergiftiging in Vlaanderen
- Implementatie van de reeds bestaande educatieve materialen in heel Vlaanderen, met het oog op een grotere herkenbaarheid
- Regeling van structurele maatregelen inzake CO-inspectie en -premies op beleidsniveau
- Zorgen voor de lokale implementatie van de structurele maatregelen

2.3.2. Specifieke doelstellingen

- De intermediaren zijn geïnformeerd over de oorzaken, gevolgen en preventiemogelijkheden van CO-vergiftiging, beschikken over een meldreflex en over sociale vaardigheden om de boodschap te formuleren naar de bewoners toe.
- Het brede publiek en in het bijzonder de risicogroepen zijn geïnformeerd over de oorzaken, gevolgen en preventiemogelijkheden van CO-vergiftiging.
- Er is een meldpunt voor CO dat gekend is door het brede publiek.
- Er is een CO-foon die beschikt over technische kennis en een lijst met FAQ.
- De organisaties met intermediaren die meldreflex kunnen hebben, zijn gesensibiliseerd aangaande de ernst van de problematiek.
- De intermediaire organisaties verlenen hun medewerking aangaande de implementatie van de CO-brochures en het CO-vormingspakket.
- De LOGO's werken een plan uit aangaande de CO-sensibilisatie in hun regio.

- De LOGO's ondernemen regionale structurele acties om de CO-problematiek terug te dringen.
- Lokale acties worden centraal overkoepeld en ondersteund door structurele beleidsmaatregelen.
- Er is een gratis en onafhankelijke CO-inspectie in huizen van waaruit een melding is gekomen, met bindend advies naar bewoners en eigenaars. Huurders worden beschermd in deze materie, de maatregelen zijn voor de eigenaars.
- Er worden CO-premies uitgereikt voor het aanpassen van woningen.

3. VOORBEELD VAN EEN STRUCTURELE AANPAK VAN CO-PREVENTIE : PILOOTPROJECT LEUVEN

Momenteel loopt in Leuven het eerste pilootproject 'gezond wonen'-netwerk. Het initiatief is ontstaan op vraag van de ziekenhuizen en de buurtwerkingen, en werd opgezet door de LOGO's die een overkoepelend netwerk samenbrachten rond de problematiek van 'gezond wonen'.

Het netwerk stelt zich tot doel sensibiliseringsacties op touw te zetten naar de totale bevolking en naar de kansarme bevolking in het bijzonder, sensibilisering van de intermediaire organisaties, vormingsavonden organiseren voor intermediairen met het oog op het stimuleren van de meldreflex, en het instellen van een 'stadsprocedure' i.v.m. 'gezond wonen'.

3.1. Doelstelling

- Vorming van hulpverleners en organisaties die risicogroepen op het vlak van CO-intoxicatie bereiken met de bedoeling dat deze een meldreflex opbouwen ten aanzien van kritische situaties.
- Opzetten van een meldpunt voor hulpverleners en voor (verontruste) bewoners of familieleden die in contact komen met bewoners van deze woningen.
- Organiseren van technische inspectie van deze gesignaleerde meestal verouderde en risicowoningen.
- Faciliteren en mogelijk maken van aanpassingen om het intoxicatiegevaar teniet te doen.

3.2. Materiaal

Het project maakt gebruik van het CO-vormingspakket uitgewerkt door het VIG (cf. 2.2.3.).

3.3. Werkwijze

Het project ging van start begin oktober 2000 en omvat de volgende activiteiten:

- De CO-brochure van het VIG werd aangepast aan de Leuvense situatie: op de achterzijde van de brochure wordt een volledige beschrijving gegeven van de procedure die men moet volgen om de onafhankelijke 'gezond wonen'-ambtenaar een diagnose over je woning te laten stellen en ze door de eigenaar ook te laten uitvoeren. De brochures werden verspreid op belangrijke info-punten en door de thuisverzorgende intermediairen.
- Een reeks vormingsavonden werd op touw gezet voor de 250 OCMW-intermediairen. Deze vorming werd gegeven door het VIG.
- De 'stadsprocedure' voor de 'gezond wonen'-ambtenaar werd volledig op punt gezet, met akkoord van de betrokken instanties.
- Onderhandelingen werden gevoerd om saneringspremies te koppelen aan deze procedure. Deze procedure wordt nu verder geformaliseerd, op papier gezet en via de CO-brochures, artikels, een speciaal rondschrĳven naar eigenaars, een rondschrĳven naar de intermediaire organisaties bekend gemaakt.

De promotie, het uitlenen en begeleiding van de toepassing van het VIG-vormingsaanbod rond CO-intoxicatie werd gecoördineerd door Logo 3 . Deze Logo nam tevens als taak op zich de acties van het wijkgezondheidscentrum de Ridderbuurt inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, de vorming bij de doelgroep te evalueren en de analyse van meldingen van CO-intoxicatiegevaar op jaarbasis te verwerken.



COLOFON

Samenstelling en tekstbehandeling

Machteld Wauters

Inhoudelijk medewerker Vlaamse Gezondheidsraad

vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be

Verantwoordelijke uitgever:

Prof. Dr. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

p.a. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Administratie Gezondheidszorg

Markiesstraat 1 - lokaal 423

1000 Brussel

<http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/>

Depotnummer:

D/2003/3241/043

Druk en layout:

Drukkerij Beukeleirs

2500 Lier

Uitgave:

maart 2003

