

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Jaarverslag 2004



Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

VOORWOORD

In 2004 slaagde de Vlaamse Gezondheidsraad er voor het zevende jaar op rij in om haar belangrijke opdracht waar te maken. Door de constructieve en deskundige inzet van de leden en van externe deskundigen bracht de Raad vijf adviezen uit: twee adviezen op vraag en drie adviezen op eigen initiatief. In de adviezen werden thema's aangesneden die van groot belang zijn voor het Vlaamse gezondheidsbeleid: een Vlaamse rookstop, het tabaksbeleid, en de organisatie van specifieke deelgebieden van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien kende de werking van de Vlaamse Gezondheidsraad in 2004 ook een structurele uitbreiding met de oprichting van de nieuwe permanente werkgroep Gezondheid en Milieu. De volledige adviesteksten en de opdrachtverklaring van de nieuwe werkgroep vindt u verderop in dit jaarverslag.

Na de Vlaamse parlementsverkiezingen trad er eind juli 2004 een nieuwe Vlaamse regeringsploeg aan. Deze wijzigingen op politiek vlak gingen niet onopgemerkt voorbij aan de Vlaamse Gezondheidsraad. In haar 'Memorandum 2004-2008' richtte de Raad zich rechtstreeks tot de toekomstige Vlaamse Regering door de aandacht van de beleidsmakers te vestigen op een zevental belangrijke thema's voor het Vlaamse gezondheidsbeleid van de komende jaren. Opvallend hierbij was de consensus die binnen de Vlaamse Gezondheidsraad ontstond over de noodzaak van een verdere de-federalisering van het gezondheidszorgbeleid. Alleen wanneer alle aspecten van het gezondheidsbeleid worden samengebracht op het Vlaams beleidsniveau, kan Vlaanderen een integraal en coherent gezondheidsbeleid voeren. In haar memorandum beklemtoonde de Raad evenwel dat deze verdere de-federalisering van het gezondheidsbeleid geenszins de federale solidariteit hoeft te bedreigen: de inning van de bijdragen kan federaal blijven gebeuren, maar dan dient de verdeling van de middelen wel te gebeuren op basis van objectieve behoefteparameters. Bovendien is het voor het vrijwaren van de solidariteit van groot belang dat de verschillende gemeenschappen in ons land worden geresponsabiliseerd voor de uitgaven.

Met de vorming van de nieuwe Vlaamse Regering kreeg de Vlaamse Gezondheidsraad ook een nieuwe bevoegde minister, mevrouw Inge Vervotte. De Vlaamse Gezondheidsraad kijkt vol verwachting uit naar een constructieve samenwerking met de minister en zal zich actief inzetten voor een vruchtbare wisselwerking tussen de Raad en het kabinet.

De Vlaamse Gezondheidsraad kijkt ook uit naar de initiatieven van de minister met betrekking tot de oprichting van de nieuwe strategische adviesraad binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ik herinner nog even aan het advies dat de Vlaamse Gezondheidsraad hierover in april 2003 uitbracht. Op basis van de knowhow die de Raad de afgelopen jaren heeft opgebouwd op het vlak van effectieve en efficiënte adviesverlening, pleitte de Raad voor een 'werkbaar' samenstelling met een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende beleidsgebieden. Daarenboven beklemtoonde de Raad het belang van een duidelijke scheiding tussen advies en overleg, waarbij de nieuwe raad verantwoordelijk moet zijn voor het formuleren van algemene strategische adviezen. Dit gebeurt overigens bij voorkeur reeds in een vroege fase van de beleidsvoorbereiding.



Een adviesraad kan haar belangrijke opdracht alleen maar waarmaken wanneer zij een beroep kan doen op een kwaliteitsvolle ondersteuning. Ook in 2004 kon de Vlaamse Gezondheidsraad rekenen op de efficiënte inzet van de medewerkers van de administratie Gezondheidszorg: Ria Vandenreyt, Machteld Wauters en Regine Bouilliaert. Waarvoor mijn hartelijke dank.

Zolang de nieuwe strategische adviesraad geen feit is, zal de Vlaamse Gezondheidsraad doorgaan met het uitoefenen van haar adviesopdracht. Op dit moment buigen de deskundigen van de verschillende werkgroepen zich reeds over een aantal belangrijke thema's. Op deze manier wil de Vlaamse Gezondheidsraad ook in 2005 op een constructieve wijze haar steentje bijdragen aan het Vlaamse gezondheidsbeleid en aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van alle Vlamingen.

Prof. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

JAARVERSLAG 2004

INHOUD

VOORWOORD	1
1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD.	7
A) Opdracht.....	7
B) Samenstelling	7
C) Structuur	8
D) Huidige samenstelling	8
E) Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg.....	15
F) Werkgroep Gezondheid en Milieu	16
G) Ondersteuning	22
 2. ACTIVITEITEN 2004.....	23
A) Overzicht vergaderingen.....	23
B) Gefinaliseerde adviezen	23
2.1. Advies inzake rookstop in Vlaanderen	24
2.2. Advies inzake geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handi- cap.....	32
2.3. Advies inzake de ratificatie van de kaderovereenkomst inzake tabaks- controle van de Wereldgezondheidsorganisatie	37
2.4. Advies over de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen: Een globaal concept.....	38
2.5. Memorandum 2004-2008	48
 3. PLANNING 2005.....	56
A) Adviezen op vraag (in voorbereiding).....	56
B) Eigen initiatieven	56
 4. BIJLAGE: ADRESSENLIJST	57



1. VOORSTELLING VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

a) Opdracht

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft als algemene opdracht advies te verlenen over alle gezondheidsaangelegenheden aan de Vlaamse Regering, in casu de minister bevoegd voor de Volksgezondheid, en het Vlaams Parlement, op hun verzoek of op eigen initiatief.¹ Daartoe dient de Raad het gezondheidsbeleid en de ontwikkelingen op het gebied van gezondheid te volgen en te toetsen aan de gezondheidsstatus van de bevolking en oog te hebben voor de nieuwe noden betreffende de gezondheidszorg, het aanbod van de verzorgingsvoorzieningen te evalueren en voorstellen te formuleren voor de verdere ontwikkeling ervan.

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

- de sociologische, epidemiologische, wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen die relevant zijn voor het gezondheidsbeleid en voor de afstemming ervan op de zich ontwikkelende behoeften;
- de bevordering van de toegankelijkheid van de verzorgingsvoorzieningen;
- specifieke materies waarvoor het advies van de Raad is voorzien in andere decreten of besluiten;
- ethische problemen met betrekking tot gezondheidsbeleid of –aspecten.

b) Samenstelling

Volgens het decreet en uitvoeringsbesluit is de Raad samengesteld uit een voorzitter, ten hoogste 35 leden benoemd door de Vlaamse minister en ten hoogste 6 door de Raad gecoöpteerde leden. Hun mandaat duurt 5 jaar en is tweemaal hernieuwbaar. Minstens 1/5 van de leden wordt om de 5 jaar vervangen. De Vlaamse minister benoemt de voorzitter van de Raad en 2 ondervoorzitters die door de Raad onder zijn leden worden voorgedragen.

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

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

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). Sinds 2003 is een permanente werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg actief en in 2004 werd een permanente werkgroep Gezondheid en Milieu geïnstalleerd.

d) Huidige samenstelling

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

An Boudewyns en Joke Denekens namen in de loop van 2004 ontslag omwille van gewijzigde beroepsactiviteiten.

Voorzitter: Lieven Annemans

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

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

VGR: ledenlijst

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

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

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Katrien KESTELOOT	Licentiaat en Doctor in de Economische Wetenschappen	• UZ Leuven • K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap	Financieel directeur Gewoon hoogleraar
Dhr. David LARMUSEAU	Licentiaat in de Toegepaste Economische Wetenschappen Licentiaat in de Medische-Sociale Wetenschappen	• Psychiatrische Centra Sleidinge	Administratief-economisch Directeur
Dhr. Jos LIEVENS	Licentiaat in de Pedagogische en Psychologische Wetenschappen	• Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg • Verbond Sociale Ondernemingen (Gezondheid)	Directeur Directeur
Prof. dr. Fred LOUCKX	Licentiaat en Doctor in de Sociologie	• VUB, faculteit Geneeskunde en Farmacie	Gewoon hoogleraar
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 • Verbond Sociale Ondernemingen (Gezondheid)	Directeur Voorzitter Voorzitter
Mevr. Leen MEULENBERGS	Licentiaat in de Psychologie	• Vlaams Patiëntenplatform	Secretaris
Prof. dr. Koen MILISEN	Verpleegkundige Licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen en Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen	• K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap • UZ Leuven, dienst geriatrie	Docent verplegingswetenschap Verpleegkundig specialist

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Dhr. Christophe MOUTON	Burgerlijk Scheikundig Ingenieur Bedrijfskundig Ingenieur	Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw	Directeur Administratie, Financiën, Informatica en Technische dienst
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 - Universiteit Antwerpen	Adjunct-kliniekhoofd Docent
Prof. dr. Sigrid STERCKX	Licentiaat en Doctor in de Moraalwetenschappen	Universiteit Gent, vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap	Postdoctoraal navorsers Deeltijds docent
Dr. Stephan VAN DEN BROUCKE	Licentiaat en Doctor in de Psychologie	- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie - K.U.Leuven, departement 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
Prof. dr. Nik VAN LAREBEKE	Dokter in de Geneeskunde Geaggregeerde HSO Milieudeskundige	- Universiteit Gent (Studiecentrum Carcinogene en Primaire Preventie van Kanker, Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Exp. Cancerologie) - Free Clinic, Brussel	Hoofddocent Arts (Deeltijds)
Prof. dr. Kristiane VAN LIERDE	Licentiaat in de Logopedie en Audiologie Doctor in de Sociale Gezondheids- wetenschappen (logopedie)	Universiteit Gent, Universitair ziekenhuis Gent, dienst NKO, Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	Wetenschappelijk medewerker Deeltijds docent

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

e) Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Sinds 2003 is binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg actief. 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. Te allen tijde kunnen externe experts geraadpleegd worden.

Opdrachtverklaring

Meerdere studies hebben uitgewezen dat de problemen op het gebied van 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 actief.

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 over 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 bevoegd voor de Volksgezondheid, 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.

Samenstelling

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

Werkzaamheden

In 2004 heeft de werkgroep geestelijke gezondheidszorg twee adviezen afgerond: (1) een advies over geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap en (2) een advies over de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Daarnaast was de werkgroep ook betrokken bij de voorbereiding van het 'Memorandum van de Vlaamse Gezondheidsraad voor de nieuwe Vlaamse Regering' (mei 2004).

f) Werkgroep Gezondheid en Milieu

In 2004 werd binnen de Vlaamse Gezondheidsraad een permanente werkgroep Gezondheid en Milieu opgericht. De werkgroep is samengesteld uit mensen met een deskundigheid op het vlak van milieu en gezondheid. Te allen tijde kunnen externe experts worden geraadpleegd.

Opdrachtverklaring

In het verleden kwamen de gezondheidsaspecten van de milieuproblematiek reeds verschillende malen aan de orde tijdens de werkzaamheden van de Vlaamse Gezondheidsraad, onder meer in het 'Advies inzake de gezondheidsschadende effecten van milieufactoren' (20 november 2001), het 'Advies inzake massacommunicatie inzake binnenhuispollutie' (januari 2002), de 'Bevraging eerste Nationaal Actieplan voor Milieu en Gezondheid' (maart 2003) en in de 'Aanbeveling vanwege de Vlaamse Gezondheidsraad betreffende preventieve maatregelen in verband met milieu en gezondheid' (oktober 2003).

In de toekomst zal de werkgroep Gezondheid en Milieu zich systematisch buigen over de gezondheidsaspecten van de milieuproblematiek. In de uitoefening van deze taak de werkgroep adviezen voorbereiden op vraag van de Vlaamse Regering, in het bijzonder de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid, en van het Vlaams Parlement.

Daarnaast zal de werkgroep zich op eigen initiatief buigen over de volgende onderwerpen:

1. De gezondheidsproblematiek rond het gebruik van pesticiden in Vlaanderen

In het 'Advies inzake de gezondheidsschadende effecten van milieufactoren' staan talrijke gegevens vervat over pesticiden. Pesticiden dragen vermoedelijk in niet onbelangrijke mate bij tot het kankerrisico en mogelijk ook tot de problemen rond onvruchtbaarheid en tot neurologische aandoeningen. Het pesticidengebruik in Vlaanderen ligt hoger dan in de meeste andere ontwikkelde Westerse landen. Pesticiden worden niet alleen in de landbouw gebruikt, maar ook bij het onderhoud van openbare ruimten en binnenshuis. Onder meer via regenneerslag worden pesticiden overal verspreid. Blootstelling van de mens gebeurt langs de voeding, drinkwater, ingeademde lucht en opname van stof (belangrijk daarbij is het pica-gedrag van kinderen). Dat hierover bij de bevolking een grote bezorgdheid bestaat is bekend. Ondanks het feit dat de Vlaamse Regering niet voor alle aangelegenheden die met het gebruik van pesticiden te maken hebben, bevoegd is, lijkt het toch uiterst belangrijk dat de Vlaamse Gezondheidsraad dienaangaande een advies zou formuleren.

2. De gezondheidsproblematiek rond afvalstorten

Dat de afvalproblematiek belangrijke implicaties heeft voor de gezondheid lijkt zeer waarschijnlijk. Afvalstorten kunnen aanleiding geven tot luchtverontreiniging met gevaarlijke vluchtige stoffen en met gevaarlijke stofdeeltjes, waaronder asbest. Belangrijker nog is dat afvalstorten aanleiding kunnen geven tot verontreiniging van het grondwater, het oppervlaktewater en het drinkwater. Hierover bestaat bij de bevolking een grote bezorgdheid.

3. De organisatie van biomonitoring op milieustalen teneinde gezondheidseffecten van milieufactoren op een geïntegreerde wijze te kunnen inschatten.

Dit omvat:

- het meten, op relevante plaatsen, van de genotoxische activiteit aanwezig in lucht, water, voeding, bodem en drinkwater middels de bacteriële Ames mutageniciteits-test, een test op *Tradescantia* (kleine plantjes) en/of andere geschikte kortdurende tests.
- het meten van de hormoonontregelende activiteit (inclusief xeno-oestrogene activiteit) middels daartoe geschikte in vitro testen, en de ontwikkeling van deze voor zover nodig.

Deze biomonitoring is een aanvulling op de metingen van scheikundige stoffen zoals die op heden gebeuren. Het voordeel ervan is dat ook gezondheidsbedreigende activiteit verbonden aan niet geïdentificeerde of niet als gevaarlijk erkende stoffen kan opgespoord worden, en dat deze tests gezondheidseffecten van milieufactoren op een

geïntegreerde wijze kunnen schatten, met inbegrip van de belangrijke synergistische effecten die kunnen optreden bij blootstelling aan de complexe mengsels van scheikundige stoffen, zoals die in het leefmilieu voorkomen.

4. *Het voorbereiden van een advies over een Vlaams «Environmental Health Action Plan»*

Dit plan zal gebaseerd zijn op een overzicht van de ervaring terzake in het buitenland (studie uit te besteden), en moet rekening houden met de bestaande Vlaamse beleidsplannen (milieubeleidsplan). In het bijzonder moet aandacht worden besteed aan de structurering van de logistieke middelen, de beleidsinstrumenten, nodig voor een effectief beleid inzake milieu en gezondheid. Het Belgische NEHAP heeft aangetoond dat de organisaties die zich bezig houden met de onderbouw van milieu- en gezondheidsbeleid in Vlaanderen sterk gefragmenteerd zijn. Het advies moet ingaan op de vraag hoe men deze verschillende fragmenten kan structureren en aanvullen om tot een volwaardige wetenschappelijke onderbouw te komen.

Samenstelling

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

Werkzaamheden

In 2004 werden binnen de werkgroep twee adviezen voorbereid: (1) een advies inzake afvalstortplaatsen en (2) een advies inzake pesticiden. De definitieve ontwerpadviezen over deze onderwerpen zullen in de loop van 2005 aan de plenaire vergadering worden voorgelegd. Daarnaast was de werkgroep betrokken bij de voorbereiding van het 'Memorandum van de Vlaamse Gezondheidsraad voor de nieuwe Vlaamse Regering' (mei 2004) waarin expliciet aandacht wordt gevraagd voor een inclusief gezondheidsbeleid, met aandacht voor de gezondheidsimpact van andere beleidsdomeinen (o.m. milieu).

Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg: Lijst van externe deskundigen

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

Naam	Opleiding/discipline	Organisatie	Functie
Prof. dr. Jozef PEUSKENS	Dokter in de Genees-, Heel-, en Verloskunde (specialisatie psychiatrie, revalidatiegeneeskunde) Doctor in de Medische Wetenschappen	• UC St Jozef Kortenberg • K.U.Leuven	Algemeen en medisch directeur Hoogleraar (deeltijds)
Dhr. Stefaan VAN ROEY	Licentiaat in de Rechten Baccalaureaat in de Wijsbegeerte Gediplomeerde in de Aanvullende Studiën Toegepaste Ethiek	• Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen	Stafmedewerker

Werkgroep Gezondheid en Milieu: Lijst van externe deskundigen

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

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

g) Ondersteuning

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

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

E-mail: *vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be*
Tel.: 02-553 35 35
Fax: 02-553 34 70

Coördinatie: Ria Vandenreyt

Secretariaat: Regine Bouilliaert

Inhoudelijke ondersteuning: Machteld Wauters en Tom Meulenbergs

2. ACTIVITEITEN 2004

a) Overzicht vergaderingen

In 2004 vonden er 25 vergaderingen plaats: 5 plenaire vergaderingen, 4 bureauvergaderingen (waarvan 1 via teleconferentie), 2 vergaderingen van de Preventieve Kamer, 11 vergaderingen van de permanente werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en 3 vergaderingen van de permanente werkgroep Gezondheid en Milieu (G&M).

Datum	Type	Inhoud
15-01-2004	WG GGZ	planning 2004
19-01-2004	WG G&M	installatievergadering, voorbereiding memorandum
20-01-2004	Preventieve Kamer	rookstop in Vlaanderen
20-01-2004	Plenaire	
28-01-2004	WG GGZ	GGZ aan personen met een handicap
17-02-2004	Bureau	
11-03-2004	WG GGZ	GGZ aan personen met een handicap
16-03-2004	Plenaire	
08-04-2004	WG GGZ	voorbereiding memorandum
20-04-2004	Plenaire	
03-05-2004	WG G&M	pesticiden; afvalstortplaatsen
03-05-2004	Bureau	
13-05-2004	WG GGZ	presentatie 'gerechtelijke GGZ in Vlaanderen'
23-06-2004	WG GGZ	gerechtelijke GGZ; psychiatrische thuiszorg
02-09-2004	Bureau	
09-09-2004	WG GGZ	gerechtelijke GGZ; psychiatrische thuiszorg
30-09-2004	WG GGZ	psychiatrische thuiszorg
14-10-2004	WG GGZ	gerechtelijke GGZ; psychiatrische thuiszorg
19-10-2004	Plenaire	
28-10-2004	WG G&M	pesticiden; afvalstorten
09-11-2004	WG GGZ	gerechtelijke GGZ; psychiatrische thuiszorg
16-11-2004	Preventieve Kamer	tabaksbeleid
30-11-2004	Bureau	
08-12-2004	WG GGZ	psychiatrische thuiszorg
21-12-2004	Plenaire	

b) Gefinaliseerde adviezen

In 2004 werkte de Vlaamse Gezondheidsraad 5 adviezen af: 2 adviezen op vraag en 3 adviezen op eigen initiatief.

De adviesvragen handelden over het ontwerp van decreet houdende instemming met de kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake de bestrijding van het

tabaksgebruik opgemaakt in Genève op 21 mei 2003 en over 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). De 2 adviesvragen werden respectievelijk gesteld door de administratie Gezondheidszorg en door Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen mevrouw Adelheid Byttebier.

De adviezen op eigen initiatief handelden over geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap en over de gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Daarnaast richtte de Vlaamse Gezondheidsraad zich in een memorandum aan de toekomstige Vlaamse Regering. Bedoeling was om bij de nieuwe Vlaamse bewindspersonen de aandacht te vestigen op een aantal belangrijke thema’s voor het toekomstige Vlaamse gezondheidsbeleid.

Hieronder vindt u de uitgebrachte adviezen. De volledige adviesteksten kunnen op het VGR-secretariaat worden aangevraagd en zijn ook te raadplegen op de website van de Vlaamse Gezondheidsraad: www.wvc.vlaanderen.be/vgr.

2.1. ADVIES INZAKE ROOKSTOP IN VLAANDEREN

I. BELEIDSADVIES

A. Beleidskader

De Vlaamse Gezondheidsraad kreeg in december 2003 een vraag om advies inzake rookstop in Vlaanderen vanwege Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, mevrouw Adelheid Byttebier.

Aanleiding tot deze vraag was 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) en dat de basis vormt voor dit advies.

Aangezien de noden inzake rookbeleid in de Vlaamse Gemeenschap ruimer zijn dan wat in het dossier beschreven is, koos de Vlaamse Gezondheidsraad er echter voor om zijn advies over rookstop in Vlaanderen uit te breiden tot een advies over een rookbeleid, waarbij de bespreking van het dossier van de VRGT (in deel II) wordt aangevuld met een aantal meer algemene beschouwingen.

B. Methode

De adviesvraag werd voorgelegd aan de preventieve kamer, die hierover vergaderde op 20 januari 2004. Een eerste ontwerptekst werd overgemaakt aan alle VGR-leden en besproken op het bureau op 17 februari 2004. Een herwerkte versie werd rondgestuurd op 25 februari. Het uiteindelijke advies werd goedgekeurd door de plenaire vergadering van 16 maart.

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

C. Advies

- Een inclusief rookbeleid dient 3 pijlers te omvatten:

- Preventie van starten met roken
- Ondersteuning van stoppen met roken
- Verhinderen van passief roken

Totnogtoe ging de aandacht van de Vlaamse overheid in het kader van het preventiebeleid (eerste gezondheidsdoelstelling) voornamelijk naar het eerste aspect, waarbij de focus lag op *preventie van roken bij jongeren*.

Verhinderen van *passief roken* staat de jongste tijd ook in de aandacht door een aantal maatregelen die recent door de federale overheid werden genomen, ondermeer het rookvrij maken van de treinen en een aanpassing van de regelgeving met betrekking tot een rookvrije werkplek.

Momenteel is er in Vlaanderen nog geen gecoördineerd *rookstopbeleid*, al bestaan er wel een aantal initiatieven van organisaties die bezig zijn met gezondheidspromotie (bv. VIG, VRGT, mutualiteiten, universiteiten,...).

- Deze pijlers zijn alledrie even belangrijk, wat niet wegneemt dat prioriteiten in het beleid kunnen gesteld worden in functie van de doeltreffendheid en doelmatigheid van verschillende mogelijke acties. Er kan echter niet zomaar sprake zijn van een herverdeling van de huidige middelen, waarbij een deel van het budget dat nu voorzien is voor primaire preventie naar rookstopprogramma's zou gaan. Idealiter moeten extra middelen worden uitgetrokken, bijvoorbeeld via een tabaksfonds, waarbij de inkomsten uit taksen op roken worden aangewend voor rookstopprogramma's. Deze extra middelen moeten ook pas aangewend worden wanneer hun besteding doelmatig is. Uit de literatuur blijkt inderdaad dat het investeren in rookstopprogramma's kosteneffectief is.
- Rookstop is een belangrijke component van een rookbeleid, dat in belangrijke mate kan bijdragen tot een daling in het aantal rokers.¹ De noodzaak voor een rookstopbeleid volgt uit de epidemiologische gegevens: als een deel van de volwassenen die momenteel rookt niet stopt met roken, zal er de volgende decennia een verdere stijging zijn in het aantal doden tengevolge van tabak, zelfs indien het aantal jongeren dat begint te roken daalt.² Het nut van rookstop is aangetoond: 90% van de morbiditeit tengevolge van tabaksgebruik (kanker, hart- en vaatziekten, longaandoeningen,...) kan worden vermeden door te stoppen met roken voor de leeftijd van 30 jaar, en zelfs stoppen met roken op latere leeftijd (50-60 jaar) vermindert het risico op longkanker nog aanzienlijk.³ De vorig jaar door de Wereldgezondheidsorganisatie aangenomen en ook door de Vlaamse Regering goedgekeurde 'Framework Convention on Tobacco Control' vermeldt dan ook, naast tal van andere maatregelen, expliciet de verplichting om richtlijnen voor rookstop te ontwikkelen en rookstopprogramma's te implementeren (artikel 14).
- Ideaal zouden rookstopprogramma's een groot aantal rokers moeten bereiken, effectief zijn in het realiseren van rookstop op lange termijn, en bij voorkeur dit ook nog realiseren aan een redelijke kostprijs.⁴ Voorrang moet worden gegeven aan die interventies waarvoor evidentie is voor de *effectiviteit* ervan.² Een prioritisering van de beschreven acties is

momenteel echter moeilijk, aangezien er momenteel onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de *efficiëntie* (= kosteneffectiviteit) van de voorgestelde interventies. Een combinatie van verschillende methoden lijkt het meest effectief. In andere landen zijn reeds verschillende onderzoeken naar effectiviteit en kosteneffectiviteit van rookpreventie en rookstopprogramma's uitgevoerd.⁵ De resultaten hiervan zijn niet steeds toepasbaar op de Vlaamse context.² Er moet worden nagegaan in welke mate dit het geval is. Aanvullend onderzoek in Vlaanderen is dan ook aanbevolen. Dit gebrek aan wetenschappelijke evidentie mag anderzijds geen excuus zijn om voorlopig niets te doen. We verwijzen naar de conclusie van het U.S. Surgeon General report 2000: "*Although our knowledge about tobacco control remains imperfect, we know more than enough to act now.*"⁵

- Het bestaan van rookstopprogramma's op zich is onvoldoende om rokers te doen stoppen: dit moet gekaderd zijn in een algemeen rookstopbeleid, waardoor rokers eerst worden aangezet om te stoppen met roken, met ondermeer een hogere prijszetting door middel van taxatiebeleid, reclameverbod, rookverbod op openbare plaatsen en publieksinformatiecampagnes.² Aangezien een aantal hiervan tot de federale bevoegdheid behoren, is er in België nood aan een algemeen plan dat beantwoordt aan de vereisten van de WHO tabaksconventie, met afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus. De reeds bestaande initiatieven moeten geïnventariseerd worden en de noden geïdentificeerd. De overheid moet in samenspraak met specialisten terzake een algemene strategie uitwerken en hiervoor voldoende financiering voorzien.⁶
- De Vlaamse Gezondheidsraad beveelt aan om in eerste instantie te werken via doelgroepen en settings zoals bedrijven, scholen, ziekenhuizen, omdat men zo rookstopprogramma's kan kaderen in een globaal rookbeleid en meer kosteneffectief kan werken^{4,5}. Voldoende aandacht moet ook worden geschonken aan specifieke doelgroepen zoals jongeren (via scholen...) en zwangere vrouwen en jonge moeders (ondermeer via Kind & Gezin, gynaecologen,...).⁷
- De keuze van welke gezondheidswerkers aan rookstopbegeleiding moeten doen moet in de eerste plaats worden bepaald door de mate waarin zij in contact komen met rokers en door hun specifieke vorming, eerder dan hun discipline (artsen, verpleegkundigen, psychologen,...).⁶ De vorming van rookstopconsulenten die overal kunnen worden ingezet is een noodzaak voor de implementatie van de voorgestelde rookstopprogramma's.
- In het huidige dossier wordt zeer sterk gefocust op de activiteiten van de VRGT met betrekking tot rookstop en antirookbeleid. Er zijn in Vlaanderen echter ook nog andere organisaties die op dit vlak actief zijn. Op basis van dit dossier is het voor de Vlaamse Gezondheidsraad echter niet mogelijk om een vergelijking te maken tussen de aangeboden programma's.

II. Bespreking dossier VRGT

A. Inleiding

Zoals in de inleiding van het VRGT-dossier wordt gesteld, begint een verontrustend hoog percentage jongeren met roken. 20 tot 30% van de jongeren van 15 tot 18 jaar rookt.

Aangezien de grote meerderheid (ongeveer 90%) van de rokers begint met roken voor de leeftijd van 18 jaar, is het zeer belangrijk om primaire preventie voornamelijk op deze leeftijdsgroep te richten.⁷ Niet voor niets luidt de eerste gezondheidsdoelstelling in het Vlaams gezondheidsbeleid *‘Een daling van het aantal rokers realiseren met 10 %, specifiek bij jongeren’* en gebeurden er in dit kader de voorbije jaren heel wat preventieve acties. De stijging in dagelijkse rokers die de voorbije decennia werd gezien bij jongeren, lijkt sinds 1998 gestopt.⁸ De Vlaamse Gezondheidsraad meent dan ook dat deze inspanningen voor primaire rookpreventie niet kunnen worden onderschat, en de volgende jaren moeten worden geïntensifieerd en voortgezet.

Aanvullend kan een rookstopbeleid ook bijdragen tot een daling van het aantal rokers.¹ Roken is immers een verslaving, en heel wat rokers trachten ook, meermaals zelfs, te stoppen met roken, maar slagen daar dikwijls niet in.⁶ Met externe hulp kunnen zij dit mogelijk wel op langere termijn realiseren.

B. Omvang van het probleem

De verwoording ‘Bovendien is het risico voor longkanker ook grotendeels afgezwakt na deze leeftijd’ (p.3, par.3) is enigszins ongelukkig geformuleerd, als men weet dat longkanker in Vlaanderen de belangrijkste doodsoorzaak is voor mannen in de leeftijdscategorie van 50 tot 70 jaar. Wellicht wordt hier bedoeld ‘Het risico op het ontwikkelen van longkanker neemt af als men pas na deze leeftijd start met roken’ of ‘...als men voor deze leeftijd stopt met roken’.

C. Praktische rookstopbegeleiding

Of een roker er in slaagt om te stoppen met roken of niet hangt af van enerzijds zijn motivatie om te stoppen met roken, anderzijds zijn graad van nicotine-afhankelijkheid.⁹ Met beide factoren moet rekening worden gehouden in de begeleiding.

De keuze voor het soort behandeling beïnvloedt zowel de kostprijs als het resultaat: minimale interventie is goedkoop maar zal op langere termijn een beperkt resultaat heeft, combinatie met gedragstherapie verbetert het resultaat maar is arbeidsintensiever, terwijl farmacologische behandeling in combinatie met gedragsverandering duurder is maar ook een beter resultaat op lange termijn geeft (20-25% rookstop na 1 jaar).^{5,10}

D. Kosteneffectiviteit van rookstop

Buitenlandse studies, ondermeer in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, tonen aan dat rookstopprogramma's tot de meest kosteneffectieve interventies behoren.^{2,5,11-14} Het is echter moeilijk om deze resultaten te extrapoleren naar de Vlaamse situatie, ondermeer omwille van verschillen zowel in doelmatigheid als in kostprijs,² en gegevens terzake voor België zijn niet beschikbaar, met uitzondering van verplichte studies voor terugbetalingsdossiers van geneesmiddelen, maar de inhoud van deze dossiers is vertrouwelijke informatie bij het RIZIV. Aanvullend onderzoek in Vlaanderen is aanbevolen.

Taxatie is het meest kosteneffectief; de combinatie van taxatie met wetgevende maatregelen en informatie is nog steeds betaalbaar en kosteneffectief; daar waar nicotinesubstitutie weliswaar de kost gevoelig verhoogt maar ook de effectiviteit verbetert, in die mate dat de extra kost verantwoord is op grond van kosteneffectiviteit.^{2,5}

E. Rookstop in specifieke settings

Een setting-approach lijkt aanbevelenswaardig: er kan efficiënter (inzake inzet van middelen en mensen) en kosteneffectiever worden gewerkt door het samenbrengen van competenties, en men kan zich ook naar specifieke doelgroepen richten.^{5,6}

1. ROOKSTOPBEGELEIDING IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Gezien de positie van de huisarts als vertrouwenspersoon en de lage drempel voor consultatie, lijkt de huisarts de aangewezen persoon om patiënten te motiveren tot een gedragsverandering. De huisarts zou bij elke gelegenheid het rookgedrag van de patiënt moeten evalueren en rookstop adviseren.⁶ Hij kan gebruik maken van de ontvankelijkheid van de patiënt, door dit ter sprake te brengen als deze een aan het roken gerelateerde klacht heeft, bv. luchtweginfecties, of op speciale momenten in het leven, zoals zwangerschap.⁷

Een specifieke (praktische) vorming voor rookstopbegeleiding in de beroepsopleiding is nodig. Vorming inzake stoppen met roken moet routine worden op de eerste lijn (advies en minimale begeleiding) en deel uitmaken van het curriculum voor toekomstige professionals en tijdens navormingen voor professionals.^{6,10} Om dit te realiseren moeten er minimale kwaliteitscriteria voor vorming uitgewerkt worden, en dient voorzien in accreditering. Dit laatste moet vanuit het Vlaamse niveau voorgesteld worden aan federaal.

Aangezien een dergelijke begeleiding arbeidsintensief is en veel tijd vereist, moet hier een redelijke vergoeding tegenover staan. Meer algemeen zou het voorzien van een honorering voor preventieve acten door de huisarts aangewezen zijn.

Het voorstel van de VRGT om enkele huisartsen zich te laten 'specialiseren' tot rookstopspecialisten lijkt ons niet realistisch: dit vergroot opnieuw de afstand tussen patiënt en hulpverlener.

2. ROOKSTOPBEGELEIDING IN HET ZIEKENHUIS

De ziekenhuissetting lijkt ons vooral geschikt om bepaalde doelgroepen te bereiken, met name patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van co-morbiditeit tengevolge van het roken (bv. diabetespatiënten) en patiënten die door de omstandigheden extra gemotiveerd zijn om te stoppen (bv. hartpatiënten,¹⁵ zwangere vrouwen en ouders van jonge kinderen^{7,16}). Bovendien zijn dit patiënten die regelmatig in het ziekenhuis terugkomen en waar een opvolgingscontact dus makkelijker realiseerbaar is.

De voorkeur wordt gegeven aan de term 'rookstopconsulent' i.p.v. rookstopverpleegkundige. Een adequate specifieke vorming en toegankelijkheid tot de patiënt is belangrijker dan de professionele discipline.⁶ Daarnaast mag de interventie niet beperkt worden tot deze rookstopconsulent. Alle hospitaalmedewerkers kunnen worden ingeschakeld: artsen zouden bij elke patiënt moeten informeren naar de rookstatus, verpleegkundigen kunnen de opgenomen patiënt informeren omtrent het rookbeleid in het ziekenhuis en de mogelijkheden voor rookstop, en hem tijdens de opname hierin ondersteunen.¹⁷

Zoals in het dossier al wordt aangegeven, moet rookstop hier zeker deel uitmaken van een algemeen rookbeleid, met ondermeer het rookvrij maken van ziekenhuizen, maar ook het stimuleren van werknemers om te stoppen met roken. Zo zijn de verpleegkundigen zelf,

maar ook artsen en andere paramedici, een belangrijke specifieke doelgroep voor rookstop.¹⁷

De omkadering voor dergelijke rookstopprogramma's moet worden gefinancierd uit externe middelen die beschikbaar worden gesteld voor preventieve activiteiten, bijvoorbeeld uit het tabaksfonds (zie algemene beschouwingen).

3. EENHEDEN VOOR GESPECIALISEERDE INTENSIEVE ROOKSTOPBEGELEIDING

Momenteel zijn er 4 dergelijke eenheden in Vlaanderen, gelokaliseerd in de universitaire ziekenhuizen. De drempel hiervoor is echter hoog waardoor de doelgroep beperkt is. Het uitbreiden van deze eenheden tot een aantal grote regionale ziekenhuizen kan deze drempel al gedeeltelijk verlagen.

Daarnaast lijkt mogelijk een taak weggelegd voor de LOGO's, die meer verspreid zijn. Zij hebben medisch en paramedisch personeel die reeds een preventieve taak hebben in de uitvoering van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en die zich mogelijk zouden kunnen bijscholen tot rookstopconsulent. Vanzelfsprekend zal het ook hier nodig zijn hiervoor extra middelen te voorzien.

4. ROOKSTOPADVIES IN APOTHEKEN

Rokers die willen stoppen kunnen in de apotheek een nicotinesubstituut kopen. Aangezien ze zich op dat moment in de contemplatie- of preparatiefase bevinden en dus zeer ontvankelijk zijn voor advies, kan hierop worden ingespeeld. De apotheker kan door zijn advies een doorslaggevende rol spelen in de uiteindelijke beslissing om te stoppen met roken.¹⁸ Ideaal zou hij dan moeten kunnen doorverwijzen naar een verdere begeleiding door de huisarts of een rookstopconsulent, bijvoorbeeld in de hoger vermelde gespecialiseerde eenheden, zodat door een verdere begeleiding de slaagkans wordt verhoogd.

5. ROOKSTOPBEGELEIDING IN BEDRIJVEN

Ook hier is het belangrijk dat rookstop wordt aangeboden in het kader van een algemeen tabaksbeleid. De combinatie met een rookverbod op de werkplaats kan mensen stimuleren om te stoppen met roken en ondersteunen tijdens het stoppen, aangezien ze tijdens hun dagtaak niet kunnen roken.² Bovendien kan men op deze manier een grote groep tegelijk bereiken, en kunnen collega's elkaar steunen als ze tezamen stoppen.

De Vlaamse overheid zou hier zelf het goede voorbeeld kunnen geven met een integraal rookbeleid in zijn eigen gebouwen, gecombineerd met de mogelijkheid voor rookstop voor zijn werknemers. De stad Brussel heeft recent een dergelijk initiatief genomen, na een enquête onder het personeel waaruit bleek dat de helft van de rokers wilde stoppen met roken.¹⁹

6. ROOKSTOPBEGELEIDING IN SCHOLEN

Een andere setting waar een rookstopprogramma perfect kan worden gekaderd in een algemeen rookbeleid is de school. Gekoppeld aan rookpreventieprogramma's en een rookverbod op school kunnen via deze weg alle jongeren op verschillende manieren worden bereikt.⁵

Uit onderzoek blijkt dat jongeren reeds wensen te stoppen met roken, en velen doen dan ook al tijdens de adolescentie verscheidene pogingen om te stoppen.⁷ In scholen waar rookstopacties worden georganiseerd is de participatie dan ook hoog. Anderzijds is er weinig onderzoek naar de effectiviteit van rookstop bij jongeren via de scholen, en is het ook bekend dat een eerste rookstop poging zelden succesvol is.² Rookstopinitiatieven op school moeten dan ook gezien worden in het kader van het Stages of Change model dat aangeeft dat opschuiven in de fasen van gedragsverandering reeds een succes is en dat men vaak meerdere pogingen moet ondernemen om rookstop succesvol te maken.^{2,7} Initiatieven op school zijn vaak de aanleiding voor een eerste poging tot rookstop. De Vlaamse Gezondheidsraad adviseert in deze om rookstopinitiatieven bij jongeren verder te evalueren.

III. Algemene beschouwingen

- Rookstopprogramma's moeten steeds kaderen in een algemeen rookbeleid. Een inclusief rookbeleid dient drie pijlers te omvatten: zowel primaire preventie van starten met roken als ondersteuning van stoppen met roken en verhinderen van passief roken. Er is in België nood aan een algemeen plan met deze 3 aspecten dat beantwoordt aan de vereisten van de WHO tabaksconventie, en waarin rekening wordt gehouden met de bevoegdheden van de verschillende beleidsniveaus. Een dergelijk plan kan zorgen voor meer afstemming van de verschillende bestaande initiatieven. Voor het uitwerken hiervan kan men zich baseren op de richtlijnen geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie.²
- Een effectief rookstopbeleid moet bestaan uit een combinatie van enerzijds initiatieven op populatieniveau, die de roker moeten aanzetten tot stoppen met roken, en anderzijds een individuele aanpak die hem moet helpen dit te verwezenlijken.^{2,5} Zo'n multifacetenbeleid bestaat uit een combinatie van gemeenschapsinterventies, media-aanpak, wetgevende initiatieven en evaluatie.
- Voor de realisatie van een dergelijk rookstopbeleid zullen extra middelen moeten worden uitgetrokken. Een mogelijkheid om dit te financieren is via een tabaksfonds, waarbij de inkomsten uit taksen op roken worden aangewend voor rookstopprogramma's. De Vlaamse Gezondheidsraad roept de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid op om te ijveren voor de realisatie van een dergelijk fonds.
- De federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid presenteerde in januari 2004 een 'federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik'.²⁰ Eén van de zeven hierin vervatte maatregelen is 'hulp bij tabaksontwenning'. In dit kader wordt naast de opleiding van artsen hiervoor, ook de terugbetaling van efficiënte ontwenningsmethodes door het RIZIV, met inkomsten uit verhoogde taksen op tabak, voorgesteld. Ook de Waalse minister van Sociale Zaken wil gratis nicotinesubstitutie therapie ter beschikking stellen van sociaal zwakkeren,²¹ een groep met in verhouding meer (zwarte) rokers en die traditioneel moeilijker bereikbaar zijn voor gezondheidsinterventies.⁷ De Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid zou de plannen van de federale minister terzake moeten ondersteunen, en nagaan hoe dit concreet verder kan worden uitgewerkt.

- Er is meer onderzoek nodig naar doeltreffendheid en doelmatigheid van rookstop, zowel bij volwassenen als bij jongeren. Dit mag echter geen excuus zijn om niets te doen.
- Er is nood aan een 'code' voor omgang van de rookstopconsulenten met de farmaceutische industrie en de tabaksindustrie.

IV. Referenties

1. WHO Regional Office for Europe. (2002). *Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe*. Copenhagen, Denmark.
2. WHO Regional Office for Europe. (2003). *WHO European Strategy for smoking cessation policy* (Report EUR/03/5041354). Copenhagen, Denmark.
3. Peto, R., Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E., & Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*, 321, 323-329.
4. Strecher, V.J., & Velicer, W.F. (2001). Tailoring smoking cessation programs to the specific needs and interests of the patient. *BMJ USA*, 1, 434-435.
5. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
6. Raw, M. (1999). Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 318, 182-185.
7. Hublet, A., & Lambert, M. (2000). *Stoppen met roken. Richtlijnen voor intermediairen, effectiviteit van de diverse methoden en gebruik bij doelgroepen*. Leuven – Apeldoorn: VIG – Garant.
8. HBSC-studie. Beschikbaar via website: <http://allserv.ugent.be/~cvereck/hbsc>
9. West, R. (2004). Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*, 328, 338-339.
10. WHO Regional Office for Europe. (2002). *The European report on tobacco control policy* (Report EUR/01/5020906/8). Copenhagen, Denmark.
11. Parrott, S., Godfrey, C., Raw, M., West, R., & McNeill, A. (1998). Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*, 53 (Supl. 5), S1-38.
12. Stapleton, J. *Cost effectiveness of NHS smoking cessation services*. Beschikbaar via website: <http://www.ash.org.uk/html/cessation/ashcost.pdf>
13. World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC: World Bank.
14. World Bank. (2003). *Tobacco control: Cost effective interventions to reduce death and disease caused by tobacco use*. Washington, DC: World Bank.
15. Quist-Paulsen, P., & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*, 327, 1254-1257.
16. Jarvis, M.J. (2003). ABC of smoking cessation: Why people smoke. *BMJ*, 328, 277-279.
17. Schultz, A.S.H. (2003). Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 40, 571-586.
18. Europharm Forum. (1998). *Pharmacists and action on tobacco* (Smoke-free Europe 12). Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
19. Brussel wil stadspersoneel van het roken afhelen. (18 februari 2004). *De Morgen*.
20. Rudy Demotte. Een federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik. Persbericht.
21. Arme Walen krijgen gratis nicotinepleisters. (17 december 2003). *De Morgen*.

2.2. ADVIES INZAKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG AAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

I. Inleiding

Personen met een handicap met bijkomende psychiatrische problemen en/of gedragsstoornissen kunnen door hun dubbele problematiek geconfronteerd worden met specifieke problemen bij de behandeling. De Vlaamse Gezondheidsraad meent dat hieraan aandacht moet worden besteed in het algeheel concept van de geestelijke gezondheidszorg.

Met dit advies wil de Vlaamse Gezondheidsraad de Vlaamse Regering dan ook aansporen om terzake haar verantwoordelijkheden op te nemen, enerzijds wat betreft haar eigen bevoegdheden, anderzijds door samenwerking met de federale overheid waar nodig.

II. Methode

Dit advies werd voorbereid door de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dhr. David Larmuseau (voorzitter), dhr. Jos Lievens, dhr. Philip Marroyen en dhr. Jef Van Holsbeke; en 9 externe experts: dr. Joël Boydens, dhr. Raf De Rycke, mevr. Hilde Dierckx, dhr. Leo Du Laing, mevr. Patricia Lebeer, mevr. Ann Moens, prof. dr. Jozef Peuskens, dhr. Stefaan Van Roey en mevr. Mieke Craeymeersch (in hoorzitting). Dit onderwerp werd besproken op de vergaderingen van 28 januari en 11 maart 2004, op basis van werkteksten van verschillende van de leden van de werkgroep. Een voorstel van advies werd overgemaakt aan de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad ter bespreking op 16 maart 2004 en definitief goedgekeurd op 20 april 2004.

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

III. Advies

A. Uitgangspunten

Alle mensen hebben **recht** op geestelijke gezondheidszorg (c.q. behandeling en ondersteuning). Dit betekent dat mensen met een handicap voor therapeutische behandeling in de sector geestelijke gezondheidszorg terecht moeten kunnen. (inclusief beleid en geïntegreerd zorgaanbod, cfr. V.N.-standaardregels)

Vanuit de **inclusiegedachte** is het evident dat het specifieke zorgaanbod voor personen met een handicap met psychiatrische en / of gedragsstoornissen geïntegreerd is in de bestaande zorgcircuits voor de drie doelgroepen (kinderen en jeugd, volwassenen en personen ouder dan 65 jaar). Daarbinnen kunnen, waar aangewezen in of over deze doelgroepen, specifieke, modulair georganiseerde zorgtrajecten worden aangeboden.¹

¹ Het advies "geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap" goedgekeurd op 13 november 2003 door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen mag beschouwd worden als een concrete deelopdracht van het nieuwe concept van geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg.

Kenmerkend voor de groep van personen met een handicap die behoefte heeft aan GGZ in Vlaanderen is niet zozeer het tekort aan zorgvormen om deze personen op te vangen, te verzorgen te behandelen, te huisvesten, enz. maar eerder het ontbreken van een **geïntegreerd organisatiemodel**.

Daarnaast wordt gepleit voor **bijkomende financiering van gespecialiseerde zorgfuncties en aanvullende modules** die de continuïteit van zorgverlening ondersteunen en een vlotte verbinding tussen de (deel)sectoren met ontsluiting van het zorgaanbod realiseren: outreaching methodieken, individuele trajectbegeleiding, mogelijkheden tot overleg, inzetten van deskundigheden en consult. Om deze zorginhoud operationeel in te kunnen zetten is op het zorgorganisatorische niveau een coördinatieformule noodzakelijk.

B. Vraagstelling

De operationalisering van dit advies is maar mogelijk door een hechte **samenwerking** tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Vooral in het kader van het opstarten van experimenten zijn financiële middelen van het federaal en gemeenschapsniveau onontbeerlijk. Zowel bij de essentiële zorgactoren, bij de partners in de zorg als bij de voorzieningen en diensten buiten de gezondheids- en gehandicaptenzorg die bij de uitbouw van deze samenwerking via de oprichting van zorgcircuits en netwerken moeten worden betrokken, vinden we instanties terug die ressorteren onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Zo behoren de centra geestelijke gezondheidszorg tot de essentiële zorgactoren. Bij de partners in de zorg vinden we onder meer de voorzieningen terug erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap en de centra voor algemeen welzijnswerk.

Ingevolge de interactie tussen de opdracht welzijn en geestelijke gezondheidszorg, willen we in hetgeen volgt, naast enkele algemene kenmerken en uitgangspunten, een aantal **specifieke verwachtingen en opdrachten** formuleren **naar de Vlaamse Gemeenschap**, inzonderheid naar de instanties die onder het toepassingsgebied vallen van de Vlaamse Gezondheidsraad. Specifieke aandacht moet uitgaan naar intermediaire modules waar de betrokken sectoren functioneel samenwerken.

C. Doelgroep

Binnen de doelgroep van personen met een handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen krijgen de volgende drie deelpopulaties hier bijzondere aandacht:

- personen met een verstandelijke handicap
- personen met een auditieve handicap
- personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Deze drie deelpopulaties mogen niet als een limitatieve benadering worden beschouwd. Er zijn nog andere deelpopulaties met eveneens specifieke noden op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Aandacht voor deze drie groepen wordt echter als prioritair ervaren gezien de bijzondere noden: enerzijds hebben deze groepen precies omwille van hun specifieke handicap een grotere kans om psychiatrische problemen te ontwikkelen, anderzijds is er voor de behandeling van deze groepen in de (centra voor) geestelijke gezondheidszorg een specifieke knowhow nodig.

Kenmerkend voor de groep van personen met een handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen zijn:

- Het gaat over personen met een dubbele problematiek: enerzijds de handicap en anderzijds bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen.
- Het meest typerende kenmerk is dat de doelgroep vaak tussen de mazen van het zorgverleningsnet valt.
- De doelgroep laat zich niet vatten in één bepaald zorgaanbod.
- De expertise en beslissingsmacht inzake de doelgroep bevindt zich op het kruispunt van verschillende sectoren: geestelijke gezondheidszorg, welzijn, onderwijs, justitie, arbeid en tewerkstelling, ...
- In de Vlaamse context ontbreekt een geïntegreerd organisatiemodel, eerder dan een tekort aan zorgvormen om deze doelgroep te behandelen, verzorgen of begeleiden.

D. Zorgorganisatorische aspecten

Specifieke punten waarbij rekening dient gehouden in functie van de zorgorganisatie:

- De inbreng van de sector geestelijke gezondheidszorg heeft een complementair en subsidair karakter t.a.v. de inbreng van de andere betrokken sectoren zoals bijvoorbeeld de sector gehandicaptenzorg en de huisartsen.
- Het zorgaanbod voor de doelgroep moet geïntegreerd worden in de te ontwikkelen zorgcircuits voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen.
- Bij het ontwikkelen van specifieke zorgtrajecten voor de doelgroep moet het accent gelegd worden op het valoriseren, versterken en beter (regionaal) afstemmen van de bestaande modules.
- Bijkomende financiële middelen moeten gaan naar zorgvormen die enerzijds de continuïteit van de zorgverlening in de brede zin versterken: outreach, individuele trajectbegeleiding en mogelijkheden tot overleg en anderzijds de huidige leemten in het aanbod (bv. ambulante behandeling voor personen met een handicap) ondervangen.
- Op het raakvlak van de betrokken sectoren (op de eerste plaats geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) dient een gezamenlijke expertise te worden ontwikkeld met het oog op een samenhangend netwerk met een kwantitatief en kwalitatief aanbod van raakvlakexpertise.

E. Opdracht Vlaamse Gemeenschap

1. MOGELIJKHEDEN UITBOUWEN/ TOELATEN TOT WEDERZIJDSE DIENSTVERLENING/ CONSULTFUNCTIE OF LIAISON-/ OUTREACHINGACTIVITEITEN TUSSEN DE SECTOREN TEN BEHOEVE VAN BEDOELDE DOELGROEP

Trajectbegeleiding is noodzakelijk. Via een verbindingsfiguur/functie kan het aanbod worden afgestemd op de noden van de patiënt. Dit moet iemand zijn die een goed zicht heeft op de beschikbare expertise om een optimale keuze te kunnen maken en de coördinatie hiervan te verzekeren.

Zorgverleners van zowel de residentiële als de ambulante sector geestelijke gezondheidszorg kunnen **expertise** in de dagdagelijkse levenssituatie van de persoon met een handicap **inbrengen**. Deze modaliteit kan de volgende twee activiteiten omvatten:

- patiëntgebonden activiteiten in het leefmilieu van de personen met een handicap. Dit kan zowel in de thuissituatie, een instelling of in een voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een handicap zijn. Hiervoor kunnen externe consultants(-teams) worden ingeschakeld voor bv. diagnosestelling, korte interventies, ...
- niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. de zorgverleners van de gehandicaptensector om de deskundigheid en de inzetbaarheid hiervan in beide richtingen te verhogen. Een concrete toepassing zou kunnen zijn dat een gespecialiseerde psycholoog vanuit een centrum geestelijke gezondheidszorg deelneemt aan de teamvergaderingen van een voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap.

2. NOODZAKELIJKE AANVULLENDE MODULES VOOR DE DOELGROEP VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP MET BIJKOMENDE PSYCHIATRISCHE EN/OF GEDRAGSSTOORNISSEN

Gespecialiseerde modules ambulante therapie voor mensen met een verstandelijke handicap

Bij personen met een verstandelijke handicap wordt een verhoogde kwetsbaarheid vastgesteld voor problemen inzake geestelijke gezondheid (1/3). Op basis van prevalentiecijfers schatten we het aantal personen met een verstandelijke handicap die bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen vertonen minimaal op ca. 30.000 personen in Vlaanderen.

De **centra voor geestelijke gezondheidszorg** krijgen hierdoor expliciet de mogelijkheid om **aangepaste ambulante behandelingsmethoden** uit te zoeken en te ontwikkelen voor cliënten met een verstandelijke handicap en geestelijke gezondheidsproblemen. De hoofdopdracht is m.a.w. de uitbouw van een ambulant en gespecialiseerd zorgaanbod voor de bedoelde doelgroep dat zich expliciet en actief open stelt voor mensen met een verstandelijke handicap en geestelijke gezondheidsproblemen en hier een specifieke expertise rond ontwikkelt. Hiertoe worden methodieken ontwikkeld, geassimileerd en geïmplementeerd inzake ambulante behandeling voor mensen met een verstandelijke handicap.

Vanuit deze module kan tevens worden voorzien in een consultfunctie (vanuit een systeembenadering) aan betrokkenen uit de omgeving van de cliënt, hulpverleners in diensten en voorzieningen uit de gehandicaptenzorg en GGZ-voorzieningen teneinde hen te ondersteunen bij de opvang van de cliënt. Dit houdt in, op hun vraag, advies verlenen. De verantwoordelijkheid van het dossier blijft steeds bij de verwijzer (zie 1.1.)

De **omkadering voor de module** ambulante behandeling wordt vastgelegd op **3 VTE per provincie**. Voor heel Vlaanderen betekent dit een kostprijs van 950.000 EUR.²

Momenteel bestaan er reeds dergelijke initiatieven in verschillende provincies, waarvan sommige op tijdelijke basis – ten experimentele titel – worden gefinancierd (bijv. door een provinciebestuur) in afwachting van reguliere financiering door de Vlaamse Gemeenschap.

² In 5 centra 3 x de personeelskost voor 1 VTE universitair barema 1.80 (54.000 EUR) + 15 % werkingsbudget, gezien de hogere werkingskosten bij outreachende methodiek in een vrij groot werkingsgebied.

Gespecialiseerde functies voor mensen met een auditieve handicap

Gegeven het feit dat het over een relatief kleine doelgroep gaat, is er in de ambulante sector geen directe nood aan bijkomende gespecialiseerde modules voor geestelijke gezondheidszorg t.a.v. bedoelde doelgroep.

Daarentegen is het wel noodzakelijk dat er **per provincie in één centrum voor geestelijke gezondheidszorg 1 VTE** zich kan bijscholen en oriënteren op de doelgroep personen met een auditieve handicap.

Kostprijs voor de 5 gespecialiseerde functies binnen de centra geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is 270.000 EUR.³

Geïntegreerd in 1 **voorziening van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap** dient op regionaal niveau minstens **1 sociale dienst per provincie** vlot toegankelijk te zijn en over de nodige competenties te beschikken om de personen met een auditief probleem te kunnen bijstaan. Per sociale dienst dient 1 VTE maatschappelijk werker en 0,4 logistieke ondersteuning te worden voorzien.

Kostprijs voor de 5 gespecialiseerde sociale diensten in Vlaanderen is 300.000 EUR.⁴

3. ADDITIONELE MIDDELEN VOOR DE COÖRDINATIE M.B.T. ZORGCIRCUITS EN NETWERKEN, GEGEVENSVERZAMELING, WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN MONITORING

Zoals reeds eerder geformuleerd, is het niet de bedoeling specifieke zorgcircuits en netwerken te ontwikkelen voor de betrokken doelgroep. Een vraaggestuurd individueel parcours voor elke betrokken cliënt veronderstelt afstemming, coöperatie en een integratieve uitbouw van het zorgaanbod binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg. Een uitbouw zonder afstemming op de ontwikkelingen bij de prioritaire samenwerkingspartner, de gehandicaptenzorg, is dan ook ondenkbaar. Het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap heeft met de oprichting van de SEN (steunpunten expertisenetwerken) hierin een duidelijk signaal in de goede richting gegeven.

De evoluties in de uitbouw van intersectorale provinciale netwerking en coördinatie, aantrekken van externe deskundigen in een flexibel inzetbare consulentenpool, bieden samenwerkingsperspectieven en nodigen uit tot krachtenbundeling. Wanneer nu ook de geestelijke gezondheidszorg erin slaagt bijkomende middelen voor de zorg voor deze doelgroep in te zetten vanuit een subsidiaire ingesteldheid, dan kan een werkzame coöperatie de zorgkwaliteit enkel ten goede komen.

In de context van dit advies willen we tevens herinneren aan het feit dat voor het realiseren van de zorgcircuits en netwerken, de gegevensverzameling, het wetenschappelijk onderzoek en de monitoring, alle overheden hun verantwoordelijkheid moeten opnemen. De benodigde financiële middelen dienen dan ook vanuit deze overheden te worden samengebracht om de financiële verantwoordelijkheid gezamenlijk te dragen. De Vlaamse

³ personeelskost van 1 VTE universitair barema 1.80 in 5 centra = 5 x 54.000 = 270.000 EUR

⁴ In 5 voorzieningen 1 VTE maatschappelijk werker (personeelskost op jaarbasis 44.000 EUR) + 0.4 VTE logistiek medewerker (personeelskost 15.000 EUR): (5 x 44.000 EUR) + (5 x 15.000 EUR) = 295.000 EUR.

Gezondheidsraad roept in het bijzonder de Vlaamse Regering op om in deze haar verantwoordelijkheid te nemen en te zorgen voor voldoende budget.

In het algemeen moet de Vlaamse overheid er op toezien dat personen met een handicap die tegelijk geconfronteerd worden met de problematiek van psychiatrische en/of gedragsstoornissen niet tussen twee stoelen vallen doordat gehandicaptenzorg onder het beleidsdomein welzijn ressorteert en geestelijke gezondheidszorg onder het beleidsdomein gezondheid. Zo verblijft vandaag in Vlaanderen een grote groep (701) mensen met een verstandelijke handicap onterecht en om zuiver historische redenen in psychiatrische verzorgingstehuizen en wacht daar tevergeefs op een volwaardige ten laste neming door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Wij verwijzen hieromtrent naar de recente beslissing van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap om hen in de wachtlijsten de laagste prioriteit te geven, waardoor er voor hen de facto geen enkel perspectief is op aangepaste zorg.

Ook in de recente initiatieven ten aanzien van personen met zogenaamde “niet aangeboren hersenaandoeningen” (N.A.H.), van zowel de Federale overheid (gericht op comapatiënten) als de Vlaamse overheid (Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, gericht op bijvoorbeeld autisme...) dreigen personen met N.A.H. én een psychiatrische problematiek uit het feitelijk blikveld te verdwijnen en dus uit de spreekwoordelijke boot te vallen.

2.3. ADVIES INZAKE DE RATIFICATIE VAN DE KADER-OVEREENKOMST INZAKE TABAKSCONTROLE VAN DE WERELDGEZONDHEIDSORGANISATIE

I. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

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

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

II. METHODE

De adviesvraag werd voorgelegd aan de plenaire vergadering en besproken tijdens de vergadering van 19 oktober 2004. Een eerste ontwerptekst werd overgemaakt aan de leden op 21 oktober 2004. Een aangepaste versie hiervan werd via mail rondgestuurd aan de leden op 27 oktober 2004 en schriftelijk goedgekeurd.

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

III. ADVIES

De Vlaamse Gezondheidsraad erkent het belang van een internationale aanpak van de bestrijding van het tabaksgebruik en ondersteunt dan ook de ratificatie door België van deze overeenkomst.

De Raad wil hierbij wel benadrukken dat enkel ratificatie onvoldoende is en dat de nadruk moet liggen op de opvolging van deze overeenkomst. Al te vaak zien we dat internationale overeenkomsten worden ondertekend en geratificeerd maar verder geen uitvoering kennen. Het Vlaams beleid inzake tabakscontrole zoals dit in de memorie van toelichting onder punt 3 wordt beschreven is een aanzet tot de aanpak van het probleem, maar is onvoldoende om de doelstellingen van de conventie te realiseren. Om de effectieve en snelle implementatie van deze kaderconventie te waarborgen moet een geïntegreerd plan van aanpak worden opgesteld. Hierin moeten minstens volgende elementen worden opgenomen:

- Een verantwoordelijke voor de opvolging moet worden aangeduid. De respectievelijke ministers verantwoordelijk voor Volksgezondheid lijken ons hiervoor het meest aangewezen. Deze zullen enerzijds moeten waken over de uitvoering van initiatieven binnen het eigen bevoegdheidsdomein, maar daarnaast ook instaan voor overleg met andere beleidsdomeinen (bv. onderwijs, werk) en coördinatie met andere beleidsniveaus, om zo te komen tot een geïntegreerde aanpak op alle terreinen en het realiseren van de verschillende bepalingen van de overeenkomst.
- Om deze doelstellingen te realiseren moet een concreet plan worden uitgewerkt hoe de uitvoering hiervan in de praktijk zal gebeuren.
- Er moet een voldoende budget worden voorzien voor de uitvoering. Daarbij moet gewaakt worden over de kosten-effectieve aanwending van dit budget.
- De Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond roken moet hieraan worden aangepast.

De Raad zal op korte termijn hierover een uitgebreider advies met concrete voorstellen bezorgen aan de minister.

2.4. ADVIES OVER DE GERECHTELIJKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN: EEN GLOBAAL CONCEPT

I. INLEIDING

De gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg heeft dringend nood aan een overkoepelende visie. De bevoegdheden inzake gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg zijn zeer verdeeld: enerzijds over de verschillende beleidsniveaus (federaal, gewesten en gemeenschappen),

anderzijds over de verschillende beleidsdomeinen (justitie, welzijn en volksgezondheid). Er is **dringend nood aan een geïntegreerde beleidsvisie**. Er moet een coherent nationaal actieplan komen waarin alle verschillende bevoegdheden op elkaar worden afgestemd. Dit kan het best worden gerealiseerd via een interministerieel beleidskader, waardoor de communicatie tussen de verschillende beleidsniveaus en beleidsdomeinen kan verbeterd worden. De discussie op federaal niveau tot betere uitbouw van de forensische psychiatrie bevindt zich in een stroomversnelling.

De Vlaamse Gezondheidsraad wil met dit advies de **Vlaamse minister** bevoegd voor het gezondheidsbeleid aansporen om **initiatieven terzake** te nemen. Enerzijds gaat het over het aankaarten van het probleem bij en het samenwerken met de minister bevoegd voor justitie, anderzijds gaat het hierbij om het nemen van initiatieven binnen de eigen bevoegdheden. Ook op Vlaams beleidsniveau moeten initiatieven genomen worden met als doelstelling de zorg voor deze doelgroep kwalitatief uit te bouwen. Dit betekent dat ook in dit advies het accent ligt op de Vlaamse bevoegdheden.

De Vlaamse Gezondheidsraad wenst de minister wel te wijzen op de ruime context van het probleem en op de specifieke Vlaamse situatie. Wallonië kent – door een historisch anders ingevulde geestelijke gezondheidszorg – dit probleem in veel mindere mate.¹

II. METHODE

Dit advies werd voorbereid door de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg van de Vlaamse Gezondheidsraad. Deze werkgroep is samengesteld uit 4 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad: dhr. David Larmuseau (voorzitter), dhr. Jos Lievens, dhr. Philip Marroyen en dhr. Jef Van Holsbeke; en 9 externe experts: dr. Joël Boydens, dhr. Raf De Rycke, mevr. Hilde Dierckx, dhr. Leo Du Laing, mevr. Patricia Lebeer, mevr. Ann Moens, prof. dr. Jozef Peuskens, dhr. Stefaan Van Roey en mevr. Mieke Craeymeersch. Dit onderwerp werd besproken op de vergaderingen van 13 mei, 23 juni, 9 september en 14 oktober 2004. Prof. Joris Casselman (gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg, K.U.Leuven) gaf hierover een toelichting op 13 mei 2004.

Een voorstel van advies werd besproken en goedgekeurd in de plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad van 19 oktober 2004.

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

III. ADVIES

A. Verduidelijk begrippen

Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg is een specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het streefdoel is om de forensische hulpverlening zoveel mogelijk te integreren in

¹ In Wallonië worden geïnterneerden voornamelijk opgevangen in de geestelijke gezondheidszorg. Zo beschikt Wallonië over gespecialiseerde instellingen deels erkend als psychiatrisch ziekenhuis, deels als gevangenis of/ en instelling van sociaal verweer in Tournai, Mons en Paive en waarin zowel het federaal ministerie van Justitie, Volksgezondheid als de Franse Gemeenschap en het Waalse Gewest investeren. Meer gegevens hierover zijn te vinden in antwoorden van minister Onkelinx op parlementaire vragen in het federaal parlement (dd. 22/01/04 plenaire zitting, en dd. 26/10/04 in de commissie justitie).

de geestelijke gezondheidszorg en alle zorgopdrachten en zorgmodules die in de geestelijke gezondheidszorg tot een zorgprogramma behoren (en meestal opgenomen worden door psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, Beschut Wonen en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) toegankelijk te maken en te voorzien voor gerechtscliënten met een psychiatrische stoornis.

Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg versus forensische geestelijke gezondheidszorg: sommigen pleiten ervoor om eerder te spreken van gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg vermits dit verwijst naar de geestelijke gezondheidszorg tav de ruime groep van mensen met een gerechtelijk statuut, terwijl de forensische geestelijke gezondheidszorg zich eigenlijk beperkt tot diegenen met een statuut in het kader van de strafrechtsbedeling.

Forensische (of beter gezegd gerechtelijke) psychiatrische patiënten omvatten een omvangrijke groep van patiënten zoals patiënten met een gerechtelijk statuut (vrijheid onder voorwaarden, voorwaardelijke invrijheidstelling, enz), gedetineerden met een psychiatrische stoornis, alsook de groep van de geïnterneerden. Ofschoon een grote groep van de geïnterneerden doorgaans verblijft in de gevangenissen of in instellingen van “Sociaal Verweer,” is het statuut van geïnterneerde geen strafmaatregel doch wel een beveiligingsmaatregel die door de rechter expliciet gekoppeld wordt aan een behandelingsopdracht. In de realisatie van deze opdracht tot behandeling, verzorging en begeleiding van de geïnterneerden schiet de Belgische staat schromelijk tekort. Zo werd eind 2003 in het rapport van het Internationaal Observatorium van de Gevangenissen een schrijnend beeld opgehangen van de feitelijke opvang van de geïnterneerden in België. De afgelopen maanden is over deze mensonterende situaties, door de commissie voor toezicht op het respect van de “Rechten van de Mens”, een scherpe veroordeling uitgesproken. De uitbouw van een adequate hulpverlening voor de geïnterneerden dient dan ook door alle betrokken overheden (inclusief de Vlaamse overheid) als prioritair te worden beschouwd.

B. Visie en uitgangspunten

- a. **Preventie** – als Vlaamse bevoegdheid – moet meer aandacht krijgen. Specifieke preventie (deskundigheidsbevordering binnen geestelijke gezondheidszorg – link tussen criminaliteit en psychiatrische problematiek) en algemene preventie (met alle partners en geïntegreerd).
- b. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is nood aan **kennisverwerving** over de link tussen de geestelijke gezondheidszorg en criminaliteit (verband tussen misdrijven en risicotaxatie). De aanwezige kennis binnen de geestelijke gezondheidszorg moet worden geconsolideerd en uitgebreid.
- c. De basisprincipes inzake beschikbaarheid, inhoud en modaliteiten van de gerechtelijke **geestelijke gezondheidszorg** verschillen niet van de geestelijke gezondheidszorg die geleverd wordt aan andere patiënten. Het belang van een multidisciplinaire benadering dient hierbij benadrukt te worden. De geestelijke gezondheidszorg voor forensisch-psychiatrische patiënten wordt dan ook best opgenomen door de actoren van de Geestelijke Gezondheidszorg en dient bij voorkeur **uitgebouwd in GGZ-voorzieningen**. Een penitentiaire setting vormt alleszins geen optimaal kader voor het verlenen van geestelijke gezondheidszorg.

- d. Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen een kader met het oog op het aanbieden van een aanvaardbare levenskwaliteit (een **begeleidingsfunctie**,² care) en een **behandelingskader**³ (cure). In het zorgaanbod dient zowel de behandelings-, verzorgings-, begeleidings-, als consultfunctie voorzien te worden
- e. Voorzieningen die een zorgaanbod uitbouwen voor deze doelgroep dienen te beschikken over een **voldoende schaalgrootte en aangepast kader**. Samen met de ontwikkeling van expertise en draagkracht en de nood aan deskundigheidsvorming van de behandelteams is het dus aangewezen om **versnippering te vermijden** en een voldoende (behandel)capaciteit per voorziening te waarborgen. Anderzijds moet ook rekening worden gehouden met de geografische spreiding om de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te kunnen garanderen.
- f. De gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg is er op gericht voor alle betrokkenen een zo normaal mogelijke levenssituatie en -perspectief in acht te nemen rekening houdend met de maatschappelijke bekommernissen omtrent veiligheid en bescherming van de integriteit van personen. De gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich door, **naast de zorg voor de patiënt, ook** de mogelijkheid tot een **beveilgende opdracht** op te nemen. Een materieel of relationeel structurerend kader en risicotaxatie vormen hierbij belangrijke elementen.
- g. Voorafgaand aan een beslissing omtrent een gerechtelijk statuut (of een doorverwijzing naar een instelling) dient er een grondig psychiatrisch **deskundigheidsonderzoek** doorgevoerd te worden: hetzij bij de individuele psychiater, hetzij interdisciplinair (ook ambulant), hetzij met klinische observatie (intramuraal).

Er moet een duidelijke scheiding zijn tussen de beslissing omtrent diagnosestelling in het kader van een gerechtelijk statuut enerzijds en de behandeling anderzijds. Wanneer het deskundigheidsonderzoek gebeurt binnen de geestelijke gezondheidszorg dienen er waarborgen omtrent de onafhankelijke opvolging van dossiers te worden ingebouwd. Deskundigheidsonderzoek en behandeling dienen gescheiden van mekaar georganiseerd.
- h. Voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg dienen door een justitiële instantie **betrokken te worden in de doorverwijzing** van patiënten naar een voorziening, zowel voor een expertise voorafgaand aan de behandeling door een rechtbank, als na de uitspraak van een rechtbank. Dit om de meest aangewezen behandelingsmogelijkheden te kunnen toewijzen aan de betrokkenen.
- i. Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg is vaak **langdurige zorg**. Er blijft steeds een **justitiële instantie verantwoordelijk** voor de patiënt. De zorgcoördinatie behoort tot de opdrachten van de GGZ-actoren.

Doorverwijzingen tussen verschillende types voorzieningen zijn mogelijk op initiatief van de patiënt, de bevoegde justitiële instantie of de betrokken voorziening. Een naadloze overgang tussen diverse zorgvormen is hierbij zeer belangrijk.

² Diverse hulpverleners uit andere sectoren nemen nu reeds de **begeleidingsfunctie** op zich: Justitiehuisen, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, voorzieningen uit de gehandicaptenzorg, jeugdrechtshulpverleners, MPI's,...). Binnen de geestelijke gezondheidszorg kan hier gedacht worden aan bestaande types voorzieningen nl. psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen of een opvolging via een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Toekomstgericht zou hier zelfs kunnen verwezen worden naar specifieke vormen van thuiszorg.

³ Wat de **behandelingsfunctie** betreft, is een taak weggelegd voor de geestelijke gezondheidszorg. Op dit ogenblik nemen centra voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen en instellingen met een RIZIV-conventie hier reeds een taak op.

- j. Gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg wordt aangeboden **binnen het kader van een specifieke zorgtraject** die alle behandelbehoeften van die doelgroep opneemt in een bepaald werkingsgebied **en gerealiseerd wordt door GGZ-zorgaanbieders in het kader van een GGZ-netwerk** en dit in samenwerking met zorgaanbieders uit belendende sectoren.

Eventuele problematische casussen dienen in onderling overleg opgelost worden. De wijze van invulling van de daartoe te sluiten afspraken over een zorgplicht dient geconcretiseerd te worden.

- k. Binnen een behandelingskader kan gewerkt worden met een **tijdsperspectief**. Dit gebeurt dan bij voorkeur **op basis van wetenschappelijk verantwoorde maatstaven**. Binnen de begeleidingsfunctie is het werken met een tijdsperspectief, gezien de aard van de functie, veel minder het geval. Een en ander doet uiteraard geen afbreuk aan de bevoegdheid van de betrokken justitiële instantie om wijzigingen aan te brengen aan het gerechtelijk statuut.

C. Context en globaal kader op Vlaams niveau

In het verleden heeft de Vlaamse Gemeenschap, samen met Justitie, reeds een eerste initiatief genomen om tegemoet te komen aan de noden inzake gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg. Beide overheden sloten een **samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten** waarvan de bepalingen werden gecommuniceerd in een omzendbrief aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg d.d. 10 november 1997. Per provincie werden 1 of maximum 2 centra uitgenodigd om een specialisatie te ontwikkelen inzake de extrapenitentiaire behandeling van daders van seksueel misbruik ten aanzien van minder- en meerderjarigen. Hiertoe werd een totaal budget van 743.681 EUR of 30 miljoen BEF voorzien. Er zijn 8 gespecialiseerde teams opgericht – met een omkadering van 10u. psychiater en 1,5 VTE psycholoog/criminoloog of maatschappelijk werker – die hulp bieden aan volgende subdoelgroepen:

- In eerste instantie worden delinquenten opgevangen die vallen onder de Wet van 13 april 1995, nl. voorwaardelijke invrijheidstelling van veroordeelden en invrijheidstelling van geïnterneerden. Voor deze categorieën is de eindverantwoordelijkheid van de geneesheer-psychiater verbonden aan een CGG noodzakelijk.
- In tweede instantie gaat het over delinquenten die verwezen worden binnen andere wetelijke stelsels, met name voorlopige invrijheidstelling van veroordeelden, probatie, vrijheid onder voorwaarden, bemiddeling in strafzaken. Voor deze categorieën wordt samengewerkt met de gespecialiseerde centra voor algemeen welzijnswerk, bij voorkeur op basis van overleg rond concrete doorverwijzingen, tussen de justitiemedewerker en de contactpersonen van de betrokken begeleidings- en behandelingscentra.
- In derde instantie kan hulp geboden worden aan andere soorten delinquenten.

In 2000 werd het **‘Strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden’** door de Vlaamse Gemeenschap uitgewerkt. Voor het aspect gezondheid werd een ‘task force forensische gezondheidszorg’ opgericht, die een ‘uitgangspuntennota’ uitwerkte. Bedoeling is onder andere dat vanuit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg geestelijke gezondheidszorg wordt aangeboden aan gedetineerden in de gevangenissen. De hulpverlening

vanuit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg is enerzijds algemene tweedelijns hulpverlening en anderzijds specifiek gericht op drughulpverlening. De hulpverlening kan zowel tijdens de detentie als aansluitend op de detentie (nazorg) worden aangeboden. Ook de groep van geïnterneerden wordt hierbij onder de aandacht gebracht.

Daarnaast zijn de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg actief betrokken bij onder andere hulpverlening in het kader van gerechtelijke alternatieve maatregelen, evenals in het kader van intrafamiliaal geweld.

D. Specifieke noden i.v.m zorgaanbod op Vlaams niveau

1. GEÏNTERNEERDEN

Een specifiek probleem waaraan prioritaire aandacht moet worden verleend vormen de geïnterneerden. Deze groep telt naar schatting 1500 tot 1600 personen.⁴ In de jaren '70 werd 2/3 hiervan opgevangen in de gevangenissen, nu is dit nog 1/3. Ofschoon er reeds een positieve evolutie wordt vastgesteld, wil justitie deze groep dringend nog verkleinen.⁵

In Vlaanderen komt hierbij nog de problematiek van de geïnterneerden met een mentale handicap: 1/3 van de geïnterneerden heeft een mentale handicap, en de helft hiervan is geïnterneerd omwille van problemen verbonden aan hun handicap. Van een gepaste oplossing voor deze groep geïnterneerden die onterecht in een onaangepast gevangenisregime verblijven, veelal wegens plaatsgebrek in aangepaste instellingen die ressorteren onder het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, moet dringend werk worden gemaakt.

Het behandelingskader voor gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg dient binnen de geestelijke gezondheidszorg worden uitgebouwd binnen de globale gedachte van: 'waar kan regulier, d.w.z. in de bestaande GGZ-zorgvormen die algemeen toegankelijk zijn, waar moet specifiek, d.w.z. in voor de forensische opdracht specifiek georganiseerde GGZ-zorgvormen, met een aangepaste omkadering en beveiliging'.

De zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten dient gedifferentieerd uitgebouwd op basis van de diversiteit in de behandelnoten van de patiënt (low, medium en high care) én van de maatschappelijke bekommernis omtrent het risico tot recidive (low, medium en high risk) en noodzaak van beveiliging (low, medium en high security).

In functie van de subdoelgroep (bv op basis van veiligheid) zal de aanpak verschillen:

- *Lage veiligheidsgroep (900 tot 1000 personen)*

Momenteel wordt reeds 1/3 van de geïnterneerden opgevangen door de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Op termijn zou dit aantal moeten verhogen tot 2/3 van de geïnterneerden uit de lage veiligheidsgroep. De opvang van low security patiënten dient in principe geïntegreerd in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de reguliere residentiële geestelijke gezondheidszorg. Dit betekent dat deze patiënten kunnen

⁴ Er zijn geen precieze cijfers beschikbaar. Dagprevalentie van de Vlaamse Commissies ter Bescherming van de Maatschappij met als referentiedatum 12 juli 2001: 1435 personen (ref. 1). Dit cijfer is sedertdien toegenomen.

⁵ België is op dit vlak immers een slecht voorbeeld en is hiervoor onder meer door de Raad van Europa (Commissie ter Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling) en recent in het rapport van het Internationaal Repertorium van Gevangenen veroordeeld.

worden opgevangen binnen de zorgvormen en zorginhouden van de reguliere GGZ-zorgtrajecten, waaraan ook patiënten deelnemen die niet behoren tot de doelgroep van de geïnterneerden. Essentieel is wel dat rond deze patiënten een gespecialiseerd multidisciplinair team opgericht wordt waarvan alle leden vertrouwd zijn met het werken met cliënten met een gerechtelijk statuut.

De Vlaamse overheid kan hier zelf initiatieven nemen, ondermeer in het ondersteunen en uitbreiden van de bestaande daderteams van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, in overleg met justitie.

Op het low security niveau is een verdere differentiatie naar doelgroepen noodzakelijk. Hier kan verwezen worden naar een afzonderlijk traject voor patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek en seksuele delinquenten gezien de eigen specifieke therapeutische aanpak en de zeer specifieke relatie met justitiële instanties. Hieronder vallen ook de geïnterneerde mentaal gehandicapten. Deze personen moeten weg uit de gevangenis en kunnen binnen het regulier netwerk van de geestelijke gezondheidszorg (ambulant en residentieel) worden opgevangen indien de capaciteit groot genoeg is.

- *Medium veiligheidsgroep (400-tal)*

Voor deze groep van geïnterneerden zijn specifieke zorgmodules, d.w.z. **afzonderlijke behandelings- of verblijfseenheden**, noodzakelijk. Hier kan ter illustratie verwezen worden naar federale pilootprojecten van zowel de ministers van Justitie als Volksgezondheid inzake forensische eenheden **in de psychiatrische ziekenhuizen** (desgevallend ook ambulant mogelijk). De patiënten van de Medium Veiligheidsgroep kunnen perfect binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg worden opgevangen mits er kwalitatief personeel wordt voorzien en mits er bijkomende maatregelen worden genomen (bv. extra beveiliging door camera's).

Voor het uitbouwen van het globaal zorgtraject is er voor deze groep van geïnterneerden naast de uitbouw van behandelingseenheden binnen de psychiatrische ziekenhuizen ook nood aan zorgschakels gericht op verzorging binnen het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) en ook schakels gericht op begeleiding binnen Beschut Wonen (BeWo) evenals binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Bij de uitbouw van deze zorgtrajecten binnen de GGZ-zorgcircuits en netwerken zal men aandacht moeten besteden aan het wegwerken van stigmatisering en weerstanden binnen de GGZ-voorzieningen.

Binnen de uit te bouwen **zorgtrajecten** dient er minimaal aandacht te zijn voor een specifiek zorgaanbod voor volgende **deelpopulaties** van geïnterneerden: verstandelijk gehandicapten met een psychiatrische problematiek, patiënten met psychotische stoornissen, patiënten met een persoonlijkheidstoornis en de groep van minderjarigen. Basis voor deze opsplitsing zijn de substantiële verschillen in de aanpak van deze doelgroepen. Meerdere doelgroepen kunnen behandeld en/of begeleid worden binnen één voorziening mits een duidelijk onderscheid op het vlak van het concrete zorgtraject voorhanden is.

- *Hoge veiligheidsgroep (200-tal)*

Voor deze in aantal beperkte groep van geïnterneerde patiënten met een hoog veiligheidsrisico moet dringend een degelijke psychiatrische behandeling en opvang worden voorzien binnen **een specifieke categorale gezondheidszorgvoorziening met 'gesloten'**

karakter en met de infrastructuur van een gevangenis. Deze groep is wellicht zeer moeilijk verwijzbaar naar de geestelijke gezondheidszorg, omdat ze én op psychiatrisch vlak én op veiligheidsvlak zeer specifieke maatregelen vereisen, welke momenteel niet samen voorhanden zijn.

De differentiatie in veiligheidsrisico's blijkt werkzaam volgens modellen in het buitenland (o.a. in Canada, Nederland, Verenigd Koninkrijk ...). Op dit ogenblik zijn er voldoende objectieve en klinisch relevante criteria aanwezig voor het geïndiceerd onderbrengen van patiënten in één van deze drie groepen. Een aantal screeningsinstrumenten zijn beschikbaar, het algemeen aanvaardbaar en bruikbaar maken ervan blijft echter een belangrijk werkpunt naar de toekomst voor wetenschappelijk onderzoek.

De Vlaamse Gezondheidsraad vraagt bijzondere aandacht voor de doelgroep kinderen en jongeren. Bij hen ligt de scheiding vrijwillige en niet-vrijwillige hulpverlening nog moeilijker en is de nood aan een integraal en globaal beleid nog groter. In het verleden is te weinig aandacht gegaan naar preventie en naar laagdrempelige hulpverlening; een belangrijke schakel in het circuit vormt de forensische kinderpsychiatrie.

2. GEDETINEERDEN

Het moge duidelijk zijn dat de groep gedetineerden momenteel min of meer verstoken blijft van geestelijke gezondheidszorg. Het aantal gerechtscliënten neemt toe en de gevangenen tellen 10 à 20% cliënten met ernstige psychische problemen. Momenteel bestaat er zowel op federaal als op Vlaams niveau een mozaïek aan deelinitiatieven. Er is nood aan een globaal en geïntegreerd beleid. De Raad wijst er echter op dat in het kader van het protocolakkoord voor hulpverlening aan gedetineerden er geen middelen zijn voorzien voor gezondheidszorg.

Bij het herdenken van de opdracht en de uitbouw van de gezondheidszorgen in het algemeen en in het bijzonder van de geestelijke gezondheidszorg binnen de gevangenen, (nu aangeboden door Justitie in de zogenaamde annexen van de gevangenen) kan de liaison-functie een interessante aanvullende formule zijn om vanuit de ambulante en desgevallend residentiële geestelijke gezondheidszorg hulp te bieden aan personen met geestelijke gezondheidsproblemen die in de gevangenen verblijven in het kader van hun voorhechtenis of van hun detentie.

E. Een Vlaams beleid inzake gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg

Patiënten met een gerechtelijk statuut ressorteren in belangrijke mate onder federale bevoegdheidsdomeinen. Toch is een Vlaams beleid met eigen klemtonen mogelijk en wenselijk. Hieronder worden een aantal aandachtspunten voor een eigen Vlaams beleid besproken:

- Zorg voor forensisch-psychiatrische cliënten impliceert overleg en afstemming tussen diverse zorgverstrekkers. Dit zou op zijn beurt kunnen ondersteund worden door het afsluiten van **overeenkomsten tussen diverse bevoegde overheden**.⁶ In dergelijke overeenkomst dient het uitgangspunt van de organisatie naadloze zorg binnen netwerken een van de basisgedachten zijn. Aan deze overeenkomst dient een meerjarenplan gekoppeld te worden waarbij de vereiste middelen worden voorzien voor de uitvoering ervan.

⁶ Cfr. het in 2004 afgesloten protocol met betrekking tot zorgcircuits en netwerken.

- De zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten behoort in beginsel tot de algemene maatschappelijke opdracht van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Een aangepast zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg (ambulant en residentieel) met het oog op een aangepaste behandeling blijft noodzakelijk. Derhalve dient in principe, **na onderling overleg, in ieder werkingsgebied minstens één centrum** in zijn beleidsplan aandacht te besteden aan deze doelgroep en een gespecialiseerd zorgaanbod uit te bouwen, bij voorkeur **voortbouwend op de reeds geïnstalleerde daderteams**. Immers voor een aantal specifieke patiëntengroepen is een categorale benadering door een specifieke forensische equipe binnen het kader van een centrum geestelijke gezondheidszorg wenselijk aangezien een specifieke benadering en deskundigheid noodzakelijk is. Hierbij kan gedacht worden aan seksuele delinquenten, agressie, drughulpverlening. **Per gerechtelijk arrondissement** dient dergelijk **geïntegreerd forensisch team** voorhanden te zijn. De oprichting van dergelijke gespecialiseerde teams maakt een bundeling van expertise mogelijk. Deze expertise kan dan op haar beurt binnen zowel lokale als supra-regionale zorgcircuits ter beschikking gesteld worden van andere partners.
- Personen met een handicap vormen een specifieke groep binnen de forensische psychiatrie. Het **Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap** kan instaan voor de voorzieningen waar vooral een **begeleidingsfunctie** opgenomen wordt. Categorale initiatieven of een gericht beleid met het oog op inclusie in reguliere voorzieningen van het Vlaams Fonds is echter wenselijk in het licht van het optreden van verdringingseffecten, dit zowel binnen een residentieel als binnen een ambulant kader.

F. Randvoorwaarden

Op dit ogenblik zijn onvoldoende specifieke budgetten voor forensisch-psychiatrische patiënten voorhanden binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze doelgroep wordt nochtans vaak geconfronteerd met verdringing door andere doelgroepen. Het **voorzien van specifieke én voldoende budgetten** voor de uitbouw van ambulante teams tot gespecialiseerde multidisciplinaire forensische equipes is derhalve aangewezen. Middelen dienen te worden voorzien voor:

- Uitbreiding van de behandelcapaciteit voor de optimalisering voor het behandelen van seksuele delinquenten (en andere delinquenten) in het kader van het Samenwerkingsakkoord tussen Justitie en de Vlaamse Gemeenschap is aangewezen.
- Voor de uitvoering van de pilootprojecten in functie van het Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden dienen specifiek middelen te worden voorzien.
- Per gerechtelijk arrondissement dient een interdisciplinaire, ambulant werkende, forensische equipe te worden voorzien in functie van de behandelnoten voor geïnterneerden in vrijheid op proef en voor de post-penitentiaire behandelingen van andere gerechtscliënten.
- Het opleggen van een zorgplicht dient gepaard te gaan met de terbeschikkingstelling van een aangepast middelenpakket.

Deze opdrachten dienen **geïntegreerd** te worden uitgevoerd, waarbij gepleit wordt voor **schaalvergroting in functie van deskundigheidsbevordering**. De reeds bestaande foren-

sische equipes voor o.a. de hulpverlening aan seksuele delinquenten kunnen hierbij als vertrekpunt en referentiekader fungeren.

De Vlaamse Gemeenschap zou hierbij ook moeten voorzien in de nodige middelen voor **gericht wetenschappelijk onderzoek** en deskundigheidsbevordering. Samenwerking met de universitaire forensische centra is ten zeerste noodzakelijk.

Bij dit alles rijst de vraag naar een globaal kader op het niveau van de geestelijke gezondheidszorg waarbinnen de concrete initiatieven op Vlaams niveau kunnen gekaderd worden. Vlaanderen moet dit probleem bij de federale overheid (justitie en volksgezondheid) aankaarten: vraag naar overleg hierrond met alle betrokken instanties (naar analogie met de gemeenschappelijk drugnota). Er is nood aan **een overkoepelende beleidsnota met een brede visie en een stappenplan waarbij een samenwerkingsakkoord wordt uitgewerkt** volgens de afspraken in het protocolakkoord van 26 maart 2001, met ontwikkeling van zorgcircuits voor de opvang van low tot medium risk geïnterneerden en duidelijke afspraken m.b.t. verantwoordelijkheden van verschillende instanties.

Tevens is het wenselijk dat de nodige modaliteiten worden voorzien voor de **oprichting en uitbouw van forensisch-psychiatrische zorgtrajecten binnen de uit te bouwen leeftijdsgebonden zorgcircuits en netwerken**. Hierin zijn vervat de door de overheid globaal te omschrijven zorgprogramma's voor geestelijke gezondheidszorg, aangeboden door een netwerk van zorgaanbieders uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren, zodanig dat alle behandelbehoeften van de doelgroep in het werkingsgebied worden vervuld.

IV. Referenties

- De Vuysere, S., Casselman, J., & Vervaecke, G. (2003). De geïnterneerdenpopulatie van Vlaanderen: enkele cijfers. *Panopticon*, 24(6), 599-604.
- De Vuysere, S., Casselman, J., & Vervaecke, G. (2003). De Commissies ter bescherming van de Maatschappij van Antwerpen, Gent en Leuven. Een vergelijking van de geïnterneerdenpopulaties. *Panopticon*, 24(6), 604-609.
- Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg.
- Decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmering van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.
- Protocolakkoord van 26 maart 2001 tussen de federale minister van Justitie, Marc Verwilghen en de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, Mieke Vogels houdende de krachtlijnen van de verdere samenwerking op het grensgebied welzijn-justitie.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – afdeling 'Programmatie en Erkenning': advies inzake het algemeen referentiekader voor de uitbouw van de 'forensische psychiatrische zorg'. NRZV/D/PSY/196-1, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid, Brussel, 12 juli 2001.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – permanente werkgroep 'Psychiatrie'. (2004). Ontwerp-advies betreffende de uitbouw van een forensisch zorgtraject in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de behandeling en begeleiding van de geïnterneerde (NRZV/D/PSY/241-1). Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen.
- Visietekst VVI-VOV werkgroep forensische GGZ. (2004). De forensisch-psychiatrische patiënt in Vlaanderen. Een proeve tot uittekening van een kader voor behandeling en opvang van de geïnterneerde.

2.5. MEMORANDUM 2004-2008

Dit memorandum bestaat uit twee delen. In deel A bespreken we 7 kernthema's die een belangrijke aandacht vragen in de komende jaren. Op sommige vlakken is er al veel vooruitgang waarneembaar, en Vlaanderen scoort goed tot zeer goed op diverse "klassieke" gezondheidsparameters. Toch is er nog veel ruimte voor verbetering, zoals zal blijken uit de tekst. Een bijzonder accent wordt gelegd op het zevende kernthema dat betrekking heeft op het optimaliseren van de Vlaamse beleidsbevoegdheden door middel van het overbrengen van alle bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar het gemeenschapsniveau.

In deel B wordt ingegaan op de rol die een Strategische Adviesraad moet vervullen in het gezondheidsbeleid. Een belangrijk element hierbij is dat een Strategische Adviesraad niet mag vervallen in een reactieve rol waarbij men adviezen geeft op reeds ver uitgewerkte beleidsteksten, maar vooral een pro-actieve rol moet kunnen aannemen, waarbij aan beleidsvoorbereiding aan de bron wordt gewerkt.

A. 'Werken aan de noden op het vlak van het Vlaamse gezondheidsbeleid gedurende de volgende vier jaar'

België heeft één van de beste systemen van gezondheidszorg ter wereld. De kwaliteit van de gezondheidszorg is hoog en de sociale zekerheid is goed uitgebouwd, waardoor de kosten voor de patiënt beperkt zijn.¹ De *levensverwachting* in Vlaanderen is de voorbije decennia systematisch toegenomen, tot 76 jaar voor mannen en 82 jaar voor vrouwen (levensverwachting bij de geboorte voor de periode 1999-2001 in de Vlaamse Gemeenschap)². Door deze toename zien we een veroudering van de bevolking, wat leidt tot verhoogde behoeften aan zorg. Tegelijk zorgen de dalende geboortecijfers voor een schaarste aan middelen, zowel financieel als naar personeel. De combinatie van deze beide tendensen zal een belangrijke impact hebben op de gezondheidszorg van de komende decennia, en de aanpak hiervan wordt wellicht één van de belangrijkste uitdagingen voor het beleid.

De *levenskwaliteit* in Vlaanderen is hoog, althans de subjectieve beleving ervan. Gevraagd naar geluk antwoordt 83 % van de Vlamingen dat ze 'eerder, uitermate of zeer gelukkig' zijn, 13 % spreekt zich niet uit en slechts 4 % is 'eerder ongelukkig tot uitermate ongelukkig'.³ Wat het subjectief gezondheidsgevoel betreft, schat vier op de vijf Vlamingen hun algemene gezondheid 'goed' of 'zeer goed' in.⁴

Toch is in ons land de sterfte en *morbiditeit* tengevolge van bepaalde aandoeningen relatief hoog, in vergelijking met andere Europese landen.⁵ Zo scoren we slecht op gebied van depressie, hart- en vaatziekten, kanker – en dan voornamelijk longkanker – en sterfte tengevolge van verkeersongevallen en zelfmoord (zie tabel 1 met belangrijkste doodsoorzaken per leeftijdscategorie in Vlaanderen).² Opvallend hierbij is dat deze doodsoorzaken voor een groot deel vermeden kunnen worden door in te grijpen op de persoonlijke levensstijl alsook

¹ European Observatory on Health Care Systems. (2000). *Health care systems in transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

² Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. (2002). *Gezondheidsindicatoren 2001-2002*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg. Beschikbaar via de website: <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren>

³ Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2002). *APS-survey 2002*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek.

⁴ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2001). *Gezondheidsenquête 2001*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, afdeling Epidemiologie.

⁵ Eurostat. (2003). *Health statistics: Key data on health 2002*. Luxembourg: EUR-OP.

op de omgevingsfactoren. Aangezien preventie een Vlaamse bevoegdheid is, ligt hier een belangrijke taak weggelegd voor de Vlaamse overheid.

Een verbetering van de huidige situatie vraagt dat aan de volgende algemene kernthema's wordt gewerkt:

1. *AANDACHT VOOR DE RUIMERE MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT – aandacht voor maatregelen die de Vlaamse Regering kan nemen om negatieve karakteristieken van het leefklimaat in de maatschappij te verbeteren.*

Een gezond leefmilieu is de basis voor een geestelijk en lichamelijk welbevinden. Een preventief beleid moet ziekmakende factoren zoveel mogelijk wegwerken. Hiervoor is integratie van het element gezondheid⁶ in andere beleidsdomeinen nodig; het realiseren van het optimaal functioneren van een individu vergt een *inclusief* gezondheidsbeleid, met aandacht voor de gezondheidsimpact van andere beleidsdomeinen. We denken hierbij ondermeer aan de impact van het milieu, het verkeer, het onderwijs, de huisvesting, het landbouwbeleid, en van maatregelen inzake arbeid en sociale zekerheid op de gezondheid.

In Vlaanderen beschikken we echter niet over de structuren om gezondheid intersectoraal aan te pakken. Er is een aanzet in het nieuwe decreet op het preventieve gezondheidsbeleid⁷ waarin sprake is van gezondheidsconferenties en gezondheidsovereenkomsten doch deze instrumenten zijn wellicht onvoldoende sterk om belangrijke beleidsbeslissingen bespreekbaar te maken en te realiseren. Bovendien moet voor een aantal maatregelen ook het federale niveau betrokken worden.

De huidige bevoegdheidverdelingen belemmeren een samenwerking, zowel tussen als binnen de verschillende beleidsniveaus. Op zijn minst moet men bij het nemen van beleidsinitiatieven in de verschillende domeinen steeds de vraag inzake mogelijke gezondheidseffecten meenemen.

Een voorbeeld van hoe gebrek aan afstemming tussen beleidsniveaus en beleidsdomeinen leidt tot falend beleid is het tabaksfonds, dat zou worden opgericht met een deel van de geïnde taken op de verkoop van tabak, en waarmee initiatieven omtrent tabakspreventie zouden worden gefinancierd. Doordat de inning van deze taken gebeurt door de federale minister van Financiën, terwijl de gemeenschappen bevoegd zijn voor preventie, zit dit dossier vast.

Het voorgaande sluit ook aan bij heel wat internationale initiatieven, voornamelijk van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie. Zo wordt bijvoorbeeld aan de lidstaten gevraagd om interdisciplinaire comités voor advies inzake voedingsbeleid te installeren. Een van de problemen die zich hierbij in de praktijk stellen is dat deze multilaterale organisaties geen officiële contacten hebben met het regionale niveau, terwijl deze de meeste bevoegdheden hebben in verband met het bevorderen van gezonde voeding.

2. *AANDACHT VOOR SOLIDARITEIT*

Respecteren van principes van *solidariteit en billijke verdeling* (equity): verticale equity houdt in dat personen met meer financiële middelen ook in verhouding meer bijdragen tot het

⁶ De term gezondheid wordt hier gebruikt volgens de definitie van de WHO: 'een toestand van optimaal *fysiek, sociaal en psychisch welbevinden*, en niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap'.

⁷ Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 21 november 2003, B.S. 3 februari 2004.

systeem; horizontale equity houdt een gelijke toegang tot de gezondheidszorg in, en gelijke zorg voor dezelfde behoeften. Gezondheidszorgbeleid moet erop gericht zijn een optimale zorg aan te bieden aan *iedereen*.

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg en van het aanbod aan preventieve zorg blijft een belangrijk knelpunt, en dit vooral voor maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals allochtonen, mensen met een laag inkomen, gehandicapten en sommige ouderen (vnl. hoogbejaarden en ouderen met chronische zorgnoden). Toegankelijkheid kent vele dimensies: financieel, administratief, cultureel, sociaal-psychologisch, geografisch,... In toenemende mate kunnen vooral de hierboven vermelde groepen hun recht op gezondheidszorg niet uitoefenen.

De Vlaamse overheid beschikt over verschillende instrumenten om te werken aan een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De Vlaamse overheid dient o.a. te onderzoeken in welke mate de toegankelijkheid expliciet kan worden opgenomen in de kwaliteitscriteria voor de verzorgingsinstellingen in Vlaanderen. Ook via haar investeringsbeleid kan de Vlaamse overheid een belangrijke impact op de toegankelijkheid van de zorg blijven uitoefenen. Via het investeringsbeleid kan zowel de geografische spreiding van de voorzieningen worden geoptimaliseerd (incl. toegankelijkheid met privaat of openbaar vervoer), evenals de fysieke toegankelijkheid van de gebouweninfrastructuur.

3. STREVEN NAAR EEN KWALITEITSVOLLE GEZONDHEIDSZORG

Zowel te veel als te weinig of ongepaste zorg dienen vermeden te worden. Om dit te kunnen evalueren zijn 'guidelines' (richtlijnen of aanbevelingen) nodig voor diverse behandelingen en zorgprocessen, met bovendien indicatoren en criteria om de navolging ervan meetbaar te maken. Zo kunnen kwaliteitsnormen worden opgesteld voor optimale behandelingen en zorgprocessen. Momenteel is enkel een vergelijking met andere ziekenhuizen of zorgverstrekkers mogelijk, maar geen vergelijking met kwaliteitscriteria.

Tegelijk dient ook gewezen op het probleem van schaarste in de gezondheidszorg en meer in het bijzonder de ouderenzorg. Er is een voortdurende spanning tussen datgene wat medisch-technisch mogelijk is versus de middelen om dit toe te passen in de gezondheidszorg. Het medisch model heeft de illusie gekweekt dat er voor elk probleem een oplossing bestaat. Er is echter nood aan een maatschappelijk ethisch debat voor het stellen van prioriteiten. Op dit moment is er een overaccentuering op medisch-technische aspecten ten nadele van de niet-medische zorg. Gezondheidszorg die gericht is op het zorgen voor mensen die niet meer kunnen genezen wordt daardoor gemakkelijk veronachtzaamd.

4. OPTIMALISEREN VAN HET OVERLEG GEZONDHEID(SZORG) – WELZIJN(SZORG)

Afstemming van het gezondheids- en welzijnsbeleid zal zeker in de toekomst, met de toename van chronische (invaliderende) aandoeningen, noodzakelijk zijn.

Er bestaat momenteel geen structurele link tussen de instroom «welzijn» en de instroom «gezondheid». Er zijn heel wat argumenten ten gunste van een betere afstemming van beide instromen. Vereisten hiervoor zijn: duidelijk profiel van beide instromen, voldoende brede opstelling (eerste lijn, ongedifferentieerde problematiek), lokale territoriale verankering op een schaal die operationele dwarsverbindingen mogelijk maakt.

Het lijkt wenselijk territoriaal ingeplante duidelijke instromen zowel voor «gezondheid» (huisartsen en verpleegkundigen) als voor «welzijn» (algemeen maatschappelijk werk) te voorzien. Structurele dwarsverbindingen tussen beide dienen in een vroeg stadium van de diagnostische benadering de heroriëntatie van problemen mogelijk te maken.

Ook een betere afstemming van de zorgverlening, met coördinatie en overleg tussen eerste en tweede lijn, is noodzakelijk.

Concreet moet bij de planning en implementatie van de zorgregio's operationele subregio's worden gedefinieerd en hierbinnen het aanbod rond «algemeen maatschappelijk werk» in kaart gebracht en geheroriënteerd op een brede «instroom-functie». Een andere vereiste is het verder ontwikkelen van een opleiding «algemeen maatschappelijk werk» met een sterk generalistische oriëntatie.

5. *ECONOMISCHE ASPECTEN*

Er is nood aan een meer rationele benadering van de verhouding tussen economische behoeften of motieven en gezondheid met aandacht voor een lange termijnvisie.

Klassiek wordt gezondheidszorg vanuit het macro-economisch denken beschouwd als een kostenfactor. Men moet de gezondheidssector echter ook bekijken als een bron van economische welvaart. De gezondheidssector is niet alleen een belangrijke werkgever (12 % van de totale tewerkstelling in België in 2000⁸) maar is ook indirect van groot economisch belang.⁹ Zo heeft de sector een belangrijk indirect economisch effect op nevensectoren zoals bouw en catering. Bovendien is het eindproduct van de sector, met name gezondheid, een belangrijke input en productiefactor voor alle andere sectoren van de economie. Meer gezondheid verhoogt niet enkel het welzijn, maar ook de productiviteit. Tenslotte kan investeren in ziektepreventie en gezondheidspromotie op lange termijn ook financieel voordelig zijn. Het is dan ook belangrijk om bij beleidsbeslissingen ook de gunstige economische aspecten van gezondheidszorg in overweging te nemen.

6. *HET VERSTERKEN VAN DE BETROKKENHEID VAN DE BEVOLKING*

Betrokkenheid en responsabilisering van de bevolking en van de patiënt moet worden gemaximaliseerd. Empowerment, d.w.z. mensen de mogelijkheid bieden om inzicht en controle te verwerven in de krachten die hun leven bepalen, is een belangrijke doelstelling voor gezondheidsbevordering. Steeds meer wordt de jongste jaren erkend dat mensen de mogelijkheid bieden om zelf hun levenssituatie te verbeteren op termijn meer duurzame effecten oplevert dan top down benaderingen door gezondheidsexperts.

7. *NAAR EEN NIEUWE BEVOEGDHEIDSVERDELING*

In het bovenstaande komt geregeld de huidige bevoegdheidsverdeling aan bod, en de problemen die deze met zich meebrengt.

De huidige situatie met verdeelde bevoegdheden zoals deze na de Staatshervorming is ontstaan schept onduidelijkheden, complexiteit in de regelgeving en bevoegdheidsconflicten

⁸ Eurostat. (2003). *Health statistics: Key data on health 2002*. Luxembourg: EUR-OP.

⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development. (2003). *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at what Cost?* OECD.

tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale Overheid. Door de versnippering van de bevoegdheden ontbreekt een integraal en coherent beleid. De Gemeenschappen en de Gewesten kunnen de federale reglementering interpreteren, toepassen en/of aanvullen volgens hun eigen visie. In bepaalde materies kunnen zij zelf een eigen beleid uitstippelen, dat op zijn beurt kan interfereren met de federale bevoegdheden. Deze problematiek geeft aanleiding tot vertraging en verspilling en kan slechts worden opgelost door *het gehele gezondheidszorgbeleid onder één homogeen beleidsniveau te brengen*. Aangezien gezondheid een bij uitstek persoonsgebonden materie is beantwoordt dit perfect aan de omschrijving in de regelgeving voor de staatshervorming als gemeenschapsbevoegdheid, en zou het dus logisch zijn om alle bevoegdheden consequent over te brengen naar het gemeenschapsniveau.

Indien men de gezondheidszorg wil organiseren naar best inzicht inzake efficiëntie, moet de overheid die verantwoordelijk is voor de gezondheidszorg alle sleutels hiervoor in handen hebben. Indien de patiënt op elk moment dat hij zorg nodig heeft op de meest geëigende manier moet worden opgevangen en zo nodig behandeld, dan mag de keuze niet afhankelijk zijn van het zorgaanbod zoals het door verschillende overheden wordt georganiseerd en gefinancierd.

Preventie, eerstelijnszorg, intramurale behandeling, na- en/of thuiszorg, zorg voor ouderen, stervensbegeleiding moeten zo op mekaar zijn afgestemd dat de zorgverstrekker, samen met de patiënt steeds de meest optimale keuze kan maken in een zorgproces, waarin het eventueel verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling slechts een episode betekent. We verwijzen hierbij ook naar de noodzaak van afstemming tussen gezondheid en welzijn, zoals eerder vermeld, waarbij welzijn al een gemeenschapsbevoegdheid is, net zoals preventie, eerstelijns- en thuiszorg.... Alle voorzieningen dienen daarom bij voorkeur onder hetzelfde beleidsniveau ondergebracht te worden. Door middel van homogene bevoegdheidspakketten kan de overheid een meer coherent beleid voeren.

Dit betekent geenszins dat de Vlaamse Gezondheidsraad een solidair financieringssysteem van de gezondheidszorg in vraag stelt. Het ligt voor de hand dat de inning van de gezondheidszorgverzekering op een zo hoog mogelijk (federaal) niveau moet liggen. Een solidaire verdeling van de centraal (federaal) geïnde middelen kan gebeuren op basis van objectieve behoeftenparameters. Langs de uitgavenkant moeten de partners zo goed mogelijk worden geresponsabiliseerd voor alle uitgaven met betrekking tot de sociale zekerheid. Zij kunnen die dan best besteden in functie van de keuzen die zij maken om de gezondheidszorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de bevolking die zij bedienen.

B. Opdracht van het strategische adviesorgaan 'Welzijn en Volksgezondheid'

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft op 7 april 2003 een advies gegeven over het strategisch adviesorgaan 'Welzijn en Volksgezondheid'.¹⁰

De voornaamste aandachtspunten uit dit advies:

– Strategisch advies:

Een goede adviesverlening met impact op het beleid slechts kan bereikt worden indien al in een vroege fase nauw met het beleid wordt samengewerkt of minstens overlegd. Dit

¹⁰ Vlaamse Gezondheidsraad. (2003). Advies inzake 'Het strategisch adviesorgaan voor het beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid' van 7 april 2003. Beschikbaar via de website: <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr>

kan bijvoorbeeld door ook beleidsnota's voor advies voor te leggen aan de Vlaamse Gezondheidsraad.

- Scheiding tussen advies en overleg:

Adviesorganen, die staan voor expertise, pluraliteit, democratie en transparantie, moeten verantwoordelijk zijn voor het formuleren van meer algemene strategische adviezen. Overlegorganen, waarin representativiteit een belangrijk gegeven is, zullen adviezen formuleren vanuit een eerder operationeel gezichtspunt. Het is belangrijk dat beide soorten organen naast elkaar bestaan.

- Structuur van de raad:

De Vlaamse Gezondheidsraad is voorstander voor één strategische adviesraad voor het volledige beleidsdomein welzijn en gezondheid, mits rekening wordt gehouden met een aantal voorwaarden en mits een ruime 'verlovingstijd' wordt gegeven. De voorwaarden om te komen tot één raad hebben voornamelijk betrekking op de 'werkbaarheid'. De strategische adviesraad kan best vergeleken worden met een actieve koepel, bestaande uit een aantal deskundigen met een brede, onafhankelijke en onbevooroordeelde visie op het beleidsdomein. Deze koepel bewaakt de totaliteit van de adviesverlening, is verantwoordelijk voor de samenstelling van de werkcommissies (die de adviezen voorbereiden) en doet een finale toetsing van de adviezen in functie van een brede toekomstgerichte visie op het totale beleidsdomein. Een evenwichtige vertegenwoordiging vanuit de verschillende beleidsvelden is hierbij van primordiaal belang.

- Samenstelling van de raad:

De Vlaamse Gezondheidsraad vindt in haar huidige samenstelling de volgende elementen belangrijk: deskundigen die in onafhankelijkheid, met de nodige afstandelijkheid en onbevooroordeeldheid functioneren, verscheidenheid aan expertises, evenwicht tussen mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen. De Vlaamse Gezondheidsraad pleit voor een samenstelling met onafhankelijke deskundigen omwille van de scheiding tussen advies- en overlegorganen.

Dit neemt niet weg dat er binnen de strategische adviesraad ook deskundigen die actief zijn in instellingen, voorzieningen, diensten of verenigingen uit de gezondheids- en welzijnssector kunnen zetelen. Zij worden niet voorgedragen door hun werkgever, maar het is wel evident dat deze hun lidmaatschap positief zal beoordelen. De Vlaamse Gezondheidsraad is van oordeel dat de wijze van samenstelling van de raad de onafhankelijkheid in de adviesverlening kan bevorderen. De onafhankelijkheid kan versterkt worden door de leden een verklaring van belangenconflict te laten ondertekenen.

- Werking en middelen:

De Vlaamse Gezondheidsraad pleit ervoor dat de nieuwe raad voldoende ondersteuning krijgt, zowel op administratief als wetenschappelijk vlak. Hiervoor dienen de nodige middelen te worden voorzien. Onder deze voorwaarden onderschrijft de Vlaamse Gezondheidsraad het voorstel dat de nieuwe adviesraad een resultaatverbintenis met de overheid af zou sluiten.

Aansluitend moeten ook de middelen voor de leden – de presentiegelden – worden herbekeken. Deze middelen 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 zijn behoorlijk groot en moeten terdege gehonoreerd worden. Ook hier aanvaardt de Vlaamse Gezondheidsraad het afsluiten van een inspanningsverbintenis.

– Onafhankelijkheid van adviesverlening:

De Vlaamse Gezondheidsraad staat achter dit uitgangspunt, maar pleit ook voor een goede samenwerking met de minister (bijvoorbeeld via overleg over werkprogramma en toelichting van adviezen) en met de administratie.

– Rechtspersoonlijkheid:

Het kaderdecreet op de strategische adviesorganen voorziet rechtspersoonlijkheid voor de strategische adviesraad. De Vlaamse Gezondheidsraad vraagt hierbij aandacht voor de administratieve en juridische beslommeringen die de rechtspersoonlijkheid met zich mee kan brengen. De Vlaamse Gezondheidsraad 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 rechtspersoonlijkheid.

Tabel 1: Belangrijkste doodsoorzakengroep volgens leeftijd (% van totale sterfte in leeftijdsgroep) Vlaams Gewest 1998-2002

leeftijd	mannen	vrouwen
< 1	perinatale aandoeningen (40%)	perinatale aandoeningen (41%)
1 - 4	ongevallen in de privésfeer (16%)	ongevallen in de privésfeer (19%)
5 - 9	ongevallen in de privésfeer (20%)	verkeersongevallen (24%)
10 - 14	verkeersongevallen (34%)	verkeersongevallen (41%)
15 - 19	verkeersongevallen (49%)	verkeersongevallen (45%)
20 - 24	verkeersongevallen (51%)	verkeersongevallen (41%)
25 - 29	verkeersongevallen (41%)	verkeersongevallen (26%)
30 - 34	zelfmoord (33%)	zelfmoord (16%)
35 - 39	zelfmoord (29%)	zelfmoord (18%)
40 - 44	zelfmoord (200%)	borstkanker (16%)
45 - 49	zelfmoord (12%)	borstkanker (20%)
50 - 54	longkanker (14%)	borstkanker (20%)
55 - 59	longkanker (18%)	borstkanker (19%)
60 - 64	longkanker (19%)	borstkanker (15%)
65 - 69	longkanker (17%)	ischemische hartziekten (11%)
70 - 74	ischemische hartziekten (16%)	ischemische hartziekten (13%)
75 - 79	ischemische hartziekten (16%)	ischemische hartziekten (14%)
80 - 84	ischemische hartziekten (15%)	andere hartziekten (19%)
85 - ++	ischemische hartziekten (13%)	andere hartziekten (24%)

Bron: Administratie Gezondheidszorg, team Beleidsevaluatie

3. PLANNING 2005

A. ADVIEZEN OP VRAAG (IN VOORBEREIDING)

Tabakscontrole

De Vlaamse Gezondheidsraad ontving in oktober 2004 een adviesvraag van de administratie Gezondheidszorg met betrekking tot het 'Ontwerp van decreet houdende instemming met de kaderovereenkomst van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake de bestrijding van het tabaksgebruik, opgemaakt in Genève op 21 mei 2003'. Wegens de hoogdringendheid van de vraag, formuleerde de Vlaamse Gezondheidsraad in een eerste stap een advies over de ratificatie, waarin de raad haar steun uitsprak voor de ratificatie van deze overeenkomst.¹ In een tweede advies zal de Vlaamse Gezondheidsraad ingaan op de opvolging en implementatie van de «Kaderovereenkomst inzake tabakscontrole».

B. EIGEN INITIATIEVEN

1. Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

De werkgroep GGZ plant voor 2005 adviesteksten over (1) zorg in de thuissituatie voor personen met psychische problemen en/of psychiatrische aandoeningen en (2) mantelzorg.

2. Werkgroep Gezondheid en Milieu

De werkgroep zal in 2005 prioritair aandacht besteden aan de gezondheidseffecten van afvalstortplaatsen, aan biomonitoring en pesticidenreductie. Ook een advies over een Vlaamse "Environmental Health Action Plan" staat op het programma.

¹ Vlaamse Gezondheidsraad. (2004). Advies inzake ratificatie van de kaderovereenkomst inzake tabakscontrole van de Wereldgezondheidsorganisatie, 27 oktober 2004.

BIJLAGE:

ADRESSENLIJST LEDEN VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

Prof. dr. Lieven ANNEMANS

Universiteit Gent
p.a. Brusselsesteenweg 91
1860 Meise
Tel: 0476-24 11 44
Fax: 02-270 94 34
E-mail: *lieven.annemans@ugent.be*

Prof. dr. Jean-Pierre BAEYENS

AZ Damiaan Oostende
Nieuwpoortsteenweg 57
8400 Oostende
Tel: 059-55 34 04
Fax: 059-55 34 08
E-mail: *jpbayens@skynet.be*

Dr. Carine BOONEN

Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)
Guimardstraat 1
1040 Brussel
Tel: 02-507 01 70
Fax: 02-513 52 69
E-mail: *cb@vvi.be*

Dhr. Bert DE BAKKER

Virga Jesseziekenhuis
Stadsomvaart 11
3500 Hasselt
Tel: 011-30 82 10
Fax: 011-30 82 17
E-mail: *bert.debakker@virgajesse.be*

Prof. dr. Jan DE MAESENEER

Universiteit Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (1K3)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09-240 35 42
Fax: 09-240 49 67
E-mail: *jan.demaeseneer@UGent.be*

Dr. Maurits DE RIDDER

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

Prof. dr. Mia DEFEVER

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

Mevr. Hendrika DIJKHOFFZ

Federale Ombudsdienst, Federale Commissie “Rechten van de Patiënt”
FOD Volksgezondheid
Oratoriënberg
1010 Brussel
Tel: 02-210 52 20
E-mail: *willeke.dijkhoffz@health.fgov.be*

Mevr. Karin GENOE

Rode Kruis Vlaanderen
Bloedtransfusiecentrum Vlaams-Brabant-Limburg
Herestraat 49/BTC
3000 Leuven
Tel: 016-31 61 01
Fax: 016-31 61 00
E-mail: *karin.genoe@rodekruis.be*

Prof. dr. Luc HENS

VUB, vakgroep Menselijke Ecologie
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
Tel: 02-477 42 81
Fax: 02-477 49 64
E-mail: *human.ecology@vub.ac.be*

Prof. dr. Karel HOPPENBROUWERS

K.U.Leuven, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Kapucijnenvoer 35/1
3000 Leuven
Tel: 016-33 68 73
Fax: 016-33 68 83
E-mail: *karel.hoppenbrouwers@med.kuleuven.ac.be*

Mevr. Virginie HUYS

vzw Sovervlag
Sint-Jansstraat 32-38
1000 Brussel
Tel: 02-515 03 88
Fax: 02-515 03 08
E-mail: virgine.huys@socmut.be

Prof. dr. Katrien KESTELOOT

Financieel Directeur
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
Tel: 016-34 49 73
Fax: 016-34 49 20
E-mail: katrien.kesteloot@uz.kuleuven.ac.be

Dhr. David LARMUSEAU

Psychiatrische Centra Sleidinge
Weststraat 135
9940 Sleidinge
Tel: 09-358 04 49
Fax: 09-358 04 66
E-mail: david.larmuseau@pcsleidinge.be

Dhr. Jos LIEVENS

Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
Martelaarslaan 204 B
9000 Gent
Tel: 09-233 50 99
Fax: 09-233 35 89
E-mail: jl@fdgg.be

Prof. dr. Fred LOUCKX

VUB, vakgroep Medische Sociologie
Laarbeeklaan 103
1090 Brussel
Tel: 02-477 47 20
Fax: 02-477 47 11
E-mail: flouckx@gesg.vub.ac.be

Prof. dr. Lea MAES

UZ Gent, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (Blok A)
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09-240 36 85
Fax: 09-240 49 94
E-mail: lea.maes@UGent.be

Dhr. Philip MARROYEN

CGG Noord-West-Vlaanderen
Langestraat 113
8000 Brugge
Tel: 050-34 24 24
Fax: 050-34 21 42
E-mail: *cgg.nwvl.directie@easynet.be*

Mevr. Leen MEULENBERGS

FOD Volksgezondheid, International Relations Division
Esplanadegebouw K
1010 Brussel
Tel: 0495-38 13 05
Fax: 02-218 67 46
E-mail: *lmeulenbergs@skynet.be*

Prof. dr. Koen MILISEN

K.U.Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap
Kapucijnenvoer 35, 4^e verdieping
3000 Leuven
Tel: 016-33 69 75
Fax: 016-33 69 70
E-mail: *koen.milisen@med.kuleuven.ac.be*

Dhr. Christophe MOUTON

Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman vzw
Directeur Administratie, Financiën, Informatica en Technische dienst
Briekestraat 12
8900 Ieper
Tel: 057-22 37 16
Fax: 057-22 34 08
E-mail: *christophe.mouton@yperman.net*

Prof. dr. Gaëtane STASSIJNS

UZA, Fysische Geneeskunde en Revalidatie
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03-821 35 89
Fax: 03-825 43 17
E-mail: *gaetane.stassijns@uza.be*

Prof. dr. Sigrid STERCKX

Universiteit Gent, vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap
Blandijnberg 2
9000 Gent
Tel: 09-264 78 87
Fax: 09-264 41 87
E-mail: *sigrid.sterckx@UGent.be*

Dr. Stephan VAN DEN BROUCKE

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

Gustave Schildknechtstraat 9

1020 Brussel

Tel: 02-422 49 49

Fax: 02-422 49 59

E-mail: *stephan.vandenbroucke@vig.be*

Dhr. Jozef VAN HOLSBEKE

Verbond van Verzorgingsinstellingen (VVI)

Guimardstraat 1

1040 Brussel

Tel: 02-507 01 98

Fax: 02-513 52 69

E-mail: *jvh@vvi.be*

Prof. dr. Nik VAN LAREBEKE

UZ Gent, Studiecentrum Carcinogenese en Primaire Preventie van Kanker (3K3)

Vakgroep Radiotherapie, Kerngeneeskunde en Experimentele Cancerologie

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel: 02-380 14 10

GSM: 0475-44 99 55

Fax: 02-381 16 45

E-mail: *nicolas.vanlarebeke@UGent.be*

Dr. Kristiane VAN LIERDE

UZ Gent, dienst Logopedie (gebouw 2P1)

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel: 09-240 23 91

Fax: 09-240 49 93

E-mail: *kristiane.vanlierde@UGent.be*

Mevr. Rosette VAN OVERVELT

Fusieziekenhuis MONICA

Florent Pauwelslei 1

2100 Deurne – Antwerpen

Tel: 03-320 56 01

Fax: 03-320 56 00

E-mail: *rvanovervelt@monica.be*

Prof. dr. Patrick VAN REEMPTS

UZ Antwerpen; Dienst Neonatologie
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
Tel: 03-821 58 02
Fax: 03-821 48 02
E-mail: *patrick.van.reempts@uza.be*

Dr. Arne VAN RENTERGHEM

Hundelgemsesteenweg 1252
9820 Merelbeke
Tel: 09-230 86 68
Fax: 09-232 20 01
E-mail: *arne@mediaventures.be*

Dhr. Luc VAN ROYE

Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Nederlandstalige Kamer
Gildenstraat 9-11
1000 Brussel
Tel: 02-286 85 52
Fax: 02-230 66 94
E-mail: *luc.vanroye@vov-info.be*

Prof. dr. Joost WEYLER

UA, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Antwerpen
Tel: 03-820 26 53
Fax: 03-820 26 40
E-mail: *weyler@uia.ua.ac.be*

EXTERNE DESKUNDIGEN

WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Dr. Joël BOYDENS

Landsbond Christelijke Mutualiteiten, Medische Directie
Haachtsesteenweg 579-PB 40
1031 Brussel
Tel: 02-246 44 73
Fax: 02-246 46 49
E-mail: *joel.boydens@cm.be*

Mevr. Mieke CRAEYMEERSCH

Similes

Groeneweg 151

3001 Heverlee

Tel: 016-23 23 82

Fax: 016-23 88 18

E-mail: *mieke.craeymeersch@chello.be*

Dhr. Raphael DE RYCKE

Stropstraat 119

9000 Gent

Tel: 09-221 45 45

Fax: 09-221 98 89

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

Mevr. Hilde DIERCKX

Dutselstraat 160

3220 Holsbeek

Tel: 016-34 86 08

Fax: 016-34 49 47

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

Dhr. Leo DU LAING

Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)

Guimardstraat 1

1040 Brussel

Tel: 02-507 01 95

Fax: 02-513 52 69

E-mail: *ldl@vvi.be*

Mevr. Patricia LEBEER

Socialistische Mutualiteit

Vrijdagmarkt 10

9000 Gent

Tel: 09-265 56 86

Fax: 09-265 58 50

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

Mevr. Ann MOENS

Scheldedijk 7

9200 Dendermonde

Tel: 03-760 00 50

Fax: 03-765 00 50

E-mail: *annmoens@ggz.be*

Prof. dr. Jozef PEUSKENS

Universitair Centrum St-Jozef
Leuvense Steenweg 517
3070 Kortenberg
Tel: 02-758 05 11
Fax: 02-759 53 80
E-mail: *jozef.peuskens@uc-kortenberg.be*

Dhr. Stefaan VAN ROEY

Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen
Gildenstraat 9-11
1000 Brussel
Tel: 02-233 54 72
Fax: 02-230 66 94
E-mail: *stefaan.vanroey@vov-info.be*

WERKGROEP MILIEU EN GEZONDHEID

Mevr. Ethel BRITS

VITO, Milieutoxicologie
Retieseweg
2440 Geel
Tel: 014-33 52 15
Fax: 014-58 26 57
E-mail: *ethel.brits@vito.be*

Prof. dr. Wim DECOEN

UA, Campus Middelheim
Labo Ecofysiologie, Biochemie & Toxicologie
Groenenborgerlaan 171
2020 Antwerpen
Tel: 03-265 33 70
Fax: 03-265 34 97
E-mail: *wim.decoen@ua.ac.be*

Dhr. Willem DHOOGHE

UZ Gent, Laboratorium Andrologie 6K12IE
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09-240 03 33
Fax: 09-240 38 97
E-mail: *willem.dhooge@UGent.be*

Dr. Mark GOETHALS

Onze Lieve Vrouw-Ziekenhuis

Moorselbaan 164

9300 Aalst

Tel: 053-72 42 23

Fax: 053-72 40 29

GSM: 0475-23 40 12

E-mail: *m.goethals@skynet.be, marc.goethals@olvz-aalst.be*

Prof. dr. Peter HOET

K.U.Leuven, Arbeids-, milieu en verzekeringsgeneeskunde en afdeling Pneumologie – Longtoxicologie

Herestraat 49 O&N 706

3000 Leuven

Tel: 016-34 71 15

Fax: 016-34 71 24

E-mail: *peter.hoet@med.kuleuven.ac.be*

Prof. dr. Colin JANSSEN

Laboratorium voor Milieutoxicologie

Jozef Plateastraat 22

9000 Gent

Tel: 09-264 37 75

Fax: 09-264 37 66

E-mail: *colin.janssen@UGent.be*

Prof. dr. Gregor VERHOEF

UZ Gasthuisberg, departement Hematologie

Herestraat 49

3000 Leuven

Tel: 016-34 68 80

Fax: 016-34 68 81

E-mail: *gregor.verhoef@uz.kuleuven.ac.be*

COLOFON

Samenstelling en tekstbehandeling:

Tom Meulenbergs

Inhoudelijk medewerker Vlaamse Gezondheidsraad

Verantwoordelijke uitgever:

Prof. dr. Lieven Annemans

Voorzitter Vlaamse Gezondheidsraad

p.a. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Administratie Gezondheidszorg

Markiesgebouw lokaal 434

Markiesstraat 1

B-1000 BRUSSEL

E-mail: *vlaamsegezondheidsraad@vlaanderen.be*

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

Depotnummer:

D/2005/3241/047

Druk en layout:

Drukkerij Peeters

Warotstraat 50

B-3020 HERENT

Uitgave:

April 2005

