


De eeuw van de (geestelijke) gezondheid...

Antwerpse bouwstenen
voor een gezondere samenleving

Cathy Berx
gouverneur van de
provincie Antwerpen




PROVINCIE
ANTWERPEN



De eeuw van de (geestelijke) gezondheid...

Antwerpse bouwstenen
voor een gezondere samenleving



Rede door Cathy Berx
gouverneur van de provincie Antwerpen
Antwerpen, 8 oktober 2010



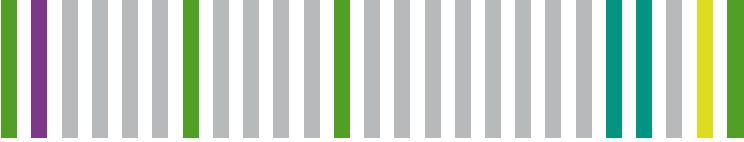


0. Inleiding



Kind en ouders fietsend: Provinciale dienst Sport en Recreatie, provincie Antwerpen





0.1 Gezondheid en gezondheidsbeleving: de impact van opleidingsniveau, leeftijd en sociale situatie.

9

‘Gezondheid is niet alles, maar zonder gezondheid is alles niets’, aldus Arthur Schopenhauer: Immers, de grootste dwaasheid is het opofferen van uw gezondheid voor eender welk geluk ook. Meer nog dan een goede opleiding is een goede gezondheid – er bestaat trouwens een sterk verband tussen beide – de noodzakelijke basisvoorwaarde voor zowat alles wat we waardevol vinden: een gelukkig gezin, een succesvolle loopbaan, een rijk en boeiend sociaal leven, algemeen welbevinden...

Hoe we gezondheid precies invullen, verschilt nogal in functie van leeftijd, plaats, cultuur, opleiding en sociale status. Jonge mensen staan er doorgaans niet al te zeer bij stil. Zij associëren gezondheid – gelukkig – vooral met energie en vitaliteit. (Jonge) ouders zijn vooral bezorgd om de gezondheid en veiligheid van hun kroost, terwijl ouderen gezondheid vooral opvatten als fysiek en geestelijk welzijn. “Gezondheid” is meestal hun grootste zorg, zeker wanneer ze kampen met toenemende gezondheidsklachten.

10 "Gezondheid" en "gezondheidsbeleving" variëren in de tijd. Ze worden anders ingevuld naarmate de leeftijd stijgt. Bovendien zijn ze sterk afhankelijk van de sociale omgeving en de (zelf)controle in het bijzonder op het werk¹. Een lage opleiding, zwakke sociaal-economische situatie en weinig toekomst of carrièremogelijkheden binnen een job, leiden niet enkel tot een grotere morbiditeit en mortaliteit, maar bepalen ook de gezondheidsbeleving. Laagopgeleiden en ouderen voelen zich doorgaans machtelozer tegenover de beslissingen van artsen, terwijl jongeren en hooggeschoolden "gezondheid" en "ziekte" meer als controleerbaar en beheersbaar beschouwen. Laagopgeleiden en ouderen maken bovendien opmerkelijk minder gebruik van preventieve en curatieve gezondheidszorg. Doorgaans leven en werken ze in minder gezonde woon- en werkomstandigheden, met alle gevolgen van dien op het vlak van stress, chronische aandoeningen en hun algemene gezondheidstoestand.

¹ M. Marmot, *The status syndrom. How social standing affects our health and longevity*, London, Henry Holt and Co, 2005, 336p.

0.2 Kwetsbaarheid aanvaarden

Er zijn nog andere "risico's", zoals het verabsoluteren van het onrealistisch opgeschroefde gezondheid- en schoonheidsideaal. Mensen zijn sterfelijk en dus kwetsbaar: Geen diagnose of therapie die daarin ooit verandering brengt. En dat is maar goed ook. Hoewel vaak confronterend: uitgerekend de menselijke kwetsbaarheid en sterfelijkheid maken het leven echt betekenis- en waardevol. Ze zijn een onuitputtelijke bron van zingeving, kunst en cultuur. De sterfelijkheid, uniciteit en kwetsbaarheid van zichzelf en elke andere mens aanvaarden, zou de beste basis voor een gezonde, respectvolle en verantwoordelijke levenswijze kunnen zijn. De "condition humaine", deze kwetsbaarheid en de weliswaar verschuivende grenzen van het medisch en wetenschappelijk kennen en kunnen aanvaarden – als mens en als gemeenschap – is bovendien het beste uitgangspunt voor een patiëntgericht, betaalbaar én kwaliteitgedreven gezondheidszorgbeleid.

12 0.3 Het belang van een gezonde levensstijl.

Overigens, draagt een opgeschroefd gezondheid- en schoonheidsideaal wel per se bij tot een volgehouden, gezonde levensstijl? Hoe vaak maken we niet ondoordachte gezondheidskeuzes en/of zoeken we risico's op die blijken te geven van een totaal gebrek aan bezorgdheid voor de gevolgen ervan op de lange(re) termijn? We worden alsnog dikker en dreigen de controle over ons eigen lichaam – dat 'stapelen' aanmoedigt² – te verliezen. Wie veel eet, heeft dus te meer honger en eet bijgevolg meer: 25,3 bedraagt de BMI van de gemiddelde volwassen Belg, wat wijst op beginnend overgewicht. Ook kinderen ontsnappen niet aan die trend. Volgens de resultaten van de laatste Nationale Gezondheidsenquête van 2008 eten en drinken we te veel en bovendien de foute dingen. En we bewegen te weinig³. Ook het druggebruik blijft hoog. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst experimenteren met roesmiddelen ligt nu al rond de 12 à 13 jaar. Inspanningen en nieuwe initiatieven m.b.t. drugscoördinatie in onze regio

² G. Noels, *Econoshock*, Antwerpen, Uitgeverij Houtekiet, 2008, 70.

³ http://www.belgium.be/nl/nieuws/2010/news_gezondheidsenquête-2008-rapport-1.jsp Zie ook: http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/belangrijkste%20resultaten_NL.pdf

blijven dus zeer hard nodig!

13

0.4 Juist kiezen, blijft de boodschap.

Ook typische welvaartsziekten als diabetes, stress, hartaandoeningen maar ook zelfmoord confronteren ons met de gevolgen van een ongezonde, vaak passieve levensstijl en ons bij wijlen exuberante consumptiegedrag. De voedselindustrie, uitgekende verkoop- en promotiestrategieën en commerciële oorlogen tussen grote ketens zijn daar allerminst vreemd aan. Het is aan de consument om aan de sirenezang en lokroep te weerstaan. Hoewel we beseffen dat we meer gebaat zijn bij "bewuste keuzes" zoals we ze terugvinden in het "klavertjevier", de "voedselpiramide" en in het aanbod van biosupermarkten, toch maken we vaak "bewust" de verkeerde gezondheidskeuzes. Dat is niet zo erg als het met mate gebeurt. Anders is het wanneer het een vast, wijdverbreid patroon wordt. De wil is vaak sterk, maar het vlees -kennelijk- (te) zwak. Zeker in een context van grote overvloed en groepsdruk om "mee te doen". Precies daarom is het zo belangrijk om het besef te doen verankeren dat mensen zelfstandig kunnen én moeten kiezen, ongeacht de context of alle andere factoren die een

14 gezonde keuze kunnen bemoeilijken. Zich daar bewust van (leren) zijn en zo consequent gezonde keuzes maken, blijft de uitdaging.

Gelukkig winnen "bewust leven en eten" – zij het nog te weinig én vooral bij een te beperkte groep mensen – steeds meer aan belang. Valt die voorzichtige kentering, waarvan de resultaten alsnog uitblijven, te verklaren nu we "met de neus op de feiten worden gedrukt" en steeds vaker worden geconfronteerd met de gevolgen van een ongezonde levensstijl? Meer dan een derde van de Amerikaanse bevolking heeft een Body Mass Index van meer dan 30 en is m.a.w. obees. De oorzaken en negatieve gevolgen van overgewicht en alle andere symptomen die met een ongezonde levensstijl gepaard gaan voor mens en wereld, zijn niet alleen peperduur. Je kan ze ook vergelijken met die van de opwarming van het klimaat. Zelfs de langetermijngrafiek m.b.t. de evolutie van de BMI vertoont een stijging die opmerkelijk parallel loopt met de grafieken over klimaatwijziging en CO₂-uitstoot⁴. Bovendien zijn de economische en bijgevolg maatschappelijke implicaties van een ongezonde levensstijl, van overmatig en systematisch de foute dingen

⁴ G. Noels, o.c., 68.

eten en drinken⁵ immens. Zo waarschuwde de Wereldbank ervoor dat "zwaarlijvigheid niet enkel een belangrijk gezondheidsprobleem vormt, maar ook een economische kwestie is die het potentiële bruto binnenlands product met maar liefst 3% zou kunnen verlagen". Is het toeval dat het percentage van de bevolking met obesitas (BMI > 30) in landen en mogendheden met de sterkste economische groei nagenoeg verwaarloosbaar is, terwijl dat in de VS (35%), Griekenland (30%) enz. schrikbarend hoog ligt? In elk geval kunnen goede preventie-inspanningen tegen ongezonde gewoonten belangrijke (meer)uitgaven in het geheel van de gezondheidszorgen beperken.

Een gezonde levensstijl⁶: gezonde voeding, voldoende beweging, sociaal actief blijven, maximaal participeren aan de uitstekende preventieve gezondheidsinspanningen (preventieve screening op bepaalde kankers, diabetes, hart- en vaatziekten), absoluut afblijven van drugs en niet-medisch verantwoorde geneesmiddelen waarvan de actieve stoffen de bloed- en hersenbarrière overschrijden, is ook één

⁵ G. Noels, o.c., 84.

⁶ Naast de meer gekende factoren als leeftijd, geslacht (hersenziekten als dementie en Alzheimer komen meer voor bij vrouwen) en genetische voorbestemming.

16 van de vele sleutels om dé gezondheidsuitdaging van de toekomst: het voorkomen, vertragen of behandelen van hersenaandoeningen als dementie, aan te gaan. Voor een betere kennis van de omvang, de prevalentie, de vroegdetectie, het voorkomen, vertragen en behandelen, wie weet ooit genezen van hersenaandoeningen is nog veel meer onderzoek noodzakelijk. Toch is nu al duidelijk dat de impact van dementie wereldwijd aanzienlijk is en bovendien zal toenemen naarmate de levensverwachting stijgt. De menselijke en financiële kost voor de samenleving zal navenant toenemen⁷.

0.5 Samenhang tussen een goede gezondheid en een gezonde economie.

Een goede gezondheid is niet alleen een absolute randvoorwaarde voor ons geluksgevoel, welbevinden en welzijn. Een goede gezondheid van personen en gemeenschappen bepaalt ook (mede) de economische performantie en welvaart. Anders gezegd: onze welvaart versterken en verster-

⁷ Nu reeds gaat één derde van het budget voor de gezondheidszorg naar aandoeningen van de hersenen: C. Van Broeckhoven, *Brein & Branie. Een pionier in Alzheimer*, Amsterdam, Olympus, 2006, 194p. en in het bijzonder p. 131.

ken, impliceert dat we typische welvaartsziekten zoals stress, 17 obesitas, depressie, maar ook zelfmoord maximaal uit de wereld bannen en de symptomen c.q. voortekenen ervan onderkennen en bestrijden. Ze treffen immers vooral de – krimpende – actieve bevolking waardoor deze verder onder druk komt te staan. Daarom ook doen deze welvaartsziekten ons economisch de das om: zeker in een vergrijzings-scenario tasten ze onze economische veerkracht aan. Het komt er dus vooral op aan om de productiviteit en de economische groei te verhogen en te bestendigen op een manier dat de druk op de actieve bevolking houdbaar blijft⁸. Temeer omdat economische groei belangrijk is voor het betaalbaar houden van de zorg en meer in het algemeen voor het behoud van de sociaal-maatschappelijke verworvenheden van onze samenleving, die – al te makkelijk? – als evident worden aangezien. Dat is niet alleen een opdracht voor de hele zorgsector en de verschillende overheden, maar voor ieder van ons: elk gezin en de hele gemeenschap.

⁸ G. Noels, o.c., 70-72.

18 0.6 De wereld verandert

Komt daarbij dat het economische en politiek machts-evenwicht – of we dat nu willen of niet – onherroepelijk verschuift naar het Oosten en met name naar Azië⁹ en – zij het in mindere mate – naar Zuid-Amerika. Azië heeft niet enkel het kapitaal, maar ook de spirit, de enorme werkkraft, de openheid, de zin voor perfectie, de tomeloze en gedeelde ambitie, de mentale en fysieke ruimte, de daadkracht, fitheid en het lef om die nieuwe rol van mondiale grootmacht op en/of over te nemen. Eerder dan ons vruchteloos krampachtig proberen te verzetten tegen de nieuwe wereldorde, zoeken we best offensief en strategisch slim naar onze nieuwe plek. En dat veronderstelt keuzes met belangrijke consequenties, ook op het vlak van de organisatie én de “consumptie” van de gezondheidszorg.

⁹ K. Mahbubani, *De eeuw van Azië. Een onafwendbare mondiale machtsverschuiving*, Amsterdam, Nieuw Amsterdam Uitgevers, 2008, 336p; G. Noels, o.c. 85-137.

0.7 Enkele gevolgen voor de gezondheidszorg

19

Zoals gezegd is er een duidelijke link tussen de economische groei, de verdeling van de welvaart en de gezondheid van de bevolking. Naarmate de druk op onze economie op meerdere fronten stijgt onder meer door de toename van vooral dure, chronische leeftijd- en levensstijlziekten en een verschuiving van het economisch en politiek machtscentrum – die in de nieuwe opkomende landen overigens ook tot een spectaculaire gezondheidswinst zal leiden¹⁰, rijst de vraag naar een rationelere inzet van middelen en mensen: met evenveel of minder geld, een even grote of zelfs grotere gezondheidswinst realiseren. Het toenemend besef dat individuele keuzes en de gekozen levensstijl een grote impact hebben op ziekte en gezondheid, verscherpt allicht het debat over de eigen verantwoordelijkheid: moeten en zo ja in welke mate, mensen zelf ook (een deel van) de gevolgen van die levensstijl dragen? Zo zou het heffen van een gezondheidstaks – bovenop de accijnzen – op alcohol, tabak, extra vette en/of zoete producten... niet enkel het keuzepatroon kunnen beïnvloeden. Het is bovendien een erg nuttig instrument om “ongezond kiezende”

¹⁰ K. Mahbubani, o.c., 31.

20 consumenten extra te laten betalen voor de bijkomende gezondheidszorg die zij door hun consumptiepatroon op termijn allicht nodig zullen hebben. Om het effect ervan te verhogen, wordt de invoering van een dergelijke gezondheidstaks best begeleid door volgehouden informatiecampagnes.

Omgekeerd geldt dat wie meer (preventieve) gezondheidszorg wil consumeren dan evidence based voorgeschreven – één uitstrijkje per jaar, in plaats van het terugbetaalde om de drie jaar – daarvoor ook extra moet betalen. Mogen personen die geen gevolg geven aan een overheidsoproep om zich preventief te laten screenen, daarvoor - bovenop het eventuele leed dat zij in voorkomend geval al moeten ondergaan door een (niet) tijdig opgespoorde (levensbedreigende) aandoening - worden gesanctioneerd? Feit is dat bijv. de terugbetaling voor bepaalde tandheelkundige zorg een stuk lager ligt wanneer men nalaat om jaarlijks naar de tandarts te gaan!

Kortom, een meer efficiënte en effectieve gezondheidszorg moet en zal een “empowerment”-gedreven zorg zijn. Een gezondheidszorg die vertrekt van wat mensen zelf (moeten) weten, kunnen én doen om hun gezondheid maximaal te vrijwaren of te herwinnen. Het spreekt voor zich dat de

concrete vormgeving van een dergelijk beleid clement moet zijn. Het moet rekening houden met de eerder geschetste sociologische realiteit: hoe lager de scholing, hoe zwakker de arbeidsmarktpositie, hoe groter de statistische kans op gezondheidsproblemen en suboptimaal gebruik van de gezondheidszorg. Een bepaalde migratie-achtergrond verscherpt voormelde correlatie. Bovendien mag een dergelijke hervorming niet onrechtvaardig c.q. contraproductief “culpabiliserend” zijn: heel veel ziekten en aandoeningen overkomen mensen, ondanks een erg gezonde levensstijl en/of zonder aanwijsbaar verband met individuele keuzes of gedrag. Empowerment-gedreven zorg moet bovendien als een positief, constructief en oplossingsgericht en niet (zozeer) als bestraffend model worden uitgewerkt. Het zal bovendien maar werken als het goed inspeelt op de “te empoweren capaciteit” van mensen, al mag die dan weer nooit worden onderschat.

0.8 Zelfredzaamheid en solidariteit

Empowerment-gedreven zorg zet ook sterker in op “zelfredzaamheid” en “onderlinge solidariteit”, maar ook op kennis en de mogelijkheid tot het maken van een doordachte

22 keuze. Overheden moeten mensen maximaal de middelen aanreiken om mekaar bij te staan en te helpen in geval van nood. Zo beschikt België – gelukkig – over een uitstekende wet op orgaandonatie en -transplantatie. Iedereen is donor, tenzij hij/zij zich daar uitdrukkelijk tegen verzet. Post mortem kunnen familieleden van een overledene zich nog wel verzetten tegen het wegnemen van organen. In 12% tot 15% gebeurt dit – helaas – nog. Nochtans, elk orgaan kan een nieuw leven met een immense winst aan levenskwaliteit betekenen voor een patiënt die al jaren wacht op een donororgaan. Bovendien is het wegnemen van organen omgeven met de grootst mogelijke veiligheidswaarborgen (o.m. vaststelling van het overlijden door drie onafhankelijk van mekaar werkende artsen). Daarom kan iedereen zich ook expliciet laten registreren als donor: Hoe meer mensen daartoe worden uitgenodigd en er ook effectief op ingaan, hoe groter de gezondheidswinst voor de hele gemeenschap. Andere goede voorbeelden zijn: telefonisch reanimatieadvies, hartdefibrillatoren op openbare plaatsen, de jongerenkampen en vele cursussen EHBO in het bijzonder door het Rode Kruis enz.

0.9 Efficiëntere organisatie van de zorg... en de nood aan innovatie

23

Ook de organisatie van de zorg kan en moet anders. Aanbod genereert behoeften maar leidt niet per se tot gezondheidswinst. Bij wijze van voorbeeld: ons land telt maar liefst 29 gespecialiseerde hartcentra en is daarmee wereldrecordhouder! Wie weet dat artsen en centra een voldoende hoog minimum aantal ingrepen moeten halen om deze centra ook patiëntveilig uit te baten, begrijpt dat de normen in België ofwel te laag¹¹ liggen in vergelijking met relevante buitenlandse, ofwel de normen niet altijd worden gehaald^{12,13}. Een overaanbod dat zou leiden tot een nodeloze of nodeloos invasieve ingrepen is zonder meer onethisch en dus onaanvaardbaar. Een combinatie van de drie verklaringen ligt allicht nog meer voor de hand. Wat geldt voor de gespecialiseerde, zeer dure hartcentra geldt mogelijk ook voor andere complexe pathologieën,

¹¹ G. Berkenboom, Belgian Society of Cardiology position paper on heartcenters in Belgium, *Acta Cardiol*, 2009, 64 (4), 537-539.

¹² De klassieke cardiochirurgie stagneert al enige tijd en is in een recent verleden nog wat afgenomen (cf. Advies inzake de hervorming van het zorgprogramma 'cardiale pathologie', Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 11 maart 2010, p.12).

¹³ *Ibid*, p.7.

24 waarvoor een groter dan noodzakelijk en dus te duur (hyper)gespecialiseerd zorgaanbod is uitgebouwd. Heel wat ziekenhuizen hebben bovendien en zeer terecht met succes ingezet op een aanzienlijke professionalisering van hun management en organisatie. Allicht leidt dit tot – overigens begrijpelijke – ambities om steeds meer zorgprogramma's te kunnen aanbieden. Dit terwijl een meer betaalbare even performante zorg op macroschaal veel meer gebaat is bij een goede echelonnering, vormen van specialisatie in functie van speerpunten en geobjectiveerde excellentie én doorgedreven innovatie. Als technologiegedreven innovatief wetenschappelijk onderzoek leidt tot toepassingen en apparatuur die minstens even goede of betere diagnoses en therapieën met minder invasieve of dure technieken mogelijk maken dan wint de ziekteverzekering én de patiënt. Dit klemt des te meer nu een meer patiëntgerichte zorg vooral ook multidisciplinaire zorg in de thuisomgeving impliceert. Wie weet wordt het momenteel als een probleem gedefinieerde tekort aan sommige gespecialiseerde artsen in een niet al te verre toekomst niet zozeer een handicap maar een troef voor een effectieve, kostenefficiënte gezondheidszorg.

Ook de verdere switch van een prestatiegedreven financiering van de gezondheidszorg naar financiering in functie van de ultieme doelstelling van de ziekteverzekering en gezondheidszorg: gezondheidswinst, zal leiden tot grotere effectiviteit en efficiëntie.

“An ill, a pil”, voor elke ziekte een pilletje. Uit onderzoek en berichtgeving blijkt geregeld dat het geneesmiddelengebruik in ons land erg hoog is. Ook op dit vlak is een doorgedreven responsabilisering van patiënt, arts, apotheker én overheid noodzakelijk. Patiënten moeten goed, volledig en op een betrouwbare manier worden geïnformeerd¹⁴, hun behandeling goed volgen en niet koste wat het kost aansturen op het voorschrijven van medicatie voor aandoeningen of ziektes waarvoor geen medicatie moet of mag worden genomen. Artsen moeten zuinig en rationeel voorschrijven en geregeld heroverwegen of de voorgeschreven medicatie nog wel noodzakelijk is. Apothekers leveren waar mogelijk bij voorkeur generische producten af. De gewaardeerde en in de provincie Antwerpen sterk vertegenwoordigde farmaceutische industrie van haar kant, moet nog sterker

¹⁴ Bijvoorbeeld via de consumententak van het Belgisch Centrum voor evidence based medicine dat o.m. tot doel heeft om wetenschappelijke informatie over o.m. geneesmiddelen te vertalen op maat van de patiënt.

26 worden uitgedaagd om meer behoeftegestuurd in functie van reële noden en behoeften te functioneren. Bovendien moeten nieuwe geneesmiddelen beter op hun therapeutische meerwaarde worden getoetst.

De keuzes zullen politiek en maatschappelijk mogelijks zeer hard zijn. Gelukkig worden ook ontzettend veel instrumenten ontwikkeld om deze keuzes succesvol te maken¹⁵. Alles komt er nu op aan om deze instrumenten ook effectief en juist in te zetten. Van kapitaal belang zijn een kwaliteitsvol, specialismen overschrijdend elektronisch medisch dossier, waarin de bevoegde zorgverstrekkers alle medische informatie vinden m.b.t. de patiënt (welke arts(en) zijn wanneer geraadpleegd, resultaten van onderzoeken, voorgeschreven of lopende behandelingen, medische antecedenten, gebruikte geneesmiddelen...). Dergelijke instrumenten verhogen niet enkel de kwaliteit van de zorg, maar maken ook samenwerking, efficiënte en veilige communicatie tussen alle actoren in de gezondheidszorg mogelijk en dus afdwingbaar.

¹⁵ De PACS (Picture Archiving and Communication Systems) en geïntegreerde IT-oplossingen voor ziekenhuizen van o.m. wereldleider AGFA Healthcare kunnen hierbij allicht niet enkel voor ziekenhuizen en artspraktijken maar mogelijk ook in het raam van een efficiënte, effectieve en kennisgedreven gezondheidszorg een belangrijke rol spelen. Ook de patiënt heeft voordeel bij een dergelijke, geïntegreerde aanpak.

Het is bovendien hét middel bij uitstek om overconsumptie in de gezondheidszorg tegen te gaan. Zo zou geen enkele patiënt zich nog bij meer dan één arts, mogelijks zelfs op één en dezelfde dag mogen kunnen aanmelden om toch maar een ziektebriefje en/of geneesmiddel te krijgen. Zo zou geen arts nog een (technisch) medische prestatie mogen verrichten zonder voorafgaande raadpleging van het elektronisch medisch dossier. Zo zou een arts alvorens een geneesmiddel voor te schrijven moeten nagaan of de patiënt niet reeds te veel en/of analoge geneesmiddelen neemt. Kortom, een elektronisch medisch dossier moet artsen en ziekenhuizen ervan weerhouden om zonder goede reden een reeds elders uitgevoerd onderzoek te herhalen.

Voorbeelden van andere mogelijke toepassingen zijn: een elektronisch netwerk met diensten ter ondersteuning van de thuiszorg, als hulpmiddel voor een meer “empowerment-gedreven” zorg; het elektronisch voorschrift, waarbij het voorschrift van de arts meteen wordt doorgestuurd naar een vaste apotheker... Een dergelijke informatisering van de zorg biedt bovendien een schier oneindige waaier aan mogelijkheden om een echt kennisgestuurde gezondheidszorg uit te bouwen. Zo wordt het mogelijk om van afgebakende gemeenschappen gezondheidsprofielen te

27

28 maken en meer gerichte preventie te organiseren.

Geanonimiseerd en op meso- resp. macroschaal kan deze kennis ook worden gebruikt om voorschrijfprofielen van artsen te kennen én als basis voor een objectieve en goede benchmark tussen gezondheidsinstellingen. Transparante en toegankelijke kennis over de kwaliteit van ziekenhuizen en hun resp. diensten zou moeten leiden tot kwaliteitsgedreven verwijzingen en keuzes voor zorginstellingen resp. diensten. Minstens even belangrijk zijn de mogelijkheden van kennis- en ervaringsuitwisseling.

Nog meer strikt gezondheidszorg gerelateerd is innovatief wetenschappelijk en translationeel onderzoek om de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische toepassingen te dichten. Dergelijke noodzakelijke investeringen, die in een eerste fase een uitgave betekenen, betalen zich doorgaans méér dan terug in de vorm van betere resultaten: grotere gezondheidswinst en betere overlevingskansen door minder invasieve ingrepen.

0.10 Samenhang met andere beleidsdomeinen

29

“Gezondheid” en “gezondheidszorgbeleid” kunnen uiteraard ook nooit los worden gezien van andere beleidsdomeinen zoals verkeersveiligheid (omwille van de vele trauma’s die het verkeer jaarlijks blijft veroorzaken); leefmilieu, stedenbouw, ruimtelijke ordening, mobiliteit en woonbeleid (omwille van de impact van de leefomgeving op de gezondheid); onderwijs, onderzoeks- en arbeidsmarktbeleid (omwille van de samenhang tussen het opleidingsniveau resp. sociaal-economische status en de gezondheidstoestand van mensen); wetenschaps- en innovatiebeleid; voedselveiligheidsbeleid (omwille van de evidente reden dat onveilig voedsel ziekte en zelfs de dood kan veroorzaken)...

In de veiligheidsrede van vorig jaar merkte ik op dat “veiligheid” een “intrinsieke kwaliteitseis” hoort te zijn die deel uitmaakt van nagenoeg elk beleid, zodat reeds bij de conceptie van nieuwe beleidsbeslissingen in om het even welk beleidsdomein meteen ook rekening moet worden gehouden met de effecten ervan op de maatschappelijke- en persoonsveiligheid. Welnu, voor “gezondheid” en “gezondheidszorg” zou eigenlijk hetzelfde moeten gelden.


De themarede van dit jaar gaat dieper in op al deze bevindingen en lardeert ze – voor zover beschikbaar – met het nodige provinciale cijfermateriaal. Ze zoomt ook in op een selectie van regionale en lokale initiatieven.

In een eerste hoofdstuk schetsen we het theoretische kader en de voorwaarden voor een streven naar evenwichtige gezondheidsdoelstellingen. We besteden veel aandacht aan hoe persoonlijke keuzes ons gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. We gaan ook in op de "financiering van de gezondheidszorg" en de "toegang van allochtone bevolkingsgroepen tot het gezondheidsaanbod in onze regio". Verder brengen we het bestaande zorgaanbod binnen onze provincie en haar geografische spreiding in kaart. Dat is onder meer relevant bij de bespreking van de toekomstige huisvestingsuitdagingen voor de nieuwe generaties ouderen. Het is ook nuttig bij de bespreking van de basisaanbod gezondheidszorg en voor de psychische en palliatieve begeleiding van patiënten.

We verzamelden deze gegevens door verschillende, Vlaamse gezondheidsdatabanken voor zover ze werken

met gegevens van de officiële, erkende instellingen, te combineren. Daarom moeten we de interpretatie van deze data geregeld relativeren. Kwantiteit in het zorgaanbod is namelijk geen geschikte maatstaf voor de kwaliteit van een voorziening. De belangrijkste bekommernis blijft: geeft het bestaande aanbod een afdoend (niet te weinig, maar ook niet teveel) antwoord op de reële en geobjectiveerde zorgbehoefte van (toekomstige) patiënten en ouderen? Ervan uitgaande dat het niet de bedoeling kan en mag zijn dat de burger voor elke zorgnood automatisch alles mag verwachten van de gemeenschap. Ook van hem of haar wordt een actieve inbreng en een grote verantwoordelijkheid verwacht. Daarmee komen we bij een belangrijke rode draad doorheen deze rede: de nadruk op de verantwoordelijkheid die we zelf als burgers dragen en het engagement dat we dagelijks moeten opnemen om een gezonde levensstijl – die ons o.m. beschermt tegen ziekte en depressie – te kiezen en vol te houden.

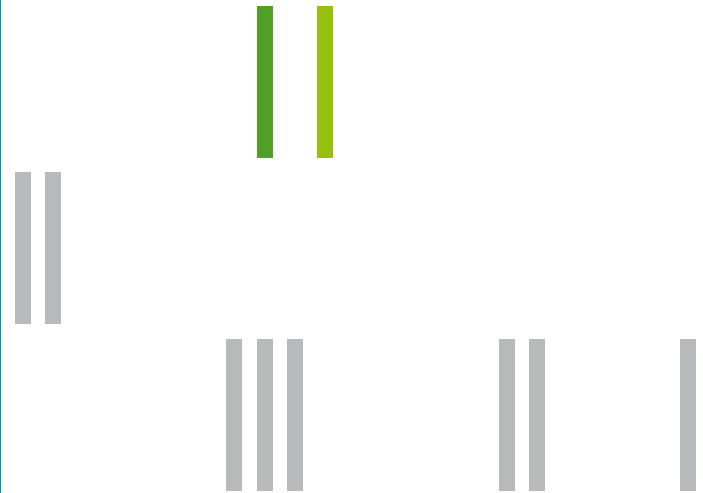
In het tweede hoofdstuk geven we een bondige stand van zaken van enkele chronische en acute aandoeningen in de provincie Antwerpen. Voorts geven we een overzicht van het bestaande huisartsen- en specialistenkorps. Eventuele blinde vlekken en tekorten preciseren we.



32 In het verleden hebben de provincies en in het bijzonder ook de provincie Antwerpen zeer belangrijke, al dan niet projectmatige initiatieven genomen en/of ondersteund op het vlak van welzijn en gezondheidszorg. Voor de zogenaamde “persoonsgebonden aangelegenheden als welzijn, cultuur, onderwijs en ontwikkelingssamenwerking” staan de bevoegdheden van de provincies zwaar ter discussie in het debat over de interne staatshervorming. Niet de inhoud noch de grote maatschappelijke waarde van initiatieven als het Centrum voor Metabole Aandoeningen, het GielsBos, en vele andere welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, diensten en projecten staan ter discussie, wel de rol van de provincies als initiatiefnemers, vormgevers en exploitanten ervan. Bijgevolg rijst de vraag of en wie deze rol op een meer performante en efficiënte manier kan en zal opnemen. Het derde en laatste hoofdstuk is gewijd aan beleidsaanbevelingen en suggesties om ons gezondheidsbeleid met als doelstelling: *Antwerpen een geestelijk en lichamelijk gezonde(re) provincie*, te realiseren. We zoomen daarbij vooral in op wat we zelf nog beter moeten doen, zonder daarbij de globale focus uit het oog te verliezen.



I. Actuele tendensen





Fietsende rolstoelpatiënten: Provinciale dienst Sport en Recreatie, provincie Antwerpen

Streekproducten: Provinciale dienst Landbouw- en
Plattelandsbeleid, provincie Antwerpen





Kempen Goed

Kaasboerderij de Ruurhoeve

Streekproducten: Provinciale dienst Landbouw- en Plattelandsbeleid, provincie Antwerpen



Cannabis en alcoholglas: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen vzw



I.1 Goede gezondheid als waarde op zich én als randvoorwaarde voor welvaart en welzijn

47

Gezondheid is een noodzakelijke randvoorwaarde voor onze zelfontplooiing. Controle en ruimte voor zelfontplooiing dragen bij tot een goede gezondheid¹⁶. In enge zin verwijst "gezondheid" naar de afwezigheid van ziekte, handicap of gebrek. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid terecht veel breder als een "toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn". Om optimaal te kunnen functioneren en van volwaardige gezondheid te kunnen spreken, moeten lichaam en geest in balans zijn. Die psychosomatische eenheid kenmerkt de mens¹⁷.

Gezondheid is niet alleen een *waarde* die in onze samenleving zeer hoog staat aangeschreven, maar is ook een belangrijke *norm* binnen de gemeenschap. Ze appelleert aan een opdracht voor elke burger om een actieve bijdrage te leveren aan de samenleving. En dat veronderstelt o.m. ook een goede gezondheid: vanuit de gemeenschap heerst een

¹⁶ M. Marmot, o.c., 336p; WhithallIpapers: <http://www.ucl.ac.uk/whitehallII/>

¹⁷ <http://www.who.int/en/> Zie ook: R. Schepers, *Ziekte en zorg: Inleiding in de medische sociologie*, Leuven, Uitgeverij Acco, 2007, 43-49.

48 min of meer bindende verwachting dat eenieder gezond moet zijn, blijven of het tenminste opnieuw moet worden. Het is als het ware een nieuwe, fundamentele burgerplicht¹⁸ waarnaar elke burger, binnen de grenzen van zijn mogelijkheden, moet streven. Of dat 'weten' ook leidt tot consequent gezond handelen en doen, is uiteraard een andere zaak maar daarover later meer. Volgens de Vries is "gezondheid ook bij ons de nieuwe beschavingsnorm geworden, die zich het eerst en het sterkst gestileerd heeft bij de leden van de professionele middenklasse en zich van daaruit in steeds bredere sociale kringen heeft verspreid¹⁹". Een fatalistische berusting in het eigen lot zoals we die o.m. kennen uit de Middeleeuwen heeft reeds lange tijd plaats geruimd voor de wil om te genezen of beter te worden. Het vermijden van gezondheidsrisico's in onze samenleving is dan ook nauw verwant met de heersende opvattingen over geneeskunde en zorgverlening.

Waar tot de achttiende eeuw de symptomale geneeskunde de heersende norm was (de geneesheer schreef ziekte in

¹⁸ R.Laermans, *Individueel vlees, Over lichaamsbeelden*, Amsterdam, De Balie, 1993, p. 9.

¹⁹ De Vries, *Wordt gezondheid een verdienste?* In: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 26, 1999 (3) geciteerd in R. Schepers, o.c; 45.

die tijd toe aan een verstorning van het humorale systeem (cfr. Hippocrates en Galenus), maakte zij in de negentiende eeuw, onder invloed van de ontwikkeling van de natuurwetenschappen, plaats voor het biomedische model. Kenmerkend voor deze visie is dat, in tegenstelling tot wat medici aanvankelijk dachten, lichaam en geest afzonderlijk kunnen worden behandeld. Toch kwam er vanaf de jaren zeventig van vorige eeuw kritiek op wat men later de "reguliere geneeskunde" ging noemen. De voornaamste oorzaak was dat de verklaringen van ziekte zich overwegend richten op louter biologische factoren en dat de sociale en psychologische factoren alsook de sociaal-economische invloeden op ziekte worden onderschat. Daarom werd de reguliere of "klachtgebonden" geneeskunde sinds de opkomst van de verzorgingsstaat verrijkt met preventieve geneeskunde, die zich voornamelijk concentreert op risicofactoren. Het onderscheid tussen de klachtgebonden en risicogeorïenteerde geneeskunde is aldus vervaagd. Aan de hand van prognoses en dankzij de uitbreiding van onze kennis over o.m. genetische aanleg kunnen steeds meer risicofactoren voor ziekte in kaart worden gebracht. Tegelijk vergroot de kans op gezondheidswinst, zeker bij ernstige aandoeningen en levensbedreigende erfelijke ziekten. Uiteraard rijzen ook scherpe ethische vragen alsook nieuwe angsten.

50 In mijn rede van vorig jaar, *De angst voorbij*, ging ik reeds dieper in op onze verhoogde gevoeligheid voor angst en gevaar die vooral het Westen lange tijd bepaalt/heeft bepaald²⁰. Die evolutie gaat/ging gepaard met de opkomst van de "risicosamenleving". De aard van risico's in onze samenleving is gewijzigd, aldus de Duitse socioloog Ulrich Beck. Zonder de impact van natuurlijke gevaren zoals aardbevingen en vulkaanuitbarstingen te onderschatten, gaat het nu veelal om onzekerheden die voortkomen uit sociale resp. mondiale transities en/of bepaalde ontwikkelingen van wetenschap en technologie. Kenmerkend voor dergelijke risico's is dat ze vaak worden ervaren als ongrijpbaar, onbeheersbaar en onmeetbaar. Ze zijn bovendien ook niet begrensd in tijd en ruimte en dat geldt per definitie ook voor ziekte en gezondheid. Een onheilspellende diagnose kan ons als het ware op elk moment letterlijk boven het hoofd 'hangen' en ons leven voor onbepaalde tijd drastisch omgooien. Uitgerekend met die onzekerheid en dat gebrek aan controle kunnen we moeilijk leven. En voor wat we wel zouden moeten kunnen beheersen, ontbreekt ons – in een algemene context van overvloed – vaak het nodige karakter

²⁰ Volgens sommige wetenschappers breken weer hoopvollere tijden aan en is de "normaalangst" op zijn retour: H. Gaus, Weg met het doemdenken, er komen leuke tijden, in *Trends*, 15 tot 28 juli, 22-26.

of de volgehouden wil. Om enigszins vat te krijgen op de grilligheid van het lot en de onvoorspelbaarheid van ziekte en gezondheid, zoeken we vaak naar alternatieven om onze inspraak in onze gezondheidstoestand te vergroten. De oprichting van patiëntenverenigingen en een verhoogde kritische ingesteldheid tegenover artsen en zorgverleners zijn daarvan allicht het gevolg. Naast deze – gunstige – evolutie kan de slinger ook doorslaan tot een blind geloof in ongeoorloofde praktijken, waarbij patiënten door hun wanhoop als willoos slachtoffer worden gepluimd.

Gaan we voort op de gemiddelde levensverwachting in België die alsmaar blijft stijgen, dan blijkt overdreven angst alvast ongegrond en valt het met die gezondheidsbedreigingen redelijk mee. Een stijgende levensverwachting vergroot op zijn beurt bepaalde gezondheidsrisico's (acuut of chronisch) en verandert het aangezicht van de zorg. De levensverwachting bij de geboorte is, samen met andere indicatoren, een goede demografische barometer voor de levensomstandigheden en de gezondheid van de bevolking in België. Ze weerspiegelt de structurele veranderingen bij de bevolking, de vooruitgang inzake gezondheid, de gewijzigde levensstijl en de sociaal-economische levensomstandigheden in het algemeen.

52 Uit onderstaande tabel blijkt dat voor de periode 2005-2006 de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in België 77,01 jaar voor mannen bedroeg en 82,65 jaar voor vrouwen. In 2005 lagen die cijfers nog net iets lager op respectievelijk 76,64 en 82,36 jaar. Voor beide geslachten is er met andere woorden een toename van de levensverwachting bij de geboorte met meer dan een kwartaal. De vermindering van de leeftijds kloof tussen beide geslachten zet zich ook gestaag door. Deze vermindering wordt verklaard door de veranderende arbeidsmarkt en de sociale positie, waarbij – op generatieniveau – de genderverschillen geleidelijk aan verminderen.

Deze evolutie blijkt ondermeer uit de prognosecijfers voor 2050: dan zou de gemiddelde vrouw 88,88 jaar oud worden terwijl de gemiddelde man al gauw de leeftijd van 83,90 jaar zal bereiken. Wat ook opvalt, zijn de grote verschillen per gewest. Het Vlaamse Gewest heeft zo de hoogste levensverwachting met 82,32 jaar bij de vrouwen en 78,08 bij de mannen.

In het Waalse Gewest is dat respectievelijk 81,64 en 75,09 en 81,99 en 76,90 voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

53

Evolutie van de levensverwachting bij de geboorte, per geslacht, 2004, 2005 en 2006, België

Levensverwachting bij de geboorte Berekeningen over één jaar	2004	2005	2006	Evolutie in dagen 2005-06
België				
mannen	76,47	76,64	77,01	135
vrouwen	82,36	82,36	82,65	106
verschil tussen vrouwen en mannen	5,89	5,72	5,64	

Bron: FOD Economie- Algemene Directie, Statistiek en Economische Informatie, www.statbel.fgov.be en meer specifiek: http://statbel.fgov.be/nl/binaries/pr120_nl%5B1%5D_tcm325-32229.pdf

Evolutie van de levensverwachting bij de geboorte per geslacht, 2003-2005 tot 2004-2006, provincies

Levensverwachting bij de geboorte Berekening over drie jaren	2002-2004	2003-2005	2004-2006	Evolutie in dagen
Antwerpen				
mannen	77,33	77,72	78,00	102
vrouwen	82,24	82,44	82,71	99
verschil tussen vrouwen en mannen	4,91	4,72	4,71	
Vlaams-Brabant				
mannen	77,54	77,76	78,29	193
vrouwen	82,80	83,08	83,49	150
verschil tussen vrouwen en mannen	5,26	5,32	5,20	
West-Vlaanderen				
mannen	76,83	77,25	77,66	150
vrouwen	82,38	83,12	83,52	146
verschil tussen vrouwen en mannen	5,55	5,87	5,86	
Oost-Vlaanderen				
mannen	76,42	76,77	77,04	99
vrouwen	82,22	82,47	82,72	91
verschil tussen vrouwen en mannen	5,80	5,70	5,68	
Limburg				
mannen	77,01	77,52	78,13	223
vrouwen	82,42	82,63	83,07	161
verschil tussen vrouwen en mannen	5,41	5,11	4,94	
Waals-Brabant				
mannen	76,63	76,99	77,61	226
vrouwen	82,29	82,72	83,20	175
verschil tussen vrouwen en mannen	5,66	5,73	5,59	

Levensverwachting bij de geboorte Berekening over drie jaren	2002-2004	2003-2005	2004-2006	Evolutie in dagen
Henegouwen				
mannen	73,07	73,37	73,71	124
vrouwen	80,61	80,79	81,02	84
verschil tussen vrouwen en mannen	7,54	7,42	7,31	
Luik				
mannen	74,60	74,92	75,33	150
vrouwen	80,91	81,10	81,44	124
verschil tussen vrouwen en mannen	6,31	6,18	6,11	
Luxemburg				
mannen	74,59	74,77	74,82	18
vrouwen	81,61	81,57	81,74	62
verschil tussen vrouwen en mannen	7,02	6,80	6,92	
Namen				
mannen	73,76	74,08	74,46	139
vrouwen	81,00	81,24	81,50	95
verschil tussen vrouwen en mannen	7,24	7,16	7,04	

Bron: FOD Economie- Algemene Directie, Statistiek en Economische Informatie, [www.statbel.fgov.be](http://statbel.fgov.be) en meer specifiek: http://statbel.fgov.be/nl/binaries/prl120_nl%5B1%5D_tcm325-32229.pdf

56 Wat betekenen die cijfers nu voor de provincie Antwerpen?

In de periode 2004-2006 bedroeg de gemiddelde levensverwachting voor mannen 78 jaar en die voor vrouwen 82,71 jaar. De provincie bevindt zich dus net onder de Vlaamse gemiddelden maar situeert zich wel boven de nationale gemiddelden. Bovendien is het verschil tussen vrouwen en mannen het kleinst in de provincie Antwerpen met 4,71 jaar en het grootst in de provincie Henegouwen met 7,31 jaar. De levensverwachting voor vrouwen ligt het hoogst in de provincies West-Vlaanderen en Limburg. Mannen in de provincie Vlaams-Brabant, op de voet gevolgd door Limburg, hebben de hoogste levensverwachting.

We worden niet alleen ouder; we sterven voor een groot deel ook aan andere ziekten dan pakweg een eeuw geleden. Kortom, het ziektepatroon verschuift drastisch naar chronische en degeneratieve ziekten. Een deel van de gewonnen levensjaren brengen we dus niet per definitie in goede gezondheid door. In België is er qua geslacht ook een verschil in doodsoorzaken. Zo waren tot 2004 hart-en vaatziekten de meest voorkomende doodsoorzaak bij zowel mannen als vrouwen. In 2005 stierf 32,5% van de mannen ten gevolge van kankers. 31% van de overleden mannen stierf ten gevolge van een cardiovasculaire aandoening.

13% als gevolg van een ziekte van het ademhalingsstelsel.

Bij vrouwen zien we net de omgekeerde tendens: 36% van hen leed op het ogenblik van overlijden aan een hart-en vaatziekte, terwijl 25% leed aan kanker en 10% aan een ziekte van het ademhalingsstelsel²¹. Naast natuurlijke sterfgevallen, bestaan er ook gewelddadige. 5,5% van alle sterfgevallen werd in 2007 veroorzaakt door uitwendige doodsoorzaken. Bij zowel mannen als vrouwen zijn ze tot de leeftijd van respectievelijk 49 en 39 jaar belangrijker dan de hierboven vernoemde categorie van natuurlijke doodsoorzaken. Zelfdoding en verkeersongevallen zijn in deze categorie de belangrijkste oorzaken van sterfte op vooral jonge leeftijd. Zowel bij jongens als bij meisjes tot 10 jaar zijn vervoer- en andere ongevallen doorslaggevend. Bij mannen tussen 25 en 49 jaar is zelfdoding dé eerste doodsoorzaak. Bij vrouwen is dat het geval tussen de leeftijd van 20 en 39 jaar.

Deze harde cijfers sterken ons in ons engagement om keihard te blijven inzetten op regelmatige verkeerscontroles en op preventieve sensibiliseringcampagnes met als doel het stijgende aantal slachtoffers van verkeersongevallen en zinloze sterfte door suicide terug te dringen.

²¹ Volgens cijfers van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid voor het jaar 2007.

58 1.2 Stress en andere uitdagingen voor geestelijk evenwicht en rust

Niettegenstaande de wereldwijde economische en politieke machtsverschuiving hoort West-Europa bij de beste plekken ter wereld om geboren te worden. En toch lopen we – enigermate gechargeerd – op de toppen van onze tenen, doodmoe en gestresseerd. Symptomen zijn o.a. lage rugpijn, slaapproblemen, druk op de borstkas, woedeaanvallen, angst. Als de dokter geen exacte diagnose kan stellen, schrijven we de klachten toe aan stress. Wist voor enkele decennia haast niemand wat het woord 'stress' betekende, dan heeft iedereen er nu in min of meerdere mate last van. Stress: 'druk of spanning', is een verzamelnaam voor allerlei spanningen die we in ons dagelijks leven ervaren. Ze verstoren het evenwicht tussen draaglast en draagkracht van een persoon²² en dat uit zich op drie verschillende niveaus namelijk lichamelijk, psychisch en gedragsmatig²³. Deze benadering past binnen de brede definitie van de WHO van "gezondheid". In een veeleisende maatschappij die o.m. steunt op

²² M. Van Kampen & M. Vervaeke, *Stress: preventie, reductie en ontspanning. Twaalf methoden*, Leuven/Voorburg, Acco, 2008, 16.

²³ *Ibid.*, 18

59 autonomie, flexibiliteit, presteren, stiptheid, ambitie, goed voorkomen en materiële welstand is stress het probleem van de tijd. Een beetje acute stress is niet slecht. Het zorgt ervoor dat we objectieven stellen en bereiken. Maar een chronisch stresssyndroom is mentaal en fysiek zo belastend dat wie eraan lijdt er echt ziek van wordt. Wij sterven niet meer aan cholera en de pest, maar lijden wel aan stress, burn-out en bore-out of – meer gekend – een midlifecrisis met een dalende productiviteit, of in het ergste geval zelfs een depressie tot gevolg. Bekijken we stress vanuit een economisch standpunt, dan valt op dat de symptomen en klachten die ermee gepaard gaan onze maatschappij handenvol geld kosten.

Stress spaart ook kinderen en jongeren niet. Een grootschalige pilootstudie onder leiding van stress-specialist Luc Swinnen bracht aan het licht dat maar liefst 32% van de Vlaamse kinderen ofwel 1 op de 3 kinderen regelmatig kampt met stress en angst²⁴. Net zoals de groep singles, glijpen kinderen bij stressenquêtes traditioneel door de mazen van het net, iets wat de initiatiefnemers van deze peiling bij 1377 jongeren in 18 verschillende scholen wilden vermijden.

²⁴ K. Van Hoorick, *Een op drie kinderen kampt met stress*, artikel uit *Gazet van Antwerpen* van 30/04/2010, 10.

60 Net zoals bij volwassenen manifesteert stress zich in verschillende gradaties en met wisselende symptomen gaande van aanhoudende gezondheidsklachten zoals buik- en hoofdpijn, slaapproblemen, inefficiënt studeren tot zelfs schoolverzuim. Aangepaste hulp blijft nog te vaak uit waardoor het stressprobleem bij kinderen niet altijd wordt erkend. Ouders die toch de weg vinden naar een specialist, zitten daar vaak niet alleen. In hun consultatieruimte merken artsen ook een onrustwekkende verdubbeling van het aantal dertigers met burn-outs op. Dit kan erop wijzen dat mensen op steeds jongere leeftijd worden blootgesteld aan stress. Factoren die stress bij kinderen in de hand kunnen werken zijn onder meer het gedrag van de ouders -dat kinderen vaak kopiëren - maar ook de gezinssamenstelling en een drukke tot overvolle sociale agenda.

Opvallend is ook dat stress en angst doorgaans meer voorkomen bij meisjes dan bij jongens en dat het stressniveau daalt naarmate men ouder wordt. Dat is ook hormonaal bepaald: meer testosteron remt de angstreflex af. In dat opzicht lijken kinderen de trends op latere volwassen leeftijd te bevestigen. Een positieve ingesteldheid, gevoel voor humor en voldoende relativiseringsvermogen in combinatie met een sterk gevoel van zelfwaarde, positief leren omgaan

met falen, voldoende rustmomenten én voldoende sociale contacten zijn de meest efficiënte wapens in de strijd tegen stress.

1.2.1 Tabak, alcohol, drugs en de verslavingsproblematiek

Vooraf wie graag flirt met wat verboden is, op zoek gaat naar kicks, er niet in slaagt de stress en de druk die de maatschappij hem oplegt te relativiseren of in perspectief te plaatsen, dreigt te kiezen voor één of andere vorm van verslaving om aan de existentiële zorgen, conflicten en onvrede te ontsnappen²⁵. Een vlucht in roesmiddelen zoals dat bij een drugs- of alcoholverslaving het geval is, komt het vaakst voor. Ook eet- en gokverslavingen nemen toe. De laatste jaren ging in het maatschappelijke debat vooral veel aandacht naar de vraag wat mag en wat niet mag, zo bleek uit de discussies over coffeeshops, rookverbod in cafés of de verkoop van breezers en alcoholpops aan minderjarigen. Vaak werd de hoofdzaak vergeten: of het nu wel of niet verboden is door de wet: roken, drinken en drugs gebruiken, blijft uitermate schadelijk voor de gezondheid.

²⁵ Th. Dalrymple, *Drugs: de mythes en de leugens*, Nieuw Amsterdam Uitgevers, Amsterdam, 2006, 8.

62 Ook daarom proberen we de verantwoordelijkheid van de burger aan te scherpen. Met wekelijkse WODCA-controles willen we chauffeurs onder invloed van drugs en alcohol van de weg halen en houden. Dit repressieve beleid heeft de bedoeling om op korte termijn het aantal ongevallen terug te dringen en de bevolking te responsabiliseren. Bovendien geven we een meer algemene boodschap: drugs, nee dankt! En, als je drinkt, doe het dan met mate en neem nooit de wagen! Zo willen we chauffeurs o.m. confronteren met onverantwoordelijk (rij) gedrag. In samenwerking met de Universiteit Antwerpen en de Antwerpse hogescholen trachten we jongeren ook te waarschuwen voor dronken fietsen evenals voor meerijden met een dronken chauffeur. Uit een ruime enquête bleek immers dat jongeren zich onvoldoende bewust zijn van de gevaren die ze in beide gevallen lopen²⁶.

Voorts draagt de provincie bij tot de coördinatie van de drugpreventie. De afstemming tussen de verschillende

²⁶ Prof. dr. G. Van Hal et alii, *De attitude van de Antwerpse studentenpopulatie tegenover alcoholtesters en rijden onder invloed: de onderzoeksresultaten van een online-vragenlijst, uitgevoerd door de Universiteit Antwerpen in opdracht van gouverneur Cathy Bex van de provincie Antwerpen, april 2010, 43p.*

zorginstellingen voor verslavingsproblemen is daarbij een belangrijke prioriteit. Definitieve ontwenning moet de belangrijkste en ultieme doelstelling van hulpverleners én verslaafden zijn. Onlangs nog ontwikkelde de dienst Welzijn en Gezondheid een snelle drugscanner die een objectieve inschatting maakt van de aard en de ernst van de drugproblemen van de verslaafde²⁷. Ter ondersteuning van het drugsbeleid werd ook het Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen (PPMPA) opgericht dat als theoretische eenheid mensen uit verscheidene disciplines samenbrengt om te werken rond diverse drugsthema's. Zo vonden drie vooraanstaande overlegplatforms: de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), de Stichting Welzijnszorg Provincie Antwerpen (SWPA) en het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) elkaar in een open overlegruimte waarbij naast inhoudelijk werk ook aandacht wordt besteed aan de ontmoeting met andere collega's uit het werkveld. Daarbij kunnen ze rekenen op de steun en de expertise van goed samenwerkende, regionale preventiewerkers.

²⁷ Te raadplegen via: <http://www.provant.be/welzijn/gezondheid/verslavingen/drugscanner/index.jsp>

64 Een dergelijk netwerk – dat gefocust blijft op afkicken en duurzame ontwenning – blijkt noodzakelijk, zeker ook voor jongeren, zo blijkt uit de cijfers.

Cannabis blijft de meest gebruikte drug bij jongeren tussen 11 en 22 jaar; zo blijkt uit het Belgisch Nationaal Drugsrapport van 2009²⁸. In 2008 beweerde 7,6 % van de jonge Vlamingen tussen de 11 en 22 jaar in de voorgaande maand cannabis te hebben gebruikt, waarvan 2,1 % ook minstens één andere illegale drug gebruikte. In vergelijking met 2007 is de frequentie van het cannabisgebruik bij jongeren tussen 12 en 17 jaar in 2009 ook fors gestegen zoals blijkt uit een enquête van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO)²⁹. Jongeren beginnen er ook steeds vroeger mee: het eerste gebruik heeft gemid-

²⁸ *Cannabis nog altijd de meest gebruikte drug onder jongeren*, De Standaard, 05/03/2010, http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20100305_063. Op website http://www.belgium.be/nl/nieuws/2010/news_drugsrapport.jsp, kan het Belgisch Nationaal Drugsrapport van 2009 worden gedownload: http://www.iph.fgov.be/reitox/Publications/Belgian_National_Report_on_Drugs_2009.pdf. Zie ook: L. Maes en C. Vereecken, *studie Jongeren en Gezondheid*, Gent, Universiteit Gent, 2006, 80p. En G. Van Hal et alii, *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik bij Antwerpse studenten*, Antwerpen, Universiteit Antwerpen,, 2006, 72-75.

²⁹ <http://www.oivo-crioc.org/files/nl/4747nl.pdf>

65 deld plaats op twaalfjarige leeftijd en bij zestienjarige is het verbruik het hoogst. Jongens gebruiken vaker dan meisjes. Voorts is het aantal jongeren dat zware drugs zoals ketamine, heroïne, XTC, amfetamines en cocaïne of crack gebruikt, explosief gestegen tegenover drie jaar geleden. Verontrustend daarbij is dat het bij een groot deel van de gebruikers niet gaat om eenmalig gebruik. Een mogelijke verklaring moet volgens het OIVO worden gezocht in het feit dat druggebruik vaak wordt gebanaliseerd en gerelativeerd o.a. onder invloed van de media. Van de gezondheidsrisico's is men zich niet of amper bewust. Laat staan dat men ernaar handelt. Het gevoel dat 'iedereen gebruikt' heeft bovendien een drempelverlagende werking. Ook onverantwoord voorbeeldgedrag van idolen uit de muziek-, film- en gamewereld verlagen de drempels voor drugs³⁰. In 2006 had reeds 26% van de Antwerpse jongeren uit het secundair onderwijs reeds cannabis geprobeerd en dat was opvallend meer het geval bij jongens (32%) dan bij meisjes (20%). Vooral bij de 17-18-jarigen zien we een sterke stijging van de cannabisgebruikers (24% van de jongens en 14% van de meisjes).

³⁰ *Zwaar drugsgebruik bij jongeren stijgt explosief*, De Standaard, 17/03/2010, http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=DMF20100317_015.

66 Maar ook alcohol rukt bij de jeugd op als ultiem genots- en roesmiddel. Hoewel 83% van alle Belgische jongeren beseft dat overmatig gebruik van alcohol schadelijk is voor de gezondheid, drinken ze voor de eerste maal als ze gemiddeld 11 jaar en 5 maanden oud zijn. In de meeste gevallen krijgen jongeren hun eerste glas thuis aangeboden als onderdeel van een familiaal en sociaal initiatieritueel. Ook de vriendenkring moedigt jongeren aan tot alcoholconsumptie. De resultaten van het allereerste onderzoek naar het fenomeen "comazuipen" of "binge drinking" in België liegen er niet om: één op de acht jongeren tussen 15 en 24 jaar nuttigt minstens één keer per week zes glazen alcohol op één avond³¹.

Volgens experts is dit een meer dan verontrustende vaststelling, zeker als je bedenkt dat het risico op langdurige verslaving zo des te groter wordt. Bier, wijn, alcopops maar ook sterkere drank al dan niet vermengd met frisdrank en cocktails zijn erg populair.

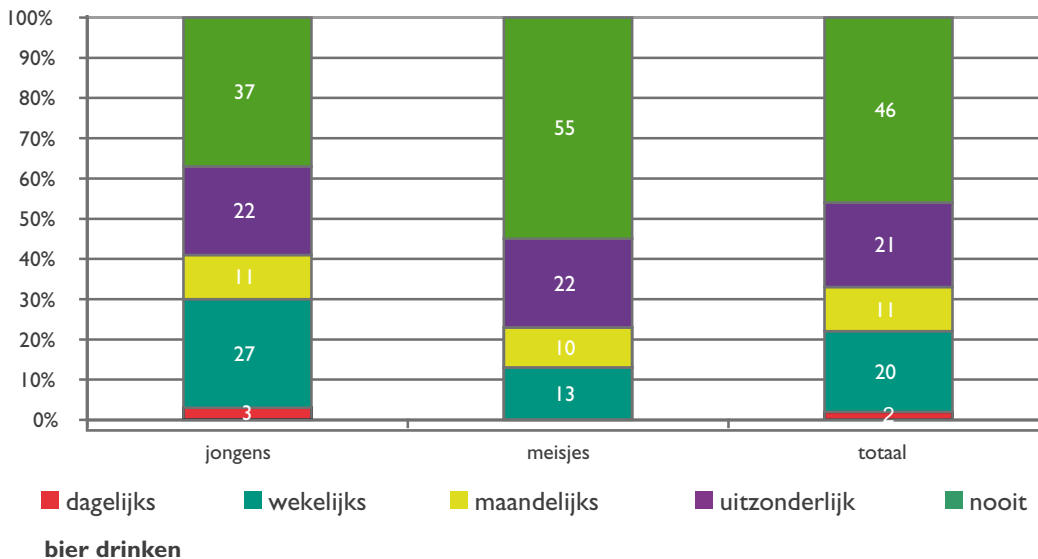
Tweederden van de jongeren tussen 10 jaar en 17 jaar heeft reeds alcohol geprobeerd. Van de tienjarigen is dit een vierde. Bij de zeventienjarigen gaat het om 88%.

³¹ *Eén op de acht jongeren doet aan comazuipen*, artikel uit *Gazet van Antwerpen* van 17/05/2010, 6. **Zie ook:** *Eén op acht jongeren waagt zich aan 'binge drinking'*, *De Morgen* 17/05/2010, 10.

In Vlaanderen ligt dat verbruik lager dan in bijvoorbeeld Wallonië en de hoofdstad en ook het onderwijstype (TSO en BSO meer dan ASO) bepaalt mee het alcoholverbruik³². Jongeren geven uiteenlopende motieven op voor de consumptie van alcohol: de meerderheid (64%) is van mening dat het dient om zich te ontspannen, anderen drinken uit gewoonte (47%) of om mee te doen met anderen (46%). Nog anderen zijn meer begaan met hun imago en menen dat drinken hen helpt om volwassener te lijken (30%), om dronken te worden (35%) of om negatieve gevoelens te verdrijven (29%). Uit onderstaande cijfers voor de provincie Antwerpen blijkt dat meisjes uit het secundair onderwijs minder alcohol drinken dan jongens (tabel 1). Dat geldt ook voor dronkenschap, maar hier zien we dat het verschil tussen beide geslachten kleiner wordt.

67

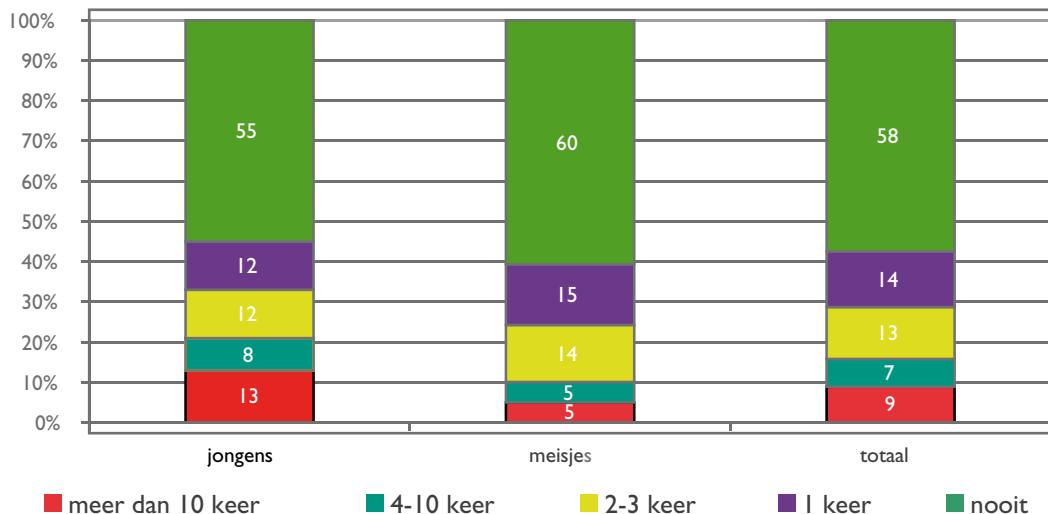
³² *Studie: Jongeren en alcoholhoudende dranken* van het OIVO, te raadplegen op: <http://www.oivo-crioc.org/files/nl/4882nl.pdf>



Bron: Rapport Antwerpen: Jongeren en gezondheid 2006, Universiteit Gent.

Ouders, jeugdverenigingen, overheden, scholen... met zijn allen moeten we de strijd tegen alcohol en andere verslavende producten blijven voeren en jongeren op een creatieve manier sensibiliseren en waarschuwen voor de schadelijke gevolgen van excessief alcoholverbruik op jeugdige leeftijd (en daarna). Overmatig drinkende jongeren van vandaag zijn immers de verslaafden van morgen.

Om de strijd aan te binden met het verhoogde midde-
 lengebruik bij de bevolking en in het bijzonder bij de Vlaamse jongeren, keurde de Vlaamse Regering op 6 maart 2009 het *Vlaams actieplan tabak, alcohol en*



dronkenschap bij jongeren

Bron: Rapport Antwerpen: Jongeren en gezondheid 2006, Universiteit Gent.

drugs 2009-2015 definitief goed³³. Het bevat een beleidsvisie, een overzicht van sectoren en doelgroepen en een pakket van 7 krachtlijnen of doelstellingen waarmee ze via een integrale aanpak de gezondheidsdoelstelling wil behalen en de gezondheidschade door tabak, alcohol en drugs wil beperken. Laten we, samen met jongeren, die norm voor Antwerpen vertalen naar een concrete doelstelling om zo het verslavingsprobleem met een bepaald percentage te doen verminderen tegen een vooropgestelde datum.

³³ Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 (PDF).pdf

Eigen verantwoordelijkheid betekent dat mensen beschikken over het vermogen om, behoorlijk geïnformeerd, de juiste keuzes te maken en zich vanuit die keuzevrijheid rekenschap geven van de impact én van de consequenties van die goede, weloverwogen of slechte gezondheidskeuzes voor zichzelf en voor anderen. Voorwendsels en valse alibi's om fout te kiezen, zijn makkelijk te vinden. Hoe makkelijk redeneren we onze gezondheidsverantwoordelijkheid niet weg, met verwijzingen als zou "zwaarlijvigheid in de familie zitten", "men lijden aan een vet- of suikerverslaving waaraan men onmogelijk kan weerstaan...". Het "pathologiseren" van drugs, alcoholmisbruik, vraatzucht, obesitas en dergelijke meer is allicht meer deel van het probleem dan van een duurzame oplossing. Gezond leven zou overigens niet enkel een morele plicht of opgave maar vooral ook een prettige doelstelling kunnen zijn die meestal³⁴ wordt beloond met een beter uiterlijk en een groter welzijns- en geluksgevoel.

³⁴ Helaas biedt een gezonde levensstijl geen garantie tegen ziekte of handicap. Ook wie erg gezond en niet-roekeloos leeft, kan door ziekte of handicap worden getroffen.

Een goed gezondheidsbeleid vertrekt dan ook van een gedeelde verantwoordelijkheid, houdt die consequent vol en communiceert er open en kordaat over. Het responsabiliseert álle actoren op een actieve en gedreven manier en moedigt participatie maximaal aan.

Op het patiëtniveau merken we vooral een toename van de mondigheid en het engagement van de burger met betrekking tot de eigen gezondheidstoestand. Het is een recente verworvenheid om inspraak te krijgen in de diagnose, prognose en de te volgen therapie. Die norm van *informed consent* komt voort uit het ideaal van zelfbeschikking of autonomie. Een patiënt aanvaardt gezondheidsverlies moeilijk en heeft hooggespannen consumentenverwachtingen in de medische zorg. Ook collectief worden patiënten mondig. Vaak bundelen ze hun krachten in collectieve inspraakorganen. Een mooi voorbeeld hiervan is het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) dat als onafhankelijk forum een 90-tal patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen verenigt. Het informeert burgers over patiëntenrechten, patiëntenvoorlichting, medicatie en verzekeringen.

74 Daarnaast streeft de koepel naar een toegankelijke zorg op maat voor de patiënt en zijn omgeving en ijvert het voor een actieve deelname aan het gezondheidsbeleid en de gezondheidszorg³⁵.

Vanzelfsprekend rijzen bij het thema gezondheid belangrijke en complexe ethische- en beleidsvragen zoals: hebben mensen de morele plicht om zich gezond te gedragen? Welke maatregelen mag of moet de overheid nemen om ongezond gedrag van burgers om te buigen naar gezond gedrag? Is het moreel aanvaardbaar om mensen financieel verantwoordelijk te stellen voor de gevolgen van ongezond gedrag, bijvoorbeeld door het opleggen van een extra belasting op het consumeren van ongezonde producten? Hen van bepaalde reguliere zorgvoorzieningen uit te sluiten en/ of er extra voor te laten betalen? Wie moet de (extra) kosten van gezondheidsproblemen – voor zover die aanwijsbaar verband houden met ongezond gedrag – betalen? De patiënt zelf? Of kan hiervoor een beroep worden gedaan op het algemene socialezekerheid? Hierboven is al aangegeven dat een grotere bijdrage in de financiering van de gezondheidszorg voor wie ongezonde

keuzes maakt via een vetbelasting of een bijkomende belasting op alcohol niet enkel ethisch aanvaardbaar; maar allicht zelfs wenselijk is. Dergelijke beleidsmaatregelen zijn ethisch alvast veel beter te verantwoorden dan bijv. het weigeren van een hospitalisatieverzekering wegens een ongezonde levensstijl, een verhoogde persoonlijke tussenkomst voor medische prestaties ten gevolge van een dergelijke levensstijl of zelfs het uitsluiten van bepaalde zorgen, tenzij de persoon in kwestie de volledige kostprijs betaalt. Dit laatste zou, zeker voor personen die niet over de noodzakelijke middelen beschikken, allicht neerkomen op het weigeren van hulp aan mensen in nood en bijgevolg niet enkel ethisch laakbaar, maar ook juridisch onaanvaardbaar zijn. Toch wordt best creatief gezocht naar haalbare en aanvaardbare instrumenten om mensen aan te zetten tot juiste en gezonde keuzes.

Ook op de werkvloer wordt steeds meer beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van de werknemer. De discussie of de werkgever al dan niet zijn werkgever mag aansporen om gezonder te leven – omdat dit niet alleen zijn eigen productiviteit maar ook die van het bedrijf ten goede

³⁵ <http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/index.php>

76 komt – kan op steeds meer bijval rekenen. Zeker omdat telkens opnieuw blijkt dat het (langdurige) ziekteverzuim almaar stijgt en de werkgever handenvol geld kost³⁶. De meeste werknemers zijn van oordeel dat ze in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Maar wie ongezond leeft, mag daar best door zijn baas op worden gewezen. Meer nog: sommige werknemers zijn zelfs van mening dat hun baas daartoe verplicht is en verwachten ook van het bedrijf een actieve inspanning om vitaliteit op de werkvloer te promoten. Dat kan gaan van het voorzien in comfortabele en gebruiksvriendelijke werkplekken die de concentratie bevorderen (zonder geluidsoverlast), flexibele werktijden, een fietsenplan, een fitnessruimte of sportactiviteiten op het werk of een gezondheidsplan.

1.4 Klimaat en gezondheid

Toen Al Gore in 2006 zijn film "An inconvenient Truth" uitbracht, werd de wereld letterlijk wakker geschud. De verhoogde waakzaamheid voor het klimaat was sindsdien niet meer weg te denken uit memoranda, beleids- en

³⁶ *Steeds meer werknemers blijven ziek thuis*, artikel uit Het Laatste Nieuws van 10 april 2010.

visieteksten. En terecht. Hoewel de verantwoordelijkheid voor onze gezondheid in belangrijke mate bij onszelf ligt, schreeuwt onze omgeving om collectieve ecologische aandacht.

De klimaatverandering heeft niet alleen invloed op de natuur en op fysieke, economische en sociale structuren, maar ook en vooral op de menselijke gezondheid. Blootstelling aan hittegolven, zomersmog, hooikoorts, allergieën, infectieziekten, besmet voedsel en water heeft – net zoals de woonplaats – een aanzienlijke impact op onze gezondheidstoestand. Sinds de publicatie van het laatste VN-klimaatrapport in 2007 wordt de klimaatproblematiek dan ook omschreven als "the biggest health threat of the 21st century". De EXPO van Shanghai met als motto "better city, better life", stond quasi volledig in het teken van duurzaamheid en de perfecte verzoening tussen met zijn allen beter leven op een schonere planeet. In de meeste paviljoenen was het klimaatthema zeer nadrukkelijk aanwezig. Het merendeel van de landen besteedde terecht veel aandacht aan technieken, processen en producten om met minder input van bovendien ecologisch verantwoord opgewekte, energie en grondstoffen een betere en meer verantwoorde productie en leefomgeving te realiseren. In de spectaculaire "Seed Cathedral" van de UK, ontworpen door de jonge

78 architect-designer Thomas Heatherwick – volgens sommigen de moderne Leonardo Da Vinci – werd dit concept van biodiversiteit en duurzaamheid allicht het meest radicaal doorgetrokken.

Die wereldwijde bekommernis is broodnodig en dringend. Wereldwijd verhogen klimaatwijzigingen de druk op vooral armere samenlevingen. Het klimaatvraagstuk is in essentie ook een ethisch vraagstuk. De kwetsbaarheid voor extreme weerfenomenen – waarvan de frequentie toeneemt naar mate de planeet opwarmt – is extreem ongelijk verdeeld over de wereld³⁷. Die klimaatonrechtvaardigheid plaatst ons voor een reeks uitdagingen. Fatalistisch berusten, is geen optie. Niettemin vertaalt een verhoogde bewustwording zich nog onvoldoende in een stringent klimaatbeleid. Is er voldoende politieke moed en daadkracht om de nefaste klimaatseffecten voor de volksgezondheid echt aan te pakken? Nu het Kyoto-protocol bijna ten einde loopt en het

³⁷ Zie hiervoor: P. T. Jones, *Klimaatcrisis: het failliet van het klimaatscepticisme*, Antwerpen, Luster, 2009. Van dezelfde auteur verscheen ook het volgende werk: Keytsmans & Jones, *Het klimaatboek: pleidooi voor een ecologische omslag*, Berchem, EPO, 16 april 2007. Een ander, relevant artikel van dezelfde auteur is tevens: P. T. Jones en V. De Meyere, Hoe geraken we uit de klimaatimpasse? Pleidooi voor een ethiek van verbondenheid in: A. Decoene et alii, *Hedendaagse reflecties over de Schepping*, Antwerpen, Halewijn, 2008, p.117-127.

fiasco van Kopenhagen nog vers in het collectieve geheugen ligt, blijven de zogenaamde secundaire voordelen van een dergelijk beleid onderbelicht. Volgens een recent rapport van het Europees Vakverbond blijkt namelijk dat een proactief klimaatbeleid (daling van de uitstoot- en broeikasgassen met 40% tegen 2030) een netto positief effect heeft op de werkgelegenheid, de energieonafhankelijkheid en leefbare steden (met een betere luchtkwaliteit, meer verkeersveiligheid en een lagere gezondheidskost)³⁸. Met o.m. het stevig gedocumenteerd klimaatzakboekje 2010 pleit o.m. ook het VBO voor een zeer ambitieus en aanklappend klimaatbeleid.

Vooruitlopend op een sluitend, wettelijk kader op een eenduidig level playing field voor deze beleidsdomeinen waar op relatief korte termijn snelle winst kan worden geboekt, draagt Antwerpen op haar manier haar steentje bij. Zo richt het Provinciaal Instituut voor Hygiëne haar onderzoek de laatste jaren steeds meer op de invloed van het milieu op de gezondheid van haar inwoners. Het controleert- in het raam van een internationaal onderzoek voor de Wereldgezondheidsorganisatie- stalen moedermelk uit de provincie op de aanwezigheid van Persistente Organische Polluente

³⁸ European Trade Union Confederation, *A European approach to tackling climate change*, 7p. Te raadplegen via: http://www.etuc.org/IMG/pdf_working_on_change_european_piece.pdf.

80 Stoffen (POPS). Op basis van de resultaten kan worden nagegaan of het beleid moet worden bijgesteld. Tegelijk promoot het borstvoeding als de beste voeding voor baby's³⁹. Daarnaast coördineert het Instituut het veldwerk (zoeken van deelnemers, afnemen van stalen en verzamelen van de nodige informatie) voor het Steunpunt biomonitoring Vlaanderen in Antwerpen. Bedoeling van dit grootschalige meetnet is te onderzoeken of milieuvervuilende stoffen zoals dioxines, PCB's, metalen, pesticiden, PAK's een invloed hebben op de groei en ontwikkeling van kinderen en volwassenen. Verder onderzoekt het vruchtbaarheidsproblemen, astma, allergie en kanker in relatie tot milieuvervuiling⁴⁰. Ook regelmatige drink- en bodemwatercontroles⁴¹ behoren tot het actiegebied van het instituut. Sinds de jaren '70 worden halfjaarlijkse metingen uitgevoerd naar het loodgehalte in het bloed bij peuters, kleuters en scholieren (lager onderwijs) in de wijk Moretusberg in Hoboken⁴². Deze metingen laten onder meer toe om zicht te krijgen op de effecten van

³⁹ http://www.provant.be/leefomgeving/onderzoek/milieu_en_gezondheid/moedermelk/

⁴⁰ www.milieu-en-gezondheid.be.

⁴¹ <http://www.provant.be/leefomgeving/onderzoek/water/>

⁴² http://www.provant.be/leefomgeving/onderzoek/milieu_en_gezondheid/zware_metalen/

de immense inspanningen en investeringen die UMICORE de voorbije jaren heeft gedaan om de wijk te saneren.

1.5 Back to basics: het belang van hoe-, streek- en seizoensproducten

Milieubewust kiezen voor een gezonde levensstijl brengt ons o.m. ook bij hoe-, streek- en seizoensproducten. Met twee internationale groenten- en fruitveilingen met internationale uitstraling en een waaier aan erkende en niet-erkende hoe- en streekproducten heeft Antwerpen alle troeven in huis om te opteren voor een zeer gezonde levenswijze met beperkte ecologische voetafdruk. Ondanks hun vele troeven, bereiken de producenten nog niet alle potentiële kopers en inwoners van de provincie. Daarom tekende het provinciebestuur in oktober 2009 de krijtlijnen uit voor een provinciaal beleid van tien beleidsaccenten en -acties waarrond de komende jaren zal worden gewerkt⁴³. De speerpunten van die initiatieven zijn onder meer de organisatie van bovenlokale netwerkevenementen om de

⁴³ *Hoeve- en streekproducten in de provincie Antwerpen: een stap voorwaarts!* Te raadplegen via: [http://www.provant.be/binaries/flyer_beleidsnota_web%20\(2\)_tcm7-93826.pdf](http://www.provant.be/binaries/flyer_beleidsnota_web%20(2)_tcm7-93826.pdf)

82 consumenten uit de provincie te laten kennismaken met de grote verscheidenheid aan hoeve- en streekproducten uit eigen streek. Het verhaal achter een product is namelijk belangrijk voor de beleving ervan. Met evenementen als PROMinANT en de Bollekesfeesten zet de provincie Antwerpen streekproducten in de vitrine. Bij de promotie van de verschillende toeristische regio's van Toerisme Provincie Antwerpen, namelijk de Antwerpse Kempen, Scheldeland, Antwerpen en Mechelen, worden de streekproducten niet vergeten. Daarnaast nemen we onze voorbeeldfunctie ernstig. Via verschillende initiatieven wordt het gebruik van hoeve- en streekproducten aangemoedigd, zoals in de Fair-Trade Provincie-campagne die ook duurzaam voedsel van hier promoot. Op provinciale evenementen en recepties worden steevast hoeve- en streekproducten aangeboden. Gemeenten worden uitgenodigd hetzelfde te doen.

De uitgesproken bedoeling van dit actieplan is om de afzet te vergroten en het imago van de sector te ondersteunen. Dat het consumeren van streek-, hoeve- en seizoensproducten – op een overmatige consumptie van alcoholische streekproducten na – ook gezondheids- en ecologische winst oplevert, is allicht nog belangrijker.

1.6 Diversiteit

Eén van de doelstellingen van het gezondheidsbeleid in onze uitermate diverse samenleving is het bevorderen van gelijke kansen én verantwoordelijkheden op het vlak van gezondheid. Een goede toegang tot en tijdig en correct gebruik van de medische zorgvoorzieningen is de uitdaging. In het bijzonder – ook in het belang van de samenleving in het algemeen – voor mensen met grote geobjectiverde zorgbehoeften en voor personen met een migratieachtergrond.

Hoewel de gezondheidsperceptie van Marokkaanse en Turkse migranten eerder negatief is – zowat 30% van de bevrageden noemde hun gezondheidstoestand niet als 'goed' – blijken vooral migranten van Turkse en Marokkaanse origine een gunstiger gezondheidsbeeld te hebben dan dat van generatie-Belgen. Een verschillend dieet en het verbod op resp. een matiger alcohol- en tabaksverbruik⁴⁴, dragen daar uiteraard toe bij.

⁴⁴ K. Levecque et alii, *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*, Steunpunt Gelijkekansenbeleid, Consortium Universiteit Antwerpen en Universiteit Hasselt, 2006, 139p. Zie ook: *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*, Rapport van de Koning Boudewijnstichting, Brussel, augustus 2005, 68p.

84 Tussen bevolkingsgroepen zijn er vooral significante verschillen inzake preventieve gezondheidszorg. Inwoners met een Turkse of Marokkaanse achtergrond zijn minder goed gevaccineerd en participeren merkelijk minder aan screeningprogramma's met het oog op het tijdig opsporen van hart- en vaatziekten, diabetes en bepaalde kankers (dikke darm, baarmoederhals, borst). Sensibilisering via vrouwengroepen of andere kanalen, hebben allicht meer effect dan een uitnodigende overheidsbrief.

Kijken we naar de medische consumptie van deze doelgroep dan valt op dat personen van Turkse of Marokkaanse origine, in vergelijking met andere bevolkingsgroepen, niet alleen minder contact opnemen met een (vaste) huisarts. Dit geldt ook voor de dienst spoedgevallen, specialisten en tandartsen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat mensen met een bepaalde migratieachtergrond meer beroep doen op alternatieve genezers en geneeswijzen, met alle gevolgen van dien!

Opvallend detail: psychologen en diëtisten wordt doorgaans wel vaker geconsulteerd omdat personen met een bepaalde migratieachtergrond vaker lijden aan mentale gezondheidsproblemen, overgewicht en diabetes⁴⁵.

⁴⁵ *Ibid.*, 53-78.

85 Met name door creatievere manieren te bedenken om mensen met een (bepaalde) migratieachtergrond gericht en met aangepaste communicatie te benaderen, gekoppeld aan verscherpte responsabilisering m.b.t. tandhygiëne, bepaalde voedingspatronen (overmatig suikergebruik kan leiden tot overbelasting van de pancreas en zo tot diabetes), de actieve deelname aan preventieve screeningcampagnes en zich bijv. niet te verzetten tegen het post mortem wegnemen van organen, valt nog veel gezondheidswinst te halen. Ook de inburgeringscursussen zouden daar extra aandacht aan kunnen en moeten besteden. Bijzondere aandacht wordt vaak gevraagd en is aanwezig voor ouderen personen met een migratieachtergrond. Door hun leeftijd, vaak gebrekkige kennis van het Nederlands en eventueel hun cultuur staan ze vaak het verst af van de gezondheidsvoorzieningen. Veelal staan ze wantrouwig tegenover rust- en verzorgingstehuizen, waar autochtone ouderen – in hun perceptie – o.m. door zwakke gezinsbanden als het ware worden “achtergelaten” en “overgelaten” aan professionele zorgverstrekkers. Dat geldt zeker ook omgekeerd: autochtone ouderen hebben doorgaans een vertekend en vervormd beeld van hun allochtone leeftijdsgenoten. Daarom ondersteunt en promoot de provincie initiatieven om zorg beter bekend

86 én toegankelijk te maken. Het voorlichtingsproject 'Ouder worden in Vlaanderen' informeert vooral oudere personen met een migratieachtergrond over de beschikbare ouderenzorgvoorzieningen⁴⁶. Verder werkte de dienst Welzijn mee aan de Gids voor Interculturele Ouderenzorg⁴⁷ en stelt ze een tolkendienst ter beschikking van allochtone patiënten uit de "pre-inburgeringsperiode" die het Nederlands nog onvoldoende beheersen. Naast deze provinciale initiatieven, loont ook sensibilisering voor en door allochtonen zelf omdat deze allicht meer effect sorteert. Zo kunnen allochtonen zelf, gespreks- of themamiddagen organiseren rond ouder worden en ook een jonger publiek informeren en sensibiliseren over het Vlaamse gezondheidsbeleid en het eigen, cruciale aandeel daarin.

⁴⁶ http://www.provant.be/welzijn/gelijke_kansen/minderheden/aanbod/index.jsp. Zie ook: G. Cuyvers en J. Kavs, *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*, Katholieke Hogeschool Kempen, departement Sociaal Werk Geel en het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Algemeen Welzijnsbeleid, 2001, 26p. Verder ook: C. Vassart et alii, *Migratie en vergrijzing: syntheserapport*, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 2007, 35p. en: A. Janssens en C. Timmerman, *Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen*, Steunpunt Gelijkekansenbeleid, Consortium Universiteit Antwerpen en het Limburgs Universitair Centrum, 2003, 65p.

⁴⁷ www.diversiteitwijzer.be

I.7 Grijs, wijzer, veeleisender

87

Vlaanderen vergrijsd en "verwit". Veel ouderen voelen zich – gelukkig – nog bijzonder fit in hun vel. Niettemin, plaatst deze vergrijzing/verwitting én de wijze waarop sommige zorgverstrekkers ouderen in de laatste fase van het leven behandelen, de gezondheidszorg onder grote druk. Tussen 2000 en 2006 is het aantal 65-plussers gestegen van 1 miljoen tot ruim 1,9 miljoen. Dat is quasi een verdubbeling. In 2060 zal 28% van de Vlaamse bevolking bestaan uit 65-plussers. Vooral de oudste groep zal sterk groeien wat resulteert in een toename van het aantal 80-plussers met bijna 580 000. Het aandeel van de 80-plussers zal stijgen met 11% tegen 2060⁴⁸.

Ook het aantal opnames van die ouderen in woonzorgcentra zal allicht navenant stijgen. Nu de nieuwe generatie opvallend heterogeen is qua leeftijd, koopkracht, professionele voorgeschiedenis, interesses, mobiliteit, gezondheidssituatie en dus algemeen verwachtingspatroon, zijn de verschillende types zorginstellingen duidelijk aan herdefiniëring toe.

⁴⁸ L. Vanden Boer, *Van het rusthuis terug naar huis: droom of werkelijkheid?* in: *OCMW Visies*, 23^e jaargang, nr3 juli/augustus/september, 2008, 68-73.

88 Bij de planning en uitbouw van de dienstverlening voor deze doelgroep zal rekening moeten worden gehouden met deze diversiteit. Immers, de gemiddelde 65-plusser heeft geen nood aan betutteling en voelt zich nog kiplekker en bijzonder actief waardoor hij nauwelijks beroep moet doen op medische of verpleegkundige zorg. Een deel van hen zijn nog zeer actieve sporters. Velen beoefenen hobby's nog intenser dan voorheen, brengen meer tijd door met hun familie, engageren zich geregeld als vrijwilliger of maken van de gelegenheid gebruik om de wereld te verkennen. Wat een schril contrast met (zwaar) zorgbehoevende ouderen, die hun huishouden niet langer kunnen beredderen zonder extra hulp.

Een klein deel van hen (4,4% van de ouderen of 65.000 personen in 2009 in Vlaanderen) krijgt intensieve zorg in een rusthuis. Dat is bij voorkeur geen onpersoonlijke of karakterloze instelling maar een woon- en zorgcentrum dat zoveel mogelijk rekening probeert te houden met de persoonlijkheid van de ouderen. Ook nieuwe intergenerationale, levensloopbestendige woonvormen waar jong en oud elkaar ontmoeten, behoren tot de nieuwe huisvestings-

mogelijkheden. Om aan de verwachten⁴⁹ te kunnen blijven voldoen wordt zeker ook gerekend op een verhoogde financiële tegemoetkoming en solidariteit van in het bijzonder kapitaalcrachtiger senioren om het zorgaanbod voor elke senior – onafhankelijk van leeftijd, inkomen en gezondheidssituatie – betaalbaar te houden.

In de provincie Antwerpen bereikten inmiddels ongeveer 370 000 personen de leeftijd van 60 jaar ofwel 22% van de totale Antwerpse bevolking. De provincie hecht terecht belang aan hun stem. Zo is de Provinciale Ouderenadviesraad (POR) een actief inspraakorgaan van senioren binnen onze provincie. Het provinciale ouderenzorgoverleg adviseert de deputatie over de accenten van het provinciale ouderenzorgbeleid. Daarnaast organiseert de provincie de netwerken voor kortverblijf en dementie (zie infra), ondersteunt ze de thuisverzorging voor ouderen financieel en subsidieert ze de gezinszorg. Om ouderen de mogelijkheid te bieden op een veilige en comfortabele manier langer in de eigen woning te verblijven, geeft ze ouderen die hun woning laten aanpassen onder bepaalde voorwaarden

⁴⁹ A. Buining, Het nieuwe wonen voor nieuwe senioren, te raadplegen via: <http://www.indora.nl/mambo/images/stories/Downloads/v&r%20het%20nieuwe%20wonen%20voor%20nieuwe%20senioren%20a.pdf>, 5p.

90 een toelage. Tot slot brengt de provincie de hiaten in het bestaande zorgaanbod van de regio in kaart. Zo kunnen tekorten en noodsituaties sneller worden gedetecteerd en zo mogelijk weggewerkt.

De verschillende vormen van ouderenzorg worden best maximaal met (familiale) mantelzorg omgeven, door een structurele integratie van vrijwilligerswerk, dat niet afhankelijk is van de beroepsleeftijd. De provincie kijkt mee toe op een goede integratie van het vrijwilligerswerk enerzijds en het ontwikkelen van verschillende vormen van ouderenzorg, aangepast aan de noden van de ouderen en de verschillende gezinssituaties anderzijds.

I.8 Houding ten aanzien van handicap of gebrek...over 50 jaar een tiende van de bevolking in een rolstoel?

91

In Nederland werd het aantal rolstoelgebruikers geschat op 100.000 à 120.000 in 2002. Circa 0,75% van de Nederlandse bevolking is rolstoelgebruiker. Trekken we deze cijfers door naar België, dan telt ons land tussen de 62.500 en 75.000 rolstoelgebruikers. Het is niet uit te sluiten dat dit aantal, gelet op de samenstelling van de bevolking, nog zal toenemen. Rolstoelgebruikers zijn uiteraard niet enkel ouderen. Grosso modo zijn er twee grote groepen van rolstoelgebruikers: ouderen met degeneratieve ziekten, maar ook jongeren met een aangeboren handicap of een handicap ten gevolge van een ongeval (zowel verkeersongevallen als sportongevallen). Uiteraard zullen wetenschap en geneeskunde tussen dit en veertig jaar blijven investeren in nieuwe technieken om mensen langer resp. weer mobiel te houden of te maken. Ook het type rolstoelen zal – zo bleek reeds uit de modellen die op de expo van Shanghai werden getoond – aanzienlijk veranderen in een ultra wendbaar, makkelijk bestuurbaar en compact voertuig.

92 Of het min of meer uit de lucht gegrepen percentage van 10% al dan niet klopt, doet eigenlijk niet ter zake. Feit is dat een goede gezondheid en validiteit lang niet voor iedereen een evidentie zijn. Al te vaak worden mensen slachtoffer van een beperking of handicap waarmee ze noodgedwongen verder moeten (leren) leven. Om het onderscheid tussen een stoornis, beperking of handicap nauwkeurig te verankeren, werd door de Wereldgezondheidsorganisatie een eerste, ruime definitie⁵⁰ in het leven geroepen die al gauw werd achterhaald door een nieuwe opvatting die de handicapsituatie niet bij de patiënt zelf situeert, maar wel bij externe omgevingsfactoren⁵¹. Deze paradigmashift in het theoretisch denken over mensen met een handicap, zorgde ervoor dat de Wereldgezondheidsorganisatie haar oorspronkelijke definitie over beperking en handicap moest herzien. In de 'Internal Classification on Functioning, Disability and Health' wordt een beperking omschreven als een interactie tussen persoonlijke kenmerken van een individu en diens sociale en fysieke omgeving⁵².

⁵⁰ R. Schepers, o.c., 49-50. Zie ook: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>

⁵¹ G. Desnerck *et alii*, Mensen met een handicap: over medicalisering en sociologisering in: P. Bracke (red.), o.c., 89.

⁵² <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

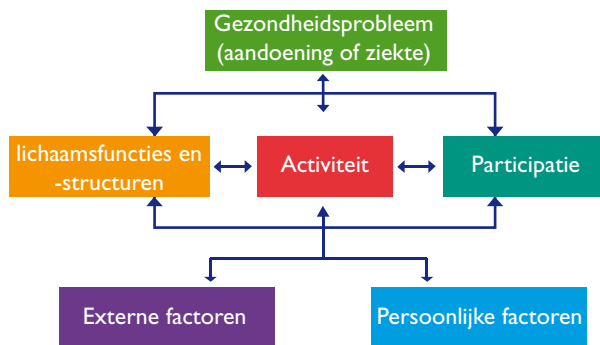
Als reactie op de traditionele theorieën over handicap en gebrek, vertrekt deze definitie niet vanuit de beperkingen van een persoon met een handicap, maar eerder vanuit zijn mogelijkheden. Zo stelt ze dat het net de fysieke en sociale hindernissen van de wereld waarin ze leven zijn, die personen met een handicap beperken in een volwaardige deelname aan de samenleving. Het voorbeeld van de 27-jarige Nick Vujicic, die zonder armen en benen werd geboren, is in dat opzicht toonaangevend. Volgens hem is "onze grootste handicap de angst voor het leven zelf"⁵³. Die vrees verlamt ons vaak in onze ambities waardoor we minder snel proberen onze grenzen te verleggen. Zijn positieve ingesteldheid en hoopvolle levensverhaal inspireren zowel jongeren als volwassenen om echt iets van hun leven te maken. Een handicap, of beperking mag geen rem of excuus zijn om onze dromen en ambities niet te vervullen. In onderstaand schema zien we hoe de oorspronkelijke begrippen "stoornis", "beperking" en "handicap" niet alleen werden vervangen door begrippen als "lichaamsfuncties en -structuren", "activiteiten" en "participatie", maar dat ze ook vertrekken vanuit de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de persoon

⁵³ A. Luyten & Y. Bertrand, 'Angst voor het leven is de grootste handicap', *Geen armen, geen benen, geen grenzen*, De zomerreeksen van De Morgen, Bis, woensdag 28/07/2010, 12-13.

94 met een handicap. Dit moet vanzelfsprekend leiden tot een emancipatorische hulpverlening⁵⁴.

Een logisch gevolg van deze integrale visie op handicap en gebrek is dat niet enkel hulpverleningsinstanties zoals revalidatiecentra, maar vooral ook woningen en a fortiori publieke gebouwen daaraan optimaal worden aangepast. "Levenslang" en "levensbestendig" wonen en werken moe-

⁵⁴ G. Desnerck et alii, Mensen met een handicap: over medicalisering en sociologisering in: P. Bracke (red.), o.c., 104.



Bron: WHO, 2001, 18, Nieuwe conceptualisering van handicap volgens de WHO

ten een evidentie worden. Daarom investeerde de provincie 95 Antwerpen al snel in een adviesbureau toegankelijkheid. Geen bouwvergunning voor een publiek toegankelijk gebouw of infrastructuurproject passeert zonder voorafgaandelijk advies van dit deskundig bureau. Enkel goed gemotiveerde afwijkingen zijn mogelijk. Overigens, bij een optimale toegankelijkheid varen niet alleen personen met een handicap maar alle mensen wel: personen die tijdelijk minder goed te been zijn, ouderen, ouders met kinderen in een buggy...Allen kunnen ze voordeel halen uit een woning die met hen mee groeit resp. een publiek gebouw dat qua toegankelijkheid, veiligheid en comfort maximaal en proactief aan hen is aangepast. Als provinciebestuur promoten we deze visie door burgers te informeren over de mogelijkheden en premies, maar ook door bouwpromotoren, sociale huisvestingsmaatschappijen en gemeenten te sensibiliseren om te kiezen voor levensbestendige woningen. Zo werkt de Strategische Projectorganisatie Kempen (SPK) momenteel aan een project rond Levenslang Wonen in samenwerking met Kamp C, het Provinciaal Centrum Duurzaam Bouwen en Wonen⁵⁵.

⁵⁵ <http://www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid/>

96 Daarnaast waken het Provinciaal Adviesbureau Toegankelijkheid (PAT) samen met het Provinciaal Steunpunt Toegankelijkheid (PST) en het Technisch Forum Toegankelijkheid (TFT) als deskundige partners over het ontwerp en de aanleg van een toegankelijke, publieke omgeving voor personen met een handicap.

10 tot 15 procent van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 64 jaar wordt geconfronteerd met één of andere handicap. In ongeveer één op de vier huishoudens verblijft dus een persoon met een handicap. Vaak nemen zij niet meer actief deel aan de arbeidsmarkt., o.m. ook omdat uiterekend de overheid tekortschiet op het vlak van de tewerkstelling van personen met een handicap.

Uit het laatste zesmaandelijks Zorgregierapport van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, blijkt dat er in Vlaanderen zo'n 34.553 erkende plaatsen voor opvang, begeleiding en behandeling van personen met een handicap bestaan. Veruit het grootste deel daarvan, 24.402 plaatsen, zijn erkend in residentiële of semi-residentiële opvangvormen. Het gaat hier zowel over tehuizen en dagcentra voor volwassenen, internaten en semi-internaten voor minderjarigen als over initiatieven voor pleegzorg en wonen

onder begeleiding van een particulier (WOP). Daarnaast zijn er ook 10.151 plaatsen in de ambulante sector⁵⁶.

In 2008 waren officieel 33 500 personen ofwel 2% van alle inwoners uit de provincie Antwerpen (op een totaal van 1 715 707 inwoners) ingeschreven en erkend als personen met een handicap⁵⁷. Deze cijfers geven uiteraard geen volledig beeld van het totale aantal personen met een handicap binnen de provincie. Lang niet alle personen met een handicap laten zich registreren. Uit onderstaande tabel blijkt dat onze provincie, met 6199 plaatsen in de semi-residentiële opvang en 8679 plaatsen in de ambulante opvang op het vlak van aangepaste zorgvoorzieningen in absolute cijfers in het grootste aantal opvangplaatsen voorziet in vergelijking met de andere, Vlaamse provincies. Mede onder impuls van ere-gouverneur en Minister van Staat Andries Kinsbergen heeft de provincie Antwerpen ook zelf sterk geïnvesteerd in de zorg voor personen met een handicap.

⁵⁶ Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, *Zorgregierapport 30 december 2009*, Brussel, 101 p. [Te raadplegen via: http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/3724063-Zesmaandelijks+rapport+over+vraag+en+aanbod+personen+met+een+handicap.html](http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/3724063-Zesmaandelijks+rapport+over+vraag+en+aanbod+personen+met+een+handicap.html)

⁵⁷ <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/woonplaats/index.jsp>

		Antwerpen	Limburg	Oost- Vlaanderen	Vlaams- Brabant en Brussel	West- Vlaanderen	Totaal
(SEMI-)RESIDENTIEEL							
Internaat	Schoolgaanden	973	831	1196	895	992	4887
	Niet-schoolgaanden	0	0	0	0	0	0
	Convenant						
	Herooverweging	23	1	13	0	0	37
	Totaal	996	832	1209	895	992	4924
Semi- internaat	Schoolgaanden	827	377	798	212	877	3091
	Niet-schoolgaanden	204	93	40	57	80	474
	Convenant						
	Herooverweging	9	7	60	26	60	161
	Overbruggingszorg	0	0	0	16	0	16
	Totaal	1040	477	898	311	1017	3742
OBC		146	69	38	51	60	364
Tehuis niet- werkenden	Bezigheid	1151	564	1090	817	899	4521
	Overbruggingszorg	59	8	0	19	0	86
	Geïnterneerden	0	4	0	0	4	8
	Nursing	1212	726	1040	563	1115	4656
	Overbruggingszorg	16	10	0	18	0	44
	Geïnterneerden	0	6	0	0	6	12
	Totaal	2438	1318	2130	1417	2024	9327

Bron: Zorgregierapport, jaarverslag Vlaams Agentschap
voor Personen met een Handicap, december 2009

Tehuis werkenden		315	119	225	243	267	1169
Kortverblijf		34	13	30	34	39	150
Pleeggezin		177	137	139	190	194	837
WOP		36	26	39	42	48	191
Dagcentrum	Eigen atelier	967	614	782	493	744	3600
	Begeleid werken	28	13	16	22	22	101
	Ambulante begeleiding	6	1	0	0	0	7
	Ambulante begeleiding geïnterneerden	16	0	16	0	0	32
Totaal		1017	628	814	515	766	3740
Totaal (SEMI-)RESIDENTIEEL		6199	3619	5522	3698	5407	24444

Bron: Zorgregierapport, jaarverslag Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, december 2009

AMBULANT		Antwerpen	Limburg	Oost- Vlaanderen	Vlaams- Brabant en Brussel	West- Vlaanderen	Totaal
Thuisbege- leiding	Plaatsen T.B.	1257	637	1276	1338	1350	5857
	Begeleidingen T.B.	18669	9505	19080	19691	19962	86907
	Trajectbegeleiding in plaatsen	13	3	4	25	19	64
Begeleid wonen	Plaatsen B.W.	803	328	494	685	443	2752
	Trajectbegeleiding in plaatsen	13	2	7	11	6	39
Beschermd wonen		329	142	245	198	215	1129
Zelfstandig wonen		52	85	65	52	54	308
Z.W. overbruggingszorg		0	0	0	0	0	0
Geïntegreerd wonen		33	4	19	15	20	91
G.W. overbruggingszorg		6	0	0	0	0	6
Totaal AMBULANT		2506	1201	2110	2323	2106	10245

Totaal (SEMI-)RESIDENTIEEL + AMBULANT	8704	4820	7632	6021	7513	34689
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

Provincie	Aantal	%	Per 100.000 inwoners
Antwerpen	5170	27,83	301
Vlaams-Brabant & Brussel	2492	13,42	183
Limburg	2724	14,66	330
Oost-Vlaanderen	4539	24,43	322
West-Vlaanderen	3504	18,86	305
Wallonië	41	0,22	-
Buitenland	1	0,01	-
Postcode ontbreekt of ongeldige postcode	105	0,57	-
Totaal	18576	100	

Wanneer we kijken naar het aantal personen die een zorgaanvraag instellen, merken we dat voor alle Vlaamse provincies het aantal zorgvragers per 100.000 inwoners rond de 300 ligt⁵⁸.


Bron: Zorgregierapport, jaarverslag Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, december 2009

⁵⁸ Het aantal zorgvragers per 100.000 inwoners werd berekend aan de hand van gegevens van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/woonplaats/index.jsp>). Het aantal is gebaseerd op de bevolkingscijfers van 1 januari 2008.

106 Kijken we echter naar het aantal personen met een dringende zorgvraag dan stellen we vast dat onze provincie met 3396 personen of 27,57% een stijgend aantal zorgaanvragers kent, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

Bron: Zorgregierapport, jaarverslag Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, december 2009

	Aantal	%	Per 100000 inwoners
Antwerpen	3396	27,57	198
Vlaams-Brabant & Brussel	1691	13,73	124
Limburg	1919	15,58	232
Oost-Vlaanderen	3016	24,49	214
West-Vlaanderen	2188	17,77	190
Wallonië	27	0,22	-
Postcode ontbreekt of ongeldige postcode	79	0,64	-
Totaal	12316	100	



108 Hoewel haar slagkracht in vergelijking tot de uiterst gewaardeerde en belangrijke inspanningen, initiatieven (klemtoon op specifieke zorgvernieuwing, PAB's, knelpuntdossiers, kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen) en budgetten (22,5 miljoen extra middelen) van het Vlaamse departement welzijn voor 2010 gering lijkt, blijft de provincie Antwerpen toch bijzonder ambitieus in haar opzet. Zo doet ze wat binnen haar mogelijkheden ligt om het zorgaanbod voor gehandicapten in haar regio beter te coördineren en zorgvragen – waar nodig – beter te registreren.

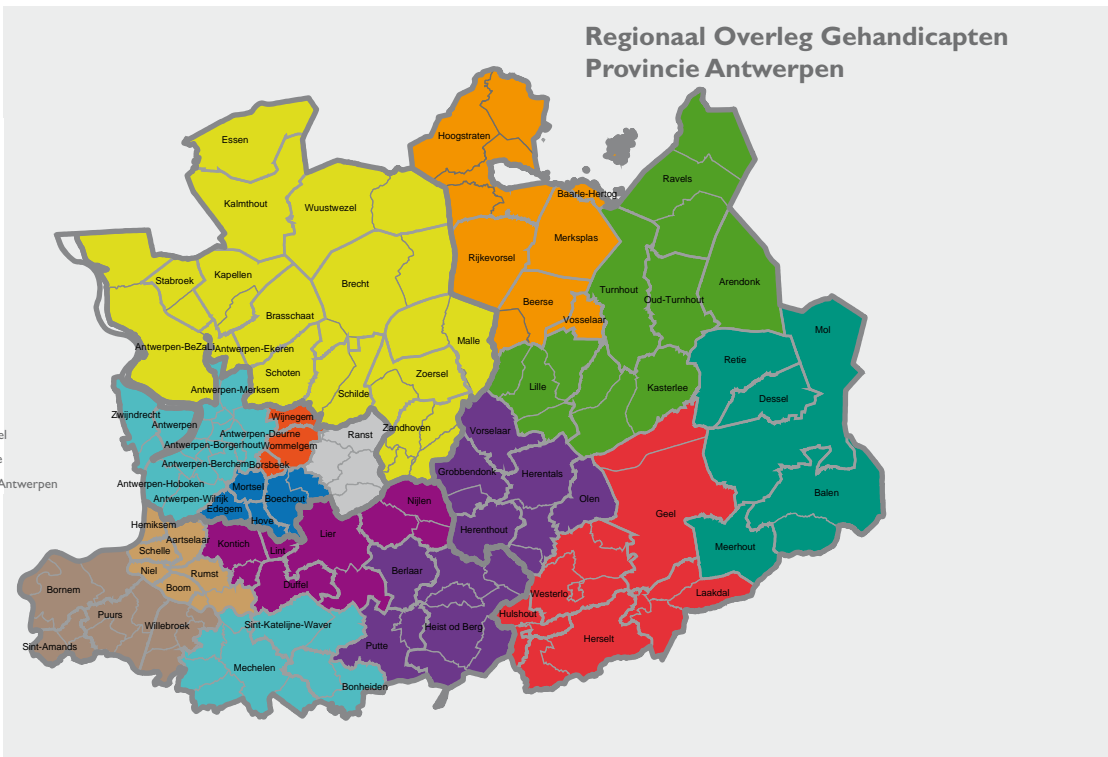
Al ruim tien jaar organiseert het Provinciaal Coördinatiepunt het Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg. Door middel van zorgbemiddeling, zorgafstemming en zorgplanning wil het regionaal overleg zich engageren om een geïntegreerd geheel van hulp- en dienstverleningsvormen aan de patiënt aan te bieden in functie van zijn specifieke noden en begeleiding. Behalve voor de ondersteuning en de coördinatie van het regionaal overleg is het Provinciaal Coördinatiepunt ook verantwoordelijk voor de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ). Daarnaast bevordert het provinciebestuur ook de gehandicaptenzorg binnen haar regio en richtte ze daarom de vzw Gouverneur Kinsbergen op. Onderstaand kaartje geeft een overzicht van de verschillende zones waar het Regionaal Overleg Gehandicaptens vertegenwoordigd is binnen de provincie.

109

Legende

- regio**
 - regio
- subregio**
- Etel
- Hoogstraten
- Herentals
- Hoogstraten
- Kalmthout
- Lier
- Mechelen
- Mol
- Reepstreek
- Turnhout
- Voorkempen
- Zorgnetto Lier
- Zorgnetto Mortsel
- Zorgnetto Schilde
- Zorgnetto groot Antwerpen

Regionaal Overleg Gehandicapten Provincie Antwerpen



112 1.9 Betaalbaarheid van en ongelijkheid in gezondheid(szorg)

Arm maakt ziek, ziek maakt arm. Dat is wetenschappelijk bewezen⁵⁹. Ongezonder zijn, maakt mensen economisch kwetsbaar waardoor ook de keuze voor een gezonde levensstijl minder evident lijkt. Een belangrijk criterium om de Sociaal Economische Situatie van een persoon te bepalen, is uiteraard het inkomen. In de zogenaamde Wilkinson-hypothese wordt het controversiële verband uitgewerkt tussen opleiding, inkomen en gezondheid. Volgens die theorie bepaalt de graad van inkomens- en opleidingsongelijkheid in een samenleving de gezondheid van die samenleving als geheel⁶⁰. Een goede "gezondheid" tref je vooral bij personen uit de hogere socio-economische klassen terwijl personen uit lagere socio-economische klassen vaker ziek zijn. Vooral voor die laatste groep vormt ziekte vaak een bedreiging voor de financiële gezondheid die op zijn beurt de toegang

⁵⁹ Discussienota: *Recht op de bescherming van de gezondheid: 10 jaar na het algemeen verslag over de armoede*, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, april 2005, 12p.

⁶⁰ R. Schepers, o.c., 193-195.

tot de gezondheidszorg kan belemmeren⁶¹. Als het onze ambitie is – en dat moet het zijn – om substantiële gezondheidswinst te boeken voor ieder lid van de gemeenschap en voor de gemeenschap in het algemeen, dan is dit een uiterst belangrijke vaststelling. Ze ondersteunt de inzet voor een gezondheidszorgorganisatie in functie van "gezondheid" als doelstelling eerder dan "gezondheidszorgprestaties". Een op gezondheidswinst georiënteerd zorgbeleid impliceert o.m. meer en beter gerichte inspanningen door zorgactoren én particulieren op het vlak van een gezonde levensstijl, maximale participatie aan wetenschappelijk onderbouwde preventiecampagnes en zelfredzaamheid. Ook een verdere uitbouw van wijkgezondheidscentra die vanuit een dergelijke filosofie werken, zullen ongetwijfeld bijdragen tot de realisatie van deze doelstellingen.

In elk geval bevestigt voormelde stelling dat de verdeling van gezondheid ongelijker is dan we algemeen aannemen. Het Belgische gezondheidszorgsysteem percipiëren

⁶¹ Departement Onderzoek en Ontwikkeling van de Christelijke Mutualiteiten, *De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België: een dynamisch evenwicht tussen de beheersing van de openbare uitgaven en de financiële bescherming van de patiënt*, september 2006, nr. 8, Brussel, 108p. Zie ook: T. Ysebaert, *Betere gezondheid niet voor laaggeschoolde*, artikel uit De Standaard van 05/05/2010, 8.

114 we immers – grotendeels terecht overigens, als je het internationaal benchmark – als hoogstaand, toegankelijk, betaalbaar en solidair: Niettemin mogen we onze ogen niet sluiten voor noodzakelijke medische zorg die om financiële redenen wordt uitgesteld, medische problemen waarvoor (nog) geen betaalbare oplossing kan worden gevonden, dure medicijnen die niet worden terugbetaald en onbetaalde of onbetaalbare facturen ondanks structurele solidaire beschermingsmaatregelen van de overheid (de verplichte ziekteverzekering, de maximumfactuur, het OMNIO-statuut, ...). Tegelijk moeten we het gezondheidszorgsysteem op een evenwichtige maar kordate manier beschermen tegen onverantwoord medisch toerisme.

Volgens een recente enquête van Test-Aankoop heeft zo'n 30% van de Belgische gezinnen (en dan vooral éénoudergezinnen, gezinnen met een gehandicapt of chronisch ziek gezinslid, uitkeringsgerechtigden, etc.), het nu en dan moeilijk om in de noodzakelijke gezondheidszorg⁶² te voorzien. In 2009 zette 8% van de gezinnen een behandeling stop wegens geldproblemen. 26% stelde om diezelfde reden

⁶² *Toegang tot gezondheidszorg niet gegarandeerd in België*, persbericht te raadplegen via: <http://www.test-aankoop.be/het-gezondheidsbeleid/>.

een behandeling uit. 9% besloot de behandeling niet aan te vatten omdat ze over onvoldoende financiële middelen beschikte om ze te bekostigen. Tand- en oogverzorging worden het vaakst uit- of afgesteld, maar ook revalidatie, psychologische en psychiatrische behandelingen. Zelfs op dringende medische hulp werd in 2009 door 5% van de gezinnen bespaard uit vrees voor de hoge kosten nadien. Voor kinderen wordt hierop geen uitzondering gemaakt. Om de verzorgingsfacturen te kunnen betalen wordt in toenemende mate een beroep gedaan op de familie om financieel bij te springen. Anderen zien zich genoodzaakt aan te kloppen bij het OCMW (10%) of bij de bank (12%).

Ook en vooral op oudere leeftijd leidt dit soms tot schrijnende situaties. Eén van de hete hangijzers inzake de betaalbaarheid van de gezondheidszorg heeft betrekking op de rusthuisfactuur van de ouderen. Ouderen die over voldoende middelen beschikken, betalen hun rusthuisopname in principe zelf. De laatste jaren echter, staan de prijzen voor een rusthuisverblijf regelmatig ter discussie. Uit onderzoek blijkt dat het bewonersaandeel door de jaren heen zo sterk is opgelopen dat een stijgend aantal bewoners de factuur niet meer volledig uit eigen zak kan betalen. Volgens het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen ging

116 het in 2004 om 27% van de steekproefpopulatie⁶³. Levensloopbestendig bouwen, nieuwe woonvormen en maximale inzet op thuiszorg beantwoorden niet enkel aan de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te wonen, ze dienen ook een maatschappelijk belang en een economische logica. Het Woonzorgdecreet dat zorg op maat en zorgcontinuïteit centraal plaatst, beantwoordt hieraan. Het decreet besteedt terecht bijzondere aandacht aan de financiële toegankelijkheid van de thuiszorg en effent zo het pad naar zorgvernieuwing in de ouderensector. In de toekomst zal het systeem waarbij de bijdrage die ouderen betalen gekoppeld is aan het inkomen en de gezinslast, terecht gelden voor alle thuiszorgvoorzieningen. Met die maatregel komt ook de uitwerking van een maximumfactuur in de thuiszorg bijna in zicht.

De werkgroep "Ongelijkheid in gezondheid" van de Koning Boudewijnstichting formuleerde in oktober 2007 een aantal relevante beleidsvoorstellen om de gezondheidskloof te

⁶³ L. Vanden Boer & K. Pauwels, Wie betaalt het rusthuis? Bewoners en (zak)geld, www.cbgs.be. Uit het onderzoek, 31 maart 2006, 5p.

helpen dichten⁶⁴. Voor het lokale bestuursniveau resulteren die suggesties ondertussen al in het gelijknamige project: "Ongelijkheid in gezondheid", een samenwerkingsovereenkomst tussen de KBS en de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten⁶⁵. Een eerste doelstelling uit het rapport is dat de gelijkheid in gezondheid voortaan de effectieve, meetbare en sociale ambitie moet zijn. Een betere gezondheid o.m. door verkleining van de verschillen in gezondheid moet het uiteindelijke beleidsdoel zijn dat concreetiseerd wordt in "tussentijdse beleidsdoelen die in realistische cijfers worden uitgedrukt en stapsgewijs worden gerealiseerd"⁶⁶. Op de tweede plaats wordt van de federale regering verwacht dat ze de andere overheden uitnodigt om "een op gelijke kansen gerichte gezondheidsstrategie uit te werken en actief participeert in Europese programma's". Daarnaast onderscheidt de nota ook een aantal bouwstenen, waarvan de belangrijkste taak voor de provincies erin

117

⁶⁴ G. Rauws et alii (red.), *Beleidsaanbevelingen Ongelijkheid in Gezondheid: aanbevelingen van de werkgroep 'Ongelijkheid in Gezondheid' van de Koning Boudewijnstichting voor alle overheden in België*, Brussel, oktober 2007, 20p.

⁶⁵ http://www.vvsg.be/Lists/Nieuws/disppform.aspx?id=133&Source=http://www.vvsg.be/sociaal_beleid/Pages/Nieuws.aspx

⁶⁶ G. Rauws, o.c., 6.

118 bestaat om met speciaal daarvoor vrijgemaakte budgetten lokale voorttrekkersprojecten te ondersteunen, te begeleiden en te evalueren. Bedoeling is om hieruit 'goede praktijken' te distilleren, die als vertrekpunt kunnen dienen voor het uittekenen van een "evidence based"-beleid. Ook de provincie Antwerpen levert een aanzienlijke, vaak amper zichtbare bijdrage in lokale projecten en initiatieven. Zo dragen we bij tot de samenwerking tussen de Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijn 'SEL's en het Lokaal en Regionaal Gezondheidsoverleg (LOGO's). Al meer dan tien jaar organiseert de provincie het regionaal gehandicaptenoverleg (zie supra).

Verder zet de provincie Antwerpen in op een laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke gezondheidspromotie. Sport- en gezondheidsinitiatieven zoals de mobiele FIT-bus, de Sporteldag voor 50-plussers, het 10 000 stappen per dag-plan. Kookcursussen voor kansarmen en drinkwaterfonteintjes op school wakkeren de bewustwording voor een gezonde levensstijl aan. Bovendien verscherpen ze een goede attitudevorming en competentieontwikkeling in het bijzonder bij jongeren c.q. jonge gezinnen. Een mooi praktijkvoorbeeld vinden we op de interactieve website www.gezondeinspiratie.be die mensen met een sociaal zwakke

positie informeert over eenvoudige voedingstips en -initiatieven van Vlaamse organisaties en lokale besturen⁶⁷.

Dat kan gaan van doecursussen om betaalbaar, lekker en gezond te koken tot een wijkgerichte aanpak om peutertjes hun tanden beter te laten poetsen. Een op empowerment en responsabilisering gestoeld gezondheidsbeleid – zoals het werd uitgestippeld in het provinciaal bestuursakkoord voor de periode 2007-2012⁶⁸ – versterkt niet alleen de effecten van gezondheidspromotie, maar waakt er ook over dat ze gekoppeld blijven aan actieve solidariteit. Empowerment-gedrevenheid, solidariteit en een grotere gelijkheid zijn de rode draad doorheen het Antwerpse provinciale (welzijns) beleid.

⁶⁷ <http://www.gezondeinspiratie.be/>. De praktijkenbank is een initiatief van het VIGeZ.

⁶⁸ Provinciaal Bestuursakkoord 2007-2012, *Een creatieve provincie*, Provincie Antwerpen, 24p. Te raadplegen via: <http://www.provant.be/bestuur/beleid/bestuursakkoord/>

Gezondheidszorg is op de eerste plaats omgaan met mensen in een geest van gelijkheid⁶⁹. Lange tijd was dat anders. Aanvankelijk werd de relatie tussen arts en patiënt doorgaans gekenmerkt door ongelijkheid: de arts stond quasi onaantastbaar op de voorgrond als deskundig expert, terwijl de patiënt: een onwetende, weinig assertieve leek, diens gezag blindelings aanvaardde/moest aanvaarden. Die verhouding is totaal gewijzigd. Meer en meer is sprake van een "meeting between experts"⁷⁰. Deze gewijzigde verhouding heeft – behalve met de gezagscrisis en het sterke gelijkheidsdenken van onze samenleving – te maken met een aantal factoren. De toename van chronische ziekten die niet altijd kunnen worden genezen, confronteert de arts met de beperkingen van zijn medische beroep. Klachten van chronische patiënten verlichten, vergt niet zozeer acute geneeskunde, maar vooral goede zorg. Mensen stimuleren om zelf meer verantwoordelijkheid op te nemen voor de eigen gezondheid betekent mensen informeren over de factoren en middelen die de gezondheidstoestand beïnvloe-

⁶⁹ M. Keirse, *Patiëntenzorg en -begeleiding*, Leuven, Acco, 11-13.

⁷⁰ R. Schepers, *o.c.*, 103-104.

den. Een consultatie bij de arts beperkt zich niet langer tot een diagnose en (voorstel van) behandeling, maar geeft veel vaker aanleiding tot een gesprek over tips, aanbevelingen en raadgevingen over preventie en een evenwichtige levensstijl. Mensen en dus ook patiënten worden bovendien assertiever en mondiger. Ze beschikken over een schier eindeloze waaier aan mogelijkheden – in het bijzonder via het internet – om hun kennis over gezondheid, levensstijl, ziekte en geneeskunde te verruimen. Van passieve patiënten worden ze steeds vaker assertieve consumenten. Vaak verenigen ze zich in organisaties en inspraakorganen om hun gewicht op het beleid te vergroten. Als de assertiviteit doorschiet in negatieve zin, leidt ze helaas vaak tot agressie tegenover artsen en verpleegkundigen.

Deze paradigmaswitch wordt vanaf de jaren zeventig van vorige eeuw in de medische wereld vertaald met een onderscheid tussen de begrippen "cure" en "care". "Cure" is daarbij gericht op genezing en herstel in de enge betekenis. Het is in hoofdzaak de taak en bevoegdheid van de behandelende arts. Medische zorg in een ziekenhuis van doorgaans korte duur wordt hier dan ook spontaan mee geassocieerd.

122 Het begrip "care" daarentegen staat synoniem voor het beperken van de nadelige gevolgen van ziekten, stoornissen en beperkingen. Dat wordt bereikt door verpleging, begeleiding en verzorging. In tegenstelling tot "cure", gaat het doorgaans om langdurige zorg al dan niet voor een chronische aandoening.

Idealiter heeft het begrip "care" tot uiteindelijke doelstelling dat de patiënt opnieuw optimaal kan functioneren in zijn natuurlijke leefomgeving. "Cure" situeert zich eerder binnen het domein van de traditionele gezondheidszorg voor zover het de handelingen van een arts of specialist vereist, terwijl "care" zich op het raakvlak van de medische en verpleegkundige zorg bevindt.

In de praktijk echter stellen we vast dat deze tweedeling niet werkbaar is en veelvuldig onder druk komt te staan. De curatieve sector ziet zich steeds vaker geconfronteerd met aandoeningen die geen onmiddellijke genezing opleveren. "Cure" is dus in de praktijk helemaal niet van korte duur en vindt steeds vaker buiten het traditionele ziekenhuis plaats. Omgekeerd wordt er in de caresector heel wat meer gedaan dan routineus verzorgen en is het karakter van de behandeling ook verre van vrijblijvend, maar heeft het een concreet doel voor ogen.

Vanuit patiënten- en consumentenperspectief is vooral de samenhang in de zorg essentieel. Een patiënt die herstelt van een operatie kan tijdelijk thuiszorg of revalidatie nodig hebben. Als de patiënt hervalt en een tweede opname onafwendbaar is, moet hij daarna opnieuw kunnen beschikken over de mogelijkheden voor thuisopvang. Voor een samenhangend zorgaanbod is het dus uiterst belangrijk dat cure en care met elkaar verweven zijn. Kortom, geen "cure" zonder "care". Een intensieve wisselwerking leidt tot het beste resultaat. Projecten die beogen een brug te slaan tussen deze twee concepten of hun samenwerking over de hokjes heen maximaal in de kijker plaatsen, verdienen dan ook al onze aandacht. Binnen de provincie Antwerpen proberen we daarom innovatieve projecten voor integrale zorg en ketenzorg waar mogelijk te stimuleren en te implementeren, ook en in het bijzonder voor psychologische hulpverlening.

123

124 1.11 Over de hokjes...van zorg thuis naar het ziekenhuis en alle tussenvormen ertussen. Van mantelzorg tot hoogtechnologische specialistische zorg: de zorgketen in de verschillende regio's van de provincie

Het zorgaanbod in Vlaanderen en ook binnen onze provincie is erg verscheiden. Opvallend daarbij is dat de plaats van de zorgverlening verschuift: van het ziekenhuis c.q. het rusthuis naar de thuisomgeving of nieuwe(re) zorgvoorzieningen, waardoor het verblijf in een instelling langer of zelfs voorgoed wordt uitgesteld. Vooral ook ouderen stellen dat erg op prijs. Ook hier is "empowerment" de kerngedachte: uitgaan van de mogelijkheden van mensen eerder dan zich blind te staren op hun beperkingen. Kritische succesfactor voor dergelijk zorgcontinuüm is open communicatie, goede, respectvolle samenwerking en vertrouwen tussen zorgverstrekkers onderling en tussen zorgverstrekkers, mantelzorgers én de cliënten.

In wat volgt, overlopen we kort het zorgaanbod binnen onze regio. We besteden aandacht aan enkele goede praktijken. Tegelijkertijd wijzen we op enkele lacunes en leggen voorlopig nog onontgonnen, prioritaire zorgdoelstellingen

bloot. Voor dit overzicht baseren we ons grotendeels op het schema van het zorgaanbod van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid⁷¹.

125

⁷¹ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/subMenuTable.aspx?id=36>



2. Het zorg- en welzijnsaanbod in al zijn diversiteit





7



BOY 2

A photograph of a hospital hallway. On the left, a red door is labeled "BOY 2" in large, silver, sans-serif letters. The hallway is brightly lit by rectangular ceiling lights. In the distance, three people wearing bright orange high-visibility jackets are pushing a gurney. The gurney is covered with a white sheet. The walls are white with a grey baseboard, and the floor is a light grey. The perspective is from the end of the hallway, looking down its length.













2.1 Thuiszorg

147

2.1.1 Mantelzorg

Wie zorg nodig heeft door ziekte, handicap of ouderdom krijgt die doorgaans op de eerste plaats van personen uit de nabije sociale omgeving (gezinsleden, andere familieleden, vrienden, buren en kennissen). Ongeveer 4500 mantelzorgers staan in Vlaanderen in voor een ziek familie- of gezinslid. Een beperkte financiële ondersteuning krijgen zij via de Vlaamse Zorgverzekering. Het bedrag hangt af van de graad van zorgbehoevendheid van de persoon die ze ondersteunen. De provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en Limburg geven extra ondersteuning aan hun mantelzorgers. Zo geeft de Provincie Antwerpen een thuiszorgpremie voor personen of gezinnen die een zorgbehoevende van 75 jaar of ouder thuis verzorgen⁷². Ook verschillende gemeenten voorzien in een mantelzorgpremie voor de mantelzorgers of zorgbehoevende inwoners. 45 op de 70 Antwerpse gemeenten voorzien in een mantelzorgpremie. Dit komt overeen met een penetratiegraad van 65 %. Drie Antwerpse gemeenten hebben concrete plannen om een dergelijke

⁷² http://www.provant.be/subsidies/welzijn/zorg_en_hulp/ouderen/subs112_thuisverzorging_oudere.jsp?referer=tcn:7-15857-64. Zie ook: http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_verenigingen.aspx

148 premie in te voeren en twee andere gemeenten overwegen een mogelijke invoering in de toekomst⁷³. Uiteraard kunnen gemeenten bepaalde voorwaarden voor de toekenning van een mantelzorgpremie opleggen, wat mede verklaart waarom de premie nog niet in alle gemeenten van onze provincie werd ingevoerd. Dat kan gaan van leeftijdsvoorwaarden tot de effectieve woonplaats van de zorgbehovende over de graad van verwantschap die de mantelzorgverlener heeft met de patiënt. De premie kan ook afhankelijk zijn van het inkomen van de zorgbehovende oudere. Ze wordt berekend op basis van het aantal verzorgingsdagen. De gemeentelijke en provinciale mantelzorgpremie dienen niet enkel als vorm van financiële ondersteuning, maar vooral ook als blijk van waardering en erkenning. Oudere, zorgbehovende of gehandicapte familieleden opvangen is psychologisch maar ook sociaal-economisch belastend. De nood aan efficiënte en gespecialiseerde begeleiding van de mantelzorgverlener is dan ook groot. Deze begeleiding gaat best gepaard met een omkadering voor de individuele mantelzorgverlener waar antwoorden worden gegeven op de verschillende, vaak praktische vragen van de

⁷³ Een mantelzorgpremie in elke gemeente, Brochure CM,2010, Brussel, 28 p. Te raadplegen via: http://www.ziekenezorg.be/cmz/nl/100/Resources/Een%20mantelzorgpremie%20in%20elke%20gemeente_tcm272-69582.pdf.

149 mantelzorgers. Een dergelijke omkadering kan sturend werken zodat de zorgkwaliteit, geleverd door de mantelzorgers, verhoogt. Bovendien zorgt dit voor een valorisering van de mantelzorgverlener, een efficiëntere inzet ervan en een duidelijker zorgaanbod. Daarnaast is er de vraag naar een wettelijk en fiscaal statuut voor de mantelzorgverlener. Zo wordt geijverd voor een degelijke onkostenvergoeding, nuttige en professionele ondersteuning op maat en "lotgenotencontact"⁷⁴. De inbreng van mantelzorgers is van onschatbare maatschappelijk en menselijke waarde. Vaak echter biedt hun inzet geen volledig antwoord op de uiteenlopende, individuele zorgbehoeften. Bovendien moeten ook mantelzorgers er eens tussenuit. Daarom werden externe structuren opgericht die enerzijds het zorgaanbod gevoelig uitbreiden en uitbesteden en anderzijds specialisatie toelaten.

2.1.2 Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg

Thuiszorg is de volgende schakel in het zorgketen die patiënten zorg op maat aanbiedt. Deze redelijk diverse

⁷⁴ J. -P. Goor & M.-Th. Casman, *Bedenkingen en aanbevelingen 'Naar mantelzorgers luisteren om ze beter te kunnen helpen': rondetafel georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting op 30/11/2007*, Brussel, 6p., te raadplegen via: http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/Verslag/2007_LuisterenNaarMantelzorgers_Verslag.pdf.

150 vorm van externe zorgverlening valt uiteen in enerzijds de *gezinszorg* en anderzijds de *aanvullende thuiszorg* of diensten voor lokale hulp. De gezinszorg omvat "het hulp- en dienstverleningsaanbod dat bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp, alsook de daarmee verband houdende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding"⁷⁵. De aanvullende thuiszorg daarentegen is "het hulp- en dienstverleningsaanbod dat bestaat uit schoonmaakhulp, professionele oppashulp en karweihulp"⁷⁶. Beide vormen van dienstverlening kunnen zowel een preventief als een herstellend, verzorgend of palliatief karakter hebben. Ze kunnen ondersteunend, aanvullend of vervangend zijn. Deze diensten worden enkel aangeboden in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker en de toekenning ervan is gebaseerd op een uitgebreid, voorafgaand sociaal onderzoek. De provincie Antwerpen telt momenteel 27 OCMW-diensten waar dergelijke hulpverlening door patiënten kan worden aangevraagd. In het private zorgaanbod bieden 9 vzw's gezinszorg aan. Ook deze structuur kan flexibeler los van werkuren en -dagen.

⁷⁵ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_gezinszorg_en_aanvullende_thuiszorg.aspx.

⁷⁶ *Ibid.*

2.1.3 Lokale en regionale dienstencentra

151 Het Thuiszorgdecreet uit 1998 biedt de basis voor een wettelijke erkenning voor lokale dienstencentra die inmiddels al meer dan 25 jaar actief zijn in Vlaanderen. Ze richten zich op de eerste plaats tot personen in een beginnende zorgsituatie die door het uitgebreide aanbod van het dienstencentrum de kans krijgen om professionele zorgverlening aan huis uit te stellen of zo beperkt mogelijk te houden. In dat opzicht vervullen dergelijke centra een belangrijke, preventieve rol. Het lokale dienstencentrum als voorziening biedt twee soorten activiteiten aan de lokale, overwegend oudere bewoners. Op de eerste plaats organiseert het – dankzij de inzet van enthousiaste vrijwilligers – activiteiten van informatieve, recreatieve en vormende aard. Het biedt die diensten aan in overleg met lokale, sociaal-culturele verenigingen die gelijksoortige activiteiten aanbieden. Bedoeling is om de levenskwaliteit aanzienlijk te vergroten door een waaier van zinvolle ontmoetingsmomenten aan te bieden. Op de tweede plaats bouwden dienstencentra in de loop der jaren hun dienstverleningspakket aanzienlijk uit, zodat de gebruikers kunnen genieten van een flexibel aanbod, aangepast aan de werkelijke behoeften van de gebruikers. Dat kan gaan van hygiënische zorgen, warme maaltijden, boodschappenhulp, buurthulp tot initiatieven

152 die de mobiliteit van de gebruikers verhogen⁷⁷. Door hun lokale opdracht en het laagdrempelige karakter van hun activiteiten zijn de lokale dienstencentra een ideale partner in de strijd tegen de mogelijke vereenzaming van ouderen in de buurt. Elk centrum moet daarom minstens 32 uur per week voor iedereen toegankelijk zijn. Bovendien moeten vrijwilligers zo optimaal mogelijk in de werking van het dienstencentrum geïntegreerd worden. Onze provincie telt 59 lokale dienstencentra verspreid over haar grondgebied. Als overkoepelende en coördinerende centra behoren de informatieve en vormende activiteiten tot de kerntaken van de regionale dienstencentra. Daarnaast bieden ze ook info en ondersteuning inzake technologie, hulpmiddelen en de organisatie van woningaanpassingen (personalarmtoestellen en ergotherapeutisch advies)⁷⁸. In de provincie Antwerpen zijn er in totaal 16 regionale dienstencentra waarvan er 9 gevestigd zijn in de regio Antwerpen, 3 in het arrondissement Mechelen en 4 in het arrondissement Turnhout.

⁷⁷ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_lokale_dienstencentra.aspx.

⁷⁸ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_regionale_dienstencentra.aspx.

2.1.4 Diensten voor oppashulp

153
Wanneer gehandicapt of chronisch ziek behoefte hebben aan gezelschap kunnen ze een beroep doen op de vrijwilligers van oppashulp die hen in het vertrouwde thuismilieu de gevraagde hulpverlening bieden⁷⁹. Vanuit die invalshoek vormt oppashulp een aanvulling op het werk van de mantelzorgers en op de zorgbegeleiding uit het professionele circuit. De provincie Antwerpen telt momenteel 7 erkende diensten voor thuisoppas, verspreid over haar verschillende regio's.

2.1.5 Diensten voor gastopvang

Binnen het zorgaanbod worden de diensten voor gastopvang beschouwd als een nieuw type van thuiszorgvoorziening. De wettelijke erkenningsperiode is pas op 1 januari 2010 van kracht geworden. Voor een grondig zicht op het aantal initiatiefnemers binnen onze provincie, is het nog veel te vroeg. Het concept van gastopvang werd in het leven geroepen om de mantelzorger en de professionele hulpverlener in zijn taken te ondersteunen en tijdelijk te verlichten⁸⁰. Een gastgezin vangt de zorgbehoevende op bepaalde

⁷⁹ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_oppashulp.aspx.

⁸⁰ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_gastopvang.aspx

154 dagen in de week en soms 's nachts op in zijn eigen woning. Net zoals bij de lokale dienstencentra en de diensten voor oppashulp, vormt gastopvang een efficiënt wapen tegen vereenzaming bij ouderen. Zij zijn de belangrijkste doelgroep en dat vooral wanneer ze specifieke, sociale begeleiding nodig hebben bij verzorging, gezelschap, toezicht en/of begeleiding in het dagelijkse leven.

2.1.6 Diensten voor thuisverpleging

Een persoon kan er ook voor kiezen om in zijn natuurlijke thuisomgeving te worden verpleegd door de thuisverplegingsdienst. De coördinatie is in handen van één of meer verpleegkundigen die verenigd zijn in een organisatie. Met de inwerkingtreding van het woonzorgdecreet van 1 januari 2010 werden de teams voor thuisverpleging omgevormd tot diensten voor thuisverpleging. Naast de verpleegkundige zorgverlening, hebben de verpleegkundigen ook vaak aandacht voor gezins- en sociale omstandigheden. Ook preventie, gezondheidslichting en -opvoeding behoren tot hun kerntaken⁸¹. Een nauwe samenwerking tussen de diensten van thuisverpleegkunde én de huisarts van de patiënten komt een efficiënte hulpverlening zeker ten goede.

⁸¹ http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_thuisverpleging.aspx

Onze provincie telt 31 erkende diensten voor thuisverpleging. Daarnaast zijn er ook nog een aantal diensten die niet tot het erkende traject behoren. Officiële gegevens over het gehele aanbod ontbreken.

2.1.7 Pluralistische initiatieven nachtzorg

Een struikelblok bij de keuze voor verzorging in de eigen thuisomgeving was de afwezigheid van professionele nachtzorg. Omdat professionele ondersteuning van de zorgbehoevende en de mantelzorg tijdens de nacht het vroegtijdig afbreken van het thuiswonen voorkomt, realiseerden maar liefst 21 erkende organisaties – over alle levensbeschouwingen heen – het pluralistisch samenwerkingsinitiatief Nachtzorg, onder het motto "samen sterk in zorg". Mede dankzij de steun van de Provincie Antwerpen, de Vlaamse Gemeenschap en het SIT 'Aan de stroom', maar vooral door de inzet van alle partners groeide nachtzorg uit tot een succes. In maart 2004 ontvingen de eerste zorgbehoevendenden effectief nachtzorg... thuis! Sinds 2007 werd het project een permanent initiatief. Sinds 2008 bereikt het initiatief het volledige arrondissement Antwerpen. Inmiddels zijn, in de provincie Antwerpen, gelijkaardige initiatieven ontstaan in Mechelen en Turnhout en is het initiatief uitgebreid naar andere provincies.

156 2.1.8 Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (GDT)

Een mix van alle voorgaande zorgverleningsvormen vinden we terug in de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, kortweg SEL. Het Eerstelijnsdecreet voorziet in de oprichting van SEL's die vanaf 1 januari 2010 kunnen worden erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Dit vereist een structurele samenwerking tussen huisartsen, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, verpleegkundigen, lokale dienstencentra, OCMW's, woonzorgcentra en centra voor algemeen welzijnswerk met het oog op multidisciplinair overleg in het belang van de zorgbehovende. Die is immers gebaat bij goed afgestemde, efficiënte en effectieve zorg. Daarom kregen de SEL's o.m. volgende kernopdrachten: een overzicht maken van alle zorgaanbieders, verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, vrijwilligersorganisaties, deze info actualiseren en goed ontsluiten, transmurale samenwerkingsovereenkomsten resp. zorgprojecten realiseren enz.

Voorts erkent de Vlaamse overheid ook de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's). Sinds 2003 worden ze bovendien gesubsidieerd door de federale overheid. Een GDT coördineert het geheel van patiëntenzorg onder

andere via de praktische organisatie en ondersteuning van het multidisciplinair overleg rond een zorgbehovende patiënt. Op termijn zullen de werkgebieden van SEL's en GDT's samenvallen. Daarom kunnen enkel erkende SEL's vanaf 1 januari 2010 worden erkend als GDT.

In de provincie Antwerpen zijn drie SEL's actief: SEL/GDT Kempen, SEL Mechelen en het recent opgerichte SEL Amberses. De provincie ondersteunt de SEL's via het forum van een provinciaal overleg voor zowel de coördinatoren als de bestuursleden. Bovendien ondersteunt ze het gebruik van een elektronisch zorgplan⁸²⁻⁸³.

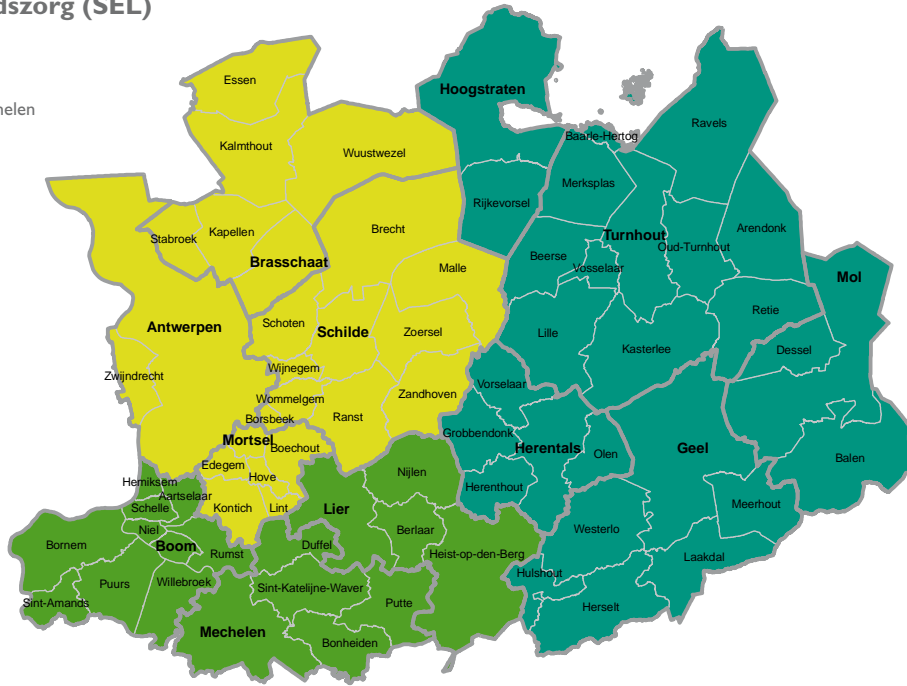
157

⁸² <https://www.e-zorgplan.be/login/login.aspx?ReturnUrl=%2fhomePage.aspx>

⁸³ Een zorgplan bevat een afsprakenregeling en is bedoeld om de zelfredzaamheid van de patiënt en de ondersteuning van de thuisverzorgers te bevorderen.

Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)

- SEL Amberes vzw
- Thuiszorgoverleg Mechelen
- SEL Kempen vzw



160 2.1.9 Vlaamse Projecten in de thuiszorg

Jaarlijks bepaalt de minister van Welzijn een aantal relevante thema's in verband met thuiszorg waarbinnen geïnteresseerde initiatiefnemers een project kunnen uitwerken waarvoor ze een eenmalige projectsubsidie kunnen ontvangen. Voorwaarde is wel dat het project een initiatief is dat een tijdelijk, vernieuwend en experimenteel karakter heeft. In 2009 liepen zo binnen onze provincie drie projecten rond aanvullende thuiszorg bij ontslag van zwaar zorgbehoevende personen uit het ziekenhuis en een uitbreiding van het project rond adequate nachtopvang in de thuisomgeving. Voor de eerste categorie van projecten ligt de focus op extra ondersteuning en bedroeg de projectsubsidie 64 400 euro. Volgende vzw's werkten hier op een actieve manier aan mee: vzw Thuishulp met het project "Noodhulp bij ontslag zwaar zorgbehoevenden", vzw Thuiszorg Vleminkveld met "FLEX" en de vzw Villers met het project "Acute ThuisZorg" (ATZ)⁸⁴. Voor de tweede categorie projecten was het opzet om – in navolging van het succesvolle initiatief in het arrondissement Antwerpen - een samenwerking te realiseren tussen ten minste 5 verschillende soorten voorzieningen om tijdens de nacht toezicht en verzorging aan ouderen

⁸⁴ <http://www.staatsbladclip.be/staatsblad/wetten/2010/01/12/BelgischStaatsblad-Print.html>

te bieden, bij voorkeur in de thussituatie van de gebruiker. Projecten met een duidelijk doel: ouderen zo lang mogelijk thuis laten wonen en een opname in een rust- en verzorgingstehuis kwaliteitsvol uit te stellen. De vzw Familiehulp kreeg hiervoor een subsidie voor hun project: "Pluralistisch Project Nachtzorg Kempen"⁸⁵.

2.1.10 Collectief Autonome Dagopvang Vosselaar

Huiselijke aanpak om de hoek of in de eigen straat, kleinschaligheid, een individueel dagprogramma voor elke bezoeker en ondersteuning van de mantelzorger. Het zijn maar enkele kernwoorden die het proefproject Centrum voor Autonome Dagopvang in Vosselaar typeren. Deze thuiszorgvoorziening kwam er dankzij de steun van toenmalig minister van Welzijn Steven Vanackere. Op 16 oktober keurde hij het project goed en in maart 2009 was CADO reeds operationeel. Het basisprincipe van deze gloednieuwe voorziening is dat ouderen zelf zo lang mogelijk bepalen wat ze zelf kunnen doen en dat men uitgaat van de mogelijkheden van ouderen en niet van hun beperkingen. Verder wordt er gevolg gegeven aan de wens van ouderen om langer thuis te blijven en neemt een CADO tijdelijk de druk

⁸⁵ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=20257>

162 weg bij de thuisomgeving en de mantelzorgers⁸⁶. In principe richt het CADO zich tot alle zorgbehoevenden van Vosselaar die geen intensief medisch toezicht en/of behandeling nodig hebben. Zij hebben wel nood aan verzorging, oppas en begeleiding op maat. Maar ook voor ouderen die zich eenzaam voelen of waarvoor de drempel om psychologische redenen naar de dagverzorgingscentra te hoog is, biedt de dagopvang een perfect alternatief. Om de huiselijke sfeer te bewaren, kunnen bij het CADO Vosselaar maximum 8 personen tegelijkertijd worden opgevangen en dit tijdens de kantooruren. Twee verzorgenden begeleiden de gebruikers bij hun individuele dagprogramma.

Het grote verschil met de huidige dagverzorgingscentra in Vlaanderen is dat het CADO niet verbonden is aan een rusthuis. CADO's liggen verspreid en zijn bovendien kleiner en huiselijker dan rusthuizen. Kortom, het CADO is geen volledig nieuwe structuur, maar schept een nieuw specifiek zorgkader doordat het bestaande partners laat samenwerken. Het CADO kan de thuisverpleging resp. de arts bijv. op één plaats alle mensen verzorgen c.q. onderzoeken of

⁸⁶ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cado.aspx> . Zie ook: B. De Koker en T. Jacobs, Hoe zwaar weegt de mantel? Determinanten van de ervaren zorgbelasting bij Vlaamse mantelzorgers, in P. Bracke (red.), o.c., Leuven, Acco, 2009, 21.

behandelen, wat tijdswinst betekent. Hetzelfde geldt voor het vervoer en het bezorgen van warme maaltijden.

163

De gemeente Vosselaar is terecht trots op haar initiatief dat zichtbaar vruchten afwerpt. Bovendien zoeken CADO en Vosselaar terecht nieuwe samenwerkingsverbanden met ziekenfondsen, thuisverpleging, vervoersdiensten en welzijnszorg Kempen. KHK en VONK3 (Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum 3de leeftijd), staan in voor de wetenschappelijke ondersteuning.

2.1.1.1 Het dagverzorgingscentrum

In het dagverzorgingscentrum, dat doorgaans verbonden is aan een woonzorgcentrum, kunnen zorgbehoevenden tijdelijk worden opgevangen wanneer de mantelzorger de zorg tijdelijk niet kan opnemen wegens ziekte, vakantie of omdat hij/zij overbelast is. Behalve tijdelijke opvang biedt het dagverzorgingscentrum o.a. ook hygiënische en verpleegkundige hulp, activering, ondersteuning, animatie, ontspanning en psychosociale ondersteuning⁸⁷. Het dagverzorgingscentrum – dat voor iedereen toegankelijk is – beschikt in principe over een vervoerdienst die de bezoekers 's ochtends

⁸⁷ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=88>

164 ophaalt en 's avonds weer terug naar huis brengt. In onze provincie staan 26 dagverzorgingscentra ter beschikking van licht- tot matig zorgbehoevende ouderen in de dagopvang.

2.1.12 Het centrum voor kortverblijf (CVK)

Wanneer de zorgbehoevende oudere daarentegen zowel overdag als 's nachts behoefte heeft aan zorg- en hulpverlening en de zorgen van het netwerk mantelzorgers onvoldoende blijken, kan hij terecht in een centrum voor kortverblijf dat op zijn beurt ook verbonden is aan een woonzorgcentrum of erkend rusthuis. Deze centra vormen een logische aanvulling op de professionele thuiszorg wanneer de permanente aanwezigheid van professionele hulpverleners noodzakelijk wordt. Als de mantelzorger tijdelijk niet ter beschikking is of er zich een crisissituatie voordoet, kan de oudere ook gebruik maken van een CVK. Wat een centrum voor kortverblijf kenmerkt, is dat het de opvang en verzorging van zorgvragende zestigplussers overneemt gedurende korte periodes met een maximum van 60 opeenvolgende dagen en 90 dagen op jaarbasis⁸⁸. Onze provincie telt 41 centra voor kortverblijf. De vraag is groter dan het aanbod. Een zorgbehoevende die in de

⁸⁸ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=86>

eigen gemeente geen beroep kan doen op een kortverblijf is verplicht om binnen een ruimere straal een kortverblijf aan te vragen⁸⁹.

165

2.1.13 Het centrum voor herstelverblijf

Ook het centrum voor herstelverblijf is als nieuwe voorziening opgenomen in het Woonzorgdecreet. Een centrum voor herstelverblijf biedt tijdelijke opvang aan personen die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of in het verleden te maken kregen met een ernstige aandoening. Die ingreep of aandoening gaat vaak gepaard met een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten. Het is de bedoeling dat de gebruiker na het verblijf in het centrum opnieuw zelfstandig in zijn eigen huis kan wonen.

⁸⁹ In het Woonzorgdecreet van 2009 is een belangrijke rol weggelegd voor zowel de dagverzorgingscentra als de centra voor kortverblijf. De Vlaamse regering engageerde zich om hun aantal verder uit te breiden en erkent het herstelverblijf als zorgvorm. Daarnaast worden de mogelijkheden voor nachtopvang en opvang in gastgezinnen in heel Vlaanderen verder uitgebouwd.

166 2.1.14 De woonzorgzone

De idee van de woonzorgzone steunt op de overtuiging dat mensen met een verhoogde zorgbehoefte in hun vertrouwde omgeving moeten kunnen blijven als ze dat willen. Een woonzorgzone is een gebied dat extra is aangepast aan bewoners die op (intensieve) zorg zijn aangewezen, maar de formule is zeker niet exclusief bedoeld als woning voor ouderen of personen met een handicap of chronische ziekte. De samenleving moet daarmee afstappen van de idee dat mensen die extra zorg nodig hebben naar een andere plaats moeten gaan wanneer die zorg wordt verstrekt. Enkele kenmerken van een woonzorgzone zijn: een verhoogde toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers, een barrièrevrije, verkeersveilige en sociaal veilige woonomgeving, winkels en dienstverlening op loopafstand, uitgebreide bezorging van diensten aan huis, centra voor zorg- en dienstverlening, gebruiksvriendelijke informatie- en communicatietechnologie en een activiteitencentrum met allerlei voorzieningen in de buurt⁹⁰.

⁹⁰ De zilveren sleutel, *Woonvormen*, meer info op: <http://www.dezilverensleutel.be/>

2.1.15 Expertisecentra voor dementie

167

Voor dementerende ouderen en andere lotgenoten die voor hun 65ste aan de ziekte lijdten, werden in Vlaanderen enkele Expertisecentra voor Dementie opgestart. Dementie staat synoniem voor een chronisch, degeneratief ziekteproces dat behalve door een groeiende afhankelijkheid ook gekenmerkt wordt door een geleidelijk identiteitsverlies. Ondanks de toenemende aandacht voor dementie in de media, blijven nog heel wat misverstanden overeind. Om de ziekte uit de taboesfeer te halen, werd voorzien in de oprichting van expertisecentra die uitdrukkelijk een permanent aanspreekpunt met lage drempel willen zijn.

In de provincie Antwerpen werd vanuit het rust- en verzorgingstehuis De Bijster in Essen – dat zichzelf pionier mag noemen op het vlak van begeleiding en zorg van personen met dementie – het GOBC opgericht. Uit dit Geheugen-, Oriëntatie- en Begeleidingscentrum ontstond Orion in Wilrijk, één van de negen erkende Vlaamse Expertisecentra Dementie⁹¹. Begin dit jaar kwam daar het inloophuis dementie bij. Het is een laagdrempelige ontmoetingsplaats voor dementiepatiënten en hun omgeving (mantelzorgers, familie en vrienden). Je kan er zowel terecht voor een

⁹¹ <http://www.dementie.be>. Zie ook: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5372>

168 babbel, het nodige advies of voor meer informatie over neurodegeneratieve ziekten. Het kan er alleszins toe bijdragen dat het isolement waarin heel wat patiënten en hun onmiddellijke omgeving zich bevinden wordt voorkomen of doorbroken. Daarnaast ondersteunt de provincie al enkele jaren het kleinschalig, genormaliseerd wonen voor personen met dementie. Bepaalde personen met dementie kunnen binnen onze provincie terecht in Huis Perrekes (Geel) en De Bijster. Beiden functioneren al jaren als model voor de Vlaamse woonzorgcentra die dit concept van zorgverlening willen overnemen⁹².

Op 14 februari 2005 ging het Dementienetwerk uit de Provincie Antwerpen van start. Via dit samenwerkingsinitiatief slaan drie partners PGN (Psycho-Geriatriesch Netwerk), ECD Tandem en ECD Orion de handen in elkaar om ouderen met dementie en hun omgeving de juiste informatie te verschaffen betreffende verzorging op maat. Dat gebeurt onder meer door de publicatie van een informatiebrochure

⁹² C. Van Audenhove et alii, *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*, Leuven, Garant, 120p.

die inmiddels haar succes bewezen heeft⁹³. In de provincie Antwerpen worden naar schatting 30.000 mensen geconfronteerd met deze ziekte. Aangenomen mag worden dat dit aantal sterk zal toenemen in de toekomst.

2.1.16 Federale proefprojecten in de ouderenopvang

Omwille van de toenemende uitdaging van opvang op maat voor ouderen in Vlaanderen, gingen in maart 2010 67 pilootprojecten over "alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen" van start. Ze zijn het resultaat van een projectoproep door het RIZIV in juli 2009 voor projecten waarbij opname in een rusthuis wordt vermeden of uitgesteld. Verdere doelstellingen van de projecten zijn een grotere autonomie van de ouderen, ondersteuning van de mantelzorgers en het (opnieuw) creëren of onderhouden van de sociale contacten van de ouderen⁹⁴. Voor de financiering van deze projecten trok de federale regering op jaarbasis ruim 14 miljoen euro uit. De regering opteerde voor vier categorieën van projecten: nieuwe zorgmodules,

⁹³ *Dementie: je staat er niet alleen voor*, Informatiebrochure van de Dienst Welzijn en Gezondheid van de Provincie Antwerpen, Antwerpen, 2009, 60p.

⁹⁴ *Thuis oud worden, een utopie die weldra werkelijkheid wordt?* Persbericht Riziv, Brussel, 11/02/2010, 2p. [Te raadplegen via : http://www.riziv.fgov.be/news/nl/press/pdf/press20100211.pdf](http://www.riziv.fgov.be/news/nl/press/pdf/press20100211.pdf)

170 nieuwe zorgfuncties, nieuwe synergieën en alternatieve woonvormen. Het is de bedoeling dat proefprojecten die ervoor zorgen dat zorgafhankelijke ouderen daadwerkelijk in goede omstandigheden langer thuis kunnen blijven, na afloop veralgemeend worden. Voor het najaar van 2010 had het RIZIV een tweede projectoproep voor vernieuwende, reacterende projecten gepland.

Voor de provincie Antwerpen werden de volgende 7 projecten in de onderstaande dienstverleningscentra geselecteerd: "Trajectbegeleiding in DagVerzorgingsCentra voor A-dementen" (VZW Ten Kerselaere, Heist-op-den-Berg), "Ergotherapeutische ondersteuning en trajectbegeleiding" (RVT De Pelikaan, Deurne), "Opsporen en behandelen van malnutritie in thuiszorg" (RVT Bloemenveld, Wilrijk), "Mobiële zorg" (RVT St. Petrus, Turnhout), "Pluralistisch project Nachtzorg Kempen" (GDT Geel), "Dichtbij zorg op afstand" (Wit-Gele Kruis van Antwerpen) en "Medicatie op maat in de thuiszorg" (Wit-Gele Kruis van Antwerpen).

2.2 Semi-zelfstandige woonvormen voor ouderen

171

Bij licht hulpbehoevende, jonggepensioneerden leeft vaak een psychologische afkeer tegenover het samenleven met senioren van een hogere leeftijd en grotere zorgafhankelijkheid dan zichzelf. Een zorgbehoevende senior van pakweg vijfenzeventig wordt niet graag geïdentificeerd met tachtigplussers of zwaar zorgbehoevende negentigplussers. Dat zijn naar zijn aanvoelen "oude mensen". Die afkeer om daadwerkelijk samen te leven met oudere senioren, zorgt ervoor dat er als het ware een overgangsmaatregel of toegankelijk alternatief nodig is tussen de gezinswoning (al dan niet aangevuld met thuiszorg) en in voorkomend geval, het rusthuis.⁹⁵ De oplossing wordt vaak gevonden in een nieuwbouwappartement of een serviceflat (zie verder). De oudere kan er ook voor kiezen om in de gezinswoning te blijven wonen en die aan te passen aan de nieuwe behoeften van de per hypothese minder mobiele (licht) zorgbehoevende bewoner. Zeker in de grootsteden kan dat het vraag- en aanbod van huizen beter in evenwicht brengen.

⁹⁵ Dossier Knack: *Wonen en oud worden in Antwerpen*, 24/03/2010, 5-6.

172 Veel ouderen willen graag verhuizen naar de aangepaste gelijkvloerse verdieping van hun gezinswoning wanneer ze lichamelijke ongemakken en mobiliteitsproblemen ervaren. De delen van het huis die daardoor eventueel leeg komen te staan, kunnen op een andere manier worden benut. Die nutteloze leegstand vermijden én de vaak moeilijke zoektocht van jonge gezinnen naar een betaalbare woning zou een echte win-win kunnen opleveren. Concrete en gekende voorbeelden zijn het kangoeroe-, zorg- en duplexwonen.

2.2.1 Kangoeroe- of zorgwonen en duplexwonen

Eén van trends in het nieuwe generatiewonen is het zogenaamde “kangoeroewonen”, een concept dat toelaat dat twee generaties onder één dak wonen maar wel in afzonderlijke gehelen. In de praktijk betreft de oudere of een ouder koppel de gelijkvloers van hun woning en een jong gezin (al dan niet familie) de andere verdiepingen. Zoals een kangoeroe haar jong in de buidel houdt, zo kunnen ouders hun zoon of dochter aan een betaalbare woning helpen⁹⁶.

⁹⁶ W. Verraes en F. Coopmans, *Kangoeroewonen: een mens- en budgetvriendelijk woonidee*, Young Budget Homes, 2005, 122p. Zie ook: http://www.vlaanderen.be/servlet/Satellite?pagename=Infolijn%2FView&c=Solution_C&p=1186804409590&cid=1218206113728 en: C. Galle, *Wonen in de buidel van moeder in: Dossier Knack: Wonen en oud worden in Antwerpen*, 18-19.

Het gezin woont dan tegen relatief gunstige voorwaarden bij de senior in. Als tegenprestatie helpt het gezin bij een aantal huiselijke karweiën zoals de boodschappen doen, de ramen lappen enz. Een huis met meerdere generaties bewonen, gebeurt vooral binnen de eigen familie. Helaas raakt het kangoeroewonen onder meer in de provincie Antwerpen, maar weinig ingeburgerd. Zowel langs de zijde van het gezin als van de oudere zijn er voornamelijk psychologische bezwaren: het gezin vreest voor het spreekwoordelijke “schoonmoedercomplex” en wil in het huis de vrijheid om te doen en laten wat ze willen. De ouderen vrezen dan weer te veel van hun rust te moeten inboeten bij het samenleven met gezinnen met vaak luidruchtige jonge kinderen. Toch biedt kangoeroewonen belangrijke menselijke en financiële voordelen voor beide partijen. Daarnaast kunnen ouderen - onder strikte stedenbouwkundige voorwaarden - hun eigen woning ook opdelen in kleinere units, een deel verhuren en hun intrek nemen in één van de verdiepingen. De Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening vervangt het vroegere begrip “kangoeroewonen” door het begrip “Zorgwonen”. Duplexwonen lijkt erg op het traditionele kangoeroewonen, met dat verschil dat de ouderen in een kleine, aangebouwde woning of in een aparte kamer verblijft. Het is de ideale formule voor iemand die in een

174 huis woont dat te groot is (geworden) of die omwille van sociale of veiligheidsredenen graag een ander gezin in de buurt heeft.

Ongeveer 12% van de vijfenzeventigplussers wonen bij hun kinderen in wat een redelijk kleine minderheid is. In Noord-Afrikaanse culturen komt dit vaker voor en is de mantelzorg ook meer ingeburgerd⁹⁷. Bij de allochtone populatie blijkt het zelfs de dominante woonvorm. Rusthuizen merken deze – toe te juichen – tendens aan hun bewonersstatistieken.

2.2.2 Aanleunwoningen

Aanleunwoningen zijn klassieke woningen voor ouderen die afhangen van een rusthuis maar er niet pal naast liggen (wel in een straal van 1 km). Ze zijn bedoeld voor valide koppels. Ouderen die nog redelijk mobiel zijn en geen al te grote gezondheidsproblemen hebben, komen in aanmerking voor deze woningen. Zo kunnen ze gebruik maken van het diensten van het verzorgingscentrum terwijl ze verder zelfstandig kunnen blijven wonen met veel meer privacy dan in het woonzorgcentrum mogelijk is. Ouderen die hiervoor

in aanmerking komen moeten wel voldoen aan de volgende twee voorwaarden: 60 jaar zijn en in goede gezondheid verkeren ofwel tussen 45 en 60 jaar zijn en getroffen zijn door een verminderde zelfredzaamheid. 175

2.2.3 Assistentiewoningen

Een assistentiewoning is een voorziening die bestaat uit een of meerdere gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar gebruikers van 65 jaar of ouder zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden. Ouderenzorg blijft steeds beschikbaar op vraag van de gebruiker. Assistentiewoningen zullen op termijn de bestaande serviceflats vervangen. Een assistentiewoning moet niet alleen voorzien in aangepaste huisvesting, maar moet op verzoek van de gebruiker ook ouderenzorg aanbieden, al dan niet in een samenwerkingsverband. Daarnaast zijn extra verplichtingen ten opzichte van de serviceflats het scheppen van de voorwaarden tot sociale netwerkvorming en onmiddellijke hulp in noodsituaties.

In een groep van assistentiewoningen is een woonassistent aanwezig. Deze woonassistent mag een personeelslid van het woonzorgcentrum, het lokaal dienstencentrum of de dienst voor gezinszorg zijn. Wanneer een woonzorgcentrum

⁹⁷ K. De Leus en P. Huybrechts, *De uitvaart van onze welvaart naar grijsland*, Roeselare, Roularta Books, 2006, 328p.

176 in de onmiddellijke nabijheid van de assistentiewoningen gelegen is, kan het woonzorgcentrum een of meerdere assistentiewoningen laten erkennen als woongelegenheden van het woonzorgcentrum. Wordt de bewoner van een assistentiewoning zwaar zorgbehoevend dan zal de zorg als het ware uit het woonzorgcentrum naar de woning verhuizen. Niet de bewoner, maar de zorg “verhuist”. Wie aanspraak wil maken op subsidies voor de woonassistent moet de wooneenheden laten erkennen als woongelegenheden in het woonzorgcentrum.

2.3 Residentiële ouderenzorg

177

2.3.1 Serviceflats

Als tussenwoonvorm bieden serviceflats individuele wooneenheden voor beschermd zelfstandig wonen in combinatie met een gemeenschappelijk dienstverleningspakket van het naburige zorgcentrum waarop ze facultatief een beroep kunnen doen⁹⁸. Serviceflats kunnen worden opgetrokken in een aparte vleugel binnen een rust- en verzorgingstehuis of volledig onafhankelijk, al dan niet geïntegreerd in een residentiecomplex inclusief zorg- en dienstenaanbod. Wat opvalt, is dat de private commerciële markt en ontwikkelaars van serviceflats zich quasi exclusief concentreren op vermogende senioren, waardoor de gemiddelde oudere met een doorsnee pensioen moeilijker toegang heeft tot deze aangepaste woonvoorziening en/of moet opteren voor iets minder exclusieve, maar daarom niet-minder kwalitatieve flatjes van een OCMW en/of een niet-commerciële ontwikkelaar van serviceflats. In alle gevallen is deze vorm van seniorenhuisvesting niet afgestemd op personen met een zware zorgbehoefte. Wordt de bewoner dement of stijgt de werkelijke zorgnood boven een vooraf bepaald

⁹⁸ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/erkendeserviceflats.aspx>

178 niveau, dan zal hij/zij de serviceflat moeten verlaten en op zoek gaan naar een rust- en verzorgingstehuis.

Naast de traditionele huurovereenkomsten voor serviceflats, kunnen ouderen ook steeds vaker via obligaties of wooncertificaat intekenen voor dergelijke woonvormen. Enkele actuele voorbeelden uit onze provincie tonen deze trend aan.

In de gemeente Mortsel wordt het voormalige “kasteel Cantecroy” gebruiksklaar gemaakt voor de intrede van de eerste bewoners in oktober 2010⁹⁹. In Willebroek wordt binnenkort “Seniorplaza” in gebruik genomen, een

⁹⁹ <http://www.zilveravenue.be/>. Zie ook: J. Van Baelen, Oud worden in een servicekasteel in: Dossier Knack: Wonen en oud worden in Antwerpen, 24/03/2010, 26-29. De Zilver Avenue Participatiemaatschappij NV, een samenwerking tussen privé-initiatiefnemers en de federale overheid, biedt hier aan senioren zestig foyerappartementen met hotelservice aan. Dankzij de inzet van slimme technologie en domotica, wordt het leven van de senior aanzienlijk vergemakkelijkt. Tijdens het koken zorgt een intelligente oven er zo voor een constante meting van de temperatuur van de vleeswaren. De inductiekookplaten schakelen automatisch uit na een half uur. Tijdens het tandenpoetsen verschijnt er een geheugensteuntje op de spiegel voor de bejaarde zodat hij weet welke medicatie hij die dag moet innemen. Naast het bed ligt een interactief tapijt waarvan de sensoren bij een val van de bewoner automatisch de alarmcentrale verwittigen. Al die technologische snuffjes kunnen, in combinatie met een op maat gekozen inrichting en voldoende brede deuren voor rolstoelpatiënten, dienen als interessante hulpmiddelen en passen binnen een zorg op maat- visie voor ouderen.

179 totaalconcept dat een unieke mix biedt van een zorghotel, thuishotel, serviceresidenties, wellness en een dienstencomplex. Bedoeling is om deze voorziening op termijn uit te bouwen tot een zogenaamde multigenerationele woonvorm waarbij verschillende generaties residenten van het gebouw een weerspiegeling zijn van onze samenleving. Dit betekent onder meer een diversiteit van leeftijd, geslacht, etnische afkomst, onderwijsniveau, etc. Jonge gezinnen en ouderen zullen er naast elkaar leven wat het welzijn van de bewoners ten goede komt. Voor heel wat mensen – en niet enkel de ouderen – kan de dienstverlening, de stimulering van het sociale netwerk en de aangepaste huisvesting een bijzondere ondersteuning en motivatie zijn bij de dagelijkse activiteiten. Voor dergelijke projecten werd mede de toon gezet door IGLO, het intergenerationeel woonproject Linkeroever dat tegen 2013 vorm zal krijgen op de terreinen van het Europapark op Linkeroever en o.m. is geconcipieerd door het OCMW van Antwerpen.

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 stipuleert dat de huidige serviceflats op termijn moeten evolueren naar assistentiewoningen¹⁰⁰. Het concept van assistentiewoningen

¹⁰⁰ <http://www.juriwel.be/smartsite.net?id=11265>

180 is binnen de context van het decreet volledig nieuw en combineert het aspect zorg met aandacht voor sociale cohesie, zoals hierboven geschetst. Ze zullen onder bepaalde voorwaarden erkend worden als woongelegenheden binnen een woonzorgcentrum. Het grootste voordeel hiervan is dat de zorgbehoevende dezelfde zorg krijgt als in een woonzorgcentrum zonder dat hij daarvoor moet verhuizen.

In de provincie Antwerpen bieden 106 zorgvoorzieningen serviceflats aan voor ouderen.

2.3.2 Het woonzorgcentrum: het nieuwe rust- en verzorgingstehuis (RVT)

Een woonzorgcentrum bestaat uit één of meerdere gebouwen die een functioneel geheel vormen en waar aan bewoners van vijftig jaar of ouder in een thuisvervangend milieu en op permanente basis huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden¹⁰¹. Belangrijk is dat een zorgbehoevende oudere die wordt opgenomen in een rusthuis kan genieten van een kwaliteitsvolle en op maat gesneden opvang en dienstverlening¹⁰². Hoewel een

¹⁰¹ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=94>

¹⁰² J. Bronselaer et alii, Het subjectief welbevinden van Vlaamse rusthuisbewoners in: P. Bracke (red.), *o.c.*, 109-134.

rusthuisopname gelijkstaat aan het inleveren en opofferen van een groot deel van de onafhankelijkheid, zijn autonomie en veiligheid belangrijke determinanten van het "zich thuis" voelen in een woonzorgcentrum. Autonomie verwijst naar de mate van privacy, inspraak, zelfbeschikking... Kortom, de mogelijkheid om eigen keuzes kunnen blijven maken en die gerespecteerd te zien. Dat laatste geldt voor een heleboel praktische afspraken die het leven van elke dag concreet invulling geven zoals het uur van opstaan, het uur waarop respectievelijk het ontbijt, het middag- en het avondmaal worden geserveerd en het uur waarop de bewoner onder de wol kruipt. Maar ook voor materiële zaken: beschikken over afsluitbare kasten, beschikken over een eigen sleutel en brievenbus, het ongeopend ontvangen van brieven, ongestoord bezoek kunnen ontvangen op de eigen kamer en er ongestoord vertrouwelijke (telefoon) gesprekken kunnen voeren. Het aspect veiligheid heeft vooral betrekking op emotionele veiligheid, een veilige omgeving, vertrouwen en een respectvolle behandeling. Vaak gaat het om relatief kleine aandachtspunten die van groot belang zijn voor de bewoner: het sluiten van de deur of het scheidingsgordijn bij een verzorging op bed, kloppen alvorens de kamer te betreden....

182 Uit een onderzoek waarin werd gepeild naar het welbevinden in het rusthuis uit 2004 met steekproefpopulatie¹⁰³ bleek dat de overgrote meerderheid van de ondervraagde bewoners zijn verblijf in het rusthuis als positief ervaart. Mannen ervaren hun huidige woonsituatie negatiever dan vrouwen. Ook de graad van zorgbehoefendheid speelt een belangrijke rol. Daarom is het erg belangrijk dat er voldoende aandacht wordt besteed aan een sfeer van huiselijkheid, respect voor het privéleven en het zelfbeschikkingsrecht. *“Zou men niet moeten zorgen voor een rustThuis in plaats van een rusthuis¹⁰⁴”,* vat het verwachtingspatroon mooi samen.

Een thema dat bijzonder actueel blijft en waar rusthuizen dagelijks mee worden geconfronteerd, is de wachtlijstproblematiek. De dienst Welzijn en Gezondheid van de provincie Antwerpen voerde in het najaar van 2006 een verkennend onderzoek naar de wachtlijsten van alle 200

¹⁰³ L. Vanden Boer & K. Pauwels, Thuis in het rusthuis, www.cqbs.be. Uit het onderzoek, 13/03/2006, 10p.

¹⁰⁴ *Ibid.*

rusthuizen in de provincie¹⁰⁵. Behalve het tekort aan opvangplaatsen in de rust- en verzorgingstehuizen, vermeldten deze voorzieningen vooral het tekort aan verplegend (en verzorgend) personeel, als grootste probleem¹⁰⁶. Dit nijpende personeelstekort zal de komende jaren niet alleen voelbaar zijn in de rusthuizen, maar ook op alle andere niveaus van de zorgsector zoals de ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg. Eén van de belangrijkste oorzaken is allicht het imago probleem waarmee de zorgsector kampt. Veel pas afgestudeerde verpleegkundigen zien werken in een rusthuis als levenslang ouderen wassen en pampers verversen. In de praktijk krijgen ze vaak veel meer verantwoordelijkheid dan in bijv. een ziekenhuis.

¹⁰⁵ W. Vleeshauwers, *Nood aan objectieve cijfers voor de wachtlijsten in de rusthuizen*, mei 2008, 4p. Alleen al voor de provincie Antwerpen stonden er in 2006 bijna 19 000 personen effectief op de wachtlijst, wat maakt dat het aantal aanvragen van personen die een onmiddellijke opname in een rusthuis wensen, vrij hoog blijft. Uit de resultaten bleek ook dat het opgegeven aantal personen op een wachtlijst vaak niet overeenkomt met het aantal personen die een onmiddellijke opname wensen. De effectieve, gemiddelde wachttijd voor opname varieert ook sterk: van zes maanden tot maximum 3 jaar. We onthouden dat de bevraagde rusthuizen in de provincie niet voldoende kunnen instaan voor acute crisissituaties. Een onmiddellijke opname is voor alle bevraagde instellingen uitgesloten.

¹⁰⁶ J. Desloover, *Rusthuizen smeken om personeel*, artikel uit De Standaard van 05/03/2010.

184 Uit een onderzoek in opdracht van de Federatie van Onafhankelijke Seniorenczorg blijkt dat 60 procent van de afgestudeerden die aan de slag willen in de zorgsector; inderdaad een ziekenhuis verkiezen boven het rusthuis. Amper 9 procent van de ondervraagden kiest op de eerste plaats voor een baan in het rusthuis¹⁰⁷. De oplopende werkdruk of zorgstress in combinatie met het personeelstekort, heeft uiteraard gevolgen voor het zorgaanbod aan de rusthuisbewoners. Op drukke momenten wordt die noodgedwongen beperkt tot de basiszorgen zoals eten geven, wassen en verzorgen. Voor extraatjes zoals een persoonlijke babbel met de bewoners die hen de indruk geeft zich ook echt thuis te voelen in het rusthuis, rest doorgaans weinig ruimte.

Een trend waar ook de woonzorgcentra niet aan lijken te ontsnappen, is de zogenaamde commercialisering van de ouderenzorg. Rusthuizen komen daarbij steeds vaker in handen van commerciële groepen uit de privésector die vaak in een hevige concurrentiestrijd verwickeld zijn om vooral

¹⁰⁷ J. Desloover, Samen een liedje zingen zit er niet meer in, artikel uit De Standaard van 05/03/2010. Zie ook: 120 000 man nodig in witte sector, artikel uit De Standaard van 10/08/2010.

kleinere, familiale rusthuizen over te nemen¹⁰⁸. In België is nu al een derde van de sector in handen van commerciële privéspelers, een derde in die van de overheid en nog eens een derde in die van overwegend christelijke vzw's.

Commercialisering wordt vaak naar voor geschoven als een hefboom voor noodzakelijke schaalvergroting. Bovendien zou meer commercialisering ertoe leiden dat de wachtlijsten van de sector in recordtempo worden weggewerkt. Dit blijkt geenszins uit de realiteit. Men realiseert geen bijkomende woonzorgcentra, maar neemt vooral bestaande, erkende instellingen over om die vervolgens te moderniseren. Niet zelden gaat het om eerder kortstondige investeringen die soms ten koste gaan van het personeel en de zorgkwaliteit. Dit geeft steeds vaker aanleiding tot klachten, zo blijkt uit het jaarverslag van 2009 van de Rusthuis-infofoon. Ook het aantal gegronde klachten steeg tot 144 – het hoogste cijfer in vijf jaar – en bijna het dubbele van vorige

¹⁰⁸ Chr. De Stoop, *Handel in senioren*, artikel uit Knack van 31/03/2010, 28-31. Zie ook: Vastgoedbedrijven investeren massaal in rusthuizen, artikel uit De Standaard van donderdag 05/08/2010. Bovenstaande evolutie baart ook Zorgnet Vlaanderen zorgen. Volgens woordvoerder Peter Degadt is het toch nog altijd beter dat vooral non-profit organisaties met de zorgverlening bezig zijn, zodat de zorg de eerste bekommernis is en blijft. Het neerzetten van rusthuisgebouwen mag geen (commercieel) doel op zich worden.

186 jaar (81). De vaakst gehoorde bronnen van ergernis hebben betrekking op hygiëne, onderhoud, tekort aan personeel, onvoldoende hulp en bijstand, medicatie en facturatie. De gegronde klachten hebben vooral betrekking op de commerciële rusthuizen¹⁰⁹.

Het is de bedoeling van het Vlaamse decreetgever dat de klassieke rust- en verzorgingstehuizen op termijn evolueren naar woonzorgcentra die ook buiten hun muren zorg- en dienstverlening aanbieden. Anders gezegd: woonzorgcentra hoeven zich niet langer exclusief te richten tot de permanente residenten, maar kunnen net zo goed een ambulante aanbod leveren aan ouderen die niet in het rusthuis verblijven. Dit is een vernieuwende visie waarvoor veel rusthuisdi-recties reeds langer vragende partij zijn. Vraag is of ook hier de ambitie niet iets groter mag zijn. Als we dan toch in de toekomst zullen spreken van woonzorgcentra, waarom deze dan ook niet toegankelijk maken voor alle zorgbehoevenden en niet langer exclusief voor ouderen?

¹⁰⁹ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/rusthuisinfofoon.aspx>

2.4 Opvangmogelijkheden voor personen met een handicap in de provincie Antwerpen

187

(Zwaar)zorgbehoevende personen met een handicap kunnen in de provincie Antwerpen terecht in een aantal gespecialiseerde zorginstellingen. Ook kinderen, jongeren en volwassenen die slechts tijdelijk of in beperkte mate opvang en begeleiding nodig hebben, kunnen op een uitgebreid aanbod van diensten en opvangcentra een beroep doen. Traditioneel onderscheidt men in de zorgopvang voor personen met een handicap drie soorten voorzieningen: de ambulante diensten die instaan voor thuisbegeleiding of ambulante revalidatiezorg, de semi-residentiële -voor dagopvang- en de residentiële voorzieningen, in geval permanente opname noodzakelijk is. Uiteraard zijn ook combinaties tussen de verschillende opvangmogelijkheden mogelijk. Alvorens iemand hierop een beroep wenst te doen maar niet goed kan inschatten welke ondersteuningsbehoeften hij nodig heeft, kan "trajectbegeleiding" uitkomst bieden. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap bundelt ook de verschillende initiatieven voor minderjarigen en volwassenen. Voor kinderen en jongeren werden volgende opties uitgewerkt: "thuisbegeleiding"(4),

188 het "semi-internaat" (16), het "Observatie- en behandelingscentrum (OBC)" (2), het "internaat" (14), de "begeleide uitgroei", de "pleegzorg" (2), het "kortverblijf" (5) en "gaan logeren". Volwassenen kunnen beroep doen op een aantal van bovenstaande voorzieningen, maar de opvangmogelijkheden werden voor hen nog uitgebreid met volgende diensten: het "zelfstandig wonen" (4), het "dagcentrum" (39), "begeleid werken", het "tehuis voor werkenden" (15), het "tehuis voor niet-werkenden" (55), het "beschermd wonen" (23), het "geïntegreerd wonen" (8) en tot slot het "wonen onder begeleiding van een particulier" (9). Het getal tussen haakjes verwijst daarbij telkens - voor zover bekend - naar het exacte aantal voorzieningen binnen onze provincie¹¹⁰. Daarnaast werden ook erkende centra of diensten voor functionele revalidatie opgericht. Binnen onze provincie zijn dat enerzijds de *Centra voor ambulante revalidatie bij spraak- en gehoorstoornissen en/of ontwikkelingsproblemen* met vestigingen te Antwerpen en Mechelen en anderzijds de *Centra voor ambulante revalidatie* van kinderen met mentale en/of ontwikkelingsproblemen die vertegenwoordigd zijn in

¹¹⁰ Voor een exhaustieve lijst kan u steeds terecht op de website van de Vlaamse Vereniging voor Personen met een Handicap (VAPH) <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/11151-Home.html>

Turnhout, Wuustwezel, Bornem en Veerle-Laakdal¹¹¹. Het centrale aanspreekpunt voor personen met een handicap in de provincie is het Coördinatiepunt Handicap Provincie Antwerpen¹¹².

De toekenning van het Persoonlijke Assistentiebudget (PAB) creëerde voor heel wat personen met een handicap nieuwe mogelijkheden. De persoonlijke assistent ondersteunt de gehandicapte bij huishoudelijke en lichamelijke taken, maar ook tijdens verplaatsingen en dagactiviteiten. In overleg met een zorgconsulent gaat de persoon met een handicap na bij welke specifieke taken hij graag ondersteuning wenst en wordt er, in gezamenlijk overleg, een assistentieplan opgesteld¹¹³.

¹¹¹ <http://www.vaph.be/adressen/revva/index.html>

¹¹² http://www.provant.be/welzijn/zorg_en_hulp/gehandicapten/

¹¹³ Voor meer info, zie: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/20403-Wat+is+een+PAB.html>

190 Veelbelovend is alvast het engagement van Minister voor Welzijn Vandeuren om tegen 2020 een zorggarantie te garanderen voor personen met een zware handicap¹¹⁴.

2.5 Het medische zorgaanbod

2.5.1.a Huisartsen

De huisarts is een medisch specialist met als vak “generalisme”. Hij is het eerste en belangrijkste aanspreekpunt voor problemen met de gezondheid van zijn patiënten en houdt het overzicht – bij voorkeur via een Globaal Medisch Dossier – over de totale situatie van de patiënt. Zijn/haar grootste kracht bestaat erin dat hij/zij van heel veel dingen iets weet, niet zoveel als een specialist, maar voldoende om te weten wanneer iets een kwestie is voor een specialist, en zo ja, voor dewelke. Bovendien weet hij/zij meer dan welke arts ook meer van de patiënt, diens omgeving en gezin dan

¹¹⁴ V. Beel, ‘Minister Vandeuren belooft zorggarantie voor zwaar gehandicapten tegen 2020’ en ‘Al wat Simone zelf kan, doet ze zelf’, artikel uit De Standaard van 01/09/2010, 14. Zie ook: J. Vandeuren, Witboek ‘Perspectief 2020 - Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap’, <http://www.jovandeuren.be/nl/press/442/zoveel-mogelijk-gewoon-zo-weinig-mogelijk-uitzonderlijk-jo-vandeuren-versterkt-het-beleid-voor-personen-met-een-handicap.html>

de andere artsen of zorgverleners waarmee de patiënt in contact komt. Niet zelden kent de huisarts zijn patiënten al jaren en heeft hij/zij er een vertrouwensrelatie mee opgebouwd. Bovendien kent hij de leefomgeving van de patiënt. Precies deze vertrouwensrelatie is een hoeksteen voor een goede gezondheidszorg.

Eén van de grote uitdagingen in de zorg is het nijpend tekort aan huisartsen. Door het groeiende aantal patiënten kloppen ze vele overuren en dat lijkt er in de toekomst niet op te beteren. Verwacht wordt immers dat het werk voor de huisartsen tot 2020 met zeker tien procent zal toenemen terwijl het aantal huisartsen tegen die tijd uitgerekend met 10 procent zal afnemen door natuurlijke uitstroom, de vervrouwelijking van het beroep, de grotere zorg om een goede combinatie tussen gezin en arbeid...¹¹⁵. Deze spanningsverhouding in het huidig medisch- en zorgaanbod in Vlaanderen en m.n. ook in de provincie Antwerpen vergt creatieve antwoorden van artsen én overheid. Positief voor patiënt (betere medische diensverlening) en arts (betere taakverdeling en meer mogelijkheden om complexere dossiers in team te bespreken wat de kwaliteit van de zorg

¹¹⁵ G. Tegenbos, *Meer werk voor minder huisartsen*, artikel uit De Standaard van 23/03/2010, p. 12.

192 bevordert, meer sociale controle en veiliger werkomstandigheden) is alvast het toenemend aantal groepspraktijken en huisartsenwachtposten. Het aantal groepspraktijken wordt in onze provincie geschat op 275. Dat cijfer is maar een indicatie en geeft dus geen precies beeld van het werkelijke aantal groepspraktijken. De huisartsenvereniging baseert deze cijfers immers op de informatie van de huisartsen zelf. Bovendien moet ze ook rekening houden met frequente wijzigingen inzake vestigingsplaats. Er zijn vijf huisartsenwachtposten, m.n. in Antwerpen-Centrum, Deurne-Borgerhout, Herentals, Turnhout en Puurs-Willebroek¹¹⁶. Ondertussen werken zowel Antwerpen-Noord als Antwerpen-Zuid aan de oprichting van bijkomende vestigingen tegen respectievelijk het najaar van 2010 en het voorjaar van 2011. In huisartsenwachtposten kunnen patiënten zowel 's avonds als in het weekend terecht. Via deze huisartsenkringen wordt de huisartsenwachtdienst georganiseerd. Dankzij de huisartsenposten kan het aantal huisartsen van wacht worden geoptimaliseerd. De Provinciale Geneeskundige Commissie ziet erop toe dat er een voldoende volume aan wachtdienst voor de bevolking beschikbaar is, zodat de patiënt de garantie heeft dat hij 24/7 bij een huisarts terecht

¹¹⁶ <http://www.wachtposten.be/index.html>

kan zonder zich te ver te moeten verplaatsen en/of zonder een onredelijk lange wachttijd. Wanneer de huisartsenkringen, ook na bemiddeling van de PGC, er niet in slagen om een wachtdienst op te leggen, kan de gouverneur van de provincie een wachttol opleggen.

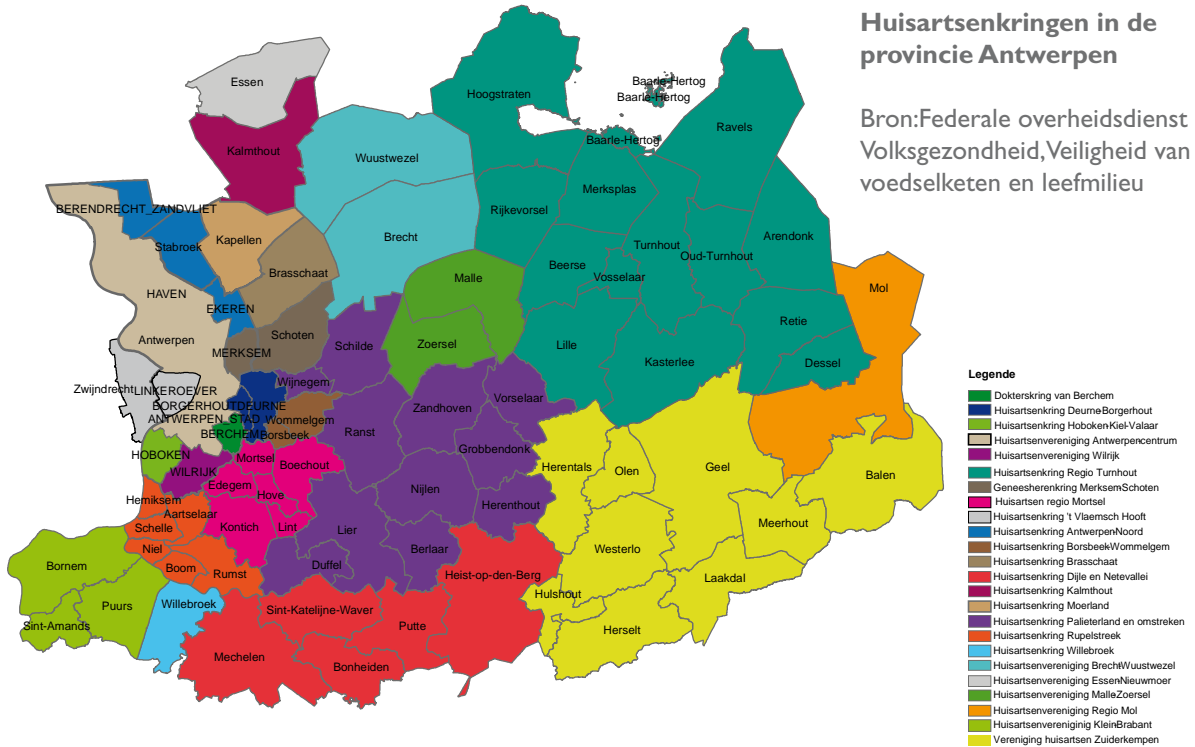
Daarnaast telt de provincie Antwerpen zo'n 2428 actieve huisartsen. Ze zijn als volgt verspreid over de drie subregio's: Mechelen (239), Kempen (939), Antwerpen (1176) en tot slot het deel Scheldeland (74)¹¹⁷.

Op volgend kaartje zien we de spreiding van de huisartsenkringen. De grenzen van die kringen vallen echter niet volledig samen met de gemeentegrenzen. In totaal zijn er in onze provincie 24 huisartsenkringen actief verspreid over de verschillende regio's.

¹¹⁷ Volgens cijfers van de Vlaamse Huisartsenvereniging *Domus Medica*

Huisartsenkringen in de provincie Antwerpen

Bron: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu



Bron: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu

196 2.5.1.b Het wijkgezondheidscentrum

Een mooi voorbeeld van geneeskunde die niet gefinancierd wordt in functie van gezondheidszorgprestaties, maar in die van de gezondheid – in de brede zin – van haar leden-patiënten, zijn de wijkgezondheidscentra. De eerste wijkgezondheidscentra van de provincie Antwerpen openden hun deuren in 2007: vestiging Wel en Wee (Mechelen) en 't Spoor (Antwerpen)¹¹⁸. In 2008 kwam daar het wijkgezondheidscentrum De Regent bij. Eén van de mission statements van dergelijke gezondheidscentra, is de integrale zorgverlening: in zijn werking besteedt een WGC uitdrukkelijk en proactief aandacht aan zowel lichamelijke, psychische als sociale componenten van gezondheid. Dat is mogelijk dankzij de structurele en multidisciplinaire samenwerking van een huisarts, een verpleegkundige en een maatschappelijk werker of gezondheidspromotor. Daarnaast hebben ze een gemeen-

¹¹⁸ Ze werden voor het eerst in Vlaanderen opgericht midden jaren '70 door gemotiveerde studenten geneeskunde die worstelden met de vraag hoe ze hun beroep als arts meer dienstbaar konden maken in functie van de noden en behoeften van burgers die het moeilijk hebben om mee te tellen in onze samenleving. In 2008 waren zeker 36 000 patiënten ingeschreven in de Vlaamse gezondheidscentra wiens werking volledig is ingeschreven in het forfaitaire betalingssysteem. Meer info op: <http://www.vwgc.be/index.php?page=2&titel=Geschiedenis&style=blauw>

schapsgerichte en territoriale werking: een wijkgezondheidscentrum richt zich op de eerste plaats tot het individu en de gemeenschap en participeert zo actief aan de uitwerking van een gezondheidsbeleid in de wijk of het geografisch werkingsgebied. De overige troeven zijn de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Per patiënt wordt ook een multidisciplinair dossier samengesteld met daarin medische, paramedische en maatschappelijk gegevens. Bovendien werkt een wijkgezondheidscentrum aan gezondheidsbevordering bij de eigen patiëntenpopulatie van de lokale gemeenschap en bevordert het de zelfredzaamheid van patiënten en wijkbewoners door hen waar mogelijk bij zijn werking te betrekken. Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een structurele samenwerking met de actoren die ertoe bijdragen een gepast antwoord te bieden op de zorgnood van de patiënten en wijkbewoners. Dankzij de samenwerking met structurele partners, levert het wijkgezondheidscentrum daarnaast aantoonbare inspanningen om de kwaliteit van de patiëntenzorg en de praktijkorganisatie te optimaliseren en te evalueren.

198 2.5.2 Specialisten

Anders dan een huisarts-generalist heeft een medisch specialist zich, na zijn universitaire basisopleiding geneeskunde, gespecialiseerd in een orgaan(systeem) of een deel of richting daarvan. Idealiter worden patiënten via de huisarts naar hen doorverwezen. Cijfers over het aantal specialisten en eventuele tekorten zijn niet beschikbaar op provinciaal niveau. Wel zijn er cijfers over de woonplaats van de specialisten. In de provincie Antwerpen wonen in het totaal 3.515 geneesheren-specialisten (inclusief artsen met een specialisme dat toegang geeft tot de preventieve gezondheidszorg, zoals arbeidsgeneesheren, artsen met een bijzondere bekwaamheid in de jeugdgezondheidszorg ...)

2.5.3 Dringende medische hulp

De garantie op adequate medische hulp in geval van een noodsituatie verloopt via het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening (of het 100-systeem). Via het nummer 100 (of 112) komt men bij een aangestelde (degene die de telefoon beantwoordt) terecht. Op basis van een korte gerichte bevraging zal deze beslissen of het een oproep is die potentieel levensbedreigend is (in dat geval stuurt hij een ambulance en een MUG), dringend is (een oproep voor een ambulance), een oproep betreft voor de

huisarts van wacht en/of een oproep die moet verwezen worden naar andere hulpsystemen. In een noodsituatie kan iedereen in de provincie Antwerpen een beroep doen op de deskundigheid en snelle inzet van 36 ziekenwagendiensten die, zoals blijkt uit onderstaande cijfers, in 2009 in totaal 73.526 maal uitrukten, wat gelijk staat aan een gemiddelde van 201 ritten per dag. In 16.036 gevallen werd ook een MUG (mobiele urgentiegroep) naar de patiënt gestuurd omdat het een potentieel levensbedreigende situatie betrof. Deze vertrekt vanuit het ziekenhuis. Er zijn in de provincie Antwerpen 14 dergelijke equipes, verdeeld over 15 ziekenhuizen. In de provincie zijn er momenteel ook 2 PIT-experimenten, met name in de ziekenhuizen van Rumst en Mol. PIT staat voor Paramedic Intervention team. Dit zijn ambulances van het 100-systeem waar 24/7 een verpleegkundige, specifiek geschoold in de prehospitalgeneeskunde, mee uitrukt. De bedoeling is om het aantal onterechte MUG-uitrukken te verminderen, zodat de MUG-artsen optimaler kunnen worden ingezet.

200 Om aan de bevolking in nood te garanderen dat het I00-systeem consistent is, wordt het terrein betrokken bij de besluitvorming via de Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Het doel van deze commissie is enerzijds het federale beleid te implementeren en er anderzijds voor zorgen dat problemen op het terrein op gestructureerde wijze kunnen worden gemeld. Alle actoren die actief zijn op het terrein zijn ook lid van deze commissie.

De provincie Antwerpen beschikt over een goed uitgebouwd Medisch Interventie Plan (MIP) en Psychosociaal Interventie Plan (PSIP) dat o.m. door de federale gezondheidsinspecteur kan worden afgekondigd bij incidenten en/of rampen. De afkondiging van het MIP en het PSIP brengt een hele keten van hulpverlening door een groot aantal partners op gang. Al naargelang de situatie gaat het om het Rode Kruis, ziekenhuizen, MUG-diensten, psychologen... of een combinatie ervan. Omdat het begrip "ramp" een breed begrip is, wordt zowel binnen het MIP als het PSIP gebruik gemaakt van objectieve afkappunten, met name het aantal gekwetsten (5 zwaar gekwetsten of 10 gekwetsten waarvan de ernstgraad van de toestand onbekend is), een groot aantal te evacueren personen en/of een situatie die

een potentieel gevaar kan opleveren voor de volksgezondheid. Daarnaast worden de provinciale middelen ook ingeschakeld wanneer een nationale noodsituatie wordt afgekondigd, zoals vorig jaar bij de Mexicaanse Griep. Een dergelijk nationaal plan wordt het SIP (Sanitair Interventie Plan) genoemd.

De Provinciale Hulpeenheid van het Rode Kruis Antwerpen, kortweg PHE, komt in actie na afkondiging van het Medisch Interventie Plan en zorgt mee voor het uitbouwen van de Vooruitgeschoven Medische Post (VMP). Ze bestaat uit urgentieverpleegkundigen en I00-ambulanciers en beschikt over gespecialiseerd medisch materiaal. Op grote provinciale preventieve acties is de PHE preventief aanwezig in de hulppost en op het terrein ter ondersteuning van de interventie- en verzorgingsploegen. De rol van de Snelle Interventiemiddelen (SIM) werd vroeger ingevuld door het huidige PHE. Het SIM-concept wordt momenteel opnieuw bekeken en zal binnen de provincie Antwerpen een andere invulling krijgen dan voorheen. Om de permanente beschikbaarheid van de provinciale staf te verzekeren wordt door de leden van de provinciale staf een beurtrol ingevuld, waarbij men telkens gedurende één week de rol van officier van wacht opneemt. Hij is het eerste aanspreekpunt voor

202 de Centrale Dispatching in geval van alarmering of bij Hulpdienstgerelateerde vragen en opdrachten.

Op locaties waar veel mensen bij elkaar zijn zoals evenementenhallen, festivals, grote evenementen op het publiek domein in parken of straten, kan de bevolking ook steeds al dan niet preventief een beroep doen op de vrijwilligers van het Rode Kruis voor de eerste hulp. Daarnaast tracht het Rode Kruis de risico's op rampen zoveel mogelijk te beperken. De vrijwilligers trachten te vermijden dat een 'kleinschalig' ongeval uitgroeit tot een groot incident of ramp. In geval van rampen is het hoofddoel uiteraard: zo snel, doeltreffend en veilig mogelijk hulp bieden. Concreet helpt het Rode Kruis, op vraag van de gezondheidsinspecteur; bij verkeersongevallen, branden, gaslekken en -ontploffingen, wateroverlast, instortingen, monsterfiles in de brandende zon, enzovoort. Om een adequate inzet te garanderen, zijn ze ingeschakeld in de provinciale medische plannen (MIP en PSIP). Een ander aspect van de discipline Hulpdienst binnen het Rode Kruis is het ziekenvervoer en de EHBO-opleidingen die het zowel voor volwassenen, kinderen als bedrijven inricht. Daarmee levert ze een doelgerichte, actieve bijdrage aan het toedienen van de eerste zorgen door de bevolking bij ongevallen. Daarnaast heeft het Rode Kruis nog tal van

andere activiteiten, zoals het uitbaten van bloeddonorcentra, de aanwezigheid in tal van ziekenhuisbibliotheken, de hulp in onthaalcentra vanuit DSI¹¹⁹, ... De provincie Antwerpen telt 71 plaatselijke afdelingen, verdeeld over 5 regio's (Antwerpen, Noorder- en Zuiderkempen, Taxandria en Mechelen)¹²⁰. Het Rode Kruis maakt ook deel uit van de Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Het spreekt voor zich dat de vele vrijwilligers die het Rode Kruis inzet, optimaal moeten worden omkaderd.

203

¹¹⁹ Voor een globaal overzicht van de dienstverlening door het Rode Kruis, verwijs ik naar de webstek van deze levensbelangrijke organisatie.

¹²⁰ <http://provincie-antwerpen.rodekruis.be/>



204 Ook het Vlaamse Kruis biedt hulp bij grote manifestaties en voorziet in EHBO-opleiding voor de bevolking. Zowel het Rode als het Vlaamse Kruis zorgen voor een aantal simulanten bij oefeningen: (semi)-professionele hulpverleners die op overtuigende wijze de rol van zieke of gekwetste spelen zodat de hulpverleners ook tijdens de oefening de druk van de realiteit zoveel mogelijk voelen.

Zoals gezegd kan de federale gezondheidsinspecteur het MIP c.q. PSIP afkondigen. De federale gezondheidsinspecteur is bovendien aanwezig op elke veiligheidscel en zetelt in het crisiscentrum/coördinatiecomité wanneer de provinciale fase wordt afgekondigd. Bovendien is hij actief betrokken bij de voorafgaande risico-analyses van grote evenementen.

Sinds januari 2010 werk ik samen met de federale gezondheidsinspecteur van de provincie Antwerpen, de politie en het parket aan een goede registratie en opvolging van agressie en geweld tegen hulpverleners met het oog op een correcte toepassing van de wetgeving in rondzendbrieven ter zake. Agressie en geweld, zeker tegen al dan niet vrijwillige hulpverleners, is vanzelfsprekend ontoelaatbaar want verwerpelijk. Het hypothekeert en ondermijnt een adequate medische hulpverlening aan mensen in nood.

De provincie speelt terecht een grote rol in de opleiding van de personen die worden ingezet in noodsituaties. De opleidingen voor politie, brandweer en dienst 100 worden meer en meer gegroepeerd in de provinciale opleidingschool (VESTA). Naast het diversifiëren van het aanbod zal VESTA ook zorgen voor een verbreding, verdieping en diversificatie van de kennis door het aanbieden van meer en meer specifieke opleidingen (cf. een opleiding rampenmanagement, agressiebeheersing, ...). Dit leidt o.m. tot een optimale want geïntegreerde structurering van de hulpverlening waarin – voor de medische hulp – alle schakels, actief in de noodhulpverlening, geïntegreerd zijn. Ook huisartsen en verpleegkundigen hebben een rol te spelen in de noodhulpverlening, net als verschillende instellingen zoals ziekenhuizen, woonzorgcentra en de andere, eerder opgesomde structuren voor de opvang van zieken, ouderen of personen met een handicap Iedereen wordt vanuit zijn of haar perspectief uitgedaagd om na te denken over (de voorkoming én beheersing van) noodsituaties op zijn of haar domein. De provinciale dienst noodplanning zal dit ondersteunen en coördineren.

2.5.4.1 Het Vlaamse ziekenhuislandschap

Evoluties in de gezondheidszorg hebben het aanzien van het ziekenhuislandschap in Vlaanderen (net als in grote delen van de rest van de wereld) aanzienlijk veranderd. Het gaat daarbij steeds vaker om meer chronische zorg i.p.v. louter acute waarbij de belangrijkste uitdaging erin bestaat een gepast antwoord te formuleren op de vraag: hoe organiseren we de zorg voor de al dan niet chronische patiënt op een kwalitatieve, efficiënte en effectieve manier met alle relevante spelers? Vanzelfsprekend vloeien daaruit ook andere gezondheidsuitdagingen voort zoals de toename van "zorg op afstand"; het besef dat kwalitatief hoogstaande, patiëntgerichte zorg niet anders dan multidisciplinaire, transmurale en geïntegreerde zorg kan zijn die mede uitgaat van de kracht van de patiënt en zijn/haar omgeving; de centrale rol van wetenschappelijk onderzoek ter ondersteuning van topklinische patiëntenzorg waarbij innovatief, translationeel onderzoek de kloof tussen biomedische en klinisch onderzoek resp. klinische praktijk moet dichten in preventie, diagnose, behandeling, revalidatie en zorg. Verder stappen we ook de snel evoluerende kennis, o.m. op het vlak van biomedisch onderzoek, celtherapie enz. aan de grote

207
techniciteit van bepaalde diagnoses en therapieën met de eraan verbonden kosten; de toenemende druk van de budgettaire beperkingen op de gezondheidszorg; de grote nood aan systematische en veilige uitwisseling van kennis. We benadrukken ook het belang van uitwisseling van goede praktijken en patiëntengegevens; de nood aan excellentie en het besef dat geen enkel ziekenhuis overall uitmuntend kan scoren en de eraan gekoppelde specialisatie, noodzakelijke complementariteit en constructieve samenwerking. Deze evoluties zijn – gelukkig – niet zonder gevolg gebleven voor het ziekenhuislandschap, dat vooral wordt gekenmerkt door het aangaan c.q. de versterking van netwerken tussen zorginstellingen¹²¹ en de uitbouw van het ziekenhuis(netwerk) als coördinator van transmurale, geïntegreerde zorg. De krappe ziekenhuisfinanciering die tot gevolg heeft dat ziekenhuizen samenwerkingsverbanden aangaan om hun uitgaven maximaal te drukken en inkomsten te delen, is een belangrijke factor. Groeien en draagkracht versterken door fusies en samenwerkingsverbanden is doorgaans kostenefficiënter en financieel haalbaarder dan inzetten op expansie. De inhoudelijke drijfveren en maatschappelijke winst zijn belangrijker:

¹²¹ *Ibid.*



208 Binnen een sterk samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen kan de medische staf efficiënt in beide voorzieningen worden ingezet. Netwerkvorming zet aan tot een efficiënte uitwisseling van personeel, good practices en know how. Het versterkt de kritische massa en biedt zo extra kansen om excellente zorg uit te bouwen en aan te bieden. Het spreekt voor zich dat ook en vooral de patiënt gebaat is bij zorgverlening over de muren heen, in het raam van een sterk netwerk. De patiënt is uiteraard ook gebaat bij een verantwoord uitgavebeleid in de gezondheidszorg. Schaalvergroting, specialisatie en optimale samenwerking laten ook toe om het overaanbod te beperken.

De federale overheid versterkt deze tendens tot netwerkvorming o.m. door bepaalde zorgprogramma's die ziekenhuizen stimuleren om samenwerkingsverbanden aan te gaan. Een belangrijke katalysator voor samenwerking is de federale ondersteuning van het opzetten van regionale hub's (platformen voor de uitwisseling van medische gegevens en informatie tussen ziekenhuizen onderling, tussen ziekenhuizen en de huisarts en voor de ondersteuning van een zorgcontinuüm). Bovendien verzorgt de federale overheid de basisinfrastructuur (e-health en services) en een meta-hub. Dankzij AGFA Healthcare, gevestigd in Mortsels, hebben

Antwerpen en Vlaanderen, naast zeer innovatieve medische beeldvorming, ook op het vlak van integraal medische en ziekenhuisbeheer de nummer 1 in Europa en topspeler wereldwijd in huis. De Vlaamse overheid stimuleert innovatiegedreven samenwerking via het Centrum voor Medische Innovatie (CIM) dat onder meer het opzetten van een Vlaamse Biobank tot doel heeft. Maar we moeten ook niet flauw doen: netwerkvorming, mede als reactie op een toenemende specialisatie in de Vlaamse ziekenhuissector, heeft ook bijzonder veel te maken met de strategische positionering van de ziekenhuizen en het streven naar een groter marktaandeel en/of een uniekere positie. Een zekere concurrentie, ook in de zorg, is goed. Voor zover en in de mate dat het een hefboom is tot meer excellentie en betere, betaalbare zorg. Concurrentie én de terughoudendheid of weigering om (op bepaalde domeinen) over de grenzen van netwerken en/of ziekenhuizen samenwerkingsinitiatieven aan te gaan kan ook uitermate contraproductief zijn en de maatschappelijke kost voor geneeskundige zorg onaanvaardbaar de hoogte injagen en/of leiden tot kwaliteitsverlies door onvoldoende uitwisseling van gegevens, kansen op synergieën niet te benutten en of aan te sturen op nutteloze doublures van dezelfde of analoge specialistische zorg.



210 Naar aanleiding van de concrete toepassing van de – inmiddels weliswaar door de Raad van State vernietigde – nieuwe federale regelgeving inzake het zorgprogramma cardiale pathologie B kreeg ik “gelet op het belang van enerzijds een toegankelijke basiszorg en anderzijds de wenselijkheid van de uitbouw van topreferentiezorg in de Kempen” de bemiddelingsopdracht van Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met de bedoeling om tot een “regionaal zorgstrategisch plan Kempen” te komen dat “de leefbaarheid van beide ziekenhuizen (N+Z) op een duurzame manier waarborgt”. Deze opdracht is nog niet afgelopen. Uiteraard zonder afbreuk te willen doen aan de opdracht van de minister heb ik wel gevraagd om grotere klaarheid te scheppen in de precieze ambitie en finaliteit van een nieuw regionaal zorgstrategisch plan. De vraag van de minister lijkt immers uit te gaan van twee verschillende finaliteiten die niet noodzakelijk samenvallen: enerzijds “de uitbouw van topreferentiezorg in de Kempen” en anderzijds “de leefbaarheid van beide ziekenhuizen duurzaam waarborgen”. Tussen beide doelstellingen ligt een redelijk breed continuüm dat allicht bijkomende, objectief onderbouwde beleidskeuzes veronderstelt. Deze beleidskeuzes zullen allicht ook moeten inhouden dat het zorgaanbod elders in Vlaanderen en/of België kritische wordt getoetst aan internationale stan-

daarden en zo nodig moet worden afgebouwd. Zo moet bijv. eerst de vraag worden beantwoord of er in België resp. Vlaanderen überhaupt nood is aan bijv. een nieuw hartcentrum dan wel of daar slechts ruimte voor is, nadat eerst elders één of meerdere hartcentra worden gesloten. En of indien een hartcentrum wel degelijk noodzakelijk wordt geacht (na sluiting van bestaande hartcentra) een B2 niet volstaat. In dergelijke projecten moet een evenwicht worden bereikt tussen enerzijds de (medische) noden van de bevolking en anderzijds de trefkans op een bepaalde medische aandoening. Voor bepaalde – eerder zeldzame – aandoeningen die een hoge techniciteit en complexiteit aan behandeling vereisen is het immers in het grootste belang van de patiënt om bij een specialist c.q. ziekenhuis terecht te komen die door voldoende volume een adequate en veilige behandeling kan garanderen.

212 In de provincie Antwerpen is nog erg veel winst te halen uit een betere samenwerking tussen de Universiteit Antwerpen en de verschillende ziekenhuizen in de provincie en in eerste instantie in en om de stad Antwerpen: ZNA, UZA, Monica, KLINA, GZA, Hof ter Schelde Dit veronderstelt in elk geval een hernieuwde, respectvolle vertrouwensbasis en goede taak-, verwijzings- en samenwerkingsafspraken die geen afbreuk doen aan een gezonde, excellentie stimulerende concurrentie én uiteraard ook de consequente naleving ervan. Mekaar wederzijds beschouwen als gepriviligeerde partners en een goede samenwerking tussen artsen actiever faciliteren en stimuleren komt vooral de Antwerpse patiënt ten goede. Ook een betere samenwerking tussen de clusters Geel/Mol en Turnhout/Herentals enerzijds en tussen deze clusters, voormelde universiteit en Antwerpse ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen van binnen en - waar strategisch nuttig en nodig¹²² - buiten de provincie dient de belangen van alle patiënten.

¹²² M.n. wanneer de expertise c.q. excellentie in Antwerpen niet of onvoldoende aanwezig is en/of wanneer dit noodzakelijk is voor de patiënt in Antwerpen of daaraan minstens geen afbreuk doet. Dit laatst moet vooral worden bewaakt bij structurele overeenkomsten met buitenlandse ziekenhuizen en/of verzekeringsmaatschappijen.

2.5.4.2 De universiteit, het UZA, ZNA universitaire kinder- en jeugdpsychiatrie en het Instituut voor Tropische Geneeskunde

213

De derde lijn is in het bijzonder dankzij het UZA en ZNA universitaire kinder- en jeugdpsychiatrie heel sterk vertegenwoordigd in de provincie Antwerpen. Ook de sterke link tussen het UZA en het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) is alvast een grote troef. Het ITG van zijn kant is een structuur met medische know-how die intrinsiek niet tot de provincie en zelfs niet tot België kan en mag worden gereduceerd.

2.5.4.3. Naar een nieuwe “pax hospitalia” in de provincie Antwerpen.

Het voorgaande overzicht doet onvoldoende recht aan de bijzondere kwaliteit en de vele sterktes en troeven van de verschillende ziekenhuizen in de provincie Antwerpen op het vlak van speerpunten, zorgvernieuwing, bijzondere specialismen, expertise en blijvend waar te maken én te objectiveren excellentie. Maar er zijn ook grote handicaps en zwakten. De grootste is allicht de gespreide slagorde waarmee – ondanks het bestaan van diverse samenwerkingsakkoorden, en vaak goede samenwerking op het niveau van artsen en diensten - verschillende ziekenhuizen in de



214 Antwerpse regio opereren. De grootste verliezer is allicht de Antwerpse patiënt én de gemeenschap. Immers, hoeveel sterker dan vandaag zou het Antwerpse ziekenhuislandschap staan in Vlaanderen, België en Europa mochten alle Antwerpse ziekenhuizen op een open, constructieve, strategische en mekaar versterkende manier structureel samenwerken met het belang van de (Antwerpse) patiënt zoniet als enige, dan toch als belangrijkste doel voor ogen.

2.5.5. Geestelijke gezondheidszorg

2.5.5.1 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Mensen die kampen met psychische problemen en voor wie geen opname vereist is, kunnen in een eerste fase terecht voor een consultatie in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) voor aangepaste medisch-psychiatrische (via diagnose en medicatie) en of psychotherapeutische hulp (via een reeks gesprekken). Soms is een combinatie van beide methodes aangewezen. In deze fase van het hulpverleningsproces is geen sprake van opname of langdurig verblijf. In de praktijk worden patiënten doorverwezen door hun huisarts of als het gaat om jongeren door het CLB¹²³. Die doorverwijzing beperkt meteen ook een te grote toeloop naar een CGG. Enkel wanneer een arts vermoedt dat het psychisch probleem chronisch dreigt te worden, is een consultatie bij het CGG aangewezen. Elke hulpaanvraag wordt er in een team van psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers besproken. In de provincie Antwerpen zijn er vier grote koepels van geestelijke gezondheidscentra actief, gelijkwaardig verspreid over de verschillende arrondissementen Antwerpen, Kempen en

¹²³ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=44>

216 Mechelen. Sommige vestigingen beschikken over bijhuizen die zich toeleggen op hetzij lokale afdelingen in gemeenten hetzij op een specialisatie voor een bepaalde doelgroep: bv. jongeren, volwassenen, etc.

2.5.5.2 Beschut wonen (BW)

Een initiatief voor Beschut Wonen begeleidt mensen met psychische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij moeten wel nog geholpen worden bij het wonen en het verwerven van sociale vaardigheden. Ze worden daarvoor bijgestaan door maatschappelijk werkers en begeleiders. Bij het gemeenschapswonen leeft de bewoner samen met ten minste drie en ten hoogste tien personen. In het geval van individueel wonen, leeft hij/zij alleen. Beschut wonen kan een zachte overgang naar een volledig zelfstandig leven zijn. Voor sommigen is het een definitieve woonvorm. In 1990 kreeg deze woonvorm een wettelijk basis. Voor de bewoners worden aangepaste dagactiviteiten georganiseerd, in nauw overleg met de begeleider die gemiddeld één keer per week langskomt. Sommige bewoners volgen een opleiding, anderen werken. Sommigen brengen de dag door in een activiteitscentrum of krijgen dagbehandeling. De bewoners worden individueel opgevolgd en begeleid met zelfstandig-

heid van de bewoners als ultiem doel¹²⁴. Vlaanderen telt 45 initiatieven voor beschut wonen. Zeven ervan zijn gevestigd in de provincie Antwerpen.

217

2.5.5.3 Geel: pionier in psychiatrische thuisverpleging

Het Geelse systeem van thuisverpleging voor psychiatrische patiënten, met een ervaring die eeuwen terug gaat, heeft voor vele landen model gestaan. Hoewel maatschappelijke veranderingen door de eeuwen heen patiënten met verschillende pathologie aantrokken, blijft het principe van een op mensenmaat aangeboden psychiatrische zorg met integratie in een lokale familie overeind. Deze vorm van verpleging en lokale ervaring in de nieuwe Kempense structuur verankeren, in samenwerking met de derde lijn, is een uitermate belangrijke uitdaging.

2.5.5.4 Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)

Als de reguliere psychische hulpverlening ontoereikend blijkt en een team van deskundigen oordeelt dat het voor de patiënt beter is om gedurende een korte of langere periode te worden opgenomen, kan hij/zij terecht in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Het biedt opvang aan

¹²⁴ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=42>

218 personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis en aan personen met een mentale handicap¹²⁵. In beide gevallen is de toestand van de bewoners zodanig stabiel dat een ziekenhuisopname overbodig is. De opkomst van de psychiatrische verzorgingstehuizen is te danken aan de evolutie om binnen de traditionele psychiatrische ziekenhuizen bedden af te bouwen, waardoor bewoners werden gestimuleerd op zoek te gaan naar andere, geïntegreerde woonvormen. Deze reconversie binnen de psychiatrie betekende een radicale ommekeer in het psychiatrische zorgaanbod.

2.5.5.5 Psychiatrische ziekenhuizen

Een patiënt die kampt met ernstige psychische problemen, kan worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Die opname is voor veel patiënten vaak een ingrijpende, emotionele ervaring. Sommigen voelen zich verlaten, zo niet verraden door familie of vrienden, zijn opstandig, wantrouwig en weigeren de therapie. Anderen zijn opgelucht en stellen vertrouwen in de bescherming die de nieuwe omgeving hen kan bieden. In Vlaanderen zijn er 40 psychiatrische ziekenhuizen erkend door de overheid.

¹²⁵ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=48>

Zes ervan zijn gevestigd in de provincie Antwerpen (Antwerpen, Boechout, Geel, Duffel, Mortsel en Zoersel). Elk van die zorgvoorzieningen beschikt over één of meerdere gespecialiseerde afdelingen. In overleg met een multidisciplinair team (psychiater, psycholoog, ergotherapeut, maatschappelijk werker, verpleegkundige, ...) gaat de patiënt op zoek naar de meest geschikte therapie(ën). Er zijn afdelingen voor de behandeling van depressie, middelen- en alcoholmisbruik, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychische stoornissen bij ouderen¹²⁶. Meer dan ooit vereist goede psychiatrische zorg een aanpak op maat. Ook hier is samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen onderling en met de ambulante hulpverlening om expertise en medische gegevens te delen, hét sleutelbegrip¹²⁷. Het is de beste garantie voor onbevooroordeelde en laagdrempelige toegang tot de gepaste opvang voor doorgaans uitermate kwetsbare patiënten.

219

¹²⁶ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=124>

¹²⁷ V. Beel, *Geestelijke gezondheid belangt iedereen aan*, artikel uit De Standaard van 11/01/2010.

220 2.5.5.6 Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg

Alle tot hiertoe vermelde geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, zijn verenigd in twaalf overlegplatforms, verspreid over België. Het overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA) heeft als taak samenwerking en overleg te stimuleren en te vergemakkelijken. Het is vooral belast met de uitbouw van netwerken en zorgcircuits in het werkingsgebied, het zoeken naar samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten en het in kaart brengen van de behoefte aan dergelijke psychiatrische voorzieningen in de provincie. Daarnaast voorziet het ook in een ombudsfunctie¹²⁸. Het overleg binnen de provincie gebeurt via overleg- en werkgroepen en op verschillende niveaus. Zo is er het arrondissementeel, interprovinciaal en sectoraal overleg. Thema's die daarbij aan bod komen zijn de psychiatrische zorg in de thuissituatie, suicidepreventie en de adequate begeleiding voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Uit het laatste jaarverslag van het OGGPA van 2007, blijkt dat het aantal patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen jaar na jaar aanzienlijk stijgt in de provincie Antwerpen.

¹²⁸ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=46>