

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Jaarverslag 2003



ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

VOORWOORD

2004 wordt voor de Vlaamse Gezondheidsraad wellicht het laatste jaar in zijn huidige vorm. In het kader van 'Beter Bestuurlijk Beleid', de hervormingen aan de Vlaamse overheid, zullen ook de adviesorganen worden hervormd, waarbij per beleidsdomein één strategische adviesraad zal worden gevormd. Voor het beleidsdomein Welzijn en Gezondheid betekent dit dat de huidige Vlaamse Gezondheidsraad en Gezins- en Welzijnsraad zullen worden samengevoegd tot één strategische adviesraad. Hierover vond het afgelopen jaar reeds overleg plaats met zowel de hervormingsmanager van het beleidsdomein, als met de Gezins- en Welzijnsraad. De Vlaamse Gezondheidsraad bracht hierover ook een advies uit, dat in dit jaarverslag is opgenomen.

De onzekerheid omtrent de toekomstige positie van de Raad heeft niet verhinderd dat de Vlaamse Gezondheidsraad het afgelopen jaar zeer actief was, wat gereflecteerd wordt in het aantal adviezen: zes op vraag van de minister, en drie op eigen initiatief.

Hierbij was ik opnieuw onder de indruk van het kwaliteitsvolle werk dat werd geleverd door de ondersteunende personen in de Vlaamse administratie: Ria Vandenreyt, Machteld Wauters en Regine Bouilliaert. Ik wens hen daarvoor speciaal te bedanken, en ik hoop dat de huidige en toekomstige beleidsmensen terdege inzien dat zonder een goed uitgebouwde administratieve ondersteuning het werk van een strategische adviesraad niet mogelijk is.

De verkiezingen voor het Vlaams Parlement in 2004 zullen weer voor veranderingen zorgen. De Vlaamse Gezondheidsraad bereidt alvast een memorandum voor de nieuwe Vlaamse regering voor, met enkele aandachtspunten voor het Vlaams beleid inzake gezondheidszorg.

Het afgelopen jaar bracht voor de Vlaamse Gezondheidsraad reeds een aantal wijzigingen: als gevolg van de federale verkiezingen in mei verloren we niet alleen onze bevoegde minister, maar ook 1 van onze leden, Maya Detiège, die kamerlid werd.

De nieuwe Vlaamse minister bevoegd voor Gezondheidszorg, mevrouw Adelheid Byttebier, bracht in november een bezoek aan de Vlaamse Gezondheidsraad. Centraal gesprekstema bij deze ontmoeting was hoe de interactie tussen adviesraad en kabinet kan worden verbeterd. Vanuit de Raad is er altijd al een grote bekommernis geweest omtrent de opvolging van de adviezen en de mate waarin deze door het beleid ter harte worden genomen. De minister stelde voor om in de toekomst rond bepaalde thema's met de Raad van gedachten te wisselen. Een eerste concrete aanleiding hiervoor was het advies rond de zesde gezondheidsdoelstelling omtrent preventie van zelfmoord en depressie, dat door een afvaardiging van de Vlaamse Gezondheidsraad met het kabinet werd besproken. De Raad gaat ervan uit dat een dergelijk overleg in de toekomst systematisch kan worden voortgezet, zodat men de kans krijgt om de adviezen ook mondeling toe te lichten.



Uiteindelijk is het belangrijk voor de Raad te weten dat er naar haar geluisterd wordt, en dat met de adviezen die ze formuleert wordt rekening gehouden. De adviezen van de Raad worden telkens met veel zorg voorbereid, met de betrokkenheid van experts op hun terrein. Deze mensen kunnen enkel gemotiveerd worden indien men weet dat de adviezen waar zij tijd en energie in steken ook worden gelezen en naar waarde geschat door het beleid.

De Vlaamse Gezondheidsraad wil hier ook zelf aan werken, door het uitwerken van een communicatiestrategie om de naambekendheid van de Raad te verbeteren. Specifiek naar het beleid werden het afgelopen jaar reeds initiatieven genomen om de adviezen toe te lichten aan de minister en haar medewerkers, iets wat we dit jaar willen uitbreiden naar de bevoegde commissie in het Vlaams Parlement. Daarnaast heeft de Raad het voornemen om ook de publieke opinie meer op de hoogte te stellen van haar werkzaamheden.

Ik hoop dat de nieuwe adviesraad in de toekomst verder zal kunnen bijdragen tot het Vlaamse gezondheidsbeleid en het verbeteren van de gezondheidstoestand van alle Vlamingen. Daartoe reken ik erop dat we blijvend een beroep zullen kunnen doen op de constructieve medewerking en inzet van onafhankelijke en onbevooroordeelde deskundigen.

Prof. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad



VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

JAARVERSLAG 2003

INHOUD

VOORWOORD	1
------------------------	----------

1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD	9
--	----------

<i>A) OPDRACHT</i>	<i>9</i>
<i>B) SAMENSTELLING</i>	<i>9</i>
<i>C) STRUCTUUR</i>	<i>10</i>
<i>D) HUIDIGE SAMENSTELLING</i>	<i>10</i>
<i>E) WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG</i>	<i>16</i>
<i>F) ONDERSTEUNING</i>	<i>18</i>

2. ACTIVITEITEN 2003	19
-----------------------------------	-----------

A) OVERZICHT VERGADERINGEN	19
B) GEFINALISEERDE ADVIEZEN	20

2.1. ADVIES INZAKE UITVOERING KOSTEN-BATENANALYSE VAN NACHTVLUCHTEN	20
--	-----------

2.2. ADVIES INZAKE HET VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE HET GEZONDHEIDSINFORMATIESYSTEEM	25
--	-----------

2.3. ADVIES INZAKE HET VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG	30
--	-----------

2.4. ADVIES INZAKE HET ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INDELING IN ZORGREGIO'S EN BETREFFENDE DE SAMENWER- KING EN PROGRAMMATIE VAN GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN EN WELZIJNSVOORZIENINGEN	38
---	-----------

2.5. BEVRAGING EERSTE NATIONAAL ACTIEPLAN VOOR MILIEU EN GEZONDHEID	42
2.6. ADVIES INZAKE HET STRATEGISCH ADVIESORGAAN VOOR HET BELEIDSDOMEIN WELZIJN EN VOLKSGEZONDHEID	44
2.7. ADVIES OVER DE UITBOUW VAN EEN INTEGRALE JEUGDHULP EN DE BETROKKENHEID VAN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	55
2.8. AANBEVELING BETREFFENDE PREVENTIEVE MAATREGELEN IN VERBAND MET MILIEU EN GEZONDHEID	62
2.9. ADVIES OVER HET BELEIDSPAN 'PREVENTIE VAN DEPRESSIE EN ZELFMOORD'	64

3. PLANNING 200473

A) ADVIEZEN OP VRAAG (IN VOORBEREIDING)	73
B) EIGEN INITIATIEVEN	73

BIJLAGE: ADRESSENLIJST LEDEN VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad74



1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad¹

a) Opdracht

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft 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.

¹ De Vlaamse Gezondheidsraad werd opgericht bij decreet van 20 december 1996 (B.S. 15 februari 1997; gewijzigd bij decreet 18 mei 1999, B.S. 15 juli 1999). Het besluit van de Vlaamse regering van 28 januari 1997 geeft uitvoering aan dit decreet.

c) Structuur

- Plenaire : Volgens artikel 6 van het decreet komt de Raad minstens éénmaal per jaar in plenaire zitting bijeen. In de praktijk gebeurt dit een tiental keer per jaar.
- Bureau : Binnen de Raad wordt een bureau opgericht, dat samengesteld is uit de voorzitter, de 2 ondervoorzitters (dit zijn de respectievelijke voorzitters van de preventieve en curatieve kamer) en uit 4 leden van de Raad, die op voordracht van de Raad door de Vlaamse minister worden benoemd. Het bureau heeft als opdracht de werkzaamheden van de Raad te organiseren, coördineren en voorbereiden, alsook de beslissingen van de Raad uit te voeren.
- Kamers : De Raad bestaat uit 2 kamers: de kamer voor preventieve zorg en de kamer voor curatieve zorg. De kamers zijn elk samengesteld uit ten hoogste 21 leden van de Raad, gecoöpteerde leden inbegrepen. Zij worden op voordracht van de Raad door de Vlaamse minister benoemd. De Raad regelt de werking van beide kamers en de wijze waarop zij aan hem rapporteren, en staat in voor een regelmatig gestructureerd overleg tussen beide kamers.
- Werkgroepen : De regering, de minister, de Raad en het bureau kunnen vaste of tijdelijke werkgroepen oprichten en samenstellen. Deze werkgroepen kunnen zowel sectoraal adviseren als ad hoc voor thema's die kameroverschrijdend zijn. Deze werkgroepen bestaan uit maximum 12 leden, waarvan 1/3 afkomstig is uit de Raad en de overige leden externe deskundigen zijn. De werking van de werkgroepen en de wijze waarop zij rapporteren aan de Raad, de kamers en het parlement wordt bepaald in het huishoudelijk reglement. Sinds de aanstelling van de Vlaamse Gezondheidsraad in zijn nieuwe samenstelling werden er 2 'ad hoc' werkgroepen samengesteld voor de bespreking van decreten (respectievelijk betreffende het gezondheidsinformatiesysteem en de bedrijfsgezondheidszorg). In 2003 werd een permanente werkgroep '*Geestelijke Gezondheidszorg*' opgericht (zie verder voor samenstelling en werkzaamheden). Voor 2004 wordt de oprichting van een permanente werkgroep '*Gezondheid en Milieu*' 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 ²	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

² Mevr. Detiège nam in 2003 ontslag omwille van de onverenigbaarheid van het lidmaatschap van de Vlaamse Gezondheidsraad met haar verkiezing als federaal parlements lid.

VGR-ledenlijst

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. Prof. dr. Lieven ANNEMANS	Licentiaat in de Lichamelijke Opvoeding, Bijzonder Licentiaat in de bedrijfskunde, Handelsingenieur, 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 • Clinical Section European Region International association of Gerontology	Hoofdgeneesheer Secretaris-Generaal Voorzitter
Mevr. Dr. Carine BOONEN	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde	• Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen	Algemeen Directeur
Dhr. Bert DE BAKKER	Licentiaat in de Politieke en Sociale Wetenschappen; Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen	• Virga Jesseziekenhuis Hasselt	Algemeen Directeur
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 • Groepspraktijk Mechelen	Hoogleraar en diensthoofd Huisartsgeneeskunde Academisch adviseur onder- wijs UA Huisarts (deeltijds)

NAAM	OPLEIDING/DISCIPLINE	ORGANISATIE	FUNCTIE
Dhr. Dr. Maurits DE RIDDER	Geneesheer-hygiënist, arbeidsgeneeskunde en radioprotectie Licentiaat in de Milieusanering	- FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg - Universiteit Gent – Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde	Geneesheer-Arbeidsinspecteur Wetenschappelijk medewerker
Mevr. Hendrika DIJKHOFFZ	Verpleegkundige Licentiaat in de Rechten	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	Gewoon Hoogleraar en diensthoofd
Dhr. Prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS	Dokter in de Genees-, heel- en verloskunde; Gediplomeerde in de 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 Medisch-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 Gezondheidskunde	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	Vlaams Patiëntenplatform	Secretaris
Dhr. Prof. dr. Koen MILSEN	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 STASSIJNS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde; specialisatie Fysische Geneeskunde en Revalidatie Doctor in de Medische Wetenschappen	- UZ Antwerpen - Fysische Geneeskunde en Revalidatie - UA	Adjunct-kliniekhoofd Docent
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
Dhr. DR. Stephan VAN DEN BROUCKE	Licentiaat en Doctor in de Psychologie	- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie - KU Leuven – dept. Psychologie (Onderzoeksgroep voor Stress, Gezondheid en Welzijn)	Senior expert 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 hogere onderwijs; Milieudeskundige	- Universiteit Gent (vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Exp. Cancerologie) - Free Clinic, Brussel	Hoofddocent Arts (Deeltijds)
Mevr. Prof. dr. Kristiane VAN LIERDE	Licentiaat in de Logopedie en Audiologie Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen/logopedie	Universiteit Gent, Universitair ziekenhuis Gent, dienst NKO, Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	Wetenschappelijk medewerker Deeltijds docent
Mevr. Rosette VAN OVERVELT	Ziekenhuisapotheker	Fusieziekenhuis MONICA Deurne-Antwerpen	Algemeen Directeur
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) Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Begin 2003 werd binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep 'Geestelijke Gezondheidszorg' opgericht.

De werkgroep is samengesteld uit mensen met een expertise met betrekking tot geestelijke gezondheid, met aandacht voor een vertegenwoordiging van verschillende disciplines en vanuit verschillende invalshoeken. Mensen uit het hele zorgcontinuüm zijn vertegenwoordigd, van preventief tot curatief, van jeugdhulp tot ouderenzorg. Ten allen tijde kunnen externe experts geraadpleegd worden.

Samenstelling

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

Opdrachtverklaring

Meerdere studies hebben uitgewezen dat de problemen inzake geestelijke gezondheid de voorbije jaren in belang zijn toegenomen. Deze problemen hebben een belangrijke impact op de samenleving. De leden van de Vlaamse Gezondheidsraad zijn van mening dat ook de Vlaamse Overheid binnen de haar toegekende bevoegdheden een belangrijke rol kan spelen in het voorkomen en het opvangen van deze problemen. Daarom is binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep rond geestelijke gezondheid opgericht.

De algemene opdracht van de werkgroep geestelijke gezondheidszorg bestaat erin bij te dragen tot de verdere optimalisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, gebaseerd op een gemeenschappelijke visie omtrent de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg.

Bij de concretisering van deze opdracht moet de aandacht gaan naar alle aspecten die te maken hebben met de ondersteuning van de beoogde doelgroepen: zowel naar de globale organisatie van de zorg, met belangstelling voor het volledige zorgcontinuüm, inclusief preventieve, curatieve en verzorgende ('care') aspecten, als naar specifieke zorgvormen.

Ook dienen de ontwikkelingen in andere beleidsdomeinen en op andere beleidsniveaus opgevolgd en moet worden nagegaan wat hun impact is op aspecten van de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg waarvoor de Vlaamse overheid bevoegd is. Afstemming van het Vlaamse beleid met het federale niveau is essentieel voor het realiseren van een optimale zorg.

Concreet zal de werkgroep :

- de experimenten in het kader van de zorgvernieuwing in de GGZ zoals die vanuit de Interministeriële Conferentie (task force) wordt uitgetekend
- de ontwikkelingen op het vlak van de Integrale Jeugdhulp
- andere ontwikkelingen waar de Vlaamse Gemeenschap initiatieven in neemt en die kunnen interfereren met de zorgvernieuwing in de GGZ

opvolgen en de mogelijke impact van deze ontwikkelingen evalueren op aspecten van de zorgverlening binnen de gezondheidszorg waarvoor de Vlaamse regering bevoegd is, alsook de afstemming op de federale organisatie van de zorg.

In de uitoefening van haar taak kan de werkgroep:

1. adviezen voorbereiden op vraag van de Vlaamse regering, in het bijzonder van de minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, en van het Vlaams Parlement.
2. op eigen initiatief adviezen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg uitbrengen.

Elk advies wordt voor verdere afhandeling voorgelegd aan de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad.

Werkzaamheden:

In 2003 heeft de werkgroep geestelijke gezondheidszorg twee adviezen afgerond. De werkgroep formuleerde een advies op eigen initiatief over de uitbouw van een integrale jeugdhulp en de betrokkenheid van de sector geestelijke gezondheidszorg hierbij. Daarnaast bereidde de werkgroep, uitgebreid met enkele externe experts, het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad over het beleidsplan 'depressie en zelfmoord' voor.

f) 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 die nodig zijn voor de werking.

Adres: **VGR-secretariaat**

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap – administratie Gezondheidszorg

Markiesgebouw lokaal 434

Markiesstraat 1

1000 Brussel

E-mail: vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be

Tel.: 02/553 35 35

Fax: 02/553 34 70

Website : www.wvc.vlaanderen.be/vgr

Coördinatie : Ria Vandenreyt

Secretariaat : Regine Bouilliaert

Inhoudelijke ondersteuning : Machteld Wauters

2. ACTIVITEITEN 2003

a) Overzicht vergaderingen

In 2003 hebben er 22 vergaderingen plaatsgehad : 10 plenaire vergaderingen, 6 bureauvergaderingen, 5 vergaderingen van de permanente werkgroep 'geestelijke gezondheidszorg' en 1 vergadering van een ad hoc werkgroep ter voorbereiding van een advies omtrent het decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem.

DATUM	TYPE	INHOUD
14-01-2003	WG GIS *	Decreet gezondheidsinformatiesysteem
21-01-2003	Bureau	
21-01-2003	Plenaire	
18-02-2003	Plenaire	
25-02-2003	Bureau	
25-02-2003	Plenaire	Adviesvraag en toelichting decreet zorgregio's
04-03-2003	Plenaire	Bespreking advies decreet zorgregio's
18-03-2003	Plenaire	
25-03-2003	Bureau	
17-06-2003	Plenaire	
04-07-2003	WG GGZ **	Installatievergadering werkgroep
05-09-2003	WG GGZ	Advies integrale jeugdhulp
16-09-2003	Plenaire	
30-09-2003	Bureau	
16-10-2003	WG GGZ	Adviesvraag zesde gezondheidsdoelstelling
21-10-2003	Plenaire	
07-11-2003	WG GGZ	Bespreking zesde gezondheidsdoelstelling
18-11-2003	Bureau	
18-11-2003	Plenaire	Bezoek minister aan de Raad
05-12-2003	WG GGZ	Toelichting aan kabinet over advies omtrent 6 ^e gezondheidsdoelstelling
05-12-2003	WG GGZ	Operationalisering concept geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg
15-12-2003	Bureau	
15-12-2003	Plenaire	

* WG GIS = werkgroep Gezondheidsinformatiesysteem

** WG GGZ = werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

b) Gefinaliseerde adviezen

In 2003 werden door de Vlaamse Gezondheidsraad 9 adviezen afgewerkt: 6 op vraag en 3 adviezen op eigen initiatief. De adviesvragen handelden over 3 decreten (respectievelijk betreffende het gezondheidsinformatiesysteem, de bedrijfsgezondheidszorg en de zorg-regio's), een nieuwe gezondheidsdoelstelling (beleidsplan omtrent depressie en zelfmoord) en een advies over het NEHAP en de problematiek van de nachtvluchten. De adviezen op eigen initiatief handelden over aspecten van leefmilieu, geestelijke gezondheidszorg (integrale jeugdhulp) en over de vorming van een nieuwe strategische adviesraad in het kader van de structurele hervormingen binnen het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (Beter Bestuurlijk Beleid).

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

2.1. ADVIES INZAKE UITVOERING KOSTEN-BATEN-ANALYSE VAN NACHTVLUCHTEN

I. VRAAGSTELLING

In haar brief van 20 december 2002 stelde mevr. Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, de vraag om te adviseren over de *opportuniteit en budgettaire inpasbaarheid van een kosten-batenanalyse van de nachtvluchten* op korte termijn uitgevoerd door de Vlaamse Gezondheidsraad.

II. METHODE

Gezien de politieke actualiteit van dit thema werd deze vraag bij hoogdringendheid behandeld en werd dit advies voorbereid door de voorzitter van de Raad in overleg met de leden van het Bureau. Het voorstel van advies werd op 21 januari 2003 besproken in de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad. De tekst van het advies werd nadien nog aangepast op basis van de schriftelijke commentaren van de leden. Het definitieve advies werd door het bureau bekrachtigd op 5 februari 2003.

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

III. ACHTERGROND EN HISTORIEK

Met de toename van het luchtverkeer nemen ook de klachten over lawaaihinder voor de omwonenden van luchthavens de jongste jaren toe. Vooral de nachtvluchten worden gevestigd, omdat deze vaak leiden tot nachtelijk ontwaken. Herhaaldelijk wakker worden 's nachts ten gevolge van lawaaihinder leidt volgens de beschikbare literatuur tot een aantal vermijdbare gezondheidsrisico's³, met name veranderingen in slaappatroon en slaapkwaliteit⁴, een versnelde hartslag, verhoogde secretie van stresshormonen⁵, en op langere termijn een verhoogd voorkomen van hart- en vaataandoeningen zoals hypertensie⁶ en ischemische hartziekten⁷. Specifiek bij kinderen werden negatieve effecten op leerprestaties en op stress en bloeddruk van schoolkinderen die wonen in de omgeving van een luchthaven aangetoond⁸. Recent werden ook 2 Belgische studies gepubliceerd die evidentie leveren voor het bestaan van nadelige effecten op de gezondheid van geluidsoverlast en in het bijzonder slaapverstoring ten gevolge van nachtvluchten. Een studie bij de omwonenden van de luchthaven van Zaventem toonde een relatie aan tussen de mate van slaapverstoring en het melden van hypertensie en gebruik van antihypertensiva⁹. Een huisartsenstudie naar de invloed van geluidsoverlast op de gezondheidswaarneming van stadsbewoners vond dat slapeloosheid, depressie, onverklaarbare spierpijn, angst, zenuwachtigheid en prikkelbaarheid beduidend meer voorkomen bij patiënten die in de omgeving van de luchthaven wonen. Ook gebruiken deze meer slaap- en kalmeermiddelen¹⁰. Deze, weliswaar beperkte, studies wijzen er op dat bewoners die last hebben van geluidsoverlast ten gevolge van nachtvluchten niet alleen meer gezondheidsproblemen zullen ontwikkelen, maar dat deze ook zullen leiden tot een hoger medicatiegebruik, en een mogelijke economische impact kunnen hebben door een hogere kost aan de ziekteverzekering, een verminderd arbeidsrendement en mogelijk een verhoogd absentisme ten gevolge van deze gezondheidsproblemen.

De nachtvluchten op de luchthaven Brussel-Nationaal te Zaventem zijn het gevolg van het feit dat een aantal internationale koerierbedrijven er hun Europees sorteer- en overslagcentrum hebben gemaakt. Dit houdt in dat vanaf dit centrale punt volgens het hub-and-spokesysteem een bepaald aantal Europese steden wordt aangedaan. In de praktijk zijn de nachtvluchten op Zaventem overwegend afkomstig van 1 privé-koerierbedrijf, namelijk DHL, dat er zijn sorteercentrum heeft. Ongeveer 28 vliegtuigen landen in Brussel-Nationaal tussen 22u en 1u lokale tijd om terug te vertrekken tussen 2u30 en 5u30. Dit betekent op weekdagen een 60-tal vliegtuigbewegingen per nacht.

Sinds de nachtelijke activiteiten op Brussel-Nationaal begonnen, met de ingebruikname van het sorteercentrum van DHL in 1985, werden de meeste vluchten geconcentreerd op baan 25R. In de loop van de jaren zijn door de overheid en de luchthavenautoriteiten reeds verscheidene maatregelen genomen om de geluidshinder van de nachtvluchten te verminderen: ondermeer een moratorium voor de vestiging van nieuwe koerierbedrijven, het verbieden van nachtelijke vluchten door vliegtuigen van de hoogste geluidsklasse, verhoogde heffingen voor nachtvluchten

³ Overzicht in: Advies Nederlandse Gezondheidsraad : Grote luchthavens en gezondheid, 1999.

⁴ Passchier-Vermeer et al: Slaapverstoring en vliegtuiggeluid. TNO Inro rapport 2002.028, 2002.

⁵ Babisch et al: Increased catecholamine levels in urine in subjects exposed to road traffic noise. Environ Int 26: 475-481, 2001.

⁶ Rosenlund et al: Increased prevalence of hypertension in a population exposed to aircraft noise. Occup Environ Med 58:769-773, 2001.

⁷ Babisch et al: Traffic noise and cardiovascular risk. Arch Environ Health 54: 210-216, 1999.

⁸ Evans et al: Chronic noise exposure and psychological stress. Psychol Sci 6: 333-338, 1995.

⁹ Blockmans et al: Gezondheidsklachten bij omwonenden van een internationale luchthaven. Tijdschr Gen 58: 1398-1406, 2002.

¹⁰ Devroey et al: Onderzoek naar de invloed van geluidsoverlast op de gezondheidswaarneming van stadsbewoners. Tijdschr Gen 58:1392-1397, 2002.

(rekening houdend met de geluidscategorie), en wijzigingen van de vliegroutes (spreiding, invoering van de Ronde van Brabant,...).

Op 22 februari 2002 werd tussen de federale regering, de Vlaamse regering en de regering van het Brussels hoofdstedelijk gewest een principeakkoord gesloten om de nachtvluchten vanop de luchthaven Brussel-Nationaal te Zaventem te concentreren op 2 aanvlieg- en vertrekcorridors, met de bedoeling de geluidsoverlast te beperken. Sinds 1 november 2002 is de 'geoptimaliseerde stijging' vanaf baan 25R van kracht voor het merendeel van de nachtvluchten (hieronder wordt verstaan vluchten tussen 23u en 6u). Dit leidt tot een concentratie van de vluchten in 4 vertekroutes, waarbij volgende gemeenten (gedeeltelijk) worden overvlogen: Diegem, Haren, Vilvoorde, Grimbergen, Meise, Merchtem; en met op ongeveer 20 km van de luchthaven opsplitsing van het geconcentreerde traject: naar het noorden via Merchtem en Bornem, naar het zuiden over Affligem en Liedekerke, naar het oosten en het westen Mollem en Asse, Gaasbeek, Buizingen en Sint-Genesius-Rode. In het akkoord werd als voorwaarde voor deze concentratie vooropgesteld dat er geen extra hinder mocht worden gecreëerd en dat het aantal omwonenden die bloot staan aan de lawaaihinder zou verminderen.

IV. BELEIDSADVIES

Men moet het probleem in eerste instantie *inkaderen* in het algemene perspectief van milieueffecten op de gezondheid. Zo heeft bv. wegverkeer een grotere nadelige invloed op de gezondheid, en veroorzaakt de luchtvaart naast lawaaihinder ook chemische pollutie... Ook dient het probleem der nachtvluchten gesteld te worden in de context van een breder regionaal, supranationaal beleid inzake nachtvluchten. Men mag zich hierbij niet beperken tot de keuze tussen lokale nachtrust en lokale werkgelegenheid.

De vraagstelling van de minister en bijgevolg dit advies handelen echter niet over dit brede perspectief maar enkel over de voordelen (tewerkstelling, tijdige levering, ...) en nadelen (gezondheidseffecten) van de nachtvluchten naar en vanuit de luchthaven van Brussel-Nationaal. Om tot een volwaardige kosten-baten analyse te komen moeten dan zowel voor- als nadelen in monetaire termen worden uitgedrukt.

De Raad wil deze vraag en haar advies daarom duidelijk *omkaderen*. Bij dit probleem moet de nadruk in de eerste plaats liggen op een duidelijke inventarisatie van de gezondheidseffecten van nachtvluchten naar en vanuit de luchthaven van Zaventem (en niet vliegtuigverkeer in het algemeen) op de gezondheid. Dit is een taak die uiteraard binnen de bevoegdheden van de Raad en die van de minister valt. In een tweede stap moet dan worden nagegaan welke de gezondheidseconomische gevolgen zijn van genoemde gezondheidseffecten: hogere consumptie van gezondheidszorgen, meer absentisme, enz.... Deze tweede stap is relevant omdat op die manier de gezondheidseconomische kosten kunnen afgewogen worden ten opzichte van de baten ten gevolge van de beschouwde nachtvluchten. Hierbij moet echter ook in overweging worden genomen dat niet alle nadelige effecten te becijferen zijn, zoals bijvoorbeeld op het algemeen welbevinden van de bevolking op lange termijn. Ook is het nadelig effect van een ziekte meer dan de kosten die deze met zich meebrengt, en dient ook het menselijk lijden in rekening te worden gebracht. De derde stap, berekening van de baten van de nachtvluchten (tijdwinst bij levering van pakjes, mogelijke effecten op de tewerkstelling,...) past uiteraard minder in de bevoegdheden en exper-

tise van de Raad en van de minister, en de Raad adviseert daarom om zich enkel te buigen over de gezondheidseffecten en de economische gevolgen van deze gezondheidseffecten. Andere instanties (bv. de SERV) zijn beter geplaatst om de socio-economische aspecten te belichten.

De voorgestelde methodiek is de volgende:

Bij het inventariseren van de gezondheidseffecten van nachtvluchten moet men in de eerste plaats rekening houden met de evidentie voor een oorzakelijk verband tussen blootstelling aan nachtelijke geluidsoverlast en gezondheidseffecten, en de kwantificering van dit verband. Het weze hierbij opgemerkt dat dit verband niet noodzakelijk lineair is. M.a.w. de onderzoeksvraag gaat enerzijds over het feit of nachtvluchten al dan niet aanvaardbaar zijn, en anderzijds over een eventueel maximaal niveau van nachtvluchten voor een bepaalde regio dat inzake gezondheidseffecten en gezondheidseconomische gevolgen aanvaardbaar kan zijn.

Voor een dergelijke analyse zal men dus bij voorkeur verschillende mogelijke scenario's vergelijken (geen nachtvluchten vs concentratie vs spreiding; invloed van verschillend aantal vluchten gedurende de nacht en de spreiding ervan in de tijd,...). De ernst van deze gezondheidseffecten (en dus niet alleen de incidentie ervan) is hierin eveneens van belang.

De economische gevolgen van deze gezondheidseffecten (directe en indirecte kosten) moeten dan vervolgens berekend worden. Zoals eerder gesteld, moet men inzake deze economische gevolgen erop wijzen dat niet alle gezondheidseffecten kunnen geobjectiveerd worden. In de literatuur spreekt men van "intangible costs". Een analyse die deze intangible costs niet meerekent is onvolledig. Daarom zal het op zijn minst nodig zijn de gezondheidseffecten die tot intangible costs leiden duidelijk te omschrijven, ook al kunnen deze niet in reële kosten worden uitgedrukt.

Het bepalen van het aantal blootgestelde mensen (afhankelijk van de gebruikte vliegroutes) tenslotte leidt tot een inschatting op populatieniveau van de gezondheidseffecten en gezondheidseconomische kosten.

Voor de uitvoering van een dergelijke studie zijn er twee modaliteiten:

Voor een grondige, allesomvattende, studie van de gezondheidseconomische gevolgen van de gezondheidseffecten van nachtvluchten is een interdisciplinaire benadering nodig, met gespecialiseerde milieudeskundigen, economen, psychologen, huisartsen, sociologen,... Voor een dergelijke uitgebreide studie zal voldoende tijd en middelen voorzien moeten worden.

Indien een dergelijke analyse echter op relatief korte termijn moet worden uitgevoerd, kan dit gebeuren op basis van desk research, waarbij gebruikt wordt gemaakt van bestaande – ook buitenlandse – valide gegevens, en een gezondheidseconomisch model. Gezien het korte tijds kader lijkt een dergelijke verkennend "desk research" meer aangewezen.

De Raad stelt hier voor om in korte fasen te werken, waarbij in een eerste fase de gezondheidseffecten worden geïnventariseerd (op basis van de beschikbare literatuur); dit behoort tot de bevoegdheden van de VGR en kan eventueel binnen een werkgroep gebeuren. In tweede instantie kunnen de kosten van deze gezondheidseffecten worden berekend; dit kan worden uitbesteed aan een onafhankelijk ter zake gespecialiseerd onderzoeker of onderzoeksgroep, al dan niet lid van de Raad. Tenslotte kunnen de sociaal-economische gevolgen (wat niet onder de bevoegdheid noch de expertise van de VGR valt) apart worden geëvalueerd, eventueel door een andere instantie zoals de SERV, zoals eerder vermeld.

Binnen het huidige budget van de Vlaamse Gezondheidsraad kan een dergelijke studie niet worden gefinancierd. Indien de Vlaamse Gezondheidsraad met de opvolging hiervan belast zou worden, zal hiervoor dan ook een alternatieve (externe) financiering moeten worden voorzien.

In verband hiermee moet tenslotte worden opgemerkt dat momenteel ook op federaal niveau de vraag werd gesteld naar de uitvoering van een kosten-batenanalyse van de nachtvluchten op de luchthaven van Brussel-Nationaal (zie Parlementair document 50K2150: resolutie ingediend door dhr. Lode Vanoost). Het zou dan ook wenselijk zijn om bij de toekenning van deze opdracht in overleg te werken met het federaal niveau, teneinde geen 2 maal dezelfde studie te laten uitvoeren maar de krachten (en het geld) hiervoor te bundelen. Een mogelijke aanbeveling zou kunnen zijn om op het Vlaams niveau op korte termijn de beperkte verkennende analyse via desk research (zoals hoger voorgesteld) te laten uitvoeren. Indien reeds met een verkennende studie kan worden onderzocht of de geluidshinder ten gevolge van de nachtvluchten een negatieve invloed heeft op de gezondheid van de bevolking, kan dit een belangrijk objectief argument vormen om bij te dragen tot een beslissing over het al dan niet verbieden of beperken van nachtvluchten.

Indien nodig kan de studie later op federaal niveau uitgewerkt worden tot een meer uitgebreide studie, inclusief peilingen die een volledig beeld kunnen geven van de huidige situatie. Hieromtrent kan ook verwezen worden naar de Europese richtlijn i.v.m. evaluatie en beheersing van omgevingslawaai, waarin de lidstaten worden verplicht om tegen 2007 een 'geluidsbelastingkaart' op te stellen, en tegen 2008 actieplannen uit te werken voor de beheersing van lawaai, ondermeer voor de luchthavens.

Verder moet rekening worden gehouden met de bevoegdheidsverdeling: de gezondheidseffecten en hun gevolgen zijn een bevoegdheid van de Vlaams minister van Gezondheid, maar de economische belangen die hier tegenover staan niet. Ook overleg terzake met de andere bevoegde ministers en samenwerking binnen de Vlaamse regering is dus aangewezen.

Tenslotte, gezien de in de literatuur aangetoonde nadelige effecten op de gezondheid van slaapverstoring door nachtvluchten, beveelt de Vlaamse Gezondheidsraad aan om in afwachting van de resultaten van een dergelijke studie het voorzorgsprincipe te hanteren. De meerderheid van de Raad meent dat dit inhoudt dat er geen concentratie van nachtvluchten kan zijn; voor enkele leden impliceert dit een beperking of verbod op nachtvluchten.

2.2. ADVIES INZAKE HET VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE HET GEZONDHEIDSINFORMATIE-SYSTEEM

I. BELEIDSKADER

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*.

Met dit decreet beoogt de Vlaamse regering een kader te scheppen waarin, in de sectoren van de gezondheidszorg waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is, enerzijds de onderlinge gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers in het kader van de individuele zorgverlening geoptimaliseerd kan worden, en anderzijds de integratie van gegevens inzake gezondheid en gezondheidszorg in relationele gegevensbanken mogelijk wordt met het oog op een verdere verwerking ervan voor beleidsondersteunende en epidemiologische doeleinden, met respect voor de persoonlijke levenssfeer.

II. METHODIEK

Er werd een werkgroep samengesteld ter voorbereiding van het advies. Deze werkgroep bestond uit 8 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad : prof. dr. Joost Weyler (voorzitter), prof. dr. Jan De Maeseneer, mevr. Willeke Dijkhoffz, mevr. Virginie Huys, dhr. David Larmuseau, dr. Stephan Van Den Broucke, dhr. Jef Van Holsbeke, dr. Arne Van Renterghem en dhr. Luc Van Roye. Deze werkgroep werd aangevuld met 7 externe experts in hoorzitting : prof. dr. Georges De Moor, dr. Margaretha Haelterman, dr. Léon Luyten, prof. Marc Nyssen, dhr. Guy Vanden Boer, prof. dr. Herman Van Oyen en dhr. Yves Wuyts.

De werkgroep kwam voor het eerst samen op 7 november 2002. Op deze vergadering gaf dr. Peter Hooft van de administratie Gezondheidszorg toelichting bij het voorontwerp van decreet. In totaal vergaderde de werkgroep drie maal over het advies: op 7 november en 9 december 2002, en op 14 januari 2003. Tussendoor werden de commentaren van de leden van de werkgroep via e-mail verzameld en verwerkt door het secretariaat. Er was een tussentijdse rapportering in het Bureau van 19 november 2002. Het ontwerpadvies op basis van de besprekingen in de werkgroep werd een eerste maal voorgelegd aan de plenaire vergadering op 17 december 2002. Het definitieve advies werd goedgekeurd op 21 januari 2003 door de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad en nadien bekrachtigd door het Bureau.

Dr. Machteld Wauters volgde het proces van adviesformulering op als inhoudelijk medewerker van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING

Dit voorontwerp van decreet regelt de oprichting van een gezondheidsinformatiesysteem met 2 dimensies, namelijk het ‘operationeel’ en het ‘epidemiologisch’ informatiesysteem.

Via het *operationeel* informatiesysteem wil men de gegevensuitwisseling binnen de gezondheidszorg wettelijk regelen, met name tussen zorgverstrekkers en zorgaanbieders onderling (zowel individueel als organisaties). Dit kan bijvoorbeeld gegevensuitwisseling van de huisarts naar een specialist, het ziekenhuis of bejaardentehuis en omgekeerd zijn; maar ook het doorgeven van gegevens over een kind van Kind en Gezin naar het CLB.

Het *epidemiologisch* informatiesysteem wil een wettelijke basis vormen om gegevensuitwisseling mogelijk te maken tussen enerzijds zorgverstrekkers en zorgaanbieders (zowel individueel als organisaties) en anderzijds de administratie. De bedoeling hiervan is epidemiologische gegevens te verzamelen nodig om het Vlaamse gezondheidsbeleid zoveel mogelijk op evidentie te baseren. Hieronder vallen bijvoorbeeld de vaccinatiegegevens, kankerregistratiegegevens.... In het decreet is een dubbele versleuteling voorzien via verschillende intermediairen, om de anonimiteit van het epidemiologisch eindbestand te garanderen.

Het huidige voorontwerp van decreet wordt tegelijk nog aan een aantal andere adviesraden aangeboden, waaronder de SERV en de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

IV. BELEIDSADVIES

De Vlaamse Gezondheidsraad zal zich in zijn advies beperken tot een aantal principiële aspecten van het decreet. Gezien de fundamentele aard van deze opmerkingen achtte de Raad het niet opportuun en voorbarig om op dit moment een artikelsgewijze bespreking toe te voegen aan het advies, hoewel er in de werkgroep wel opmerkingen bij de verschillende artikelen gemaakt werden.

a) Algemene bemerkingen

De Raad is het erover eens dat er nood is aan een degelijk wettelijk kader voor het regelen van de informatie-overdracht. Men erkent de nood om bestaande informatie ook beschikbaar te maken en te delen met anderen. In die zin is dit ontwerpdecreet een mogelijk interessant uitgangspunt. Het decreet definieert een noodzakelijk juridisch kader voor de uitwisseling van gezondheidsgegevens, binnen een afzonderlijk operationeel en epidemiologisch luik. Beide onderdelen moeten hierbij duidelijk onderscheiden worden. De voorliggende tekst van het voorontwerp past in de context van de huidige, en wenselijke, ontwikkelingen in het domein van vergaren, transmissie en verwerking van gezondheidsgegevens.

De Raad heeft bij het huidige voorontwerp echter enkele zeer fundamentele bedenkingen:

- Cruciaal is de noodzaak om de specifieke **doelstellingen** van het decreet expliciet te formuleren. Duidelijke doelstellingen bepalen de coherentie van de inhoud en interpretatie

van de tekst. Momenteel zijn deze doelstellingen te vaag geformuleerd, en onvoldoende specifiek ingevuld, waardoor het niet duidelijk is waar men naartoe wil en de indruk wordt gewekt dat men alle mogelijkheden wil openhouden naar de toekomst toe (i.v.m. mogelijke uitbreiding van Vlaamse bevoegdheden?). De kans op een succesvolle implementatie is echter groter naarmate de doelstellingen beperkter omschreven en explicieter geformuleerd zijn. De doelstellingen van gegevensinzameling in zowel het operationele als het epidemiologische luik moeten vooraf expliciet (vóór het verzamelmoment) duidelijk omschreven zijn én bekend zijn aan de gegevensverzamelaar. De gegevensverstrekker moet vóór het verzamelmoment duidelijk weten waarvoor de gegevens zullen dienen en wat hij ervan kan verwachten. Deze doelstellingen moeten concreet en gespecificeerd zijn en vertaald in operationele termen. Op dit vlak blijft het voorontwerp vaag, zeker inzake het epidemiologisch informatiesysteem. Uitgangspunt voor registratie van gegevens moet zijn dat de overheid slechts gegevens kan opvragen voor zover deze *toereikend, terzake dienend, en niet overmatig* zijn voor de geformuleerde beleidsdoeleinden, en dat men deze gegevens niet op een andere manier kan bekomen: indien mogelijk moet maximaal gebruik worden gemaakt van andere beschikbare gegevens. Bovendien moet men bij de registratie en inzameling van gegevens kiezen voor de meest kosten-effectieve methode. Tenslotte moet er een bottom-up benadering zijn, waarbij een duidelijk geformuleerde doelstelling, de keuze van de methoden en terugkoppeling van de resultaten nodig zijn om mensen uit het veld te motiveren om mee te werken.

- De term 'gezondheidsinformatiesysteem' wordt in de tekst niet altijd correct gebruikt. Er wordt vaak eerder het **kader** voor een gezondheidsinformatiesysteem bedoeld dan het systeem zelf. Het woord "systeem" wijst op een volledig uitgewerkte operationele entiteit; het woord "raamwerk" beschrijft beter de effectieve draagwijdte. Dit raamwerk moet het kader vastleggen voor de uitwisseling van gegevens, maar moet duidelijk onderscheiden worden van het opzetten van concrete gegevensuitwisseling en -verzameling met bepaalde doeleinden. Dit zijn twee duidelijk verschillende opdrachten, maar dit onderscheid is in de tekst niet duidelijk genoeg gespecificeerd. Bij het uitwerken van dit raamwerk moet rekening worden gehouden met initiatieven op andere niveaus (zoals federaal en Europees), zowel inhoudelijk als operationeel.
- Er werd door de administratie gesteld dat het de bedoeling is met dit decreet een generiek kader te creëren dat verder moet worden ingevuld. De tekst is op dit punt echter niet consequent : enerzijds is hij op sommige punten erg vaag (bv. wat betreft de doelstellingen), anderzijds bevat hij onderdelen die te specifiek omschreven zijn (zoals de samenstelling van de toezichtcommissie) en specificaties (technische details) die mogelijk snel achterhaald zullen zijn.
- Tenslotte zijn er ook een aantal problemen met de **gegevensinzameling** zelf, voornamelijk in het kader van het epidemiologisch informatiesysteem

Een eerste, zeer belangrijk, probleem hierbij is dat men omwille van de *bevoegdheidsverdeling* de gegevensverzameling enkel kan oriënteren op deze zaken waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is (o.a. de gezondheidsdoelstellingen, preventieve activiteiten, vaccinaties, ...). Het is zeer moeilijk om effecten m.b.t. interventies op dit terrein te evalueren, wanneer men niet beschikt over globale morbiditeitsgegevens: dit bete-

kent dat men informatie vanuit de curatieve sector dient te integreren met o.a. gegevens rond preventieve interventies. Men heeft dus gegevens nodig vanuit huisartsgeneeskundige registratie, eventueel ook vanuit registratie in 2^e en 3^e lijn. Helemaal lastig wordt het wanneer men beperkt is tot deze interventies die in het kader van bepaalde financieringsafspraken worden aangeboden. Voor vaccinaties bijvoorbeeld betekent dit dat men geen zicht heeft op alle injecties die in andere settings worden gegeven. De indruk ontstaat dat hier zeer veel moeite zal worden gedaan, met weinig "operationeel nut" t.a.v. volksgezondheid.

Een tweede punt waar men rekening mee moet houden is de *kwaliteit* van de verzamelde gegevens. Men moet zich ervan bewust zijn dat het feit dat men over een grote hoeveelheid gegevens beschikt op zich geen waarde heeft als de kwaliteit van deze gegevens niet voldoet. De correctheid en volledigheid van de aangeleverde gegevens zal volledig afhangen van de zorgverstrekkers of organisaties met terreinwerking. Om deze te motiveren om mee te werken is het nodig dat zij ook de meerwaarde van zo'n gegevensverzameling inzien en ervaren, en dat er feedback is. Een belangrijk uitgangspunt dient te zijn dat de actoren in het zorgverleningsproces optekenen en bijhouden wat zij nuttig of nodig achten. De zorgverstreker moet reeds bij het klinisch rapporteren en de dossiervorming rekening kunnen houden met verwachtingen i.v.m. het registratieproces, zodat de extra belasting van de registratie beperkt kan blijven. Hiervoor is een duidelijk geformuleerde doelstelling van de registratie dan weer essentieel. Het veld moet dan ook betrokken worden bij de opzet van het operationeel en epidemiologisch informatiesysteem (bepaling van welke gegevens verzamelen, wat is realistisch,...). Momenteel is dit niet voorzien in het voorontwerp van decreet. In het huidige voorontwerp is er enerzijds een topdown bepaling van de inhoud, vorm en modaliteiten van de aan te leveren gegevens, anderzijds een enkelrichting bottom-up aanlevering van gegevens. In de eerste beschrijving van de inhoud die dienen geregistreerd te worden blijkt nergens een intentie tot filtering of aggregatie van gegevens bij het doorgeven van de informatie naar een hoger gelegen niveau van informatie (individueel gezondheidsdossier, elektronische registratie, bronbestand, intermediair bestand, eindbestand). Door deze tegengestelde beweging (topdown bepaling van de inhoud versus bottom-up aanlevering van gegevens) wordt aan de zorgverstrekkers en de organisaties met terreinwerking de mogelijkheid ontnomen tot intrinsieke motivatie voor de gegevensverzameling. In deze context is ook feedback van de resultaten noodzakelijk.

Hierbij aansluitend is er de vraag naar het nut van het decreet voor wetenschappelijke activiteiten, en de noodzaak om zoveel gegevens te verzamelen en bewaren. Zowel het operationele als het epidemiologische informatiesysteem vertrekken van een continue registratie bij alle zorgverstrekkers en organisaties met terreinwerking die onder het toepassingsdomein van het decreet vallen. Nochtans kan een zorgvuldig getrokken steekproef evenveel epidemiologische informatie opleveren om het Vlaams gezondheidsbeleid te sturen.

b) Concrete aanbevelingen

- Een essentiële voorwaarde is het duidelijk formuleren van de doelstellingen, en dit afzonderlijk voor het operationele en het epidemiologische informatiesysteem. Het is evident

dat voor beide verschillende doelstellingen zullen gelden, en hiermee samenhangend zal een verschillende methodologie vereist zijn.

- De Raad pleit ervoor om de tekst af te slanken tot een echt algemeen generisch kaderdecreet voor de informatiestromen, waarbinnen de bestaande informatiesystemen passen. Daarnaast kan het denkproces naar toekomstige ontwikkelingen toe worden geactiveerd in de vorm van een beleidsnota met toekomstplannen, en kunnen de praktische details (zoals de bepalingen i.v.m. de toezichtcommissie en de technische aspecten) worden uitgewerkt in uitvoeringsbesluiten. Het decreet moet de bedoeling hebben om een kader te creëren waarin later de regeling voor specifieke sectoren kan ingepast worden. Alle verwijzingen in dit kaderdecreet naar een sector (bijvoorbeeld de bepalingen inzake Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding) dienen dan ook geschrapt te worden. Het decreet mag ook bepaalde procedures technisch niet vastleggen. Dit zou te veel beperkingen opleggen; beveiligingstechnisch is er heel wat in beweging en is de toekomst veelbelovend. Het overlaten van de concrete uitwerking van technische richtlijnen en regels aan de regering is in die zin een terechte politiek : anders zou bij iedere aanpassing aan nieuwe evoluties van de technologie terug de moeilijke procedure voor de wijziging van decreet dienen te worden doorlopen.
- De Raad adviseert om naast de toezichtcommissie, die een controlefunctie heeft, een wetenschappelijke adviescommissie of operationele werkgroep te installeren, die verantwoordelijk is voor het technische en inhoudelijke aspect. Hier is een mogelijkheid om een orgaan te creëren dat zou werken als 'clearinghouse'. In eerste instantie zal deze commissie de regels rond gegevensuitwisseling moeten uitwerken (waarbij de eerste zal zijn dat het gebruik van het systeem enkel kan indien voor de uitwisseling of verzameling van gegevens duidelijke doelstellingen bepaald zijn), die de inhoud van te registreren gegevens kan bepalen of evalueren en waar men ook terecht kan voor advies en bemiddeling. Deze adviescommissie zal projectvoorstellen (zowel vanuit de administratie als vanuit andere onderzoeksinstellingen) moeten beoordelen op hun waarde, geformuleerde doelstellingen en voorgestelde methodologie evalueren en bekijken of deze gegevens niet kosten-effektiever via andere wegen worden verkregen. In de praktijk zal het voor een goede werking dan ook van belang zijn om snel zowel een toezichtcommissie als een adviescommissie op te richten (weliswaar via een afzonderlijk besluit).
- De overheid heeft de plicht om ervoor te zorgen dat het verzamelen van persoonsgegevens *toereikend, terzake dienend, en niet overmatig* gebeurt, uitgaande van de doeleinden waarvoor ze verkregen worden of verder verwerkt worden. Dit principe moet niet enkel in de memorie van toelichting worden verwoord, maar tevens in de tekst van het decreet worden gesteld. In de praktijk kan de beoordeling hiervan een taak zijn voor de adviescommissie. Om dit te bereiken moet bij het uitwerken van het decreet ook rekening worden gehouden met initiatieven op andere niveaus en van andere overheden. Hierbij wordt ondermeer gedacht aan de afstemming van het individueel gezondheidsdossier en de elektronische registratie met het globaal medisch dossier, het bewaken van de vergelijkbaarheid van gegevens met (internationale) registraties, en aan de mogelijkheid om maximaal gebruik te maken van andere beschikbare gegevens. Zo kan de bijkomende werklast zoveel mogelijk worden beperkt.

Conclusie

De Vlaamse Gezondheidsraad gaat akkoord met het *principe* dat er nood is aan een wettelijk kader dat de informatie-overdracht regelt, en dus met het bestaan van dit decreet. De *invulling* hiervan wordt momenteel echter onvoldoende geacht. De Raad verklaart zich bereid om een eventuele herwerkte versie van het decreet opnieuw te evalueren.

2.3. ADVIES INZAKE HET VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

I. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

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 *voorontwerp van decreet betreffende de bedrijfsgezondheidszorg*.

Dit voorontwerp van decreet beoogt de bedrijfsgezondheidszorg, die nu in hoofdzaak 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 finale toetssteen voor evaluatie van dit decreet is de vraag of door dit decreet een betere bedrijfsgezondheidszorg kan worden aangeboden aan alle werkers van de Vlaamse Gemeenschap.

II. METHODIEK

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 enkele leden van de Vlaamse Gezondheidsraad aangevuld met externe experts. De werkgroep bestond uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad, namelijk dr. Maurits De Ridder (voorzitter), prof. Lea Maes, dr. Stephan Van den Broucke, prof. Nik Van Laerebeke, en 8 externe experts: dr. Dirk Delaruëlle, dr. Marc Douwen, prof. dr. Raphael Masschelein, prof. Roland Pepermans, mevr. Mieke Raeijmaekers, dr. Roland Vanden Eede, dhr. Marc Vandenput en dhr. Dirk Vermeulen.

De werkgroep kwam voor het eerst samen op 26 november 2002. Op deze vergadering gaf mevr. Karen Colaert van de administratie Gezondheidszorg toelichting bij het voorontwerp van decreet. In totaal vergaderde de werkgroep 3 maal over het advies: op 26 november, 12 en 20 december 2002. Het ontwerpadvies op basis van de besprekingen in de werkgroep werd een eerste keer voorgelegd aan de plenaire vergadering op 17 december 2002. Het definitieve advies werd goedgekeurd op 21 januari 2003 door de Plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad en nadien bekrachtigd door het Bureau.

Dr. M. Wauters volgde het proces van adviesformulering op als inhoudelijk medewerker van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. ADVIES

a) Voorafgaande conceptuele opmerkingen

- Het uiteindelijk doel van dit decreet is een betere gezondheidsvoorziening en -bewaking van de Vlaamse bevolking tijdens het werk. Het is dan ook absoluut noodzakelijk dat wijzigingen in overleg met de verschillende gemeenschappen en de federale overheid gebeuren, evenals de fasering ervan, zoniet dreigt men een chaos te organiseren die uiteindelijk een achteruitgang zal betekenen voor de gezondheid van de bevolking en de bewaking ervan. Zo moet er een duidelijke praktische regeling komen voor bedrijven met zetel in Brussel en voor bedrijven die actief zijn in heel België. In de huidige tekst is het bv. niet duidelijk wat de criteria zijn om als bedrijf met een vestiging in Brussel-Hoofdstad te worden beschouwd als 'uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap'. Dit moet precies worden gedefinieerd of het zal leiden tot onduidelijkheden en tot problemen, zoals die nu in de praktijk worden gezien met bv. de Vlaamse zorgverzekering en de toepassing ervan voor Vlamingen in Brussel.
- De Raad pleit voor een uniform gebruik van terminologie binnen de Vlaamse regelgeving. Zo kan het niet dat bijvoorbeeld een beroepsbeoefenaar van de gezondheidszorg in het ene decreet zorgverstrekker en in het andere zorgaanbieder wordt genoemd, waarbij de definities in 3 verschillende decreten telkens net iets verschillen, al naargelang dit past in het kader van het decreet.
- De bepalingen in verband met gegevensbeheer en gegevensuitwisseling (art. 49-53) moeten conform het decreet op het gezondheidsinformatiesysteem zijn.

b) Algemene bespreking van het decreet

- De grote lijnen en de algemene benadering beantwoorden aan verzuchtingen die reeds lang op het terrein leven, en die reeds werden vastgelegd in het Witboek rapport "*Arbeidsgezondheidkunde en bedrijfsgezondheidszorg in Vlaanderen*" van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde.
- Positief in het decreet is het handhaven van de strikte scheiding tussen de bedrijfsarts en controle-arts : dit is bevorderlijk voor de onafhankelijkheid en vertrouwenspositie van de bedrijfsarts (in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Nederlandse situatie). In de tekst wordt echter op verschillende plaatsen ook melding gemaakt van verplichtingen: ondermeer de verplichting vanwege het bedrijf om de richtlijnen van de bedrijfsarts te volgen, en de meldingsplicht van de bedrijfsarts indien deze richtlijnen niet worden opgevolgd. Dit gaat in tegen de vertrouwenspositie van de bedrijfsarts. Indien hij onderworpen is aan een meldingsplicht, bestaat het risico dat hij van een aantal zaken niet zal worden op de hoogte gebracht. Dit is niet bevorderlijk voor een goede (samen-) werking. De bedrijfsarts mag niet de taak van inspecteur krijgen. Alleen in ernstige gevallen moet hij verplicht zijn de overheid in te lichten. Hieronder verstaat men een dreigend gevaar voor de

gezondheid, hetzij van de werker zelf, hetzij van mensen uit zijn omgeving of derden. De beoordeling hiervan moet worden overgelaten aan het oordeel van de bedrijfsarts. Deze wetgeving kan trouwens geen verplichtingen opleggen aan de werkgevers wat betreft de aanpassing van de arbeidsomstandigheden.

- Basisprincipes die moeten gerespecteerd worden in de bedrijfsgezondheidszorg zijn :
 - Multidisciplinariteit als verbreding van de deskundigheid
 - Eenheid van visie t.o.v. het globale preventiebeleid op het werk

In dit kader is het belangrijk om een garantie in te bouwen voor het in stand houden van de synergie tussen de bedrijfsgezondheidsdienst en de preventieve diensten voor risicobeheersing (ergonomie, arbeidshygiëne, psychosociale aspecten, veiligheid). Er is op het terrein veel geïnvesteerd in *multidisciplinaire samenwerking*, en de meerwaarde van de geïntegreerde benadering van veiligheid en gezondheid hoeft niet meer te worden betwist. Deze verworvenheid dient absoluut behouden te blijven, maar hiervan wordt in de teksten nauwelijks gewag gemaakt.

De tekst suggereert, zonder het met zoveel woorden te zeggen, dat arbeidpsychologen, ergonomen, arbeidshygiënist, ... tewerkgesteld worden in de bedrijfsgezondheidsdienst (de memorie van toelichting stelt dit zelfs duidelijker), en dus in de toekomst gaan werken onder verantwoordelijkheid en rechtstreekse supervisie van de bedrijfsarts. De departementen Ergonomie, Psychosociale Aspecten en Arbeidshygiëne zullen hierdoor binnen externe diensten onvermijdelijk moeten verhuizen van Risicobeheersing naar Medisch Toezicht. Een dergelijke situatie is niet multidisciplinair, en in deze zin is de commentaar in de memorie van toelichting niet correct : multidisciplinair werken veronderstelt in deze context een gelijkwaardige relatie tussen de verschillende disciplines, waarbij niemand werkt onder bevel van of in opdracht van één bepaalde beroepsgroep. In een echte multidisciplinaire omgeving wordt de eindverantwoordelijkheid van een preventieve actie bepaald in functie van de problematiek, de situatie, de beschikbaarheid en competentie van de verschillende betrokkenen, en niet omdat één bepaalde beroepsgroep nu eenmaal voor gelijk welk domein binnen “de bedrijfsgezondheidszorg” (of wat daar nu zeer rekbaar onder wordt gedefinieerd) per definitie het recht heeft het eindoordeel te vellen. Multidisciplinariteit impliceert gelijkwaardigheid en een evenwicht van de verschillende disciplines (in kwaliteit en kwantiteit). Een gerechtvaardigde uitbreiding van het bevoegdheidsdomein van bedrijfsartsen hoeft niet per definitie te betekenen dat principes van multidisciplinariteit moeten worden geschonden. Indien deze tekst op deze wijze zou blijven bestaan, betekent dit integendeel het einde van de multidisciplinaire aanpak zoals deze momenteel in volle ontwikkeling is in de externe preventiediensten. Een aanpassing van artikel 56 waarbij “doet beroep op” vervangen wordt door “werkt samen met andere gespecialiseerde personen...” kan dit probleem oplossen.

Ook in verband met de verzelfstandiging (onder de vorm van een v.z.w.-structuur) van interne diensten bestaat de vrees dat door deze juridische verzelfstandiging van de interne diensten, de samenwerking en integratie die in de praktijk is gegroeid met de preventieve veiligheidsdienst zou worden teruggeschroefd. Het opleggen van een eenvormige juridische structuur voor alle diensten, zowel interne als externe, betekent voor de inter-

ne diensten een hinderpaal voor een geïntegreerd beleid. Beter zou zijn te stellen dat de organisatiestructuur moet borg staan voor een voldoende onafhankelijkheid. Dit kan door de morele en technische onafhankelijkheid van de bedrijfsarts zoals in artikel 68 (eerste lid) omschreven is, te garanderen, wat via een uitvoeringsbesluit kan gebeuren. Een verzelfstandiging van deze diensten is hiervoor niet nodig.

In het kader van de multidisciplinaire aanpak is het wellicht nuttig om in dit ontwerp van decreet ook aandacht te besteden aan de relatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en activiteiten die meestal vallen onder de noemer van het Personeelsdepartement (of Human Resource Department). Dit departement draagt immers ook bij tot 'de bewaking en bevordering van de arbeidsgeschiktheid' (art. 4 – 4°), en kan bijkomend ondersteunend werken in het kader van psychosociale studies en schriftelijke enquêtes (art. 37 § 1) alsook wat betreft het kansen geven aan medewerkers om zich te ontplooien (commentaar bij artikel 4) en is ook een belangrijke spelpartner wanneer het gaat om aanwerving (commentaar bij artikel 28) en jobrotatie (commentaar bij artikel 29). In 'bedrijven' die niet over een dergelijke afdeling of dienst beschikken, kan dit eventueel opgelost worden door te verwijzen naar 'de personeelsverantwoordelijke' of 'de persoon wiens functiebevoegdheden verantwoordelijkheden betreffende het personeel omvatten' of 'de persoon die aspecten van het personeelsbeleid voor zijn rekening neemt'. Er wordt voorgesteld 'de personeelsverantwoordelijke' (of een alternatief) expliciet te vermelden bij artikel 62.

- De toevoeging van een aantal nieuwe opdrachten, zoals het realiseren van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, het verzamelen van gezondheidsgegevens en het verrichten van onderzoek wordt als positief ervaren : hierdoor wordt de bedrijfsgezondheidsdienst meer betrokken bij het algemene Vlaamse gezondheidsbeleid. Dit is belangrijk gezien het grote bereik van bedrijfsartsen en hun direct contact met de werkende bevolking. Men moet hierbij echter ook rekening houden met de gevolgen van deze extra taken voor de werklast van de bedrijfsgezondheidsdiensten. Het is onmogelijk om nieuwe taken op te leggen aan bedrijfsgezondheidsdiensten zonder daarvoor een duidelijk financieel kader te voorzien. Indien deze extra taken vanuit de Vlaamse regering worden opgelegd met als expliciete bedoeling de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te realiseren en registratie en onderzoek uit te voeren voor de Vlaamse regering, dan zal de Vlaamse regering hiervoor ook de nodige middelen moeten voorzien.
- Duidelijke synchronisatie inzake tarifiëring en taken is nodig, met voorafgaande kostenbatenanalyse in functie van de doelstellingen.
- De samenwerking met de huisarts van de werker moet worden opgenomen in het decreet. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door deze expliciet te vermelden in artikel 24 § 2, artikel 64 en artikel 65.

c) Bespreking per artikel en voorstellen voor tekstwijziging

TITEL I: ALGEMENE BEPALINGEN EN DEFINITIES

Art. 2, 3°: arbeidshygiëne: *identificatie*, evaluatie en beheersing van factoren in het...

Art. 2, 6°: arbeidpsychologie: *wetenschap die de psychische en sociale factoren bestudeert, die gerelateerd zijn aan het arbeidsmilieu (de arbeid en de arbeidsomgeving) en die een weerslag kunnen hebben op de arbeidsgeschiktheid en het psychisch (geestelijk) en sociaal welbevinden van de persoon*

Art. 2, 16°: gezondheid: toestand van *optimaal* lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden bij de mens, *en niet enkel de afwezigheid van ziekte of handicap*.

Art. 2, 20°: medisch contact: *individueel* contact tussen *een medisch* bevoegd persoon en een werker, betreffende diens gezondheid en/of werkomstandigheden.

Art. 2, 23°: Richtlijn: een advies *aan de bedrijfsgemeenschap* dat binnen een *onderling afgesproken* termijn *zou moeten leiden* tot maatregelen.

Art. 2: Toevoegen: definities van 'risico' en 'gevaar':

Gevaar : de intrinsieke eigenschap of het intrinsiek vermogen van iets (bijvoorbeeld bij het werk gebruikte materialen, uitrusting, werkmethoden en –gewoonten) dat nadelige gevolgen kan veroorzaken.

Risico : de kans dat de nadelige gevolgen zich onder gebruiksomstandigheden en/of door blootstelling kunnen voordoen en de mogelijke omvang van die gevolgen.

TITEL II: DOELSTELLINGEN EN TOEPASSINGSGEBIED

Art. 4, 6°: De bedrijfsgezondheidszorg '*draagt bij tot de bescherming van de gezondheid van de afnemers van goederen en diensten*': Deze formulering wordt als te bindend ervaren en roept vragen op naar verantwoordelijkheid en verplichtingen. Voorgesteld wordt om onderscheid te maken in de formulering tussen enerzijds de eerste 5 taken (art. 4, 1-5°), die behoren tot de essentiële taken van de bedrijfsarts binnen het bedrijf, en anderzijds de 3 laatste (art. 4, 6-8°), waar men de formulering bv. zou kunnen aanpassen als '*...en verleent zijn medewerking aan...*'

Art. 6: Het is niet duidelijk wat de criteria zijn om als bedrijf met een vestiging in Brussel-Hoofdstad te worden beschouwd als 'uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap'. Wat dient men te verstaan onder 'vanwege hun organisatie'?

Art. 7: De Vlaamse regering bepaalt de categorieën van potentiële werkers, en *bepaalt* de artikels uit dit decreet, of onderdelen ervan, die op deze categorieën van toepassing zijn.'

TITEL IV: OPDRACHTEN VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSDIENSTEN

HOOFDSTUK 1. GEZONDHEIDSTOEZICHT

Afdeling I. Algemene bepalingen

Art. 15: Bij deze bepalingen moet rekening gehouden worden met dezelfde criteria die gelden voor erkende arbeidsgeneesheren, teneinde eenzelfde kwaliteit te kunnen garanderen.

Afdeling II. De medische contacten

Onderafdeling I. Medische contacten op initiatief van de bedrijfsgezondheidsdienst en verplichte medische contacten.

Art. 21: tweede lid: evaluatie van de risico's voor het begin van de arbeid of verandering van werkplek wordt onvoldoende geacht. Er wordt voorgesteld om deze laatste zin te schrappen en in de tekst *systematische* evaluatie (in principe bij elk contact) in te voegen.

Art. 22 §2: *De bedrijfsarts beslist over de noodzaak van medische contacten:* Dit artikel heeft zeker nut, maar het belang ervan is afhankelijk van wat in artikel 26, de door de Vlaamse regering opgelegde verplichte medische contacten, bepaald wordt. Volledige autonomie van de bedrijfsarts in deze kan mogelijk een bron vormen van concurrentie tussen bedrijfsgezondheidsdiensten, gezien de impact ervan op de kosten van de bedrijfsgezondheidszorg. In verband met periodieke medische contacten kan overleg met de bedrijfsleiding of het overlegcomité nuttig zijn.

Art. 22 §3: Het is nodig dat een medisch contact bij het begin van de arbeid verplicht wordt gesteld voor alle werkers. Een dergelijk basiscontact van de werker met de bedrijfsgezondheidsdienst heeft verschillende voordelen: mogelijkheid voor eerste kennismaking met de dienst, voor het verstrekken van informatie aan de werker, om baseline-gegevens te verzamelen (nodig voor evaluatie) en om een basisoordeel te formuleren naar de geschiktheid van de werker voor de arbeid en van de arbeid voor de werker. Dit medisch contact gebeurt bij voorkeur vóór de aanvang van het werk of binnen de proefperiode met een maximum van twee weken na indiensttreding.

Art. 23 §1: *'Elke afwezigheid wegens arbeidsongeschiktheid moet aan de bedrijfsgezondheidsdienst worden meegedeeld'*: Wanneer alle afwezigheden, zowel ziekte als ongeval, inclusief kortdurend verlet, moeten gemeld worden, betekent dit veel extra (dubbel) administratief werk, zonder echte toegevoegde waarde voor de bedrijfsgezondheidsdienst. Afwezigheden zijn voor de bedrijfsgezondheidsdiensten slechts interessant in de mate dat ze aan het werk gerelateerd zijn: hetzij met werk als oorzaak van de afwezigheid, hetzij als de afwezigheid gevolgen heeft voor het werk. Het bijhouden van deze gegevens is niet de taak van de bedrijfsarts maar eerder van de personeelsdienst. Deze gegevens kunnen dan via een ander systeem aan de bedrijfsgezondheidsdienst ter beschikking worden gesteld. Anders is dit een bijkomende taak waarvoor bijkomende middelen moeten worden voorzien, en dan dient dit ook in de tekst te worden vastgelegd.

Afdeling III. Adviezen na medische contacten

Hoofdstuk 2. Evaluatie van de arbeidsomgeving

Art. 41: Het inlichten van een ambtenaar mag geen verplichting zijn. Dit is een controlerende functie, die incompatibel is met de vertrouwensrol van de bedrijfsarts, in tegenspraak met de deontologie en mogelijk met het beroepsgeheim (bv. in het geval van een werkpost met 1 werknemer is er geen sprake van ‘anonieme’ informatie).

Hoofdstuk 3. Gezondheidsinformatie en –opleiding

Toevoegen aan titel: ‘*en -promotie*’

Art. 42, 1°: Hier wordt voorgesteld om ‘arbeidsorganisatie’ toe te voegen, teneinde de effecten van bv. werken in ploegen en nachtarbeid te includeren.

Art. 43: Toevoegen van ‘promotie’.

Het voorstel van decreet geeft de bedrijfsgezondheidsdiensten een duidelijke opdracht inzake gezondheidsbevordering, met onder meer een duidelijke verwijzing naar de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen, en stelt terzake een aantal modaliteiten voor voor samenwerking met andere actoren ondermeer via de structuur van de LOGO's. Deze intersectorale samenwerking is op zich lovenswaardig, doch de tekst geeft geen verduidelijking omtrent de financieringsmodaliteiten hiervoor. Op het terrein blijkt een gebrek aan financiële middelen nochtans vaak de grootste hindernis om een concrete samenwerking tot stand te brengen. De bestaande middelen voor preventieve gezondheidszorg in de Vlaamse begroting zijn uitermate beperkt, en kunnen hiervoor uiteraard niet aangesproken worden. Bovendien dient er in dat geval op niveau van de LOGO's een duidelijke coördinatie te zijn. Bedrijfsgezondheidsdiensten actief over heel Vlaanderen, kunnen hun werking niet continu aanpassen in functie van eventuele verschillen van doelstellingen van de verschillende LOGO's.

Hoofdstuk 4. Taken met betrekking tot eerste hulp bij acute gezondheidsproblemen van de werkers in het bedrijf.

Art. 44: Toevoegen: “De bedrijfsgezondheidsdienst oefent toezicht uit op *en geeft advies in verband met* de organisatie van de eerste *en dringende* hulp bij acute gezondheidsproblemen van de werkers in het bedrijf”.

Art. 45: Dit artikel wordt overbodig geacht, want evident, aangezien hulp verlenen impliciet behoort tot de plicht van een arts en ieder ander die getraind is om eerste en dringende medische hulp te verlenen.

TITEL V: ORGANISATIE VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSDIENSTEN

Art. 55: Volgens dit artikel zullen alle bedrijfsgezondheidsdiensten, dus ook de interne diensten, de vorm van een vzw moeten aannemen. De vrees bestaat dat door deze juridische verzelfstandiging van de interne diensten, de samenwerking die in de praktijk is gegroeid met bv. de preventieve veiligheidsdienst zou worden teruggeschoefd. Beter zou zijn te stellen dat de organisatiestructuur moet borg staan voor een voldoende onafhankelijkheid.

Art. 56: In dit artikel moet de nadruk meer op multidisciplinariteit liggen (zie ook algemene opmerkingen). In de commentaar zien we geen verplichtingen voor de verschillende disciplines in functie van verschillende behoeften. 'Externe' bedrijfsgezondheidsdiensten zonder specifieke aanwezigheid van gespecialiseerde personen in een bepaald beroepsdomein zouden dus in principe terug mogelijk worden. Dit is een achteruitgang van de kwaliteit en niet aangewezen. Zeker in functie van al de opdrachten van bedrijfsgezondheidsdiensten zullen bedrijfsartsen vaak moeten terugvallen op een multidisciplinair team. Al de specialismen moeten daarom voorzien zijn. Het ontbreken van 'veiligheid' is in deze optiek een probleem.

De formulering '*doet de bedrijfsgezondheidsdienst beroep op*' is van die aard dat de opgebouwde departementen risicobeheersing als het ware enkel ten dienste staan van de bedrijfsartsen. Een goed werkend departement risicobeheersing krijgt ook rechtstreeks vragen en opdrachten van bedrijven. Via deze weg worden problemen in een bedrijf op een geïntegreerde multidisciplinaire manier opgelost. Een zekere autonomie van risicobeheersing om dit departement niet te medicaliseren lijkt aangewezen. Is het niet nuttig om hier in het commentaar te verwijzen naar de opgelegde structuren van externe diensten zoals bij commentaar van artikel 61 vermeld wordt dat de bestaande financiering overgenomen wordt. Er wordt gevreesd dat door de omschrijvingen zoals hier weergegeven de verdere uitbouw van de niet-medische taken van bedrijfsgezondheidsdiensten, die noodzakelijk zijn om een professionele multidisciplinaire service te kunnen verlenen, zullen vertraagd worden. Zo lijkt het ook logisch dat risicobeheersing onder de verantwoordelijkheid valt van een competent persoon die zich op deze disciplines toelegt en niet onder de verantwoordelijkheid kan vallen van een bedrijfsarts die zich er niet specifiek op toelegt. Een professionele multidisciplinaire aanpak steunt onder andere op gelijkheid van de verschillende competenties.

TITEL VI: FINANCIERING

Art. 61: De financiering van de bedrijfsgezondheidsdiensten moet worden uitgewerkt in uitvoeringsbesluiten. De Raad meent dat het belangrijk is om dit tijdig te doen, opdat de realisatie van de bepalingen in het decreet mogelijk zou zijn.

TITEL XI: HANDHAVING VAN HET DECREET

Hoofdstuk II. Bewarende maatregelen

Art. 76: In dit artikel wordt gesteld dat de contactpersoon voor bedrijfsgezondheidszorg binnen het bedrijf de verantwoordelijkheid heeft over de bescherming van de gezondheid van de werkers. Er wordt hierbij opgemerkt dat geen verantwoordelijkheid kan aanvaard worden voor toestanden waarvoor men de macht niet heeft om ze te veranderen. Er kan enkel verantwoordelijkheid zijn omtrent het doorgeven van de informatie naar de bedrijfsleiding. De eindverantwoordelijkheid dient bij de werkgever (de bedrijfsleiding) te liggen. De Vlaamse regering kan deze echter niets opleggen.

2.4. ADVIES INZAKE HET ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE INDELING IN ZORGREGIO'S EN BETREFFENDE DE SAMENWERKING EN PROGRAMMATIE VAN GEZONDHEIDSVORZIENINGEN EN WELZIJNSVORZIENINGEN

I. BELEIDSKADER

In zijn brief van 5 februari 2003 verzocht de voorzitter van het Vlaams Parlement, dhr. N. De Batselier, de Vlaamse Gezondheidsraad om advies over het *ontwerp van decreet betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen*. Dit ontwerp van decreet lag op dat moment ter bespreking voor in de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen. Na advies van de SERV en de Raad van State in mei 2002 werd het ontwerp van decreet op 21 juni 2002 goedgekeurd door de Vlaamse regering. Op 24 juli 2002 werd het ingediend bij het Vlaams Parlement, waar het op 10 oktober 2002 werd besproken in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen.

De Vlaamse Gezondheidsraad werd op dit punt gevraagd om binnen een termijn van 30 dagen een advies over dit ontwerp van decreet uit te brengen.

II. METHODIEK

Gezien de beperkte termijn voor adviesverlening werd de voorziene spoedprocedure gevolgd. De adviesvraag werd op 12 februari 2003 (datum van ontvangst op het secretariaat) schriftelijk voorgelegd aan het bureau, en op 14 februari aan alle leden van de VGR. Dr. Peter Hooft van de administratie Gezondheidszorg kwam het ontwerp van decreet toelichten op een extra plenaire vergadering op 25 februari 2003. Een eerste ontwerptekst van het advies werd verder besproken op 4 maart 2003. De definitieve versie van het advies werd na discussie goedgekeurd door de plenaire vergadering op 18 maart 2003.

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

III. ACHTERGROND

De inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen wordt op dit ogenblik grotendeels bepaald door de voorzieningen zelf (aanbodgestuurd). In de toekomst wil de Vlaamse overheid het aanbod van de voorzieningen en hun samenwerkingsverbanden plannen op basis van huidige en toekomstige behoeften van de bevolking. Om een optimale spreiding van voorzieningen te waarborgen baseert men zich op gegevens omtrent het huidige zorgaanbod enerzijds en de behoeften anderzijds. De bedoeling is om de totale capaciteit van zorgaanbod in een regio beter af te stemmen op de noden in die regio.

Om (bij)sturend te kunnen optreden is een planningsinstrument nodig dat wettelijk is vastgelegd. Het huidige ontwerp van decreet bepaalt dan ook dat de Vlaamse regering de samenwerking van en tussen gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen *kan* organiseren en de programmatie van het aantal en de spreiding van deze voorzieningen kan bepalen.

Voor de praktische uitwerking hiervan wordt het Vlaamse landsgedeelte opgedeeld in 'zorg-regio's'. Deze hiërarchisch gestructureerde indeling is gebeurd op basis van een studie van Prof. Dr. E. Van Hecke van het Instituut voor Sociale en Economische Geografie aan de Katholieke Universiteit te Leuven¹¹. In deze studie werden de invloedssferen van steden geanalyseerd en een stedelijke hiërarchie opgesteld, op basis van ongeveer 30.000 enquêtes, waarin werd gepeild naar de fluxen van inwoners tussen gemeenten, voor hun dagelijkse, meer occasionele en gespecialiseerde behoeften. Bij het uittekenen van de kaart voor de zorg-regio's stond het 'kleinstedelijk niveau' centraal, omdat het aantal ziekenhuizen in de grootteorde ligt van het aantal steden. Dit basismodel diende te worden aangepast aan de specifieke aspecten van de gezondheids- en welzijnsproblematiek : rekening houdend met afstand (voornamelijk belangrijk voor eerstelijnszorg), met bevolkingsaantallen (noodzakelijke kritische massa voor gespecialiseerde diensten)...

Het ontwerp van decreet voorziet dat de Vlaamse regering dit model *kan* invoeren voor de diverse gezondheids- en welzijnssectoren. In eerste instantie zal dit worden toegepast op de eerstelijnsgezondheidszorg, de thuiszorg en de sector van de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen. Ook de preventieve structuren, zoals de LOGO's, zullen zich in de toekomst inschakelen in dit model.

IV. ADVIES

a) Algemene bemerkingen :

- De Vlaamse Gezondheidsraad onderschrijft het principe van dit decreet, waarbij regio's worden afgebakend als basis voor programmatie van voorzieningen en voor het organiseren van de samenwerking, dit laatste althans voor bepaalde subsectoren van de gezondheidssector. Dit decreet biedt immers volgens de Raad een meerwaarde voor epidemiologisch onderzoek, voor de preventieve sector, en mogelijk als instrument voor planning, echter minder als referentiekader voor samenwerking in bepaalde subsectoren van de

¹¹ Weergegeven in het rapport 'Ontwikkelen van een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen', 2001.

gezondheidssector. Het decreet biedt niet voor alle subsectoren een meerwaarde. De Raad wil daarom in het vervolg van dit advies wijzen op een aantal ernstige problemen die zich kunnen voordoen bij de realisatie van dit decreet.

- De Raad kan zich terugvinden in de indeling in zorgregio's, als basis voor de territoriale organisatie voor welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen. Het is echter niet duidelijk welk niveau van zorgregio voor welke subsector bedoeld wordt, en dat schept vandaag meer vragen dan antwoorden.
- In zijn vorige adviezen omtrent de (samenwerking in de) eerstelijnsgezondheidszorg benadrukte de Vlaamse Gezondheidsraad het belang van een goede afstemming van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen^{12 13}. Dit decreet kan dit mogelijk bevorderen.
- Op zich is het lovenswaardig dat men zich voor dit model heeft gebaseerd op een wetenschappelijke studie. De studie van Prof. Van Hecke is echter ontwikkeld als een beleidsinstrument voor het sturen van programmatie, planning en inplanting van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, maar de toepassing ervan wordt in dit decreet uitgebreid naar samenwerking, zonder dat onderzocht is of deze cartografie hiervoor wel geschikt is. De Raad is van mening dat deze wetenschappelijke houding daarom ook bij de implementatie moet worden doorgetrokken en een wetenschappelijke toetsing moet worden voorzien, waarin wordt geëvalueerd wat de invoering van dit decreet concreet teweegbrengt voor de bestaande structuren (ook naar financiering e.d.).
- De toepassing van dit decreet lijkt toegespitst op zorg en minder op de preventieve sector. Nochtans zou het bestaan van georganiseerde structuren voor deze sector wel belangrijk kunnen zijn. Hierbij zal overleg nog extra aandacht moeten krijgen, aangezien er rekening mee moet worden gehouden dat voor preventie gewerkt wordt op basis van partnerships, die niet altijd samenvallen met geografisch afgeijnde gebieden. Bij gezondheidspromotie is er geen sprake van 'zoeken naar diensten': men werkt hier immers niet in functie van een zorgvraag. Het samenvallen van de geografische zones met deze van andere zorg mag er ook niet toe leiden dat preventie te zeer naar het medische gaat neigen.
- In de tekst van het ontwerp van decreet (art. 2, 1°) wordt de achterhaalde term 'gezondheidsopvoeding' gebruikt. Gezondheidsopvoeding is slechts één van de strategieën voor gezondheidspromotie, naast het creëren van een gezonde fysische en sociale omgeving, het aansturen op een gezond overheidsbeleid, het ontwikkelen van gemeenschapsacties, en het heroriënteren van gezondheidsdiensten. Gezondheidspromotie gaat uit van een positieve benadering van gezondheid, waarin niet het vermijden van ziekten of aandoeningen het doel is, maar het bevorderen van een gezond leven. De Raad beveelt dan ook aan om in de tekst van het decreet en de memorie van toelichting de term 'gezondheidsopvoeding' te vervangen door '*gezondheidspromotie*'.

12 Advies Vlaamse Gezondheidsraad: 'Samenwerking in de eerste lijn', 2000.

13 Advies Vlaamse Gezondheidsraad: 'Voorontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg', 2002.

b) Problemen

- De Raad onderschrijft dat men voor de indeling in regio's is uitgegaan van het standpunt van de gebruiker, zoals zij dit in eerdere adviezen heeft aanbevolen. De vraag rijst echter of dit model, dat werd ontwikkeld op basis van een bevraging naar gebruik van een verscheidenheid aan diensten, waaronder gezondheidszorg, in dezelfde mate toepasbaar is voor alle sectoren van de gezondheidszorg. De Raad meent van niet. Er zijn immers grote verschillen tussen sectoren, ook wat betreft de 'gebruikersfluxen'. Zo is het in bepaalde sectoren bekend dat inwoners bewust buiten hun woonplaats hulp gaan zoeken, soms zelfs buiten het (groot)stedelijk gebied waarin zij wonen. In de praktijk kunnen er zich dus situaties voordoen, waarop het huidige model niet toepasbaar is. Bovendien moet men er ook rekening mee houden dat de fluxen waarop deze indeling is gebaseerd niet de 'zuivere' vraag weergeven, maar het gedrag van de mensen op basis van het bestaande aanbod. Dit gedrag wordt dan ook nog beïnvloed door de kwaliteit van het aanbod.
- Een territoriale hiërarchie is niet in alle sectoren van de gezondheidszorg wenselijk als exclusief model voor samenwerking. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn van dit decreet om de organisatie en sturing van de gezondheidszorg in Vlaanderen volledig van bovenuit (top-down) te regelen.
- Eén van de mogelijke problemen bij de toepassing van dit decreet is dat er onvoldoende rekening gehouden wordt met de realiteit, waarbij momenteel historisch gegroeide lokale netwerken en samenwerkingsinitiatieven (zoals huisartsenkringen, SIT's, palliatieve netwerken, logo's,...) binnen (en mogelijk tussen) deze regio's al goed tot zeer goed kunnen functioneren. Men moet er zich van bewust zijn dat het vormen van dergelijke netwerken en samenwerkingsverbanden veel tijd kost. Indien deze nu moeten worden gewijzigd zal dit veel tijd in beslag nemen, mogelijk ten koste van het normale functioneren. Zo zal bijvoorbeeld de toepassing van dit decreet op de structuur van de LOGO's leiden tot een vertraging in het bereiken van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.
- De Raad meent dat het evenmin de bedoeling kan zijn van dit decreet om ook de positieve aspecten van het economisch vrije initiatief in de gezondheidssector te ondergraven.
- De Raad acht het wél opportuun om in het decreet de mogelijkheid voor uitbreiding naar andere sectoren, ook buiten het terrein van welzijn en gezondheid, te voorzien. Zo is er bv. op het terrein van gezondheidspromotie samenwerking nodig met de sector van de bedrijfsgezondheidszorg en met de CLB's, die in dit decreet expliciet worden uitgesloten.
- Tenslotte moet rekening worden gehouden met de praktische implicaties op gebied van financiering van de voorzieningen bij invoering van dit decreet. Zo kunnen er problemen optreden indien de financiering per provincie is geregeld. Ook wanneer financiering op federaal niveau is geregeld en daar een indeling bestaat die niet overeenkomt met deze van de zorgregio's – zoals bv. in het geval van de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging en de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg – kan dit problemen veroorzaken.

c) Concrete aanbevelingen

Uit het bovenstaande kan men reeds een aantal aanbevelingen afleiden. Daarbovenop wil de Raad nog volgende elementen benadrukken.

- Gegeven het bovenstaande is het nodig om bij de implementatie van dit decreet 1° via uitvoeringsbesluiten per sector te **overleggen** met de actoren in het veld – waarbij ondermeer moet worden bekeken op welk niveau er wordt gewerkt, of de toepassing hiervan een meerwaarde biedt e.d. – 2° een element van **toetsing** te voorzien opdat bijsturing mogelijk blijft, en 3° telkens een **overgangperiode** te voorzien. De Raad adviseert om deze punten reeds in het decreet op te nemen. Ook zou in de *mogelijkheid van afwijkingen* op het model moeten worden voorzien, indien op basis van een wetenschappelijke evaluatie kan worden aangetoond dat bepaalde samenwerkingsverbanden optimaal functioneren.
- Om de implementatie van deze zorgregio's vlot te laten verlopen wordt voorgesteld om vanuit de Vlaamse overheid een tijdelijke *implementatiecel* te voorzien, om de overgang te initiëren en vlot te laten verlopen, alle actoren in dit proces te betrekken en een maximale stroomlijning van de verschillende bestaande structuren te realiseren. De Raad adviseert om deze implementatiecel op te nemen in de uitvoeringsbesluiten en eventueel reeds in het decreet. Op regionaal niveau kan eventueel een procesbegeleider worden aangeduid. Om de medewerking van de organisaties te stimuleren kan een financiële bonus worden voorzien.
- Ook moet na de invoering (bv. na 5 jaar) een *evaluatie* plaatsvinden met mogelijkheid tot *bijsturing* van het model. Hierbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan de situatie in de 18 grensgemeenten die vallen onder een zorgregio die niet overeenkomt met de provincie.

2.5. BEVRAGING EERSTE NATIONAAL ACTIEPLAN VOOR MILIEU EN GEZONDHEID

I. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Het ontwerp van een eerste Nationaal Actieplan voor Milieu en Gezondheid of NEHAP (National Environmental Health Action Plan) kadert in de internationale context waar Milieu en Gezondheid steeds meer aan belang wint. In 1986 werd het concept 'bevordering van de gezondheid' voor het eerst gekoppeld aan milieu in de brede zin van het woord. In december 1989 werd in Frankfurt, op de 1^{ste} Ministeriële Conferentie over Milieu en Gezondheid, het Charter goedgekeurd dat aan iedere burger het recht geeft op "*een omgeving waarin hij het hoogst mogelijke niveau van gezondheid en welzijn kan realiseren*". In de daarop volgende Ministeriële Conferenties in Helsinki (1994) en Londen (1999) werd concrete uitvoering en opvolging gegeven aan deze afspraak. In dat kader hebben in België de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen samen een Nationaal Actieplan voor Milieu en Gezondheid opgemaakt. Op 2 oktober 2002 nam de vergadering van alle ministers bevoegd voor leefmilieu en/of gezondheid (Gemengde Interministeriële Conferentie Leefmilieu Gezondheid: GICLG) kennis van dit ontwerp NEHAP.

Deze interministeriële conferentie organiseerde een bevraging, waarbij ieder die het aanbelangt en interesseert werd uitgenodigd om de voorstellen te bekijken en zijn bevindingen hieromtrent over te maken.

II. METHODE

Aangezien de VGR deze vraag pas op 12/3/03 ontving, was de tijd voor adviesverlening beperkt. Er werd in overleg met de voorzitter beslist om een voorstel van advies op te stellen op basis van de opmerkingen van de 2 experts in de VGR in deze materie, met name prof. Luc Hens en prof. dr. Nik Van Larebeke. Deze tekst werd rondgestuurd aan alle leden en goedgekeurd op de plenaire vergadering van 18/3/2003.

III. ADVIES

a) Algemene bemerkingen

- De Vlaamse Gezondheidsraad beoordeelt het voorleggen van dit Belgisch Nationaal Milieu en Gezondheidsplan (NEHAP) als een logische, positieve stap vooruit in de discussie over gezondheid en milieu. Met aandacht heeft de Raad kennis genomen van het kwalitatieve werk dat wordt voorgelegd. Ondermeer de uiteenzetting over de bevoegde overheid en de administratie op het vlak van gezondheid en milieu in België is zonder meer verhelderend.
- Anderzijds stelt de Raad vast dat in dit “Nationaal Plan” vooral gedacht is vanuit de federale bevoegdheden. Dit werkt beperkend vermits gezondheid en milieu niet alleen te maken heeft met milieukwaliteit, maar ook met preventie in de gezondheidszorg. Dit zijn vooral gewestelijke bevoegdheden. De hiermee verbonden aspecten komen onvoldoende aan bod in het plan. Daardoor is het NEHAP geen nationaal, maar eerder een *federaal* document.

De Raad erkent nochtans de noodzaak om te komen tot een “nationaal” document waarin de problematiek rond gezondheid en milieu op een geïntegreerde en tussen de gewesten en nationale overheid afgestemde, volledige en evenwichtige manier aan bod komt.

- Om als “plan” te fungeren moet een document aan een reeks voorwaarden voldoen. Zo moet het voor de voorgestelde acties duidelijke tijdspaden, middelen en verantwoordelijken aangeven. Deze elementen ontbreken grotendeels. Daardoor is het document niet een plan in de wetenschappelijke betekenis van het woord, maar mist het ook mogelijkheden tot controleerbaarheid en krijgt het een ongewenst *vrijblijvend* karakter.
- Een bijzondere zwakte van het NEHAP is het ontbreken van een “stand van zaken – status questionis”. Vlaanderen en België zijn dichtbevolkte gebieden met een veelal hoge milieudruk, zowel historisch als actueel. In dergelijke gebieden doen zich meerdere effecten, ook op de gezondheid, voor. Een “Nationaal Plan” hoort te vertrekken vanuit een

beschrijving en een analyse van deze problemen. Deze opsomming ontbreekt hier. Het plan gaat teveel uit van algemene, theoretische handboekinformatie, en mist voeling met de realiteit van de milieu-gezondheidsinteractie in Vlaanderen en in België. Men kan dan ook niet verwachten dat dit plan één of meerdere acute problemen zal oplossen. Eerder zal de uitwerking ervan bijdragen tot het realiseren van randvoorwaarden voor een beleid over gezondheid en milieu.

b) Bemerkingen bij de tekst van het plan.

Document II : Besluiten

- Bij de verwijzing naar de wet op de productnormen (p.8, eerste paragraaf) dient opgemerkt dat productnormen uitsluitend op individuele producten zijn afgestemd en er geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met interacties met andere agentia die uiteindelijk bepalend zijn voor de effecten van een blootstelling in de werkelijke wereld.
- In verband met de doelgroepen en slachtoffers (p.8, voorlaatste paragraaf) wordt erop gewezen dat de vraag “voor wie zijn de baten, voor wie de lasten” maatschappelijk belangrijk is, maar in verband met milieuproblematiek te vaak uit de weg wordt gegaan.

Document III : Aanbevelingen

Bij punt 4.4 : Netwerk voor monitoring:

Dit netwerk voor monitoring moet omvatten:

- monitoring van het milieu, dit zowel naar immissies als naar biologische effecten;
- monitoring op de mens, dit zowel naar inwendige blootstelling als naar biologische en gezondheidseffecten.

2.6. ADVIES INZAKE HET STRATEGISCH ADVIESORGAAN VOOR HET BELEIDSDOMEIN WELZIJN EN VOLKSGEZONDHEID

I. SITUERING

Op 22 mei 2001 stelde minister Vogels een adviesvraag over de positionering van de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) en de Gezins- en Welzijnsraad (GWR) rekening houdend met de door de Vlaamse regering voorgestelde hervorming van het bestuurlijk beleid.

De VGR bracht haar advies uit op 18 september 2001. In dit advies wordt verwezen naar een VGR-advies van 15 juni 1999: ‘Memorandum: een conceptueel kader voor het gezondheidsbeleid in Vlaanderen’. Dit memorandum behandelde de belangrijkste aanbevelingen voor een toekomstig gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen. In het hoofdstuk ‘aanbevelingen inzake de (organisatie van) gezondheidszorg’ worden aanbevelingen gegeven over een transparante beleidsvoering. Er wordt onder meer ingegaan op de plaats van respectievelijk advies en overleg.

Op 18 december 2001 werd door een delegatie van de VGR en de GWR een gemeenschap-

pelijk voorstel voor herstructurering uitgewerkt. Dit werd goedgekeurd door de leden van de VGR en de GWR. Op een aantal algemene principes die allicht gelden voor alle adviesorganen en waarop reeds werd ingegaan in de afzonderlijke adviezen van beide raden werd in dit advies niet meer teruggekomen. Het betreft hier bijvoorbeeld de scheiding tussen advies en overleg, de vraag naar herziening van werkingsmiddelen, de veelzijdige samenstelling, enz.

Tijdens een onderhoud van de voorzitters van de beide raden begin *december 2002* werd door de kabinetschef gevraagd om in het licht van de recente ontwikkelingen ter zake (het ontwerp van kaderdecreet op de strategische adviesraden werd op vrijdag 6 december 2002 goedgekeurd door de Vlaamse regering) dit alles opnieuw te bekijken.

Naar aanleiding van de vraag die aan de voorzitters werd gesteld nodigde de VGR de heer ir. Jan Van Rensbergen, veranderingsmanager voor het beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid, uit voor een toelichting in de plenaire vergadering op *18 februari 2003*.

De heer Van Rensbergen kondigde een adviesvraag over het ontwerp van decreet betreffende de oprichting van het strategisch adviesorgaan voor het beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid aan voor april. Hij liet weten dat hij de ideeën en bekommernissen van de VGR zou meenemen bij de voorbereiding van het ontwerp van decreet.

Daarom heeft de VGR besloten een advies op eigen initiatief te geven hieromtrent. In dit advies worden de vroegere adviezen bekeken in het licht van de herstructurering en het ontwerpdecreet op de strategische adviesraden.¹⁴

II. ADVIES

In het eerste luik wordt inhoudelijk ingegaan op een aantal aspecten. In een tweede luik worden de artikelen besproken.

a) Algemeen

UITGANGSPUNTEN

De Vlaamse regering heeft de volgende uitgangspunten geformuleerd voor de hervorming van de adviesorganen:

- het primaat van de politiek;
- de erkenning van het belang van relevante maatschappelijke actoren en onafhankelijke deskundigen;
- geen belemmering van de slagkracht;
- geen mengvorm van advies en formeel overleg in één orgaan
- het overlegstelsel voor toetsstenen

¹⁴ Dit vorig advies is terug te vinden in het VGR Jaarverslag 2001, p.71-74; zie website VGR: <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/>

De VGR kan zich achter deze uitgangspunten scharen. De Raad is er zich steeds ten volle van bewust (geweest) dat de adviezen geen bindend karakter hebben en dat de beleidsbepaling een opdracht is van de beleidsverantwoordelijken. De scheiding tussen advies en overleg is volgens de VGR essentieel en werd ook in het VGR-advies van 18 september 2001 bepleit.

De Raad vindt het belangrijk om zo effectief en efficiënt mogelijk te werken. In het licht van een verbetering van toekomstige adviezen stelt de Raad voor dat er door de beleidsverantwoordelijken per uitgebracht advies bijvoorbeeld één keer per werkingsjaar een rapportage zou gebeuren. Dit betekent geenszins een inbreuk op het primaat van de politiek.

OPDRACHTEN

Het is belangrijk om de opdracht van de Raad en de verwachtingen van de minister ten aanzien van de Raad van meet af aan duidelijk te formuleren. Dit wordt mogelijk gemaakt door het oprichtingsdecreet (opdrachten conform kaderdecreet gespecificeerd naar de verschillende beleidsvelden, werkprogramma, enz.) en door goede afspraken met het departement. Indien de opdrachten zoals voorzien in artikel 4 van het ontwerp van kaderdecreet worden vertaald naar het beleidsdomein Welzijn & Volksgezondheid zullen deze overigens vrij goed overeenkomen met hetgeen de VGR ter zake reeds heeft voorgesteld in haar advies van 18 september 2001.

De VGR kan zich terugvinden in de functies van het strategisch adviesorgaan.

- In zijn advies over de positie van de Vlaamse Gezondheidsraad (09/2001) stelde de VGR dat een goede adviesverlening met impact op het beleid slechts kan bereikt worden indien reeds in een vroege fase nauw met het beleid wordt samengewerkt of minstens overlegd. Dit kan bv. gebeuren door ook beleidsnota's voor advies voor te leggen aan de VGR. In de praktijk krijgt de VGR voornamelijk adviesvragen omtrent decreten die al in een finale fase zitten en meestal al ruim circuleren. In het ontwerpdecreet op de strategische adviesraden is bij de opdrachten onder meer opgenomen "reflecties leveren over beleidsnota's" en "bijdragen tot het vormen van een beleidsvisie".
- De verplichting om advies te vragen over ontwerpen van decreet is positief omdat de VGR de bijkomende gelegenheid krijgt om - nadat meestal al overleg is gepleegd - een onafhankelijk strategisch advies te geven

STRUCTUUR

Eén strategisch adviesorgaan voor het beleidsdomein Welzijn & Volksgezondheid?

In het kaderdecreet lezen we: 'Bij de oprichting van een strategische adviesraad wordt de wijze van samenstelling geregeld en worden de adviestaak en het werkterrein nauwkeurig omschreven. Het streefdoel is om strategische adviesraden in te stellen die een volledig, homogeen beleidsdomein bestrijken. De mogelijkheid wordt echter opengelaten om strategische adviesraden in te stellen die bevoegd zijn voor een of meerdere onderdelen van een beleidsdomein.'

In principe komt er één strategisch adviesorgaan per beleidsdomein. In de memorie van

toelichting bij het ontwerp van kaderdecreet is voorzien dat wanneer de oprichting van één Strategische Adviesraad op het niveau van het beleidsdomein om inhoudelijke redenen niet optimaal is, meerdere strategische adviesraden per beleidsdomein kunnen worden opgericht.

De veranderingsmanager gaat uit van één Strategische Adviesraad - tenzij de meerwaarde van meerdere raden kan worden aangetoond. De veranderingsmanager stelt dat de balans momenteel overhelt ten gunste van één Raad. Uiteraard dient hierbij voldoende aandacht te gaan naar de eigenheid van de verschillende beleidsvelden. Hij wijst er tevens op dat een organisatiestructuur voortdurend in beweging is en aanleiding moet kunnen geven tot herziening.

In het voorstel dat door de VGR en GWR werd geformuleerd op 18 december 2001 werd er reeds vanuit gegaan dat de beleidsvelden welzijn en gezondheid tot één beleidsdomein zouden behoren en dat er per beleidsdomein één strategische adviesraad zou komen. In het voorstel werden de beide raden daarom volledig geïntegreerd, *zonder echter de eigenheid van de twee beleidsvelden uit het oog te verliezen*. De ervaring van beide raden deed opteren voor een functioneel model waarbij de besluitvorming niet gehinderd wordt door getrapte structuren.

Dit voorstel kan - mits uitbreiding tot de beleidsvelden van het volledige beleidsdomein - volgens de Raad in overeenstemming worden gebracht met de bepalingen van het door de regering goedgekeurde ontwerp van kaderdecreet.

De strategische adviesraad is een soort van operationele koepel. Deze koepel bestaat uit een beperkt aantal deskundigen met een brede visie op het beleidsdomein. De koepel bewaakt de totaliteit van de adviesverlening, is verantwoordelijk voor de samenstelling van de werkcommissies en doet een finale toetsing van de adviezen. Voor adviezen die het totale beleidsdomein bestrijken kan de Raad het volledige proces van adviesverlening op zich nemen.

De VGR (maar ook de GWR) waarschuwde op dat ogenblik ook voor de vrees die leeft dat het evenwicht tussen de beide beleidsdomeinen in de nieuwe Raad in het gedrang zou komen. De GWR vreest bijvoorbeeld een medicalisering van de sociale problematiek en de VGR vreest voor een te beperkte aandacht voor het gezondheidsdomein (o.a. omwille van het beperkte Vlaamse bevoegdheidspakket). Bij de samenstelling van de Raad zal hier voldoende aandacht moeten aan gegeven worden.

De adviesvoorbereiding gebeurt (meestal) in werkcommissies. De VGR gaat er vanuit dat er enerzijds tijdelijke of ad hoc werkcommissies nodig zullen zijn en anderzijds permanente werkcommissies. De voorzitters van de werkcommissies komen steeds uit de strategische adviesraad om de band met de Raad te verzekeren. De werkcommissies krijgen het mandaat om de adviezen uit te werken. De strategische adviesraad toetst de adviezen in functie van een brede toekomstgerichte visie op het totale beleidsdomein.

De Raad is zoals gezegd en voor zover rekening wordt gehouden met de genoemde opmerkingen voorstander van één Raad voor het volledige beleidsdomein. De Raad bepleit een goede structuur en een ruime 'verlovingstijd'. Naast de inhoudelijke argumenten (reeds aan

bod gekomen in de vorige adviezen) is er bijkomend het pragmatische argument van de schaalvergroting (bundeling van middelen en administratieve lasten - cf. infra).

SAMENSTELLING

Strategische adviesraad:

- Omvang van de strategische adviesraad: minstens 12 en maximum 20:

Dit is zeer beperkt : de huidige Raad met 35 leden bestrijkt soms niet eens het volledige gezondheidsdomein. De VGR verwijst hiervoor naar het advies van 18 december 2001 (schema - zie bijlage). De Raad staat in het ontwerpdecreet gelijk met de operationele koepel en de werkcommissies zijn de permanente en de tijdelijke werkgroepen uit het schema (zie hierboven). De Raad blijft verantwoordelijk voor de uitgebrachte adviezen (en de coherentie hiertussen). De voorbereiding zal meestal gebeuren in de werkcommissies. De Raad pleit voor een zo ruim mogelijke omvang (20 leden).

- De VGR vindt in haar huidige samenstelling de volgende elementen belangrijk: onafhankelijke deskundigen, verscheidenheid aan expertises, evenwicht tussen mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen.

Het kaderdecreet laat de mogelijkheid om de Raad samen te stellen uit vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld en/of uit onafhankelijke deskundigen. De voorkeur van de Vlaamse regering gaat uit naar een gemengde of maatschappelijke samenstelling, waarbij voor de onafhankelijke deskundigen een openbare oproep tot kandidaatstelling wordt gedaan en waarbij de vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld door de organisaties aangeduid worden (representatieve vertegenwoordiging).

De VGR pleit echter voor een samenstelling met onafhankelijke deskundigen. De VGR kadert dit in de scheiding die er - ook volgens de regering - moet bestaan tussen advies- en overlegorganen¹⁵. Dit neemt niet weg dat er binnen de Raad ook deskundigen uit het middenveld kunnen zetelen, maar zij worden niet voorgedragen door hun werkgever of door een belangenvereniging.

De VGR is van oordeel dat de wijze van samenstelling van de Raad de onafhankelijkheid in de adviesverlening kan bevorderen.

De VGR is momenteel samengesteld uit wetenschappers en uit deskundigen die actief zijn in instellingen, verzorgingsvoorzieningen, diensten of verenigingen binnen de gezondheidszorg (deels uit het maatschappelijk middenveld - maar niet als afgevaardigde van dit middenveld). De VGR heeft dit (gemengde samenstelling + onafhankelijke positie van vertegenwoordigers uit de sectoren) steeds als positief ervaren. De Raad merkt wel op dat 'onafhankelijkheid' een relatief begrip is.

¹⁵ Uit het VGR-advies van 18 september 2001: Adviesorganen, die instaan voor expertise, pluraliteit, democratie en transparantie, moeten verantwoordelijk zijn voor het formuleren van meer algemene strategische adviezen. Overlegorganen, waarin het middenveld inspraak krijgt en representativiteit een belangrijk gegeven is, zullen adviezen formuleren vanuit een eerder operationeel gezichtspunt. Het is belangrijk dat beide soorten organen naast mekaar bestaan. Samenvoegen van organen samengesteld uit onafhankelijke experts en organen met middenveldfunctie is evenwel niet wenselijk.

Zowel de wetenschappers als de genoemde deskundigen maken deel uit van een organisatie, maar voor alle leden geldt dat in een strategische adviesraad de intellectuele eerlijkheid gebiedt om de zaken met een onafhankelijke blik te bekijken.

Het evenwicht tussen mannen en vrouwen is door het decreet van 15 juli 1997 betreffende de evenredige vertegenwoordiging van mannen en vrouwen in adviesorganen verplicht geworden.

De VGR stelt voor om ook een evenwicht in leeftijdsgroepen op te nemen (VGR-decreet: 1/3^{de} van de leden jonger dan 35 jaar).

Men moet er wel over waken dat de vereisten inzake samenstelling niet te stringent zijn. De ervaring met de VGR-samenstelling leert dat dit contra-productief kan zijn (de vereisten inzake leeftijden, de evenwichten man-vrouw sloten een keuze voor de samenstelling van het bureau en de benoeming van de ondervoorzitters nagenoeg uit).

- Het ontwerp van kaderdecreet voorziet een benoeming voor 4 jaar. Bij de commentaren wordt de herbenoeming voorzien (niet in het decreet zelf?). Een combinatie van ervaring en vernieuwing in de samenstelling werd door de VGR positief geëvalueerd.
- De aanwijzing van de voorzitter kan volgens het ontwerp van kaderdecreet op twee manieren, hetzij via benoeming door de Vlaamse regering, hetzij door de leden van de Raad zelf. Indien in het oprichtingsdecreet een keuze wordt gemaakt opteert de Raad voor het eerste, met name benoeming door de Vlaamse regering (in feite: minister bevoegd voor welzijn en gezondheid). Dit geeft de nodige autoriteit aan de positie van de voorzitter en zorgt er tevens voor dat de aanwijzing geen aanleiding kan geven tot een eventuele interne verdeeldheid.

Werkcommissies

De strategische adviesraad kan ter voorbereiding van de adviezen werkcommissies oprichten. Werkcommissies treden niet in de plaats van de eigenlijke strategische adviesraad en kunnen zich niet als zelfstandige adviesraden gaan ontwikkelen.

Voor de samenstelling van de werkcommissies – die dus door de Raad gebeurt – worden best pools van deskundigen voor de verschillende beleidsvelden van het beleidsdomein samengesteld waaruit kan geput worden. Afhankelijk van de te behandelen vragen of thema's wordt dan voor de samenstelling uit één of meerdere expertisepools geput. In concreto kan een zelfde werkcommissie een thematiek bespreken vanuit de invalshoeken 'welzijn' en 'gezondheid' en dient ze dan te worden samengesteld uit meerdere pools.

De pools hebben zelf geen rol in het proces van de adviesverlening.

Binnen de huidige raden leeft de vrees dat het evenwicht tussen de beleidsvelden in de nieuwe Raad in het gedrang zou komen. De GWR vreest bijvoorbeeld een medicalisering van de sociale problematiek en de VGR vreest voor een te beperkte aandacht voor het gezondheidsdomein (onder andere omwille van het beperkte Vlaamse bevoegdheidspakket). Bij de samenstelling van zowel de operationele koepel, de expertisepools als de werkgroepen moet daaraan de nodige aandacht worden besteed.

WERKING EN MIDDELEN

Uit het advies van 18 december 2001:

Wanneer het beleid van de Raad degelijke en wetenschappelijk onderbouwde adviezen verwacht is het van groot belang dat de Raad beroep kan doen op een cel van wetenschappelijke en administratieve medewerkers. We beseffen dat de beschikbare budgettaire ruimte niet oneindig is, maar we zijn van oordeel dat voor de nieuwe strategische adviesraad zeven wetenschappelijke en twee administratieve voltijdse medewerkers nodig zijn om de nodige kwaliteit te kunnen garanderen. Dit kan worden opgenomen in een resultaatsverbintenis met de overheid.

Hieraan gekoppeld dient ook de vergoeding van de leden te worden herbekeken. De VGR-leden ontvangen momenteel presentiegelden en vergoedingen zoals voorzien in het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen. De bedragen zijn niet in overeenstemming met de geleverde prestaties en met de beschikbaarheid die van de leden wordt verwacht. De engagementen van de leden, maar ook van hun werkgevers (die ze daarenboven niet vertegenwoordigen) zijn behoorlijk groot en moeten terdege gehonoreerd worden. De VGR heeft er geen enkel probleem mee dat in deze context met de leden een inspanningsverbintenis wordt afgesloten.

De artikelen 9, 11 en 12 handelen over de werkingsmodaliteiten. Alles zal hierbij afhangen van de middelen die hiervoor zullen worden vrijgemaakt.

ONAFHANKELIJKHEID

Het *ontwerp van kaderdecreet* bouwt een aantal garanties in om de onafhankelijkheid van de Raad te bewaken (rechtspersoonlijkheid, onverenigbaarheden).

De Raad krijgt garantie dat ze over de nodige informatie van de Vlaamse regering kan beschikken en ze kan beroep doen op de personeelsleden van de administratie om de nodige technische toelichting te krijgen.

De Raad stelt jaarlijks een werkprogramma op dat door de functioneel bevoegde minister moet worden goedgekeurd (zie ook bespreking artikel 17).

In de toekomstige organisatie wordt de onafhankelijkheid vooropgesteld, maar is een goede samenwerking met de minister (werkprogramma) en het departement (vnl. met de afdeling beleidsontwikkeling en het kenniscentrum) van essentieel belang.

RECHTSPERSOONLIJKHEID

De Raad is voor een open en transparante werking, maar vraagt aandacht voor de administratieve en juridische beslommingen die de rechtspersoonlijkheid met zich mee kan brengen.

De VGR is van oordeel dat er best een centrale cel zou komen binnen de administratie om alle raden (of zelfs ruimer) te ondersteunen bij hun administratieve en juridische verplichtingen eigen aan de vzw-structuur.

Aansluitend meent de Raad dat het goed is voor de continuïteit van de werking, voor de toekomstige aanwervingen en voor de personeelsleden zelf dat het personeel valt onder het Vlaams Personeelsstatuut (VPS), maar de Raad meent dat dit enkel mogelijk is indien de Vlaamse overheid bij de onderhandelingen over de personeelsmiddelen rekening houdt met de loonindexering, met de anciënniteit van de personeelsleden en met de kwantitatieve afspraken die in sectorale akkoorden worden vastgelegd.

b) Bespreking artikelsgewijs

Artikel 2:

Het decreet geldt niet voor organen, commissies, raadgevende comités, en dergelijke meer, die advies verlenen aan de diensten van de Vlaamse regering of aan Vlaamse openbare instellingen.

Het decreet geldt evenmin voor organen die het parlement, de regering of een Vlaams minister adviseren over beleidsuitvoering of technische aangelegenheden.

De heer Van Rensbergen verduidelijkte dit tijdens de plenaire vergadering van 18 februari 2003.

De Strategische Adviesraad leunt inhoudelijk het meest aan bij het departement (beleidsvoorbereiding - zie ook opdrachten). De functies en opdrachten van de Raad komen verder terug.

Bij de agentschappen kan een raadgevend comité worden opgericht. Het raadgevend comité ondersteunt de leidend ambtenaar van het agentschap (advies bij onder meer: vertaling van beleidsvoorbereiding naar realiteit, implementeren van nieuwe decreten, enz.). Daarnaast kan het raadgevend comité adviseren over nieuwe initiatieven en voorstellen doen met betrekking tot de aanpassing van de regelgeving voor zover dit gelieerd blijft aan het mandaat van het agentschap.

Daarnaast zijn er (bestaande of nieuwe) technische commissies die los staan van de agentschappen en waar de voorzieningen zich kunnen verdedigen (vb. VAR).

Artikel 3:

Rechtspersoonlijkheid : De VGR kan hiermee instemmen, voor zover de middelen (in ruime zin) voldoende zijn (zie ook hoger in verband met personeel + in artikel 12).

De VGR herhaalt hier haar advies dat er best een centrale cel zou komen binnen de administratie voor de ondersteuning van alle raden (of zelfs ruimer) met betrekking tot de administratieve en juridische verplichtingen eigen aan de vzw-structuur.

Artikel 4:

Dit artikel bepaalt de opdrachten van de Raad. Deze stemmen voor wat betreft het gezondheidsluik vrij goed overeen met hetgeen is opgenomen in het VGR-decreet (zie hoger).

Artikel 5:

De regering geeft de voorkeur aan de gemengde of de maatschappelijke samenstelling. De VGR is van oordeel dat strategische adviezen onafhankelijk en wetenschappelijk onderbouwd moeten zijn met de blik gericht op de toekomst. Er moet hierbij een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen advies en overleg. De samenstelling dient in deze context te gebeuren (zie hoger).

Artikel 6:

De leden worden benoemd voor een termijn van vier jaar. Herbenoeming is mogelijk (volgens de commentaren). De VGR adviseert een gedeeltelijke herbenoeming. Naast hernieuwing wordt op deze manier de continuïteit in de werking gegarandeerd. Een termijn van vier jaar lijkt realistisch.

Artikel 8:

Toevoeging (indien de piste van een gemengde Raad wordt gevolgd): ook ontslag indien men niet langer werkt voor de organisatie waardoor men is afgevaardigd (omschrijving in commentaren - in decreet: ernstige redenen).

Artikel 9:

De VGR hoopt dat de omschrijving in de memorie bij artikel 9 in realiteit wordt omgezet. (zie ook hoger)

Artikel 10:

De VGR gaat akkoord met dit artikel. De vrijheid moet voldoende groot zijn en mag niet worden beperkt door een tekort aan middelen (in ruime zin). (zie hoger en verder)

Artikel 11:

Het secretariaat bereid de werkzaamheden van de strategische adviesraad voor en ondersteunt ze, zowel inhoudelijk als administratief.

Het personeel werkt onder het gezag van de Raad en wordt geleid door de algemeen secretaris. De Raad moet over voldoende middelen kunnen beschikken om personeel te werven. De mogelijkheid om gebruik te maken van VIA (verruimde interne arbeidsmarkt - binnen de Vlaamse overheid) is positief.

Artikel 12:

De strategische adviesraad kan binnen de mogelijkheden van de dotatie zijn personeelsplan bepalen, zijn personeelsadministratie en budgetbeheer organiseren, en dergelijke.

De dotatie wordt volgens de veranderingsmanager onderhandeld met de minister, voornamelijk aan de hand van het werkprogramma (zie verder). Er moet hierbij ook rekening worden gehouden met hetgeen in artikel 4 (memorie) wordt vermeld over het verrichten van onderzoek.

De VGR beschikt momenteel over een beperkt budget en heeft weinig ruimte voor de besteding hiervan. Dit artikel is in die zin zeker een verbetering, onder voorbehoud van een correcte invulling (o.a. grootte van de dotatie).

Artikel 15:

§1. Dit strookt met de huidige bepalingen uit BVR en huishoudelijk reglement van de VGR. In de praktijk adviseert de VGR zoveel mogelijk in consensus.

Door de verscheidenheid in expertise en achtergrond van de leden is het soms moeilijk om tot eenduidige adviesverlening te komen en alle adviezen door de voltallige Raad te laten dragen. In de VGR-regelgeving is een procedure voorzien voor het opnemen van minderheidsstandpunten en voor het stemmen. In de praktijk opteert de Raad voor het adviseren in consensus. Dit heeft als voordeel dat er eenduidige adviezen worden gegeven, maar kan als nadeel hebben dat de uiteindelijke adviestekst een verzwakt standpunt weergeeft.

Dit alles behoort tot de interne werking en wordt aan de verantwoordelijkheid van de Raad overgelaten (huishoudelijk reglement).

§2. Opmerking in verband met de *adviestermijnen*: deze zijn zeer kort voor het leveren van gefundeerde beleidsadviezen.

Ervaring binnen VGR:

De VGR heeft in principe 3 maanden voor het verlenen van een advies, tenzij in de adviesvraag anders bepaald (en met een minimum van 1 maand). Deze tijdslimiet (vooral indien het slechts 1 maand is) laat niet altijd toe om een degelijk en gegrond advies uit te brengen. De VGR heeft zelf (op vraag van de toenmalige minister) een spoedprocedure uitgewerkt voor in geval ze maar 1 maand krijgt. Als basisprincipe geldt dat de plenaire vergadering minstens één maal in de procedure gevat wordt. Bij de adviezen die binnen 1 maand worden gegeven ligt het zwaartepunt van het proces bij de werkgroep of de kamer die het advies voorbereidt. De plenaire vergadering kan het advies in dit geval enkel nog marginaal toetsen of formeel bekrachtigen. Een grondige analyse is binnen deze termijn niet mogelijk (cfr. VGR-jaarverslag 1998). Doordat er steeds meer via e-mail gewerkt wordt verloopt de communicatie tegenwoordig een stuk sneller en vlotter, maar dit sluit niet uit dat een vergadering zeker en vast voordelen biedt en eigenlijk onontbeerlijk is in de adviesvorming (hetgeen opgenomen is in artikel 15 van het ontwerp van kaderdecreet).

In het voorstel voor herstructurering van de adviesorganen wordt 1 maand (te rekenen vanaf de aanvraag) vooropgesteld als standaardtermijn (cf. huidige 'spoedprocedure'), en 1 week voor dringende adviezen. De voorgestelde periode van 1 maand is kort als men rekening houdt met

- De samenstelling van werkgroepen en bijeenroepen van vergaderingen: minimaal 1 week te rekenen (in het huishoudelijk reglement van de VGR is bijvoorbeeld voorzien dat uitnodigingen tenminste 8 dagen voor de datum van de vergadering verstuurd worden).

- Inhoudelijke voorbereiding: min. 1 week
- Meerdere vergaderingen nodig voor overleg en discussie, waarvoor telkens tijd moet worden gevonden in de agenda van meestal drukbezette experts, die dit met hun professionele bezigheden moeten kunnen combineren
- Tussen de vergaderingen moeten leden en experts tijd hebben om de teksten na te lezen en commentaar te geven
- De frequentie van plenaire vergaderingen (nu max. 1x/maand) waarop de adviezen moeten worden besproken en goedgekeurd (in ieder geval nodig wanneer deze zijn voorbereid door een werkcommissie)

Een advies verlenen op 1 week is enkel mogelijk indien hier een speciale spoedprocedure voor wordt voorzien (bv. voorbereiding door inhoudelijk medewerker; goedkeuring op korte termijn enkel via mail). Dit is echter verre van een ideale manier van werken (geen mogelijkheid tot discussie...) en kan enkel uitzonderlijk, voor echt spoedeisende gevallen, worden voorzien (en in dat geval is een week wellicht al te lang...). Als men dan ook nog in aanmerking neemt dat volgens het decreet de opdrachten van een strategische adviesraad voornamelijk liggen bij beleidsadviezen met een lange termijn karakter (beleidsvisie, hoofdlijnen van het beleid...), valt dit niet te rijmen met de vraag om op korte termijn advies uit te brengen.

Artikel 17:

Werkprogramma:

De VGR heeft dit reeds enkele keren geprobeerd. De ervaring hiermee is vrij positief, hoewel de planning vaak wordt doorkruist door de (politieke) realiteit.

Een goede jaarplanning, opgemaakt in overleg met het departement, biedt mogelijkheden om spoedprocedures en te korte termijnen voor adviesverlening te voorkomen. Dit zou een positieve evolutie zijn, aangezien het nu vooral frustrerend is dat de Raad onder tijdsdruk wordt gezet om advies te verlenen over teksten die in feite al langer in voorbereiding zijn en zelfs circuleren in de sector, m.a.w. de vraag om advies van de VGR wordt momenteel meestal in een erg late fase gesteld, zodat die dan plots dringend wordt, terwijl het eigenlijk mogelijk zou zijn om de vraag eerder te stellen en zo de tijd te hebben voor een grondiger advies.

Belangrijk:

- Afstemming van de planning met deze van het departement.
- Voldoende ruimte voor onverwachte adviesvragen, adviesvragen van het Parlement en adviezen op eigen initiatief naar aanleiding van actualiteit.
- (Tussentijdse) opvolging - vraagt regelmatig overleg met departement (en evt. minister of beleidsraad). Het gaat hierbij om een opvolging van de afgesproken resultaten - niet over de inhoud van de adviezen (primaat van de politiek). Om redenen van motivatie kan respons op de adviezen wel interessant zijn.

2.7. ADVIES OVER DE UITBOUW VAN EEN INTEGRALE JEUGDHULP EN DE BETROKKENHEID VAN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

I. SITUERING

Voorliggend advies is toegespitst op de *operationalisering van het beleidsplan “Integrale Jeugdhulp” en de betrokkenheid van de sector geestelijke gezondheidszorg hierbij.*

De krachtlijnen van de Integrale Jeugdhulp zijn :

- Er moet voldoende vroegtijdige hulp zijn. Daarvoor moet de bestaande hulp laagdrempelig en bereikbaar zijn.
- De hulp moet vraaggericht zijn. De vraag van de cliënt moet centraal staan. Daarvoor moeten de positie en de participatie van de cliënt in de hulpverlening zo sterk mogelijk uitgebouwd worden.
- De hulp moet zo licht mogelijk zijn, zo kort mogelijk, zo dicht mogelijk bij de cliënt (principe van subsidiariteit)
- De hulp moet naadloos zijn: er moet een goede samenwerking en doorverwijzing zijn zodat de cliënt een bepaald “traject” doorheen het hulpaanbod kan afleggen.
- De hulp moet intersectoraal beter georganiseerd worden. Afstemming tussen de betrokken sectoren is nodig : Algemeen Welzijnswerk, Geestelijke Gezondheidszorg, Kind en Gezin, Onderwijs, Vlaams Fonds en Bijzondere Jeugdbijstand.

Sinds 1 januari 2003 is het besluit van de Vlaamse regering van 13 december 2002 betreffende de Integrale Jeugdhulp van kracht. Met dit uitvoeringsbesluit kregen een aantal piloot-regio's de ruimte om het concept van Integrale Jeugdhulp aan de praktijk te toetsen en het moduleringsproces uit te testen, met als doel het concept waar nodig bij te sturen. Aangezien de beleidsvoorbereiding momenteel in de fase van toetsing van het concept en formulering van beleidsaanbevelingen zit, meende de Vlaamse Gezondheidsraad dat dit het geschikte moment was om zijn aanbevelingen terzake over te maken.

Aanleiding tot dit advies is het overheersende gevoel dat bij de uitbouw van een integrale jeugdhulp de sector geestelijke gezondheidszorg slechts zeer partieel betrokken is.

Dit advies handelt niet over de inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van kinderen en jongeren als dusdanig. Hierover bracht de Vlaamse Gezondheidsraad reeds een advies uit op 18/12/2001 (VGR2001-GGZ13).

II. METHODE

Dit advies werd voorbereid in de werkgroep ‘Geestelijke Gezondheidszorg’ van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dhr. D. Larmuseau (voorzitter), dhr. J. Lievens, dhr. P. Marroyen en dhr. J. Van Holsbeke; en 9 externe experts: dr. J. Boydens, dhr. R. De Rycke, mevr. H. Dierckx, dhr. L. Du Laing, mevr. P. Lebeer, mevr. A. Moens, prof. dr. J. Peuskens, dhr. S. Van Roey en

mevr. M. Craeymeersch (in hoorzitting). Dit onderwerp werd besproken op de vergaderingen van 5 september en 16 oktober 2003.

Een voorstel van advies werd overgemaakt aan de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad en besproken en goedgekeurd op 21 oktober 2003.

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

III. ADVIES

a) Algemene evaluatie van het beleidsplan 'Integrale Jeugdhulp'

De *doelstellingen* van het beleidsplan m.b.t. de uitbouw van een "Integrale Jeugdhulp" beantwoorden aan terechte bekommernissen, die zonder voorbehoud door de Vlaamse Gezondheidsraad onderschreven worden :

- de jeugdhulpverlening in Vlaanderen meer vraaggericht maken en ervoor zorgen dat de cliënt met zijn vraag centraal staat en blijft staan;
- verzekeren van zorg op maat en continuïteit van zorg door voorziening- en sectoroverschrijdende zorgafstemming en functionele samenwerking.

De *concretisering* van het beleidsplan m.b.t. de uitbouw van een "Integrale Jeugdhulp" gaat echter een richting uit die de Vlaamse Gezondheidsraad verontrustend lijkt :

- de sector van de geestelijke gezondheidszorg wordt slechts partieel betrokken bij de uitbouw van een integrale jeugdhulpverlening en afstemming op het zorgvernieuwingconcept voor de geestelijke gezondheidszorg ontbreekt;
- voor het tot stand brengen van de beoogde intersectorale samenwerking en zorgafstemming op regionaal niveau wordt een organisatie- en sturingsconcept naar voor geschoven dat bij sommigen het beeld van een verregaande etatisering van de jeugdhulpverlening oproept, wat meerdere actoren in het werkveld verontrust. Hierbij is er vooral bezorgdheid omtrent de positionering van de verantwoordelijkheden van de betrokken actoren versus de opdrachten van de overheid, en over de manier waarop deze taken op de verschillende geëigende niveaus zullen worden uitgevoerd.

Naast de concrete punten waarop in dit advies wordt ingegaan vraagt de Raad zich meer in het algemeen af of in het concept Integrale Jeugdhulp geen mogelijke tegenstrijdigheden staan met het charter van de *kinderrechten* van de Verenigde Naties.

b) Concrete aanbevelingen

BETROKKENHEID VAN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De sector van de (geestelijke) gezondheidszorg wordt in dit plan beperkt tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg, wat volledige afstemming van de zorg in de weg staat. Het is duidelijk dat men niet kan komen tot een *integrale* aanpak en het realiseren van een zorgcontinuüm als niet alle actoren uit de sector hierbij betrokken worden. De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren moet *in zijn geheel* gerekend worden tot de hulpverleningssectoren, die in het perspectief van de uitbouw van een sectoroverschrijdende 'Integrale Jeugdhulp' geacht worden hun zorg- en/of hulpaanbod onderling af te stemmen. Er kan geen sprake zijn van een kunstmatige selectie van de "aansturende partners van de integrale jeugdhulp", waarbij een wezenlijk en niet uit te sluiten deel van de jeugdhulpverlening (K-diensten en voorzieningen met RIZIV-conventie) over het hoofd gezien wordt. Hierdoor dreigt juist een desintegratie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren te ontstaan.

Bij het betrekken van de sector geestelijke gezondheidszorg bij het tot stand brengen van een integrale jeugdhulp mag geen afbreuk worden gedaan aan het zorgvernieuwingconcept voor de geestelijke gezondheidszorg, zoals dit in consensus tussen de federale en de Vlaamse overheid werd vastgelegd¹⁶. Doordat binnen dit nieuw beleidskader m.b.t. Integrale Jeugdhulp de kinderdiensten van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg gedesintegreerd worden van de andere voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg waarmee zij een samenhangend zorgaanbod moeten kunnen tot stand brengen, hypothekeert men de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg en zet men tegelijkertijd de beleidsopties in het eigen Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg¹⁷ op de helling.

Er moet ook rekening worden gehouden met de eigenheid en specificiteit van de geestelijke gezondheidszorg, als onderdeel van de sector van de gezondheidszorg, gericht op de behandeling en preventie van psychische problemen en stoornissen. Integrale Jeugdhulp mag niet geconcipieerd worden als een (virtuele) nieuwe hulpverleningssector waarin de bestaande hulpverleningsvormen opgenomen worden en hun eigenheid moeten opgeven. De beoogde zorg op maat en continuïteit van zorg moeten tot stand gebracht worden via taakafspraken en 'coproducties' van de onderscheiden hulpverleningssectoren, en niet door de oprichting van een nieuw 'productiehuis'.

¹⁶ Gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg van 24 juni 2002 (Belgisch Staatsblad 23/05/2003) en Protocolakkoord tussen de federale overheid en de artikelen 128, 130 en 135 van de grondwet bedoelde overheden inzake de ontwikkeling van een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg van 20 maart 2003.

¹⁷ Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg (Belgisch Staatsblad 17/07/1999)

Concreet :

- In het decreet mag de sector van de geestelijke gezondheidszorg niet worden verengd tot 'kinderdiensten van de centra voor geestelijke gezondheidszorg'.
- Er moet daadwerkelijk rekening worden gehouden met de in het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999 vooropgestelde uitbouw van 'psychiatrische netwerken' en met de verplichting voor de verschillende voorzieningen om zich hierin in te schakelen.
- De inhoudelijke invulling, de organisatorische vormgeving en de geëigende werkingsprincipes van de zorgcircuits en netwerken die in de geestelijke gezondheidszorg zullen worden uitgebouwd, moeten worden gerespecteerd.
- In de praktijk zou men tegelijk met de uitbreiding van de pilootregio's naar meer regio's ook de geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel kunnen betrekken. Als model kan men zich hier spiegelen aan de structuur van de SEL's voor de thuisgezondheidszorg (zie verder).

INVULLING VAN SPECIFIEKE EINDVERANTWOORDELIJKHEDEN IN HET CONCEPT 'INTEGRALE JEUGDHULP'

In het huidige concept is er te veel sturing door de overheid en heeft het werkveld slechts beperkte inspraak. De overheid wil, volkomen terecht, dat op het terrein van de Jeugdhulp meer zorg op maat en continuïteit van zorg gerealiseerd wordt door een optimalisering van de intersectorale zorgafstemming. De overheid moet daarom echter niet de zorgorganisatie en het management van de zorg gedeeltelijk overnemen van de zorgverstrekkers. Bij de uitbouw van een Integrale Jeugdhulp moet een correcte rolverdeling gerespecteerd worden in het samenspel tussen overheid en zorgaanbieders (zie verder).

Het is elementair dat bij de zorgontwikkeling en de zorgvernieuwing in de Jeugdzorg een juiste balans gevonden wordt tussen de taken van de overheid en die van de zorgaanbieders. Zorgcoördinatie en zorgafstemming moeten de bevoegdheid en verantwoordelijkheid blijven van het management van de voorziening en van het samenwerkingsinitiatief terzake. Deze opdracht moeten de hulpaanbieders gezamenlijk opnemen in samenspraak met de gebruikers. Intersectorale afstemming van het hulpaanbod in de jeugdzorg moet door de overheid gestimuleerd en gefaciliteerd worden, maar ze zal moeten gerealiseerd worden door de actoren op het terrein. De organisatie en coördinatie van de samenwerking binnen de Integrale Jeugdhulp is dan ook geen overheidstaak.

Als alternatief voor het huidige concept wordt een samenwerkingsmodel voorgesteld, waarin de coördinatie op functionele basis gebeurt, en de sector zelf verantwoordelijk is voor de organisatie van de zorg (bottom up). De eindverantwoordelijkheid moet dan ook bij de actoren zelf liggen. De organisatorische vormgeving van de samenwerking binnen Integrale Jeugdhulp moet beantwoorden aan de verder geschetste correcte rolverdeling tussen overheid en zorgaanbieders.

Bij de verdere uitwerking hiervan dient rekening te worden gehouden met de concrete ervaringen en bevindingen met betrekking tot methodiekwontwikkeling, procesbegeleiding en dergelijke, vanuit de pilootprojecten Integrale Jeugdhulp.

Zorgafstemming op het terrein via “Samenwerkingsinitiatieven Integrale Jeugdhulp”

In het ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg werd het concept van “Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg” (SEL) geïntroduceerd om de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren en de onderlinge afstemming van de werking van de actoren te verzekeren. De overheid legt in het ontwerp van decreet de opdrachten, doelstellingen en werkingsbeginselen vast, maar de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg zelf worden geconcipeerd als functionele samenwerkingsverbanden van de zorgaanbieders, die samen instaan en verantwoordelijkheid dragen voor de zorgcoördinatie en zorgafstemming.

Om de beoogde intersectorale zorgafstemming op het terrein van de jeugdhulp te bewerkstelligen zouden in dezelfde optiek, maar niet met de bedoeling het SEL-model in al zijn aspecten te kopiëren, op regionaal niveau “Samenwerkingsinitiatieven Integrale Jeugdhulp” kunnen geconcipeerd worden met de volgende kenmerken :

- Een “Samenwerkingsinitiatief Integrale Jeugdhulp” is een door de Vlaamse regering erkend functioneel samenwerkingsverband van zorgaanbieders op regionaal niveau, gericht op het optimaliseren van de intersectorale zorgafstemming en het tot stand brengen van een zorgcontinuum in de jeugdzorg.
- De erkenning berust op het bestaan van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen de bij de uitbouw van een Integrale Jeugdhulp betrokken voorzieningen in de regio. De zorgaanbieders moeten zelf een dergelijke overeenkomst inzake functionele samenwerking sluiten, waarin ze zich op solidaire en evenwaardige wijze engageren en verantwoordelijkheid opnemen voor het tot stand brengen van de vereiste intersectorale zorgafstemming om van een “Integrale Jeugdhulp” te kunnen spreken. Of de oprichting van een specifieke rechtspersoon voor het Samenwerkingsinitiatief Integrale Jeugdhulp aangewezen is, moeten de participerende zorgaanbieders zelf kunnen beslissen. De vorming van het functioneel samenwerkingsverband dient in elk geval de juridische en financiële onafhankelijkheid van de participanten te respecteren.
- Het “Samenwerkingsinitiatief Integrale Jeugdhulp” fungeert als een intersectoraal overlegplatform van de op het terrein van de jeugdhulp actieve zorgaanbieders, met als algemene doelstelling zorg op maat en continuïteit van zorg te verzekeren door een betere intersectorale zorgafstemming. Dit samenwerkingsverband is niet vrijblijvend: de participerende zorgaanbieders respecteren de taakafspraken en de modaliteiten van functionele samenwerking, waartoe ze zich in het kader van het Samenwerkingsinitiatief engageren.
- De opdracht van het “Samenwerkingsinitiatief Integrale Jeugdhulp” heeft in de eerste plaats betrekking op het tot stand brengen van de nodige intersectorale taakverdelings- en samenwerkingsafspraken. Het Samenwerkingsinitiatief op zich fungeert niet als zorgverstrekker. Het treedt m.a.w. niet in de plaats van de zorgaanbieders en komt

ook niet rechtstreeks tussen in de relatie zorgaanbieder(s) – gebruiker. Het vormt echter wel de plaats waar dringende en/of complexe probleemsituaties moeten besproken worden, en in overleg tussen de relevante actoren de afstemming van het zorgaanbod op de individuele zorgvraag en een coherent zorgplan tot stand gebracht worden, en de hiervoor vereiste individuele trajectbegeleiding wordt voorzien.

- Zoals dat gebeurde in artikel 10 van het ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg voor de “Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, moeten mutatis mutandis de door de “Samenwerkingsinitiatieven Integrale Jeugdhulp” op te nemen opdrachten duidelijk ingevuld en geconcretiseerd worden. Dit geldt ook voor de werkingsmodaliteiten van het beoogde functioneel samenwerkingsverband.

Procesondersteuning, -opvolging en –bewaking op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap

Een Stuurgroep op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap, met vertegenwoordigers van de overheid, van de zorgverstrekkers en van de gebruikers staat in voor de concretisering van de beleidsopties m.b.t. Integrale Jeugdhulp, het uitwerken van een fasering voor de realisatie ervan, de begeleiding en opvolging van het implementatieproces op het terrein, de evaluatie van de vorderingen inzake de zorgcoördinatie en zorgafstemming en desgevallend het voorstellen van bijsturingen aan de bevoegde minister(s).

Deze centrale stuurgroep laat zich bijstaan door groepen van experts (experts op inhoudelijk vlak, veranderingsdeskundigen, experts op financieel-budgettair vlak, enz. ...).

Concrete taakverdeling :

Rol van de overheid

- Op globale wijze de beleidsdoelstellingen aangeven, algemene principes voor de zorgorganisatie vooropstellen, kwaliteitseisen opleggen, spelregels voor de netwerkvorming bepalen, toezien op de realisatie van de zorgcoördinatie en zorgafstemming, de vorderingen evalueren en toetsen aan de vooropgestelde kwaliteitseisen en indien nodig ook sanctionerend optreden wanneer het werkveld in gebreke zou blijven.
- De nodige ruimte creëren voor zorgvernieuwing, hinderpalen in de regelgeving wegwerken, middelen aanreiken en randvoorwaarden invullen.
- Overleg met de bij Integrale Jeugdhulp betrokken voorzieningen(sectoren) over het te voeren beleid en de voorgenoemde beleidsopties zal er uiteraard toe bijdragen dat het beleid mee “gedragen” wordt door het werkveld.

Rol van de voorzieningen(sectoren)

- De juiste hulp (effectief) op het juiste moment (efficiënt) bieden, de nodige differentiatie in de zorg tot stand brengen en de onderlinge afstemming van het hulpaanbod evenals de continuïteit van de hulpverlening verzekeren, is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de op het terrein van de Jeugdhulp actieve voorzieningen (sectoren).

- Zij moeten de daartoe nodige onderlinge functionele samenwerkingsverbanden (kunnen) tot stand brengen. Het management van het netwerk moet opgenomen worden door de voorzieningen zelf binnen het van overheidswege uitgetekende beleidskader. Zij moeten die rol kunnen toevertrouwen aan een door hen aangestelde persoon die hun vertrouwen geniet.

Het subsidiariteitsprincipe moet ten volle gerespecteerd worden: de overheid omschrijft de door de functionele samenwerkingsverbanden m.b.t. Integrale Jeugdhulp op te nemen opdrachten. De betrokken zorgaanbieders staan in voor de organisatie en realisatie van de intersectorale zorgafstemming en de benutting van de beschikbare mensen en middelen hiervoor.

De netwerken leggen verantwoording af aan de overheid over de ondernomen acties om de intersectorale zorgafstemming te optimaliseren, conform het beleidsplan van de overheid dienaangaande. De overheid heeft in die zin de eindverantwoordelijkheid om de zorgontwikkeling in de desbetreffende regio's op te volgen, te evalueren en te toetsen aan de vooropgestelde beleidslijnen.

Een vlotte interactie tussen overheid en zorgaanbieders bij de uitbouw van een Integrale Jeugdhulp kan wellicht bevorderd worden door te voorzien dat een vertegenwoordiger van de overheid in een waarnemersrol en enkel met adviserende stem aan het intersectoraal overleg kan participeren.

De sector geestelijke gezondheidszorg wil graag zijn bijdrage leveren tot het tot stand brengen van een meer coherente hulpverlening aan kinderen en jongeren. Hierbij moet de toegankelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt worden gegarandeerd. Tevens dient men rekening te houden met het feit dat de kinderdiensten van de CGG's geestelijke *gezondheidszorg* verstrekken en niet behoren tot de groep voorzieningen binnen de welzijnssector waar andere denkmodellen en werkmethodieken worden gehanteerd. Voorwaarde is dat gestreefd wordt naar een beleidskader waarin de doelstellingen van het algemeen jeugdzorgbeleid en het specifieke beleid rond de geestelijke gezondheidszorg voor de doelgroep kinderen en jongeren met elkaar verzoend worden met vrijwaring van de eigenheid van elk van beide concepten. Uiteindelijk streven alle betrokkenen naar een daadwerkelijke verbetering van de jeugdhulpverlening in Vlaanderen, zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener...

2.8. AANBEVELING BETREFFENDE PREVENTIEVE MAATREGELEN IN VERBAND MET MILIEU EN GEZONDHEID

I. ACHTERGROND

Naar aanleiding van het hieronder beschreven incident, waarbij een belangrijke hoeveelheid van een toxische stof in het milieu terecht kwam als gevolg van het door politie en parket verhinderen van het overpompen van deze stof uit een lekkende vrachtwagen, werd in de Vlaamse Gezondheidsraad de vraag gesteld hoe de *coördinatie ter plaatse na een ongeval* kan worden verbeterd teneinde dergelijke onnodige milieuvervuiling in de toekomst te vermijden.

II. BESCHRIJVING VAN HET INCIDENT

Op 5 augustus 2002 deed zich op de E17 een zwaar verkeersongeval voor in de mist. Een kleine personenwagen reed in op de achterzijde van een tankwagen gevuld met het chemisch product dodecylphenol, een gevaarlijke en toxische stof. De bestuurster kon gelukkig haar wagen snel verlaten, maar enkele ogenblikken nadien werd de kleine personenwagen achteraan aangereden door een vrachtwagen. De impact van deze tweede aanrijding perste de kleine personenwagen onder de tankwagen, waarbij een kraan onderaan de tank werd beschadigd, met een lek als gevolg. Deze aanrijdingen werden gevolgd door nog meer aanrijdingen door het achterop komend verkeer. Bij deze reeks ongevallen vielen dodelijke slachtoffers. De gespecialiseerde transportfirma, eigenaar van de tankwagen gevuld met dodecylphenol, kon zeer snel een hulpploeg met een speciale vrachtwagen met een pomp ter plaatse brengen, die in staat zou geweest zijn om de lading dodecylphenol over te pompen vooraleer deze uit de beschadigde tankwagen was weggelopen. Omdat er slachtoffers vielen verbood de politie echter, op bevel van het parket, alle werkzaamheden aan de lekgeslagen tankwagen. Aangezien de hulpploeg niet onmiddellijk aan het werk kon gaan is de volledige inhoud van de lekgeslagen tankwagen op het wegdek en in de omliggende grond terecht gekomen met als gevolg een aanzienlijke vervuiling, gevaarlijk voor mens en milieu. Als gevolg van deze vervuiling moest het verkeer dagenlang omgeleid worden.

Dit ongeval staat geregistreerd bij FOD Binnenlandse Zaken - Civiele Veiligheid onder referentie VI/FIN/REC/02/1333/FD.

III. BELEIDSADVIES

a) Acute blootstelling

Onder acute blootstelling verstaat men die concentraties waaraan het lichaam wordt blootgesteld kort na of als direct gevolg van het incident.

Interventiemaatregelen zijn erop gericht deze acute blootstelling zoveel mogelijk te beperken. Dit komt zowel het milieu als de gezondheid ten goede. Beperking aan de acute blootstelling maakt het in veruit de meeste gevallen mogelijk acute intoxicaties te vermijden.

De Raad heeft evenwel geen *overzicht van de problemen* van acute incidenten die zich de laatste 5 jaar in Vlaanderen voordeden en de acute blootstellingen die daar het gevolg van waren. De Raad vraagt de minister om een dergelijk overzicht ter beschikking te stellen zodat dit deel van de problematiek systematisch en aan de hand van cijfers kan geëvalueerd worden.

b) Chronische blootstelling

Naast de acute blootstelling stelt zich in Vlaanderen het probleem dat er jaarlijks een reeks ongevallen is met solventen en andere gevaarlijke producten die als gevolg van incidenten zoals hierboven beschreven in het milieu terechtkomen. Zowel voor het milieu als voor de gezondheid is hier sprake van cumulatieve effecten.

Deze cumulatieve effecten kunnen echter moeilijk in een incrementale aanpak geëvalueerd worden. Langere tijdsreeksen en analyse van de plaatsen waar de ongevallen gebeuren zijn noodzakelijk om de impacts te beschrijven, de effecten te evalueren en desgevallend milde-rende maatregelen voor te stellen.

Vlaanderen beschikt sinds kort over een geschikt beleidsinstrument om dit mogelijk te maken. Het decreet van 18 december 2002 (BS 13-02-2003) dat het decreet met de algemene milieubeleidsbepalingen aanvult met een titel "*milieueffect- en veiligheidsrapportage*", voorziet ook in de mogelijkheid om plannen en programma's het voorwerp van milieueffectrapportage te maken (Hoofdstuk II). In theorie maakt dit instrument het mogelijk de chronische blootstelling van incidenten als hetgeen in deze brief is beschreven te onderzoeken en waar nodig maatregelen om de chronische blootstelling te beperken voor te stellen.

Er zijn evenwel twee praktische voorwaarden die nog moeten worden vervuld opdat deze problematiek ook reëel in dit kader aan bod kan komen:

- De Vlaamse regering wijst de *plannen en programma's* aan die aan m.e.r. worden onderworpen. De Raad dringt er bij de minister op aan erover te waken dat bij het vastleggen van deze lijst de beleidsplannen en -programma's waarbij de hier behandelde thematiek belangrijk is (mobiliteitsplannen, investeringsplannen voor pijpleidingen, veiligheidsplannen, enz.) aan de lijst worden toegevoegd. De Raad meent tevens dat de Vlaamse Gemeenschap gebaat zou zijn met een spoedige publicatie van deze lijst.
- Om een m.e.r.-studie degelijk uit te voeren is een *Richtlijnenboek* noodzakelijk. Het decreet erkent de noodzaak van dit Richtlijnenboek. In het huidige Richtlijnenboek is geen aandacht gegeven aan de in dit briefadvies behandelde probleem. Het Richtlijnenboek is evenwel in herziening. De Raad beveelt aan dat de Administratie Gezondheidszorg toeziet op het expliciet opnemen van een methode om dit probleem in het kaderplan-m.e.r. te behandelen.

Conclusie

In het algemeen is de Vlaamse Gezondheidsraad van oordeel dat Vlaanderen voor het probleem van incidenten met gevaarlijke chemische stoffen over de juiste instrumenten beschikt. Weliswaar zijn nog de nodige verfijningen noodzakelijk om van deze instrumenten efficiënt gebruik te maken. De Raad dringt erop aan deze verfijningen door te voeren.

2.9. ADVIES OVER HET BELEIDSPLAN 'PREVENTIE VAN DEPRESSIE EN ZELFMOORD'

I. INLEIDING EN HISTORIEK

In haar brief van 9 oktober 2003 verzocht de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, mevrouw Adelheid Byttebier, de Vlaamse Gezondheidsraad om advies over het beleidsplan *'preventie van depressie en zelfmoord'*.

Dit beleidsplan werd opgesteld ter realisatie van een nieuwe gezondheidsdoelstelling voor Vlaanderen, zoals deze werd geformuleerd tijdens de 'Gezondheidsconferentie voor preventie van depressie en zelfmoord', die doorging op 3 en 4 december 2002. Deze zesde gezondheidsdoelstelling is de eerste die volgens het nieuw concept zoals beschreven in het decreet betreffende de preventieve gezondheidszorg werd ontwikkeld. Volgens dit concept wordt een nieuwe gezondheidsdoelstelling op initiatief van de bevoegde minister ontwikkeld door een stuurgroep en werkgroepen van experts. De bijbehorende preventiestrategieën worden op een gezondheidsconferentie besproken met de betrokken sectoren. Het zo geformuleerde voorstel van gezondheidsdoelstelling en de preventiestrategieën worden voor advies voorgelegd aan de Vlaamse Gezondheidsraad, waarna dit voorstel aan de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement wordt voorgelegd.

Het voorgestelde ontwerp van gezondheidsdoelstelling luidt:

'Het aantal sterfgevallen door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000.'

Om deze doelstelling te verwezenlijken worden in het beleidsplan 10 preventiestrategieën voorgesteld, waarvan de implementatie voorzien is in een meerjarenplan tot 2010.

II. METHODE

Dit advies werd binnen de Vlaamse Gezondheidsraad voorbereid in de werkgroep geestelijke gezondheidszorg, die werd aangevuld met een aantal externe experts met expertise rond zelfdoding en met leden van de Vlaamse Gezondheidsraad met expertise in preventie. De werkgroep bestond uit 6 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad, namelijk dhr. David Larmuseau (voorzitter), dhr. Jos Lievens, dhr. Philip Marroyen, dhr. Jef Van Holsbeke, prof. Lea Maes en dr. Stephan Van den Broucke; 8 leden van de werkgroep: dr. Joël Boydens, dhr. Raf De Rycke, mevr. Hilde Dierckx, dhr. Leo Du Laing, mevr. Patricia Lebeer, mevr. Ann Moens, prof. dr.

Jozef Peuskens en dhr. Stefaan Van Roey; en 4 externe experts in hoorzitting: dhr. Karl Andriessen, mevr. Mieke Craeymeersch, dr. Mieke Joniaux en prof. dr. Kees van Heeringen.

De werkgroep besprak dit beleidsplan op 16 oktober en 7 november 2003. Tijdens de eerste vergadering van 16 oktober gaf dr. Martine Van Hecke van de administratie Gezondheidszorg toelichting bij het beleidsplan. Het ontwerpadvies op basis van de besprekingen in de werkgroep werd voorgelegd aan de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad op 17 november 2003 en schriftelijk goedgekeurd op 21 november 2003.

Dr. Machteld Wauters en mevr. Ria Vandenreyt volgden het proces van adviesformulering op als inhoudelijk medewerker en secretaris van de Vlaamse Gezondheidsraad.

III. ADVIES

A) Algemene opmerkingen over het beleidsplan

Uitgangspunten :

- Uitgangspunt van de gezondheidsdoelstelling is het realiseren van een daling van het aantal sterfgevallen door zelfdoding met 8 % tegen het jaar 2010. De Vlaamse Gezondheidsraad meent dat men zich gezien de huidige hoge zelfmoordcijfers in Vlaanderen volledig achter deze doelstelling kan scharen. Toch moet er op gewezen worden dat men hieromtrent enkel een inspanningsverbintenis kan aangaan, en dat een resultaatsverbintenis niet mogelijk is, gezien veel externe factoren een invloed hebben die men niet onder controle heeft. Het vooropstellen van een concreet getal (8%) is ons inziens dan ook delicaat. Zo kan een verbetering van de algemene conjunctuur een invloed hebben op het aantal zelfdodingen, terwijl een stijging van de werkloosheid dan weer kan leiden tot meer depressies. Het lijkt ons in deze context meer aangewezen om te focussen op de processen dan op de outcome. Een frasering als 'Dit meerjarenplan bevat een basispakket van preventiestrategieën, dat de verwezenlijking van de zesde gezondheidsdoelstelling moet *bevorderen*' is hier dan ook beter gepast.
- Het feit dat geestelijke gezondheid met deze gezondheidsdoelstelling in de belangstelling wordt gezet is zeer positief. De Raad meent echter dat er onvoldoende aandacht gaat naar het verbeteren van de geestelijke gezondheid in het algemeen en het realiseren van een gezonder 'geestelijk leefklimaat'. Het is dan ook aangewezen om dit beleidsplan in een ruimer maatschappelijk kader te plaatsen. Het feit dat de zelfmoordcijfers in Vlaanderen bij de hoogste van Europa zijn is gedeeltelijk te wijten aan maatschappelijke factoren. Nader onderzoek van de oorzaken van deze hoge zelfmoordcijfers (zingevingbehoefte, overvraging en stress in de huidige competitie-maatschappij) is aangewezen om dan in een volgend stadium deze oorzaken te kunnen aanpakken. Indien ook andere sectoren worden betrokken bij het plan kan het vooropgestelde doel mogelijk verbeterd worden. De minister kan haar collega's stimuleren om voor andere sectoren (zoals onderwijs, welzijn op het werk, ...) ook doelstellingen te formuleren en zo tot een intersectoraal en inclusief beleid te komen.

Beschrijving beleidsplan :

- In het beleidsplan is geen duidelijke *visie op preventie van zelfdoding en depressie* zichtbaar. De Vlaamse Gezondheidsraad adviseert om dit te expliciteren.
- Het beleidsplan zelf is te beperkt: het was aangewezen om de achtergrond van de geselecteerde strategieën te belichten, zoals dit is gebeurd voor de doelgroep kinderen en jongeren.
- De nadruk in het beleidsplan zou meer op *preventie* moeten liggen. Alle vormen van preventie moeten in kaart worden gebracht en waar tekorten zijn moet dit worden aangevuld : beter voorkomen dan (niet meer kunnen) genezen. Primaire preventie van depressie, gekaderd in een maatschappelijke visie, ontbreekt volledig. Ook is er weinig aandacht voor deskundigheidsbevordering van allen die professioneel actief zijn met suïcidale personen als methodiek in het preventief werk.
- In het beleidsplan worden de termen *strategie* en interventies door elkaar gebruikt : de meeste beschreven 'strategieën' zijn in feite interventies. Dit onderscheid is van belang, zowel om conceptuele redenen als in functie van beleidsvoering. Door specifieke doelstellingen te formuleren op het niveau van strategieën, en daar acties of interventies aan te koppelen, kan immers de vooruitgang in het realiseren van de algemene doelstelling beter opgevolgd worden. Bovendien laat dit toe het relatief aandeel van verschillende strategieën in het realiseren van de doelstelling, en de effecten die deze strategieën op zich opleveren, beter in kaart te brengen. De Raad adviseert dan ook om de strategieën duidelijk te omschrijven en bij elke strategie specifieke doelstellingen te formuleren.
- De Raad stelt vast dat in de teksten zowel de termen zelfmoord, zelfdoding en suïcide worden gebruikt. Een duidelijke begripsomschrijving en verantwoording waarom een bepaalde term in een bepaalde situatie wordt gebruikt zou nuttig zijn.

Selectie van strategieën en doelgroepen :

- Uit de beschrijving blijkt dat men zich voor de *selectie* van de projecten sterk heeft laten leiden door gezondheidseconomische aspecten enerzijds en het bestaan van wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de interventies anderzijds. Op zich is het een goed uitgangspunt om de keuze op basis van objectieve criteria trachten te maken, maar dit heeft tot gevolg dat bijvoorbeeld de doelgroep ouderen uit de boot valt, wellicht omdat interventies naar deze doelgroep vanuit economisch oogpunt onvoldoende opbrengt. Ook mogelijk waardevolle strategieën of interventies waarnaar echter nog geen wetenschappelijk onderzoek is gebeurd, of waarvan de beschikbare evidentie niet voldoet aan de klassieke criteria voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, maken hierdoor geen kans. Indien voor bepaalde strategieën of doelgroepen nog onvoldoende evidentie beschikbaar is, kan het aangewezen zijn om hiervoor al tenminste een onderzoeksproject op te starten, zodat men deze vicieuze cirkel doorbreekt.
- De keuze van de strategieën is meestal niet aangepast aan de resultaten van de bespreking tijdens de gezondheidsconferentie. Belangrijke bedenkingen die tijdens de gezondheidsconferentie werden gemaakt moeten in het beleidsplan worden opgeno-

men (zie verder opmerkingen in verband met de doelgroepen ouderen en kinderen en jongeren).

- In het beleidsplan wordt onvoldoende rekening gehouden met de *bestaande initiatieven* omtrent preventie van zelfdoding. Momenteel worden in het plan een aantal nieuwe initiatieven opgesomd, die zullen ontwikkeld worden naast de bestaande, en waarbij de vraag rijst of de financiering hiervan niet ten koste zal gaan van de bestaande initiatieven. Daarnaast zijn er in het beleidsplan een aantal reeds bestaande initiatieven opgenomen, die dus geen extra gezondheidswinst zullen opleveren in vergelijking met de voorbije jaren. De bestaande initiatieven zouden allemaal moeten worden meegenomen in het beleidsplan. Tegelijk zou er een afstemming moeten zijn tussen de bestaande en de nieuwe initiatieven. Ook het bevorderen van netwerkvorming, of het optimaliseren van de samenwerking van de bestaande hulpverleningssettings, is noodzakelijk, en kan gebeuren zonder veel kosten.
- Zelfdoding bij *ouderen* is een belangrijke problematiek die in dit plan niet aan bod komt, noch in de probleemomschrijving, waar men hieromtrent geen specifieke cijfers geeft, noch in de voorgestelde strategieën. Wat strategie naar ouderen toe betreft werd er in de werkgroepen tijdens de gezondheidsconferentie meermaals op gewezen dat men zich vooral moet richten op de thuiszorg. Dit kan gebeuren door enerzijds deskundigheidsbevordering bij de hulpverleners (thuisverpleegkundigen...), anderzijds door het bevorderen van netwerkvorming met regelmatig multidisciplinair overleg. Ook dit vinden we nergens terug in het beleidsplan.
- Ook de doelgroep *kinderen en jongeren* is hier te beperkt aangepakt. Het enige voorgestelde project naar deze doelgroep, het KOPP-project, is in de plannen verengd tot deelinitiatieven die zich in de psychiatrische ziekenhuizen bevinden. De focus dient ook gelegd op de ambulante hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg, met uitbreiding naar andere hulpverleningsvormen en -settings voor kinderen en jongeren. Bij de vooropgestelde strategieën en plannen, die we verder in deze tekst bekijken, verwijzen we naar reeds operationele initiatieven in bovengenoemde deelsectoren. Niet enkel rond de doelgroep KOPP (kinderen van ouders met psychiatrische problemen), maar ook rond kinderdepressies en de deeldoelgroep kinderen/jongeren met identiteitsproblemen dienen initiatieven van preventie, vroeginschatting risico-grad en vroeginterventie genomen, om het beoogde effect te ressorteren. Een belangrijk hulpmiddel hiertoe is het benaderen van andere jeugdgebonden sectoren, bijvoorbeeld via gerichte deskundigheidsbevordering voor intermediären die professioneel met jongeren werken.
- Een andere doelgroep die niet rechtstreeks wordt betrokken zijn de *patiënten* zelf en de patiëntenverenigingen.

Evaluatie :

Evaluatie is vereist op twee niveaus:

- Op het niveau van (het implementeren van) het beleid, door concrete indicatoren te formuleren bij de specifieke doelstellingen.
- Op het niveau van de concrete interventies of acties, via proces- en effectonderzoek naar de acties die aansluiten bij de voorgestelde strategieën.

- Ook evaluatie vóór de implementatie van de strategieën (pre-testing) moet in het beleidsplan meer beklemtoond worden: evaluatie van strategieën of interventies is enkel mogelijk als men een basismeting heeft. Tijdens een dergelijke voorafgaande evaluatie moeten ook de noden worden bepaald om de interventies te kunnen uitvoeren. Het beleid kan hierop steunen om de nodige maatregelen te nemen om de sector in staat te stellen de strategieën uit te voeren en de doelstelling te realiseren.
- Bij de evaluatie zal ook rekening moeten worden gehouden met een mogelijk verhoogde registratie van zelfmoorden als gevolg van de verhoogde aandacht hiervoor.

Randvoorwaarden :

- Tijdslijn – sequentie : primair bestaat de noodzaak om voldoende hulpaanbod te realiseren: de meeste beschreven strategieën zullen resulteren in een verhoogde hulpvraag. Er moet dus gezorgd worden voor voldoende opvangcapaciteit, enerzijds in de eerste lijn, maar zeker ook in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, waar nood is aan degelijke programmatie. Er moet dan ook voldoende budget worden voorzien om structureel te zorgen voor voldoende capaciteit van het hulpaanbod.
- De reeds bestaande gezondheidsdoelstellingen zijn opgesteld voor 5 jaar; het is voor de Raad niet duidelijk waarom men voor de zesde gezondheidsdoelstelling voor een langere termijn heeft geopteerd.
- In de projectplannen moet duidelijk worden aangegeven wie de strategie uitvoert, zonder echter exclusieven te stellen. De selectie dient te gebeuren op basis van objectieve criteria. De samenwerking tussen sectoren moet zoveel mogelijk worden bevorderd.

b) Specifieke opmerkingen over de preventiestrategieën

De Raad stelt voor om de interventies onder te brengen onder 5 strategieën, en voor elke strategie een eigen doelstelling te formuleren :

1. Betere informatie naar het publiek

Doelstelling : *‘Er is een meer correcte beeldvorming over geestelijke gezondheid in het algemeen, en over depressie en zelfdoding in het bijzonder, bij het algemene publiek’.*

Acties :

- Richtlijnen voor de media met betrekking tot berichtgeving over zelfdoding
- Publieksinformatiecampagne
- Informatiecampagne schizofrene psychose

2. Deskundigheidsbevordering van professionelen

Doelstelling : *‘Er is een verhoogde deskundigheid bij gezondheidswerkers (huisartsen, spoedgevallendiensten, thuiszorg,...) en andere intermediairen (bv. slachtofferhulp, politie, sleutelfiguren uit de omgeving van jongeren zoals CLB-diensten) met betrekking tot vroegtijdige detectie van depressie en zelfdoding en gepaste doorverwijzing, met inbegrip van recidiepreventie.’*

Acties :

- Deskundigheidsbevordering bij huisartsen
- Screening suïcidepogers
- Recidiefpreventie suïcidepogers in samenwerking met de huisarts
- Preventie van schizofrene psychose
- Mindfulness-based Cognitive Therapy

3. Bevorderen van netwerking en betere samenwerking

Doelstelling : *‘Er is een betere samenwerking tussen gezondheidswerkers met betrekking tot vroegtijdige detectie, doorverwijzing en begeleiding van depressie en preventie van zelfdoding.’*

Acties : Dit zou in verschillende interventies moeten terugkeren; nu komt dit al voor in

- Recidiefpreventie suïcidepogers in samenwerking met de huisarts

4. Betere begeleiding van familieleden

Doelstelling : *‘Er is een betere begeleiding van nabestaanden en kinderen van ouders met psychiatrische problemen.’*

Acties:

- nabestaanden na zelfdoding
- kinderen van ouders met psychiatrische problemen

5. Verbeteren van basiskennis

Doelstelling : *‘Er is meer wetenschappelijk gefundeerd inzicht in de determinanten van geestelijke gezondheid in het algemeen, en van depressie en zelfdoding in het bijzonder, en over geëigende preventiestrategieën, zowel op niveau van de algemene bevolking als bij specifieke doelgroepen.’*

Acties : de Raad adviseert hier meer ruimte te laten om algemeen onderzoek naar de oorzaken van depressie en zelfdoding uit te voeren, en niet louter in verband met kansarmen.

- Onderzoeksproject kansarmen

Met betrekking tot de 10 voorgestelde interventies zelf heeft de Raad volgende bemerkingen :

Richtlijnen voor de media met betrekking tot berichtgeving over zelfmoord

- Zijn dit richtlijnen of aanbevelingen? Welk signaal kan het beleid hierin geven?
- Het is belangrijk te voorzien in verdere opvolging en feedback aan de media.

Publieksinformatiecampagne

De voorstellen en conclusie van de werkgroep moeten verder worden uitgewerkt. Het zou nuttig zijn als men kort verduidelijkt wat precies wordt bedoeld met publieksinformatie. De Vlaamse Gezondheidsraad is van mening dat dit ook een overzicht van het zorgaan-

bod ('wegwijs in...') en gerichte verwijzing moet inhouden. In de verdere operationalisering kan een website hiervoor een interessant medium zijn.

Er moet ook aandacht zijn voor een gecoördineerd sector- en netwerk-overschrijdend overleg, waarbij beroep gedaan wordt op de reeds opgebouwde expertise van het veld.

Dit punt kan ook niet los gezien worden van deskundigheidsbevordering van zorgverstrekkers en organisatie van de hulpverlening, aangezien een dergelijke campagne zal resulteren in een verhoogde zorgvraag. In de tijd kan een dergelijke campagne dus pas worden gevoerd nadat andere voorwaarden met betrekking tot het realiseren van voldoende zorgcapaciteit (zie hoger) zijn voldaan.

Deskundigheidsbevordering bij huisartsen: elektronische hulplijn – suïcidepreventie en depressiebehandeling optimaliseren

De huisarts bevindt zich in een unieke positie wat betreft medische zorg aan de brede bevolking: hij heeft zicht op de levensgeschiedenis en socio-familiale context van de patiënt. Hij verpersoonlijkt zorgcontinuïteit en laagdrempeligheid.

Daarenboven blijkt uit onderzoek dat in meer dan vijftig procent van de zelfdodingen en pogingen tot zelfdoding in de maand voorafgaand aan de act een contact tussen huisarts en betrokkene plaatsvond.

De huisarts is dan ook goed geplaatst voor adequate vroegdetectie en eerstelijnsbehandeling van depressie en preventie van zelfdoding.

Deze taak kan pas optimaal uitgevoerd worden indien de huisarts over voldoende vaardigheden hiertoe beschikt: kennis van risicogroepen, bespreekbaar maken van suïcidaliteit, medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies, doorverwijsmogelijkheden en dergelijke.

Duidelijke samenwerkingsafspraken tussen specialisten uit de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen – bijvoorbeeld via het model van de shared care – kunnen hier zinvol zijn.

Daarnaast zou het nuttig zijn om dit uit te breiden naar andere eerstelijnsgezondheidswerkers, zoals thuisverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en verzorgenden, die dikwijls een nog regelmatig en persoonlijker contact met de patiënt hebben, en een signaalfunctie naar de huisarts toe kunnen hebben.

Screening suïcidepogers

Het lijkt logisch om dit te organiseren op spoedgevallendiensten. Er moet echter ook rekening mee worden gehouden dat niet alle suïcidepogers op een spoedgevallendienst terechtkomen. Het kan dus nuttig zijn deze screening ook elders te organiseren.

Recidiefpreventie suïcidepogers in samenwerking met de huisarts

In het beleidsplan ontbreekt de *rol van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*, met name de mogelijkheid voor de huisarts van consultatief overleg en snelle doorverwijzing. Belangrijk hierbij is de netwerking.

Preventie van schizofrene psychose: deskundigheidsbevordering, informatiecampagne en vroegdetectieteams

De Raad veronderstelt dat hier 'Preventie in het kader van schizofrene psychose' wordt bedoeld. Vroegdetectie, deskundigheidsbevordering naar correct gebruik van medicatie, preventie van stigmatisering en van (her-)opname is hierbij zeker wenselijk.

Ook hier is een afstemming met reeds bestaande initiatieven noodzakelijk.

Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)

Het is van belang dat men goede modellen en therapieën gebruikt, maar MBCT is slechts één mogelijk model.

Nabestaanden na zelfdoding : de WegWijzer en zelfhulpgroepen voor nabestaanden na zelfdoding

Belangrijk hierbij is een goede coördinatie van de acties op Vlaams niveau, zodat voldoende kwaliteit kan worden geboden.

KOPP : Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen

De Vlaamse Gezondheidsraad meent dat het niet aangewezen is om dit project enkel toe te spitsen op psychiatrische ziekenhuizen, zoals in het huidige voorstel gebeurt. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn bij uitstek een uitvalsbasis en draaischijf om zowel de residentiële voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, andere hulpverleningssettings voor kinderen en jongeren als de huisarts en de thuissituatie te bereiken. Wij verwijzen voor de concretisering naar reeds operationele initiatieven van individuele en groepsaankpak voor kinderen en jongeren uit deze KOPP-doelgroep, naar outreachend werk van o.a. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in voorzieningen in de jeugdhulp, naar deskundigheidsbevordering in detectie en basisinterventie voor intermediairen. De Vlaamse Stuurgroep KOPP brengt nu reeds deskundigen uit alle provincies en diverse settings samen en zou een belangrijke ontwikkelende en afstemmende functie in deze kunnen vervullen.

Onderzoeksproject kansarmen

Hierbij moet de aandacht voornamelijk gaan naar onderzoek naar de oorzaken van depressie en suïcidaal gedrag, zodat men op deze oorzaken preventief kan werken

c) Conclusies

De Vlaamse Gezondheidsraad kan zich akkoord verklaren met het formuleren van een zesde gezondheidsdoelstelling rond preventie van depressie en zelfdoding.

De inhoud van het beleidsplan vertoont echter nog hiaten :

- Een duidelijke visie op de preventie van depressie en zelfdoding ontbreekt
- Een duidelijk onderscheid tussen strategieën en interventies ontbreekt
- De keuze van interventies is onvoldoende gemotiveerd en houdt onvoldoende rekening met de bevindingen van de gezondheidsconferentie
- Er is een onevenwicht tussen interventies in primaire en secundaire preventie
- Er wordt in het beleidsplan geen rekening gehouden met de bestaande activiteiten
- Meer aandacht voor de doelgroepen 'kinderen en jongeren' en 'ouderen' is noodzakelijk

De Vlaamse Gezondheidsraad dringt er op aan dat deze aspecten zouden worden toegevoegd aan het beleidsplan teneinde te komen tot een goed onderbouwde en evenwichtige aanpak.

3. PLANNING 2004

A. ADVIEZEN OP VRAAG (IN VOORBEREIDING)

Dossier rookstop

De Vlaamse Gezondheidsraad kreeg in december 2003 een vraag om advies inzake rookstop in Vlaanderen. Een dossier getiteld 'Noden inzake rookstopbegeleiding en –beleid in de Vlaamse gemeenschap' dat werd opgesteld door de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) zal worden besproken in de preventieve kamer.

B. EIGEN INITIATIEVEN

1. Memorandum

Naar aanleiding van de verkiezingen voor het Vlaams Parlement in juni 2004 en de daaropvolgende samenstelling van een nieuwe regering wil de Vlaamse Gezondheidsraad de aandacht van de (toekomstige) beleids mensen vestigen op enkele knelpunten binnen het Vlaamse gezondheidsbeleid. Er zal een memorandum worden opgemaakt voor de nieuwe Vlaamse regering dat aan alle partijen zal worden bezorgd.

2. Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

De werkgroep GGZ heeft op haar planning voor 2004 als prioritaire thema's ondermeer: de operationalisering van het nieuw concept voor een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg, forensische psychiatrie en mantelzorg. In eerste instantie wordt een advies voorbereid over het verlenen van geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap.

3. Werkgroep Milieu en Gezondheid

Er zal binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep rond milieu en gezondheid worden opgericht. De werkgroep zal worden samengesteld uit mensen met een expertise inzake milieu en gezondheid.

De werkgroep kan op eigen initiatief adviezen opmaken en voorleggen aan de Vlaamse Gezondheidsraad voor verdere afhandeling. Thema's die hier aan bod zullen komen zijn: pesticiden, afvalstorten, biomonitoring op milieustalen en het voorbereiden, op langere termijn, van een advies over een Vlaamse "Environmental Health Action Plan".

BIJLAGE:

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
Oostende
Tel: 059/553404
Fax: 059/553408
E-mail: jpbacyens@skynet.be

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

Dhr. **Bert De Bakker**
Virga Jesseziekenhuis
Stadsomvaart 11
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
Gent
Tel: 09/2403542
Fax: 09/2404967
E-mail: jan.demaeseneer@rug.ac.be

Dhr. dr. **Maurits DE RIDDER**
Burggravenlaan 341
Gent
Tel: 09/2228014
Fax: 09/2405107
E-mail: maurits.deridder@UGent.be

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

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

Mevr. **Hendrika DIJKHOFFZ**
Sint-Vincentiusziekenhuis
Sint-Vincentiusstraat 20
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
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
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
Leuven
Tel: 016/336873
Fax: 016/336883
E-mail: karel.hoppenbrouwers@med.kuleuven.ac.be

Mevr. **Virginie HUYS**
VZW Sovervlag
Sint-Jansstraat 32-38
Brussel
Tel: 02/5150388
Fax: 02/5150308
E-mail: Virgine.Huys@socmut.be

Mevr. prof. dr. **Katrien KESTELOOT**
Financieel Directeur
UZ Leuven
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
Sleidinge
Tel: 09/3580449
Fax: 09/3580466
E-mail: david.larmuseau@pcsleidinge.be

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

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

Mevr. prof. dr. **Lea MAES**
UZ Gent ; Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (Blok A)
De Pintelaan 185
Gent
Tel: 09/2403685
Fax: 09/2404994
E-mail: lea.maes@ugent.be

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

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

Dhr. prof. dr. **Koen MILISEN**
KU Leuven ; Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Kapucijnenvoer 35, 4^e verdieping
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
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
Blandijnberg 2
Gent
Tel: 09/2647887
Fax: 09/2644187
E-mail: sigrid.sterckx@UGent.be

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

Dhr. **Jozef VAN HOLSBEKE**
VVI
Guimardstraat 1
Brussel
Tel: 02/5070198
Fax: 02/5135269
E-mail: jvh@vvi.be

Dhr. prof. dr. **Nik VAN LAREBEKE**
Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Experimentele Cancerologie
UZ Gent 4K3
De Pintelaan 185
Gent
Tel: 02/3801410
GSM: 0475.44.99.55
Fax: 02/3811645
E-mail: nicolas.vanlarebeke@ugent.be

Mevr. dr. **Kristiane VAN LIERDE**
UZ Gent ; Dienst Logopedie (gebouw 2P1)
De Pintelaan 185
Gent
Tel: 09/2402391
Fax: 09/2404993
E-mail: kristiane.vanlierde@rug.ac.be

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

Dhr. prof. dr. **Patrick VAN REEMPTS**
UZA ; Dienst Neonatologie
Wilrijkstraat 10
Edegem
Tel: 03/8215802
Fax: 03/8214802
E-mail: patrick.van.reempts@uza.be

Dhr. dr. **Arne VAN RENTERGHEM**
Hundelgemsesteenweg 1252
Merelbeke
Tel: 09/2308668
Fax: 09/2322001
E-mail: arne@mediaventures.be

Dhr. **Luc VAN ROYE**
Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Gildenstraat 9-11
Brussel
Tel: 02/2868552
Fax: 02/2306694
E-mail: luc.vanroye@vov-info.be

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

Samenstelling en tekstbehandeling :

Machteld Wauters

Inhoudelijk medewerker Vlaamse Gezondheidsraad

Verantwoordelijke uitgever :

Prof. Dr. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

p.a. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Administratie Gezondheidszorg

Markiesgebouw lokaal 434

Markiesstraat 1

1000 Brussel

Vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be

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

Depotnummer :

D/2004/3241/126

Druk en layout :

Drukkerij Beukeleirs

2500 Lier

Uitgave:

April 2004