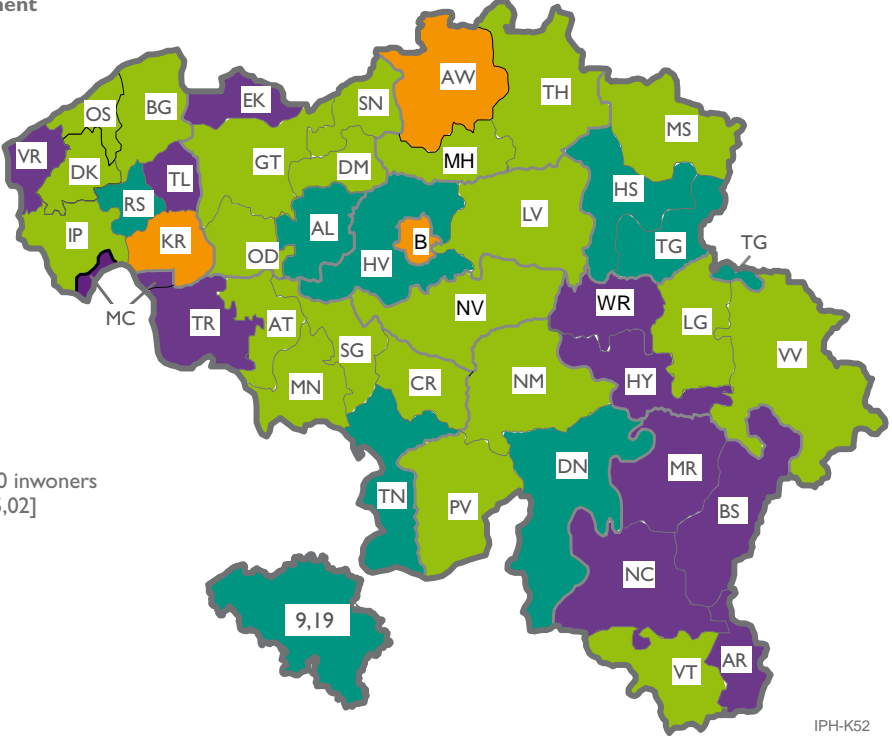
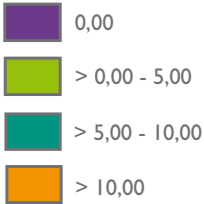


### Hepatitis C : incidentie per arrondissement (N/10<sup>5</sup> inwoners, 2008)

- AL: Aalst
- AR: Arlon
- AT: Ath
- AV: Antwerpen
- B: Brussel
- BG: Brugge
- BS: Bastogne
- CR: Charleroi
- DK: Diksmuide
- DM: Dendermonde
- DN: Dinant
- EK: Eeklo
- GT: Gent
- HS: Hasselt
- HV: Halle-Vilvoorde
- HY: Huy
- IP: Ieper
- KR: Kortrijk
- LG: Liège
- LV: Leuven
- MC: Mouscron
- MH: Mechelen
- MN: Mons
- MR: Marche-en-Fam.
- MS: Maaseik
- NC: Neufchâteau
- NM: Namur
- NV: Nivelles
- OD: Oudenaarde
- OS: Oostende
- PV: Philippeville
- RS: Roeselare
- SG: Soignies
- SN: St.-Niklaas
- TG: Tongeren
- TH: Turnhout
- TL: Tielt
- TN: Thuin
- TR: Tournai
- VR: Veurne
- VT: Virton
- VV: Verviers
- WR: Waremme

incidentie/100.000 inwoners [0,00 - 45,02]



306 Anno 2010 is er – helaas – nog steeds een groot gebrek aan gegevens en recente studies over hepatitis C in België. Als we al beschikken over een aantal gegevens, dan leveren ze vaak een vertekend beeld op. We kunnen ze slechts zelden correct interpreteren of evalueren. Bij uitbreiding zijn er dus ook voor onze provincie geen exacte diagnose- en mortaliteitscijfers bekend. De lage incidentie is dan ook eerder een vloek dan een zegen, en dit zowel voor patiënten (verenigingen), artsen en verenigingen: zij hebben nood aan een nationaal actieplan om hepatitis C - de sporadische voorlichtingscampagnes ten spijt - permanent onder de aandacht van de bevolking te brengen<sup>188</sup>. Een blik net over onze landsgrenzen leert ons dat het kan. In Frankrijk bijvoorbeeld – overigens dé koploper in de strijd tegen hepatitis C - werpt een actieve en systematische opsporingscampagne van risicogroepen, zijn vruchten af. Wist in 1994 amper 24% van de besmette Fransen dat hij/zij besmet was, dan was dat percentage in 2004 gestegen tot 56%. Ook op het

<sup>188</sup> Die verzuchtingen vinden we ook terug op de website van de patiëntenvereniging voor hepatitis C-patiënten. Op 08/10/2009 lanceerde het provinciebestuur in samenwerking met de UA en Janssen-Cilag een educatieve website die aandacht vraagt voor de problematiek van hepatitis C-patiënten in Vlaanderen en de bevolking tracht te sensibiliseren voor de nadelige gevolgen van een onbehandelde infectie met het HCV. Meer info op: <http://www.stophepatitis-c.be/index.html>.

vlak van mediacampagnes tonen ze zich een goede leerling: er is een gratis nationaal telefoonnummer en een bijbehorende website met relevante informatie voor het publiek. Ook Nederland volgt dat goede voorbeeld en investeerde in sensibiliseringscampagnes en een adviesrapport. België zou alvast kunnen beginnen met een goede bundeling van de verschillende initiatieven die op lokaal, federaal en gemeenschapsniveau worden ontwikkeld tot één globaal en integraal plan ter bestrijding van hepatitis C. Alleen zo kan er werk worden gemaakt van een integrale en efficiënte keten van onderzoek, sensibilisering, preventie en opsporing en een goede behandeling en begeleiding van patiënten.

### 3.1.5 Hart- en vaatziekten

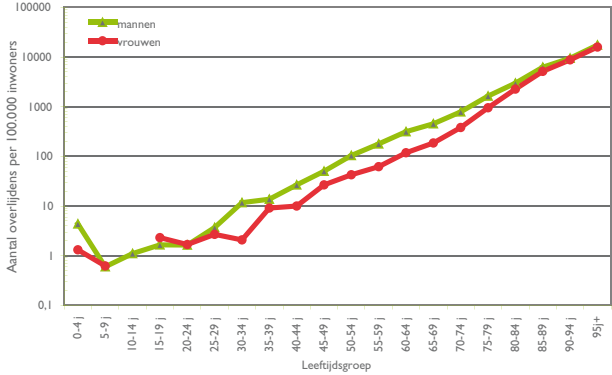
Eén van de belangrijkste gevolgen van zwaarlijvigheid is het verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen zoals een hartaanval of -infarct, een trombose of embolie. Hartziekten en -afwijkingen ontstaan vaak ten gevolge van het geleidelijk dichtslibben van aders en veroorzaken zo een vernauwing in de bloedtoevoer naar de vitale organen zoals de longen, de hersenen en het hart zelf. Wereldwijd zijn hart- en vaatziekten veruit de belangrijkste doodsoorzaak,

308 zo blijkt uit gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie<sup>189</sup>. Ook voor Vlaanderen geldt die vaststelling: meer dan 1 op 3 sterfgevallen is er te wijten aan hart- of vaatziekten. In 2007 stierf 31% van de mannen aan een cardiovasculaire aandoening. Bij vrouwen was dat zelfs 36%. Onder de 30 jaar sterven mensen zelden aan een hart- of vaataandoening, maar vanaf de leeftijdsgroep 35-39 jaar stijgt het risico bij zowel mannen als vrouwen exponentieel. Opvallend is dat mannen hierbij op bijna elke leeftijd een hoger sterfterisico hebben dan vrouwen. Sinds 1997 daalde de leeftijdsspecifieke sterfte in Vlaanderen in alle leeftijdsgroepen vanaf 40 jaar, behalve bij mannen en vrouwen boven de 94 jaar. Hart- en vaataandoeningen blijven echter de belangrijkste doodsoorzaak bij zeventigplussers.

In tegenstelling tot het sterfterisico door kankers blijft het sterfterisico door hart- en vaatziekten ook op hoge leeftijd nog exponentieel stijgen<sup>190</sup>.

<sup>189</sup> [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)


<sup>190</sup> <http://www.zorg-en-gezondheid.be/leeftijdsspecifieke-hart-vaatsterfte.aspx>



**Leeftijdsspecifieke sterftet cijfers hart- en vaataandoeningen, per 100.000 inwoners, mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2006 op logaritmische schaal**

**Bron:** Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid

Omdat hart- en vaatziekten, eens ze worden gediagnosticeerd, veeleer chronische aandoeningen zijn, is volledige genezing niet mogelijk. Wel kan aangepaste medicatie ervoor zorgen dat de levenskwaliteit aanzienlijk verbetert en de ziekte "leefbaar" wordt. Een efficiënt, preventief wapen in de strijd tegen cardiovasculaire aandoeningen, is – alweer – een gezonde levensstijl. Voldoende beweging, matig alcohol-



310 verbruik kunnen ervoor zorgen dat we overgewicht vermijden en de invloed van stress op ons leven beperken. Ook een te hoog cholesterol- en suikergehalte in het bloed en roken zijn belangrijke cardiovasculaire risicofactoren.

Het belang en de impact van voeding kan trouwens niet genoeg worden benadrukt. Vaak wordt gezegd dat hart- en vaatziekten genetisch bepaald zijn. Bij minstens een groot gedeelte hiervan zijn niet zozeer de genetische aanleg dan wel het aangeleerde voedingspatroon en de kookgewoonten de reden van de hart- en vaatziekten. Maatschappelijke veranderingen (grotere deelname van vrouwen aan het arbeidsproces, taakverdeling tussen man en vrouw, verdwijnen van seizoensgebonden verse voeding en toename van fastfoodconsumptie) kunnen in de komende jaren leiden tot een grote verandering in het aantal hart- en vaatziekten. Voor de provincie Antwerpen zijn geen specifieke sterftecijfers voor hart- en vaatziekten bekend, maar de cijfers die we berekenden aan de hand van een interactieve analyse van de Nationale Gezondheidsenquête 2008, bevestigen wel grotendeels de geschetste evoluties in Vlaanderen. In de leeftijdsgroep tussen 20 en 40 jaar komt een infarct bij mannen zelden voor; terwijl het risico hierop tussen 40 en 60 jaar al groter wordt. Bij de bevroegde vrouwelijke

bevolking kwam een infarct in beide leeftijdsgroepen zo goed als nauwelijks voor. Vanaf de leeftijd van 60 jaar zien we zowel bij mannen als vrouwen een lichte stijging van het aantal hartinfarcten. Vrouwen lopen hierop ook meer risico, zo blijkt uit de percentages van twee opeenvolgende leeftijdsgroepen (0,4% en 1,2%). Bij mannen ligt dit cijfer voor ongeveer hetzelfde aantal respondenten aanzienlijk lager. Dat het risico op een hartinfarct vooral vanaf de leeftijd van 80 jaar gevoelig stijgt, merken we in onze provincie zowel bij mannen (1,8 %) als bij vrouwen (2,8 %). Ook voor deze leeftijdscategorie ligt het risico bij vrouwen beduidend hoger dan bij mannen.

Toch moeten we deze cijfers ook nuanceren: bij een gezondheidsenquête bestaat het risico dat de reële incidentie met een derde wordt onderschat: 1 op 3 personen met een hartinfarct overlijdt voor hij/zij het ziekenhuis kan bereiken als gevolg van een plotse hartstilstand of ventrikel-fibrillatie. In het ziekenhuis bedraagt het aantal patiënten dat er overlijdt aan een hartstilstand gemiddeld ongeveer 10%. De gegevens die opgenomen zijn in de pathologie Atlas uitgegeven door de FOD Volksgezondheid, tonen alvast aan dat in de provincie Antwerpen het risico op sterfte bij hospitalisatie voor een acuut myocard infarct niet hoger

312 (en eerder lager) ligt dan in andere provincies<sup>191</sup>. Waarschijnlijk verklaart de goede samenwerking tussen enerzijds de algemene ziekenhuizen -waar performant werkende algemene cardiologische diensten aanwezig zijn- met andere hartcentra in de provincie Antwerpen (UZA, AZ Middelheim en Bonheiden) deze tendens<sup>192</sup>.

**Percentage van de bevolking dat ooit leed aan een hartinfarct, Beide geslachten - alle leeftijdsgroepen  
Provincie Antwerpen, België 2008**

313

	GESLACHT TUSSEN 20 EN 40 JAAR			GESLACHT TUSSEN 40 EN 60 JAAR			GESLACHT TUSSEN 60 EN 80 JAAR			GESLACHT TUSSEN 80 EN 100 JAAR		
	2008			2008			2008			2008		
	prevalentie		n(*)	prevalentie		n(*)	prevalentie		n(*)	prevalentie		n(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	0.6	99.4	154	.	100	156	0.5	99.5	116	1.8	98.2	65
vrouw	.	100	141	-0.4	99.6	151	1.2	98.8	116	2.8	97.2	105
totaal	0.3	99.7	295	0.2	99.8	307	0.9	99.1	232	2.4	97.6	170

<sup>191</sup> Aldus diensthoofd cardiologie Christiaan Vrints van het UZ Antwerpen. Zie hiervoor ook de pathologie-atlas ([www.atlaspathologie.be](http://www.atlaspathologie.be)).

<sup>192</sup> Opvallend is ook dat in het arrondissement Turnhout waar geen hartcentrum aanwezig is, er toch geen verhoogd overlijdenspercentage is van het acute myocard infarct. Het UZ Antwerpen heeft een intensieve samenwerking opgebouwd met verschillende cardiologische diensten in deze regio waarbij hartinfarct-patiënten met een klinimobiel geëvacueerd worden voor dringende hartkatheterisatie naar het UZA. Die aanpak werpt blijkbaar zijn vruchten af wanneer we de Antwerpse situatie vergelijken met andere provincies (o.a. in Limburg is er bv. een veel hogere mortaliteit in de regio Hasselt x2). Deze situatie zou nog kunnen worden verbeterd door een versterking van de secundaire transporten tussen de ziekenhuizen in de provincie Antwerpen. Vaak moet nu een ambulance heen en weer rijden (bijvoorbeeld van UZA naar Mol en terug).

### 314 3.1.6 Traumata of ongevallen thuis, op het werk en in het verkeer

Een arbeider die slachtoffer wordt van een arbeidsongeval, een kind dat in de tuin van de glijbaan of de schommel valt, een man die zich bij het strijken verbrandt aan het hete ijzer... Traumata of ongevallen in de privésfeer en in het openbaar overkomen ons veelal totaal onverwachts. In mijn vorige rede, "De angst voorbij", stonden we hier al uitvoerig bij stil. Niettegenstaande goede, provinciale cijfers ontbreken, konden we toch concluderen dat dergelijke ongevallen in en om het huis dodelijker zijn dan alle criminele feiten en verkeersongevallen samen<sup>193</sup>. De meest voorkomende huiselijke ongevallen zijn in afdalende volgorde: "vallen", "struikelen" en "uitglijden"; "ongevallen met een vreemd voorwerp"; "andere" zoals intoxicatie, verdrinking of elektrocutie en brandwonden. Jaarlijks zijn naar schatting 220 000 Belgen, vooral vrouwen, het slachtoffer van een ongeval in de privésfeer waarbij de huisarts moet worden geraadpleegd.

<sup>193</sup> In 2009 deden we een beroep op de Afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en hun studie, *Morbiditeit: Actuele toestand van 1998*, website: [www.iph.fgov.be](http://www.iph.fgov.be)

Bij vrouwen gebeurt dit het vaakst tijdens huishoudelijke taken, terwijl mannen er vooral mee te maken krijgen tijdens het klussen<sup>194</sup>.

Zoals gezegd ontbreken betrouwbare cijfers m.b.t. voorkomen en oorzaken van traumata bij volwassenen uit onze provincie. Daarom verwijzen we naar de conclusies van de recente studie over *Slachtoffers van ongevallen bij de huisarts*. Hiervoor werden de bevindingen van de Huisartsenpeilenquête 2002 vergeleken met die van de Nationale Gezondheidsenquête 2004 waarbij vooral de incidentiecijfers van vijf types ongevallen aan bod kwamen, namelijk arbeids- en verkeersongevallen, sportongevallen en tot slot thuis- en schoolongevallen waarbij een beroep werd gedaan op de huisarts<sup>195</sup>. Algemeen wordt aangenomen dat huisartsen in België een vooraanstaande rol spelen in de eerste zorg-

<sup>194</sup> D. Devroey et alii, *Ongevallen in de privésfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt. Registratie door huisartsenpeilpraktijken in 1995 en 1996*. Let op: het gaat hier om ongevallen die ook bij de huisarts officieel werden geregistreerd met uitzondering van arbeids- en verkeersongevallen, schoolongevallen en sportongevallen in clubverband.

<sup>195</sup> N. Boffin et alii, *Slachtoffers van ongevallen bij de huisarts: Resultaten van de registratie door het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken en de Belgische Gezondheidsenquête*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Dienst Epidemiologie, Brussel, september 2009, 51p.

316 verlening aan slachtoffers van ongevallen. Bovendien zijn ze een belangrijke informatiebron voor het voorkomen en de kenmerken van ongevallen met letsels. Hoewel ze niet de enige zorgverleners zijn –zij delen die zorg uiteraard met de spoeddiensten–, behandelen ze in de praktijk zowel urgente als niet urgente accidentele trauma's en verlenen ze daarbij zowel eerste zorg als nazorg. Voor 4471 geregistreerde ongevallen op 1 000 000 inwoners in Vlaanderen werd een beroep gedaan op de huisarts voor de eerste medische zorg na het ongeval. Bijna de helft van de ongevallen waren thuisongevallen.

**Bron:** Studie: Slachtoffers van ongevallen bij de huisarts: **Resultaten van de registratie door het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken en de Belgische Gezondheidsenquête, 2009**

	Aantal ongevallen per 100 000 leden van de peilpopulatie (95% betrouwbaarheidsinterval)
België	4471 (4369-4574)
Mannen	4591 (4442-4740)
Vrouwen	3607 (3477-3737)
het Vlaamse gewest	4819 (4681-4965)
Mannen	5056 (4855-5257)
Vrouwen	3866 (3692-4040)
het Waalse gewest	4122 (3954-4290)
Mannen	4187 (3944-4430)
Vrouwen	3236 (3027-3444)

Pas vanaf de leeftijd van 50 tot 54 jaar ligt de incidentie van thuisongevallen bij vrouwen hoger dan bij mannen. Bij vijftienzeventigplussers was de incidentie van ongevallen in de huisartsenpraktijk het hoogst en zo goed als uitsluitend toe te schrijven aan thuisongevallen. Uit de resultaten bleek ook dat de meest voorkomende letsels in deze categorie ongevallen open wonden zijn (40%), gevolgd door kneuzingen (31%) en hematomen of bloedingen (24%). Volwassen slachtoffers bleken vooral meerdere letsels te vertonen. Bij kinderen stelden huisartsen beduidend meer brandwonden, hersenschuddingen en open wonden vast. Bij ouderen waren dit vooral hematomen en fracturen. Verstuikingen kwamen veelvuldig voor op middelbare leeftijd en dan vooral bij vrouwen terwijl mannen eerder open wonden vertoonden, voornamelijk dan als gevolg van het klussen. In 8,1% van de ongevallen en 10,5% van de thuisongevallen achtte de huisarts het bovendien noodzakelijk om de patiënt door te verwijzen naar het ziekenhuis.

**Tabel:** Bruto incidentie van ongevallen in de huisartsenpraktijk per 100.000 personen met 95% betrouwbaarheidsinterval voor België, het Vlaams gewest en het Waals gewest naar geslacht.

318 Letsels (%) bij slachtoffers van thuisongevallen naar leeftijd (n=3243)

	Leeftijdsgroep							
	0-4 (n=212)	5-14 (n=382)	15-29 (n=378)	30-44 (n=497)	45-59 (n=491)	60-74 (n=575)	75+ (n=708)	75+ (n=708)
Open wonde	54,7	51,0	37,3	38,6	38,3	34,6	36,2	39,8
Kneuzing	19,3	25,1	32,3	29,4	28,7	35,0	36,3	30,8
Hematoom	17,0	13,9	16,1	21,9	21,0	28,9	36,6	24,2
Fractuur	9,0	12,6	9,0	11,1	15,7	23,1	26,8	17,0
Verstuiking	3,3	9,7	20,1	16,7	15,9	11,7	6,5	12,1
Brandwonde	5,7	1,6	2,6	3,8	4,5	3,0	2,1	3,2
Hersenschudding	5,7	4,7	2,4	2,8	1,2	2,3	2,7	2,8
Uitsluitend "afwijkende" letsels	2,4	2,1	3,7	5,2	3,5	1,7	1,0	2,8
Meerdere letsels	15,6	16,5	19,6	23,3	23,4	31,0	36,2	25,6

Letsels (%) bij slachtoffers van thuisongevallen naar geslacht (n=3016)

	Geslacht	
	Man (n=1344)	Vrouw (n=1672)
Open wonde	47,5	33,6
Kneuzing	29,3	32,7
Hematoom	19,9	28,6
Fractuur	13,6	19,1
Verstuiking	10,7	13,5
Brandwonde	2,0	4,2
Hersenschudding	2,9	2,6
Uitsluitend "afwijkende" letsels	3,2	2,7

**Bron:** Studie: Slachtoffers van ongevallen bij de huisarts: Resultaten van de registratie door het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken en de Belgische Gezondheidsenquête, 2009

Opvallend was ook dat maar liefst 12,6% van de ongevallen gepaard ging met het gebruik van alcohol, drugs en andere psychotrope geneesmiddelen. Ook hier is de preventieve rol van de huisarts belangrijk omdat een consultatie hem de mogelijkheid biedt de problematiek aan te kaarten met de patiënt. In onderstaande tabel vinden we de resultaten van de huisartsenpeilpraktijk terug voor wat betreft het geregistreerde middelengebruik bij patiënten die op consultatie komen voor een ongeval.



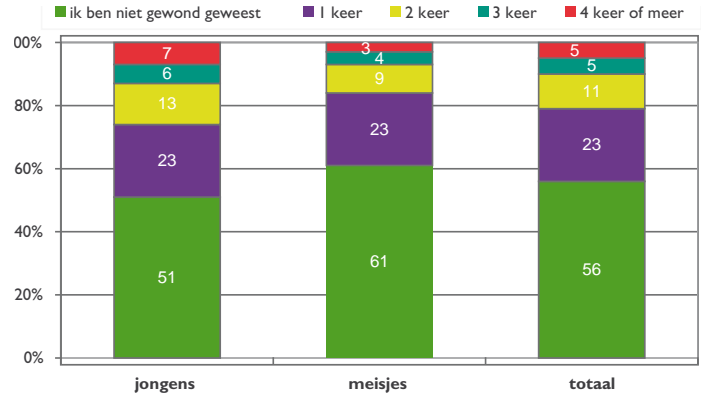
320 **Bron:** Studie: Slachtoffers van ongevallen bij de huisarts: Resultaten van de registratie door het Belgische netwerk van huisartsenpeilpraktijken en de Belgische Gezondheidsenquête, 2009

	Leeftijdsgroep					Totaal
	15-29 jaar	30-44 jaar	45-59 jaar	60-74 jaar	75+	
<b>Acuut alcohol gebruik</b>						
Vrouw	3,2	6,0	5,2	3,6	1,4	3,5
Man	8,5	10,2	10,3	7,0	3,9	8,2
<b>Chronisch alcohol gebruik</b>						
Vrouw	0,0	5,6	7,7	5,5	0,6	3,6
Man	3,7	5,3	10,8	8,0	6,5	6,9
<b>Psychotrope middelen</b>						
Vrouw	2,6	7,3	10,5	12,4	22,9	13,7
Man	1,6	3,1	7,8	8,0	13,5	6,5

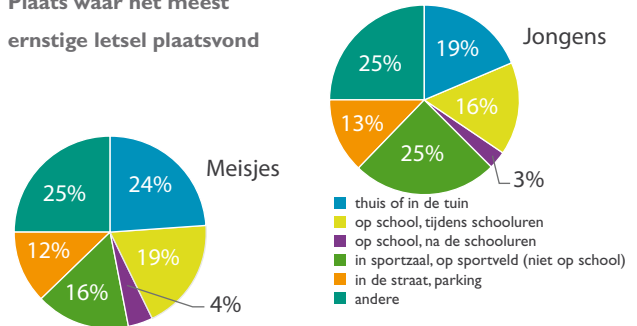
Wat jongeren betreft, waren er in de provincie Antwerpen in 2006 meer jongens dan meisjes uit het secundair onderwijs gewond en dit ook meerdere keren. Dat verschil is uiterst significant te noemen. Onderstaand taartdiagram geeft per geslacht de plaats weer waar het letsel voorkwam. Voor zowel jongens als meisjes zijn er geen opvallende verschillen vast te stellen naar de plaats van het ongeval (overwegend in de sportzaal, op andere plaatsen, in en om het huis en op school).

**Bron:** Studie: Jongeren en gezondheid 2006, UGent, resultaten provincie Antwerpen

**Frequentie van letsels naar geslacht**



**Plaats waar het meest ernstige letsel plaatsvond**



AARD LETSEL	jongens	meisjes	totaal
gebroken, ontwrichtte beenderen	28%	21%	25%
verrokken, verstuikte, gescheurde spieren	47%	51%	49%
snij- of steekwonden	32%	23%	28%
hersenschudding of andere hoofd of nekverwonding, bewusteloos, whiplash	17%	12%	15%
kneuzingen, blauwe plekken, interne bloedingen	52%	54%	53%
interne verwondingen waarbij een operatie nodig was	10%	8%	9%
brandwonden	22%	18%	20%

PLAATSVERZORGING	jongens	meisjes	totaal
huisarts	57%	55%	56%
spoedopname ziekenhuis	48%	40%	44%
opname in ziekenhuis (met overnachting)	16%	12%	14%
schooldokter of schoolverpleegster	11%	9%	10%

**Percentage van de plaats van verzorging van het meest ernstige letsel naar geslacht (meerdere antwoorden mogelijk per leerling)**

**Bron:** Studie 'Jongeren en Gezondheid' 2006, cijfers provincie Antwerpen

Kijken we naar de aard van de meest ernstige verwondingen dan stellen we vast dat jongens en meisjes binnen onze

provincie overwegend slachtoffer worden van kneuzingen, blauwe plekken en interne bloedingen, samen goed voor respectievelijk 53% van de verwondingen. Ook spierverrekkingen komen ook frequent voor. Een opvallend cijfer bij jongens, maar toch ook bij meisjes is het hoge percentage aan steek- of snijwonden. In de praktijk zien we dat de meerderheid van onze jongeren voor de verzorging van een huiselijk letsel vooral naar de huisarts gaan (56%).

### 3.1.7 Gehoorschade:

Een concertje meepikken waarbij je oren het geluid van een straaljager te verduren krijgen, op je werk geconfronteerd worden met zoveel lawaai-emissie dat je oren er letterlijk van gaan suizen, loeiharde boxen op een fuif of in de bioscoopzaal en de omhooggedreven volumeknop van je iPod, iPhone of mp3-speler die je tijdelijk doof maakt voor wat er rondom jou op straat gebeurt. Van té luide muziek kan je blijvende gehoorschade oplopen en op termijn zelfs definitief doof worden. De laatste jaren worden we via de media en patiëntentelgenissen steeds meer geïnformeerd over de schadelijke gevolgen van geluidsoverlast die in

324 sommige gevallen wel érg verregaand kunnen zijn<sup>196</sup>. Bewezen effecten van geluidshinder bij de mens variëren dan ook van eenvoudige hinder; slaapverstoring tot gehoorschade, stresseffecten (verhoogde bloeddruk, cardiovasculaire aandoeningen), maar kunnen ook een invloed hebben op onze cognitieve functies zoals aandacht, motivatie en leerprestaties. In ernstige gevallen kunnen ook angst en depressie opduiken. Soms lijdt gehoorschade zelfs tot zelfmoord. Een gehoortrauma uit zich vaak als een combinatie van gehoorverlies, tinnitus, hyperacusis of distortie (vervorming van geluid) en diplacusis (de waarneming van verschillende toonhoogtes links en rechts).<sup>197</sup> Gehoorschade ontstaat door een kortsluiting in de normale geleiding van de gehoorszenuw, met als resultaat dat de hersenen zich daaraan aanpassen. Kenmerkend voor gehoorverlies in een pril stadium is de zogenaamde 'lawaaidip' die ontstaat

<sup>196</sup> Dossier Gehoorschade: 'We zijn bezig een generatie hardhorigen te kweken' uit Humo, 22 september 2009, 10-17. Gehoorschade of -verlies treedt op als gevolg van schade aan de haarcellen in het slakkenhuis. Als deze teveel geluid te verduren krijgen, raken ze verdoofd en hebben ze een rustpauze nodig om volledig te herstellen. Wanneer dat niet gebeurt, worden er geen nieuwe cellen bijgemaakt en sterven ze af. Beetje bij beetje neemt het gehoorvermogen bij een mens af waardoor hij op termijn definitief doof wordt.

<sup>197</sup> <http://www.lne.be/themas/hinder-en-risicos/geluidshinder/beleid/muziek/voorbereidende-nota-muziek-1dec2009.pdf>

na blootstelling aan ongeveer 4000 Hz. Hierbij zijn twee fasen te onderscheiden die van tijdelijke maar soms van onomkeerbare aard zijn. In een eerste fase is er slechts sprake van een tijdelijke gehoorbeschadiging, die dienst doet als alarmsignaal. Na enkele uren of dagen normaliseert de tijdelijke tolerantiedrempel zichzelf. Die terugkeer naar de normale situatie gaat vaak gepaard met oorsuizingen. In de daaropvolgende fase is de beschadiging onomkeerbaar: het gehoorverlies blijft voorgoed aanwezig en ook het oorsuizen neemt niet meer af (tinnitus). Ongeveer 15% van de Belgische bevolking lijdt aan deze aandoening. Tot 40% van de mensen met oorsuizingen hebben slaapstoornissen en bij 1 op 5 geeft het oorsuizen aanleiding tot een belangrijk verlies van de levenskwaliteit. Tinnitus kan succesvol worden behandeld door infuus- of zuurstoftherapie en in ernstige gevallen zelfs door een neurochirurgische ingreep<sup>198</sup>.

<sup>198</sup> Een infuusbehandeling bestaat uit het toedienen van een reeks bloedverdunders die op die manier overmatige druk in het oor tegengaan terwijl de hyperbare zuurstoftherapie het zuurstofgebrek in het binnenoor aanvult en zo het genezingsproces stimuleert. Deze behandeling blijft nog erg omstreten en wordt in de praktijk vaak aangeraden wanneer een eerdere medicijntherapie niet blijkt aan te slaan. Zie ook: [http://www.nvvs.nl/index.php?s\\_page\\_id=61](http://www.nvvs.nl/index.php?s_page_id=61), <http://www.oorsuizen.be/> en B. De Clerck, *Op zoek naar de stilte*, Alumnij, Alumnitijdschrift Universiteit Antwerpen, 32.

326 Een andere, vaak voorkomende gehoorandoening is hyperacusis die patiënten letterlijk ziek maakt van het geluid en lawaai waaraan ze dagelijks worden blootgesteld. Hyperacusispatiënten ervaren bijna alle geluiden als storend en onaangenaam omdat hun oren het zogenaamde 'dynamische bereik' hebben verloren. Dat is het vermogen van onze oren om zich snel aan te passen aan wisselende geluidsterkten, een eigenschap die broodnodig is in ons dagelijkse leven. Door dat verlies worden bijna alle dagelijkse geluiden zoals een lopende kraan, het doorspoelen van het toilet, schreeuwende kinderen op straat en zelfs het gerammel van borden als pijnlijk en ondraaglijk ervaren. Veel hyperacusispatiënten spreken dan ook terecht van een 'auditieve nachtmerrie'. Overgevoeligheid voor geluid is op zich geen levensbedreigende aandoening. Afhankelijk van de ernst kan ze wel erg traumatisch zijn, de sociale mogelijkheden sterk inperken en het leven drastisch veranderen. Bovendien is de aandoening voorlopig niet behandelbaar waardoor hulpverlening hoofdzakelijk bestaat uit contact met lotgenoten en het vermijden van luide gehoorervaringen en -situaties<sup>199</sup>.

---

<sup>199</sup> *Ibid.*

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is gehoorverlies door lawaai op het werk, de meest voorkomende beroepsziekte. Dat is ook zo voor België. Niet alleen de beroepsbevolking loopt een ernstig risico, maar ook en vooral de jongeren. Door het intensief beluisteren van luide muziek op festivals, fuiven of via draagbare muzikspelers (MP3-speler, iPod) wordt hun gehoor al op zeer jonge leeftijd overbelast met alle medische gevolgen vandien. Bij gebrek aan een sluitend, wettelijk kader dat de geluidslimieten voor concerten in Vlaanderen vastlegt, overschrijden de decibels waarmee we tijdens luide concerten worden geconfronteerd, permanent de tolerantiedrempel van het oor<sup>200</sup>. Na het traditionele zomerfestivalseizoen van 2009 werd de problematiek van gehoorschade weer erg actueel: dokters kregen steeds meer jongeren over de vloer die schade hadden opgelopen bij loeiharde concerten. Zij brachten een publiek debat op gang waarbij het genot van een geluidsrues werd afgewogen tegen de gevolgen van dreigende gehoorschade. De overheid besliste daarop in december 2009 een eerste, multidisciplinair overleg op te starten over geluidshinder

327

---

<sup>200</sup> De basisregel is dat een normaal mens gedurende 8 uur een niveau van 80 decibel kan verdragen, maar dat bij 90 decibel er al na een uur een verhoogd risico op gehoorschade bestaat en bij 110 decibel zelfs al na 30 seconden.

328 en gehoorschade ten gevolge van te luide muziek met alle, relevante actoren uit het werkveld. Bij dit eerste, verken- nende overleg waren zowel beleidsmakers, geluidsdeskundi- gen, vertegenwoordigers uit de gezondheidszorg en uit de jeugd- en muzieksector aanwezig en kwamen alle partijen al gauw tot de conclusie dat er dringend een regelgeving nodig is die de geluidslimieten eenduidig vastlegt<sup>201</sup>. De enige regelgeving waarover we thans beschikken is de milieuwetgeving die in de loop der jaren en onder invloed van het wijzigende muziek- en festivallandschap werd uitgebreid met aanvullende hoofdstukken en bepalingen. Milieuwetgeving is vooral een immissiewetgeving waarin enkel bepalingen werden opgenomen die betrekking heb- ben op de omgevingshinder door geluid. Het regelt met andere woorden de geluidsniveaus in de omgeving van

openbare plaatsen, maar niet in die instellingen zelf<sup>202</sup>. De regelmatig aangehaalde 100 dB-norm wordt bovendien nergens expliciet voorgeschreven in de milieuwetgeving. Over deze limietwaarde bestaat ook nog geen akkoord. Preventief oordopjes uitdelen en anderzijds toelaten dat het geluid letterlijk 'ziekmakend' is, is onvoldoende consistent. Een verantwoorde overheid legt idealiter regels op die ervoor zorgen dat er geen (permanente) gehoorschade kan worden opgelopen.

329

---

<sup>201</sup> G. Sels, *Geluidslimiet in de maak*, artikel uit De Standaard van 3 december 2009.

---

<sup>202</sup> Vóór de VLAREM-wetgeving ging alle rechtspraak inzake geluidsemmissie terug op het KB van 24 februari 1977 dat van toepassing was op alle mogelijke muziekactiviteiten met elektronische versterkte muziek en dit zowel voor private als openbare instellingen. De activiteiten die in het actuele debat omtrent gehoorschade centraal staan, vallen onder twee specifieke hoofdstukken uit de milieuwetgeving, namelijk a) de evenementen die dienen te voldoen aan VLAREM II, hoofdstuk 6.7 over de niet-ingedeelde muziekactiviteiten (hieronder vallen muziekfestivals, optredens van artiesten en andere openluchtactiviteiten zoals fuiven in een tent, kermissen en lokale feestelijkheden) en b) de evenementen die dienen te voldoen aan VLAREM II, hoofdstuk 5.32.2 over de lokalen met dansgelegenheid (hieronder vallen onder meer feestzalen, dancing, clubs en concertzalen met een oppervlakte van meer dan 100 vierkante meter). Voor de eerste categorie van activiteiten worden de beslissingen in verband met geluidsnormen en het vooropgestelde einduur genomen door gemeentelijke reglementen en beslissingen terwijl voor de tweede categorie de wetgeving de toegelaten niveaus regelt bij de omwonenden die worden aangevuld met bijkomende limieten van de vergunningverlenende overheid. Zie ook: <http://www.lne.be/themas/hinder-en-risicos/geluidshinder/beleid/muziek/voorbereidende-nota-muziek-1dec2009.pdf> en meer specifiek p. 8-10.

330 Een efficiënte en snelle aanpak van het probleem impliceert dringend werk maken van een verlaging van het geluidsniveau aan de bron. Dat kan in de praktijk worden gerealiseerd door bv. een doordachte plaatsing van de podia en luidsprekers en een verplichte minimum afstand tussen die luidsprekers en het publiek. Daarnaast kunnen ook geluidsbegrenzers worden ingeschakeld, die ervoor waken dat een bepaald maximumniveau niet wordt overschreden en moet er worden voorzien in een zogeheten “chill-out room” waar concertgangers even auditief op adem kunnen komen. Bezoekers van muziek evenementen systematisch beschermende oordopjes aanbieden en hen op die manier voldoende sensibiliseren, is ook een goede optie. In overleg met de federale gezondheidsinspecteur wordt gehoorschade geagendeerd bij de risicoanalyse op veiligheidsoverleg met de organisatoren van muziek- en andere oorbelastende evenementen. De provincie is goed geplaatst om preventieve acties te coördineren. Met VerdOOrie heeft het Provinciaal Veiligheid Instituut een prachtige brochure over gehoorschade gerealiseerd. In het Antwerpse Sportpaleis werden onlangs oordopjesautomaten geïnstalleerd die de oren van concertgangers moeten beschermen tegen te hoge decibels. Met die maatregel hopen de zaaluitbaters, die momenteel weinig tegen de geluidsgillen van technici

kunnen beginnen, toch een stok achter de deur te houden om de geluidsoverlast binnen aanvaardbare grenzen te houden<sup>203</sup>.

Maar ook Europa is bezorgd over de gevolgen van langdurige en overmatige consumentenblootstelling aan geluid. De begrenzing van het geluidsniveau van draagbare muziekspelers valt onder de productnormering en is daarom een federale en Europese bevoegdheid. Daarom plant ze iPod's, mp3-spelers en gsm's met een muziekspeler in de toekomst te voorzien van een standaardinstelling die een veilige blootstelling van 80 decibel a rato van 40 uur per week mogelijk maakt.<sup>204</sup> Verder is er in het voorstel van de Europese Commissie voorlopig nog geen sprake van een maximumvolume. Als het technische en juridische voorstel binnen nu en twee jaar wordt goedgekeurd, zullen voortaan alle geluidsdragers aan deze feitelijke industriernorm moeten voldoen.

---

<sup>203</sup> J. Claeys & P. Demeyer, *Sportpaleis plaatst oordopjesautomaat*, artikel uit De Standaard van 19 april 2010, p. 39.

<sup>204</sup> <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1364&format=HTML&aged=0&language=NL&guiLanguage=en>. Zie ook: P. Vantighem, *Wie niet horen wil, zal voelen*, opiniestuk uit De Standaard van 29 september 2009, 17. J. Debackere, *Europa zet mp3-speler stiller*, artikel uit De Morgen van 29 september 2009.

332 Uit een schriftelijke enquête bij 755 leerlingen uit de derde graad van de provincie, bleek dat de meerderheid van de respondenten (54,8%) toegang ooit wel eens problemen te hebben gehad met hun gehoor<sup>205</sup>. Vaak klaagt men over "een piepsignaal in het oor" (48,6%), "oorsuizingen" (23,1%), of "een afname van de gehoor kwaliteit" (28,3%). Van de leerlingen die last hebben van hun gehoor, speelt 35,3% in een bandje of komen ze door hun hobby vaak in contact met luide muziek. Meisjes hebben hier overwegend meer last van dan jongens. De groep respondenten die gewaarschuwd werden door hun ouders bleken meer preventieve maatregelen te nemen (39,2%) dan de overige leerlingen (28,8%). Dat was ook het geval bij diegenen die voorafgaand informatie kregen op school: zij nemen meer preventieve maatregelen (41,1%) dan de leerlingen die nooit geïnformeerd (31,5%). Verder viel op dat de leerlingen die al last hebben van hun gehoor opvallend meer hun oren beschermen (42,8%) dan hun medestudenten die aangeven nog geen klachten te ondervinden (27%). Hierbij speelt ook de studierichting een doorslaggevende rol: zo valt op dat de overgrote meerderheid (73,9%) van de studenten BSO nooit maatregelen nemen en dat dit percentage bij hun col-

lega's uit andere richtingen veel lager ligt, vooral dan bij de leerlingen muziek (37,5%). Ook tussen de drie provinciale arrondissementen zijn een aantal verschillen op te merken. De bevroegde leerlingen uit de regio Mechelen hadden verhoudingsgewijs meer last van hun gehoor (57,6%) dan de leerlingen uit de regio Kempen (55,2%) en de regio Antwerpen (53%). Inzake preventieve maatregelen zien we dat leerlingen uit de regio Mechelen hiervan het minst gebruik maken (29,8%), gevolgd door de regio Kempen (36,6%) en de regio Antwerpen (38,3%). Verder valt op dat de respondenten uit de regio Antwerpen meer gebruik maken van "basisoordopjes" (10,2%) dan de leerlingen uit de regio's Kempen (6,5%) en Mechelen (3,7%). Bovendien worden studenten uit de regio Antwerpen meer gewaarschuwd door hun ouders (72,6%) over de mogelijke gevaren van gehoorschade, dan de leerlingen uit de regio Mechelen (59,2%) en Kempen (62,1%). In de regio Antwerpen kregen veel meer leerlingen ooit al informatie over gehoorschade op school (45,2%) in vergelijking met de studenten uit de regio Kempen (34,5%) en Mechelen (29,8%).

333

<sup>205</sup> A. Van Den Broeck, *Bevraging gehoorschade provincie Antwerpen 2010*, 42p.

Ook het voorkomen van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) en het bevorderen van de seksuele gezondheid zou best een belangrijke bekommernis voor elke burger zijn. Ook de provincie zet in op dergelijke preventie. Op Vlaams niveau is de aanpak van de preventie van SOA-besmettingen in overeenstemming met internationale richtlijnen van enkele toonaangevende organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie en UNAIDS<sup>206</sup>. Op lokaal vlak is de rol van partnerorganisaties zoals Sensoa een efficiënt wapen tegen risicovol seksueel gedrag. In Vlaanderen zijn er drie verschillende registratiebronnen voor seksueel overdraagbare infecties (SOI), met op de eerste plaats de verplichte melding van gonorrhoe en syfilis aan het Toezicht Volksgezondheid<sup>207</sup>, ten tweede de registratie van chlamydia, gonorrhoe en syfilis door het peillaboratorienetwerk en de

<sup>206</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>

<sup>207</sup> De registratie van SOA's blijft ook in de toekomst permanent van kracht, in tegenstelling tot de melding van hepatitis C (zie supra).

SOI-surveillance via het peilnetwerk van klinici<sup>208</sup>. Omdat provinciale gegevens ook in deze studies grotendeels ontbreken, bekijken we eerst de nationale cijfers die we vervolgens aanvullen met provinciale gegevens van de dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid.

### 3.1.8.1 HIV en AIDS

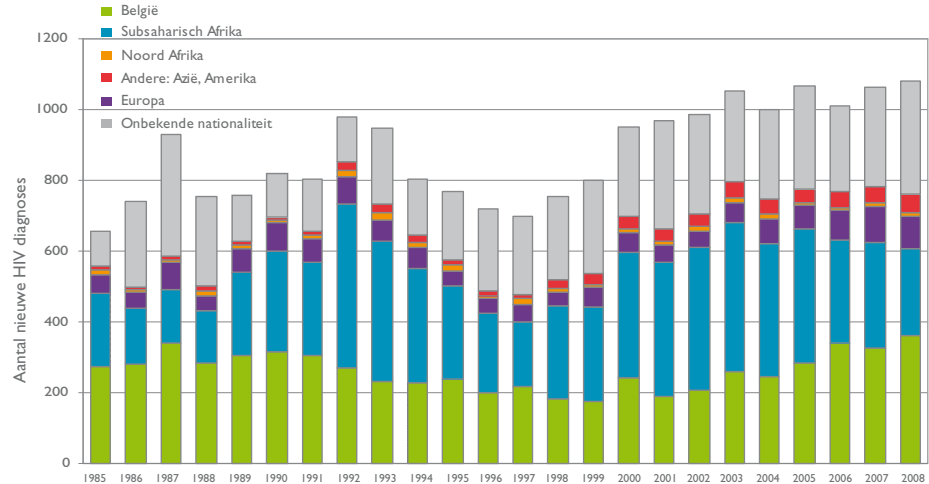
Ondanks alle doorgedreven preventie-inspanningen is er de laatste jaren toch sprake van een stijgend aantal soa's en hiv-besmettingen. Bij de Belgische hiv-geïnfecteerden vinden we gemiddeld zes keer meer mannen dan vrouwen terug, zo blijkt uit een onderzoek van 2007<sup>209</sup>. Kijken we naar de regionale spreiding, dan valt op dat in dalende volgorde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de provincies Antwerpen,

<sup>208</sup> Terwijl de eerste twee gegevensbronnen voornamelijk kwantitatieve informatie (representatieve cijfers maar geen informatie over het risicoprofiel van de patiënt) bieden voor de geselecteerde SOI, zorgt het peilnetwerk van klinici voor een aanvulling met meer kwalitatieve gegevens over het risicoprofiel van de patiënt en over andere voorkomende SOI. Voor een volledige overzicht in het kader van preventie is er voldoende samenwerking nodig tussen de verschillende registratiebronnen, net zoals dat het geval is in andere EU-landen. *Zie ook:* A. Defraye & A. Sasse, *SOI-surveillance via een peilnetwerk van artsen: resultaten Vlaanderen 2006*, Vlaams Infectieziektebulletin, 17/06/2008, 4-8.

<sup>209</sup> A. Sasse et alii, *Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België: toestand op 31 december 2007*, Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, september 2008, Brussel, 62p.



336 Luik, Waals-Brabant, Vlaams-Brabant en Henegouwen de meeste hiv-geïnfecteerden tellen per aantal inwoners. Bij de niet-Belgische hiv-geïnfecteerden is 75% afkomstig uit Subsaharisch Afrika en 3% uit Noord-Afrika. Bijna één geïnfecteerde op zes die niet van Belgische afkomst is, is een Europeaan waarbij virusoverdracht overwegend gebeurt via heteroseksuele contacten. In onderstaande tabel werden het aantal hiv-seropositieve personen per nationaliteit en per jaar van diagnose schematisch gegroepeerd.



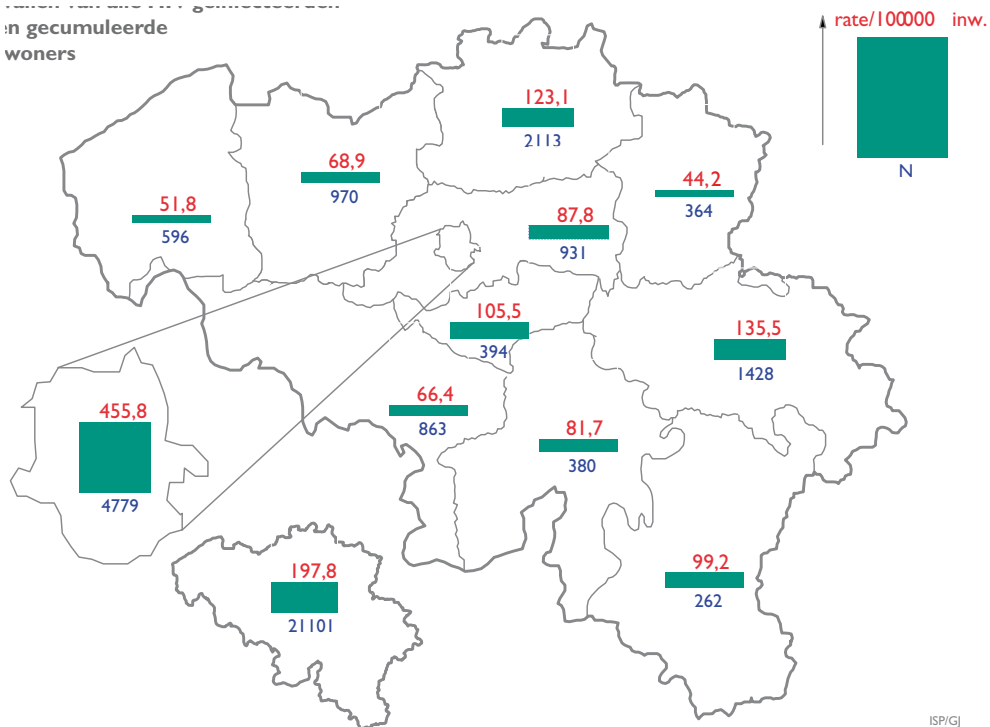
De resultaten uit 2007 tonen aan dat hiv-infecties in ons land blijven stijgen en evolueren in de loop van de tijd. Het is van essentieel belang dat doelgerichte informatie- en preventiecampagnes worden volgehouden, versterkt en aangepast aan de betrokken doelgroepen. We moeten er ook over waken dat de preventie-inspanningen voor andere doelgroepen niet verslappen.

**Bron:** A. Sasse et alii, *Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België*

338 De volgende figuur geeft een overzicht van het cumulatief aantal hiv-geïnfekteerden per provincie of gewest in 2007. Deze gegevens dienen wel met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Ze vertonen een aantal hiaten in verband met de woonplaats op het moment van bevraging. Enkel diegenen van wie de woonplaats bijgevolg echt bekend was, werden opgenomen in de analyse. De cijfers in onderstaand overzicht geven dus enkel een idee over de spreiding. Meer dan één derde van alle hiv-geïnfekteerden (37,3%) van wie de woonplaats gekend is, woont in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarnaast valt op te merken dat de provincies met het grootst aantal hiv-geïnfekteerden Antwerpen (16,2% van de gevallen) en Luik (10,9% van de gevallen) zijn.

Bron: A. Sasse et alii, Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België 339

Aantal gecumuleerde gevallen van alle hiv-geïnfekteerden per provincie of gewest en gecumuleerde incidentie per 100.000 inwoners

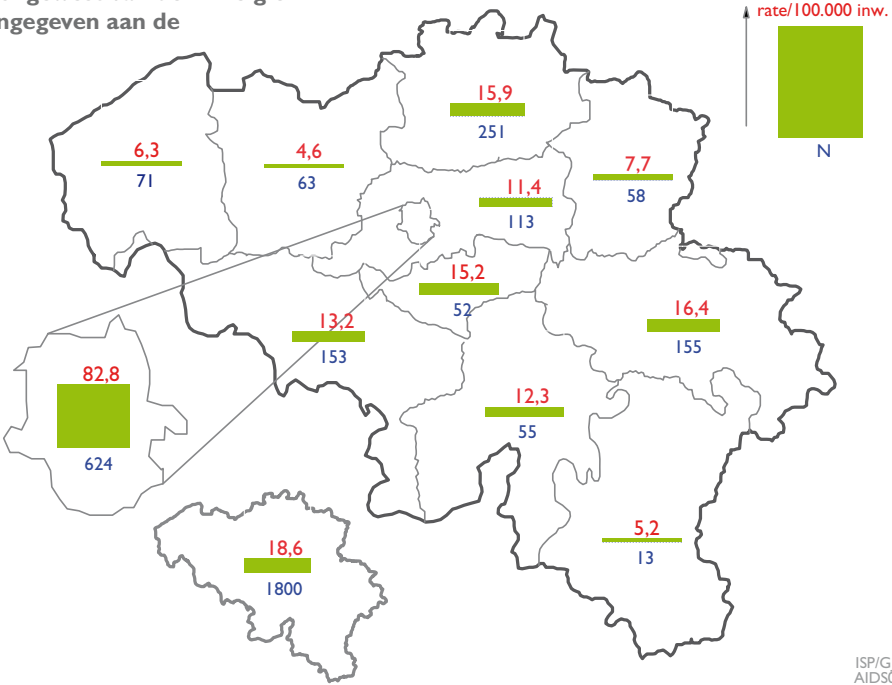


340 Wat het aantal aids-patiënten betreft, die de ziekte dus ook daadwerkelijk ontwikkelen, waren er op 31 december 2007 in totaal 3777 aids-zieken bij de aids-commissie aangegeven. Dit komt neer op een incidentie van 356 gevallen per miljoen inwoners. Van dat aantal overleden 1875 patiënten, glipten 356 door de mazen van het onderzoeksnet en waren er nog 1372 in leven op 31 december 2007. In datzelfde jaar werden maandelijks gemiddeld 9 nieuwe gevallen gediagnosticeerd waarvan er gemiddeld 2 overleden aan de gevolgen van aids. Het volgende kaartje geeft een overzicht van de geografische spreiding van het aantal aids-patiënten per provincie en regio in 2007. Van 1625 geregistreerde, Belgische patiënten (ofwel 91,9%) was de verblijfplaats bekend. Daarvan was bijna 40% woonachtig in de regio Brussel op het ogenblik van de diagnose. Per inwoner wonen er meer aids-patiënten in de provincies Luik, Antwerpen, Waals-Brabant en Henegouwen.

**Bron:** A. Sasse et alii, Epidemiologie van aids en hiv-infectie 341  
in België

Aantal gevallen en gecumuleerde inidentie per 100.000 inwoners per provincie of gewest van de in België verblijvende aids- patiënten, aangegeven aan de aids- commissie sinds 1983

ie of gewest van de in België aangegeven aan de





342 Binnen de provincie werd daarom het Antwerpse Helpcenterproject (AHC) opgericht met als doel een strategie op te zetten voor de secundaire preventie van hiv specifiek gericht op besmette personen en zij die tot een risicogroep behoren. Ze verrichten zowel medische als seksuologische raadplegingen en operationeel onderzoek. In 2007 waren er in totaal 38 raadplegingen met 14 verschillende personen. Van de bijna 500 personen die een hiv-test lieten uitvoeren in het Helpcenter in 2007, was geen enkele test positief. Er waren wel vijf gekende seropositieven die een beroep deden op het AH. Bij de 235 sneltests werden geen hiv maar wel andere soa's vastgesteld zoals gonorrhoe, vooral dan bij heteroseksuele vrouwen (10% van de vrouwen) en 2 mannen (2%). In 7% van de gevallen testte chlamydia positief, terwijl vijf personen leden aan acute syfilis (1,2%). Hepatitis B was vooral positief bij mensen uit endemische gebieden. Van de groep mensen die een sneltest ondergingen, kwam 22% van de patiënten van buiten de provincie Antwerpen. Het is wellicht niet onwaarschijnlijk dat mensen bereid zijn van ver buiten de provinciale grenzen te komen om anoniem te kunnen blijven<sup>210</sup>. Bovendien heeft Antwerpen een uitmuntende en unieke reputatie op het vlak van

de behandeling van seropositieven en aidspatiënten dankzij de bijzondere expertise op dit vlak van de uitzonderlijke tandem tussen het UZA als aidsreferentiecentrum en het Instituut voor Tropische Geneeskunde dat pionier was en is op het vlak van hiv/aids- onderzoek en -behandeling. Voor kinderen met hiv/aids is ook het ZNA structurele partner.

<sup>210</sup> Ibid, 48-49.

### 344 3.1.8.2 Syfilis

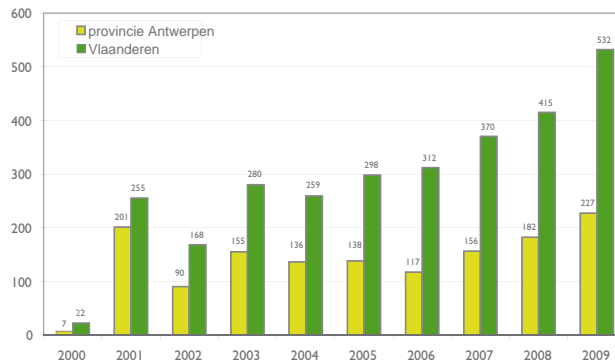
Syfilis is een zeer ernstig seksuele aandoening die gelukkig zeldzaam is geworden. De ziekte wordt veroorzaakt door een bacterie (*Treponema pallidum*) en doorloopt verschillende stadia. Bij de detectie van de toegenomen incidentie van syfilis waren de cijfers van de verplichte aangifte in de provincie Antwerpen uit 2001 toonaangevend voor de rest van Vlaanderen. Onderstaande tabel brengt dit duidelijk in kaart: tussen 2000 en 2001 steeg het aantal registraties exponentieel (voor de provincie Antwerpen alleen al van 7 naar 201 meldingen en voor Vlaanderen van 22 naar 255 meldingen)<sup>211</sup>, al blijven de absolute cijfers relatief beperkt.

<sup>211</sup> Zoals steeds moeten we deze cijfers met enige voorzichtigheid interpreteren. De registratie van bepaalde SOI mag dan wel in Vlaanderen verplicht zijn, toch weten we nog steeds niet of het hier gaat om nieuwe gevallen van de ziekte of om patiënten die de ziekte al geruime tijd hebben opgelopen en zich eventueel na een behandeling opnieuw of voor de eerste maal laten registreren.

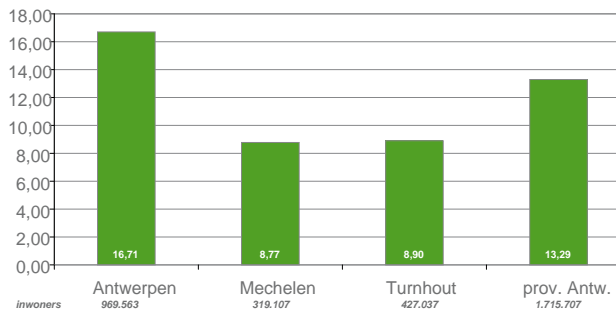
Als we kijken naar de registraties per arrondissement, valt op dat het percentage meldingen in vooral Antwerpen (16,71%) hoger ligt dan in de regio's Mechelen (8,77%) en Turnhout (8,9%).

**Bron:** Geregistreerde infectieziektecijfers 2000-2009 provincie Antwerpen, dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid

### Syfilis 2000-2009 (totaal aantal registraties)



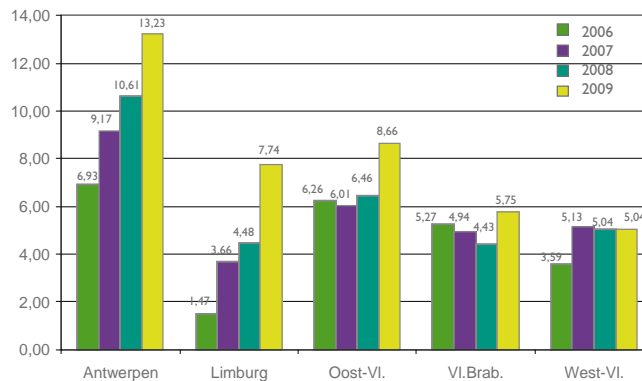
**Syfilis 2009**  
 Registratie-incidentie per arrondissement  
 (per 100.000 inwoners)



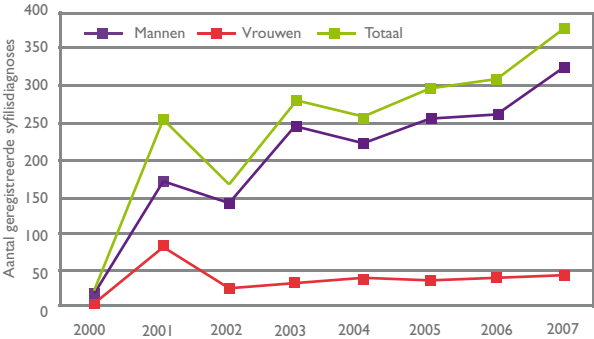
**Bron:** Geregistreeerde infectieziektecijfers 2000-2009 overzicht Vlaamse provincies, dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid

Een vergelijking met de andere Vlaamse provincies leert dat onze provincie doorgaans een hogere registratie-incidentie heeft. Ofwel kunnen we hieruit besluiten dat er in de provincie Antwerpen ook effectief meer gevallen van syfilis voorkomen, ofwel is de aangiftebereidheid in onze regio groter dan in de andere provincies.

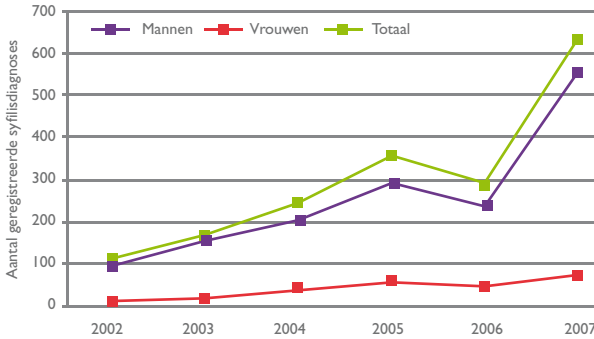
**Registratie incidentie syfilis**  
 (totaal per 100.000 inwoners)



**Figuur 3: Evolutie in het aantal geregistreerde syfilisgevallen naar geslacht (verplichte aangifte, Vlaamse Gemeenschap)**



**Figuur 1: Evolutie in het aantal geregistreerde syfilisdiagnoses naar geslacht (netwerk van peillaboratoria)**

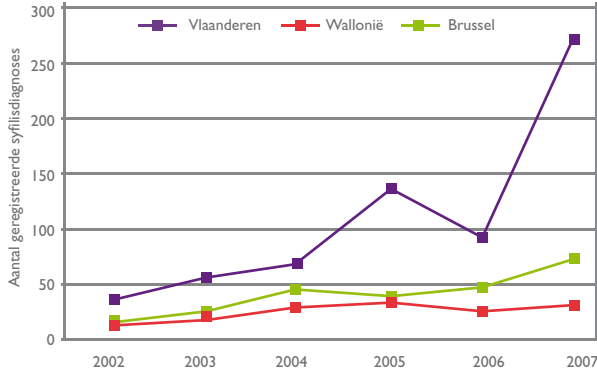


Leggen we de link met de nationale statistieken dan bevestigen onze provinciale registratiestatistieken de eerste afname van het jaarlijkse aantal geregistreerde syfilisdiagnoses tussen 2005 en 2006 (figuur 3) gevolgd door een nieuwe stijging van het aantal gevallen, voornamelijk dan bij mannen in de periode tussen 2006 en 2007 (figuur 1). Die stijging was prominenter aanwezig in Vlaanderen dan in Wallonië (figuur 2)<sup>212</sup>.

**Bron:** SOA Surveillance IST België 2007

<sup>212</sup> A. Defraye et alii, *SOA Surveillance IST België 2007: jaarlijks gemeenschappelijk rapport van de verschillende registratiesystemen van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) in België, Vlaamse overheid, Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, Brussel, 3-4.*

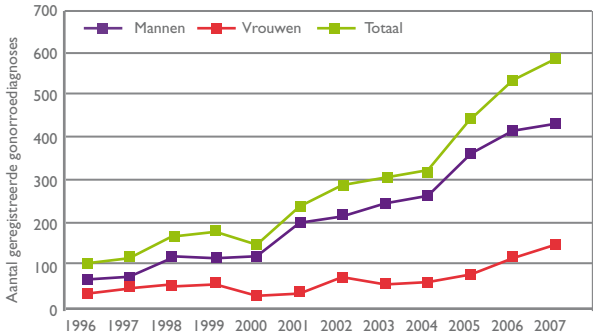
**Figuur 2: Evolutie van het aantal geregistreerde syfilisdiagnoses naar geslacht (netwerk van peillaboratoria)**



350 3.1.8.3 Gonorroe

Het netwerk van peillaboratoria stelde voor gonorroe een bijna continue stijging vast. Tot 2006 was die meer uitgesproken bij mannen, maar tussen 2006 en 2007 was de stijging belangrijker bij vrouwen. Zowel de gegevens van het netwerk van peillaboratoria als de cijfers van de verplichte aangifte in Vlaanderen geven aan dat deze recente stijging bij vrouwen zich voordoet in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar. Bij mannen blijft het jaarlijkse aantal geregistreerde gevallen jonger dan 45 jaar ongeveer stabiel tussen 2006 en 2007, en is er dus een recente stijging bij mannen ouder dan 45 jaar, zoals we kunnen zien in onderstaande tabel.

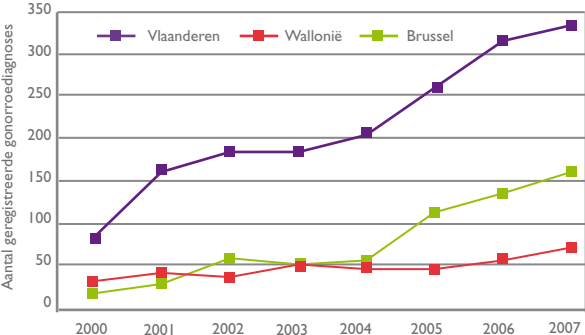
Figuur 4: Evolutie in het jaarlijkse aantal gonorroediagnoses geregistreerd naar geslacht (netwerk van peillaboratoria)



Van de 585 patiënten geregistreerd in 2007 in het netwerk van peillaboratoria, is meer dan de helft (56,9 %) afkomstig uit Vlaanderen, 27,9 % uit de regio Brussel en 12,5 % uit Wallonië. Voor 2,7 % is deze informatie onbekend en de stijging werd waargenomen in de drie voornoemde regio's zoals de grafiek hieronder laat zien.

Bron: SOA Surveillance IST België 2007

Figuur 5: Evolutie in het jaarlijkse aantal gonorroediagnoses geregistreerd naar regio (netwerk van peillaboratoria)





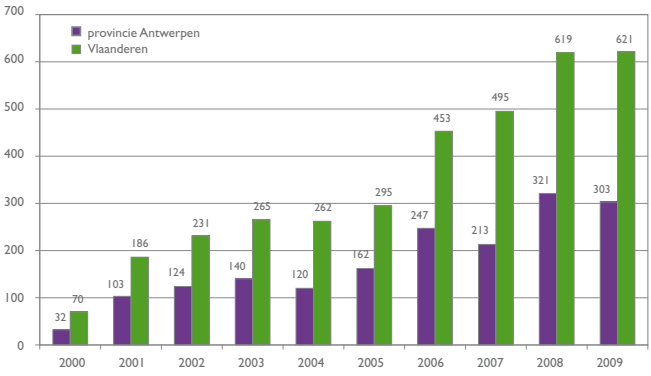
352 De cijfers voor de provincie Antwerpen lijken te evolueren in afwisselend stijgende en dalende lijn, met 2008 als voorlopig piekmoment. Toen was er sprake van 321 registraties. Onze provincie vertoont dus een andere evolutie dan de Vlaamse registratiecijfers.

Net zoals bij de registratie van syfilis, zien we dat er meer meldingen gebeurden in het arrondissement Antwerpen (24,24%) in vergelijking met de arrondissementen Mechelen (12,85%) en Turnhout (6,56%).

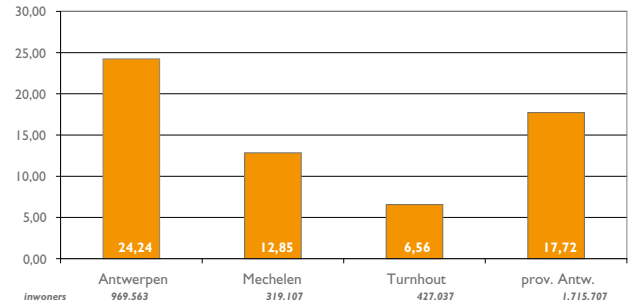
**Bron:** Geregistreerde infectieziektecijfers 2000-2009 provincie Antwerpen, dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid

**Bron:** Geregistreerde infectieziektecijfers 2000-2009 provincie Antwerpen, dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid

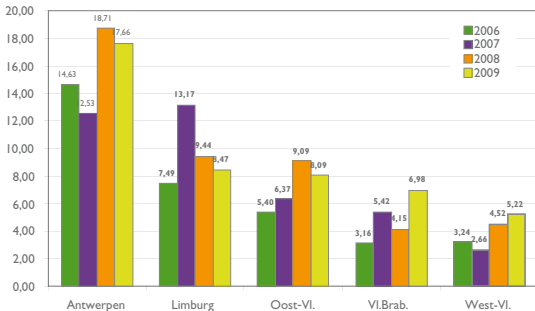
**Gonorrhoe 2000-2009**  
(totaal aantal registraties)



**Gonorrhoe 2009**  
Registratie-incidentie per arrondissement  
(per 100.000 inwoners)



Registratie-incidentie gonorrhoe  
(totaal per 100.000 inwoners)



Van 2006 tot 2009 tekende de provincie Antwerpen opnieuw het hoogste aantal incidenties van gonorrhoe op van alle Vlaamse provincies.

**Bron:** Geregistreerde infectieziektecijfers 2000-2009 overzicht Vlaamse provincies, dienst Infectieziektebestrijding van de Vlaamse overheid

### 3.1.9 Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Diagnoses van NAH ofwel het Niet-Aangeboren Hersenletsel nemen steeds meer toe. Bovendien is de aandoening omgeven met veel onwetendheid en onbegrip. NAH wordt vaak gedefinieerd als 'een letsel van de hersenen, zonder genetische, cogenitale of degeneratieve oorzaak en niet ontstaan tijdens de zwangerschap of de bevalling<sup>213</sup>'. Een NAH is dus met andere woorden een letsel van de hersenen dat pas effectief na de geboorte ontstaat. Niet-aangeboren hersenletsels worden traditioneel onderverdeeld in twee grote groepen op basis van hun oorzaak, namelijk de traumatische en de niet-traumatische hersenletsels. De meest voorkomende vorm van NAH zijn de traumatische hersenletsels. Ze ontstaan door een uitwendige, fysieke kracht en leiden tot een verminderd of wisselend bewustzijn met mogelijke cognitieve en fysische beperkingen. Hun belangrijkste oorzaak zijn verkeersongevallen. Niet-traumatische hersenletsels daarentegen zijn letsels van de hersenen op het niveau van de zenuwcellen of neuronen. In tegenstelling tot de eerste groep letsels, kunnen ze zeer diffuus zijn en worden ze veroorzaakt door zuurstofgebrek of -tekort

<sup>213</sup> S. Bettens et alii, *Themanummer Niet-aangeboren hersenletsel NAH*, Provinciaal Domein Welzijn, 4<sup>de</sup> jaargang, september 2009, 6-7.

356 (door onder andere beroerte, hartfalen, wurging, verdrinking...), infecties (zoals hersenvliesontsteking, virussen en parasieten), tumoren, metabole stoornissen of toxische stoffen en alcohol/drugs. Dit enorm brede spectrum van aandoeningen bemoeilijkt vaak de zoektocht naar de juiste oorzaken van de ziekte en het stellen van de juiste diagnose om een gerichte behandeling op te starten. Goede screening en vroegdetectie zijn ook hier van fundamenteel belang om snel de juiste behandeling op te starten.

Eens de diagnose gesteld, zijn de gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving zeer ingrijpend: vaak ziet hij zichzelf geconfronteerd met een aanzienlijke beperking van zijn mobiliteit en zelfstandigheid<sup>214</sup>. Mensen met NAH worden in zeer uiteenlopende zorgsettings behandeld en verzorgd: in de gehandicaptensector; de expertisecentra voor comapatiënten en de traditionele woonzorgcentra.

Binnen de provincie Antwerpen werd er voor patiënten met een NAH een provinciale stuurgroep opgericht die zich voornamelijk toelegt op het bevorderen van de intersectorale en regionale samenwerking van experts en

<sup>214</sup> [http://www.vzwcoma.be/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.vzwcoma.be/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

zorgverleners. Die multidisciplinaire aanpak kwam er niet zomaar; maar is het resultaat van langdurig en doorgedreven overleg. De provinciale stuurgroep NAH maakt deel uit van het Intersectoraal en Regionaal Welzijnsoverleg Antwerpen (IRWO) dat maandelijks samenkomt. In de visietekst van het najaar 2002, werd duidelijk vastgelegd dat het provinciale organisatie-model is gebaseerd op de ontwikkeling van netwerken. Vandaaruit ontwikkelden zich subregionale netwerken in de arrondissementen Antwerpen, Turnhout en Mechelen<sup>215</sup>. Het uitgangspunt van de werkgroep zorgbemiddeling – inmiddels omgevormd tot meldpunt – is het recht van iedere persoon met een NAH op een aangepaste ondersteuning in de eigen regio. Daar toe richtte de werkgroep - naar analogie met de werking in de regio Groot-Antwerpen - in 2009 een samenwerking op tussen diverse hulpverleners en voorzieningen in de regio Kempen. Tegelijkertijd werd -met de steun van het RIZIV- het therapeutisch project *19 Afstemming zorg voor personen*

<sup>215</sup> Elk van die netwerken besteedt bijzondere aandacht aan onthaal, procesondersteuning, zorgbemiddeling en vorming. De financiering voor de provinciale stuurgroep is in handen van het Steunpunt Expertisenetwerken (SEN). Hun multidisciplinaire werking is essentieel in de behandeling van bijvoorbeeld kinderen en jongeren met een NAH-stoornis omdat hun re-integratie optimaal kan worden verwezenlijkt doordat de zorgcontinuïteit wordt gegarandeerd.

358 met psychiatrische problematiek en een niet-aangeboren hersenletsel verder gezet. Een andere, belangrijke realisatie was de oprichting van de werkgroep Kinderen en Jongeren met een niet-aangeboren hersenletsel.

De verschillende voorzieningen die onder de koepel van de vzw Gouverneur Kinsbergen Gehandicaptenzorg Provincie Antwerpen bestaan (Het Gielsbos, het Gouverneur Kinsbergencentrum waaronder het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) Antwerpen, MoDEM, het Oriëntatiecentrum (GA) en het Coördinatiecentrum Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)), dragen elk op hun beurt bij tot de maatschappelijke integratie en de zorg van personen met een handicap of functiebeperking. Tevens biedt ze ook opvang voor minderjarigen van wie de gelijke ontwikkelingskansen in het gedrang zijn of dreigen te komen door een problematische leef- en opvoedingssituatie. In 2009 werden in totaal 2837 patiënten verder geholpen door de vzw. Op 31 december 2009 woonden er in het Gielsbos een totaal van 285 personen: 243 volwassen mannen en vrouwen en 42 personen onder de 21 jaar. In 2009 onderzocht het COS Antwerpen 644 verschillende kinderen, waarvan 442 probleemkinderen die voor een ontwikkelingsonderzoek kwamen en 202 prematuren in het

kader van een follow-upprogramma. Het Oriëntatiecentrum 359 voerde op zijn beurt 433 individuele onderzoeken uit, 111 coördinatiesessies, 175 groepsscreeningen, 320 meerbanenplanscreeningen, 92 basisscreeningen en 77 loopbaanbegeleidingen. Dit geeft een totaal van 1196 onderzoeken<sup>216</sup>.

### 3.1.9.1 Het COS

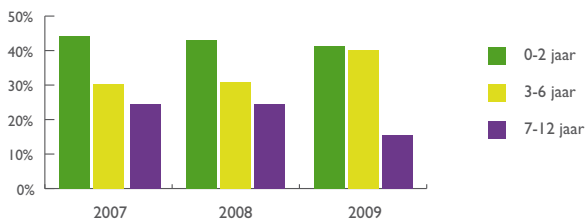
Het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) behandelde in 2009, net zoals in 2007 en 2008, overwegend jonge kinderen (0 tot 2 jaar). In 2009 bestond 43,20% van de totale populatie uit baby's en peuters waarvan het overgrote deel nog niet gestart was in het kleuteronderwijs. De groep kleuters (3 tot 6 jaar) bedroeg 41,04% van de totale populatie. In de leeftijdsgroep tussen 7 en 12 jaar verrichtte het COS 147 multidisciplinaire onderzoeken of 15,76% van het totaal. Deze cijfers liggen in de lijn van de doelstelling van het COS Antwerpen om zich in hoofdzaak te richten tot erg jonge kinderen zodat een vroegtijdige en aangepaste ondersteuning kan worden opgestart<sup>217</sup>.

---

<sup>216</sup> Jaarverslag vzw Gouverneur Kinsbergen, Gehandicaptenzorg Provincie Antwerpen, te raadplegen via: [http://www.vzwwkinsbergen.be/kinsb/pages/subdir/jv\\_GKC.pdf](http://www.vzwwkinsbergen.be/kinsb/pages/subdir/jv_GKC.pdf); 7-8.

<sup>217</sup> *Ibid.*

### Leeftijd van de onderzochte kinderen



**Bron:** Jaarverslag vzw Kinsbergen 2009

De verhouding jongens-meisjes bedroeg in 2009 voor de totale groep 63% - 37%. Bij de verhoudingen per leeftijdsgroep blijkt het verschil jongens-meisjes in de groep pre- en/of dysmatuur geboren baby's kleiner: 57% jongens ten opzichte van 43% meisjes. In de groep kinderen met het vermoeden van ontwikkelingsproblemen is het verschil dan weer iets sterker: het COS zag in deze groep 65% jongens voor een globaal multidisciplinair onderzoek ten opzichte van 35% meisjes, wat overeenstemt met de verschillen in ontwikkelingsproblemen tussen jongens en meisjes.

aard van het onderzoek	jongens	meisjes	totaal
onderzoeken in het kader van follow-up	151 (56,98%)	114 (43,02%)	265
ontwikkelingsonderzoeken	435 (65,12%)	233 (34,88%)	668
<b>totaal</b>	<b>586 (62,81%)</b>	<b>347 (37,19%)</b>	<b>933</b>

regio	aantal	percentage
provincie Antwerpen	402	92,8%
provincie Oost-Vlaanderen	14	3,2%
provincie Vlaams-Brabant	10	2,3%
provincie Limburg	5	1,1%
provincie West-Vlaanderen	1	0,3%
andere	1	0,3%

**Bron:** Jaarverslag vzw Kinsbergen 2009

Ook in 2009 blijkt dat het overgrote deel van de onderzochte kinderen (90,89%) in de provincie Antwerpen woont. Slechts een kleine minderheid is afkomstig uit de aangrenzende provincies.

## 362 3.1.9.2 Het Oriëntatiecentrum

Het Oriëntatiecentrum streeft ernaar om personen met (het vermoeden van) een handicap te helpen om een optimale integratie in de maatschappij mogelijk te maken. Dit gebeurt door hun mogelijkheden en beperkingen te evalueren en daarop in te spelen met een laagdrempelig en gespecialiseerd diagnostisch- en adviesverlenend aanbod met een brede specialisatie op het vlak van differentiaal diagnose (ontwikkelingsstoornissen, psychische stoornissen enz.). De activiteiten van het centrum zijn daarbij vooral gericht op twee grote pijlers: tewerkstelling en diagnostiek. In 2009 behandelde het Oriëntatiecentrum in totaal 433 dossiers in het kader van individueel onderzoek. Dit zijn de onderzoeken waar de cliënt meer dan 1 individueel onderzoeksmoment heeft met meer dan 1 discipline. In vergelijking met het jaar 2008, is het aantal volledige onderzoeken gestegen. Dit is te verklaren door de stijging van het aantal onderzoeken in het kader van tewerkstelling en door de gewijzigde registratieprocedure<sup>218</sup>.

aantal onderzoeken	2008	2009
volledige onderzoeken	243	280
onvolledige onderzoeken	201	153
deelonderzoeken	1910	2193
totaal	444	433

**Bron:** Jaarverslag vzw Kinsbergen 2009

Het Oriëntatiecentrum richt zich in eerste instantie tot de inwoners van de provincie Antwerpen. Het aantal cliënten van buiten de provincie Antwerpen is lichtjes gestegen. Het is de keuze van het Oriëntatiecentrum om zoveel mogelijk cliënten van buiten de provincie door te verwijzen naar andere diensten. De vragen uit de andere provincies gaan voor 80% naar diagnostiek en voor 4% naar tewerkstelling.

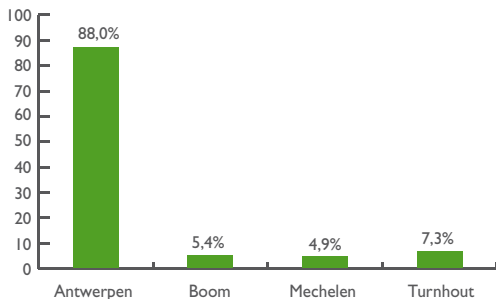
<sup>218</sup> *Ibid.*

364 Binnen de provincies zijn er regionale afspraken tussen de gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdiensten (GA's). Toch krijgt de GA-dienst Antwerpen soms te maken met doorverwijzingen uit de regio Mechelen en Turnhout, voornamelijk in het kader van diagnostische vragen die garant staan voor respectievelijk 37% en 47% van de vragen.

Uit Turnhout waren er geen vragen over tewerkstelling, uit Mechelen 10%. Het aandeel personen uit de regio Mechelen daalt met ruim 6%. Dit kan te verklaren zijn doordat de GA-dienst van Mechelen pas in 2009 goed van start ging. Het aantal cliënten uit de regio Turnhout daarentegen, stijgt lichtjes.

**Bron:** Jaarverslag vzw Kinsbergen 2009

#### Verdeling provincie Antwerpen



### 3.1.10 Kindersterfte

Traditioneel wordt kindersterfte omschreven als het overlijden van een kind dat jonger is dan vijf jaar. Het kindersterftecijfer staat dan gelijk met het aantal gevallen van kindersterfte per 1000 levendgeborenen.

In 2005 en 2006 stierven in het Vlaamse Gewest respectievelijk 465 en 553 kinderen van Vlaamse ouders voor of tijdens de geboorte of gedurende hun eerste levensjaar. Vanaf de geboorte- dat als centraal eikpunt fungeert in onderstaand overzichtsschema- daalt het sterfterisico met de dag. In 2006 en 2007 stierven in totaal respectievelijk 276 en 287 kinderen onder de één jaar<sup>219</sup>.

Bij zuigelingen blijft de sterftekans nog steeds afnemen, maar het aantal doodgeborenen daalde de laatste jaren niet meer. Het aantal foeto-infantiele overlijdens (FI) bleef schommelen rond 9 per 1.000 pasgeborenen. Dit is vooral een gevolg van het stabiele mortinaliteitscijfer (of doodgeboorte- DG). De zuigelingensterfte (infantiele sterfte -IS) daarentegen, daalde wel nog met gemiddeld 1,4 per 10.000 levendgeborenen per jaar in de periode 1998-2006.

<sup>219</sup> [http://www.kindengezin.be/Images/Het%20Kind%20in%20Vlaanderen%202008\\_tcm149-62872.pdf](http://www.kindengezin.be/Images/Het%20Kind%20in%20Vlaanderen%202008_tcm149-62872.pdf), 141.

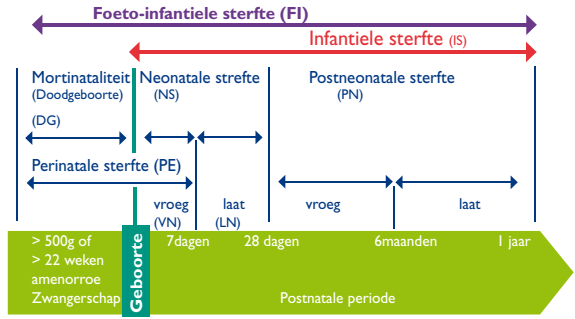
366 Ongeveer de helft van de kinderen die overlijden in hun eerste levensjaar, sterft in de eerste week na de geboorte (perinatale sterfte)<sup>220</sup>. Eén op tien overlijdens gebeurt in de tweede week<sup>221</sup>. Hoe meer dagen er na de geboorte verstrijken, hoe minder kinderen er overlijden en dat geldt zowel voor jongens als voor meisjes<sup>222</sup>.

220 <http://www.zorg-en-gezondheid.be/foeto-infantiele-sterfte.aspx>

221 Verder spreken we van neonatale sterfte wanneer de zuigeling overlijdt gedurende de eerste 28 dagen na de geboorte en van postneonatale sterfte of het overlijden van baby's na de eerste, cruciale maand. Op elke van deze periodes is ook de onderverdeling 'vroeg' of 'laat' van toepassing

222 <http://www.zorg-en-gezondheid.be/foeto-infantiele-sterfte.aspx>

**Tijdvakken van sterfte**



Bron: Vlaams Agentschap voor Zorg

**Bron:** Vergelijkingen lineaire trends totale sterfte, Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid



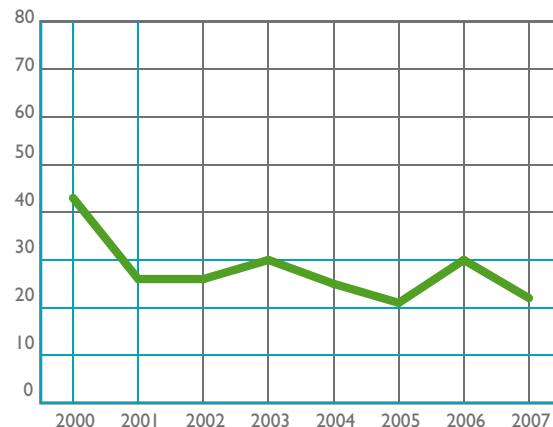


368 Het risico om een kindje te verliezen is bovendien niet gelijk voor alle moeders. Veel hangt af van het gunstige verloop van de zwangerschap, maar ook van andere factoren zoals de zwangerschapsduur en het geboortegewicht. Vooral tienermoeders, alleenstaande, oudere en allochtone moeders lopen een verhoogd risico. Doodgeboorte wordt het vaakst geregistreerd als een gevolg van aandoeningen van de moeder of van complicaties van zwangerschap en bevalling. Aangezien doodgeboorte ongeveer de helft uitmaakt van de totale foeto-infantiele sterfte, is het niet verwonderlijk dat aandoeningen van de moeder en zwangerschapscomplicaties de belangrijkste oorzaken zijn van foeto-infantiele sterfte bij zowel meisjes als jongens. De tweede belangrijkste oorzaak zijn aangeboren afwijkingen, die zowel doodgeboorte als infantiele sterfte kunnen veroorzaken. Tijdens de vroegneonatale periode zijn aandoeningen van hart-, vaat- en ademhalingsstelsel belangrijke doodsoorzaken. Voor een belangrijk deel van de doodgeboortes kan echter nog geen precieze doodsoorzaak worden bepaald. Het aantal kinderen onder de twaalf maanden dat aan wiegendood overleed in 2007 bedroeg 22, wat een afname betekent met 8 gevallen tegenover 2006<sup>223</sup>.

<sup>223</sup> Studie Kind en Gezin: Het kind in Vlaanderen 2008, Brussel, 198p.

### Evolutie aantal sterfgevallen als gevolg van wiegendood in het Vlaamse Gewest sinds 2000

369



**Bron:** Gezondheidsindicatoren, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

Bij kinderen van 1 tot 5 jaar waren de drie belangrijkste doodsoorzaken in 2006 ongevallen (17%), kanker en bloedaandoeningen (12,8%) en aangeboren afwijkingen (met eveneens 12,8%), zo blijkt het Rapport van Kind & Gezin over 'Het kind in Vlaanderen 2008'. In vergelijking met 2005 betekenen die resultaten een halvering van het aantal kanker- en bloedaandoeningen (25,5%), een lichte afname

370 van het aantal ongevallen (18,2%) tegenover een forse toename van het aantal aangeboren afwijkingen(9,1%) en spier- en zenuwaandoeningen (7,3%) binnen deze leeftijdsgroep. In onderstaande tabel werden de belangrijkste doodsoorzaken naar leeftijdscategorie gegroepeerd<sup>224</sup>. Voor de periode 2003-2007 evolueerde de kindersterfte in onze provincie als volgt: in 2004 en 2006 was er een forse toename van het aantal doodgeboortes tegenover de voorgaande jaren. In 2007 was dit cijfer weer gedaald.

**Bron:** Studie 'Het kind in Vlaanderen 2008, Kind en Gezin

<sup>224</sup> Ibid.

	2005		2006	
	Aantal	%	Aantal	%
<b>Kinderen van 1 tot 5 jaar</b>				
Infecties	6	10,9	4	8,5
Kanker en bloedaandoeningen	14	25,5	6	12,8
Stofwisseling	5	9,1	4	8,5
Spier- en zenuwaandoeningen	4	7,3	5	10,6
Hart en luchtwegen	8	14,5	4	8,5
Maag en darmen	0	0,0	2	4,3
Aangeboren aandoeningen	5	9,1	6	12,8
SIS	0	0,0	1	2,1
Ongeval	10	18,2	8	17,0
Opzettelijk zichzelf schade toebrengen	0	0,0	0	0,0
Geweldpleging	2	3,6	3	6,4
Anderde of onbekend	1	1,8	4	8,5
Totaal sterfgevallen kinderen van 1 tot 5 jaar	55	100,0	47	100,0

De foeto-infantiele sterfte daarentegen, vertoont een forse stijging in 2006. De infantiele sterfte in zijn geheel kende na 2006 (stijging) een daling in 2007, net zoals dat het geval was in 2004 en 2005, waar ze voor beide jaartallen stagneerde. In de leeftijdsgroep van 1 tot 4 jaar, was er zowel in 2005 als in 2007 sprake van een verdubbeling van het aantal overlijdens.

**Doodgeboorte (DG), infantiele sterfte (IS), foeto-infantiele sterfte (FI) en kindersterfte (1-4 jaar)**

	AANTAL OVERLIJDENS				BEVOLKING		
	DG	IS	FI	1-4 jaar	geboortes	LG	populatie (1 januari)
2007	85	70	155	20	20043	19958	84256
2006	109	87	196	9	19613	19504	82809
2005	66	71	137	22	19040	18974	82192
2004	99	71	170	11	18611	18512	81973
2003	82	85	167	20	18113	18031	82456

	STERFTECIJFER (1/1000)			
	DG	IS	FI	1-4 jaar
2007	4,2	3,5	7,7	0,2
2006	5,6	4,5	10,0	0,1
2005	3,5	3,7	7,2	0,3
2004	5,3	3,8	9,1	0,1
2003	4,5	4,7	9,2	0,2

**Bron:** Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid

### 3.1.1.1 Geestelijke gezondheid

#### 3.1.1.1.1 Depressie

In wat voorafging, bespraken we al uitvoerig verschillende aspecten van lichamelijke gezondheid. Zich mentaal goed voelen, is minstens even belangrijk. Geen beter wapen om nieuwe uitdagingen aan te gaan dan een gezonde geest! Zonder wordt de wereld klein(er) en denken we terug voor elk nieuw initiatief uit angst of onzekerheid. Het klopt dat 'ons geestelijk welzijn deels gebaseerd is op de illusie dat we onkwetsbaar zijn'<sup>225</sup>. Vaak is weinig nodig om die illusie (tijdelijk) kwijt te spelen. In de put zitten of ten prooi vallen aan een mentaal dipje: het kan iedereen overkomen. Het wordt pas zorgwekkend wanneer je het gevoel hebt niet in staat te zijn er op eigen kracht uit te klauteren. Vooraleer de diagnose 'depressie' valt, zijn er vaak al een aantal symptomen aanwezig die in die richting wijzen. Een eenduidige definitie van wat een depressie nu precies inhoudt, is schier onmogelijk. Dit is trouwens één van de grootste problemen bij een depressie. Iedereen vult ze anders in waardoor bij het stellen van de diagnose een te grote subjectiviteit meespeelt. Het begrip verwijst met andere woorden naar

<sup>225</sup> Naar de gekende uitspraak van Amerikaans psycholoog Daniel Goleman.

een breed gebied van psychopathologie: de geringste verandering op biologisch, psychologisch of sociaal gebied heeft vrijwel altijd een effect op het gemoed<sup>226</sup>. Daarom is het belangrijk snel de signalen van moedeloosheid op emotioneel, relationeel en professioneel vlak te herkennen. Ook het pessimistisch aankijken tegen de toekomst valt daaronder. Een depressie wordt wel eens omschreven als een duidelijk voorbeeld van een uitputtingstoestand van het systeem. De individuele kwetsbaarheid maakt dat bepaalde mensen vlugger door de knieën gaan dan andere. Psychisch sterke mensen kunnen bijgevolg ook een depressie doormaken wanneer ze langdurig aan stress- een zeer belangrijke uitputtende factor- worden blootgesteld.

<sup>226</sup> K. Levecque, *Armoede en depressie*, Acco, Leuven/Voorburg, 2008, 368p.

Men kan de risicofactoren in twee groepen opsplitsen: de endogene factoren (biologische (erfelijke), psychologische, geslacht, leeftijd) en de exogene factoren (beroepsstatus, opleidingsniveau, stress, burgerlijke staat en sociale relaties, seizoenen, cultuur,...). Hoewel het multifactorieel proces nog niet volledig verklaard is, stellen verschillende auteurs de interactie tussen deze verschillende factoren verantwoordelijk voor de aanleg tot depressie. Vooral het opleidingsniveau is bepalend voor het ontwikkelen van een depressie, zo blijkt. Zie ook: K. Bayingana et alii, *Depressie: stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid*, IPH/EPI Reports, nr 2002-011, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Dienst Epidemiologie, 108p. Te raadplegen op: [http://iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/crospnl/depressie\\_nl.pdf](http://iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/crospnl/depressie_nl.pdf)

374 Een aanslepende ziekte, gebruik en misbruik van middelen, een persoonlijkheid die te hoge eisen stelt aan zichzelf, plotse, onverwachte of langdurige en aanslepende ontgoochelingen, misbruik door familieleden of bekenden, hoogbegaafdheid, gepest, geminacht of verraden worden: het is maar een greep uit de vele factoren die iemand psychisch onderuit kunnen halen.

Afhankelijk van de specifieke klachten, kan een depressie zowel naar een symptoom (depressieve stemming), syndroom (één klacht tussen velen) of stoornis (ziekte die een psychiater behandelt) verwijzen<sup>227</sup>. Verontrustend is dat ook kinderen en jongeren steeds meer slachtoffer worden van depressies en andere, geestelijke gezondheidsproblemen. De signalen niet tijdig aanpakken, hypothekeert, vooral bij kinderen, in grote mate hun toekomst. Veel voorkomende oorzaken zijn gezinsproblemen, acute eenzaamheid en de dilemma's die voortkomen uit een teveel aan keuzes en een gebrek aan sturing en houvast om die goed te kunnen maken. Zonder de individuele keuzemogelijkheid ongeacht de context en de eraan verbonden verantwoordelijkheid weg te redeneren, zijn geweldpleging en gedragsstoornissen

<sup>227</sup> Zie daarvoor: S. Jannes, *Psychiatrie op mensenmaat*, Leuven, Acco, 2007, in het bijzonder p. 151-179.

375 vaak een noodkreet van jongeren om hierop een antwoord te formuleren en bevrijd te zijn van de druk die op hun schouders rust<sup>228</sup>.

De WHO bestempelt depressie als een "volksziekte". De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt dat de aandoening tegen 2020 in de ontwikkelde landen samen met obesitas de belangrijkste oorzaak van morbiditeit wordt. Bij vrouwen wordt het risico op depressie wereldwijd tussen de 10% en 25 % geschat. Bij mannen ligt dit risico aanzienlijk lager (tussen de 5% en 12%).

<sup>228</sup> B. Eeckhout, *De noodkreet van kinderpsychiater Peter Adriaenssens: 'De kloof van winners en losers bij onze jeugd groeit'*, artikel uit *De Morgen* van 28/02/09, 64-65. Zie ook: *Te gek!?* Dossier over jongeren en geestelijke gezondheid, bijlage bij *De Standaard* van 12/01/10, 15p.

376 Dat de Belgische zelfmoordcijfers tot de hoogste van Europa behoren en dat we in ons land een stijgende hoeveelheid antidepressiva, kalmeer- en slaapmiddelen consumeren, is een indirecte aanwijzing dat depressie ook hier zeer veelvuldig voorkomt<sup>229</sup>.

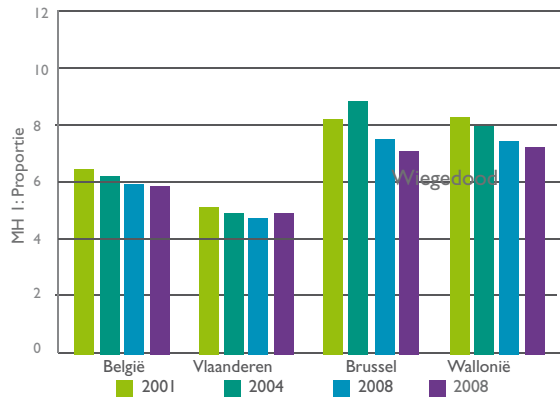
**Bron:** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met depressieve problemen, volgens de SCL-90R score, vol-

<sup>229</sup> L. Gisle, *Mentale gezondheid, Gezondheidsenquête België 2008*, Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid, Brussel, 2010, 176p, te raadplegen op: <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/7.mentale%20gezondheid.pdf> Zie ook: R. Bruffaerts et alii: Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking: resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders in: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, nr.2, 2004, 75-85.



gens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2008  
 Onderstaande grafieken geven een idee van het voorkomen van respectievelijk depressieve neigingen of stoornissen en een gerapporteerde depressie in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Vooral in Brussel en Wallonië kampen opvallend meer patiënten met depressies.

**Bron:** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een depressie heeft gerapporteerd in de afgelopen 12 maanden, per jaar en per gewest, Gezondheidsenquête, België, 2008



378 Ook veel inwoners van de provincie Antwerpen ontsnappen niet aan depressieve neigingen of stoornissen, zoals blijkt uit de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête 2008. Onderstaande cijfers schetsen een voorzichtig beeld van de evolutie van depressies binnen de provincie Antwerpen tussen 2001 en 2008. Zowel bij mannen als vrouwen zijn depressieve neigingen of stoornissen meer aanwezig vanaf de leeftijd van 60 jaar (respectievelijk 18,1% en 17% in 2008). Dat kan te wijten zijn aan de eenzaamheid die veel ouderen zowel thuis als in het rusthuis ervaren. Bij vrouwen doet die stijging zich in onze provincie merkbaar vroeger voor: de toename van depressieve klachten groeide er gestaag in de leeftijdsgroep van 40 tot 60 jaar (van 10,8 naar 16,2%). Bovendien is er niet alleen sprake van een sterke stijging tussen 60 en 80 jaar zoals hierboven vermeld, maar ook vanaf 80 jaar (van 9,9% naar maar liefst 16,8%) en dit bij meer vrouwen dan mannen. De provinciale gezondheidsenquête van 1995-1996 voorspelde reeds deze stijgende tendens<sup>230</sup>.

**Bron:** Interactieve analyse op basis van de Nationale Gezondheidsenquête 2001-2004-2008

LEEFTIJD TUSSEN 20 EN 40 JAAR									
2001			2004			2008			
	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	97.5	2.5	170	93.5	6.5	109	96.5	3.5	138
vrouw	95.0	5.0	174	94.4	5.6	126	94.6	5.4	130
totaal	96.2	3.8	344	94.0	6.0	235	95.6	4.4	268

LEEFTIJD TUSSEN 40 EN 60 JAAR									
2001			2004			2008			
	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	91.7	8.3	183	93.5	6.5	156	94.1	5.9	142
vrouw	91.1	8.9	190	89.2	10.8	156	83.8	16.2	142
totaal	91.4	8.6	373	91.4	8.6	312	88.8	11.2	284

LEEFTIJD TUSSEN 60 EN 80 JAAR									
2001			2004			2008			
	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)	depressieve stoornis		n(*)
	ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	96.8	3.2	131	94.1	5.9	135	81.9	18.1	100
vrouw	84.4	15.6	120	88.1	11.9	129	83.0	17.0	103
totaal	90.4	9.6	251	91.2	8.8	264	82.5	17.5	203

<sup>230</sup> E. Eggerickx et alii, o.c., p. 142-143.

LEEFTIJD TUSSEN 80 EN 100 JAAR									
	2001			2004			2008		
	depressieve stoornis		n <sup>(*)</sup>	depressieve stoornis		n <sup>(*)</sup>	depressieve stoornis		n <sup>(*)</sup>
	ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	82.9	17.1	22	96.1	3.9	34	94.8	5.2	50
vrouw	84.8	15.2	15	90.1	9.9	57	83.2	16.8	60
<b>totaal</b>	<b>83.8</b>	<b>16.2</b>	<b>37</b>	<b>92.3</b>	<b>7.7</b>	<b>91</b>	<b>87.9</b>	<b>12.1</b>	<b>110</b>

**Bron:** Interactieve analyse op basis van de Nationale Gezondheidsenquête 2001-2004-2008

In 2007 lanceerde toenmalig Vlaams minister van Welzijn Inge Vervotte de campagne "Fit in je hoofd, goed in je vell!" die het belang van een goede, geestelijke gezondheid opnieuw onder de aandacht bracht <sup>231</sup>. Aan de hand van tien concrete stappen, die als leidraad dienen voor een beter, mentaal evenwicht, probeerde dit allereerste preventieve initiatief in Vlaanderen het taboe rond geestelijke gezondheidsproblemen te doorbreken en burgers een houvast te bieden in tijden van toenemende prestatiedruk en onvermijdelijke tegenslagen. Een gezonde levensstijl verhoogt ook de levenskwaliteit, iets wat deze campagne wilde uitstralen.

<sup>231</sup> <http://www.fitinjehoofd.be/>

De tien stappen: 1. Vind jezelf oké, 2. Praat erover, 3. Beweeg, 4. Probeer iets nieuws, 5. Reken op vrienden, 6. Durf nee zeggen, 7. Ga ervoor, 8. Durf hulp vragen, 9. Gun jezelf rust en 10. Je hoofd boven water, zijn allerm minst lukraak gekozen. Ze zijn afkomstig uit de psychiatrische en de psychotherapeutische praktijk en ook geïnspireerd op buitenlandse voorbeelden. Bedoeling is o.m. ook dat mensen die werkelijk hulp nodig hebben, maar niet weten met wie ze daarvoor contact kunnen opnemen, beroep kunnen doen op de juiste hulpverlening en correct - met respect voor de verhouding tussen huisarts en specialist - worden doorverwezen. Juiste publieksinformatie is trouwens ook één van de prioriteiten van de Europese strategie inzake de bevordering van de geestelijke gezondheid<sup>232</sup>.

### 3.1.1.2 Zelfdoding

Elke dag sterven bijna drie Vlamingen door zelfdoding. Het zijn schokkende, onrustwekkende cijfers. Suïcide is uitgegroeid tot dé belangrijkste doodsoorzaak bij de jonge westerse bevolking. Ook in België staat zelfdoding op de eerste plaats in de categorie gewelddadige overlijdens<sup>233</sup>.

<sup>232</sup> [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_nl.pdf)

<sup>233</sup> [http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=2086](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=2086)

382 In 2007 stierven in totaal 984 personen door zelfdoding. Ruim 2 op 3 van hen waren mannen: 681 mannen tegenover 303 vrouwen. Suicide is bovendien een van de meest voorkomende doodsoorzaken bij jonge volwassenen tussen 20 en 49 jaar<sup>234</sup>. De meeste pogingen tot zelfdoding gebeuren thuis. De gebruikte methode verschilt, en hangt af van de plaats van overlijden. In 2003 en 2004 werd 62% van de suïcides thuis gepleegd (1.347 van de 2.159), 12% gebeurde op de openbare weg of op spoorwegen (260 van de 2.159) en 10% van de overlijdens werd vastgesteld in het ziekenhuis (224 van de 2.159). De overige zelfmoorden gebeurden in en rond waterlopen of -plassen (5%), op het werk (1%), in het bejaardentehuis (1%) of op een andere plaats (9%)<sup>235</sup>. De gekozen methode hangt sterk samen met de leeftijd: zo blijkt dat jongere vrouwen vaker voor treinen of andere bewegende obstakels springen, terwijl oudere personen zichzelf overwegend verdrinken. Ophanging (verhanging, wurging en verstikking) blijft voor alle leeftijden de meest gekozen methode<sup>236</sup>. Bij de telefonische hulpdienst Tele-Onthaal merken vrijwilligers sinds 2009 bovendien een

<sup>234</sup> <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfte-suicide.aspx>

<sup>235</sup> <http://www.zorg-en-gezondheid.be/topPage.aspx?id=3076>

<sup>236</sup> <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfte-suicide.aspx>

stijging van het aantal zelfmoordoproepen bij minderjarigen met 11%, een trend die zich tijdens de eerste vier maanden van 2010 verder zette. 31% van de 12- tot 17-jarigen meldt over de chat een concreet plan om uit het leven te stappen, terwijl dit cijfer bij de 18- tot 39-jarigen op 18 % ligt. Over de telefoon belt dan weer 22% van de minderjarigen met zelfmoordplannen<sup>237</sup>.

We doen er goed aan om als samenleving heel ernstig na te denken over het waarom van deze zinloze daden. Temeer omdat ze niet alleen, maar uiteraard vooral vanuit persoonlijk en familiaal oogpunt, een drama ("Wie moordt, werpt de schuld op zich. Wie zichzelf doodt, werpt de schuld op een ander", schreef Monika Van Paemel in *De Eerste Steen*)<sup>238</sup>, maar ook vanuit economisch standpunt een 'substantieel economisch verlies' betekenen<sup>239</sup>.

Met zijn allen: samenleving en overheid moeten we ons veel meer inzetten om dit fenomeen beter te begrijpen en te voorkomen. Dat de Vlaamse overheid het probleem ten

<sup>237</sup> *Steeds meer tieners chatten met zelfmoordplannen bij Tele-Onthaal*, artikel uit *De Standaard* van 20/05/2010.

<sup>238</sup> M. Van Paemel, *De eerste steen*, Amsterdam, Querido, 1992, 278p.

<sup>239</sup> G. Noels, o.c., 84.

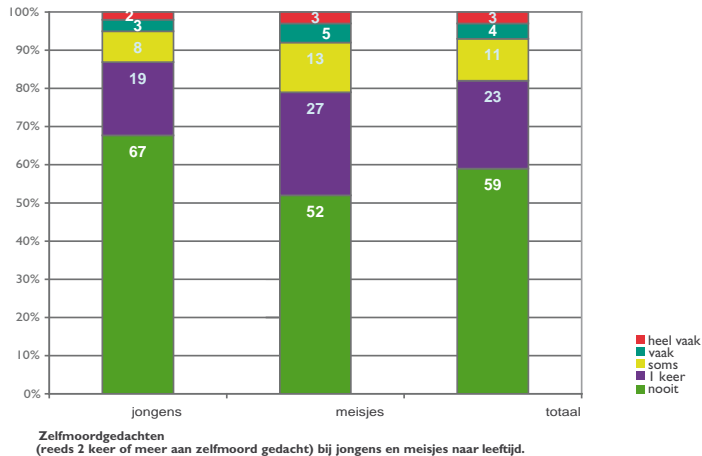


384 volle erkent, blijkt uit de zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling uit 2002 die als volgt luidde: "De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 vermindert zijn met 8% ten opzichte van 2000." Concreet betekent dit dat er tegen dit jaar een opmerkelijke daling moest zijn van het aantal zelfmoordpogingen en depressies. Die doelstelling blijkt vooralsnog niet behaald: de suïcidesterfte bij mannen mag dan al wel jaarlijks gedaald zijn sinds 2000, bij vrouwen daalt het aantal niet. Door het veel hoger aantal zelfdoding bij mannen is daar de "grootste winst te halen". In de periode 2000-2007 kwam zelfdoding bij vrouwen beduidend minder voor dan bij mannen.

In volgende grafiek, afkomstig uit de studie 'Jongeren en gezondheid' uit 2006, leest u de resultaten van een bevraging bij jongeren tussen 11 en 18 jaar uit de provincie die ooit overwogen een einde aan hun leven te maken. We stellen vast dat voor de periode 2006 meer meisjes (27%) dan jongens (19%) rondliepen met zelfdodingsgedachten.

**Bron:** Studie: 'Jongeren en gezondheid', 2006, cijfers provincie Antwerpen

385



Dezelfde enquête peilde ook naar het zelfbeschadigend gedrag van jongeren uit de derde graad secundair: In 2006 had al 10% van hen één enkele keer opzettelijk teveel pillen geslikt of geprobeerd zichzelf te verminken (polsen oversnijden met bijvoorbeeld een mes al dan niet met de dood tot gevolg). 8,7% van de 17- tot 18-jarigen meldde dit reeds meerdere keren gedaan te hebben. In totaal heeft

386 dus 18,7% van de jongeren zichzelf één of meerdere keren opzettelijk lichamelijk verminkt. Toch komt dit fenomeen vaker voor bij meisjes (13,5%) dan bij jongens (5,6%).

Uit volgende tabel, die een overzicht geeft van het aantal personen boven de 15 jaar binnen de provincie Antwerpen die in 2004 en 2008 een zelfmoordpoging ondernamen, blijkt dat de leeftijdsgroepen waarin zelfdoding voorkomt, sterk verschillend zijn voor mannen en vrouwen. Terwijl we bij mannen vanaf 20 tot 40 jaar in 2004 een incidentiecijfer optekenden van 4,3 % (in 2008 is dat aantal gedaald tot 4% ondanks een grotere groep respondenten), merken we een significante stijging in de categorie van 40 tot 60 jaar (van 0,7 naar 3,2 %). Bij vrouwen daarentegen was er in 2008 (2,5%) in het leeftijdssegment tussen 20 en 40 jaar een daling merkbaar tegenover 2004 (3,5%). Bij vrouwen ligt de leeftijd waarop ze de meeste zelfmoordpogingen ondernemen, tussen de 40 en 60 jaar. Voor beide onderzoeksjaren ligt het percentage zelfmoordpogingen rond de 7,6 %. Vanaf +/- 60 jaar neemt het aantal zelfmoordpogingen in onze provincie voor beide geslachten af. Voor de overige leeftijdsgroepen situeren de cijfers zich zowel bij mannen als bij vrouwen onder de nationale zelfmoordcijfers. Maar, elke zelfdoding is er één te veel die mogelijks kon

worden vermeden met juiste begeleiding en/of preventie van een depressie.

387

**Bron:** Interactieve analyse op basis van de Nationale Gezondheidsenquête

	GESLACHT TUSSEN 20 EN 40 JAAR						GESLACHT TUSSEN 40 EN 60 JAAR					
	2008			2008			2008			2008		
	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	95.7	4.3	110	96.0	4.0	136	99.3	0.7	158	96.8	3.2	138
vrouw	96.5	3.5	125	97.5	2.5	132	92.4	7.6	154	92.4	7.6	139
<b>totaal</b>	<b>96.1</b>	<b>3.9</b>	<b>235</b>	<b>96.7</b>	<b>3.3</b>	<b>268</b>	<b>95.9</b>	<b>4.1</b>	<b>312</b>	<b>94.5</b>	<b>5.5</b>	<b>277</b>

	GESLACHT TUSSEN 60 EN 80 JAAR						GESLACHT TUSSEN 80 EN 100 JAAR					
	2008			2008			2008			2008		
	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>	ooit een zelfmoordpoging ondernomen		n <sup>(*)</sup>
	ja	nee		ja	nee		ja	nee		ja	nee	
man	97.7	2.3	134	98.0	2.0	102	98.9	1.1	36	100	.	49
vrouw	99.5	0.5	130	98.1	1.9	108	100	.	58	93.1	6.9	62
<b>totaal</b>	<b>98.6</b>	<b>1.4</b>	<b>264</b>	<b>98.1</b>	<b>1.9</b>	<b>210</b>	<b>99.6</b>	<b>0.4</b>	<b>94</b>	<b>95.8</b>	<b>4.2</b>	<b>111</b>

Een kind dat het lastig heeft met stilzitten in de klas en voortdurend uit zijn schoolbank loopt, een kleuter die thuis en op school onhandelbaar is en zich moeilijk of niet kan beheersen, een student die voortdurend chaos in zijn hoofd ervaart en zich maar moeilijk kan concentreren: het zijn maar enkele typische symptomen van ADHD. ADHD staat voor 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' of een "aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit". ADHD is een neurobiologisch bepaalde stoornis op het niveau van de hersenen die zich vooral uit in het gedrag. De belangrijkste kenmerken zijn aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. De stoornis ontstaat vóór het zevende jaar en is grotendeels erfelijk bepaald. Omgevingsfactoren kunnen de aanwezigte, erfelijke aanleg versterken of net temperen. Zo kunnen positieve, beschermende factoren de symptomen van ADHD verzwakken en de toekomstperspectieven positief beïnvloeden. De belangrijkste factoren zijn een stabiel gezin, een evenwichtige en consequente (op)voeding, een sturende aanpak op school, een goede vriendenkring, een begripvolle werkgever en een stimulerende partner.

Een goede, juiste en tijdige diagnose is cruciaal voor de behandeling van deze ontwikkelingsstoornis. Dat is niet zo vanzelfsprekend. Hoewel vaak wordt beweerd dat de diagnose best gesteld wordt door een team van geschoolde en ervaren hulpverleners, zijn er ook artsen die dit tegenspreken. Een huisarts met de nodige expertise kan, volkomen evenwaardig, vanuit een coördinerende rol doorverwijzen naar de juiste specialisten voor een gewone en differentiële diagnose<sup>240</sup>. Ook tijdens de behandeling is de centrale rol van een coördinerende huisarts cruciaal: idealiter wordt hij rechtstreeks bijgestaan door een psycholoog, logopedist, zonder dat daarvoor sprake moet zijn van een echt team. Kinderpsychiaters kunnen zich dan bezighouden met de ingewikkeldere pathologieën die een aanpak op maat vereisen. Over het belang van een snelle en tijdige diagnose zijn bovendien ook de meningen verdeeld: volgens sommige artsen heeft het eerder te maken met de perceptie die we er, binnen ons denkkader van medische leken, van maken. ADHD blijkt trouwens ook niet altijd een stoornis te zijn: bij velen blijkt het later gewoon een

<sup>240</sup> Een differentiële diagnose wordt gesteld wanneer twee of meerdere ziekten het ziektebeeld kunnen verklaren en het dus nog niet mogelijk is tot een definitieve diagnose te komen. Verder onderzoek zal erop gericht zijn één of meerdere elementen van de differentiële diagnose uit te sluiten tot uiteindelijk liefst slechts één mogelijkheid overblijft.



392 Boudewijnstichting richt OBC Espero zich specifiek tot allochtone ouders en kinderen die worden geconfronteerd met ADHD<sup>245</sup>.

### 3.1.13 Dementie en alzheimer

Een bejaarde die plots niet meer weet waar hij zich bevindt of zich agressief gedraagt tegenover een behulpzame verpleger of toevallige voorbijganger, oma die haar (klein) kinderen niet meer herkent, een oudere man die doelloos rondwaalt in zijn appartement, 's nachts op pantoffels de straat op trekt of niet meer in staat is om boodschappen doen: het zijn slechts enkele typische symptomen van de ziekte van Alzheimer, veruit dé bekendste en meest voorkomende vorm van de hersenaandoening dementie. Dementie betekent letterlijk "je geest verliezen"<sup>246</sup>. Dementie is altijd een blijvend verlies van de functies van het verstand. Dementie tast het geheugen, de bewegingen én de persoonlijkheid van mensen aan. Maar het bewustzijn van personen met dementie blijft intact. Vooral daarom is

<sup>245</sup> <http://www.drukofadhd.be/index.html>

<sup>246</sup> "Verdwalen in je eigen geest", Maguza, zorgmagazine van het UZA, juli 2010 - #81, p. 022 e.v.

(alzheimer)dementie niet alleen één van de zwaarste psychische aandoeningen, het is voor de patiënt en zijn omgeving ook één van de meest angstaanjagende ziektebeelden<sup>247</sup>. Het is een geheugenziekte die langzaam hersencellen vernietigt die instaan voor geheugen en kennis. In ons land zouden naar schatting een kleine 165 000 patiënten met de ziekte kampen. Dat is vooralsnog een voorzichtige prognose want veel personen die lijden aan de ziekte zijn nog niet gediagnosticeerd.

Bij gebrek aan een Nationaal Dementieplan met robuuste en onderbouwde cijfers zijn we aangewezen op de extrapolatie van schattingen uit buitenlands epidemiologisch onderzoek. Kenmerkend voor de ziekte van Alzheimer is de langzame evolutie van de symptomen. De achteruitgang wordt gekenmerkt door een combinatie van functionele-, cognitieve- en gedragsstoornissen. Een dement persoon verliest namelijk niet zomaar en zonder enige aanleiding bepaalde verstandelijke vermogens, maar is ze voortdurend aan het verliezen. Die evolutie loopt parallel met het letterlijk "krimpen" van de hersenen die daardoor grote gaten vertonen. Een gat in het geheugen is dan echt letterlijk

<sup>247</sup> C. Van Broeckhoven, o.c., 138, 147-150. Zie ook: ADI World Alzheimer Report 2009.

De incidentie van de ziekte verloopt parallel met de stijging van de leeftijd en de levensverwachting. Volgens cijfers van de Vlaamse Alzheimerliga en de Qualidem-studie<sup>249</sup> zou 6% van de 65-plussers “dementeren”. Van de 85-plussers dementeert 30%, bij de 90-plussers 34,8%. Bij de groep hoogbejaarden lijden bijna 1 op 2 vrouwen en 1 op 3 mannen aan de ziekte van Alzheimer<sup>250</sup>. Uit deze cijfers blijkt ook dat de ziekte meer vrouwen dan mannen treft: twee op drie patiënten zijn vrouwen. Als de prevalentie cijfers voor dementie niet veranderen en genezende behandelingen uitblijven, zal het aantal 65-plussers met dementie in België oplopen tot 172.000 in 2010, tot 251.000 in 2030 en tot 325.000 in 2050<sup>251</sup>. Ook op jongere leeftijd kan de ziekte toeslaan: frontaalkwabdementie is, bij patiënten jonger dan

<sup>248</sup> C. Van Broeckhoven, o.c., 44.

<sup>249</sup> <http://www.qualidem.be/>

<sup>250</sup> ADI World Alzheimer Report 2009. *Zie ook:* R. Luengo-Fernandez et alii, *Dementia 2010: the prevalence, economic cost and research funding of dementia compared with other major diseases*, Health Economics Research Centre, University of Oxford for the Alzheimer’s Research Trust, 10p, te raadplegen op: [www.dementia2010.org](http://www.dementia2010.org).

<sup>251</sup> Volgens cijfers van de Stichting voor Alzheimeronderzoek.

65 jaar; de tweede, meest frequente vorm van dementie. De leeftijd waarop de ziektesymptomen voor het eerst zichtbaar worden, variëren heel sterk van 45 tot 75 jaar<sup>252</sup>.

Hoewel echte, aanwijsbare oorzaken vooralsnog onbekend zijn, vonden wetenschappers toch al twee karakteristieke letsels in de hersenen van Alzheimerpatiënten terug. De hersenen van personen met dementie vertonen “plakken” tussen de zenuwcellen van het hersenweefsel. Bovendien bevatten ze een opeenstapeling van het eiwit amyloïde. Bij gezonde hersenen wordt deze stof automatisch afgebroken en verwijderd. Een proces dat bij verouderde hersenen niet meer optimaal functioneert.

In het onderzoek naar dementie- dat in de provincie Antwerpen vooral wordt verricht door de onderzoeksgroep Neurodegeneratieve Hersenziekten van de Universiteit Antwerpen onder leiding van wereldvermaard professor

<sup>252</sup> Dat de ziekte ook vaker voorkomt bij op het eerste gezicht atypische leeftijdsgroepen, blijkt uit de oprichting van praatgroepen ‘jongdementie’ die zich specifiek richten tot patiënten vanaf 45 tot 65 jaar.

396 Christine Van Broeckhoven<sup>253</sup> worden traditioneel drie risicofactoren onderscheiden: leeftijd, geslacht en erfelijke aanleg. Het risico op het ontwikkelen van de ziekte neemt toe naarmate men ouder wordt. I op de 17 personen van 65 jaar of ouder is slachtoffer van de ziekte van Alzheimer. Dat vrouwen meer kans hebben op dementie- is te wijten aan de invloed van hormonen tijdens de vruchtbare periode. Van de erfelijk belaste patiënten lijdt circa 10% aan een vroege vorm van de ziekte die in veel gevallen van generatie op generatie wordt doorgegeven. Een vrouw die bovendien laaggeschoold is, loopt meer risico om de ziekte op latere leeftijd te ontwikkelen. Hiervoor zijn nog geen definitieve, sluitende verklaringen bekend. Een evenwichtig en gezond voedingspatroon, voldoende beweging, gezonde bloedvaten, een laag cholesterolgehalte, het vermijden van drugs en van overdreven alcoholgebruik en van obesitas of zwaarlijvig-

---

<sup>253</sup> Eén van de laatste onderzoeksdaten van het centrum betref de ontwikkeling van een bloedproef die de kans op frontaalkwabdementie voorspelt. Onderzoekers van het Born-Bunge instituut en de UA ontdekten zo dat de hoeveelheid progranuline in het bloed een belangrijke rol speelt bij het overleven van hersencellen. Een tekort van deze groeifactor, verhoogt dus het risico op FTD. Zie ook: *Bloedgroep voorspelt kans op dementie*, Persbericht van 04 maart 2010 van de Stichting voor Alzheimeronderzoek.

heid zijn ook in de strijd tegen dementie van groot belang<sup>254</sup>. 397 Elk op hun beurt kunnen ze de aanleg voor ouderdomsdementie op termijn bespoedigen. Een algemene vuistregel in de strijd tegen dementie luidt dan ook: blij actief, hou je hersenen gezond, blijf van de drugs, zorg voor de nodige levenskwaliteit in je jonge(re) jaren en doe de dingen die je graag doet en blijf die doen!<sup>255</sup>

Ondanks het baanbrekende onderzoek, dat als basis dient voor de ontwikkeling van nieuwe, betere geneesmiddelen die hersencellen langer gezond en de symptomen van dementie onder controle houden, staat het dementieonderzoek in België nog voor aanzienlijke uitdagingen. Van een echte doorbraak in het onderzoek naar de medicatie tegen alzheimer- en frontaalkwabdementie is nog geen sprake. Daarvoor is nog meer onderzoekswerk nodig. Ook is er nood aan betrouwbaar cijfermateriaal over het aantal dementie- en Alzheimerpatiënten in België. De beschikbare gegevens zijn verouderd en geven geen goed inzicht in de

---

<sup>254</sup> *Verband obesitas en schade aan de hersenen*, artikel uit De Standaard van 27/08/2009.

<sup>255</sup> Gesprek met Christine Van Broeckhoven op 11/05/2010. Zie ook: C. Van Broeckhoven, *Brein en branie: een pionier in Alzheimer*, Olympus, Amstel Uitgevers bv, 198p.

398 ernst van dementie als volksgezondheidsprobleem in ons land. Daarnaast is er – in het licht van de dementieprognoses voor de toekomst – dringend nood aan een stimuleringsbeleid m.b.t. de ziekte<sup>256</sup>. Een overkoepelend dementieplan - zoals dat reeds lang bestaat voor kanker - is een noodzakelijk begin gelet op de maatschappelijke impact van de ziekte<sup>257</sup>. Dergelijke initiatieven zouden bovendien extra financiële middelen moeten genereren en armsgave

---

<sup>256</sup> Volgens het ADI World Alzheimer Report 2009 wordt het aantal Alzheimer-patiënten wereldwijd in 2010 op zo'n 35, 6 miljoen geschat. Experts verwachten dat dit cijfer zich elke 20 jaar zal verdubbelen, naar 65,7 miljoen in 2030 en 115, 4 miljoen in 2050. Uit een artikel van 2005 dat verscheen in *The Lancet* waarin een panel van internationale experts de wereldwijde prevalentie van dementie besprak alsook het huidige aantal patiënten, leven twee derden van alle dementerenden in landen met een lage tot middelmatige inkomensgraad. In landen met een relatief hogere inkomensgraad zou de ziekte minder explosief toenemen.

Vanwege hun enorme impact op de samenleving, worden zowel dementie als de ziekte van Alzheimer beschouwd als een epidemie die alsnog uitbreidt, gelet op de vergrijzing en de verwitting van de bevolking. Nog steeds spelen een beperkte erkenning, onderdiagnose en (onterechte) stigma patiënten parten.

<sup>257</sup> Dat is ook één van de aanbevelingen van het ADI: "Nationale regeringen zouden dementie als een gezondheidsprioriteit moeten uitroepen en nationale strategieën ontwikkelen om diensten en ondersteuning aan te bieden voor personen met dementie en hun families, in het bijzonder diensten die het progressieve karakter van de ziekte weerspiegelen."

voor het noodzakelijke onderzoek naar de ziekte<sup>258</sup>. Dit zou de ontwikkeling van nieuwe, baanbrekende geneesmiddelen aanzienlijk kunnen versnellen. Dat vraagt ook tijd en een grote ethisch bewogenheid bij de farmaceutische industrie die de aangepaste medicatie moet ontwikkelen. De initiatieven en onafhankelijke onderzoeksprojecten van landen zoals het Verenigd Koninkrijk en Canada zijn in dat opzicht zeer lovenswaardig. Los van elke vorm van commercieel winstbejag brengen ze de problematiek van dementie in hun land in kaart en zetten hiervoor een multidisciplinair onderzoeksteam in de stijgers. Elke specialist kan zo, elk vanuit zijn expertise als respectievelijk neuroloog, geneticaspecialist, klinisch onderzoeker, etc. een waardevolle bijdrage leveren aan het onderzoek naar en het bestrijden van de ziekte<sup>259</sup>. Een ander, belangrijk initiatief, is het betrekken van burgers bij het uitstippelen van een nationaal beleidsplan. De Koning Boudewijnstichting organiseerde zo in 2005 het 'Meeting of Minds'-project. Het was een intensief, participatief project

---

<sup>258</sup> J. Schoenen *et alii*, *Cost estimates of brain disorders in Belgium*, in *Acta Neurologica Belgica*, 7p.

<sup>259</sup> CDNA Canadian Dementia Action Network: A national initiative dedicated to eradicating Alzheimer disease and related dementias, Ottawa, Ontario, 44p. Zie ook: <http://cdan.ca/aboutus.html>. Voor een voorbeeld van een nationaal dementieplan uit het Verenigd Koninkrijk, zie: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_094051.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_094051.pdf)



400 waarbij Europese burgers en hersenwetenschappers samen nadachten over de centrale vraag: "Hoe zullen we de nieuw verworven kennis over onze hersenen gebruiken?" Het project had zowel een Vlaamse als een Europese dimensie: tijdens de verschillende bijeenkomsten werden visies en ideeën uitgewisseld die aan de basis lagen van zes, centrale thema's. Zij vormden het vertrekpunt voor de nationale trajecten. Beide Vlaamse en Europese eindrapporten werden overhandigd aan beleidsmakers en in een slotfase volgde een discussie tussen verschillende Vlaamse stakeholders waaronder vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, de farmaceutische industrie, artsengroeperingen, hersenonderzoekers en mutualiteiten<sup>260</sup>.

In 2009 deed de Europese Commissie reeds een voorstel voor een aanbeveling van de raad. Daarin werden de lidstaten verzocht om een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen op neurodegeneratieve ziekten en met name de ziekte van Alzheimer. Deze aanpak van 'gezamenlijke programmering' kadert binnen de Lissabon-doelstellingen en betreft alle lidstaten bij de vastlegging, ontwikkeling en uitvoering

---

<sup>260</sup> *Meeting of Minds: European Citizens' Deliberation on Brain Science*, January 20-23, 2006, Brussels, Belgium. 63p. Zie ook: Meeting of Minds: Europees publieksforum over hersenwetenschappen: Verslag van de 1e Europese Conventie van burgers, 3 tot 5 juni 2005, Brussel, 36p.

van strategische onderzoeksagenda's en bijbehorende implementatieplannen<sup>261</sup>. Dichter bij huis formuleerde de Koning Boudewijnstichting een projectoproep voor 'dementievriendelijke gemeenten' en een informatiebrochure om de negatieve beeldvorming rond dementie te doorbreken<sup>262</sup>. Ook Vlaams minister voor Welzijn Jo Vandeurzen stelde in september van dit jaar zijn nieuwe dementieplan voor:

Tot slot, blijft er een tekort aan aangepaste opvang voor personen met dementie. Vaak zijn ze aangewezen op een vrijwillige hulpverlener uit hun onmiddellijke omgeving. Extra ondersteuning voor de mantelzorg, zoals eerder uitgewerkt, is een must, zeker voor wie een familielid met dementie verzorgt.

De provincie Antwerpen draagt ook op het vlak van dementie en geestelijke gezondheidszorg bij tot de realisatie van een aantal belangrijke doelstellingen en ambities.

---

<sup>261</sup> Commissie van de Europese Gemeenschappen, *Voorstel voor een aanbeveling van de raad inzake maatregelen ter bestrijding van neurodegeneratieve ziekten, met name de ziekte van Alzheimer, via de gezamenlijke programmering van onderzoeksactiviteiten*, 15p.

<sup>262</sup> *Projectoproep 'dementievriendelijke gemeente'*, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 2010, 4p. [Zie ook](#): *Een andere kijk op dementie*, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 2010, 51p.

402 Vanuit onze bezorgdheid voor patiënten met dementie en hun omgeving richtte de provincie het Dementienetwerk Provincie Antwerpen (DPA) op waarin de regionale organisaties nauw samenwerken: het Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion in Wilrijk (Antwerpen), het Psychogeriatrisch Netwerk arrondissement Mechelen en het Regionaal Expertisecentrum Dementie Turnhout. Het DPA wil vooral een luisterend oor bieden voor zowel personen met dementie als hun omgeving en hen een antwoord bieden op hun meest voorkomende vragen. Ze verstrekken daarbij niet enkel informatie, maar geven ook advies en verwijzen gericht en efficiënt naar deskundigen en/of de juiste zorgvoorzieningen en -organisaties in de betreffende regio. In 2009 startte het Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion in Wilrijk met een inloophuis dementie. Daarmee wil het een laagdrempelige ontmoetingsplaats bieden voor patiënten en hun omgeving. Ze kunnen er terecht voor gerichte informatieverstrekking, professionele adviesverstrekking van een consulent en informele ontmoetingen met andere patiënten of mantelzorgers. De Vlaamse Alzheimerliga<sup>263</sup> en de dementiecafé's zetten zich al jaren in om het taboe rond dementie te doorbreken. Ze bieden o.m. een

<sup>263</sup> [www.alzheimerliga.be](http://www.alzheimerliga.be)

forum waar mantelzorgers en familieleden van personen met dementie mekaar kunnen ontmoeten, zorgen, twijfels en angsten kunnen delen en deze bespreken met deskundigen én mekaar een hart onder de riem kunnen steken.

403

### **B. Blinde vlekken en tekorten: conclusie bij de gezondheidscijfers uit de provincie Antwerpen.**

De provincie Antwerpen is in de Vlaamse en Belgische context geen uitzonderlijk gezonde of uitgesproken ongezonde regio. Qua incidentie van enkele vaak voorkomende ziekten en aandoeningen ligt ze in lijn van de gemiddelde gezondheidstoestand in Vlaanderen.

Er blijven wel een aantal belangrijke aandachtspunten die zeker ook voor de provincie Antwerpen mee het verschil kunnen maken.

- I. Investeer in meer, betrouwbare studies op regelmatige basis zodat officiële, eenduidige cijfers kunnen worden gebruikt als referentiepunt en vergelijkingsbasis. Alleen zo is een globaal en specifiek beeld (per aandoening,

ziekte en per relevante regio) van de gezondheids-toestand als basis voor beleid mogelijk. Bovendien laat een dergelijk instrument toe om beleidseffecten te meten en in kaart te brengen. Daarbij werken we best op twee snelheden, met name het effect op korte termijn (één tot twee legislaturen) en het effect voor de volgende generaties. Het succes van de voorstellen zal bovendien afhangen van hun realiteitszin en haalbaarheid

2. Plaats resultaten, in het bijzonder van beleidsondersteunend onderzoek, op een gemeenschappelijk platform ongeacht welke overheid (federaal, gemeenschap, gewest, provincie, stad of gemeente) het onderzoek geïnitieerd heeft. Gebruik dit platform ook voor de uitwisseling van goede praktijken en voorbeelden met links naar publiek toegankelijk relevant buitenlands onderzoek enz. Integreer in dit platform ook de initiatieven in het onderwijs en de algemene informatie voor de bevolking.
3. Zet voldoende in op en geef het goede voorbeeld in de strijd tegen frequent voorkomende ziekten en aandoeningen, die niet alleen de gezondheid maar ook de

samenleving en economie dreigen te ontwrichten. Dat is het geval voor onder meer obesitas (een voedings- en bewegingsrichtlijn alleen volstaan niet om het probleem op grote schaal aan te pakken en in te dijken), hepatitis C (het wegwerken van dubbelzinnigheid in de verplichte meldingsstatistieken), SOA's (preventief blijven hameren op gezond, seksueel gedrag), NAH, de psychische gezondheidszorg en dementie. Een goed plan voor elk van deze aandoeningen zou neerkomen op het creëren van een sterke bewustwording bij de bevolking en mogelijk ook het vrijmaken van meer, middelen voor noodzakelijk wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte.

4. Ga de uitdaging aan met de hele gemeenschap om meetbare gezondheidsvooruitgang te boeken: in het bijzonder het terugdringen van overgewicht, obesitas, van het aantal kankers, van diabetes en van hart- en vaat-aandoeningen binnen onze provincie.
5. Laten we, samen met de bevolking, een provinciale BMI-24 doelstelling definiëren en obesitas (13,1% binnen onze provincie) definitief als gezondheidsprobleem definiëren en verankeren.



406 6. Laten we vooral ook krachtiger inzetten op die moeilijker grijpbare gezondheid: die van de hersenen en geest. Immers, een groeiend aantal patiënten kampt met depressieve stoornissen en zelfdodingsgedachten. Elk vermijdbaar overlijden is ook een collectieve mislukking. Een gemeenschap die zelfdoding zeer ernstig neemt, geeft aan dat elke mens telt! Laat de 21ste eeuw de eeuw van de geestelijke gezondheid worden. Een eeuw waarin sleutels worden gezocht en gevonden om steeds vaker voorkomende hersenziekten zoals dementie beter te voorkomen, te vertragen of te behandelen. Zorg ervoor dat de beleidsopties gedragen worden door het geheel van de gezondheidsberoepen, zodat alle neuzen in dezelfde richting staan.

7. Laten we dit alles doen door het vooropzetten van S(specifieke) M (meetbare) A (aanvaardbare) R (realistische) T (tijdgebonden) -doelstellingen die via goede én toegankelijke Balanced Scorecards (BSC) kunnen worden opgevolgd. Zo moet het haalbaar zijn het aantal slachtoffers van een zelfmoord(poging) in 5 jaar tijd met minstens een derde te verminderen, de incidentie van obesitas en overgewicht met een zelfde percentage te verminderen. ... Het sluitstuk kan

uitmonden in een helder, resultaatgericht en breed overlegd provinciaal gezondheidsplan dat de burgers voldoende informeert en betreft bij het tijdig behalen van de vooropgestelde gezondheidscriteria.



# 4. Antwerpse bouwstenen voor de eeuw van de (geestelijke) gezondheid





Hét mantra van deze rede was allicht: kies voor een gezonde levensstijl: eet gezond, beweeg voldoende, participeer consequent aan de collectieve preventieacties van de overheid en werk aan je mentale veerkracht. En weet dat je, ongeacht de context een goede, gezonde keuze kan maken. De context (opleidingsniveau, familiale achtergrond, een zekere erfelijke belasting<sup>264</sup>...), kan die keuze makkelijker of aanzienlijk moeilijker maken. Maar, de context op zich “beslist niet”. Beslissen doet iedereen vanaf een zekere

---

<sup>264</sup> De vraag rijst of een aangeboren neiging tot overgewicht een vloek dan wel een zegen is. In *Waarover ik praat als ik over hardlopen praat*, argumenteert Haruki Murakami dat het bij nader inzien misschien een zegen is geweest dat hij is geboren met een lichaam dat zo makkelijk aankomt. Om te voorkomen dat zijn gewicht toeneemt, levert hij – Murakami is inmiddels 61 – elke dag zware fysieke inspanningen: “ik moet op mijn voeding letten en maat houden. Dat is een lastig leven. Maar als ik volhard in die inspanningen, houd ik mijn stofwisseling op een hoog niveau en dat resulteert in een gezond en sterk lichaam. Waarschijnlijk houd ik er ook de veroudering in zekere mate mee tegen. Wie echter mager blijft zonder er iets voor te doen, hoeft zich niet te bekommeren om lichaamsbeweging of voeding. Ik neem ook aan dat niet zoveel mensen vrijwillig al die moeite doen als het niet echt nodig is (...). Op langere termijn bekeken is het dus maar de vraag wie door het lot het best bedeed is. Allicht zullen sommige mensen die dit lezen zeuren dat ze meteen dikker worden als ze even niet opletten. Maar moeten ze dat niet eerder in positieve zin bekijken, als een geschenk uit de hemel!? Ze hebben geluk dat het rode alarmlicht zo goed zichtbaar is. Maar goed, het is vast moeilijk om het van die kant te bekijken”, p. 55-56.



416 leeftijd voor zichzelf. Iedereen kan én moet die keuze voor zichzelf maken, in de wetenschap dat die keuze in de eerste plaats belangrijke gevolgen voor zichzelf, maar ook voor de hele samenleving en gemeenschap heeft. Helaas biedt een gezonde levensstijl alleen geen absolute waarborg voor een lang, gelukkig en gezond leven. Er zijn – helaas – voorbeelden genoeg van mensen die altijd uiterst gezond hebben geleefd en desondanks toch ernstig ziek werden en (verrassend) vroeg overleden. Een gezonde levensstijl helpt helaas ook niet tegen ongevallen, rampen of handicaps. Bovendien is ook het omgekeerde perfect mogelijk: mensen die rokend, veel drinkend en stevig etend door het leven fietsen en daar met veel genoeg op kunnen terugkijken. Dat zijn veeleer de uitzonderingen die de regel bevestigen. En voor die regel bestaat meer dan voldoende wetenschappelijk onderzoek: houd je gewicht onder controle, mijd zoveel mogelijk verzadigde vetten (vooral in dierlijke producten zoals boter, vlees, melk, maar ook chocolade), wees heel zuinig met suikers en alcohol. Gebruik geen drugs. Beweeg. Dat deze stelregels beschermen tegen hart- en vaatziekten is allicht voldoende bekend. Minder geweten is dat ze sterk bijdragen tot het voorkomen van bijv. diabetes of suikerziekte. En laat mensen met diabetes, hart- en vaatziekten nu ook gevoeliger zijn voor (Alzheimer)dementie dan

personen die deze ziekten niet hebben. Bovendien blijkt er ook een verband te bestaan tussen het consumeren van voormelde verzadigde vetten en (Alzheimer)dementie<sup>265</sup>. En als zowat iedereen deze – relatief eenvoudige – stelregels in acht neemt, winnen we bovendien als gemeenschap. In onze sterk veranderende wereld zal de economische slagkracht van een regio immers vooral afhangen van de inzet, flexibiliteit, leergierigheid en het dynamisme van haar bevolking. Welnu een “scherpere” bevolking die weinig kampt met overgewicht en obesitas, is beter gewapend tegen aandoeningen en ziekten. Het ziekteverzuim en alle economische én medische kosten die dat met zich meebrengt, zullen logischer wijze afnemen, wat de productiviteit én de aantrekkelijkheid van de regio voor investeringen alleen maar zal bevorderen. Een gezondere bevolking, minder ziekten en aandoeningen is vanzelfsprekend ook dé belangrijkste sleutel om de kosten van de ziekteverzekering onder controle te houden<sup>266</sup>.

<sup>265</sup> C. Van Broeckhoven, o.c., 152.

<sup>266</sup> Bovendien zijn er ook minder voor de hand liggende voordelen, bijv. op het vlak van rampenbestrijding. Een snelle evacuatie van een gebouw of ruimte zal bijv. veel vlotter verlopen wanneer mensen relatief weinig ruimte innemen en niet al te veel kampen met overgewicht of obesitas. Slankere mensen zijn over het algemeen immers sneller én meer wendbaar. Eerder dan zelf geholpen te moeten worden, kunnen ze zelf anderen helpen.

418 Overigens geldt dat ook voor gezonde vijftenzestigplussers die met recht en rede aanspraak kunnen maken op een verdiend pensioen: stel dat we door een gezonde(re) levensstijl (en een goede behandeling van typische ouderdomsziekten als o.m. dementie) veel gezonder oud worden, wat voor een gigantisch verschil zou dat op sociaal-emotioneel en economisch vlak niet maken: bejaarden die hun geld uitgeven aan het leven zijn veel interessanter voor de economie dan bejaarden (en een gemeenschap) die hun geld moeten uitgeven aan bijzondere ziektezorgen<sup>267</sup>.

De beste motivatie om een gezonde levensstijl vol te houden, blijft de doorleefde overtuiging dat je er zelf beter van wordt. Wie zijn/haar gewicht onder controle heeft, voelt zich doorgaans beter in zijn/haar vel en wint aan zelfvertrouwen. Een beetje externe druk én de wetenschap dat een gezonde keuze ook een hoger doel dient, kan helpen, maar de sterkste motivatie komt van binnenuit<sup>268</sup>!

---

<sup>267</sup> *Ibid*, 106.

<sup>268</sup> Zie ook: H. Murakami, *Waarover ik praat als ik over hardlopen praat*, Atlas, Amsterdam-Antwerpen, 2007, 205p., p. 18-19.

**Voorstel I.** We lanceren een BMI-charter voor bedrijven, scholen, hogere onderwijsinstellingen, organisaties, overheden, verenigingen... Met het milieucharter hebben we inmiddels veel ervaring opgebouwd. Aan de basis daarvan ligt een doorgedreven milieu-audit en een afspraak over de milieudoelstellingen die een bedrijf het komende jaar wil halen op het vlak van besparing aan energie of water en de realisatie van eco-efficiëntie en duurzaamheid. Welnu, op basis van een BMI-audit (onderzoek naar het gemiddelde BMI van alle medewerkers c.q. scholieren, studenten, leden... en het BMI van 10% van de medewerkers c.q. scholieren, studenten, leden... met de hoogste resp. laagste BMI) gaat de partner onderhandelde BMI-doelstellingen aan. De ultieme betrachting is het halen van volgende norm: een gemiddelde BMI van 24 en een vermindering van de BMI van de 10% medewerkers met de hoogste BMI tot 28. Het spreekt voor zich dat de partners zich moeten engageren om deze normen niet te halen door hun selectie- en ontslagbeleid o.m. te baseren op een laag resp. (te) hoog lichaamsgewicht. Dat zou overigens strijdig zijn met de antidiscriminatiewetgeving. Hoe de doelstellingen wel worden gehaald, laten we uiteraard over aan de creativiteit van de partners en hun medewerkers. Wel zullen we enkele handige instrumenten en tips ter beschikking stellen, zoals één veggiedag per week

420 en/of een veggieweek/maand, geen alcohol in het persoonsrestaurant, het aanbieden van groenten en fruit op de werkvloer...Wie zijn doelstellingen haalt, krijgt jaarlijks een BMI-charter. We willen hiermee geenszins aanzetten tot een beleid met een beschuldigende ondertoon naar medewerkers, leerlingen, studenten... We zijn vooral geïnteresseerd in partners die het charter aangrijpen als een sportieve en stimulerende uitdaging die ze gedragen en samen met heel hun organisatie willen aangaan. Met een platform voor de uitwisseling van goede praktijken en een opvolging van de resultaten kunnen we bovendien onze kennis m.b.t. de evolutie inzake overgewicht en obesitas verder uitbreiden en verdiepen.

## 4.2 Draag ook bij tot de gezondheid van anderen

Inzetten op een grotere zelfredzaamheid loont, zeker ook op het vlak van welzijn en gezondheid. Dat begint uiteraard in het gezin. Met ouders die hun kinderen het gezonde voorbeeld en het juiste voedsel geven. Maar er is veel meer. Zo kunnen gemeenten, bedrijven en scholen zich, met de hulp van het Rode Kruis, engageren om een hartveilige

gemeente, bedrijf, school te worden. Hartveilig zijn, betekent de overlevingskans van een slachtoffer bij een hartstilstand én de hulpcapaciteit van de bevolking vergroten. Dit kan door zoveel als mogelijk automatische externe defibrillatoren (AED's) te plaatsen in steden, gemeenten, bedrijven, sportinfrastructuur, organisaties en zoveel als mogelijk mensen te informeren en op te leiden in reanimatie en het gebruik van AED's met de nodige sensibilisering en opleiding. In België krijgen elke dag bijna 30 mensen een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Slechts 7% overleeft. Wordt een slachtoffer binnen de eerste 3 tot 4 minuten gereanimeerd en krijgt het een stroomstoot toegediend met een AED dan heeft het nog 70% kans om te overleven. In Vlaanderen zijn er nog steeds veel te weinig mensen die kunnen reanimeren. Bovendien mag iedereen een AED gebruiken. Het toestel begeleidt je bij de reanimatie, geeft enkel een stroomstoot als dat echt nodig is en is bijgevolg volkomen veilig<sup>269</sup>.

---

<sup>269</sup> We vermelden hier ook het proefproject van de stad Hasselt waarbij medewerkers van de 100-centrales telefonisch reanimatietips geven aan mensen in nood. Op 19/08/2010 maakten de centrales een eerste stand van zaken op. In de eerste maand werden door dit initiatief maar liefst 8 mensenlevens gered. Ook de provincie Antwerpen zou gebaat zijn bij een dergelijk initiatief waarbij burgers zich meer inzetten voor de gezondheid van hun medeburgers.

422 **Voorstel 2.** Ten laatste tegen 2020 zijn alle steden en gemeenten<sup>270</sup> resp. minstens één derde van de grote bedrijven en scholen van de provincie Antwerpen “hartveilig”.

“Eigenlijk is de schenking van organen of weefsels, waarin de wet automatisch voorziet bij het overlijden van een persoon, een concrete manier om solidariteit te organiseren ten opzichte van mensen die lijden. Het orgaan van een overledene kan andermans leven redden”<sup>271</sup> en/of diens levenskwaliteit aanzienlijk verhogen.

**Voorstel 3.** Gemeenten, moedig uw inwoners aan om zich expliciet te registreren als donor. Zodra ze dat doen, kunnen familieleden zich niet meer verzetten tegen het wegnemen van organen bij het overleden familielid dat zich

---

<sup>270</sup> Gemeenten als Arendonk, Baarle-Hertog, Berlaar, Bornem, Edegem, Herenthout, Kalmthout, Merksplas, Putte, Ravels, Schilde en Schoten zijn inmiddels hartveilig. Voor het overzicht zie: <http://hartveilig.rodekruis.be>

<sup>271</sup> C. Van Broeckhoven, o.c., 166.

expliciet als donor liet registreren<sup>272</sup>. Registratie is kosteloos en herroepbaar.

**Voorstel 4.** Instellingen en zorgverstrekkers, betrek de familie van personen met een chronische aandoening meer bij de zorg. Dit biedt een dubbel voordeel. Enerzijds bevordert dit het vertrouwen en de keuzes die moeten worden gemaakt voor de verzorging, anderzijds kan de familie worden geïntegreerd in de zorg. Patiënten, overheden en de hele samenleving hebben er alle belang bij dat “mantelzorg” en “mantelzorgers” worden erkend binnen de sociale wetgeving.

---

<sup>272</sup> Eenieder kan daarvoor beroep doen op het formulier dat te vinden is op: <http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/> doorklikken naar orgaan – en bloeddonatie.

### 424 4.3 Vlaanderen en Vlamingen wees wijs, word wijzer door meer investeringen in onderzoek.

“De superioriteit van de Verenigde Staten en Europa op het gebied van wetenschappelijke innovatie is niet vanzelfsprekend. Het is misschien nog te vroeg om vast te stellen hoe en hoe snel het aan het veranderen is, maar het zwaartepunt van de innovatie is zich aan het verleggen van het Westen naar het Oosten. Bovendien is het duidelijk dat de financiële steun voor kennis in Azië, vooral dan in China, veel sneller groeit dan in Europa of de VSA”<sup>273</sup>. Overigens, het is uitstekend dat Azië en in het bijzonder China en India ontzettend veel geld investeren in onderzoek. Zo worden de inspanningen voor de verdieping en verbreding van de kennis wereldwijd op een meer correcte manier gespreid en niet langer hoofdzakelijk gedragen door de USA, Japan, Australië, Nieuw-Zeeland en de EU.

Het zou evenwel fundamenteel fout zijn om onze inspanningen in wetenschappelijk basis- en translationeel onder-

---

<sup>273</sup> K. Mahbubani, *o.c.*, 74. Verderop in zijn boek, p. 114 geeft Mahbubani het voorbeeld van de snelgroeïende stad Dongguan. Begin jaren '90 had de stad geen universiteit. Nu geeft ze 21% van haar begroting uit aan onderwijs en onderzoek. Ze telt inmiddels 4 universiteiten en van alle inwoners tussen 18 en 22 is 58% ingeschreven aan de universiteit.

zoek te verslappen. We hebben al herhaaldelijk gewezen op 425 de toenemende vergrijzing en de ermee samenhangende sterke toename van het aantal patiënten met alzheimerdementie.

Op dit ogenblik is eenduidige, vroegtijdige diagnose nog niet mogelijk. Om ook daarom is het noodzakelijk dat er sterk geïnvesteerd wordt in wetenschappelijke ontwikkelingen o.m. op het vlak van hersenonderzoek<sup>274</sup>. Meer kennis over het functioneren van hersenen én van de biochemie van het geheugen zal bovendien bijdragen tot het ontwikkelen van betere geneesmiddelen voor dementie. Het zal ook mogelijkheden bieden om een goed functionerend geheugen te ondersteunen<sup>275</sup>. Bovendien heeft Antwerpen met Christine Van Broeckhoven een pionier in Alzheimer “in huis”. Eveneens belangrijk zijn multidisciplinair en translationeel onderzoek in moleculaire geneeskunde en -biologie, farmacogenomica, functionele of metabolische beeldvorming enz. Ook in deze wetenschapsdomeinen beschikt Antwerpen over bijzondere expertise.

---

<sup>274</sup> C. Van Broeckhoven, *o.c.*, 154.

<sup>275</sup> C. Van Broeckhoven, *o.c.*, 131-132.

## 426 4.4 Sloop muren en werk samen

In deel I van deze rede is een vrij uitgebreid overzicht gegeven van het zorg- en medisch aanbod in het algemeen en in de provincie Antwerpen in het bijzonder. Het levert een uitermate divers beeld op aan verschillende actoren die elk op zich verantwoordelijk zijn voor een deel van de zorg. Zolang het totaalbeeld en de continuïteit in de zorg daardoor niet verloren gaan, is deze verscheidenheid eerder een voordeel. Op voorwaarde althans dat de patiënt centraal blijft staan, kennis en informatie resp. medische- en zorggegevens vlot worden uitgewisseld én de verschillende actoren, rekening houdend met de belangen, verwachtingen en noden van de patiënt optimaal samenwerken. Eerder dan een voorstel, past hier een oproep aan alle zorg- en medische actoren: werk op een open, constructieve en respectvolle manier samen en durf verder te kijken dan de eigen en/of korte termijnbelangen vanuit het besef dat elkeen zoniet uitsluitend dan toch hoofdzakelijk wordt gefinancierd met gemeenschapsgeld. Een goede uitwisseling van kennis, informatie, gegevens én een constructieve samenwerking dankzij een goede inzet van ICT, bieden meer garantie op een grotere effectiviteit en efficiëntie. Een open

uitwisseling van kennis en gegevens zal bovendien bijdragen tot een betere kwaliteit, excellentie én betaalbaarheid van de zorg. Ook overheden die de muren rondom hen slopen bewijzen de samenleving én patiënten een grote dienst. Ze dragen ertoe bij dat de zorg voor de patiënt een 'integrale', en geen 'gefragmenteerde' zorg is.

427

## 4.5 Rationaliseer het aanbod en financier de gezondheidszorg meer in functie van de te behalen c.q. gerealiseerde gezondheidswinst

Aanbod genereert behoefte. Een overaanbod gecombineerd met een financiering van de gezondheidszorg die in hoofdzaak is gebaseerd op zorgprestaties, leidt tot het failliet van de ziekteverzekering. Een dergelijke financiering biedt, bij gebrek aan een uitgebreid elektronisch medisch dossier in combinatie met de verplichte raadpleging ervan alvorens een technische of medische prestatie mag worden verricht, evenmin de beste garantie voor ethische beslissingen. Precies daarom is een fundamentele herdenking van de financiering van de ziekteverzekering en gezondheidszorg, die vertrekt vanuit de patiënt en zijn geobjectiveerde zorgbehoefte en niet vanuit de structuur aangewezen.

428 Artsen, tandartsen, ziekenhuizen, zorginstellingen zouden niet (enkel) mogen worden gefinancierd in functie van de zorgprestaties maar veeleer in functie van het behalen van gezondheidsdoelstellingen en gezondheidswinst eventueel rekening houdend met de ernst van de aandoening, de intensiteit van de behandeling en de patiëntgerelateerde risico's. Een dergelijk financieringsstelsel zou bovendien betere hefboomen kunnen bevatten om niet enkel artsen, ziekenhuizen, de geneesmiddelenindustrie maar ook de patiënten beter te responsabiliseren. Dit veronderstelt een degelijke, epidemiologische onderbouw van het beleid en van de individuele behandeling van de patiënt.

#### 4.6 Bevorder keuzes op basis van kwaliteit en excellentie

Patiënten en zorgverwijzers zoveel als mogelijk laten kiezen op basis van kwaliteit veronderstelt dat ze toegang hebben tot een objectieve, onafhankelijke en bevattelijke benchmark in het bijzonder van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Zo moeten patiënten en verwijzers kunnen achterhalen welk ziekenhuis binnen een redelijke afstand voor een welbepaalde pathologie de beste resultaten kan voorleggen

m.b.t. gezondheidswinst, revalidatie, morbiditeit en mortaliteit, rekening houdend met het profiel van de behandelde patiënten. Het spreekt immers voor zich dat het risico van een blindedarmoperatie bij een vijftienjarige patiënt met een nierinsufficiëntie die lijdt aan obesitas veel groter is dan bij een vijftienjarige, kerngezonde puber! In een volgende fase kan worden gewerkt op benchmarks van rusthuizen, thuiszorgdiensten...

#### 4.7 Welke rol nog voor de provincie?

Doorheen de hoofdstukken I en II is herhaaldelijk gerefereerd aan de inspanningen en initiatieven van de provincie Antwerpen op het vlak van welzijn en gezondheidszorg. Sommige daarvan kosten behoorlijk veel geld (instellingen voor personen met een handicap, het Centrum voor Metabole Aandoeningen, het Provinciaal Instituut voor Hygiëne...) <sup>276</sup>. Andere, zoals de coördinatie en betere afstemming van het beleid en de zorgverlening van de diverse aanbieders van zorg, vergen heel wat minder middelen. Dat beide een grote intrinsieke meerwaarde hebben, betwist

<sup>276</sup> Deze instellingen vervullen bovendien een bovenprovinciale, Vlaamse zonet federale opdracht.

430 niemand. Net zomin wordt betwist dat het debat over de toekomstige rol van de provincie een legitiem en nuttig debat is. Streven naar efficiëntie- en effectiviteitswinst en een meer transparante, soberder beheersstructuur is niet alleen legitiem, maar noodzakelijk. Zonder vooruit te lopen op de uitkomst van het debat ten gronde, moeten we bij voorkeur minstens recht doen aan volgende principes:

**Voorstel 5.** Veranker de “labofunctie” van de provincie op het vlak van welzijn, gezin en gezondheid. Welzijnsnoden in de brede zin rijzen – door hun nauwe samenhang met het sociologisch, cultureel en geografisch weefsel – niet overal op hetzelfde moment, op dezelfde manier in Vlaanderen. Tot nu toe waren en zijn de provincies zeer goed geplaatst om nieuwe welzijnsnoden te detecteren en daar gebiedsgericht op in te spelen. Om te vermijden dat “vrijheid, blijheid” heerst, kan de uitoefening van deze functie worden gekoppeld aan een beheersovereenkomst voor vijf jaar met de Vlaamse gemeenschap c.q. de betrokken steden en gemeenten. Bewijst het project zijn meerwaarde, zodat het voor heel Vlaanderen grote waarde heeft, dan neemt de Vlaamse Gemeenschap het over. Blijkt het enkel relevant voor een beperkt(er) aantal steden c.q. gemeenten, dan nemen zijn het over. Blijven nuttige effecten uit of is het

project een mislukking dan moet het al dan niet voortijdig worden stopgezet. Om een wildgroei aan proefprojecten te voorkomen, zou de Vlaamse overheid het aantal per legislatuur kunnen beperken tot vijf per provincie. Ontneemt men deze mogelijkheid aan de provincies, dan dreigt het risico op zorg- en welzijnsverschraling.

**Voorstel 6.** Bevestig de rol van de provincie op het vlak van coördinatie, afstemming, planning, ondersteuning en het stimuleren van samenwerking en draag ten volle de consequentie van die keuze. Het Groenboek Interne Staatshervorming bevestigt deze waardevolle rol van de provincies. De consequentie van deze keuze is dat provincies ook moeten kunnen investeren in expertiseontwikkeling en -versterking met het oog op het delen en ter beschikking stellen van deze expertise aan het terrein. Dat wordt – helaas – niet met zoveel woorden bevestigd. Ze is er wel het logische gevolg van.

**Voorstel 7.** Waarborg continuïteit en waak erover dat de uitermate waardevolle initiatieven, diensten en organisaties die dankzij de provincies zijn gerealiseerd verder worden gezet. Dit veronderstelt o.m. dat de middelen die de provincies momenteel investeren in zorg, gezin en welzijn



432 ook in de toekomst voor deze beleidsdomeinen worden vrijgemaakt en ingezet.

#### 4.8 Leer loslaten en aanvaard de kwetsbaarheid van het leven

De dood is een wezenlijk onderdeel van het menselijk leven. Daar kunnen we niet omheen. Maar ook voor het zover is, worden we – vaak kerngezond en barstensvol energie – geconfronteerd met de grenzen van onze menselijke kwetsbaarheid. Die vaststelling -hoe pijnlijk en opstandig ze ons bij momenten ook maakt- is nu eenmaal een ontologische of metafysische kwaliteit van ons tijdruimtelijk bestaan. Niemand is onkwetsbaar: Waarom dus voortaan niet het ideaalbeeld van de onoverwinnelijke mens leren loslaten en voor alles onze kwetsbaarheid en sterfelijkheid proberen te relativeren en te aanvaarden? De hardnekkige opvatting als zou de dood niet het ultieme sluitstuk van een geslaagd leven zijn - het "non, je ne regrette rien" weerklinkt in de verte - maar een nederlaag die we met alle mogelijke middelen en menselijke krachten moeten bestrijden, is al langer onhoudbaar. Leven met een gebrek of beperking leidt nog altijd- helaas en vaak volkomen ten onrechte – tot

gevoelens van schaamte, mislukking en persoonlijk falen. Terwijl net dat stigma of dat onbehagen nergens voor nodig is. Integendeel zelfs: het paradigma dat gezonde mensen zieke of gekwetste mensen opleggen, doet serieuze vragen rijzen over de zinvolheid van vaak zware ingrepen en therapieën, - in het bijzonder bij ouderen - waarvan de risico's en de kosten bijzonder groot en de gezondheid- of welzijns winst vaak erg klein zijn. In zijn prachtige boek "Sprakeloos" illustreert Tom Lanoye deze evolutie treffend als volgt: "De volgende stap had een sonde moeten worden, rechtstreeks aan te brengen in haar maag. Daartegen hebben wij ons verzet, wij: haar nazaten, haar nieuwe wereld. Waarom zouden we ons gedwongen hebben moeten voelen om haar gedwongen te voeden via een buis in de maag? Mijn moeder is geen gans, en ook bij ganzen vind ik de praktijk barbaars. Een sonde via de neus vond ik al erg genoeg. Ook nog eens gaan snijden in een stervende? Over mijn lijk. Met die sonde in haar maag had ze nog weken voort gekund, indien geen maanden. Dat werd ons verzekerd. Dat soort verzekeringen hoef ik niet. Je mag zeggen van de Middeleeuwen wat je wilt, met hun Zwarte Dood en manke hygiëne, hun oorlogen, furies en brandstapels, en hun navenante levensverwachting – maar als het tijd was om te gaan, dan mocht je gaan. De dood was een oude bekende, geen reden tot hysterie. De weinige wetenschap sloeg zelf nog

433

434 *niet om in een groteske kwaal die kwellingen in stand kan houden en vergroten in plaats van ze te bestrijden. En op de achtergrond speelde toen nog niet dat altijd knagende wantrouwen mee: wanneer toch is onze formidabele sociale zekerheid, troosteres der zwakken, omgeslagen in een jackpot voor de farmaceutische industrie en al haar filialen? Langdurig zieken brengen meer op dan een melkkoe. Elke dag erbij is een dag winst. Dat maakt het aanprijzen van berusting en geduld rendabeler dan het verkopen van de korte pijn<sup>277</sup>."*

Hoe medisch verantwoord is de cocktail aan zware medicatie als met relatieve zekerheid kan worden gegarandeerd dat genezing al bij voorbaat uitgesloten is? Uiteraard heeft eenieder, heeft elke bejaarde recht op kwaliteitsvolle noodzakelijke zorg, maar is daarvan nog sprake wanneer die zorg onttaardt in therapeutische hardnekkigheid? Dienen deze ingrepen, therapieën en behandelingen dan nog de belangen van de zorgbehoevende of zijn er andere, vaak commerciële en concurrentiële belangen in het spel? Een herijking van de gezondheidszorg en ziekteverzekering moet daarom ook op dergelijke vragen een antwoord bieden. En, is het anderzijds niet denkbaar dat onze samenleving aan geborgenheid, veerkracht en warmte wint, als we onze

kwetsbaarheid weer een zinvolle plaats kunnen geven en niet langer krampachtig trachten te negeren? Misschien biedt een meer volwassen en verfrissende kijk op onze omgang met onze sterfelijkheid en kwetsbaarheid nieuwe ruimte voor positieve zingeving, minder verruwing en een goede context voor een betere geestelijke gezondheid. En daar vaart iedereen wel bij!

435

---

<sup>277</sup> T. Lanoye, *Sprakeloos*, Amsterdam, Prometheus, 2010, 341-342.

**Colofon:**

Volgens een Zweeds spreekwoord is "Arbeid de helft van de gezondheid". Die boodschap is misschien niet met zoveel woorden verkondigd in deze rede, maar ze was er wel op van toepassing. "Hoe harder mensen werken, hoe gelukkiger en gezonder ze zijn", aldus reclamegoeroe David Ogilvy. Met dat adagium in het achterhoofd kreeg ik bij het schrijven van deze rede de gewaardeerde hulp van een gedreven 'team' medewerkers van de provinciale dienst Welzijn en Gezondheid. Heel in het bijzonder wil ik dan ook Rikkie Heeman, Willi Huyghe, Rudy Marynissen, Wim Vleeshouwers, Marij Verstraeten, Bernard Bruggeman en Liesbeth Tilsley bedanken.

Ik dank verder ook het PIH en in het bijzonder dr: Vera Nelen en dr: Els Van De Mierooop die me goede, juiste informatie bezorgden over de preventieve gezondheidsinitiatieven in onze provincie.

Ook Edith Lodewijckx van de studiedienst van de Vlaamse regering en Stefaan Demarest van de Dienst Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid ben ik dankbaar voor het aangeleverde cijfermateriaal. Het echtpaar Maerten-Lamot uit Deurne dank ik voor hun

438 vriendelijke toestemming om hun beeltenis te gebruiken. Ik wens hen heel veel sterkte.

Opnieuw legden bijzonder leerrijke gesprekken met onder andere dementie-experte en prof. dr. Christine Van Broeckhoven en federaal gezondheidsinspecteur dr. Wim Haenen, met wie het bijzonder goed samenwerken is, een stevige basis voor deze rede. Hun inzichten en expertise maakten het mogelijk om de problematiek van enkele aandoeningen en het gebrek aan relevant nationaal en provinciaal cijfermateriaal binnen een ruime, maatschappelijke context te plaatsen. Ook de studiedag "*Zorgen voor morgen? Verkleuring van de vergrijzing en nieuwe vormen van zorg en solidariteit*" leverde een goed beeld van de zorguitdagingen die ons in de toekomst te wachten staan, in het bijzonder dan voor allichtone ouderen. Dat was ook zo voor de studiedag rond hepatitis C die onze provincie mee organiseerde in oktober 2009. Dat één van de kernboodschappen van deze rede: "de keuze voor een gezonde levensstijl kan niet enkel levens maar ook de economie én de planeet redden", raakvlakken vertoont met het centrale thema van 65ste Geneeskundige Dagen van Antwerpen m.n. obesitas (ze vallen bovendien samen met de 30ste verjaardag van het Obesitas Research & Care Center van het UA en UZA) is een zeer gelukkig





440 toeval. Ik kijk uit naar verdere samenwerking met o.a. prof. Dr. Van Gaal (UZA) m.b.t. diabetes, overgewicht en obesitas.

En omdat geen project ooit kan worden gerealiseerd zonder de vertrouwde inbreng van een goed geoliede machine, gaat ook mijn dank uit naar de kabinetschef: Hans Ides en de medewerkers: Dieter Wouters en heel in het bijzonder Nathalie Milio. Zij werkte zich nauwgezet in in de materie, zorgde voor een eerste ruwe basistekst op grond van het gedetailleerde schema dat ik haar bezorgde. Ze bewaakte mee de eindredactie en sprokkelde foto- en cijfermateriaal bij mekaar. De discussies waren soms fel, maar dat maakt het proces en hopelijk ook het eindresultaat des te boeiender. Verder gaat mijn welgemeende dank ook uit naar An Van Den Broeck die als studente Sociaal Werk tijdens haar stageperiode op het kabinet een goede enquête over gehoorschade in onze provincie opstartte.

Tot slot wens ik Hans Joris en in het bijzonder ook Anne-Marie Druyts van de communicatiedienst van harte te bedanken voor alle goede zorgen bij het lay-outen van de teksten en de frisse vormgeving van het boekje.

Cathy Bex

31 augustus 2010

# Inhoud

## 0. Inleiding 5

- 0.1 Gezondheid en gezondheidsbeleving: de impact van opleidingsniveau, leeftijd en sociale situatie. 9
- 0.2 Kwetsbaarheid aanvaarden 11
- 0.3 Het belang van een gezonde levensstijl 12
- 0.4 Juist kiezen, blijft de boodschap 13
- 0.5 Samenhang tussen een goede gezondheid en een gezonde economie 16
- 0.6 De wereld verandert 18
- 0.7 Enkele gevolgen voor de gezondheidszorg 19
- 0.8 Zelfredzaamheid en solidariteit 21
- 0.9 Efficiëntere organisatie van de zorg... en de nood aan innovatie 23
- 0.10 Samenhang met andere beleidsdomeinen 29
- 0.11 Wat verder komen zal 30

## 1. Actuele tendensen 35

- 1.1 Goede gezondheid als waarde op zich én als randvoorwaarde voor welvaart en welzijn 47
- 1.2 Stress en andere uitdagingen voor geestelijk evenwicht en rust 58
- 1.3 Verantwoordelijkheid 72

- 1.4 Klimaat en gezondheid 76 443
- 1.5 Back to basics: het belang van hoeve-, streek- en seizoensproducten 81
- 1.6 Diversiteit 83
- 1.7 Grijzer, wijzer, veeleisender 87
- 1.8 Houding ten aanzien van handicap of gebrek...over 50 jaar een tiende van de bevolking in een rolstoel? 91
- 1.9 Betaalbaarheid van en ongelijkheid in gezondheid(szorg) 112
- 1.10 Cure and care... 120
- 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 124

## 2. Het zorg- en welzijnsaanbod in al zijn diversiteit 127

- 2.1 Thuiszorg 147
  - 2.1.1 Mantelzorg 147
  - 2.1.2 Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg 149
  - 2.1.3 Lokale en regionale dienstencentra 151
  - 2.1.4 Diensten voor oppashulp 153
  - 2.1.5 Diensten voor gastopvang 153

444	2.1.6	Diensten voor thuisverpleging	154	2.5	Het medische zorgaanbod	190	445
	2.1.7	Pluralistische initiatieven nachtzorg	155	2.5.1.a	Huisartsen	190	
	2.1.8	Samenwerkingsinitiatieven eerstelijns- gezondheidszorg (SEL) en Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging (GDT)	156	2.5.1.b	Het wijkgezondheidscentrum	196	
	2.1.9	Vlaamse Projecten in de thuiszorg	160	2.5.2	Specialisten	198	
	2.1.10	Collectief Autonome Dagopvang Vosselaar	161	2.5.3	Dringende medische hulp	198	
	2.1.11	Het dagverzorgingscentrum	163	2.5.4	Ziekenhuizen	206	
	2.1.12	Het centrum voor kortverblijf (CVK)	164	2.5.4.1	Het Vlaamse ziekenhuislandschap	206	
	2.1.13	Het centrum voor herstelverblijf	165	2.5.4.2	De universiteit, het UZA, ZNA univer- sitaire kinder- en jeugdpsychiatrie en het Instituut voor Tropische Geneeskunde	213	
	2.1.14	De woonzorgzone	166	2.5.4.3.	Naar een nieuwe "pax hospitalia" in de provincie Antwerpen	213	
	2.1.15	Expertisecentra voor dementie	167	2.5.5.	Geestelijke gezondheidszorg	215	
	2.1.16	Federale proefprojecten in de ouderenopvang	169	2.5.5.1	Centra voor Geestelijke Gezondheids- zorg (CGG)	215	
2.2		Semi-zelfstandige woonvormen voor ouderen	171	2.5.5.2	Beschut wonen (BW)	216	
	2.2.1	Kangoeroe- of zorgwonen en duplexwonen	172	2.5.5.3	Geel: pionier in psychiatrische thuisverpleging	217	
	2.2.2	Aanleunwoningen	174	2.5.5.4	Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	217	
	2.2.3	Assistentiewoningen	175	2.5.5.5	Psychiatrische ziekenhuizen	218	
2.3		Residentiële ouderenzorg	177	2.5.5.6	Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	220	
	2.3.1	Serviceflats	177	2.5.5.7	Palliatieve zorg	224	
	2.3.2	Het woonzorgcentrum: het nieuwe rust- en verzorgingstehuis (RVT)	180	2.5.5.8	Palliatieve netwerken	226	
2.4		Opvangmogelijkheden voor personen met een handicap in de provincie Antwerpen	187	2.5.5.9	Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen	228	
				2.5.5.10	Dagcentra voor palliatieve verzorging	228	

446	2.5.5.11 Palliatieve Zorg Eenheden in de ziekenhuizen (PZE)	230
2.6	Klemtonen van het welzijnsbeleid van de provincie Antwerpen	231
2.6.1	Het welzijnsbeleid op Vlaams en federaal niveau en de patiëntenorganisaties	236

### 3. Gezondheidsscan van de provincie

#### Antwerpen 243

3.1	Aandoeningen en ziektes	261
3.1.1.	Kankers	261
3.1.2	Diabetes	271
3.1.3	Obesitas	285
3.1.4	Hepatitis C	298
3.1.5	Hart- en vaatziekten	307
3.1.6	Traumata of ongevallen thuis, op het werk en in het verkeer	314
3.1.7	Gehoorschade	323
3.1.8	SOA's	334
3.1.8.1	HIV en AIDS	335
3.1.8.2	Syfilis	344
3.1.8.3	Gonorrhoe	350
3.1.9	Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	355
3.1.9.1	Het COS	359
3.1.9.2	Het Oriëntatiecentrum	362
3.1.10	Kindersterfte	365

3.1.11	Geestelijke gezondheid	372	447
3.1.11.1	Depressie	372	
3.1.11.2	Zelfdoding	381	
3.1.12	ADHD	388	
3.1.13	Dementie en alzheimer	392	

### 4. Antwerpse bouwstenen voor de eeuw van de(geestelijke)gezondheid 409

4.1	Word/blijf gezond ... begin bij jezelf	415
4.2	Draag ook bij tot de gezondheid van anderen	420
4.3	Vlaanderen en Vlamingen wees wijs, word wijzer door meer investeringen in onderzoek.	424
4.4	Sloop muren en werk samen	426
4.5	Rationaliseer het aanbod en financier de gezondheidszorg meer in functie van de te behalen c.q. gerealiseerde gezondheidswinst	427
4.6	Bevorder keuzes op basis van kwaliteit en excellentie	428
4.7	Welke rol nog voor de provincie?	429
4.8	Leer loslaten en aanvaard de kwetsbaarheid van het leven	432



